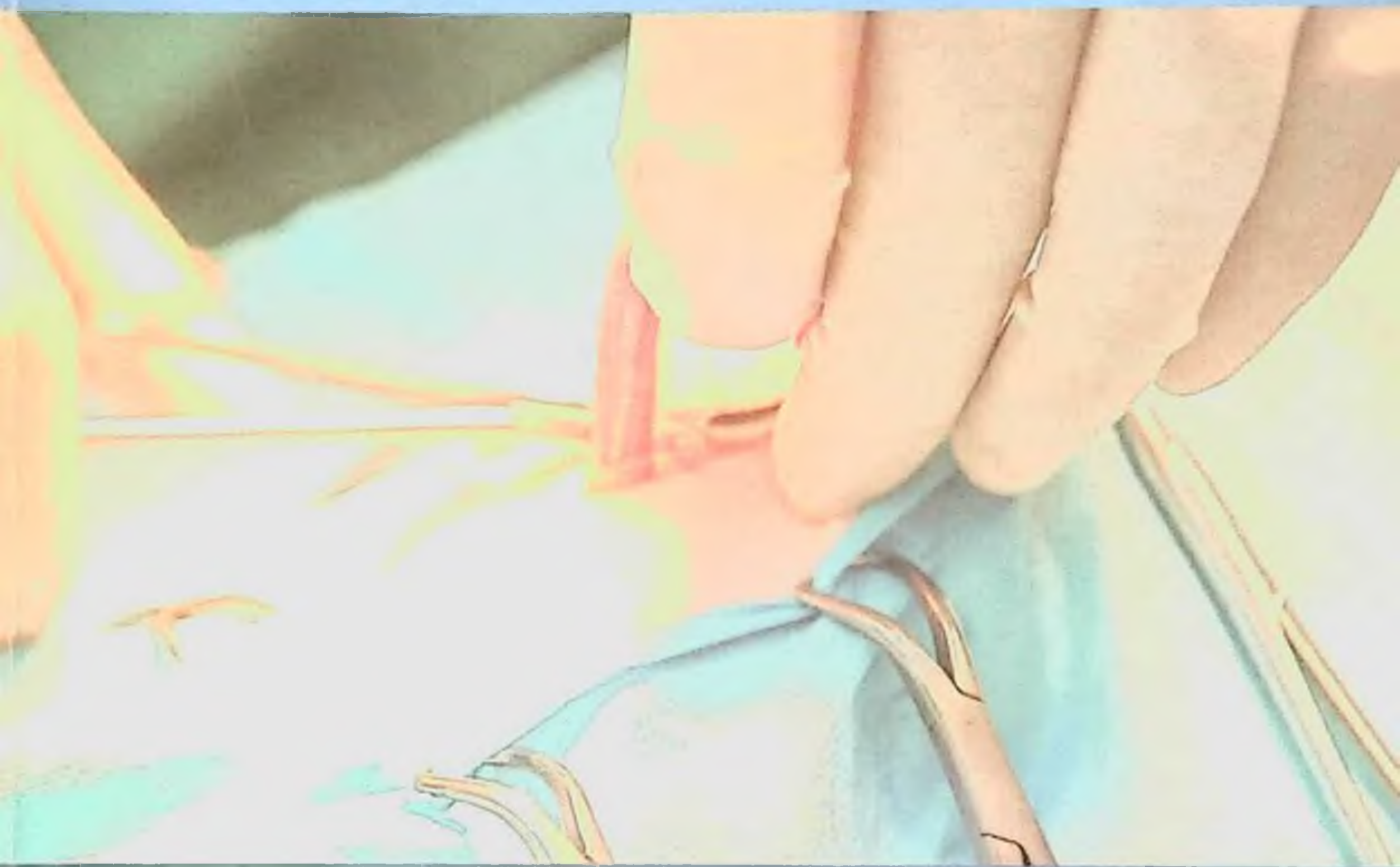


**ABDULLAYEV S.A., SHERBEKOV U.A.,
DUSIYAROV M.M**

UMUMIY XIRURGIYA



**ABDULLAYEV S.A., SHERBEKOV U.A.,
DUSIYAROV M.M**

UMUMIY XIRURGIYA

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

ABDULLAYEV S.A., SHERBEKOV U.A., DUSIYAROV M.M



UMUMIY XIRURGIYA

Darslik

Darslik Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashining
6-dekabr 2023-yilda bo'lib o'tgan yig'ilishidagi "4"- son bayonnomasiga ko'ra
~~tasdiqlanib, chop etishga ruxsat berilgan.~~



UDK 617-089(075)

BBK 54.5ya7

A 15

Abdullayev S.A., Sherbekov U.A., Dusiyarov M.M.

Umumiy xirurgiya [Matn]: darslik / S.A. Abdullayev, U.A. Sherbekov, M.M. Dusiyarov; muharrir A.M. Mustafoyev; tarjimon A. Umrzoqov. – Samarqand: Samarqand, 2024. – 500 b.

Tuzuvchilar:

Abdullayev S.A. SamDTU Umumiy xirurgiya kafedrası professori t.f.d.
Sherbekov U.A. SamDTU Umumiy xirurgiya kafedrası mudiri DSc
Dusiyarov M.M. SamDTU Umumiy xirurgiya kafedrası dotsenti v.b. PhD

Taqrizchilar:

Ro'zibayev S.A. SamDTU 2-son xirurgik kasalliklar kafedrası dotsenti t.f.d.
Davlatov S.S. BuxDTI fakultet va gospital xirurgiya, urologiya kafedrası dotsenti, PhD.

Oxirgi yillarda klinik xirurgiya sezilarli darajada rivojlanmoqda. Buning asosida fan va texnikaning rivojlanishi va tibbiyotni takomillashishi yotadi. III - kurs talabalari klinik xirurgiya fanining o'rganish uchun birinchilardan bo'lib boshlaydi va asosan ko'prok nazariy bilimlarni egallaydilar. Bu kursda aseptika va antiseptika, qon oqishlar, ularni to'xtatish usullarini, qon guruxlarini aniqlash kabi amaliy ko'nikmalarni xam o'rganish zarur. Talabalarning umumiy nazariy bilimlarini va amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirishning sifatini yaxshilashda umumiy xirurgiya bo'yicha dars o'tishda keltirilgan ikkita bilimlarini o'zlashtirishlari uchun teng ravishda etibor berish zarur. Chunki bu ikki qism bir-biri bilan o'zaro bog'liqdir.

Umumiy xirurgiyaning asosiy bo'limlarini bilish xar qanday mutaxassis vrachlar uchun kerak xisoblanadi. Umumiy xirurgiya kursini o'qitishning asosiy maqsadi xirurgik kasalliklarni klinik tekshirishlarni o'rgatishdir. Ana shu xolatni xisobga olgan xolda darslikda xamma xirurgik kasalliklar (jaroxatlar, qon tomir kasalliklari, o'sma, shishlar, xirurgik infeksiyalar, parazitar kasalliklar va boshqalar) bilan bemorlarni tekshirish bayon qilingan. Taqdim qilingan darslikda ko'p etishmovchiliklar bo'lishi mumkin. Biz talabalar va shu soxada ishlaydigan o'qituvchilar tomonidan qilinadigan munozara va takliflarni qabul qilishga tayyormiz.

ISBN 978-9910-771-30-9

© Abdullayev S.A., Sherbekov U.A., Dusiyarov M.M. 2024 y
© Samarqand 2024 y

MUNDARIJA

I BOB.....	7
JARROHLIK TARIXI. JARROHLIKNING HOZIRGI HOLATI. JARROHLIK YORDAMINI TASHKIL ETISH	7
II BOB	18
ASEPTIKA VA ANTISEPTIKA.....	18
Xirurgik infeksiyalarning manbalari va ularning tarqalish yo`llari.....	22
Aseptika.....	24
Asboblarni sterillash.....	31
Antiseptika.....	45
III BOB.....	55
OG`RIQSIZLANTIRISH.....	55
Anesteziologiyaning rivojlanish etaplari.	55
Mahalliy anesteziya.....	57
Narkoz	67
Narkozning asoratlari	78
IV BOB.....	82
KRITIK XOLATLARIDA TEZ TIBBIY YORDAM KO`RSATISH... 82	82
Yurak-o`pka reanimatsiyasi	83
SHOK	89
V BOB	102
QON OQISHLAR	102
O`tkir qon oqishi	107
Yo`qotilgan qon o`rnini to`ldirish.....	110
Qonni to`xtatish usullari.....	116
Ikkilamchi qon oqishlar.....	123
Ikkilamchi qon oqishlarni to`xtatish.	125
VI BOB.....	127
QON QUYISH	127
Qon manbalari	129
Asosiy gemotransfuzion moddalar.....	130
Qonning antigen xususiyati va uning transfuziologiyadagi ahamiyati. 135	135
Qon guruhini va rezus-faktorni aniqlash, qon guruhini standart izogemoagglyutinatsiyalovchi zardob bilan aniqlash.....	138
Qon quyish usullari	144
Qon quyishning asosiy usullari	148
Qon quyishga ko`rsatmani to`g`ri aniqlash.....	150

Qon quyishga qarshi ko`rsatmalarni aniqlash	151
Qonni mosligi uchun o`tkaziladigan sinamalar.....	154
Qon quyilganda bo`ladigan asoratlar	159
VII BOB.....	165
QON O`RNINI BOSUVCHI SUYUQLIKLAR	165
Intoksikatsiyaga ta'sir qiluvchi qon o`rnini bosuvchi suyuqliklardan .	169
Oqsilli qon o`rnini bosuvchi eritmalar va aminokislotalar aralashmalarini ishlatishga ko`rsatmalar	170
Parenteral oziqlantirish tadbirlari	173
Transfuziyaga qarshi ko`rsatmalarni aniqlash.....	175
VIII BOB	178
XIRURGIK OPERATSIYALAR TURI	178
Operatsiyalarga ko`rsatmalarni aniqlash o`ta muhim hisoblanadi.....	183
IX BOB	206
XIRURGIK KASALLIKLARNI TEKSHIRISH.....	206
Maxsus tekshirish usullari	212
Kasallik tarixi.....	215
X BOB	220
TRAVMATOLOGIYA ASOSLARI	220
Travmatologik bemorlarga shoshilinch yordam ko`rsatishning asosiy tamoyillari	221
Jarohatlarda yordam ko`rsatish usullari	222
Immobilizatsiya	222
Desmurgiya.....	238
Gipsli bog`lamlarni qo`yish qoidalarini	249
Maxsus shinali gipsli bog`lamlar.....	251
Yaralar	252
Suyaklar sinishi.....	255
Suyaklar sinishida yuzaga chiqadigan klinik belgilari.....	260
Suyak sinishida birinchi yordam	263
Skeletdan tortish	268
Bo`g`imlarning chiqishlari	274
Chiqishlar klinikasi.....	277
Chiqishlarni davolash	278
XI- BOB.....	279
XIRURGIK INFEKSIYALAR	279
Organizmning yallig`lanishga reaksiyasi va patogenezini.....	283
Klinik manzarasining alohida xususiyatlari	287

Antibakterial preparatlarni tanlash va kombinatsiyalash.....	294
Bemorlar ahvolini kuzatish	295
Infuzion-transfuzion terapiya	297
Zardobning bakterial faolligi.....	302
I. Teri va teri tagi to`qimalari infeksiyalari	303
Klinik belgilari va diagnostikasi	309
Siyrak qo`shuvchi to`qimalardagi yallig`lanish kasalliklari.....	323
II. Bo`shliqlardagi yiringli yallig`lanish holatlari	324
Peritonitlar diagnostikasi va zamonaviy davolash usullari.....	334
O`tkir peritonitlarni zamonaviy davolash	341
Sanatsion relaparotomiyaga ko`rsatmalar	345
I. Antibakterial terapiya	347
II. Metaboliko`zgarishlarni korreksiya qilish	348
III. Oshqozon - ichak tizimi funksiyasini tiklash.....	349
Bezli a`zolarining yallig`lanishi	357
Panjaning yiringli kasalliklari	362
Suyaklarning, bo`g`imlarning va shilliq bo`shliqlarning yiringli kasalliklari	371
Osteomielitni keltirib chiqaradigan xavf omillari.....	372
Osteomielitlarni boshqa shakllari.....	381
XII - BOB	386
SEPSISNING KLINIKASI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH ...	386
Tizimli yallig`lanish reaksiyasining rivojlanish variantlari.....	395
Sepsislarning turiga qarab etiopatogenezining alohida xususiyatlari...	397
Teri va yumshoq to`qimaning yallig`langanida bo`ladigan sepsis.....	410
Oshqozon va ichak tizimidagi o`tkir stresslar sababli xosil bo`ladigan yaralar profilaktikasi	416
XIII - BOB.....	418
TERMIK JAROXATLAR, KUYISH.....	418
Sovuq urish.....	431
XIV BOB	436
Parazitar xirurgik kasalliklari.....	436
XV BOB	447
MAXSUS XIRURGIK INFEKSIYALAR	447
Suyaklar va bo`g`inlar tuberkulyozi	447
Aktinomikoz.....	452
Sibir yarasi(anthrax).....	454
XVI- BOB	456

QON LIMFA AYLANISHLARINING BUZILISHLARI	456
Surunkali arterial yetishmovchiliklar	457
Arterial qon oqishlar holatini baholashda maxsus sinamalar ishlatiladi.....	459
O`tkir arterial yetishmovchiliklar	460
Surunkali arterial o`tkazuvchanlikning buzilishi	464
Obliteratsiyalanuvchi ateroskleroz	465
Vena qon aylanishi yetishmovchiliklari	467
Oyoqlardagi surunkali venoz yetishmovchiligi sindromi	468
Venalarning varikoz kengayishi	469
Limfa aylanishlar yetishmovchiligi	471
Nekrozlar, gangrena, trofik yaralar, oqmalar, yotoq yaralar.....	473
XVII BOB	481
O`SMA SHISHLAR.....	481
O`sma shishlarni davolashning umumiy printsiplari	487
XVIII BOB	490
PLASTIK XIRURGIYANING TARIXI VA HOZIRGI ZAMONAVIY HOLATI.....	490
To`qimalarning plastika turlari.....	491
A`zolar va to`qimalarning transplantasiyasi	496

I BOB

JARROHLIK TARIXI. JARROHLIKNING HOZIRGI HOLATI. JARROHLIK YORDAMINI TASHKIL ETISH

Jarrohlik tushunchasi va tarixi.

Jarrohlik - bu jarrohlik aralashuvlar hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'lgan kasalliklar va jarohatlarni o'rganish, oldini olish, tashxislash va davolashga qaratilgan tibbiy fan.

Xirurgiyaning rivojlanishi bosqichlari.

Emperik davr- eramizdan oldin 6-7 ming yildan hozirgi eramizning XVI asr oxirigacha.

Anatomo-morfologik davr- XVI asr oxiridan to XIX asr oxirigacha.

Buyuk kashfiyotlar davri- XIX asr oxiridan XX asr boshigacha.

Fiziologik davr- XX asr xirurgiyasi.

Zamonaviy xirurgiya-XX asr oxiri va XXI asr boshiga qadar.

Empirik davr - qadimgi dunyo xirurgiyasi:

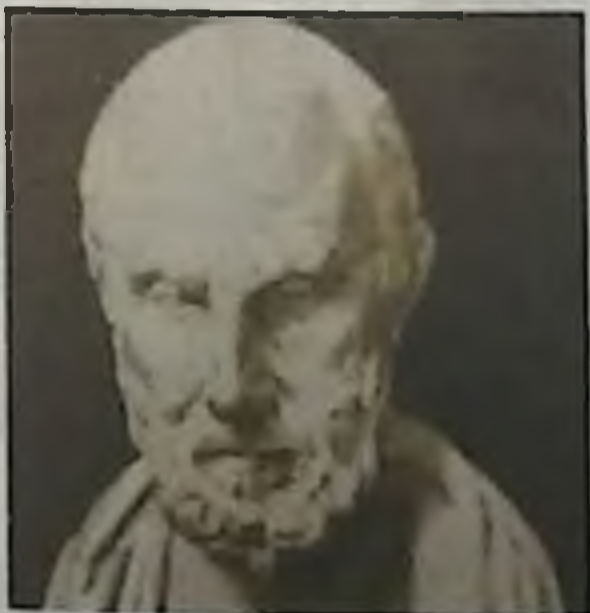
- Qadimda odamlar qon ketishini to'xtatishni uddalashgan (qisuvchi bog'lamalarni qo'llash, jarohatga qizigan yog' qo'yish); bog'lam materiali sifatida quruq barglarini ishlatgan;

- Jarohatdan yot jismlarni olib tashlashda og'riqsizlantirish maqsadida marexuanna qo'llashgan,;

- Operatsiyalar qilingani to'g'risida ma'lumotlar bor: bosh suyagining trepanatsiyalari, amputatsiyalar, siydik pufagidan toshni olish va boshqalar.



1-rasm. Qadimda ishlatilgan asboblar



2-rasm. Gippokrat (e.avv.460-377yy.)

Qadimgi Yunon. Gippokrat (e.avv.460-377yy.) Xirurgiyaning turli aspektlari to'g'risida birinchi bor nashr qilgan yiringsiz bitgan va yiringli asoratlangan jaroxatlarni farqlagan. Yiringlash sababini havodan deb bilgan. Bog'lama paytida tozalikka rioya qilishni tavsiya qilgan va qaynatilgan yomg'ir suvi va vinodan foydalangan. Sinishlarni davolashda shinalarni

qo'llagan. Chiqishlarni to'g'irlagan. Qon to'xtashish uchun oyoqlarni ko'tarib turishni tavsiya etgan. Plevral bo'shliqni drenajlashni amalga oshirgan.

Qadimiy Hindiston

- Qadimgi hind shifokorlari 120 ta tibbiy asboblardan foydalanishgan va murakkab operatsiyalarni bajara olishgan, Kesar kesimini. Plastik operatsiyalarni qilishgan, bunga "hind rinoplastikasi" ni misol qilishimiz mumkin.

Qadimgi Misr

- Jarohatlar, sinishlar va boshqa shikastlanishlarni davolay bilishgan. Har xil operatsiyalarni bajarishgan (eramizdan 3000 yil avvalgi manuskriplarda xirurgik operatsiyalar bayon qilingan).



3-rasm. Klavdiy Galen
(130-200 yy.)

Osiyolik buyuk qomusiy olim, mutafakkir, tabib, faylasuf, mantiqshunos shoir. Uning "Tib qonunlari" asari va bu asarning jaxon tib ilmi tarixida tutgan o'rni juda yuqoridir. Ibn Sino antik olimlarning, xususan Gippokrat, Galen talimotlarini o'rgangan ularning fikriga tayangan. Bemorlarni davolashda olim 3 narsaga: tartib (parxez) dorilar bilan davolash va turli tibbiy tadbirlarni qo'llash qon olish, banka qo'yish, zuluk qo'yish va xuqnaga axamiyat berish kerakligini aytgan.

Jarrohlik operatsiyalarining birinchi yozma dalillari qadimgi Misr (miloddan avvalgi II-I ming yilliklar), Hammurapi qonunlari (miloddan avvalgi XVIII asr), hind samxitalari (eramizning birinchi asrlari) matnlarida mavjud. Jarrohlikning rivojlanishi Gippokrat kolleksiyasi, qadimgi Rim (Aulus Korneliy Sels, Galen), Vizantiya imperiyasi (Aeginadan Pavlus), O'rta asr Sharqi (Abu al-Zahraviy) ning taniqli shifokorlarining asarlariga bag'ishlangan., Ibn Sino).

Jahon fani taraqqiyotiga ulkan hissa qo'shgan, O'rta



4-rasm. Abu Ali Ibn Sino (980-1037)

G'arbiy Yevropada o'rta asr sxolastikasi jarrohlikning rivojlanishini sekinlashtirdi. Din murdalarni ochishni va "Qonni to'kishni" taqiqlagan. Jarrohlik ilmiy tibbiyot sohasi hisoblanmadi. Aksariyat jarrohlari oliy ma'lumotga ega bo'lmagan va shifokorlar sinfiga qabul qilinmagan. Ular hunarmandlar edilar va o'rta asrlardagi shahar gildiya tashkilotiga ko'ra, kasbi bo'yicha korporatsiyalarga birlashgan (hammom xizmatchilari, sartaroshlar, jarrohlari). Bu erda usta jarroh o'z bilimlarini shogirdlariga o'rgatgan.

O'rta asrlar Evropasining taniqli jarrohlari Gi de Chauillac (XIV asr), Paratsels (1493-1541), Ambruaz Pare (1517-1590).



*5-rasm. Ambruaz Pare
(1517-1590)*

Uyg'onish va undan keyingi davrda tabiatshunoslikning jadal rivojlanishi jarrohlikning ilmiy fan sifatida rivojlanishi, uchun zarur shart-sharoitlarni yaratdi. Bu eng qiyin uchta muammoning echimini izlash bilan bog'liq: qon ketish, og'riqni yo'qotish va yaralarning infeksiyasi.

Anesteziya kashf etilishidan oldin jarrohlarning e'tibori jarrohlik aralashuvlar texnikasini takomillashtirishga qaratilgan. Bu eng murakkab operatsiyalarni eng qisqa vaqt ichida bajarish zarurati bilan bog'liq edi.

Jarrohlari shifokorlar bilan teng ravishda tan olingan birinchi mamlakat Fransiya bo'ldi.

Parijda 1731-yilda birinchi Jarrohlik Akademiyasi ochildi.

Fransuz jarrohligining asoschilaridan Jan Dominik Larrey (1766-1842) bo'lgan. Jarroh sifatida u fransuz flotining Shimoliy Amerikaga ekspeditsiyasida qatnashgan, Napoleonning barcha yurishlarida fransuz armiyasining bosh jarrohi bo'lgan.

J.D.Larrey - Fransiyada harbiy dala xirurgiyasi asoschisidir.

Vaksinatsiyaning ochilishi. Angliyalik vrach E.Jenner 1796-yilda chechak kasalligining epidemiyasida unga qarshi vaksinatsiya qilishni ishlab chiqdi va millionlab kishilarni bunday og'ir kasallikdan qutqardi.



*6-rasm. Jan Dominik
Larrey (1766-1842)*



7-rasm. U. Mortan

Anesteziyaning kashf qilinishi.
Amerikalik vrach anesteziolog Uilyam Morton 1846-yil 16-oktyabr kuni pastki jag'ning o'sma shishini olishda dunyoda birinchi bo'lib efir narkozini ishlatdi.

Ana shu kun tarixda efir kuni "Efir dey" bulib koldi.

Antiseptikaning kashf qilinishi.

Jarrohlik ishining antiseptik usuli 1867 yilda ingliz jarrohi Djozef Lister tomonidan ishlab chiqilgan. U birinchi bo'lib "Yaraga hech narsa qo'yilmagan holda tegmasligi kerak" dissertatsiyasini yaratdi va yara infeksiyasiga qarshi kurashning kimyoviy usullarini kiritdi.

Angliyalik xirurg Jozef Lister karbol kislotasini qo'llash bilan xirurgik antiseptikaga asos soldi.

Vengriyalik vrach akusher ginekolog I.F.



8- rasm. Jozef Lister



9- rasm. Lui Paster

Zimmelveys 1847-yilda amaliyotga qo'lni ohakli suv bilan ishlashni kiritdi. Fransuz mikrobiologi Lui Paster birinchilardan bo'lib kasallikni tarqatuvchi sabablaridan mikroblarning organizmga tashqi muhitdan kirishini aytdi.

O'sha davrda Germaniya va Evropadagi eng yirik jarrohlik maktablaridan birining asoschisi Bernxard fon Langenbek (1810 - 1887) edi. U ko'plab yangi operatsiyalarni ishlab chiqdi, ulardan 20 tasi uning nomi bilan atalgan. T. Bilrot, F. Esmarx, A. Czerniy va boshqalar Langesbekning shogirdlari edi.

XIX asrning o'rtalarigacha o'rnatilgan tarixiy an'analar tufayli Rossiyada jarrohlikning rivojlanishi. Germaniya jarrohligi bilan chambarchas bog'liq edi.

XIX asrning birinchi yarmida. Rossiyada jarrohlikning rivojlanishi uchun etakchi markaz Sankt-Peterburg tibbiyot va jarrohlik



10-rasm. Bernxardfon Langenbek (1810-1887)

akademiyasi edi. Akademiyada o'qitish amaliy jihatdan kuchli bo'lgan. Talabalar anatomik izlanishlarni amalga oshirdilar, ko'plab operatsiyalarni kuzatdilar va tajribali jarrohlarning rahbarligida ularning ba'zilarida o'zlari qatnashdilar. Akademiya professorlari orasida P.A. Zagorskiy, I.F. Bush - uch qismdan iborat birinchi ruscha "Xirurgiyani o'qitish bo'yicha qo'llanma" yozdilar (1807).



11-rasm. Efrem Osipovich Muxin

Moskvada jarrohlikning rivojlanishi taniqli rus anatomi va fiziologi, jarroh, gigienist va sud-tibbiyot shifokori Efrem Osipovich Muxin (1766-1850) faoliyati bilan chambarchas bog'liq.

Nikolay Ivanovich Pirogov (1810-1881) - rus va jahon tibbiyotining atoqli arbobi, jarroh, o'qituvchi va jamoat arbobi, topografik anatomiya va jarrohlikda eksperimental yo'nalish yaratuvchisi, harbiy dala xirurgiyasi asoschilaridan biri.

N.I. Pirogov har doim klinik faoliyatni anatomik va fiziologik tadqiqotlar bilan chambarchas bog'lagan.

N. I. Pirogov anatomiyaning yangi tarmog'i - to'qimalar, organlar va tana qismlarining nisbiy holatini o'rganadigan jarrohlik (ya'ni zamonaviy terminologiyada topografik) anatomiyaning asoschisi edi.

N.I.Pirogov hayvonlar ustida o'tkazilgan tajribalarini efir narkozi bilan o'tkazgan. xususiyatlarini keng eksperimental o'rganishni o'tkazdi.

1847 yilda u efir behushligi ostida birinchi operatsiyasini o'tkazdi va 2,5 daqiqada ko'krak o'simtasini olib tashladi. O'sha yilning yozida dunyoda birinchi marta harbiy harakatlar teatrida efir behushligini to'la qo'lladi. N.I.Pirogov - harbiy dala xirurgiyasining asoschisi. N. I. Pirogovning ilmiy va amaliy faoliyatida birinchi marta ko'p ishlar qilindi: butun fanlar (topografik anatomiya va harbiy dala xirurgiyasi) yaratilishidan boshlab, rektal anesteziya ostida birinchi operatsiya qilindi va 1847 yil amaliyotga gips boglamini joriy qildi. Bu sohada birinchi gips qo'yishgacha va suyakni payvandlash haqidagi birinchi g'oyani berdi (1854). Sevastopolda, Qrim urushini (1853-1856) yillar u birinchi marta yaradorlarni saralashni asoslab berdi va amalda qo'lladi.



12-rasm. N.I.Pirogov

Operatsiyadan keyingi bemorlar birinchi navbatda ikki: toza va yiringli guruhlarga bo'lingan. N. I. Pirogov nomi dunyoda birinchi marta ayollarning harbiy harakatlar teatrida yaradorlarniga ёрдам беришни таклиф килди.

XIX - asrning o'rtalariga qadar operatsiya qilingan bemorlarning 80% dan ortig'i jarrohlik jarohatlarining yiringli, chirigan va gangrenoz asoratlardan vafot etgan. Dunyoning ko'plab mamlakatlaridagi bir necha avlod shifokorlarining sa'y - harakatlari ushbu asoratlarning sabablarini aniqlashga qaratilgan. Shunga qaramay, L.Pasterning kashfiyotlaridan keyingina mikrobiologiyaning yutuqlari jarrohlikning ushbu muammosini hal qilishga yondashish imkonini berdi.

Aseptika asoschilari nemis jarrohlari Ernst fon Bergman (1836-1907), yirik jarrohlik maktabining asoschisi va uning shogirdi Kurt Shimmelbush (1860-1895) edi. 1890 yilda Berlinda bo'lib o'tgan X - Xalqaro shifokorlar kongressida birinchi marta aseptika usuli haqida ma'ruza qildilar. Rossiyada aseptika asoschilari P.P.Pelexin, M.S.Subbotin, P.I.Dyakonovlar hisoblanadi. Aseptika va antiseptika tamoyillarining keng joriy etilishi N.V.Sklifosovskiyning faoliyati bilan bog'liq, K. K. Reyer, G. A. Reyn, N. A. Velyaminov, V. A. Ratimov, M. Ya. Preobrajenskiy va boshqa ko'plab olimlar shu sohada faoliyat ko'rsatdilar.

Anesteziya kashf etilgandan so'ng antiseptik va aseptik usullar ishlab chiqilishi bilan, bir necha o'n yilliklar ichida jarrohlik shu qadar katta amaliy natijalarga erishdiki, u o'zining antiseptikagacha bo'lgan barcha asrlik tarixida bunday yuksalish bo'lmagan. Jarrohlik operatsiyalarining imkoniyatlari beqiyos darajada kengaydi. Qorin bo'shlig'i jarrohligi keng rivojlangan.



13-rasm. N.V.Sklifosovskiy

Rossiyada jarrohlik tarixining rivojlanish davri Nikolay Vasilevich Sklifosovskiy (1836-1904) faoliyati bilan bog'liq. N.V.Sklifosovskiy bir qancha operatsiyalarni ishlab chiqdi, ularning aksariyati uning nomi bilan atalgan.

XIX asrning ikkinchi yarmida jarrohlik bilimlari hajmining keng ko'lamli o'sishi bilan mustaqil ilmiy fanlar: oftalmologiya, ginekologiya, otorinolaringologiya, urologiya, ortopediya, keyinchalik onkologiya, neyroxirurgiyaning rivojlanishi bunga misol bula oladi.

Pankreatinning ochilishi. 1859-yilda fransuz fiziologi Klod Bernar ovqat hazm qilish sekretidan ovqat hazm qilish substansiyani ajratib olishni ishlab chiqdi va uni pankreatin deb atadi.

Vo'yno-Yasentskiy (1877-1961) moxir xirurg, amaliyotchi, Rus provaslav cherkovining arbobi. Sankt-Peterburg shahrida (1915-yil) "Regionar anezteziya" to'g'rida kitob yozgan va 1916-yili meditsina doktori darajasini olgan. 1947- yili "Ocherki gnoynoy hirurigi" kitobi chiqqan. 1956- yilda Davlat mukofatini olgan. Vo'yno-Yasentskiy yiringli hirurigiyaning rivojlanishida katta hissa ko'shdi.

Karl Landeshteyner (1868-1943) Vena, Nyu-York . Avstriyalik vrach, ximik, immunolog, infeksiyanist 1901-yilda qon guruhini ochdi. Antigenlarning organizmda fiziologik reaksiyasiga qarshi hosil bo'ladigan maxsus va nomaxsus holatlarini kashf qilgan. Fiziologiya va tibbiyot bo'yicha Nobel mukofatini olgan.

Teodor Koxer (1841-1917-yillar, Bern) Shevtsariya xirurgi, ko'p xirurgik asboblarni taklif qilgan. Buqoq bezini xirurgik davolash ishi uchun Nobel mukofatini olgan (1909-yil).

1922-yilda Kanadalik olimlar **F. Banting** va **Ch. Best** hayvonlarning oshqozon osti bezidan insulinni ajratib olishni kashf qildi. Bu kashfiyoti uchun ular Nobel mukofatiga sazovar bo'ldilar.

Angliyalik olim Aleksandr Fleming 1928-yilda birinchilardan bo'lib mog'or zamburug'laridan penitselinni ajratib oldi va 1945-yilda Nobel mukofotiga sazovar bo'ldi.



14-rasm. A. Fleming

O'zbekiston Respublikasida xirurgiyaning rivojlanishida Akademik V.V. Vaxidovning xizmatlari alohida o'rin egallaydi. V.V. Vaxidov 1939-yilda O'rta osiyo tibbiyot institutini imtiyozli diplom bilan tamomlagan va butun umrini xirurgiyaga bag'ishlagan. V.V. Vaxidov uzoq yillar Toshkent Davlat tibbiyot institutining umumiy xirurgiya kafedrasining mudiri sifatida faoliyat ko'rsatgan. 1975-yilda Umum Ittifoq klinik va eksperimental xirurgiya ilmiy tekshirish institutining

Toshkent filiali tashkil topgandan keyin unga direktorlik lavozimiga tayinlangan va umrining oxirigacha shu institutga rahbarlik qilgan. Keyingi yillarda shu institut V.V.Vaxidov nomidagi O'zbekiston Respublikasining xirurgiya markaziga aylantirildi.

Respublikada xirurgiyaning rivojlanishida akad. Sh.I. Karimovning xizmatlari kata bo'lgan. Sh.I. Karimov Toshkent tibbiyot institutini 1966-yilda tamomlagan va Toshkent tibbiyot institutida o'z faoliyatini davom ettirgan. 1991-1998 yillar Respublika Sog'liqni Saqlash Vaziri lavozimida faoliyat yuritgan. 1995-yilda Respublika Fanlar Akademiyasiga akademik bo'lib saylangan. Sh.I. Karimov Respublikada yurak-qon tomirlar va torakal xirurgiya, jigar kasalliklari va rekonstruktiv xirurgiyaning rivojlanishida asoschilardan biri bo'lib hisoblanadi.

Akademik F.G. Nazirov 1995-1998 yillarda V.Vaxidov nomidagi respublika xirurgiya markazining direktori, 1998-2000 yillarda Respublika Sog'liqni Saqlash vaziri lavozimida ishlagan. Respublikada xirurgiya rivojlanishida katta hissa qo'shib, Respublikada jigarni



15-rasm. Akad.
V.V. Vaxidov

ko'chirib o'tkazishning eksperimental sohasini boshlab berdi. Jigar o't yo'llarida rekonstruktiv tiklash operatsiyalarini rivojlantirdi jigar transplantasiyasini boshlab berdi.

Samarqand shahri va qo'shni viloyatlarda xirurgiyaning rivojlantirishida professor A.X. Xaydarovning xizmatini alohida tilga olish lozim. Professor A.X. Xaydarov Moskvadagi hozirgi xirurgiya markazi xisoblangan A.A. Vishnevskiy nomdagi xirurgiya ilmiy tekshirish institutida doktoranturani tamomlab kelganch, 1972 – yilgacha Samarqand Tibbiyot Institutining hospital xirurgiya kafedrasini boshqargan. 1960 – yilda O'zbekistonda birinchi marta Samarqand 1-son shaxar klinik kasalxonasi bazasida termik kuyishlar bo'limi prof. A.X. Xaydarov tomonidan tashkil qilingan. Shu bo'limning ochilishi bilan termik kuyishlar muammosini xal qilish bo'yicha prof. A.X. Xaydarov raxbarligida shogirdlar tayyorlandi. Hozirgi kunda faoliyat ko'rsatayotgan fan doktorlari prof. X.K. Karabaev, prof. S.A. Abdullaevlar shu 'ustozning shogirdlaridirlar.

Samarqand tibbiyot institutining fakultet xirurgiya kafedrasining mudiri, prof. F.M.Golub, ajoyib notiq, o'ta madaniyatli, xirurgiyaning bilimdonlari sifatida iz qoldirdi. Prof. F.M.Golubning shogirdi, akademik U.A.Aripov nafaqat Samarqandda, balki butun Respublikada xirurgiyaning rivojlanishida katta xizmat qildilar. Uzoq yillar O'zbekiston sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari, keyinchalik Vazir, Toshkent Davlat tibbiyot akademiyasining rektori sifatida faoliyat ko'rsatdi.

SamDTI ning umumiy xirurgiya kafedrasini 1932 yillar tashkil kilingan. Oxirgi yillarda t.f.d. U.A. Sherbekov boshqarmokda.

SamDTI koshida 1976-yilda bolalar xirurgiyasi kafedrasini tashkil qilinib, kafedra mudiri lavozimiga professor Mahmud Ahmedovich tayinlandi. Professor M.A. Ahmedov rahbarligida bir guruh bolalar xirurgiyasi bo'yicha shogirdlar tayyorlandi. Hozirgi kunda shu kafedrani professor Yusuf Mahmudovich Ahmedov boshqarmoqda.

1980 yilda Pediatriya fakulteti uchun xirurgiya kafedrasini ochildi kafedra mudiri vazifasini professor X.K. Karaboev boshqargan. Hozirgi kunda shu kafedrani t.f.d. A.S. Bobojanov boshqarmoqda.

SamDTI tarkibida 1983 yili vrachlar malakasini oshirish fakulteti ochilib vrachlar malakasini oshirish xirurgik kasalliklari kafedrasini tashkil kilindi. Shu kafedrani uzoq yillar professor S.A. Abdullaev boshqargan.

Samarqand shahri, viloyati va qo'shni viloyatlarda bolalar xirurgiyasining rivojlanishida professor A.M. Shamsiyevning katta hissi bor. A.M. Shamsiyevning tashabbusi bilan Samarqand shahrida viloyatlararo bolalar xirurgiyasi markazi ochildi va uzoq yillar shu markaz direktori va SamDTI ni rektori lavozimida ishladi.

Hozirgi kunda shu kafedraning professori lavozimida ishlamoqda. Viloyatlararo bolalar xirurgiyasi ilmiy markazida SamDTU ning bolalar xirurgiyasi bo'yicha ikkita kafedra faoliyat ko'rsatmoqda.

Bolalar xirurgiyasi ilmiy markazining direktori va kafedra mudiri professor J.A. Shamsiev boshqarmoqda.



Oxirgi yillarda Samarqand Davlat tibbiyot institutiga yangi tayinlangan rektori, professor J.A.Rizayevning say'-harakatlari bilan Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Universitetiga aylandi va xirurgiyaning yanada rivojlanishiga o'z hissasini qo'shmoqda.

16-rasm. Professor. J.A. Rizayev Bunga yorqin misol bo'lib, Universitetning 1-son xirurgik kasalliklar kafedrasini boshqarayotgan professor Z.B. Kurbaniyazov va shaxsan rektor professor J.A.Rizayevning faol yordami orqali Samarqand shahrida

birinchilardan bo'lib jigar transplantatsiyasi operatsiyasi bajarildi.



17-rasm. Professor Z.B. Kurbaniyazov.

XIRURGIK YORDAM BOSQICHLARI

3 bosqichni o'z ichiga oladi:

* Shifokorgacha yoki birinchi shifokor yordami (hodisa ro'y bergan joyda yoki umumiy amaliyot shifokoriga murojaat qilganda ko'rsatiladi)

* Xirurg tomonidan ambulator yoki stasionar sharoitidagi yordam

* Maxsus xirurgik bo'limlardagi yordam

XIRURGIK YORDAM TASHKILI

Aholiga xirurgik yordam ko'rsatadigan davolash muassasalari:

Ambulatoriya-poliklinika:

Poliklinika xirurgiya bo'limlari;

Travmatologiya punkti;

Poliklinika urolog, onkolog, travmatolog xonalari;

Hudud shifoxonasi, ambulatoriyasi, yirik sanoat korxonalari sog'lomlashtirish punkti xirurglari;

Tez yordam shaxobchalari;

AMBULATOR-POLIKLINIKA XIZMATI VAZIFALARI:

Poliklinika xirurgi - xirurgik kasalliklar tashxisini qo'yishda birinchi zvenodir.

Barcha xirurgik bemorlarni qabul qilish va tekshirish;

Poliklinika da maxsus (rentgenologi, ultratovushli, endoskopik) va laboratoriya tekshirishlar o`tkazish;

Kichik xirurgi operasialarni bajarish;

Qayerga va qachon hospitalizasiya qilishni hal qilish;

Stasionar davodan SNG bemorni ambulator kuzatish va davolash;

Xirurgik bemorlarni dispanser kuzatish.

STACIONAR XIZMAT VAZIFALARI:

Xirurgiya bemorlarni mutassil tekshirish

Operasiya ga tayyorlash

Hamma xirurgik operasialarni bajarish

Operasiydan keyin maxsus intensiv terapiya va reanimasiya bo`limlarida bemorni olib boorish

Xirurgik yordamni tashkillashtirish, ilmiy izlanishlar olib borish, ilmiy natijalarni aliyotga tatbiq qilish

Kadrlarni tayyorlash

AHOLIGA XIRURGIK YORDAM KO`RSATUVCHI

DAVOLASH MASKANI:

Shifoxona:

Uchastka, tuman, Markaziy (shahar, tuman, viloyat (respublika) shifoxonalari, gospitallar, o`quv va ilmiy institutlari klinikalari, xirurgik markazlar.

- **Ko`p profilli** (xirurgik, ginekologik, travmatologik, va boshq. bo`limlar) - saviyali tibbiy yordam ko`rsatadi.

- **Maxsuslashgan** (onkologiya, oftalmologiya, sil shifoxonalari; viloyat va respublika shifoxonalarida - jigar, torakal, qon tomiri xirurgiyasi, neyroxirurgiya, mikroxiirurgiya va boshq.) - maxsus xirurgik yordam ko`rsatadi.

XIRURGIYANING ASOSIY YO`NALISHLARI

Xirurgik infeksiya haqida ta`limot

Aseptika va Antiseptika

Qon ketish haqidagi ta`limot

Qon quyish haqidagi ta`limot

Jarohatlar haqida ta`limot

Shikastlanish asoslari

Og`riq va anesteziologiya asoslari

Terminal holatlar asoslari

Xirurgik kasalliklar nozologiyasi

Bemorlarni tekshirish,

Operatsiya oldi davrda bemorlarni tayyorlash

Operatsiyadan keying davr

SamDTU

axborot-resurs markaz

II BOB

ASEPTIKA VA ANTISEPTIKA

Oxirgi yillarda antibiotikoterpiyaning effektivligi ancha pasayib, operatsiyadan keyingi asoratlari oshib bormoqda. Xirurgik infeksiyalar bilan bemorlarni davolash va ularni profilaktika qilish, muhim muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Hamma xirurgik kasalliklarning yiringli asoratlari 30-35% ni tashkil qilmoqda va xirurgik klinikalardagi hospital infeksiyalar bilan yaralarning yiringlashi 11-62% dan oshmoqda. Hozirgi zamonaviy xirurgiyaning rivojlanishi davomida operatsiyadan keying yiringli asoratlarni profilaktika qilish va uni davolashda aseptika va antiseptikaning muvafaqiyatlariga bog'liqdir. Aseptika (grek so'zidan olingan bo'lib, a-inkor qilish, septicus – yiringlashni chaqiruvchi) yiringlash holatini chaqiruvchi mikroorganizmlar bilan kurashish.

Antiseptika (grek so'zidan olingan, anti – qarshi, shyiz – yiringlash).

Dezinfeksiya (fransuzcha dis – o'ldirish, olib tashlash) – patogen yot shartli - patogen mikroorganizmlarni tashqi muhitdan ximik, fizik va mexanik usullari bilan yo'q qilishdir.

Antiseptiklarning asosiy xususiyatlari:

1. Bakteriostatik ta'siri;
2. Mikroblarning rivojlanishi, sonini pasaytiradi;
3. Antibiotiklarning mikroblarga bo'lgan ta'sirini kuchaytiradi;
4. Immun tizimning ta'sir qilish effektivlik faktorini oshiradi;

Hamma infeksiyalarda ularning kirish darvozalari yoki yuzalarida boshlanish etapida bakteriyalarning adgeziyasi (birikish, yopishib qolish) ya'ni to'qimalarga yopishib qolishi va keyinchalik ko'payishidir. Ana shu etap mikroorganizmlarning kolonizatsiyasi nomini olgan.

Xirurgiyaning ko'p uchraydigan asoratlardan infeksiyalar bilan asoratlanishdir. Bu asoratlari hatto operatsiyaning yaxshi o'tkazilishiga qaramay o'lim holatiga olib kelishi mumkin. Ana shu asoratlarning oldini olish xirurgiyaning asosiy xususiyatlaridan bo'lib, aseptika va antiseptikaga asoslangan.

Shunday qilib, aseptika infeksiya chaqiruvchilarni yaralarga va odam organizmiga kirishini taqiqlaydigan kompleks tadbirlardir.

Antiseptika - odam organizmidagi infeksiyalar va infeksiyallig'lanish holati bilan kompleks kurashish tadbirlaridir. Hamma fanlar ham o'zining aniq bir davrlarini o'taydi. Xirurgiyada haqiqiy inqilobiy o'zgarish aseptika va antiseptikaning yaratilishi bilan sodir bo'ldi. Haqiqatdan ham antiseptikgacha davrda o'lim tafsiloti 80% va undan yuqori edi. XIX asrdagi eng ulug' xirurglardan Bilrotda ham mastoektomiya, strumektomiya operatsiyalaridan keyingi o'lim 50% dan ko'proq bo'lgan. Bemorlar yaraning yiringlanishidan, saramasdan, gangrena va sepsisdan o'lganlar. Aseptikaning rivojlanishi ulug' ingliz xirurgi Djozef Listerdan (1829-1912) boshlandi va haqiqatdan ham xirurgiyada yangi rivojlanish davri boshlandi.

XVIII asr xirurglarida yaralarning yiringli asoratlaridan (flegmona, saramas, stolbnyak) chirish holatini ular fikricha yaraga havoning ta'siri deb tushundilar. Shuning uchun ular yaralarni quritish, yaraga okkluzion havoni o'tkazuvchi bog'lamlar qo'yish taklifi bilan chiqqanlar.

Ingliz xirurglaridan Benjamin Bell yaraga havoni ta'sir qilmasdan tezroq bog'lam qo'yish tavsiyasini bergan. Uning vatandoshi Prayngl havoni tozalash uchun hospital binolarni ventilatsiya qilishni muhim deb hisoblagan.

Fransuz xirurgi Puto (XVIII asr) bitta yaradan ikkinchisiga yiring tushsa kontakt ifloslanish fikriga kelgan. Avval ishlatilgan bog'lov materiallarini yoki bu bog'lov materiallarini iflos qo'l bilan ushlanishi natijasida yaralarni ifloslanishi mumkin deb hisoblagan.

Yaralarning yiringli yallig'lanishining rivojlanishida mikroblarning sababchi ekanligini rus xirurgi N.I. Pirogov (1853-1856) takidlagan. U kishini kuzatuvda bemorlarning jarohatidan ko'ra hospitalda bo'ladigan har xil iflosliklardan bo'lganligini qayd qilgan.

N.I. Pirogov har xil yaradagi chirishlar holatini qo'l orqali, choyshablar, yotoq buyumlari, bog'lov materiallari orqali yuqishini kuzatib har xil gigienik tadbirlar o'tkazishni joriy qilgan. Yaralarni davolashda spirt, yod, kumush sitrati yara "miazmasini" yo'qotish qobiliyatiga ega ekanligini aytganlar.

Aseptik moddalarni sistemali ishlatish xususiyatini venger akusher-ginekologi I.Zemmelvays bilan bog'liq bo'ldi. 1847-yilda ayollarda tug'ish yo'llarini, qo'lni, har xil asboblarni zararsizlantirishda ohakli xlor ishlatishni birinchi bo'lib qo'lladi. I. Zemmelvays bu fikrga kelishdan oldin tuqqan xotinlar tug'ish yo'llaridan (bachadon) va sepsis holatini o'tkazgan ayollardan olingan madda quyonlarga yuborilgan va

ular o'lganlar. I. Zemmelvays o'zi qilgan eksperimentiga asosan ifloslangan holat kasal tuqqan xotinlardan sog'lom tuqqan ayollarga yuqishini topgan va sepsisning rivojlanishiga sababchi bachadonning yiringlanishidan deb bildi.

I. Zemmelvays o'zining zararlantirish usullaridan keyin o'lim klinikada uch martagacha kamaygan. Ammo bu usul keng tarqalish imkoniyatiga ega bo'lmadi, chunki ko'pchilik xirurglar yuqish sababini havo infeksiyasidan deb hisoblaganlar.

Djozef Listerning xirurgiyadagi antiseptik usullarining ishlab chiqishida 1863-yilda L.Paster tomonidan achish va yiringlash holatining rivojlanishini ma'lum spetsifik (maxsus) mikroorganizmlar tomonidan yuzaga chiqishi fandagi katta ochilishga sababchi bo'lgan. L.Paster tomonidan buning oldini olish usulini ishlab chiqqan.

Djozef Listerning xirurgiyadagi xizmati L. Pasterning fanda qilingan ochilishini xirurgiyaga o'tkazdi va yiringlash sababini tashqaridan kasallik chaqiradigan sabab borligini aytdi. Shundan kelib chiqqan holda yaralarni maxsus havo o'tkazmaydigan bog'lam bilan yopishni taklif qildi va yaralardagi chirish holatini bartaraf qilish uchun fenol moddasini qo'lladi. Fenolni tanlash tasodifan bo'lmagan. Fenolning asosiy qismini dyoget tashkil qilgan. O'sha paytlar yuvindilar yig'iladigan chuqurchalarni chirishning oldini olish uchun dyoget moddasi quyilgan. Ana shunga qadar bir necha yil avval D. Lister fenolning dezinfeksiyalovchi xususiyatini topgan. Fenol ochiq sinishlarni davolashda ishlatilgan. D.Lister juda yaxshi natijaga erishgan. Ikki yillik izlanishlardan keyin yaralarning yiringli asoratlarini davolash tizimini yaratdi va 1867-yili "Sinishlarni va yiringli holatlarni davolashning yangi usullari va yiringlashning sabablari" to'g'risida ilmiy ishini chop qildi. Asosiy profilaktika qilishda havo va kontakt infeksiyalari bilan kurashishni tashkil qilish bo'lib havo va kontakt infeksiyani fenol bilan bartaraf qilingan. Qo'l va har xil asboblarni (yara bilan kontakt qilinadigan) fenol bilan ishlangan. D. Listerning davolash va profilaktika usulidan keyin yiringli asoratlar ancha kamaygan. Shunday qilib D. Listerdan oldin yiringli septik asoratlarning rivojlanishida qandaydir tashqi faktorlarning ham o'rni borligini aytgan edi. D.Listerning asosiy xizmati shundan iborat bo'ldiki infeksiyon asoratlarni bartaraf qilish tizimini – ya'ni antiseptika usulini yaratdi. Bu tizimning asosiy komponenti bo'lib ko'p qavatli bog'lam qo'yish, qo'lni ishlash, asboblarni va operatsiya xonasidagi havoni sterilizatsiya qilish

taklif qilindi. Ko'p qavatli bog'lamda: Yaraga ipakdan iborat bog'lam 5% lifenol suyuqligi bilan singdirilgan bog'lam qo'yilgan, uning ustidan 8-qavatli shu eritma bilan to'yintirilgan doka qo'yilgan, uning ustidan yana kanifol qo'shimchasi bilan, uning ustidan klenkadan iborat to'qima va fenol bilan to'ydirilgan bint bilan bog'lam qo'yilgan. Xirurg qo'li, asboblari, bog'lov va tikuv materiallari 2-3% fenol suyuqligi bilan yuvilgan. Operatsion maydoni ham shu suyuqlik bilan ishlangan. Operatsiya xonasidagi havo shu eritma bilan operatsiyadan oldin va operatsiya paytida purkagich bilan sepilgan xolda sterilizatsiya qilingan. D.Listerning usuli qo'llanilishidan keyin yiringli asoratlar surati ancha kamaygan, ammo ko'p yetishmovchiliklar ham aniqlandi. Fenol eritmasining ishlatilishi ijobiy xususiyatlari bilan uning manfiy ta'siri ham aniqlandi. Manfiy tasirlariga umumiy intoksikatsiya chaqirdi, to'qimalarni kuydirish, yaralarda ham kuyish belgilari paydo bo'ldi, buyraklarni jarohatlash, xirurglarda dermatit, kuyish, ekzema paydo qildi. Fenol eritmasining o'rniga simob dixloridi (sulema) bor va salitsil kislotasi kaliy permanganat ishlatish taklif qilindi. Vaholanki qanchalik antimikrob ta'siri kuchli bo'lsa, shunchalik kuchli organizmga toksik ta'siri kuchli bo'ldi.

Antiseptikaning tarixida ko'p dramatik xolatlar yuz bergan L. Paster tomonidan 1880-yilda aytilgan fikrda hamma yiringli yallig'lanishlar bitta chaqiruvchi orqali yuzaga chiqadi deyilgan. E. Bergman bu fikrni faktga asoslanmagan va o'ta ishonchli emas degan xulosaga kelgan.

Shvetsariya xirurgi K. Garri (1857-1928) L.Pasterning fikrini qo'llash uchun o'zining blagiga osteomielit bilan og'rikan bemor yiringidan olingan ekma stafilakokk kulturasidan olib terisini ishqalaganana shu ishqalangan terisida katta karbunkul atrofida ko'p sonli furunkulyoz paydo bo'lgan yiringdan ekishga olinganda stafilakokktopilgan. Vrach tuzalgach o'zida eksperiment o'tkazib stafilakokk har xil yiringli kasalliklarni (abscess, furunkul, karbunkul, osteomielit) chaqirilishini isbotlagan. Shunday qilib, asta-sekin J. Lister usuli o'z ahamiyatini yo'qota boshladi va 25-yildan keyin yangi aseptik usuli paydo bo'ldi. Aseptik usulining asosida hamma narsalar predmetlar yaralar bilan bog'liq sterilizatsiya qilinishi kerak deyiladi. Aseptikani asoschisi bo'lib nemis xirurgi Rossiyada ishlagan xirurg E. Bergman hisoblanadi. 1890-yilda Berlinda o'tkazilgan xirurgiya kongressida E. Bergman yaralar infeksiyasi bilan kurashishning yangicha usulida nutq

ular o'lganlar. I. Zemmelvays o'zi qilgan eksperimentiga asosan ifloslangan holat kasal tuqqan xotinlardan sog'lom tuqqan ayollarga yuqishini topgan va sepsisning rivojlanishiga sababchi bachadonning yiringlanishidan deb bildi.

I. Zemmelvays o'zining zararlantirish usullaridan keyin o'lim klinikada uch martagacha kamaygan. Ammo bu usul keng tarqalish imkoniyatiga ega bo'lmadi, chunki ko'pchilik xirurglar yuqish sababini havo infeksiyasidan deb hisoblaganlar.

Djozef Listerning xirurgiyadagi antiseptik usullarining ishlab chiqishida 1863-yilda L.Paster tomonidan achish va yiringlash holatining rivojlanishini ma'lum spetsifik (maxsus) mikroorganizmlar tomonidan yuzaga chiqishi fandagi katta ochilishga sababchi bo'lgan. L.Paster tomonidan buning oldini olish usulini ishlab chiqqan.

Djozef Listerning xirurgiyadagi xizmati L. Pasterning fanda qilingan ochilishini xirurgiyaga o'tkazdi va yiringlash sababini tashqaridan kasallik chaqiradigan sabab borligini aytdi. Shundan kelib chiqqan holda yaralarni maxsus havo o'tkazmaydigan bog'lam bilan yopishni taklif qildi va yaralardagi chirish holatini bartaraf qilish uchun fenol moddasini qo'lladi. Fenolni tanlash tasodifan bo'lmagan. Fenolning asosiy qismini dyoget tashkil qilgan. O'sha paytlar yuvindilar yig'iladigan chuqurchalarni chirishning oldini olish uchun dyoget moddasi quyilgan. Ana shunga qadar bir necha yil avval D. Lister fenolning dezinfeksiyalovchi xususiyatini topgan. Fenol ochiq sinishlarni davolashda ishlatilgan. D.Lister juda yaxshi natijaga erishgan. Ikki yillik izlanishlardan keyin yaralarning yiringli asoratlarini davolash tizimini yaratdi va 1867-yili "Sinishlarni va yiringli holatlarni davolashning yangi usullari va yiringlashning sabablari" to'g'risida ilmiy ishini chop qildi. Asosiy profilaktika qilishda havo va kontakt infeksiyalari bilan kurashishni tashkil qilish bo'lib havo va kontakt infeksiyani fenol bilan bartaraf qilingan. Qo'l va har xil asboblarni (yara bilan kontakt qilinadigan) fenol bilan ishlangan. D. Listerning davolash va profilaktika usulidan keyin yiringli asoratlari ancha kamaygan. Shunday qilib D. Listerdan oldin yiringli septik asoratlarning rivojlanishida qandaydir tashqi faktorlarning ham o'rni borligini aytgan edi. D.Listerning asosiy xizmati shundan iborat bo'ldiki infeksiyon asoratlarni bartaraf qilish tizimini – ya'ni antiseptika usulini yaratdi. Bu tizimning asosiy komponenti bo'lib ko'p qavatli bog'lam qo'yish, qo'lni ishlash, asboblarni va operatsiya xonasidagi havoni sterilizatsiya qilish

taklif qilindi. Ko'p qavatli bog'lamda: Yaraga ipakdan iborat bog'lam 5% lifenol suyuqligi bilan singdirilgan bog'lam qo'yilgan, uning ustidan 8-qavatli shu eritma bilan to'yintirilgan doka qo'yilgan, uning ustidan yana kanifol qo'shimchasi bilan, uning ustidan klenkadan iborat to'qima va fenol bilan to'ydirilgan bint bilan bog'lam qo'yilgan. Xirurg qo'li, asboblari, bog'lov va tikuv materiallari 2-3% fenol suyuqligi bilan yuvilgan. Operatsion maydoni ham shu suyuqlik bilan ishlangan. Operatsiya xonasidagi havo shu eritma bilan operatsiyadan oldin va operatsiya paytida purkagich bilan sepilgan xolda sterilizatsiya qilingan. D.Listerning usuli qo'llanilishidan keyin yiringli asoratlar surati ancha kamaygan, ammo ko'p yetishmovchiliklar ham aniqlandi. Fenol eritmasining ishlatilishi ijobiy xususiyatlari bilan uning manfiy ta'siri ham aniqlandi. Manfiy tasirlariga umumiy intoksikatsiya chaqirdi, to'qimalarni kuydirish, yaralarda ham kuyish belgilari paydo bo'ldi, buyraklarni jarohatlash, xirurglarda dermatit, kuyish, ekzema paydo qildi. Fenol eritmasining o'rniga simob dixloridi (sulema) bor va salitsil kislotasi kaliy permanganat ishlatish taklif qilindi. Vaholanki qanchalik antimikrob ta'siri kuchli bo'lsa, shunchalik kuchli organizmga toksik ta'siri kuchli bo'ldi.

Antiseptikaning tarixida ko'p dramatik xolatlar yuz bergan L. Paster tomonidan 1880-yilda aytilgan fikrda hamma yiringli yallig'lanishlar bitta chaqiruvchi orqali yuzaga chiqadi deyilgan. E. Bergman bu fikrni faktga asoslanmagan va o'ta ishonchli emas degan xulosaga kelgan.

Shvetsariya xirurgi K. Garri (1857-1928) L.Pasterning fikrini qo'llash uchun o'zining blagiga osteomielit bilan og'rikan bemor yiringidan olingan ekma stafilakokk kulturasidan olib terisini ishqalaganana shu ishqalangan terisida katta karbunkul atrofida ko'p sonli furunkulyoz paydo bo'lgan yiringdan ekishga olinganda stafilakokk topilgan. Vrach tuzalgach o'zida eksperiment o'tkazib stafilakokk har xil yiringli kasalliklarni (abscess, furunkul, karbunkul, osteomielit) chaqirilishini isbotlagan. Shunday qilib, asta-sekin J. Lister usuli o'z ahamiyatini yo'qota boshladi va 25-yildan keyin yangi aseptik usuli paydo bo'ldi. Aseptik usulining asosida hamma narsalar predmetlar yaralar bilan bog'liq sterilizatsiya qilinishi kerak deyiladi. Aseptikani asoschisi bo'lib nemis xirurgi Rossiyada ishlagan xirurg E. Bergman hisoblanadi. 1890-yilda Berlinda o'tkazilgan xirurgiya kongressida E. Bergman yaralar infeksiyasi bilan kurashishning yangicha usulida nutq

so'zladi va aseptik usulda operatsiya qilingan va yaxshi natija olgan bemorlar demonstratsiya qilindi. Kongressida raislik qilgan J. Lister E. Bergmanni mufaqqiyati bilan tabrikladi va aseptik usul xirurgiyaning eng muhim yangiliklaridan deb hisobladi. Taklif qilingan aseptik usulning aslida ham yaralar bilan tegishli asboblari, har xil narsalardagi mikrofloralarni baland temperatura (qaynatish, issiq par bilan) yo'qotish mumkin. 1892-yildan boshlab dunyo bo'yicha hamma kilinikalarda aseptik usul qo'llanila boshladi. Bu ishning natijasi shunchalik bo'ldiki hatto har xil aseptik usuldan (organizmdagi infeksiya bilan kurashish) foydalanmasligi haqidagi fikrlar ham paydo bo'la boshladi. Vaxolanki xirurg qo'lni, operatsion maydonni, yiringli bo'shliqlarni sanatsiya qilmay antibakterial preparatlarini qo'llamasdan yaxshi natijaga erishish mumkin emas edi. Antiseptik moddalar uchun bo'lgan talablar: Bakteriosid yoki bakteriostatik mikroorganizmlarga ta'siri: mahalliy ishlatilganda to'qimalarga toksik ta'sirining yoqligi: biologik suyuqlik bilan qo'shilganda (qon, eksudat, yiring) o'z xususiyatini saqlay olishi, xavo ta'sirida ularning uchib ketmasligi ularni ishlab chiqishi arzon bo'lishligi.

Xirurgik infeksiyalarning manbalari va ularning tarqalish yo'llari

Infeksiya manbai deb ularning yashash joyi, mikroorganizmlarning ko'payishi va ularning rivojlanishi tushuniladi. Bemor organizmiga nisbatan (sporalar) ekzogen organizmdan tashqari va endogen (ichki) xirurgik infeksiyalar manbai bo'lishi mumkin.

Ekzogen infeksiyalar-asosiy manbai yiringli-yallig'lanishlar bilan bemorlar, batsilla tashuvchilar va juda kam holatlarda hayvonlar hisoblanadi. Yiringli-yallig'lanishlar bilan kasallangan bemorlardan mikroorganizmlar tashqi muhitga (havo, atrofdagi har xil narsalarga, tibbiyot xodimlarining qo'llariga) yiring bilan shilliq modda, balg'am va boshqa ajraluvchilar tushadilar. Tartib intizomga rioya qilmaslik, ishlash qoidasi, narsalarni maxsus sanitar qayta ishlash, asboblari, bog'lam materialarini, tibbiy xodimlar qo'llarini o'z vaqtida yuvish sanitar-gigiyenik qoidalari buzilganda mikroorganizmlar yaraga tushishlari mumkin va kishilarda yiringli yallig'lanish holatini chaqiradi.

Tashqi muhitdan mikroorganizmlar yaraga har xil yo'llar bilan tushadi: kontakt yo'li bilan ya'ni yarali infeksiya bilan infeksiyalangan narsalarga tegishi, asboblari, bog'lov materiallari, operatsion kiyimlar;

xavo orqali-atrof muhitdagi mikroorganizmlar bilan infeksiyalangan havo, implantatsion yo'l bilan – yarada uzoq vaqtga infeksiyalangan har xil narsalarning qoldirilishi (tikish materiallari, suyaklarni fiksatsiya qiluvchi tuzulmalar va boshqa har xil implantatsiyalar).

EKZOGEN INFEKSIYA

Infeksiya maydoni bo'lib batsilla olib yuruvchi bemorlar va hayvonlar hisoblanadi. Bu infeksiyalarning tarqalishi: havo-tomchi, kontakt va implantatsion yo'llar orqali sodi bo'ladi.

Hayvonlar infeksiyasining manbai sifatida ahamiyati bor, go'sht maxsulotlari bilan shug'ulanuvchilarda, qassoblarda sibir yarasini yuqish xavfi bor. Hayvonlarning har xil chiqindilari bilan atrof muxitga qoqshol, gazli gangrena chaqiruvchilari tushishi mumkin ular ko'pincha tuproqda bo'ladilar va tasodifan har xil jarohatlar olinganda tuproq orqali shu mikroorganizmlar tushishi mumkin.

Endogen infeksiyalar manbai bo'lib surunkali yallig'lanish holati bilan organizmda rivojlanishi (teri kasalliklari, tishlar, tomoqdagi bodomsimon bezlar) ular shu soxalarga operatsiya qilinganda ayrim kasalliklarida (o'tkir apenditsit, xolesistitlar va osteomelitlar) bo'lishi mumkin. Bundan tashqari og'iz bo'shlig'i mikroflorasi o'ta muhim hisoblanadi, nafas olish tizimi, siydik yo'llar infeksiyasi ham endogen infeksiya manbayiga kiradi.

ENDOGEN INFEKSIYA

Infeksiya o'chog'i makroorganizmlar va mikroorganizmlar hisoblanadi. Ularning yuqish yo'llari : gematogen, kontakt, limfogen yo'llardir.

Kontakt infeksiyalanish bu operatsiya paytida texnik matolar, yiring, ekssudat, ichakdagi axlatning yaraga tushishi yoki asboblar, bo'g'lov materillari, qo'lqoplar orqali tushishi ham mumkin. Yallig'lanish zonasidan yoki yallig'lanishdan operatsiya maydonidan infeksiyalar limfa yo'llari(limfogen) yoki qon oqimi(gematogen) yo'llar bilan tushishlari mumkin. Aseptik usul bilan ekzogen infeksiyabilan kurashish bo'lib endogen infeksiya va shu bilan birga organizmga tashqi muxitdan tushgan infeksiyalar bilan kurashishdir. Infeksiyani profilaktika qilishda uning hamma etaplarida (infeksiya yo'llari, odam organizmi) aseptik va antiseptikaning kombinatsiyalangan usullarini qo'llash bilan kurashish kerak.

Tashqi muxitni ifloslanishidan saqlanishida infeksiyaning o'chog'i bo'lgan- yiringli yallig'lanish kasalliklari bilan bemorlarni davolashda, eng avvalo tashkiliy masalarni hal qilish zarur. Bunday bemorlarni maxsus xirurgik kasalxonalariga, alohida operatsiyon blokda, bog'lov xonalarida o'tkazish va maxsus shunday bemorlarni davolaydigan xodimlar bo'lishi kerak. Ana shu talab ambulatoriya xirurglariga ham taalluqli bo'lishi kerak. Yiringli bemorlarni alohida operatsiya, bog'lov xonasida bajarish shart. Batsilla tashuvchilarni xirurgik tashkilotlarda ishlashini cheklashi kerak, ularni davolab, bakteriologik nazoratdan o'tqazib batsillalar topilmasa ishga tiklash mumkin.

Aseptika

Yiringli mikroorganizmlarga tasir etuvchi antibakterial moddalarni ikki guruhga bo'lish mumkin.

1- Kimyoterapevtik ta'sir etuvchi moddalar.

2- Kimyoviy moddalar- dezinfeksiya va sterilizatsiya qilish uchun ishlatiladigan moddalar.

Dezinfeksiya va sterilizatsiya uchun ishlatiladigan moddalar infeksiyalarning yaralarga tushushlarini taqiqlaydigan ya'ni infeksiyaning tarqalish yo'llarini to'sadi. Ayrim kimyoviy antibakterial moddalar kimyoterapevtik ta'sir qiluvchi sifatida, hamda dezinfeksiya va sterilizatsiya (xlorgeksidin, vodorod peroksidi) uchun qo'llaniladi.

Xirurgiyada dezinfeksiya va sterilizatsiya uchun keng ishlatiladigan preparatlardan 5 va 10% li spirtli yod eritmasidir. Bu yod eritmasi teriga surtish, yara atrofini va operatsiya maydonlariga ishlov berish uchun ishlatiladi.

Yod+Kaliy yodit tarkibida 4.5% li erkin yod moddasi bo'lib uni disterlangan suvda 1:4:5 miqdorda aralashtirilib operatsiya maydoniga ishlov berishda qo'llaniladi.

Povidon yod -yodning polivinilpiralazol bilan aralashmasi tarkibida 0.1-1% yod bor, xirurglarning qo'lini va operatsiya maydonini tozalashda ishlatiladi.

Xloramin - uning 1-3% eritmasi qo'llarni dezinfeksiya qilishda, bemorlarni parvarish qilishda ishlatiladigan idishlar metal bo'lmagan asboblarni dezinfeksiya qilishda ishlatiladi.

Chumoli kislotasi - vodorod kompleksi (pervomur moddasi C-4) qo'llarni ishlash uchun operatsiyadan oldin qo'llaniladi bu pereparat yana xirurgik asboblarni va rezina qo'lqoplarini dezinfeksiya qilinadi.

Etanol – uning 70% va 96%li eritmaları xirurg qo'llarini operatsiya maydonini, optik asboblarni, tikish materillarini dezinfeksiya qilishda qo'llaniladi.

Formalin- uning 36.5-37.5% formaldegit eritmasi bor 0.5-5% li eritmaları qo'lqoplarni, asboblarni, kateterlarni va drenajlarni dezinfeksiya qilishda qo'llaniladi.

Degmitsid - 30%li degmin 1%li eritmasi, yani 1:30 miqdoridagi aralashmasi operatsiya maydonini va xirurg qo'lini dezinfeksiya qilishda ishlatiladi.

Benzalkoniya xlorid - 1% va 10% li eritmaları asboblarni sterilizatsiya qilishda (1-1000 ga nisbati aralashmasi 30-minut muddatda), rezinali qo'qoplarni, drenaj naylarni (1-4000 nisbati 24 soat muddatda) dezinfeksiya qilinadi. Asboblar karroziya bo'lmasligi uchun natriy karbonat 2 g 1-litr suvda aralashtirilgan holda ishlatiladi.

Xlorgeksidin - bigulukonat ko'rinishida chiqariladi, uning sinonimi –gabitan, u 20% li eritma holatida chiqariladi bu moddalar operatsiya maydonini va asboblarni dezinfeksiya qilishda 70% etanol bilan 1:40 nisbatida aralashtirilib ishlatiladi. Olingan 0.5% suv spirt aralashmasining eritmasi operatsiya maydonini dezinfeksiya qilishda ikki marta 2 minut oralig'i bilan ishlatiladi. Asboblarni sterilizatsiyasi uchun ularni 2 minut muddatda shu eritmaga botirilib qo'yiladi.

Oxirgi yillarda dezinfeksiya va sterilizatsiyaga tayyorlashda Alaminkol (Rossiya)da ishlatilmoqda uning 5% eritmasi alkilmetilbenzonilamoniy xloridi va 8%li gilyoksan eritmaları alaminkolning boshlang'ich tasir qiluvchi modda sifatida qo'llaniladi. Keng bakterasid ayniqsa nomaxsus yiringli floraga: tuberkulyoz chaqiruvchilar, zamburug'lar, viruslarga tasir qilib yana uning yuvish maxsulotlari. Bundan tashqari xonalarni, jixozlarni, sanitar - texnik jixozlarni, xirurgik asbolarni va endoskoplarni dezinfeksiya qilishda ishlatiladi. Bu tadbirlar uchun 10%li suvda erigan holatda ishlatiladi. Bu eritmaları ko'p marta ishlatish mumkin. Dezinfeksiya qilish muddati material plasmassa asboblarni eritmaga botirib qo'yish muddati – 60 minut. 5% li xlor bilan iflos bo'lgan yotoq buyumlarni xo'llab qo'yish 120 minut davom etadi. Bu moddalar har xil apparatlarni, asbob-uskunalarni, sanitar -texnik jihozlarni, devorlarni, stol va yer

maydonlarida qo'llaniladi. Zararsizlantirish uchun 1 yoki 2 marta artib chiqish kerak.

Dezinfeksiyalovchi Lizafin – spetsial (Rossiya) boshlang'ich tasiri: alkildimetilbenzilammoniy xlorid, Glutar aldegid, glikasol, denaturatsiya qilingan spirt bo'lib hisoblanadi. Antimikrob spektrga – bakteriyalar, tuberkulyoz tayoqchasi, viruslar, zamburug'lar kiradi. Yuvish maxsulot ham hisoblanadi. Ularning 1- 5% konsentratsiyasi ishlatiladi. Pollarni, devorlarni, xirurgik stollarni, jihozlarni (mebellarni), bemorlarni parvarishida ishlatiladigan narsalarni dezinfeksiya qilishda qo'llaniladi. Undan tashqari sterilizatsiya oldidan oynali buyumlar, metall-plasmas jihozlar, endoskoplar asboblarni tozalashda ishlatiladi. Dezinfeksiya ho'llash, artish, suyuqliklarga botirib ko'yish yo'llari bilan amalga oshiriladi. Asboblarni, endoskopni sterillash uchun 1% eritmasiga - 60 minut 1.5% - 30 minut 2% eritmasida - 15 minut botirilib ko'yiladi.

Dezinfeksiyalovchi modda "Kemi-Sayd (Rossiya) bo'lib boshlang'ich tasir qilishi 3-3.5%, 5 - xlor - 2 gidroksidi fenilmetan - 2.6 - 3.2%.

Bakteriotsit tasiri keng: tuberkulyoz, viruslar, zamburug'lar preparatni suv bilan arlashtirilib 0.5%, 1%, 2% eritmasiga ishlatiladi. Apparatlarni, asboblarni, sanitar - texnik jihozlarni, devorlarni, stol, polni yuvish mumkin. Ekzogen infeksiyalar bilan kurashish va ularni profilaktika qilishda xirurgik bemorlar kasalxonalariga tushgandan keyin yondashish talab qilinadi.

Havoni ifloslantiradigan mikroflora bilan kurashish.

Xirurgik kasalxonalar bir nechta funksional bo'limlardan iborat: operatsiya xonalari, xirurgiya bo'limi xonalari, bog'lov xonasi, muolaja o'tqaziladigan xonalardan iborat.

Ekzogen infeksiyalar bilan kurashish va ularni profilaktika qilishda xirurgik bemorlar kasalxonalariga tushish paytidan boshlab kompleks yondashish talab qilinadi. Bu etaplar qabul xona bo'limi, xirurgik kasallar bolimi, diagnostik kabinetlar, bog'lov bo'limi va operatsiya bo'limida o'tqazishlar kerak.

Xirurgik statsionarida ekzogen infeksiyalar profilaktikasi bemorlarni toza va yiringli guruhlarga ajratish shart. Yiringli yallig'lanishi bilan kasallangan bemorlar yiringli xirurgiya bo'limiga yotqizilishi kerak ya'ni bu batamon tozza xirurgik bolimidan alohida ajratish zarur. Bordiyu statsionarda bitta xirurgik bo'lim bo'lsa unda

yiringli kasalliklarni aloxida palataga joylashtiriladi va alohida bog'lov xonasi bo'lishi kerak. Qabul xonada- birlamchi ko'rik bo'limida bemorlarni (toza va yiringli) guruhlarga ajratiladi. Bu bo'limda sanitariya gigiena talablari bo'yicha bemorlarni alohida ishlovdan o'tqazib kasalxona kiyimlari beriladi. Agar bordiyu pedikulyoz, qichima aniqlansa maxsus dezsantar ishlov hamda dezinfeksiya qilinadi.

Xirurgiya bo'limida - sanitariya qoidasini ushlab uchun har kuni ho'l yig'ishtirish, yuvish tadbirlari antiseptik moddalar qo'lash bilan bir martadan uch martagacha bir kunda o'tqaziladi. Bo'limdagi jihozlar ho'llangan latta bilan artiladi. Uzluksiz o'tqazilgan sanitariya ishlari, xonalarni shamollatish, sovutgichlarni ishlatish bilan bo'limdagi bakteriyalar bilan ifloslanish darajasini pasaytiradi. Bo'lim xodimlari profilaktik ko'rigdan o'tishi batsilla tashuvchilar(burundan,tomoqdan surtma olinadi),xodimlar orasidan shamollash va yiringli kasalliklar topilsa ular vaqtinchalik ishdan ozod,izolatsiya qilinadi.

Bo'limda ishlaydigan xodimlar sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilishlari(ish boshlanishidan oldin kiyimni almashtirish,dush qabul qilish,bosh kiyim (kolpak)ga etibor berish kerak.

Operatsiya xonalarning ifloslantirishdakontakt (90%) holatlarda yo'llda sodir bo'lishi aniqlangan. 10% holatda havo tomchi yo'li orqali ifloslanganligi aniqlangan.

Har bir xirurgik jamoa a'zolari operatsiyaga maxsus tayyorgarlik ko'rish hisobga olingan holda ya'ni sterillangan operatsiya buyumlari, hamma ish qoidalariga rioya qilgan holda hamda minutiga tashqi havoga 1500 tagacha mikroorganizmni tarqatadi. Xirurgik jamoaning bir – bir yarim soat ichida operatsiya xonasidagi havoga chiqarilgan bakterial ifloslanish 100% ko'tarilar ekan. Operatsiya xonasidagi operatsiya boshlanishidan oldin bir metr kub havodagi mikroorganizmlar miqdori 500 dan oshmasligi kerak. Operatsiya paytida 1000 taga ko'tarilsa ham ammo havoda potagen mikroorganizmlar kuzatilmasligi kerak. Ana shunday holatni maxsus tuzilmalar ventilatsiya qoidasini qattiq ushlab, operatsiya xonasini tozalab turushi, xavoni va hamma narsalarni dezinfeksiya qilish orqali erishish mumkin.

Xirurgik statsionarlarda bir necha faol bo'linmalardan tashkil topgan bo'ladi: operatsion bo'limi, xirurgik bo'limlar, bog'lov va muolaja xonalaridan.

Operatsiya bo'limi: - bu bo'lim maxsus xonalardan iborat bo'lib, har xil operatsiyalar o'tqazilishiga sharoit ta'minlangan. Operatsiya

bo`limi alohida binoda yoki xirurgik bo`limlardan alohida qismida yoki ko`p qavatli binoda bo`lsa bitta qavatda joylashtirilishi mumkin. Ko`pchilik holatlarda "toza" va "yiringli" operatsiya qilinadigan alohida xonalarga joylashtiriladi. Agar yiringli operatsiyalar xonasini yoki yiringli xirurgiya alohida bo`limlarda tashkil qilinsa, juda ham maqsadga muvofiq hisoblanar edi.

Operatsiya bo`limida maxsus tozalik qoidasini saqlash uchun alohida funksional sohalar tashkil qilinadi.

1. **Steril zonasi** – operatsiya va sterilizatsiya sohalariga bo`linadi. Ana shu zonalarda (sohalarda) quyidagi harakatlar amalga oshiriladi. Operatsiya sohasida har xil operatsiyalar, operatsiyadan oldi sohasida-xirurglar qo`llarini operatsiyaga tayyorlaydilar, sterilizatsion zonada – asboblarni sterilizatsiya qilingandan keyin operatsiyaga ishlatiladi yoki qayta ishlatilishiga to`g`ri kelib qolishi mumkin.

2. **Qattiq qoidaga rioya qilish zonasiga**- sanitariya xonasi bo`lib xodimlar kiyinishini, cho`milish xonasini va sterillangan kiyimlar kiyib olish xonalardan iboratdir. Bu xonalar ketma- ket joylashtirilishi lozim, yana shu sohada xirurgik asboblari va apparatlar, narkoz apparatlari, medikamentlar, qon quyish xonasi, navbatchi xirurglar jamoasi uchun, bosh operatsion hamshirasi va sanitar taminoti xonalari bo`lishi kerak.

3. **Tartib chegaralanganzona** yoki texnik soha bo`lib operatsiya ikkita ishni tashkil qilish uchun xona -bu yerda apparaturalar xavoni tozalash uchun apparatlar operatsiya sohasini kislorod va narkoz apparatlari bilan ta`minlash, yorug`lik uchun akumlyatorlar rentgen plyonkalari uchun laboratoriya joylashtiriladi.

4. **Umumiy qoida zonasi** -bo`lim boshlig`i xonasi, bosh hamshira va ifloslangan buyum ashyolarni yig`ish xonasidan iboratdir. Operatsiya sohasidagi ish tartibi shu sohada kirib chiqishlarni chegaralash ta`minlanadi, qattiq rioya qilish shu sohada operatsiyaga qatnashadigan xirurglar, hamshiralar, anestizologlar, yuvintirish bilan shug`ullanadigan sanitarlar bo`lishi mumkin.

Bu sohaga studentlar, malaka oshirishga kelgan xirurglarga ruxsat beriladi. Operatsion sohada ishlatiladigan maxsus kiyimlar, xalat va shimlar kiyishlari va ularning kiyimlarining rangi boshqalardan farq qilishi kerak.

Steril zona operatsion blokda davriy ravishda bakteriologik havoni tekshirish, devorlardan, shift, apparat va asboblardan yuvilgan suvdan taxlil olinadi. Bir oyda bir marta emlash uchun xirurglar qo`lidan

sterillikni tekshirish uchun ekishga namuna olinadi, mikroorganizmlar havoda, har xil narsalarda yakka xolida ham uchraydi. Ular asosan har xil mayda jismlarda va changda uchraydi. Shuning uchun ham changning yaxshi tozalanmasligi tufayli, ular operatsiya xonasiga o'tib ketishi mumkin.

Demak operatsiya xonalari, bog'lov xonalari changi yetarli darajada tozalaniladi.

Operatsiya xonalarida bir necha xil tozalash turlari mavjud.

1. Har kungi.
2. Doimiy ravishda.
3. Operatsiyadan keyingi tozalash.
4. Yakunlovchi.
5. General yig'ishtirilishlar.

Operatsiya boshlanishdan oldin ho'l latta bilan hamma narsalar, asboblari, derazadagi chang tozalanadi. Operatsiya paytida yerga tushgan hamma narsalar (salfetkalar, shariklar, asboblari) o'sha vaqtning o'zida olinadi va pol artiladi bu doimiy tozalashga kiradi. Operatsiya tamom bo'lgandan keyin polda qolgan salfetkalar ayrim ho'l bo'lgan tamponlar yig'ib olinadi va pol xo'l latta bilan artiladi. Undan tashqari operatsiya stoli maxsus dezinfeksionalovchi suyuqlik bilan artiladi, kundalik ish tamom bo'lgandan so'ng xulosaviy tozalash o'tkaziladi. Dezinfeksionalovchi suyuqliklar bilan ho'llangan latta bilan devor, patalok, derazalar va ularning pastki tutqichi, apparaturalar artiladi (1%-3% peroksid vodorot eritmasi, yuvish maxsulotlari ishlatiladi).

Xafta oxirida general yig'ishtirish va tozalash o'tkaziladi. Operatsiya xonalaridagi hamma narsalar, asbob -uskunalar, devorlar, patalok, polga maxsus suyuqliklar (dezinfeksionalovchi) suyuqliklar sepiladi, latta bilan artib chiqiladi. Ana shu tozalashdan keyin operatsiya xonasida ultravioletli lampa yoqib qo'yiladi.

Bordi-yu operatsiya xonasida navbatdan tashqari yiringli operatsiyalar bo'lsa, anaerob infeksiya (gazli gangrena) bo'lsa umumiy yig'ishtirish navbatdan tashqari holatda o'tkazilishi kerak. Bakteriyasid ultravioletli lampalardan tashqari, operatsiya xonasidagi havoni har xil bakteriasid aerazollar bilan changlantirish usulida tozalash mumkin. "Dezinfil" apparat shu usulda ishlaydi. Bakteriyasid moddalardan 3% peroksid vodorod va 0.5% sut kislotasi eritmasi ishlatiladi. Xonaga bu moddalarni sepish bir kun

oldin yoki 2 soat operatsiyadan oldin o'tkaziladi. Operatsiya xonasidagi ifloslangan havoni tozalashda oddiy shamollatish usullida yoki filtr orqali havo yuboriladi. Operatsiya xonalari markazlashgan havoni tozalash usullari bo'lmasa maxsus xolatni o'zgartiradigan havo tozalagich apparati ham qo'laniladi. Shu apparatni ishlatish bilan 15 minut ichida operatsiya xonasidagi havodagi mikroblar soni 7-10 martagacha kamayadi. Ayrim muhim operatsiyalar (a'zolari ko'chirib o'tkazish va undan keyin immunodepressif moddalarni ishlatish, protezlar o'tkazish katta maydonli kuyishlar bo'lganda) operatsiya xonasidagi laminar oqimdagi sterillangan (kondensirlangan) havo bilan amalga oshirish mumkin. Havodagi mikroorganizmlar miqdori bir necha o'n marta oddiy operatsiya xonalariga nisbatan pastdir. Laminar havo oqimi bir soat ichida 500 marta havoni almashtiradi, chunki 0.2-0.3 atmosfera bosimida maxsus filtr orqali operatsiya xonasiga yuboriladi va poldagi teshiklar orqali o'zi bilan mikroorganizmlarni olib ketadi. Ana shunday tadbir bilan operatsiya xonalariga doimiy sterillangan havo kiradi yoki havodagi kasaldan va operatsiya xodimlar tomonidan tarqalgan havodagi mikroorganizmlarni olib chiqib ketadi. Laminar havo oqimi vertikal va gorizantal holatda bo'ladi.

Kontakt yo'l bilan yaralarning ifloslanishidagi mikroflora bilan kurashish

Kontakt yo'l bilan yaralarning infeksiyalanishini oldini olishda yaralarga tegadigan hamma narsa steril bo'lishi shart. Shuning uchun operatsiya bo'ladigan buyumlar bog'lov, tikuv materiallari, qo'lqoplar, asboblari maxsus sterillanishi shart. Xirurglarning qo'llari bilan operatsiya maydoni ham maxsus sterillanishi shart. Sterillash (sterilis-bepushtlik) tushunchasi – hamma operatsiyada ishlatiladigan asbob uskunalari, buyumlar, suyuqliklar batamom mikroorganizmlardan tozalanishi shart. Dezinfeksiya patogen mikroorganizmlarning batamom yo'q qilinishidir. Operatsiya buyumlari, bog'lov materiallari, asboblarni sterillashda quyidagi etaplardan foydalaniladi: buyumlarni sterillashdan oldingi tayyorlash, ularni taxlash va sterillashga tayyorlash, sterillangan materiallarni saqlash. Bu sterillash etapi davlat tomonidan belgilangan standartlar asosida olib boriladi.

Asboblarni sterillash

I- etap. Sterillashga tayyorlash.

Bu etapda hamma asboblar mexanik tozalanadi, pirogen ta'sir etuvchi elementlardan bartaraf qilinadi va virusli gepatitlar yo'q qilinadi. Oldindan ishlatilgan, yuvilgan asboblar maxsus shyotkalar yordamida oqar suvda 5 minut davomida yuviladi, shundan keyin 15-20 minut maxsus yuvish uchun ishlatiladigan suyuqliklarda (50° gradus selsiy isitilgan) saqlanadi. Shunday yuvishdan o'tgan asboblar o'sha suyuqlikda alohida shotkalar bilan yuvilib 5 minut davomida iliq suvda chayiladi va 1 minut muddatga distillangan suvda chayqab olinadi. Ana shundan keyin asboblar quruq havoli sterilizatorga joylashtirilib (85 gradus selsiy issiqlikda) quritiladi. Asboblar yiring yoki ichak suyuqligi bilan ifloslanganda emallik tog'aralarga solinib 0.1 % dioksid suyuqligida 30 minut davomida ushlanadi va yuqorida keltirilgan usulda ishlanadi.

Anaerob infeksiyalari bor bemorlar bilan o'tkazilgan operatsiyadan keyin, bir soat muddatga (instrumentlar) asboblar maxsus suyuqliklarga botirilib qo'yiladi. Suyuqlik tarkibi 6 % perekis vodorodi va 0.5 % kir yuvadigan suyuqliklardan tashkil topgan bo'ladi, shu suyuqlikda shotka bilan yuvilib 90 minut mobaynida qaynatiladi. Ana shu o'tkazilgan tadbirlardan keyin bu asboblar xuddi ifloslanmagan asboblar qatorida sterillash uchun yuboriladi. Bir sutkadan keyin (shu davrda sporalar o'sishi mumkin yoki qaynatish yo'li bilan sterillanadi.

Punksiya qilib ishlatilgan ignalarni issiq suv bilan shotka vositasida yuviladi, undan keyin 1% natriy gidrokarbonat suyuqligi bilan ichi yoriqlari mandren bilan tozalanadi, 0.5% ammiak suyuqligida va oqar suvda yuviladi, shundan keyin ignalar mandren bilan 2 % natriy gidrokarbonat eritmasida 30 minut davomida qaynatiladi, 8-12 soat davomida distirlangan suvda 40 minut davomida qaynatilib quritiladi, igna yoriqlari dietil efir yoki spirt bilan quritiladi. Agar yiring bilan ifloslangan ignalar bo'lsa oqar suvda yuviladi va uning yoriqlari tozalanadi va 1 soat muddatga dezinfeksiyalovchi suyuqliklarga botirilib qo'yiladi, uning yoriqlari tozalanadi shundan keyin sterillash xuddi yiring bilan ifloslanmagan ignalar qatorida ketadi.

Hozirgi kunda transfuziya uchun suyuqliklar va qonni quyishda bir marta ishlatiladigan sistemalardan foydalaniladi. Rezina qo'lqoplar bir marta qo'llaniladi. Ishlatilgan asboblardan qondan

tozalanganligi sterilizatsiyadan oldingi tayyorgarlikning to'liqligini bilish uchun benzidin bilan sinama o'tkaziladi: predmetga 3 tomchidan 1% benzidin va perekis vodorod suyuqligi tomiziladi. Agar o'sha narsada qon qoldig'i bo'lsa, ko'k yashil rang paydo bo'ladi. Bu holatda qaytadan ishlov berish kerak.

2-etap. Terish va sterilizatsiyaga tayyorlash

Asboblarni quruq issiqlik sterilizatoridan o'tkazish uchun ularni metall qutilarga joylashtiriladi, ular bir qavatdan bo'lishi kerak. Qutilar qopqoqlari ham sterillanadi.

Katta bosim ostida bug' bilan sterillash (avtoklavlarda) asboblar va qo'l surtgichlar yoki maxsus paxtalik to'qimalardan iborat materiallar bilan paket holatida o'ralib metalli laganlarga qo'yiladi. Tipik operatsiyalar uchun asboblar tartibi oldindan tayyorlanadi (o'pkada bo'ladigan, qorinda, suyaklarda, qon tomirlarida) va choyshablarga o'ralib setkaga joylashtiriladi.



18-rasm. Shimmilbush biksi

Issiqlikni qo'shish oldidan 80-85° gradus selsiygacha harorat darajasiga qo'yiladi va shkaf ichidagi asboblar namdan tozalanadi. Shundan keyin shkafning eshiklari yopilib 180° gradus selsiy belgisiga qo'yiladi va avtomatik rejimda 60 minut ichida sterilizatsiyaladi. Issiqlikni pasaytirib 70-75° gradus selsiyga tushgandan keyin shkaf eshiklari ochiladi, asboblar turgan quti qopqoqlari yopiladi. To'la sterilizator sovigandan keyin 15-20 minut ichida shkaf kameralari bo'shatiladi.

Quruq issiqlik sterilizatorlari bilan ishlaganda ehtiyot choralari ko'rilishi kerak. Apparat albatta yer bilan ulanishi kerak. Sterilizatsiya shkafi eshiklari harorat 70-50° gradus selsiyga tushurilgandan keyin

3. Sterillash

Asboblarni, ayrim shprislar (250° gradus selsiy belgisi bilan), ignalar, shishali idishlar quruq issiqlik shkaflarda sterilizatsiya qilinadi. Bu predmetlar quruq issiqlik shkaflar tokchalarida joylashtiriladi. Metall qutilar qopqoqlari olingan holda joylashtiriladi.

ochiladi. Buzuq apparat bilan ishlash qattiq taqiqlanadi. Shprislar va qon quyish uchun ishlatiladigan sistemalar har xil asboblarni sterilizatsiya qilishda bug'li sterilizator(avtoklav)lardan foydalanish mumkin. Sterilizatsiya kamerasiga narsalar taxlangan holda, agar bikslarda bo'lsa ularning reshokalari ochiq holda bo'lishi kerak. Bikslar erkin holda qo'yilishi kerak chunki bug' bir xil ravishda tarqalishi kerak. Xirurgik asboblari shprislar 20 minut 2 atmosfera da yani 132.9° gradus selsiyda 20 minut davomida sterilizatsiya qilinadi. Rezinali qo'lqoplar, qon quyish uchun tizimlar, rezinali drenaj naylar 1.1 atmosfera (bug' issiqligi 120° gradus selsiyda) 45 minut davomida sterilizatsiyalanadi. Avtoklavni bo'shatishdan oldin bikslar teshigi yopiladi.

Quruq issiqlik va bug' usulida sterilizatsiya qilishni eng asosiy usullar qatoriga qo'shish lozim. Qaynatish yo'li bilan sterilizatsiya usuli uncha katta bo'lmagan davolash maqsadlarida va markazlashgan sterilizatsiya tizimi bo'lmagan muassasalarda qo'llaniladi.

Qaynatgich idishlarga distillangan suv solinadi va bakteriyalar qobiqlarini yemirilishi uchun 1 litr suvga 20 gramm natriy gidrokarbonat (2%li eritmasi) qo'shiladi. Qaynatgich idish tagiga bir necha qavat doka yoki paxta bo'lagi qo'yiladi. Suv qaynagandan keyin tuz cho'kmalari asboblarga o'tmay o'sha doka yoki paxta bo'laklariga o'tadi. Sterilizatsiya muddati suv qaynagandan keyin 40 minut davomida bo'lishi kerak. Sterilizatsiya tamom bo'lgandan so'ng asboblari turgan to'r qisqichlar bilan ko'tarilib suvning batamom oqib ketishi kuzatiladi va 4 qavatli steril choyshab ustiga qo'yiladi. Shundan keyin operatsiya hamshirasi asboblarni mayda stoldan katta operatsion asboblari stoliga o'tkazadi. Shprits va ignalar asboblardan alohida qaynatiladi (45 minut davomida disterllangan suv bilan natriy gidrokarbonat aralashmasida).

Lyumbal punksiya uchun ignalar 2 marta distillangan suvga natriy gidrokarbonat eritmasi qo'shilgan suyuqlikda qaynatiladi. Yiring va ichak suyuqligi bilan ifloslanga asboblari maxsus ishlovdan keyin 90 minut davomida alohida idishda qaynatiladi.

Bemorlarni gazli gangrena bilan operatsiya qilingan asboblari va ignalar abatta qayta ishlovdan keyin sochma (drobnaya) sterilizatsiya qilinadi. Ularni avval 1 soat muddatga qaynatiladi va idishdan chiqariladi, 12-24 soat xona temperaturasida qoldiriladi (sporalar o'sishi uchun). Undan keyin yana bir soat qaynatiladi (sochma sterilizatsiya).

Rezinali drenajlar, katetrlarni sterilizatsiya qilishning aerob usuli – bu avtoklavda o'tkaziladi. Ayrim holatlarda ularni 15 minut davomida

qaynatish mumkin. Termik ishlov berishi mumkin bo'lmagan apparatlar (endoskop, torokoskop, laporoskoplari, suniy qon aylanish apparatlari, gemosorbsiya) maxsus gaz sterilizatorlarida sterilizatsiya qilinadi (GPD-250). Asbob va uskunalari germetik holdagi sterillash kamerasi (etilen oksidi bilan to'ldirilgan) ga joylashtiriladi.

Sterillash muddati 180° gradus selsiyda 16 soat davom etadi. Agar etilen oksidi va metilen bromid aralashmasi ishlatilsa 55° gradus selsiyda 6 soat ichida o'tkaziladi. Asboblari va optik apparatlar (laparoskoplar, toroskoplar) sterillashi xlorgeksidin va pervomurning spirtli eritmalarida yordamida o'tkazilishi mumkin. Ana shunday (kimyoviy sterilizatsiya) metall qopqoqli idishlarda o'tkaziladi. Asboblari to'la eritmalar suyuqligiga botiriladilar va uning qopqog'i mahkam yopiladi. Ayrim zudlik bilan qilinadigan sterilizatsiya turiga asboblarni kuydirish uchun ya'ni emallangan metal taziklarga asboblari solinib ustidan spirt quyiladi va yoqiladi (15-20 ml spirt). Bu usul to'la ishonchli emas va portlash hodisasi ham kutilishi mumkin. Xonada agar kislorod, narkoz moddalarini bug'i bo'lsa yong'in portlashi ham mumkin. Shuning uchun bu usulni juda alohida holatlarda ishlatish mumkin.

Kesuvchi asboblari (skalpellari, qaychilari) sterilizatsiya paytida o'tmas bo'lib qolishi mumkin. Ularni 96% li etanolga 30 minut yoki uch marotaba 3 soat muddatga solinib qo'yiladi.

3- Sterilizatsiya etapi. Sterillangan asboblarni saqlash.

Sterillangan materiallar maxsus xonalarda saqlanadi. Sterillanmagan materiallar bilan sterillangan materiallarni bir xonada saqlash mumkin emas. Steril materiallar biksda bo'lsa ularni 48 soat davomida saqlash mumkin. Agar sterilizatsiya uchun materiallar taxlangan (sochiq, choyshab, pelyonka) bo'lsa va biksda yana qon quyish sistemalari, rezinali drenajlar bo'lsa ularni biksda 3 sutkagacha ushlab mumkin.

Bog'lov materiallari va operatsion buyumlarni sterilizatsiya qilish

1- Materiallarni sterilizatsiyalashdan oldingi tayyorlash.

Bog'lov materiallariga shariklar, salfetaklar, tamponlar (tiqindilar), trundlar va bintlar kiradi. Bu materiallar bog'lov yoki operatsiya paytida yarani qurutish, qonni to'xtatish, drenajlash va yaraga tamponlar (tiqindi) qo'yish uchun ishlatiladilar. Bular asosan dokadan yoki paxtadan tayyorlangan matolardir. Ularga qo'yilgan talablar quyidagicha:

1. Yaralarning butunligiga tasir qilmaydigan biologik va ximik xavfsiz bo'lishi,

2. Yaxshi gigroskopik xususiyatga ega bo'lishi.

3. Juda sochilib ketmaydigan yani mayda ajralgan iplar, yot jismlar kabi tasir qilishi mumkin.

4. To'qimalarni jarohatlamaydigan yumshoq elastik bo'lishi.

5. Yengil sterilizatsiya qilinishi va o'zining xususiyatlarini yo'qotmasligi

6. Ularni ishlab chiqarilishi arzon bo'lishi (1 xirurgik koykada 1 yilda 200 metr doka, 225 ta bint talab qilinadi.)

Bitta appendektomiya uchun 7m atrofida doka ketadi. Bog'lov materiallari dokadan tayyorlanadilar va ular avvaldan maxsus kesilib bo'laklarga bo'linadilar. Doka qirralari bukiladi (chunki uning bo'sh qirrasidan tolalar chiqmasligi kerak). Har bir operatsiya oldidan maxsus hisobi olinadi, shunga asosan shariklar 50-1000 ta, salfetaklar har bir bog'lamda 10 dona tayyorlanadilar.

Operatsion materiallarga xirurgik xalatlar, choyshablar, sochiq, niqob, qalpoq, bahillalar kiradi. Operatsiya kiyimlari ko'p marta ishlatilgani uchun ularga alohida tamg'a qo'yilib alohida sterilizatsiya qilinadi. Xirurgik xalatlarni kistalari bo'lmaydi, choyshablar tikilgan bo'ladi, ularni sterilizatsiyaga berishda alohida o'ramlarga o'raladi.

2- Materiallarni taxlash va sterilizatsiyaga jo'natish.

Bog'lov va operatsiya materiallari maxsus bikslarda taxlanadilar. Agar bikslar bo'lmasa maxsus materiallardan iborat qoplarga solib yuboriladi. Universal holda tanlangan juda katta bo'lmagan operatsiyalar (appendektomiya, churrani kesish, fleboektomiya) uchun tayyorlanadi. Maqsadli taxlanishlarda maxsus bog'lov va operatsiya aniq operatsiyalar (pnevmonektomiyalar, oshqozon rezeksiyasi) uchun tayyorlanadilar. Materiallarni turiga qarab taxlash (biks xalatlar uchun, salfetaklar biksi, shariklar uchun biks) mumkin. Biksnii sterilizatsiyaga yuborishdan oldin uning ishlash qobilyati to'g'riligi tekshirilishi lozim. Materiallar biksda juda qalin qo'yilmaydi, ularni orasiga bug' kirishi kerak va orasiga indikator kiritiladi sterilizatsiyaning sifatini tekshirish uchun. Biksnii qopqog'iga barcha sterilizatsiyaning vaqti yozib qo'yiladi.

3- Sterilizatsiya qilish.

Avtoklavni ishga tushirish davlat inspeksiyasining ruxsati bilan amalga oshiriladi. Avtoklavni ishga tushirishdan oldin uning texnik eksplutatsiya qilish minimumini texnik jihatdan topshirgan shaxs orqali

amalga oshiriladi. Uni ishlatishda apparatni eksplutatsiya qilishning instruksiyasiga aniq etibor berish kerak. Demak texnik xavfsizlikning umumiy qoidalariga rioya qilish kerak:

-elektr toki bilan ishlaydigan bug' sterilizatorlarni albatta yerga ulangan sim orqali ishlatish kerak

-ish paytida apparatni nazoratsiz qoldirmaslik

-sterilizator ishlab turgan paytda unga suv quymaslik

-bug' sterilizatsiya tamom bo'lgandan keyin isitgichni tarmoqdan uzish. Par hosil qiladigan sterilizatsion xonaga boradigan tizimni o'chirish.

-sterilizatsiya qilinadigan kameraning qopqog'ini monometrning strelkasi nolga tushgandan keyin ochish kerak. Sterilizatsiya vaqtining boshlanishi unga berilgan bosimga yetgandan keyin boshlanadi. Bog'lov materiallari va operatsiya buyumlari 2 atmosfera bosimda 132.9° gradus selsiyda 20 minut davomida sterilizatsiya qilinadi.

4-etap. Steril materiallarni saqlash.

Sterilizatsiya tamom bo'lgandan keyin uni quritish uchun kamera bo'shatiladi. Bikslar chiqariladi reshokalari yopiladi va maxsus stolga qo'yiladi. Bikslar maxsus xonadagi shkaflarga qulfdan saqlanadi. Bog'lov materiallari va buyumlar biks ochilmagan bo'lsa 48 soat saqlanadi. Materiallar va buyumlar sterilizatsiya qopda amalga oshirilganida 24 soat saqlash mumkin.

Steril holatni nazorat qilish.

Materiallar sterilligi va avtoklafning ishlash tartibini to'g'ridan to'g'ri va (bilvosita) nazorat qilish usullari mavjud. To'g'ridan to'g'ri usul bu -bakteriologik usul: bog'lov materiallaridan va buyumlardan ekishga olish yoki bakteriologik testlar o'tkazish. Ekishga olishda operatsiya xonasida biks ochiladi va mayda bir doka bo'lagidan olinib, natriy xloridning izotonik eritmasi bilan ho'llanadi va operatsion buyumlar ustidan surkaladi, shundan olingan bir bo'lagi probirkaga solinib bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.

Bakteriologik testni o'tkazishda-probirkaga ma'lum patogen bo'lmagan sporalar hosil qiladigan mikroorganizmlar kulturasi solinadi. Probirka biksning ichiga chuqurroqqa qo'yiladi, sterilizatsiya tamom bo'lgandan keyin probirka olinib bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi. Mikroblar o'sishi bo'lmasa steril holda ekanligi aniqlanadi. Bu test har 10 kunda bir marta o'tkaziladi.

Bilvosita usuli sterilizatsiya bo'lgan materiallarni har kuni nazorat qilishdir. Buning uchun aniq erish xususiyatiga ega modda: benzoy kislotasi (120°C), rezortsin (119°C), antipirin (110 °C) olinadi. Probirkaga 0.5 gr olinib doka tiqindi bilan berkiladi va biksdagi materiallar orasiga 1-2 ta ampula qo'yiladi. Kukunning erib bir massaga aylanishi materialning sterilizatsiya bo'lganligidan darak beradi.

Quruq issiqlikda sterilizatorlarda o'tkazilgan sterilizatsiya qilinganida kukunning erishi xususiyati yuqori bo'lgan moddalari: askorbin kislotsi kukuni (187-192 °C), yantar kislotasi (180-184 °C), pilokarpin gidrokslorid (250 °C) ishlatiladi.

Har xolda ko'proq aniqlikka ega bo'lgan usullardan yana termometriya usulidir. Biks ichidagi materiallar orasiga 1-2 ta termometr qo'yiladi. Bunday ko'rsatgichlar maksimal bo'lib ammo ekspozitsiya vaqtini aytolmaydi. Shuning uchun ham bu usul to'g'ridan to'g'ri nazorat turiga kirmaydi va bakteriologik testlar qatorida ishlatilmaydi.

Ingalyatsion narkozlar uchun ishlatiladigan asboblarni sterilizatsiya qilish.

Kasalxona ichi infeksiyasining tarqalishida o'pkalarni suniy ventilyatsiya qilish va ingalyatsion apparatlarning ishlatilishi o'zaro uchrashuvchi sabablardan hisoblanadilar. Havoyo'llarining infeksiyalanuvchi operatsiyadan har xil yiringli asoratlarga olib keladi. Bularga pnevmoniya, bronxitlar, traxeitlar, faringitlar kiradi. Anesteziologik va ingalyatsion havoyo'llarini ifloslanishini yo'llarini bartaraf qilinishiga qaratilgan.

Bunday asoratlarni bartaraf qilishda:

1. Endotraxeal naylar bir marta ishlatiladigan va ularning sterilizatsiyasi sovuq holda zavodlarda o'tkazilishi kerak.

2. Narkozdan keyin sun'iy o'pka ventilyatsiyasidan so'ng nafas berish tizimi elementlari albatta ximik antiseptik moddalar bilan ishlov berilishi kerak. Bunda xlorgeksidinning 0.5%li spirtli eritmasi: 1 ml xlorgeksidinning 20%li suvdagi eritmasi 40 ml 96% etanol eritmasi bilan aralashtiriladi. Ana shu aralashma narkoz apparatining parlantiruvchi qismiga yoki suniy o'pka ventilyatsiyasi bir soat davomida apparatning ho'llovchi qismiga qo'yiladi. O'pka ventilyatsiyasi yarim yopiq holda bir soat davomida 2l/min gaz oqimi tezligida o'tkaziladi. Undan keyin antiseptiklar qoldig'i olinadi, apparat 15 minut davomida shamollantiriladi. Bunday holatlarda antiseptik sifatida 40%li formaldegidning suvli eritmasi (formalin) ishlatiladi.

Apparatning bug'lovchi va ho'llash qismiga 100 ml formalin quyulib tozalanadi va ammiak eritmasi quyilib ammiak hidi ketgunicha ventilyatsiya qilinadi. Apparatni to'la yig'ma holda gaz usulida sterilizatsiya qilish mumkin(etilen oksidi) yoki GAMMA nurlanish usuli ishlatiladi.

3. Agar apparat o'pkaning yiringli kasalliklarida, tuberkulyozda yoki nafas yo'llarining yiringli kasalliklarida ishlatilganda nafas berish tizimi batamom tekshiriladi (naylari olinadi, qo'shuvchi elementlari, klapan karobkasi qopqog'i, nafas berish qopi, adsorber). Hamma detallari issiq suv oqimida yuviladi, keyin yuvish moddalari bilan ho'llaniladi, suyuqlikda 15 minut davomida saqlanadi.

Shu suyuqlikda hamma detallar paxta dokali tamponlari bilan 30 sekund davomida yuviladi. Keyin oqar suvda va distillangan suvda yuviladi. Sterilizatsiya qayta ishlov berishda qismlarni 0.5%li xlorgeksidinning suvli eritmasida 30 minut yoki vodorod peroksidning 3%li eritmasida 80 minut davomida yoki formaldegidning 3%li eritmasida 30 minut ushlanadi.

Antiseptik moddalar bilan sterilizatsiya qilingandan keyin 10 minut davomida steril suv bilan yuviladi, quritiladi va atseptik holatda keyin ishlatishga qadar saqlanadi.

Endoskopik apparatlarni sterillash.

Virulent infeksiyalarning tarqalishi endoskopik tekshiruvlarda o'ta yuqori hisoblanadi. Endoskopik uskunalar va asboblarni sterilizatsiya qilish, mexanik tozalash, yuvish, sterilizatsiyadan oldingi ishlovi va sterilizatsiya, quritish va ularni saqlash bosqichlaridan iborat.

Endoskoplarni tozalashda kir yuvish moddalaridan foydalaniladi. Endoskopik tekshiruvlar tamom bo'lgandan keyin zudlik bilan ularni tozalash (oshqozon va ichak moddasidan tozalash, shilliq moddadan, qondan) mexanik usulda tashqi tomonda yuvish, kanalini maxsus shyotka, havoni yuborish, suv va har xil suyuq sovunli suvni yuborish kerak. Qattiq endoskoplarni tozalanishdan oldin ularning qismlari yechiladi.

Endoskoplarga ishlov berishda 0.5%li xlorgeksidinning suvli yoki spirtli eritmasi, 70%li etanol, 2.5%li glutar aldegid eritmasi, "Saideks" preparati, 3% yoki 6% li vodorod peroksid eritmasi 18-22 gradus selsiy harorat oralig'ida ho'llaniladi.

Endoskopning tashqi qismi 3 marta salfetka bilan (antiseptiklar bilan ho'llangan) artish, uning kanalini maxsus eritmalar bilan to'ldirilib

15 minut davomida 2-3 marta tozalanadi. Endoskopning qismlari antiseptik moddalar bilan emallangan tog'orada suyuqligiga botirilgan holda tozalanadi. Qattiq endoskop qismlari (uning optik va egiluvchan fibroskop qismlari) eritmaga botirilgan holatda tozalanadi. Oxirgi yillarda o'ta germetik endoskoplari ishlab chiqarilmoqda, ularni batamom antiseptik moddalarga botirish mumkin. Hozirgi maxsus uskunalari (yuvadigan mashinalari) endoskoplarni tozalash, sterillash va egiluvchi endoskoplarni ishlab chiqarmoqdalar ularni vannalarda tozalash mumkin.

Endoskopik asboblarni gaz kameralarida etilen oksidi va bromid metalin aralashmasini qo'llash bilan o'tkazish mumkin.

Endoskoplari steril qopchalarga solinib vertikal holatda maxsus kameralarda saqlanadi.

Qo'llarni operatsiyaga tayyorlash.

Qo'llarga ishlov berish kontakt infeksiyalarning profilaktika usulidir. Vrach-xirurglar operatsiya va bog'lov xonasi hamshiralari qo'llarining terisi va tirnoq holatini tozaligini doimiy ravishda saqlashlari kerak. Mikroorganizmlar ko'plab holatlarda tirnoqlar ostida, terining yoriqlarida to'planib qoladilar. Tirnoqlarni vaqtida kalta kesish, terilarning yorilishiga vaqtida yo'l qo'ymaslik zarur. Qo'llarni to'g'ri tozalab yurish bu operatsiyaga tayyorlanish bosqichidir. Qo'lni ishlov berishda Fyurbringer, Alfeld, Spasokukotskiy-Kochergin usullari hisoblanadi. Fyurbringer va Alfeld usullari tarixiy ahamiyatga ega. Spasokukotskiy va Kochergin usullari ayrim vaziyatlarda hozirgi zamonoviy usullar bilan qo'lga ishlov berish imkoniyati bo'lmasa ishlatilishi mumkin. Bu usullarda qo'lni 0.5 % ammiak eritmasi bilan mexanik yuvish bilan tozalashdir. Qo'llarni ikki marta 3 minutdan salfetka bilan ketma-ket chotka bilan yuviladi, birinchi marta to tirsak bo'g'imigacha yuviladi. Ikkinchi marta tirsakning yuqori va o'rta uchligi chegarasigacha yuviladi va qo'llarni yuvib bo'lgandan keyin ikkala qo'lni ham ko'taradi va oqqan suv tomchilari tirsakka oqish kerak. Ana shu vaqtdan boshlab qo'l panjalari tirsakdan baland bo'lishi kerak. Qo'llarni terisi steril salfetkalar bilan quritiladi: Avvalo salfetka bilan ikkala qo'l barmoqlari (bu salfetka tashlanadi) ikkinchi salfetka bilan to tirsakni pastki va o'rta uchigacha artiladi.

Qo'l terilarini 96% sipirt bilan ho'llangan salfetka bilan 2.5 minutdan barmoqlar va tirsakni pastki uchligigacha artiladi, ikkinchi

marta timoq va tirnoq valiklari, tirnoq o`rinlari, barmoq burmalari 5% yod spirtli eritmasi bilan artiladi.

Hozirgi zamonaviy qo`llarga ishlov berishda avvalo oqar suvda sovun bilan yuviladi, keyin ximik antiseptik moddalar bilan ishlov beriladi.

Antiseptik moddalardan pervomur (S-4) suyuqligi bo`lib, qo`lga ishlov berishda qo`llaniladi. Aslida bu suyuqlik chumoli kislotasi va vodorod peroksidi aralashmasidir.

Avvalo asosiy eritma tayyorlanadi uning tarkibi 8l ml 85% chumoli kislotasi va 171ml- 38% vodorod peroksidi shishaidishda aralashtiriladi va kuchli bakteritsid tasir qiluvchi modda hosil bo`ladi. Bu suyuqlik shishali idishda propkasi yopilgan holda ikki soatga sovutgichda ushlanadi, vaqti-vaqti bilan chayqab turiladi, ana shu eritmani distillangan suv bilan aralashtirib, 10 l ishlatiladigan suyuqlik tayyorlanadi. Bu suyuqlik bir kun ishlatilishga tayyorlanadi bu suyuqlikni tayorlashda rezinali qo`lqoplar kiyilishi kerak, chunki bu eritma qo`l terisini kuydirishi mumkin. Qo`lga ishlov berishdan avval qo`l sovun bilan bir minut davomida oqar suvda yuviladi. Undan keyin salfetka bilan bir min. pervomur suyuqligida salfetka bilan yuviladi(to tirsakning o`rta uchligigacha) shu tarzda 5 kishi qo`lini yuvishlari mumkin.

Qo`lni xlorgeksidin bilan yuvish: Bu preparat 20% suvli aralashma eritma holatida chiqariladi. Qo`lni yuvish uchun 0,5% eritmasi tayyorlanadi: 500 ml 70% spirtga, 2,5ml 20% xlorgeksidin aralashtiriladi. Avvalo qo`lni oqar suvda sovun bilan yuvuladi, sochiq bilan qo`lni quritiladi, keyin 2-3 min shu suyuqlik bilan xo`llangan salfetkalar bilan qo`llar qurutiladi va shu suyuqlik bir necha ml qo`lga quyiladi va yuviladi.

Qo`lni evrosept bilan yuvish: Tarkibida-etanol xlorgeksidin, efir moylari kislotasi mavjud. Shu suyuqlikdan bir necha ml qo`lga quyiladi va tirsakni o`rta uchlarigacha artiladi, 2-3min davomida. Undan oldin qo`lni 1 min davomida suvda yuviladi.

Qo`lni tezlikda ishlov berish usuli.

Bu usul ambulatoriya yoki harbiy dala xirurgiyasi sharoitida tezda qo`lni zararsizlantirish usulidir. Bunda qoplama hosil qiladigan serigel suyuqligi bo`lib tarkibini polivinil, butirol, va 96% etanol eritmasi tashkil qiladi. Qo`lni avval sovun bilan yuviladi, quritiladi. Qo`lga 3-4ml serigel eritmasi quyiladi va 10 sek davomida barmoqlar, tirnoqlar, to tirsakni o`rta uchligigacha artiladi. Barmoqlar yarim bukilgan holda

ushlanadi va 2-3 min ichida qo'l terisida himoyalovchi bakterisid ta'sir qiluvchi qoplama hosil qiladi.

Nihoyat hozirgi kunda qo'lni tezlik bilan ishlov berish uchun 96% etanol eritmasi bilan 10 min (Braun usuli) yoki 2% yodning spirtli eritmasi bilan 3 min surkaydi.

Operatsiya maydonini tayorlash

Operatsiyadan oldin vanna qabul qilinadi, kiyimlarini almashtiriladi. Operatsiya kuni sochlari olinadi, operatsiya maydonini spirt bilan surtiladi.

Xirurgik operatsiyadan oldin operatsiya stuli ustida operatsiya maydoni 5% yodning spirtli eritmasi bilan ishlanadi. Terida kesma qilinadigan soha stiril choyshablar bilan izolatsiya qilinadi va yana 5% yodning spirtli eritmasi bilan ishlanadi.

Teriga choklar qo'yishdan oldin va keyin yana o'sha eritma bilan teri surkaladi. Bu usul Grossix Filonchikov deb nomlanadi.

Bemorlarda yoki yosh bolalarda yodga tasirchanlik bo'lib, uni ko'tara olmasa, operatsiya maydoni brilland ko'kning 1% spirtli eritmasi bilan, (Bakkal usuli) ishlov beriladi, ayrim operatsiya maydoni xlorgeksidinni 0.5%li spirtli eritmasi bilan ham ishlov beriladi va shu eritma bilan ham xirurg qo'lga ishlov berish mumkin. Zudlik bilan bo'ladigan operatsiyalarda operatsiya maydonidagi sochlar, tuklar ustara bilan olinadi va 0,5% amiak eritmasi bilan ishlanadi.

Implantatsion yaralarning ifloslanishining profilaktikasi

Har xil materiallar, to'qimalar, a'zolar va protezlar tomonidan organizmga kiritiladigan infeksiyalar implantatsion ifloslanishlar deb ataladi.

Havo yoki kontakt yo'lida ifloslanishlar qisqa muddatli bog'lov operatsiyalar, har xil davolash tadbirlarida va diagnostik usullarda sodir bo'lishi mumkin. Mikrofloralarning implantatsiya yo'lida organizmga kirishi implantatsiya qilingan materiallar orqali tushib, ular implantant qancha vaqt tursa, shu vaqt davomida organizmda qoladi. Shuning uchun ham implantatlar organizm uchun yod jism bo'lib, o'zicha ko'chmasa yoki ularni (iplar, protezlar va ko'chirib o'tkazilgan a'zolar) olib tashlanmasa ular asoratini davolash foydasiz bo'ladi. Ehtimol, mikroblarning implantat bilan birga alohidalanib ya'ni qo'shuvchi to'qimalardan iborat kapsula hosil qiladi va "mudraydigan" infeksiya hosil qiladi, ular uzoq vaqt davom(oylar, yillar) etishi mumkin.

Implantantlar, odam organizmiga tikiladigan iplar, metall, qisqichlar, metal protezlari, bo`g`imlar protezi, lavsan, kapron kabi materiallar hamda odam va hayvonlar to`qimalari (tomirlar, suyaklar, miyani qattiq pardasi, teri) a`zolar (buyraklar, jigar, oshqozon osti bezi drenajlar, kateterlar shuntlar, kava-filtrlar, tomirlar spirallari) orqali kiradilar. Hamma implantlar sterillangan bo`lishlari kerak. Ularni har xil usullar bilan (gamma nurlari, avtoklavda, ximik gaz bilan sterillash qaynatish) amalga oshiriladi. Ko`p protezlar zavoddan sterillangan holda maxsus qutilarda chiqariladi.

Implantasiya yo`li bilan ifloslanishlarning ichida tikish materiallari alohida ahamiyatga ega, ularning 40 dan ziyot turlari bor. Operatsiya paytida to`qimalarni bir-biri bilan birlashtirishda u har xil iplar, metall qisqichlar skobalar va simlar ishlatiladi. Hozirgi vaqtda so`riluvchi va so`rilmaydigan iplar mavjud. So`riluvchi tabiiy iplarga ketgut kiradi. Ularning so`rilishi muddatini cho`zish uchun ularni metallar (xrom, kumush moddalari) bilan to`yintiriladi. So`riluvchi sintetik iplardan-dekson, vikrillar ishlatiladi.

So`rilmaydigan tabiiy iplarga ipakdan, paxtadan, otning qilidan tayyorlangan lyon va sun`iy iplar-kapron, lavsan, neyronlar kiradi. To`qimalarni tiklashda atravmatik tikish iplari ham ishlatiladi. Bu iplar ignalarga qisilgan bo`ladi va to`qimalardan o`tishda qo`shimcha jarohatlantirmaydi.

Tikish materiallari quyidagi talablarga javob berishi kerak:

1. Ular silliq yuzali bo`lib, to`qimalardan o`tganda qo`shimcha jarohat bermasligi kerak.
2. To`qimalardan o`tishda silliq o`tishi, elastik xususiyatga ega bo`lib, to`qimalarni siqib nekrozga olib kelmasligi kerak.
3. Tuguni mahkam, gigroskopik xususiyatga ega bo`lmaslik va bo`kmasligi kerak.
4. Tirik to`qimalar bilan biologik moslik bo`lib, organizmga allergik ta`sir ko`rsatmasliklari kerak.
5. Iplarning yemirilishi, yaralarni bitishi bilan to`g`ri kelishi kerak.

Sintetik iplar o`zida antiseptik moddalarga ega bo`lib, antibakterial ta`sir qiladi. Tikish materiallari gamma nurlanishlar yordamida ishlab chiqarilgan zavodda sterilizatsiya qilingan. Atravmatik iplar maxsus qutilarda, ampulalarda, chiqariladigan ipak o`ramalari, ketkut, kapronlar, xona haroratida saqlanadi va hojat bo`lganda ishlatiladi. Metallardan

yasalgan tikuv materiallari(simlar, skobalar) avtoklavlarda yoki qaynatish yo`li bilan sterilizatsiya qilinadi. Paxtadan bo`lgan lavsan, kapron iplar avtoklavda va ular Koxer usulida ham sterilizatsiyalanishi mumkin. Bu usullarda tikish materiallarni mexanik tozalaydi-sovun bilan issiq suvda yuviladi. Bir tutamini sovunli suvda 10min davomida yuviladi, ikki marta suvni almashtirib sovundan tozalab yuviladi, sochiq yordamida quritiladi va boglov qilib o`raladi, shishali idishga solinib dietil efir quyiladi 24 soat idishga yog`lardan tozalash uchun qoldiriladi, muddat o`tgandan keyin boshqa idishga solinib 70% spirtida yana 24 soat saqlanadi. Ipak tutami spirtidan chiqarilib 20 min davomida dixlorid simobning 1:100 eritmasida qaynatiladi. Shundan keyin biologik analiz qilinadi, agar bu analiz manfiy bo`lsa ishlatiladi. Sintetik iplarni 30 min qaynatish bilan sterilizatsiya qilish mumkin.

Ketgutni sterillash: Ishlab chiqariladigan ketkut zavodda gamma nurlar bilan sterillanadi. Vaholanki ketgutni kasalxona sharoitida ham sterillash mumkin. Ximik usul bilan sterillashda eng avvola uni yog`sizlantirish kerak, ketgutning tutamini germetik yopilgan bankaga joylashtirib 24 soatga dietil efir quyiladi.

Klaudius usulida: sterillashda idishdagi dietil spirti to`kiladi va 10 kunga lyugol suvli eritmasi(10 gr toza yod, 20 gr kaliy yod, 1000ml distillangan suv) quyiladi, shundan keyin lyugol eritmasi yangilanadi va yana 10 kunga qoldiriladi. Shundan keyin lyugol eritmasi 96% spirt bilan almashtiriladi. Shundan 4-6 kun o`tgach sterillangan holatini bilish uchun ekishga olinadi.

Gubarev usuli: Ketgutni lyugolning spirtli eritmasida sterillash(toza yod kaliy yodni 10 gr dan, 96% etanol eritmasi -1000ml gacha) usulidir. Ketgutni yog`lardan tozalagandan keyin lyugol eritmasi 10 sutkaga qo`yiladi, uni almashtirgandan keyin yana 10 kunga eritmani almashtiriladi. Shundan keyin bakteriologik nazoratiga olinadi natija yaxshi bo`lsa uni ishlata boshlashadi.

Protez konstruksiyalarini, tikish materiallarini sterillash. Kasalxona sharoitida sterillash o`tkazilganda qanday materiallardan implantat tayyorlangan, aniqlash zarur. Metall konstruksiyali (qisqichlar similar, plastinkalar, shtiftlar, vintlar, shuruplar, spitslar) baland haroratli quruq issiqlik shkaftlarida, avtoklavlarda, qaynatish (kesmaydigan xirurgik asboblar) yo`llari bilan sterillash amalga oshiriladi. Protezlarning og`ir konstruksiyalari (metaldan tayyorlangan), plastmassalar, yurak klapanlari, sun`iy bo`g`imlar) ximik antiseptik

moddalari bilan sterilizatsiya qilinadi. (Xlorgeksidin eritmasi) yoki gazli sterilizatorlarda qilinadi.

Iplantatsion infeksiyalarni proflaktika qilishda trasplantatsiya qilinadigan to'qima va a'zolarini ko'chirishda steril xolda olinishini tashkil qilish kerak. Operatsion xonalarni xirurglar kiyimlarini, operatsion buyumlar, asboblari sterilizatsiya bo'lishi kerak, steril xolatda olinadigan to'qimalar, a'zolar steril sharoitda olinib, steril suvda yuviladi, biologik suyuqliklardan tozalanadi va germetik steril konteynerlarga joylashtiriladi, muz bilan o'rab qo'yiladi va shu xolda transplantatsiya qilinadigan joylarga yetkaziladi. Iplantatsiyadan oldin protezlar sterilizatsiya eritmalar yoki antiseptik moddalar bilan yuvilib keyin qo'yiladi.

Shifoxona (gospital) infeksiyasi: Statsionarlarda infeksiyalangan bemorlar bilan bog'liq bo'lgan kasallik yoki kasallikni operatsiyadan keyingi asorati xisoblanadi. Birlamchi infeksiya manbai- yiringli kasalliklari bor bemorlardir. Mikroorganizmlar xirurgik statsionarlarda bemordan bemorga, har xil predmetlar va havo, buyum orqali o'tishi mumkin. Ko'pincha statsionarlarda ichak tayoqchalari, proteylar, klebsiellalar, ko'k yiring tayoqchalar, stafilokokklar uchraydi. Kuchsizlangan bemorlarda operatsiyadan keyin bu floralar har xil yiringli asoratlari chaqirishi mumkin. Infeksiya bilan ifloslanish ekzogen va endogen manbalardan tushadi, gospital flora tomoq, halqum va bemor terisi orqali o'tishi mumkin. Ayrim hollarda kasallik keng tarqalishi (asoratlari)—ya'ni gospital infeksiyaning o'chog'i tez tarqalib ketishi mumkin. Bu holat bilan kurashishda tashkiliy tadbirlar: Qattiq sanitar qoidasiga rioya qilish, bo'limlarni yopish, sanitariya ishlarini kuchaytirish bemorlarni operatsiyadan oldin va undan keyin statsionarlarda bo'lish muddatlarini qisqartirish, kerakli antibiotiklar bilan davolash, kombinatsiyalashgan antiseptik usullarni qo'llash zarur.

Xirurgiyada odam immunodefetsit virusi (OIV) - infeksiya muammolari. Xirurgik statsionarlarda operatsiya paytida, bog'lov, har-xil vena ichi suyuqliklar yuborish, infeksiyalar, punksiyalar, qon olish va diagnostik tadbirlarda OITS bilan yuqtirish xavfi baland.

Profilaktika qilish usullaridan biri statsionarda vich infeksiyasini o'z vaqtida aniqlashdir. Bemorlarni OITS bilan aniqlashda quyidagi kasalliklarga e'tibor berish kerak: pnevmoniya, pnevmosistoz, sarkoma Kaposhi, immun tanqisligi holati, limfa adenopatiya, diareya, ozg'inlik, nafas yo'llari kandidozi. Bu guruh kasallarda zudlik bilan qonni

OIVinfeksiyasiga tekshirish kerak va kasallik bor yoki yo'qligini aniqlash mumkin. Bundan tashqari operatsiya paytida OIVinfeksiyasi bor bemorlarga maxsus maska, ko'zoynak ishlatib, shilliq pardalarga qon, biologik suyuqliklar tomganda antiseptik moddalar bilan zararlantirish zarur. Xirurgik asboblarni ishlatgandan keyin 3% xloramin eritmasiga 30 minut yoki 6% perekis vodorod eritmalariga 90-minut botirib qo'yish sterillizatsiyadan oldin qayta ishlov berish zarur. Proflaktika qilishda shpritslar, har-xil asboblar, vena ichi suyuqlik quyish sistemalar bir martalik bo'lish kerak.

Antiseptika

Mexanik, fizik, kimyoviy va biologik turlarga bo'linadi.

1. Mexanik antiseptika - yiringli yaralardan mikrofloralarning ko'payishi sabablarini tushungan holda yaralar nekrotik toqimalardan, yiringdan, fibrin tolalardan tozalash zarur.

Mexanik antiseptikaninig asosiy bosqichi birlamchi xirurgik ishlov berish va uni asosiy maqsadi ifloslangan yaraning nekrozga uchragan qirralarini, tubini, devorlarini sog' to'qima chegarasigacha kesib olib tashlashdan iborat. Yaralarni kesib olinadigan to'qimalar bilan birga gematomalar, qonning ivishib qolgan qismlari, yot jismlar va mikrofloralari bilan birga olinadi. Xirurgik ishlov qancha erta o'tkazilsa yaradagi steril xususiyati tezroq tuzalishi mumkin.

Agar yarada mikrofloraning rivojlanishi boshlangan bo'lsa yoki birlamchi xirurgik ishlov berish vaqtida o'tkazilmagan, to'la radikal holda o'tkazilmagan bo'lsa, yarada yiringli holat rivojlangan bo'lsa (flegmona va abseslar ochilgandan keyin) ikkilamchi xirurgik ishlov o'tkazilishi kerak. Ikkilamchi xirurgik ishlovda yaraning qirg'oqlari kesib olinmay mexanik yo'l bilan (skalpel va vakum bosim ostida suyuqliklar bilan yarani yuvish) nekrozga uchragan yaralarni kesib, zarur yaradagi yiringli bo'shliqlar keng ochiladi.

Bunday yaralarni tozalashda yaradagi hamma mikroflorani bartaraf qilish to'la bajarilmasa ham mikroblar soni kamayadi, yara tez bittadi. Harqanday yarani bog'lov qilish mexanik tozalashning bir elementi bo'lib har bog'lovda yara qondan, yiringdan, nekrotik to'qimalardan tozalanadi. Yarani yuvish har xil dezinfeksiyalovchi moddalar ishlatib yarani tozalash mikroblar sonini 10-20 martagacha kamaytiradi.

Fizik antiseptika: Fizik antiseptikaning asosini bog'lov materiallarining fizik xususiyatlarini tashkil qiladi.

Fizik antiseptikaning muhim maqsadi ifloslangan yaralardan yiringning tashqariga oqishini tashkil qilishdir. Buning uchun yarani abdovlash (drenaj) va tiqinlar (tampon) qo'yishdir.

Yarani drenajlash: Yiringli o'choqlardan (abscesslar, plevra empiemasi) yaradagi ajralmalarni tashqariga (bog'langan, maxsus qo'yilgan antiseptik eritmalar bilan to'ldirilgan idishga) oqishini tashkil qiladi.

Yiringli yaralarni ayrim holatlarda drenaj sifatida dokali tiqindilar ishlatiladi. O'zining gigraskopik xususiyati bilan tampon o'ziga qonni, eksudatni, yiringni so'rib oladi. Tiqindilarni drenajlash xususiyatini 8 soatgacha saqlaydi, bu muddat o'tgandan keyin u qopqoqqa aylanib qoladi va yara eksudatining oqib ketishga to'sqinlik qiladi. Uning drenaj xolatini saqlab qolishi uchun uni gipertonik (5-10%) natriy xlor eritmasi bilan ho'llab turish kerak. Bu osmotik bosimni tashkil qilib suyuqlikni bog'larga oqib ketishini tashkil qiladi.

Har doim ishlatiladigan tiqindidan tashqari Mikulich tiqindisi ishlatiladi. Yiringli bo'shliq tubiga va uning devoriga tekizib salfetkalar qo'yiladi yani qop hosil qiladi. Yaraga katta dokali salfetka uning o'rta qismida ip bilan bog'langan bo'ladi. Tampon yaradagi yiringni so'rib to'la ho'llanganda olinadi, donali salfetkalar qoladi va qolgan bo'shliq yangi tampon tiqiladi. Shunday qilib tampon yiringli ajralma tugaguncha bir necha bor almashtiriladi va ip tortilib salfetka olinadi.

Drenajlash rezinali, xlorvinil naylar yordamida ham amalga oshiriladi. Bu naylar qorin bo'shlig'idagi (abscess bo'shliqlariga), plevra (yiringli plevritlar), bo'g'im bo'shlig'iga (yiringli atrritlar), qo'yiladi. Drenaj naylaridan ajralgan yiringli moddalar bog'larga yoki maxsus idishlarga tushuriladi. Naylar orqali bo'shliqlar antiseptik moddalar bilan yuviladi va antibiotiklar, proteolitik fermentlar yuboriladi. Shunday qilib fizik va ximik anteseptik yo'llar bilan oqib chiquvchi va yuviladigan drenajlar tashkil qilinadi. Bundan drenajlar yiringli plevrit va yiringli peritonitlarda qo'llaniladi.

Bu usulning effektivligini oshirishda bo'shliqlarni yuvishda proteolitik fermentlar qo'llaniladi. Fermentlar o'lgan to'qimalarni erishishiga, yiring va fibrinning tezroq chiqishiga (fermentativ oquvchi drenaj) yordam beradi. Agar drenajlanadigan bo'shliqlar germetik holatga keltirilgan bo'lsa (yara tikilsa, himoya choklari qo'yilsa,

empiema plevrada, qorin bo'shlig'i absessida, yiringli artiritlarda) faol vakum asperatsiyon usul deyiladi. Sistemadagi holatni shprints Jane orqali amalga oshirish mumkin, ya'ni drenaj orqali oqim suvli nasosga yoki uch bankali tizimga ulangan germetik bankadan havo tortib olinadi. Bu usul bo'shliqlarni drenajlashni eng effektli usulli bo'lib plevra bo'shlig'idagi suyuqlik bilan yiringdan tozalanadi va o'pkaning tezroq kengayishiga yordam beradi.

Yaralarda aseptik holatni tashkil qilish mumkin – oyoqlarning yarasi bilan yoki bemorni (kuyish kasalligida) maxsus kameralarga joylashtirib tuzilmalar orqali abakterial muhit yaratiladi.

Nur bilan – kichik kuchsizlikda bakteritsid efekt beradi va to'qimalarga tasir qilmaydi. Asosan karbonat kislotali lazer qo'llaniladi va nekroz bo'lgan to'qimalarga mikroorganizmlarga bug'lantirish ta'sir qiladi. Yaralarning devorida, tubida yupqa koagulatsiyonli qoplama hosil qiladi va bu qoplama mikroorganizmlarni va ularning toksinlarini to'qimalarga o'tishiga qo'ymaydi. Lazerli nurlanish bilan yaralarni davolashda qo'llaniladi.

Bakterisid ta'sirini UTT ham ko'rsatadi. Ultra tovushning past chastotasida bakteritsid ta'siri aniqlangan. Ichida suyuqliklarga ega bo'shliqlarga UTT fizik va ximik tasir ko'rsata oladi. Uning muhiti kavitatsiya – qisqa impulsli zarbli to'lqinlar hosil qilib kavitatsiyalangan pufakchalar xosil qiladi. Bir vaqtning uzida UTT ta'sirida suv ionizatsiyalanadi. Bu ionlar ta'sirida mikroblarning hujayralarida (oksidlanish – tiklanish), achish va tiklanish holatini to'xtatadi. Ultratovush kavitatsiyasi bilan yaralarni ishlovida qo'llaniladi.

Ximik antiseptikalar:

Organizmda antibiotiklarning effektivligini pasaytiruvchi sharoitlar:

1. Organotrop mikroserkulatsiya xususiyatining pastligi natijasida to'qimalarga o'tishini pastligi va yallig'lanish o'chog'ida past konsentratsiya hosil bo'lishi.

2. Oksidlanish va tiklanish holatiining buzulganligi natijasida, Ph o'zgarishi, yallig'lanish moddalarining ta'sir va to'qimallarning o'lishi natijasida mediator preparatlarinig yallig'lanish moddalarining inaktivatsiyasi

3. Ko'p dorivor moddalarning davolash kompleksida ishlatilishi, antibiotiklarga antagonistik ta'siri va farmokinetik buzilishlari.

Ximik antiseptiklar – yiringli yallig`lanish o`choqlarida antibiotiklarning yuqori konsentratsiyasini tashkil qilishda mahalliy davolashda qo`llaniladigan moddalardir.

Bu preparatlar antibiotiklarga nisbatan yallig`lanish oziqa moddalariga, to`qimalarning nekroziga, ta`siri kuchliroqdir. Antiseptiklarni antibakterial ta`sir faolligini oshirishda boshqa antiseptiklar tadbirlarining fizik (Drenajlash, UTT, lazer quvvati, plazma) nekrotik – proteolitik fermentlar gipoxlorid natriy, biologik (bakteriyofaglar) ahamiyati kattadir. Antiseptiklarni musbat xususiyatlarida ularning keng spektirda anti bakterial ta`siridir. Bu preparatlar o`zini yomon so`rilishlari uzoq vaqt saqlanganda stabil holatni saqlashlari va har – xil noxush ta`sirlarni (allergik ta`siri) kam uchrashidir.

Bu preparatlar quyidagilar hisoblanadi:

Nitrofuril tarkibli antiseptiklar – yiringli florali kokklarga effektiv tasir qiladilar.

1. Nitrofuril – 1:5000 suvli eritmasi yiringli yaralarni yuvishda ishlatiladi. Abscess va plevra bo`shliqlarida qo`yilgan drenaj orqali yuvish mumkin.

2. Furazidin – 0,1% eritmasi intrafural ishlatilgan maqsadlarda qo`laniladi. Bu preparatning 300 ml eritmasini vena ichiga yuborish mumkin. Qoplama hosil qiladigan lifuzol eritmasi kuygan yaralarda aerosol sifatida ishlatiladi.

3. Kislotalar gruppasi- yiringli yaralarni, yiringli bo`shliqlarni yuvishda 2-3% bor kislotasining suvli eritmasi ishlatiladi.

- Salitsil kislotasi: antibakterial va kreatolitik ta`sirlariga ega. Bu preparat maz, kukun holida yaralarga sepiladi va 1-2% spirtli eritmalari qo`llaniladi.

Oksidlovchilar. Bu guruhga vodorod piroksidi va kaliy permanganati organik moddalar bilan qo`shilganda atomar kislorod chiqaradi va antimikrob ta`siriga ega bo`ladi. Peroksid vodarod eritmasi- uning 3%li suvli eritmasi yiringli yaralarni yiringli oqmalarni, empiyemalar va obsesslarni yuvishda qo`llaniladi.

Mochevinaning peroksidi- peroksid vodorod va mochevinaning kompleks eritmasi. tabletka shaklida chiqariladi. Yaralarni yuvishda uning 1% li suvli eritmasi (100ml suvda 2ta tabletkasi eritiladi).

Kaliy permanganat- yiringli yaralarni davolashda ishlatiladi, 0.1-0.5% eritmasi kuygan yaralarga, 2-5% li eritmasi bo`shliqlarni yuvishda 0.002-0.1% eritmasi ishlatiladi.

Bo`yovchilar: brilliant ko`ki uning 1-2% li spirtli eritmasi yiringli yaralarga surkashda ishlatiladi.

Detergentlar. Xlorgeksigen 20% li suvli eritmasi yiringli yaralarni yuvishda 1:400 miqdorda suvda tayyorlanadi.

Elektrokimyoviy eritmalar. Gipoxlorid natriyning 0.03-0.12 %li eritmaları bo`lib, spektral ta`siri- aeroblar, anaeroblar, zamburug`larga ta`sir ko`rsatadi.

Kimoviy anteseptiklarni ishlatish usullari

Mahalliy: ximiaterapevtik ta`siri- 1) yaralarni, kuyganlarda yaralarni yuvish, moy sifatida va kukun holatida ishlatiladi, 2) antibakterial sifatida yaralarni yuvishda drenajlar orqali bo`shliqlarni yuvishda (fizik va kimyoviy anteseptiklar) tarzida ishlatiladi. 3) qorin bo`shliqlarini sanatsiya qilishda va vena ichiga yuborish ham mumkin.

Umumiy qo`llanilishi. Ximiyoterapevtik xususiyatlariga asosan; 1) antibiotiklarni tabletkada berish, oshqozon-ichak tizimidagi mikrofloralarga ta`sir qilishi uchun bemorlarni operatsiyaga tayyorlash maqsadida va ular so`rilgandan keyin umum ta`sir qiladi, 2) ayrim ximiaterapevtik moddalarni vena ichiga yuborish (natriy gipoxloridi, furazidin, gidrooksimetilxinoksilindioksidin)

Biologik antiseptiklar. Biologik anteseptiklar ta`sir diapozoni keng va davolash yo`llari har xil. Shartli ravishda ularni mahalliy va umumiy antibakterial usullarga bo`lish mumkin. Biologik antiseptik guruhiga organizmning antimikrob himoya kuchini oshirish (immunitet) xususiyatiga ega preparatlar kiradi. Ular maxsus to`g`ridan-to`g`ri antimikrob ta`siriga (tayyor maxsus antitelo- ya`ni passiv immunizatsiya) va yana antitelani stimulyatsiyasiga ta`sir qiluvchi preparatlardir.

Nospetsifik immunitetni stimulyatsiya qiladigan-organizmda immunitetning hujayra faktorlarini sintez qiladigan xususiyatiga egadirlar.

Antibiotiklar. Antibakterial preperatlarning orasida antibiotiklar muhim ahamiyatga ega. Hozirgi sharoitda antibiotiklarni qo`llashda ancha qiyinchiliklar bor, buning sababi mikrofloralar mikroorganizmlarning tarqalishi, ularning turlarining tarkibiy o`zgarishlari, dorivor moddalarga nisbatan chidamliligining oshishidir.

Yiringli- yallig'lanishni chaqiruvchlar (stafilokokklar grammanfiy bakteriyalar- ichak tayoqchalari, proteylar, ko'k yiringli tayoqchalar) baland darajada antibiotiklarga rezistentlik xususiyatlari oshib ketdi va hatto antibiotiklarga qaram natijasida antibiotiklarning mutagen ta'sirlari paydo bo'lmoqda.

Yiringli yallig'lanish ta'sirini chaqiruvchilar ichida ma'lum o'rinni – shartli patogen mikroorganizmlar spora hosil qilmaydigan (noklostridiallar) anaeroblar va bakteriooidlar bo'lib ular tabiatan ko'pchilik antibiotiklarga chidamli hisoblanadilar.

Asosiy qo'llanilishi mumkin bo'lgan antibiotiklar ya'ni yiringli- yallig'lanish yaralarini davolash va profilaktika qilish guruhiga quyidagilar kiradi: penisillin- har holda faol tabiiy benzilpenitsillin hisoblanadi.

Yarimsintetik penitsillinlar 2 guruhga bo'linadi

1. Ta'siri kuchli penitsillinlar (oksatsillin) bular grammusbat mikroblar florasiga yaxshi ta'sir qiladilar. Bularni stafilokokk infeksiyalariga qarshi pnevmoniya, abscess, plevra impiyemasi, osteomiyelitlar, yumshoq to'qimalarning abssessi, flegmonasi, har xil yaralar) ishlatiladi.

2. Yarimsintetik keng ta'sir qiluvchi penitsillinlar: ampitsillin, karbimitsillin, kuyish kasalligining yaralar infeksiyasida qo'llaniladi.

Sefalosporinlar - bu guruhga sefazolin, sefalekssin, sefalosporinlar I, II, IV avlodlari III avlodi sefotoksin, sevtozidim, seftriakson, IV avlodiga- sifepim.

Aminoglikozidlar - bu guruhga gentamitsin, kanamitsin, sezomitsin, tombramitsin, amikamitsin (yarimsintetik aminoglikozidlar). Preparatlar oto- va nefrotoksik xususiyatlarga ega.

Makrolidlar – Eritromitsin, oleandomitsin, azitromitsinlar.

Tetrasiklinlar - tetrasiklin - oksitetrasiklin. Yarimsintetik tetrasiklin-doksasiklin.

Ftorxinolonlar - ofloksatsin, siprofloksatsin, levofloksatsin.

Karbopenemlar - imepenem, filastatin, meropenem.

Linkozaminlar - linkomitsin.

Glikopeptidlar - vankomitsin.

Grammanfiy va grammusbat floralarga keng spektrda ta'sir qiluvchi antibiotiklarga yarimsintetik penitsilin sefolasparinlar, aminoglikozidlar, ftorxinolonlar kiradi.

Proteolitik fermentlar.

Proteolitik fermentlar biologik antiseptiklarga kiradi. Bu preparatlar nekrotik to'qimalarni, fibrinlarni, yiringli moddalarni eritish qobiliyatiga ega bo'lib, shishlarga qarshi va antibiotiklarning davolash effektini kuchaytiradi.

Fermentlardan hayvonlardan olinadiganlari; tripsin, ximotripsin, ribonukleaza, kollagenaza.

Bakterial-territin, streptokinaza, asperaza, irruksol, (yaralarni fermentativ tozalaydigan maz), klostiradial peptidaza, tarkibida bor moddasi bo'lib ferment proteolitik ta'sir qiladi va klostiridium hystolicum dan olingan va xloramfinikol)

O'simliklardan olinadigan- papain, bromialin.

Fermentli preparatlar yiringli yaralarni va trofik yazvalarni mahalliy davolashda proteolitik fermentlar kukun yoki suyuqlik holatlarida ishlatiladi. Vodorod peroksid yoki nitrofural eritmali bilan yaralar yuvilgandan keyin yaralarga fermentli eritmalar bilan ho'llangan salftkalar qo'yiladi: agar yarada juda ko'p miqdorda suyuqlik ajralganida kukun sepilishi kerak.

Ayrim fermentlar moy sifatida (iruksol, asperaza) ishlatiladi. Preparatlar yaralarni batamom nekrotik to'qimalardan yoki yiringdan tozalangunicha qo'llaniladi. Bo'shliqlar ichiga yuboriladigan suyuqliklar asosan qorin, plevra, bo'g'im bo'shliqlariga va ayrim absess ochilgandan keying qolgan bo'shliqlarga yuboriladi. Suyuqliklar bo'shliqlarga punksiya yoki drenaj naylar orqali yuboriladi. O'pka absesslarida o'zicha drenaj holati bo'lmay ichidagi yiringlari chiqib ketmasa, uni ko'krak qafasi devori orqali punksiya qilinib bo'shliqqa fermentlar yuboriladi. Bundan tashqari o'pka absessiga kateter orqali yoki bronxoskop orqali fermentli suyuqliklar yuborish mumkin. Osteomiyelitda suyaklarda hosil bo'lgan bo'shliqqa punksiya yoki drenaj naylari orqali suyakning ilik kanaliga suyuqliklar yuboriladi. Hosil bo'lgan oqmalar ham fermentlar bilan yuviladi. O'pkaning yiringli kasalliklarida proteolitik fermentlar ingalyatorlar orqali ingalyatsion usul bilan yuborish mumkin. Yallig'lanish infiltratlarini davolashda fermentlarni elektroforez usulida qo'llaniladi. Bunday davolashda tripsin va ximotripsin fermentlari ishlatiladi. Proteolitik fermentlar prokain suyuqligi bilan birga to'qimalarning yiringlanishi infiltratsiya bosqichida yoki prokain qamali qilishidagi suyuqlk tarkibiga qo'shiladi. Yallig'lanishga qarshi fermentlar (tripsin, ximotripsin) mushak orasiga

0.07 mg/kg dozasi yuboriladi. Mastitlarning retromammar shaklida novokain qamali 70-80ml 0.25% li eritmasi 10 mg tripsin yoki ximotripsin va 500 000 kanamitsin retromammar bo'shliqqa yuboriladi.

Bakteriofaglar. Organizmdagi mikroorganizmlar bilan kurashda bakteriya va viruslarga qarshi bakteriofag qo'llaniladi. Bakteriofaglar bakterial hujayralarni lizis holatiga olib keladi. Bakteriofaglar maxsus ta'sir qilish xususiyatiga egadirlar. Hozirgi kunda antistafilokokk, antistreptokokk bakteriofaglari va bakteriofag-antikoli ishlatilmoqda. Polivalentli bakteriofaglar tarkibida bir necha faglar bo'lib ularni kasalliklarni chaqirishi aniq bo'lmaganda qo'llaniladi. Bemorlar tekshirilib, chaqiruvchilari aniqlangandan keyin maxsus bakteriofaglar ishlatiladi. Bakteriofaglar yiringli yaralarni yuvishda, yara to'qimalarini infiltratsiya qilishda, yiringli bo'shliqlarga drenaj yoki mikroirrigatorlar orqali yuborilishi mumkin. O'pkaning yiringli kasalliklarida bakteriofag endotraxeal yoki to'gridan-to'g'ri abscess bo'shlig'iga ko'krak qafasi devori punksiyasi orqali kiritiladi. Sepsis aniqlanganda bakteriofag vena ichiga yuboriladi.

Immun modalari: aktiv immunizatsiya qilish uchun anatoksinlar qo'llaniladi. Stafilocokk anatoksini 0.1 ml kurak sohasiga, teri ostiga yuboriladi. Shundan keyin, 2-3 kundan so'ng shu inyeksiya qaytariladi. Dozasini 0.1ml ga ko'tarib asta sekin 1ml gacha olib boriladi. Zudlik holatlarda operatsiyadan oldin 0.5ml stafilocokk anatoksini qo'llanadi.

Qoqshol anatoksini: rejali va зудlik bilan qoqsholga qarshi profilaktikasi uchun qo'llaniladi. Zudlik holatlarda antitoksin inyeksiyasi profilaktika dozasi qoqsholga qarshi zardob bilan birga qilinadi. Passiv immunizatsiya uchun ishlatiladigan preparat tarkibida xirurgik infeksiyalarni chaqiruvchilarga qarshi antitelasi bor preparatlar ishlatiladi.

Antistafilokokk giperimmun plazmasi (suyuq yoki muzlatilgan) donor qoni plazmasi bo'lib immunizatsiya qilingan adsorbsiyali stafilocokk anatoksini bilan. Antistafilokokk plazmasining titri 6ME dan kam bo'lmasligi kerak. Plazma 4-6ml/kg dozada vena ichiga og'ir stafilocokklar tomonidan chaqirilgan infeksiyon kasalliklarda (sepsis, yiringli pretonitlar osteomiyelitlar) vena ichiga yuboriladi. Bemorlar ahvoliga qarab bir marta yoki qayta yuborilishi mumkin. Maqsadli immunoterapiya qilinganda antistafilokokk, antikolibatsillyar giperimmun plazma kabi tarkibida kerakli antitelalar bor plazmalar ishlatiladi.

Antistafilokokk gamma-globulinlar: immunizatsiya absorbsiya qilingan stafilokokk anatoksini donor qonidan tayyorlanadi. Preparatning 1ml da 20-50ME antistafilokokk anatoksini bor. Ular sterillangan ampulalarda chiqariladi. Bir davolash dozasida 10ME anatoksini bor. Antistafilokokk gama-globulin stafilokokklar chaqiradigan kasalliklar- sepsis, peritonit, plevrit, osteomyelit kasalliklarini profilaktika va davolashda ishlatiladi. Preparat mushaklar orasiga yuboriladi.

Normadagi odam immunoglobulini - leofilizatsiya qilingan, polivalentli odam immunoglobulini. Preparat bakteriyalarga, viruslar va boshqa chaqiruvchilarga qarshi antitelo tuzilmasiga ega. Og'ir bakterial infeksiyalarda, hamda sepsisda vena ichiga 0.4-1.0 g/kg yuboriladi.

Qoqsholga qarshi globulin - qoqshol anatoksini bilan immunizatsiya qilingan donor qonidan tayyorlanadi. Steril ampulalarga 1ml suyuqlik holatida chiqariladi. 1ml eritma tarkibida 150ME qoqsholga qarshi antitela bor, qoqshol profilaktikasida va davolashda qo'llaniladi. Preparat mushak orasiga yuboriladi, immuntet bir oygacha saqlanadi.

Qoqsholga qarshi zardob – qoqshol anotoksini bilan immizatsiya qilingan hayvonlar (otlar) qonidan olinadi. 1 ampula sivoratka 150-300ME bo'ladi, profilaktika qilish uchun 300ME yuborilgan doza qoqsholdan 5 kungacha saqlaydi. Davolash uchun profilaktika dozasini 10 marta ko'tarish kerak. Anafilatik reaksiyasi havfi sabab sivoratkani qattiq e'tibor bilan yuborish kerak.

Gangrenaga qarshi sivoratka – hayvon (otlar) immun sivoratkasi bo'lib o'zining tarkibida 4 ta asosiy chaqiruvchilar antitelasi: gazli (anaerob) gangrena- *clostridium perfringens*, *clostridium oedematiens*, *cl.septicum*, *cl.histoliticum*ni profilaktika va davolash uchun ishlatiladi. Profilaktika maqsadida zardob mushaklar orasiga, davolash uchun vena ichiga katta e'tibor bilan quyiladi, allergik reaksiya berishi mumkin).

Immunostimulyatsiya qiladigan preparatlar. Nomaxsus immunologik organizm himoyasini ko'taruvchi preparatlarga prodigiozan, lizotsim, levamizollar kiradi.

Prodigiozan- bakterial polisaxaridlar bo'lib leykopoyezni, T tizimli immunitetni faollashtiradi, fagotsitozni stimullaydi. Preparatni ishlatishga ko'rsatma fagotsitoz faolligini pasayishi leykopoyezni yo'qotish bo'lib leykotsitlar va monotsitlar sonining kamayishi, immunogramma qilinganda qondagi B-limfotsitlar sonining qondagi

sirkulatsiyasi pasayishi hisoblanadi. Preparat 50mkg dan 1 sutkada 4 marta 3-4 kun yuboriladi.

Levomizol-T-limfotsitlar, fagotsitozlarni hosil bo'lishini stimulyatsiya qiladi. Preparat 1 sutkada 6 marta tavsiya qilinadi asosan T-limfotsitlarning qondagi pasayishida, fagotsitlar susayishida qo'llaniladi. 1 dozasi 150 mg.

Lizotsim- tabiiy gumoral faktor, nomaxsus faollik, bakteritsid ta'sir qiladi. Preparat nomaxsus organizmning himoyasini ko'taradi, antibiotiklar ta'sirini kuchaytiradi.

Timus ekstrakti katta shoxli qoramollarning timusidan olinadi, immunologik holatlarni stimulyatsiya qiladi. Hujayra immuniteti va fagotsitoz replikatsiyasini kuchaytiradi, T va B limfotsitlarning sonini regulyatsiya qiladi. O'tkir va surunkali yiringli holatlarda hujayra immunitetining pasayishida 10-30 mg ekstrakti har kuni 5-20 kunlar mobaynida ta'sir qiladi. Operatsiyadan keying yiringli asoratlarni profilaktika qilish uchun operatsiyadan oldin 5-7 kun oldin 10-20 mg qiliadi. Preparat natriy xlor eritmasi bilan aralashtirib qilinadi.

Yaraning endogen infeksiyalanishini taqiqlash. Operatsiya paytida endogen infeksiyalari rivojlanmasligi uchun har xil usullar bilan profilaktika qilinadi. Operatsiya paytida kontakt ifloslanishining oldini olishda, operatsiyalarning texnik bajarilishlarini yaxshi ta'minlash qorin bo'shlig'ini ifloslanishdan saqlash zarur. Peritonit bo'lsa yiring tarqalishi mumkun. Yiringli appendektomiya qilinganda o'tkir yiringli xoletsistidlarda yiring o'chog'ining alohidalanishiga e'tibor berish kerak.

Operatsiyaning iflos etapini tamomlashdan keyin asboblarni, salfetka, sochiqlarni, qo'lqop, operatsiya buyumlarini almashtirish kerak. Endogen ifloslanish havfini kamaytirish maqsadida rejali operatsiyalarni ko'rsatma bo'yicha boshqa vaqqtga qoldirish ham mumkun. Bemorda tonzillit, angina, tishlardagi karies topilsa, ularni to'la davolash o'tkazilmaguncha rejali operatsiyalarni qoldirish zarur. Operatsiyadan keyin ifloslanish xavfi bo'lganda operatsiyadan oldin antibiotikoterapiya o'tkazish, operatsiya paytida kontakt ifloslanishni profilaktika qilish zarur.

III BOB

OG'RIQSIZLANTIRISH

Anesteziologiya-bemor organizmiga operatsiya jarohati paytida favqulotda ta'sir qilishdan himoya qiladigan og'riqsizlantirish to'g'risidagi fan hisoblanadi.

Og'riqsizlantirish va xirurgik operatsiyalar paytida organezmga ta'sir qiluvchi har xil holatlarni mahalliy anesteziya (bemor hushini saqlagan holda) va narkoz (xushining va reflekslarining vaqtincha to'xtatilishi bilan) orqali erishiladi.

Anesteziologiyaning rivojlanish etaplari.

Bizgacha yetib kelgan ayrim yozuv ma'lumotlarida asosan qadimgi Misrda III-V eramizgacha bo'lgan ming yilliklarda har xil xirurgik davolashda opiy belladonna, alkogol damlamalarini ichirish bilan amalga oshirilgan. Vaholanki, bunday og'riqsizlantirishning ta'siri yaxshi natija bermagan, ko'pchilik mijozlar og'riq shokidan o'lganlar.

1946-yilning 16-oktabr kunini hozirgi zamonaviy anesteziologiyaning tug'ilgan kuni deb hisoblanadi. Ana shu kuni Amerikalik tish vrachi Uilyam Tomas Morton dietil efir yordamida jag' osti o'sma shishini xirurgik usul bilan olib tashladi. Shu bilan hozirgi zamonaviy narkoz aparatlarining prototipi - dietil efirni purkaydigan apparat ishlab chiqqan. Shu voqeadan bir necha oy o'tgach efir narkozi Angliyada, Fransiyada va 7-fevral 1847-yilda birinchi bo'lib Moskvada F.I. Inozemsev tomonidan qo'llanildi.

Alohida shuni aytish kerakki 1844-yilda G. Uels (AQSH) tomonidan amalda dinitrogen oksid - quvnoqlashtiruvchi gazining tishni sug'urishda og'riqsizlantiruvchi ta'siri aniqlangan. Ammo bu usul xirurglar oldida maxsus ko'rgazma qilishmagan. 1844-yili "Russkiy invalid" gazetasida S.A. Chistovichning maqolasi e'lon qilingan, maqolada "Efir yordamida son amputatsiyasi qilishganligi" to'g'risida axborot berilgan. Bu axborotlar to'g'risida vatandoshlari tomonidan bu uch hodisa to'g'risida yaxshi ma'lumotlar va tegishli baholar berilmagan. Shuning uchun ham bugungi kunda narkozning birinchi barpo etuvchilari deb U.T. Morton, T. Uels va S.A. Chistovichni hisoblashimiz mumkin.

Uchinchi narkozning klassik ochilishi deb Angliyalik Jeymes Yung Simpsonni aytish mumkin. J.Y. Simpson 1847-yil 18-noyabr kuni tug'ruqni xloroform narkozi bilan amalga oshirgan. Avvalo, bu narkoz juda keng ommalashgan bo'ldi, ammo uning yuqori toksik ta'siri ko'p asoratlarni aniqlangandan keyin xloroform narkozidan qaytdilar.

Anesteziologiyaning rivojlanishida juda katta N.I. Pirogovning xissasi bo'ldi, Rossiyada birinchilardan bo'lib efir narkozini keng ishlata boshladi. Olim tomonidan, etilefir va xloroform narkozini qo'llashda eksperimentlar o'tkazib narkozdan keyingi manfiy ta'sirlarini va bo'ladigan asoratlari to'g'risida axborot berdi. Narkozning klinik kechishini chuqur o'rganib efir va xloroform narkozini harbiy dala-xirurgiyasida birinchi bo'lib qo'lladi. 1845-1855 yillarda Sevastopol jang paytlarida 10000 yaqin operatsiyalarni narkoz yordamida qilib narkozdan keyin bitta ham o'lim kuzatilmagan.

1847-yilda N.I. Pirogov tomonidan Rossiyada tug'ruq paytida narkoz ishlatildi va tug'ruqqacha, tomir ichi, traxeya orqali efir narkozini ishlatish usullari ishlab chiqildi.

N.I. Pirogov tomonidan vena ichi narkozi fikri ostida Piterburgdagi xarbiy - tibbiyot akademiyasining professori S.P. Fyodorov tomonidan gedonolni vena ichiga yuborish qo'llanildi. Gedonol preparati farmokolog N.P. Kravkov tomonidan kashf qilingan.

N.P. Kravkov va S.P. Fyodorov tomonidan 1909-yilda taklif qilingan vena ichi gedokol narkozi butun dunyo ahamiyatiga ega bo'ldi va zamonaviy noingalyatsion hamda kombinatsiyalangan narkoz turlari ishlab chiqildi.

XX-asrning 30-yillariga kelib geksobarbital va tiopental natriy vena ichi narkozlari taklif qilindi. Bu narkoz turi hozirgacha o'z ahamiyatini yo'qotganicha yo'q.

XX-asrning 60-yillariga kelib oksibat natriy sintez qilindi va amaliyotga kiritildi. Oksibat natriy antigipoksant ta'siriga ega bo'lib, propanidin ultra qisqa anestetik xususiyatiga ega bo'lib vena ichi narkozida o'ta muhim hisoblanadi.

Ana shunday umumiy narkozning rivojlanishi bilan birga mahalliy anesteziya ham rivojlana boshladi. Bu usulni ishlatishda V.K. Anrep, M. Oberst, T. Braun, A.U. Lukashevich, A. Bir kabi olimlar katta xissa qo'shdilar.

1905-yilda A. Eyngorn prokain moddasini sintez qildi va mahalliy anesteziya rivojlandi. A.V. Vishnevskiy - mahalliy anesteziyani rivojlantiradi va prokainni, klinik amaliyotga kiritdi.

Shuni aytish kerakki, vena ichi va ingalyatsion narkoz uchun maxsus narkoz uchun eng muhim moddalar sintezini o'rganishlari uchun muvaffaqiyatlar bermadi. Xirurglar talabiga javob beradigan bir necha preparatlarni tegishli ishlatish va toksik dozalarini pasaytirish (dietil xloroform) potentsiyalash effektini oshirish kerak bo'lib qoldi.

Undan tashqari bu narkoz ayrim kamchiliklarga ega. Narkozning xirurgik bosqichi mushaklar falajlanishi nafas olish va qon aylanish tizimiga ta'sir qildi.

Sun'iy o'pka ventilyatsiyasi (SO`V)

Anesteziologiyaning yangi bir etapi 1942-yilda komandani olim Griffet va Jonsonlar narkoz paytida kurare, intokostrin mahsulotini ishlatdi. Keyinchalik kurarega o'xshagan uzoq ta'sir qiluvchi moddalar sintez qilindi va anesteziologiya amaliyotiga kiritildi. Shunday qilib yangi endotraxeal sun'iy nafas oldirish SO`V yoki IVL bilan yangi xil narkoz SO`V yuzaga keldi. Bu usullar og'ir toracal markaziy nerv tizimida va qorin bo'shlig'ida har xil operatsiyalar qilinishiga zamin yaratdi.

Keyinchalik ko'p komponentli anesteziya usullari ishlab chiqildi va uning asosiy xususiyatlari narkoz paytida qo'shimcha medikamentozlar (ganglioblakatorlar, trankvilizatorlar ishlatilib maqsadli ravishda asab tizimining kerakli strukturalariga ta'sir qilish imkoniyatiga ega bo'ladilar. Amaliyotga keng tarqalgan neyroleptanalgeziya markaziy asab tizimida chuqur depressiyaga tushirmasdan operatsiya qilish usuli joriy qilindi. Anesteziya vena ichiga yuborish bilan va endotraxeal dinitrogen oksidi kislorod bilan birga ishlatildi.

Mahalliy anesteziya

Mahalliy anesteziya - bu maxsus dorilar yordamida odam organizmining aniq bir qismida keyinchalik tiklanish bilan og'riqsizlantirish usulidir. Hozirgi paytda 50% gacha har xil xirurgik operatsiyalar mahalliy anesteziya yordamida o'tkazilmoqda.

Mahalliy anesteziyaga ko'rsatmalar bo'lib, bu usulning ma'lum qulayliklari bilan ifodalanadi. Operatsiyadan oldingi uzoq muddatli

maxsus tayyorgarlik o'tkazish talab qilinmay bu usulni narkozga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda qo'llash mumkin. Bu anesteziyadan keyin bemorlarga narkozdan keyingi doimiy kuzatuvga hojat qolmaydi.

Mahalliy anesteziya bilan ambulatoriya sharoitida qilinadigan operatsiyalarda qo'llaniladi. Intubatsion narkozda bemorlarda kuzatiladign har xil og'ir, bemorlar hayotiga xavf soladigan asoratlari bo'lishi kuzatilganda mahalliy anesteziya qo'llaniladi. Ana shu guruhga qari yoshdagi, nafas olish va yurak-qon tomirlari tizimidagi yetishmovchiliklari va madori qurigan bemorlar kiradi. Shu holatlarda narkoz bemor uchun qilinadigan operatsiyadan xavfli hisoblanadi. Mahalliy anesteziyaga qarshi ko'rsatmalar.

1-Bemorlarning anesteziya qilinadigan dorivor moddalarga ta'sirchanligining yuqoriligi;

2- 10 yoshdan kichik bolalar;

3-Bemorlardagi ruhiy buzilishlar va asab tizimidagi yuqori qo'zg'aluvchanlik;

4-Infiltratsion anesteziya qilishda to'qimalardagi yallig'lanish va chandiqli o'zgarishlarning qiyinchilik tug'dirishi;

5-Davom etuvchi ichki qon oqishlar bo'lganda, uni to'xtatish uchun zudlik bilan qo'llaniladigan operatsiyalar.

A.V. Vishnevskiy usulida infiltratsion anesteziya qilish:

Bu usul infiltratsion va o'tkazuvchi anesteziya usullarining musbat tomonlarini o'zida mujassamlashtirilgandir.

Anatomik usul asosida fassiya qobiqlarining alohida tuzilishi yotadi. Anesteziya qilinadigan suyuqlik shu bo'shliqlarga bosim orqali yuborilganida ular asablarga va asab tolalariga o'tadi. Qattiq bosim ostida infiltrat hosil qilib, o'tkazilgan infiltrat fassial bo'shliqlar orqali tarqala boshlaydi. Shuning uchun ham A.V. Vishnevskiy o'zining bu usulini emaklovchi infiltratli anesteziya deb atadi.

Og'riqsizlantirishni operatsiya qiladigan xirurg operatsiya vaqtida bosqichma bosqich to'qimalarni kesish paytida o'tkazadi.

To'qimalarni infiltratsiya qilishni to'qimalar qobiqlarini ochishdan oldin qilinadi. Og'riqsizlantiruvchi suyuqliklar bilan to'qimalar qattiq infiltrat hosil qilib to'qimalarni gidravlik ajratiladi va undagi tomirlarni, asab tolalarini aniq ko'rishga imkoniyat tug'iladi. Bu holatda qon



19-rasm.

oqishlarning yengil oldini olish mumkin. Ana shunday infiltratsion anesteziya qilishda novokain eritmasi (0,25%) ishlatiladi va 800-1000 ml gacha suyuqlik ishlatiladi. To'qimalarni kesishda bu suyuqlikning ko'p qismi yaraga oqib tushadi va anestetiklar bilan intoksikatsiya rivojlanishi mumkin.

Bunga misol bo'lib bo'qoqni operatsiya qilishdagi holatni ko'rsatish mumkin. Anesteziya qilish uchun ikkita 5 ml lik shprits bilan



20-rasm.

avval terida "limon qobig'i" hosil qilinadi. Keyinchalik ingichka igna bilan teri ichiga anestetik suyuqlik yuboriladi. Ana shu to'qimada hosil qilingan infiltrati orqali teri tagiga anestetik suyuqlik yuboriladi. Teri kesilgandan keyin og'riqsizlantiruvchi suyuqlik o'rta chiziq bo'ylab yuboriladi va mushaklar keyin mushak ostiga yuboriladi.

Novokainni mushaklar ostiga yuborilganda bo'yinning o'rta fassiyalariga tarqaladi va bo'qoq bezi atrofni o'rab oladi. Mushaklar kesilgandan keyin bo'qoq bezi bo'lagi yaraga chiqariladi va yana qo'shimcha og'riqsizlantiruvchi suyuqlik yuqorigi va pastki qirralariga hamda bezning orqa yuzasiga yuboriladi.

Regionar anesteziya. Regionar anesteziya ma'lum topografik tana qismini og'riqsizlantirishda o'tkaziladi. Regionar anesteziyaning quyidagi xillari mavjud: o'tkazuvchi, tomir ichi (vena ichi, arteriya tomiri ichi), suyak ichi, orqa miya va epidural anesteziyalar.

O'tkazuvchi anesteziya. Quyidagi turlarga bo'linadi: asab o'zaklarini anesteziya qilish, asab chigallarini va asab tugunlarini (paravertebral), orqa miya va epidural. Og'riqsizlantiruvchi suyuqlik peri- yoki endonevral kiritiladi.

Lukashevich-Obers usulida o'tkazuvchi anesteziya qilish. Bu usul barmoqlarda o'tkaziladigan operatsiyalarda (panaritsiya, yaralarda, o'sma shishlarda) qo'llaniladi. Barmoq ostiga rezinali jgut (tasma) qo'yiladi, barmoqning distal qismidan terisi, teri tagi to'qimasi anesteziya qilinib, igna to suyakga borguncha yuboriladi. Shundan keyin igna suyakning bir tomoniga, keyin

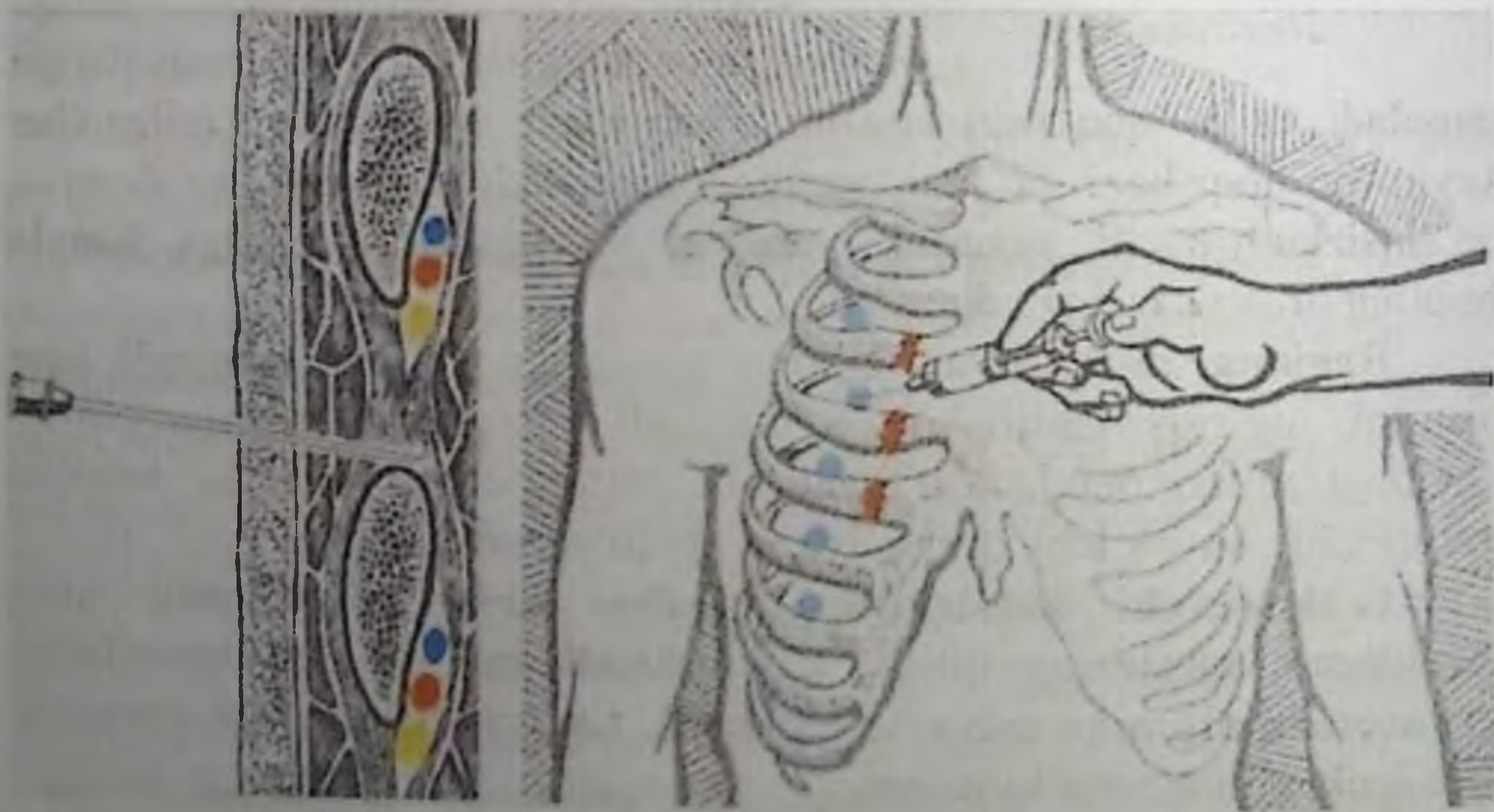


21-rasm.

qarshi tomoniga novokain yoki lidokain eritmasini yubora boshlaydi. Shunday qilib lidokain barmoq asabi atrofiga yuboriladi.

Qovurg'alararo blokada. Bu usul qovurg'alarning sinishida qo'llaniladi. Avvalo xirurg palpatsiya qilish bilan qovurg'aning singan lokalizatsiyasini aniqlaydi va rentgenografiya xulosasi bilan solishtirgan holda yanada sinish lokalizatsiyasi aniqlanib qovurg'alar og'riqsizlantiruvchi qamal qilinadi.

Bu qamalni o'tkazishda bitta asosiy qoidaga, ya'ni 2 ta sog' qovurg'alararo va 2 ta qovurg'a yuqoridan va pastidan singan qovurg'aning pastki qirrasiga bo'ylab og'riqsizlantiruvchi suyuqliklar yuborish kerak. Singan qovurg'aga perpendikulyar holda igna avvalo terida limon qobig'i hosil qilinadi va keyin igna chuqurga to singan qovurg'aga yetguncha yuboriladi. Iгна qovurg'aga tekkandan keyin suyuqlik yuboriladi va igna orqaga 2-3 mm tortiladi va uning pastki qirrasiga novokain yuboriladi. Yuboriladigan anestetik suyuqlikning miqdori 50 ml novokain va 2 ml lidokain aralashmasidan iborat.



22-rasm. Qovurg'alararo blokada

Yelka chigalini Kulenkampr bo'yicha anesteziya qilish. Qo'lda qilinadigan operatsiyalar shu usulda og'riqsizlantiriladi. Bemor yelkasiga yotgan holda, boshini qarama qarshi tomonga buradi, qo'llar erkin holda turadi. O'mrov suyagining o'rtasida uning yuqorigi qirrasiga bo'ylab o'mrov osti arteriyasi aniqlanadi. Yelka chigali shu arteriyaning tashqi tomonida joylashadi. Teri novokain bilan infiltratsiya

qilinganidan keyin, uzun igna shpirtssiz arteriyaning pulsatsiyasi topilgan joydan tashqarida taxminan 1 sm o'mrov suyagining ustidan igna qadaladi va novokain yuborish bilan 1- qovurg'a bo'ylab siljiriladi va umurtqaning o'tkir o'simtasi tomon yuboriladi va asab chigaliga yetkaziladi. Agar novokain to'g'ri yuborilganida o'sha tomonda qo'lida jonsizlanish holati paydo bo'ladi va o'q otilgandek og'riq kuzatilishi mumkin. Agar ignadan qon chiqsa igna tomirga tushgan hisoblanadi va ignani orqaga tortish kerak. Ignadan qon kelishi to'xtagandan keyin 1 % 30- 35 ml novokain va 2 ml lidokain aralashmasi yuboriladi. Anesteziya 10- 15 minutdan keyin paydo bo'ladi va 2- 6 soat davom etadi.

Qorin ichi asab chigallarini Braun usulida qamal qilish.

Bu usul me'da rezeksiyasi paytida qilinadigan mahalliy infiltratsion anesteziya hisoblanadi. Laparotomiya qilingandan keyin jigarning chap bo'lmasi yuqoriga va o'ngga tortiladi, me'da chapga va pastga tortiladi. Kichik charvi sohasida chap qo'l bilan aortaning pulsatsiyasi aniqlanadi. Charvi arteriyasining aortadan chiqishida va yuqorida barmoq umurtqaga tegiziladi. Barmoq ustki va pastki kovak venasi orasida igna joylashtiriladi va shu joyga uzun igna bilan 0,5 % 50- 70 ml novokain eritmasi lidokain bilan yuboriladi. Avvalo shpirts tortib ko'riladi, qon chiqmasa eritmaning qolgan qismi yuboriladi. Yuborilgan eritma qorinning retroperitoneal bo'shlig'iga tarqaladi va quyosh chigalini yuvadi. Anesteziya 5- 10 minutdan keyin paydo bo'lib, 1,5- 2 soat davom etadi.

Sirkulyar (g'ilof) blokada. Bu qamal quyidagicha bajariladi. Tirsak bo'g'imida bukilgan holda yelka suyagining oldingi yuzasi va o'rta uchligidan teri ichiga ingichka igna orqali novokain bilan anesteziya qilinadi. Keyin uzun igna bilan shpirts orqali 0,25 % novokain + lidokain bilan teri tagiga, yelka fassiyasiga, yelkaning ikki boshli mushaklariga yuboriladi va to yelka suyagiga igna tekguncha yuboriladi. Keyinchalik ignani salgina orqaga tortib 50-60 ml novokain lidokain bilan ikki boshli yelka mushaklarining futlyariga yuboriladi. Tirsak bo'g'imi yozilib yana 50-60 ml 0,25 % novokain va lidokain eritmalari uch boshli yelka mushaklarining futlyariga yuboriladi.

Bilak sirkulyar (g'ilof) blokada. Bu qamal bilakning o'rta uchligida bukuvchi va yozuvchi mushaklar fassial futlyarlariga 60- 70 ml 0,25% novokain va lidokain aralashmasi yuboriladi.

Sonning sirkulyar (g'ilof) blokada. Sonning o'rta uchligida uning oldingi yuzasi bo'ylab sonning bukuvchi va yozuvchi mushaklari fassial

bo'shlig'iga uzun igna bilan to son suyagiga yetguncha og'riqsizlantiruvchi modda yuboriladi. Keyin igna orqaga tortilib 150-180 ml 0,5% novokain va lidokain aralashmasi yuboriladi.

Boldir sirkulyar (futlyar) blokada. Boldirning oldingi yuzasi va o'rta uchligida amalga oshiriladi. Bukuvchi va yozuvchi mushaklar fastsial futlyariga uzun igna bilan to suyakga tek guncha uning ichki va tashqi yuzasi bo'ylab yuboriladi. Har bir mushak g'ilofiga 80-100 ml 0,25% novokain va lidokain aralashmasi yuboriladi.

Retromammar blokada. Buqamalda retromammar mastitning boshlang'ich davrida davolashda va mastitlarni operatsiya qilishda mahalliy anesteziya qilish uchun qilinadi. Ayrim holatlarda sut bezini sektoral rezeksiya qilishda ham qo'llaniladi. Sut bezining 3-4 nuqtasidan (yuqorigi, pastki, tashqi, ichki) teri ichiga 0,25% novokain yuboriladi. Keyin uzun igna qo'yilib eritma retromammar bo'shliqqa yuboriladi. Har nuqta orqali 0,25% novokain va lidokain aralashmasi 500 ml yuboriladi. Eritma yuborilgandan keyin shprints ignadan ajratiladi va ignadan eritma oqmasligi kerak.

Bo'yin vagosimpatik blokadasini. Bu travmalarida plevrapulmonal shokning profilaktikasi maqsadida qilinadi. Bemor yelkasiga yotqiziladi, bo'yin tagiga valik qo'yiladi, bemorning boshi qarama-qarshi tomonga buriladi, qamal o'tkazilayotgan tomondagi qo'li pastga tortiladi. To'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushagining (m.sternocleidomastoidius) tashqi qirrasidagi bo'yinning tashqi bo'yinturuq venasining kesishgan nuqtasida 0,25% novokain bilan terisi anesteziya qilinadi.

Chap qo'lning qoraboldog'i bilan bosilib mushak biroz ichkariga tortiladi va qilingan anesteziya orqali uzun igna bilan yuqoriga va ichkariga burgan holda umurtqaning oldingi yuzasi sathiga qarab og'riqsizlantiruvchi aralashma yuboriladi. Har-har payt shprints orqali orqaga tortilib ignadan qon kelmayotganligi tekshiriladi va 0,25% novokain lidokain bilan 40-50 ml yuboriladi. Agar ikki tomonlama bo'lsa, ikkinchi tomoniga ham shuncha miqdorda novokain yuboriladi. Agar qamal to'g'ri amalga oshirilsa bir necha minutdan keyin o'sha tomonda Xorner belgisi ko'z



23-rasm.

qorachig'ining kengayishi yuzning shu qismida qizarish va yengil yuqorigi qovoqning ptozi paydo bo'ladi.

Rasm. Bo'yin vagosimpatik blokadası

Bel (paranefral) blokada. Bu blokada gemotransfuzion shokni, ichaklar parezini davolashda va bel sohasida qilinadigan operatsiyalar uchun qo'llaniladi. Bemor sog' tomoniga yonbosh yotqiziladi va belga valik qo'yiladi. Yuqorida oyog'i to'g'ri uzatiladi, pastki oyog'i tizza bo'g'imida bukilgan holatda bo'ladi. Ignani kirgizish uchun XII qovurg'aning belning uzun mushagi bilan kesishgan burchagida terisi anesteziya qilinadi. Terini og'riqsizlantirgandan keyin uzun igna bilan perpendikulyar holda ichkariga suyuqlikni yuborgan holda yurgiziladi.

Bel fastsiyasidan o'tishda igna biroz qarshilikka uchraydi va uni sezish shart. Igna paranefral bo'shliqqa tushishi bilan shprints biroz orqaga tortilib qon yo'qligiga ishonch hosil qilgach, yengil 60-80 ml 0,25% novokain lidokain aralashmasi yuboriladi. Suyuqlik yuborilgandan keyin shprints ignadan ajratiladi, ignadan na tomchi



24-rasm. Paranefral blokada.

qon, na tomchi suyuqlik chiqmasligi kerak. Ana shunda biz paranefral bo'shliqqa tushganligimizga ishonch hosil qilamiz. Bu qamalda suyuqlik qorin parda orqa to'qimalariga tarqalib, buyrakni, buyrak usti bezini va quyosh chigalini hamda qorin ichi asablarini qamal qiladi.

Vena ichi anesteziyasi. Vena ichi anesteziyasi qo'l va oyoqlarda bo'ladigan operatsiyalarda (yaralarni xirurgik ishlov berishda, bo'g'imlar chiqishini to'g'rilashda, suyak parchalarini repozitsiya qilishda va artrotomiya qilishda) qo'llaniladi.

Bilak yoki tirsak sohasidagi teri tagidagi yoki oyoqlardagi katta va kichik venalari punksiya yoki veneseksiya qilish bilan anestetik moddalar yuboriladi. Oyoq panjalarida, boldirda, tizza bo'g'imida bo'ladigan operatsiyalar paytida ko'pincha sonning pastki qismidan, qo'l panjalarida, bilakda, bilak bo'g'imida bo'ladigan operatsiyalarda yelkaning pastki uchligida tasma bilan qisiladi. Qo'llarda bo'ladigan operatsiyalarda 150-200 ml, oyoqlarda bo'ladigan operatsiyalarda 200-250 ml 0,25% novokain lidokain eritmasi quyiladi.

Suyak ichi anesteziyasi. Bu og'riqsizlantirish, vena ichi anesteziyasining bir ko'rinishi hisoblanadi. Ammo bu og'riqsizlantirish juda kam ishlatiladi.

O'zaro kuchaytirish effekti. Mahalliy anesteziyaning effektivligini ayrim dorivor moddalarni qo'shimcha ishlatilganida. Masalan neyroleptik ta'sir qiluvchi (droperidol) va narkotik analgetiklar (fentanil) qo'shma ishlatilganida yuzaga chiqadi. Neyroleptik anesteziya va markaziy anesteziya birgalikda ishlatish har xil mahalliy anesteziyalarning (infiltratsion, o'tkazuvchi, orqa miya, epidural) effektivligini oshiradi. Ana shu holat esa anestetik moddalarning toksik ta'sirini kamaytirish uchun ular dozasini kamaytiradi.

Asoratlari. Anestetik moddalarning asosiy asoratlari ularning allergik reaksiyalari bilan bog'liq. Har bir bemorning individual ta'sirchanligi mahalliy anestetik moddalarga terida har xil toshmalar, qichish, Kvinke shishi, laringo-bronxospazmning yuzaga chiqishi bilan boshlanadi. Ana shunday holatlarni tezda davolash uchun antigistamin preparatlari, glyukokortikoidlar, spazmolitiklar qo'llaniladi.

Anestetik moddalarning dozasi orttirilganda bemorlarda bezovtalik, terida giperemiya, pulsning tezlashishi, qon bosimining oshishi, tirishish yuzaga chiqadi. Agar intoksikatsiya kuchayib, ahvoli og'irlashganda koma, kollaps, nafas olishning va yurakning to'xtashi kuzatilishi mumkin.

Peredozirovka yengil holatda kuzatilganda barbituratlar, narkotiklar va kislorod hidlatish bilan davolash mumkin. Og'ir holatlarda yurak va qon tomirlarni kengaytiruvchi moddalar yuborish, shokga qarshi qon o'rmini bosuvchi moddalar transfuziyasi, IVL (sno), bordi-yu yurak urishi to'xtaganida-yurakni massaj qilish zarur.

Mahalliy anesteziya asoratlarini profilaktika qilishda, anamnezini yaxshi o'rganish, ayrim dorivor moddalarga sezuvchanligi, ularni ko'tara olmasligini va anesteziyani o'tkazish metodikasini to'g'ri tanlash hisoblanadi.

Orqa miya anesteziyasi. Bu anesteziya anestetik moddalarni subaraxnoidal bo'shliqqa yuborish bilan amalga oshiriladi. Bu usul qorin bo'shlig'ida diafragmadan pastda joylashgan a'zolar operatsiyasida, hamda oyoqlarda o'tkaziladigan operatsiyalarda qo'llaniladi.



25-rasm.

Anestetik moddalar orqa miyaning orqa sezuvchan o'zaklarini bloklaydi va og'riqni sezmaydi, taktik va harorat sezuvchanligini yo'qotadi va oldingi o'zaklariga ta'siri (harorat) uzoq falajlik (miorelaksatsiya) yuzaga chiqadi. Bundan tashqari simpatik tolalarni bloklab tomirlar innervatsiyasiga ta'sir qiladi va arteriolalarning kengayishi paydo bo'ladi. Simpatik tolalar bloklanganida ular qorin bo'shlig'i tolalariga ham ta'sir qiladi va qorin bo'shlig'i a'zolari tomirlari, chanoq va oyoqtomirlari kengayib qonning shu qismlarda depolashiga olib keladi va qon bosimi tushishi mumkin.

Orqa miya anesteziyasi uchun alohida maxsus igna mandreni bilan ishlatiladi. Bunda 2% lidokain, 0,5% bupivakain va 0,75% bupivakainning dekstroza bilan aralashmasi ishlatiladi. Bemorni stolga ko'ndalangiga o'tkaziladi, oyoqlariga taburet qo'yiladi, tizzalar maksimal bukilib qorniga tortiladi, beli maksimal holda bukiladi.

Umurtqalarning LIII, LIV yoki LII- LIII o'tkir o'simtalar orasidan punksiya qilinadi. O'tkir o'simtalar mo'ljal IV bel umurtqasining o'tkir o'simtasi yonbosh suyagining orqa yuqorigi o'simtasi bilan bir chiziqda yotadi. Demak, shu chiziqdan bir o'simta yuqorisidan mo'ljal olinadi. Operatsiya maydoni spirt, yod bilan ishlanib, terisi 0,25% novokain bilan anesteziya qilinadi. Igna o'rta chiziq bo'ylab o'tkir o'simtalar orasidan katta bo'lmagan ($5-10^\circ$) pastga egib kiritiladi. Ignaning o'tishida o'simtalar orasi, o'simtalar usti va sariq bog'lamlardan qarshilikga uchraydi. Undan tashqari igna miyaning qattiq qobig'idan o'tishda ham qarshilik bo'ladi va shundan o'tishi bilan mandren olinib igna aylantirilgan holda 2-3 ml ichkariga yuboriladi, va miyaning qattiq pardasi ichki qobig'ini teshadi. Ana shundan keyin ignadan tiniq orqa miya suyuqligi chiqa boshlaydi. Ignaning to'g'ri qo'yilganligiga ishonch

hosil qilgach, shpritsga 2-3 ml suyuqlik olinib anestetik moddalar suyuqlik bilan aralashtirilgan holda orqa miya kanaliga yuboriladi.

Bemorni birdaniga operatsion stolga yotqiziladi, boshni 15° pastga tushiradi. Bunday holat lidokain va 0,5% bupivakain yuborganda qilinadi. Agar 0,75% bupivakain suyuqligi yuborilsa boshni ko'tarish kerak. 0,5% bupivakain suyuqligi orqa miya suyuqligidan zichligi past, shuning uchun miya suyuqligi yuqoriga tarqaladi. 0,75% bupivakain suyuqligining zichligi miya suyuqligidan zichligi baland, shuning uchun suyuqlik pastga oqadi.

Qarshi ko'rsatmasi. Bu og'riqsizlantirish travmatik shok, og'ir intoksikatsiya (peritonit), arterial gipotoniya bo'lganda, bel sohasida yallig'lanish belgilari bo'lsa va umurtqalarning bel sohasida deformatsiyasi bo'lsa qilinmaydi.

Orqa miya anesteziyasining eng og'ir asoratlardan - arterial qon bosimining tushishi bo'lib, simpatik asab tolalarining blokadasi bilan bog'liqdir. Bunday asoratlar oson anesteziya ko'krakning pastki va bel sohasidagi yuqorigi segmentlarida qilinganda ko'proq yuzaga chiqadi. Pastki bel segmentida anesteziya o'tkazilganligida gipotenziya deyarli sodir bo'lmaydi. Gipotenziani profilaktika qilish uchun operatsiyadan oldin qon tomirlarni kengaytiruvchi preparatlar qilinadi. Agar shunday asorat chiqqanda, shokga qarshi qon o'rmini bosuvchi suyuqliklar quyilgandagina bo'lishi mumkin. Qonni markazlashtirish uchun oyoqlarni ko'taradi va ko'pincha bint bilan o'raladi.

Anestetik moddalarning yuqoriga subaraxnoidal bo'shliqqa ketganda ehtimol asab tolalarining qovurg'alararo mushaklarni innervatsiya qilishdan to'xtashi va o'z o'mida o'tkir nafas yetishmovchiligiga yoki nafas olishning to'xtashiga olib keladi.

O'tkir nafas yetishmovchiligi bo'lganda oksigenoterapiya qilish, nafas to'xtasa sun'iy nafas oldirish kerak.

Orqa miya anesteziyasidan keying kech paydo bo'ladigan asoratlarga bosh og'rig'i, harakatning falajligi, yiringli meningitdir, shuning uchun oxirgi yillarda bu anesteziyani kamroq ishlatilmoqda. Hozir ko'proq epidural anesteziya qo'llanilmoqda.

Epidural anesteziya - bu o'tkazuvchi anesteziyaning bir ko'rinishidir. Epidural anesteziyada anestetik moddaning epidural bo'shliqqa, ya'ni miyaning qattiq pardasi bilan umurtqalarning suyak usti pardasi oralig'iga yuboriladi va bel miyasining o'zaklarini qamal

(blokada) qiladi. Bu tur anesteziya orqa miya anesteziyasiga nisbatan ancha musbat tomonlari ko'p va har xil yetishmovchiliklardan xolidir.

Epidural anesteziya qilinadigan operatsiyaning xarakteriga qarab umurtqa pog'onasining hohlagan sathidan qilinishi mumkin. Punksiya qilishda miyaning qattiq pardasini teshib qo'yishi mumkin va anestetik moddalar subaraxnoidal bo'shliqqa tushishi mumkin, hamda og'ir asorat berishi mumkin.

Punksiya shpritsga izotonik natriy xlorid suyuqligi bilan qilinadi. Igna miyaning qattiq pardasidan o'tgandan keyin suyuqlik yengil ketadi. Shprits ignadan olinganda undan bir tomchi qon ham suyuqlik chiqmasligi kerak. Epidural anesteziya uchun 2% lidokain, 0,5% bupivakain eritmasi qo'llaniladi. Analgetik effektivligini oshirish uchun narkotik moddalar morfin va fentanil ishlatiladi. Epidural anesteziya oyoqlarda va chanoqda bo'ladigan operatsiyalarda qo'llaniladi. Qari yoshdagi, og'ir yurak-qon tomirlari kasalliklarida, nafas olish tizimi kasalliklari, semizlik va qandli diabet bilan bemorlarda epidural anesteziyasini qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Asoratlari. Bu anesteziyadan kuzatiladigan asoratlari kam uchraydi. Ehtimol kuzatiladigan asoratlardan arterial gipotenziya, ko'ngil aynishi, qayt qilishi, tirishish tutqanog'i bo'lishi mumkin. Bemorlarda 5% holatlarda anesteziya bo'lmasligi mumkin, buning sababi peridural bo'shliqda har xil bitishmali to'siqlar bo'lib anestetik moddalarning tarqalishiga g'ov bo'ladi.

Narkoz

Narkoz bu - narkotik moddalarning oliy asab tizimiga ta'siri natijasida hamma sezgi turlarining (shundan og'riqni sezish), ayrim reflekslar va tana mushaklarining ishtirokida vaqtinchalik hushining yo'qolishi holatidir.

Organizmga narkotik moddalarni kiritishi bo'ylab ingalyatsion va noingalyatsion turlariga bo'linadi.

Narkozning nazariyalari. Hozirgi vaqtda anesteziya qiladigan narkotik moddalarning ta'siri mexanizmi to'g'risida aniq qoidalar yo'q. Hozircha bor qoidalardan quyidagilari muhim ahamiyatga ega:

1. Lipidlar nazariyasi G. Meyer (1899) va Ch. Overton (1901) tomonidan ishlab chiqilgan bo'lib, asab hujayralaridagi membranalarning yog'lariga o'xshash moddalariga narkotik moddalar

ta'sir qiladi va ularni eritadi. Ana shuning natijasida nerv hujayralarining faoliyati buziladi, narkotik ta'sir qiladi.

2. Adsorbsion nazariya. Traube (1904) va O. Warburg (1914) lar fikricha, narkotik moddalar oliy markaziy asab hujayralari membranalari yuzasida yig'iladi va hujayralarning fizik- ximik xususiyatlari o'zgarib ularning faoliyati buziladi va narkoz holati rivojlanadi.

3. Oksidlanish holatining tormozlanishi nazariyasi Fervorn (1912). Narkotik moddalar miya to'qimasidagi oksidlanish va tiklanish holatini regulyatsiya qiladigan fermentlarni bloklaydi.

4. Koagulyatsion nazariyasi. Bernar (1875), Bankroft va Rixter (1931) fikrlari bo'yicha narkotik moddalar asab hujayralaridagi protoplazmasida qaytalanishi mumkin bo'lgan ta'sir qiladi va bu hujayralarning qo'zg'alishiga qo'ymaydi.

5. Narkozning fiziologik ta'siri nazariyasi B.S. Galkina (1953). Bu nazariya I.M. Sechenov, I.P. Pavlov, N.Ye. Vvedenskiy ta'limotiga asoslangan bo'lib, narkotik moddalarning markaziy asab tizimiga tormozlash ta'sir qilishiga asoslangan.

Anesteziya qiladigan moddalarga eng ko'p miyaning retikulyar formatsiyasi sezgirdir (Anoxin P.A.).

Shunday qilib, hozirgi neyrofiziologlar fikricha, narkotik uyquning asosiy fiziologik mexanizmi asosida narkotik moddalarning asab hujayralariga ximik va fizik ta'sirlaridir, ya'ni kolloid hujayralariga, hujayra membranalariga va lipidlarning erishiga olib keladilar.

Narkozning bosqichlari

Narkotik moddalar hamma a'zolar va tizimlarga ta'sir qiladilar. Organizmning narkotik moddalar bilan to'yinishi paytida ma'lum bir bosqichma bosqich o'tib odam hushida, nafas va qon aylanish tizimlarida o'zgarishlar bo'ladi. Ana shu bosqichlar orqali narkozning chuqurligi aniqlanadi.

Hozirgi kunda biz 4 bosqichga bo'lamiz:

I- analgeziya; II- qo'zg'alish; III- xirurgiya bosqichi, o'zi 4 sathga bo'linadi va IV- uyg'onish bosqichi.

1. Analgeziyaning bosqichlari. Bemor hushida, ammo tormozlashgan, mudraydi, berilgan savollarga bir xil javob beradi. Yuzaki og'riqni sezish yo'qolgan, ammo taktil va harorat sezuvchanliklar saqlangan.

2. Qo'zg'alish davri. Bu davrda bosh miya po'stlog'ida tormozlanish bo'lib, po'stloq osti markazida qo'zg'alish bo'ladi: hushi

yo'qoladi, harakatli va nutqli qo'zg'alishlar kuzatiladi. Bemor qichqiradi, operatsiya stolidan turishga harakat qiladi. Teri qoplama qizargan, pulsi tezlashadi, qon bosimi ko'tariladi, ko'z qorachiq-lari kengaygan, yorug'ni sezadi, ko'zidan yosh oqishi kuzatiladi. Ko'pincha yo'tal tutishi, bronxlardan sekretsia ajralishi bo'ladi, ehtimol qusishi bo'ladi. Qo'zg'alish davrida xirurgik operatsiya qilish mumkin emas. Shu davrda narkozni chuqurlashtirish uchun narkotik moddalarni yuborish bilan organizmni to'yintirish kerak. Bu davrning muddati bemor ahvoliga va anesteziologning tajribasiga bog'liq. Qo'zg'alish davri 7-15 min. davom etadi.

3. Xirurgik bosqichi. Bu davrda bemor tinchlanadi, nafas olishi bir me'yorda bo'ladi, pulsi va qon bosimi boshlang'ich holatiga keladi. Shu bosqichda operatsiya qilish mumkin. Narkozning chuqurligiga qarab xirurgik bosqichi 3 sathga bo'linadi:

I- sath. Bemor tinchlangan, nafas olish bir me'yorda, pulsi va qon bosimi boshlang'ich davrdagidek. Ko'z qorachiq-lari toraya boshlaydi, yorug'likni sezuvchanlik saqlanadi. Ko'z olmasi harakati bir me'yorda suzadi, ularning joylashuvi ekstsentrik holatda. Muguz parda, yutish-hiqildoq refleks-lari saqlangan. Mushaklar tonusi saqlangan, shuning uchun bo'shliqlarda operatsiya qilish qiyin.

II- sath. Ko'z olmasining harakati to'xtaydi, ular markazlashgan holatda, ko'z qorachiq-lari kengaya boshlaydi, yorug'likga ta'siri kuchsizlanadi. Muguz parda va yutish-hiqildoq refleksi susayadi va davrning oxirida batamom yo'qoladi. Nafas olish bir me'yorda, tekis, qon bosimi va pulsi normada. Mushaklar tonusi pasayadi, shu davrda qorin va boshqa bo'shliqlarda operatsiya qilish mumkin.

III- sath. Chuqur narkoz, ko'z qorachiq-lari kengaygan, kuchli nurli ta'sirga javob qiladi. Ana shu davrda hamma skelet mushak-lari va qovurg'alararo mushaklar ham relaksatsiya bo'ladi. Nafas olish yuzaki, diafragmal bo'ladi. Mushaklar relaksatsiya bo'lganligi uchun pastki jag'tushishi, osilib qolishi mumkin, til orqaga ketadi, hiqildoqni yopib qolishi va nafas to'xtab qolishi mumkin. Ana shu holatni profilaktika qilish uchun pastki jag'ni oldinga tortib ushlab turish kerak. Puls shu holatda tezlashadi, kuchsiz to'liqlikda, arterial bosimi pasayadi. Narkozni shu holda ushlab turish bemor hayoti uchun o'ta xavfli hisoblanadi.

IV- sath. Ko`z qorachig`i yorug`likga ham reaksiya qilmaydi, maksimal kengaygan. Nafas olish yuzaki, diafragma hisobidan nafas oladi, chunki qovurg`alararo mushaklar bo`shashgan. Pulsi ipsimon, tezlashgan, arterial bosimi past. Narkozni shu holda ushlab o`ta xavfli, nafas olish to`xtab qolishi mumkin.

4. Uyg`onish bosqichi. Narkotik moddalarni berish to`xtatilgandan, qondagi narkotik moddasining kontsentratsiyasi kamayadi, bemor qayta hamma narkoz bosqichlarini o`tadi va uyg`onish davri boshlanadi.

Narkozga bemorlarni tayyorlash

Anesteziolog bemorlarni operatsiyaga tayyorlashda shaxsan qatnashadigan mas`ul shaxsdir. Bemorlarni operatsiyadan oldin ko`rib, undagi asosiy kasallikga e`tibor berishdan tashqari qanday yo`ldosh kasalliklari borligini aniqlashi kerak. Agar bemor asosiy kasalligi bo`yicha operatsiyaga tayyorlanayotgan bo`lsa, undagi yo`ldosh kasalligini davolash ham zarurdir. Bemorlar og`iz bo`shlig`i sanatsiyasi ham muhim ahamiyatga ega. Vrach albatta bemorning ruhiy holatiga, anamnezida allergik ta`sirlanishlar bo`lganmi, oldin operatsiya o`tkazganmi, operatsiya bo`lgan bo`lsa uning turi va qanday narkoz qo`llanilganligini bilishi shart. Bemorning yuz tuzilishi, ko`krak qafasi, bo`yin tuzilishiga, hamda teri osti yog` qatlamining holatiga e`tibor berilishi shart. Bu holatlarning hammasi og`riqsizlantirish usulining to`g`ri tanlanishiga va qanday usulda narkoz berish, hamda tegishli narkoz moddalarini tanlashga yordam beradi.

Bemorlarni narkozga tayyorlash: ya`ni me`da va ichak tizimini tozalash (oshqozonni yuvish, tozalovchi klizmalar) huqnalar muhim tadbirlar hisoblanadi. Operatsiyadan oldin bemorlardagi ruhiy-emotsional ta`sirchanlikka va adashgan nerv faoliyatini pasaytirish maqsadida ataylab medikament moddalar bilan premedikatsiya qilinadi. Bundan maqsad - operatsiya paytida va operatsiyadan keyingi asoratlar sur`atini pasaytirish uchun har xil medikomentoz moddalar ishlatiladi. Operatsiyadan oldingi kecha bemorlarga uxlatuvchi dorilar, agar asabli bemorlar bo`lsa operatsiyadan bir sutka oldin trankvilizatorlar - diazepam tavsiya qiladilar. Operatsiyadan 40 minut oldin mushak orasiga yoki teri tagiga narkotik 1 ml 1-2% yoki 2 ml fentanil qilinadi. Adashgan nerv faoliyatini susaytirish va salivatsiya holatini kamaytirish maqsadida 0,5 ml 1% li atropin eritmasi qilinadi. Agar bemorlarga

allergik anamnezi bilan aniqlanganda premedikatsiyaga antigistamin preparatlari qo`shiladi. Operatsiyadan oldin olinadigan tish protezlari bo`lsa ular olinadi.

Zudlik bilan qilinadigan operatsiyalardan oldin oshqozon yuviladi. Premedikatsiya operatsiya stoli ustida o`tkaziladi va hamma dorivor moddalar vena ichiga yuboriladi.

Vena ichi narkozi

Vena ichi narkozining afzalligi-narkozga tez kiradi, qo`zg`alish bo`lmaydi, bemor tez va oson uxlaydi. Vaholanki narkoz moddalari vena ichiga yuborilganida qisqa muddatga anesteziya qiladi, shuning uchun ham uzoq muddatli operatsiyalarda ishlatish imkoniyati bo`lmaydi.

Tarkibida barbiturat kislotalar bor moddalar

Tiopental natriy, geksobarbital ishlatilganda tezda narkoz uyquga ketadi. Qo`zg`alish davri bo`lmaydi, tez uyg`onadi. Bu ikki preparatning narkoz klinik manzarasi bir xil tayyorlangan barbituratlar eritmasi ishlatiladi. Buning uchun bir flakon (1 gr modda) narkozdan oldin 100ml izotonik natriy xlor eritmasida eritiladi (1% eritma). Tayyorlangan eritma vena ichiga sekin yuboriladi. 1ml 10-15 sek 3-5ml eritma inyeksiya qilingandan keyin 30 sek muddatga bemorlarning barbituratlarga ta`sirini aniqlaydi, keyin qolgan qismini to xirurgik narkozning uyqu bosqichigacha yuboriladi. Narkoz muddati narkoz uyqusi boshlangandan keyin 10-15 minut hisoblanadi. Bir marta yuborilgandan keyin narkoz vaqtini cho`zish uchun 100-200 mg dorivor modda yuborilib turishi kerak. Uning umumiy dozasi 1000 mg dan oshmasligi kerak. Ana shu narkoz paytida tibbiy hamshira bemor pulsidan, arterial bosimidan va nafas olishidan xabar olib turishi kerak. Anesteziyaning sathini aniqlash uchun anesteziolog ko`z qorachiqdari, ko`z olmasining harakati va ko`zning muguz pardasi refleksleri holatini nazorat qilishi shart.

Barbituratlar, tiopental natriyga xos ta`sir - bu nafas olishni susaytiradi. Shuning uchun ham bu modda ishlatilganda, albatta nafas oldiruvchi apparat bo`lishi kerak. Bordiyu apnoe kuzatilganda nafas oldiruvchi apparat bilan o`pkani sun`iy nafas oldirish kerak bo`ladi. Agar tiopental natriyni tezroq yuborib qo`yilsa arteriya qon bosimi tushadi, yurak faoliyati susayadi. Bunday hollarda shu moddani quyish

to'xtatiladi. O'tkir buyrak yetishmovchiligida tiopental natriy qo'llanilmaydi.

Xirurgik amaliyotda barbituratlar narkoz sifatida muddatli operatsiyalarda ishlatiladi. Barbituratlar narkozga kirishi paytida ishlatilishi mumkin.

Gidroksidion natriy suksinati – 15 mg/kg dozada ishlatiladi, o'rtacha 1000 mg bu dorilar katta bo'lmagan dozada ishlatiladi, dinitrogen oksidi bilan birga ishlatiladi.

Katta dozada ishlatilganida arterial gipotenziya kuzatiladi, seribit, tromboflebit asoratlarini kelib chiqmasligi uchun bu moddani sekin yuborishi kerak. Darhaqiqat 2,5% eritmasini yuborishi tanlab qilingan. Gidroksidion natriy suksinat kirishi narkozi va endoskopik tekshirishlarda ishlatiladi.

Oksibat natriy vena ichiga juda sekinlik bilan yuboriladi, o'rtacha dozasi 100-150 mg/kg. Ketamin - vena ichi va mushak orasiga kiritilishi mumkin. Dozasi 2-5 mg/kg ketamin mononarkoz sifatida va narkozga kirishda ishlatiladi. Ketamin yuzaki uyqu chaqiradi, yurak qon tomirlarini qisqartiradi. Gipertoniya bo'lgan bemorlarda ishlatilmaydi. Shok bo'lib arterial gipotenzivasi bo'lsa ishlatilishi mumkin. Ketaminning noto'g'ri ta'siri bu anesteziyasining oxirida va uyg'onishi davrida kuzatiladi.

Ingalyatsion narkoz

Ingalyatsiya yo'li bilan buyiriladigan narkozda asosan gazsimon moddalar tez bug'lanadigan suyuqliklar yordamida beriladi.

Galotan– rangsiz, shirin ta'mli suyuqlik qaynashi xarorati 50.2 C. qora idishlarda saqlanadi, portlash xavfi yo'q.

Katta va kuchli narkotik effektga ega. Narkozga tez kirishadi (3- 4 minut), qo'zg'alish bosqichi yo'q, bo'lsa ham juda kuchsiz. Uyg'onish davri tez bo'ladi. Narkozning bitta bosqichidan ikkinchi bosqichiga tez o'tadi. Galotan yurak- qon tomirlari tizimini susaytiradi, yurak urishini sekinlashtiradi, arterial qon bosimi pasayadi. Bu modda toksik xususiyatiga ega, aynan jigarga ta'sir qiladi. Galotan nafas yo'llarini ta'sirlamaydi, bronxlarni kengaytiradi, shuning uchun nafas olish tizimi kasalliklarida ishlatish mumkin.

Izofluran- rangsiz suyuqlik, yorug'likda yemirilmaydi. Bu anestetik tarkibida fluor moddasi bor. Anesteziyaning xirurgik bosqichi 1-2,5% kislorod va dinitrogen oksidi bilan aralashmasida hosil bo'ladi.

Hamma miorelaksantlarning ta'sirini kuchaytiradi. Preparatning anestetik kontsentratsiyasida yurak qon haydash xususiyatini pasaytiradi va yurak urishini tezlashtiradi. Katta bo'lmagan kontsentratsiyada qon yo'qotilishiga ta'sir qilmaydi. Shuning uchun akusherlikda Kesar kesish operatsiyasida qo'llaniladi. Bu preparatning jigar va buyrakga toksik ta'siri aniqlanmaydi.

Sevofluran- hozircha bizning mamlakatimizda ro'yxatga olinmagan. Ammo AQSH, Yaponiya va Yevropa mamlakatlarida yaxshi qo'llanilmoqda. Narkozga kirishda niqobda berish oson, shuning uchun pediatriya amaliyotida ambulator sharoitida ishlatish mumkin.

Dinitrogen oksid- (quvnoqlashtiruvchi gaz)- rangsiz, hidsiz, portlash xususiyati yo'q. Agar dietil efir va kislorod bilan birga ishlatilsa yonishi mumkin. Bu gaz holatida maxsus metal ballonlarda 50 atm. bosimi ostida ushlanadi. Dinitrogen oksid inert gaz bo'lib, organizmdan o'pka orqali chiqariladi. Narkoz uchun kislorod bilan birga ishlatiladi, toza holda bu gaz toksik xususiyatga ega. Kislorod bilan 1:1, 2:1, 3:1, 4:1 miqdorda ishlatiladi. Oxirgi miqdori 80% dinitrogen oksid va 20% kislorodni tashkil qiladi. Agar kislorod 20% dan past bo'lsa og'ir gipoksiya rivojlanishi mumkin. Bu gaz ta'sirida bemor tez uxlaydi, qo'zg'alish bosqichi bo'lmaydi. Bu gazning yetishmovchiligi eng katta kontsentratsiyada ham yuzaki narkoz bo'ladi. Mushaklar relaksatsiyasi bo'lmaydi. Shuning uchun bu dinitrogen oksidi kam jarohatli mayda operatsiyalarda ishlatiladi.

Mushak relaksantlari (suksoametoniy xlorid)- qisqa muddatli mushak relaksantlari 5- 20 minut, o'rtacha 20- 35 minut (atrakuriya benzilat, rokurousniya bromid, uzoq ta'sir qiluvchi 40- 60 minut pipekuroniy bromiddir).

Narkoz uchun anjomlar

Ingalyatsion narkozni gazsimon va tez o'tuvchi narkotik moddalar bilan o'tkazishda maxsus apparat va uskunalar orqali amalga oshiriladi. Apparatning asosiy tugunlari: 1) ballonlar - gaz holdagi (kislorod, dinitrogenoksid) saqlanadi. 2) dozimetr va bug'lantiruvchi uskunalar suyuq narkotik moddalar uchun (galotan), 3) nafas beruvchi kontur.

Kislorod havo rang bo'lib, 150 atm. bosimida maxsus ballonlarda saqlanadi. Har bir ballon uchun reduktor bo'lib, kislorod va dinitrogen oksidining bosimini 3-4 atm. pasaytirib beradi. Bug'lantiruvchi uskunasi - bankadan iborat bo'lib, unga suyuq narkotik moddalar quyiladi.

Dozimetr- gazsimon narkotik moddalar va kislorod miqdorini aniq dozada berishini ta'minlaydi. Hozir rotatsion dozimetr-rotametr poplavok tipida ishlatiladi. Shisha trubkada gaz oqimi pastdan yuqoriga keladi. Poplavokda aralashgan gaz miqdori (l/minut) minutda aniqlanadi.

Nafas beradigan kontur mex, qonga, naychalar, klapanli qopqoqlar va adsorbentdan iborat. Nafas beruvchi konturdan narkotik modda dozimetrdan va bug'lab beruvchidan bemorga boradi. Bemor tomonidan chiqariladigan ishlatilgan havo apparatga o'tadi.

Narkotik nafas beruvchi aralashma narkoz apparatida gaz yoki narkotik moddalar bug'i kislorod bilan aralashadi. Kislorod dozimetrdan o'tib maxsus kamerada dinitrogen oksid, siklopropan dozimetrdan o'tgandan keyin ma'lum hajmda aralashadi. Narkotik aralashma 8- 10 l/min. shundan kislorod kamida 20% ni tashkil qilishi kerak. Narkotik gazning va havoga chiqariladigan havoning bir- biriga miqdori xar xil bo'lishi mumkin. Shunga qarab sirkulyatsiya usullari bor.

1. Ochiq usuli - bemor atmosfera havosidan nafas oladi, u albatta bug'lantiruvchi apparatdan o'tadi, ishlatilgan havo atrof atmosferaga operatsion xonaga chiqariladi. Bunda narkotik modda ko'p sarflanadi va butun operatsion xona ifloslanadi. Bu holat hamma xodimlar uchun zararli.

2. Yarim ochiq usul. Bemor kislorod va narkotik moddalar bilan aralashmani apparat orqali oladi va ishlatilgan havo operatsion xonaga chiqadi. Bu bemor uchun eng xavfsiz kontur hisoblanadi.

3. Yarim yopiq usul. Nafas olish apparatidan bo'ladi, xuddi yarim ochiq holda, havoni chiqarish apparatiga va qisman operatsion atmosferasiga chiqariladi. Ishlatilgan xavo aralashmasi adsorbent orqali o'tadi va karbonat angidridan tozalanadi, nafas beruvchi apparatga o'tadi va narkotik moddalar bilan aralashib yana kasalga tushadi.

4. Yopiq usuli - nafas olish va chiqarish apparatdan apparatga o'tadi. Nafas olgandagi va chiqarilgan gazlar atrof muhitdan batamom izolyatsiya qilinadi. Havo bilan chiqariladigan narkotik moddalar aralashmasi karbonat angidridan tozalanib adsorbentga va yana bemorga narkotik moddalar aralashmasi bilan boradi. Bu narkoz usuli juda iqtisodiy va ekologik toza hisoblanadi. Buning bitta yetishmovchiligi moddani o'z vaqtida almahstirilmasa bemorda giperkapniya bo'lishi mumkin, ya'ni ximik yutuvchi yoki sifatsiz

bo'lganida (bu yutuvchi narsani har 40 minut, agar 1 soat ichida ishlaganida almashtirish lozim) kuzatiladi.

Ingalyatsiya bilan qilinadigan narkoz

Ingalyatsiya orqali beriladigan narkozlar quyidagicha o'tkaziladi: niqob orqali, endotraxeal va endobronxial usullar bilan amalga oshiriladi.

Ingalyatsion narkoz maskali(niqobli), endotraxeal va endobronxial usullar bilan o'tkazilishi mumkin.

Bu narkozni o'tkazish uchun avvalo narkoz apparatini ishga tayyorlash kerak:

1. Ventilni ochish, kislorodli ballonni va dinitrooksidi bilan ulash.
2. Reduktor monometri orqali ballonlarda gaz borligini aniqlash.
3. Maxsus naylar orqali ballonlarni apparatga ulash.
4. Agar narkoz yengil uchuvchi suyuq narkotik moddalar bilan o'tkazilganda (misol, galotan) ularni bug'lantiradiganga quyish.
5. Adsorbentni ximik yutuvchi moddalar bilan to'ldirish.
6. Apparatni yerga ulash.
7. Apparatning germetik holatini tekshirish.

Niqob bilan beriladigan narkoz. Niqob bemor bog'lagichlar bilan yuziga mahkamlab bog'lanadi. Niqobni anesteziolog qo'li bilan bemor yuziga mahkam bosadi. Bemor bir nechta chuqur nafas oladi va keyinchalik niqobni apparatga ulaydi. Bir nechta (1-2 min) minut bemor kislorod bilan nafas oladi. Birinchi minutdan keyin narkotik moddalar havo bilan berishni qo'shadi. Asta-sekinlik bilan narkotik moddalar berishni ko'taradi. Bir vaqtning o'zida kislorod 1 minut tezlikda beriladi. Anesteziolog doimiy ravishda bemor ahvolidan nazoratda bo'ladi, tibbiy hamshira puls va qon bosimini nazorat qiladi. Anesteziolog ko'z olmasini, ko'z qorachig'ining holatini, muguz pardaning refleksini, nafas olish xarakterini aniqlab turadi. Xirurgik bosqichiga kelgach narkotik moddani ko'paytirishni to'xtatadi. Xar bir bemor uchun individual holda narkotik moddalar miqdorini aniqlash kerak. Agar narkoz III 3 bosqichgacha chuqurlashtirilganda bemorning pastki jag'ini oldinga chiqarish kerak.

Operatsiya tamom bo'lgandan keyin narkoz moddalarini berish to'xtatiladi, bemor bir necha minut kislorod bilan nafas oladi. Maska olinadi, hamma ballonlar, apparat yopiladi. Qolgan suyuq narkotik moddalar bug'lantiruvchi qismdan to'kiladi. Narkoz apparatining

shlanglari va qopchasi olinadi va sterilizatsiyaga beriladi (antiseptik moddalar bilan qilinadi).

Niqobli narkozning kamchiligi:

1. boshqarishning og'irligi
2. narkotik moddalarning ko'p sarflanishi
3. aspiratsion asoratlarning rivojlanish xavfi
4. chuqur narkozda toksik holatning rivojlanishi.

Endotraxeal narkoz

Endotraxeal narkoz paytida narkotik moddalar apparatdan bemor organizmiga kekirdakga maxsus trubka orqali kiritiladi. Bu narkozning afzalligi shundaki, nafas yo'llari orqali erkin o'tkazilishni ta'minlash va bu usulni bo'yin, yuz, bosh sohalaridagi operatsiyalarni o'tkazish mumkinligi, hamda qon va qusuq massalarining aspiratsiya bo'lishi yo'qligi, narkotik moddalarning kam sarflanishi, organizmda gaz almashinuvi yaxshilanadi, bu esa «o'lik» bo'shliqning qisqarishi natijasida erishiladi. Bu narkoz bilan katta operatsiyalarni o'tkazish mumkin. Hozirgi zamonaviy kombinatsiyalashgan narkoz analgeziyani ta'minlash, hushni to'xtatish, relaksatsiyaga erishish hisoblanadi. Og'riqsizlantirish va hushni to'xtatish bir va bir necha narkotik moddalar bilan, ya'ni ingalyatsiya va noingalyatsiya yo'llari bilan amalga oshirish mumkin.



26-rasm. Endotraxeal narkoz

Narkoz birlamchi xirurgik bosqichda (III 1) o'tkaziladi.

Hozirgi kunda 3 etap narkoz qo'llaniladi.

I-etap - narkozni o'tkazish. Kirish narkozi hohlagan narkotik moddalar bilan o'tkazilishi mumkin va ular chuqur uyqu bilan ta'minlaydi, qo'zg'alish bosqichi kuzatilmaydi. Asosan barbituratlar qo'llaniladi, xususan ko'proq thiopental natriy ishlatiladi. Bu preparatning 1% li eritmasi 400-500 mg vena ichiga (1000 mg dan

oshmasligi kerak) yuboriladi. Narkozga kirish maqsadida mushaklar relaksantlari qo'llaniladi va traxeya intubatsiya qilinadi.

II-etap - narkozni ushlab turish. Umumiy narkozni ushlab turish uchun xohlagan narkotik moddalarni ishlatish mumkin, ular organizmni operatsion travmalardan saqlaydi (galotan, dinitrogen oksid kislorod bilan va NLA).

Narkoz birinchi va ikkinchi xirurgik bosqichlarda (III 1- III 2) ushlab turiladi va miorelaksantlar qo'llaniladi. Shuning uchun hozirgi zamonaviy kombinatsiyalashgan og'riqsizlantirishda asosan sun'iy o'pka ventilyatsiyasi (SO'V) da olib boriladi.

Neyroleptoanalgeziyaning qo'llanilishida (NLA) dinitrogen oksid kislorod bilan, fentanil, droperidol, miorelaksantlar ishlatiladi. Narkozga kirishda albatta vena ichiga dinitrogen oksid kislorod bilan 2:1 miqdorida, fentanil va droperidol 1- 2 ml har 15- 20 min. yuboriladi.

Puls ko'tarilsa fentanil, arterial qon bosimi oshganda droperidol vena ichiga yuboriladi.

Anesteziyaning bu xili umuman xavfsiz hisoblanadi. Fentanil og'riqsizlantirishni kuchaytiradi, droperidol vegetativ reaksiyasini bosadi.

III-etap - narkozdan chiqish. Operatsiyaning oxirida anesteziolog narkotik moddalarni va miorelaksantlarni yuborishni to'xtatadi. Bemor hushi tiklanadi, nafas olishi, mushaklar tonusi normal holatga qaytadi. Mustaqil nafas olishning bahosini quyidagi kriteriyalari PO₂, PCO₂, PH hisoblanadi. Bemor uyg'ongandan keyin - ya'ni nafas olishi va mushaklar tonusi batamom tiklangandan keyin anesteziolog bemorni ekstubatsiya qiladi va operatsiyadan keyingi palataga o'tkaziladi.

Kombinarsiyalashgan endotraxeal narkozning afzalliklari:

1. narkozga tez kiradi va qo'zg'alish kuzatilmaydi.
2. anesteziyaning III 1 stadiyasida operatsiya qilish imkoniyatiga ega bo'ladi.
3. narkoz moddalariga ketadigan sarf kamayadi va toksik xususiyatining pastligi.
4. narkozni yengil boshqarish mumkin.
5. aspiratsiyani bartaraf qilish va traxeya, bronxlarni sanatsiya qilish imkoniyati yaxshi.

Narkozni o'tkazishni nazorat qilish usullari.

Umumiy og'riqsizlantirishda doimiy ravishda gemodinamikaning asosiy parametrlariga baho berish va aniqlash muhim hisoblanadi. Qon

bosimi, puls sur'ati har 10- 15 min. da aniqlanadi. Torakal operatsiyalarda va yurak-qon tomirlar kasalligi bilan bemorlarda yurak faoliyati monitor kuzatuv qilinadi.

Anesteziyaning sathini aniqlashda elektroentsefalografik kuzatuvlar orqali o'tkazilishi mumkin. O'pka ventilyatsiyasi va metabolik o'zgarishlarni narkoz va operatsiya o'tkazilishi davrida albatta kislotasos holatini (PO₂, PCO₂, Ph, BE) aniqlash zarur.

Adekvat og'riqsizlantirishning kriteriyalari

1. taxikardiyaning yo'qligi va stabil AQB.
2. terining normal rangi, tabiiy terining quruqligi.
3. siydikning miqdori 30- 50 ml/s.
4. qonning kislorod bilan to'yinganligi va CO₂ miqdori.
5. EKG ning normal ko'rsatkichlari.

Yuqoridagi ko'rsatkichlarning o'zgarishlari 20% dan baland bo'lmasligi kerak.

Narkoz paytida anesteziologni hamshira hamma asosiy ko'rsatkichlarni anesteziologik kartaga yozib boradi. Bular gomeostaz ko'rsatkichlari: puls, AQB, markaziy venoz bosimi, nafas olish chastotasi, SO₂ parametrlari. Kartaga albatta anesteziya va operatsiya etaplari, narkotik moddalarning va miorelaksantlarning dozasi va transfusion moddalar miqdori kiritiladi. Hamma narkoz va operatsiyalar paytidagi asoratlar ham kartaga kiritilishi kerak.

Narkozning asoratlari

Narkoz paytida bo'ladigan asoratlar asosan uni o'tkazish texnikasi buzilganda yoki anestetik moddalarning hayotiy muhim a'zolarga ta'siridan bo'lishi mumkin.

Qayt qilish va regurgitatsiya

Narkozni o'tkazishning boshlanishida bo'ladigan asoratlar asosiy kasalliklar (privratnik stenoz, ichak tutilishi) yoki narkotik moddalarning qusish markaziga ta'siridan bo'lishi mumkin. Qusish paytida oshqozon moddasining kekirdak va bronxlarga ketishi natijasida asfiksiya yuzaga chiqadi. Oshqozon shirasi ma'lumki achchiq reaktsiyaga ega, ovoz boylamlariga tushganda va keyinchalik kekirdakga o'tib, laringospazm va bronxospazm berishi mumkin. Natijada nafas olish buzilib, gipoksiya holatiga olib keladi- bu Mendelson sindromi deb ataladi.

Regurgitatsiyao`ta xavfli bo`lib hisoblanadi. Bu holat oshqozon moddasining kekirdakga va bronxga tushishidir. Bu holat niqob bilan narkoz berilganda va chuqur narkoz paytida sfinkterlarning bo`shashishidan oshqozondagi to`lib ketgan moddalar miorelaksantlarning intubatsiya qilishdan oldingi vaqtida sodir bo`lishi mumkin bundan tashqari oshqozondagi sho`r moddalar regurgitatsiya bo`lganda og`ir pnevmoniya bo`lishi va o`limga olib kelishi mumkin. Shuning uchun ham intubatsiyadan oldin oshqozonni yaxshilab yuvish kerak. Bu tadbir oshqozonga zond qo`yilib amalga oshiriladi. Bemorlar peritonit va ichak tutilishi bilan operatsiya qilinganda butun narkoz davomida oshqozonga zond qo`yiladi va bemorga qisman Tredelenburg holatini beradi. Regurgitatsiyani bartaraf qilish maqsadida Selika usuli - ya`ni uzuksimon tog`aylarni bosiladi, orqa tomonga tortiladi va qizilo`ngachni qisib qo`yishga erishiladi.

Bordiyu qusish kuzatilsa, tezlik bilan og`iz bo`shlig`idagi moddalarni tampon bilan olib tashlash yoki elektroso`rg`ich orqali kateter qo`yilib kekirdak va bronxlar tozalanadi.

Narkozdan uyg`onish davrida aspiratsiya kuzatilishi mumkin uni profilaktika qilish uchun bemorni gorizontal holatga o`tkazish yoki boshini yonboshga burish kerak.

Nafas olish tomonidan bo`ladigan asoratlar

Bunday asoratlar nafas yo`llarining o`tkazuvchanligining buzilishidan bo`lishi mumkin. Bu narkoz apparatidagi nosozlikdan bo`lishi, ya`ni germitikligi yoki gazlarning shlanglardan yaxshi o`tmasligi natijasida bo`ladi. Narkozdan oldin apparatlarni yaxshi tekshirish kerak.

Nafas yo`llarining obstrukrsiyasi - tilning orqaga ketib qolishi bo`lib, ko`pincha chuqur narkoz paytida (uchinchi xirurgik bosqichi III 3) bo`ladi. Narkoz paytida nafas yo`llariga yot jismlar (tish, protezlar) tiqilib qolishi mumkin. Bunday holatning rivojlanmasligi uchun narkoz paytida pastki jag`ni yaxshi ushlab turish zarur. Narkozdan oldin og`iz bo`shlig`ini tekshirish, tish protezlarini olish, tishlarni yaxshilab tekshirish kerak.

Intubatsiya vaqtida sodir bo`ladigan asoratlar

Laringoskopiya bilan bog`liq bo`ladigan asoratlar:

- 1) tishlarni zararlab qo`yish
- 2) ovoz bog`lamlarini jarohatlash
- 3) intubatsiya nayini qizilo`ngachga o`tkazish

4) intubatsiya nayini o`ng bronxga o`tkazish

5) intubatsiya nayining traxeyadan chiqib ketishi yoki uning buralib ketishi.

Bunday xavfli asoratlarni kelib chiqmasligi uchun intubatsiya texnikasini yaxshi o`rganish kerak va nayning traxeyada bronxlar bifurkatsiyasi ustida turganligini nazorat qilish kerak. Buning uchun anesteziolog o`pkani eshitib ko`radi.

Qon aylanish tizimida kuzatiladigan asoratlarni

Arterial gipotenziya - qon bosimining tushishi narkozga kirish yoki anesteziya vaqtida sodir bo`lishi mumkin. Buning sababi narkotik moddalarning yurakga va tomirlarning harakat markazlariga ta`siridan yuzaga chiqadi. Bu ko`proq narkotik moddalarning dozasini oshirib yuborilganda (peredozirovkasida) (ko`proq galotan ishlatilganida) bo`ladi. Arterial gipotenziya bemorlarda sirkulyatsiyadagi qon hajmining pastligida kuzatiladi. Sirkulyatsiyadagi qon hajmini operatsiyadan oldin to`ldirilishi kerak.

Yurak ritmining buzilishi - qorinchalar taxikardiyasi, ekstrasistoliya, qorinchalar fibrillyatsiyasi quyidagi holatlarda uchraydi:

1. Gipoksiya va giperkapniyada, ya`ni intubatsiyaning cho`zilib ketishi yoki uning to`liq bo`lmasligi.

2. Narkotik moddalarning dozasinind ko`tarilishi (peredozirovkasi)- barbituratlar va galotan;

3. Galotanni epinefrin bilan birga qo`llaganda.

Bunday paytda zudlik bilan EKG qilinadi.

Davolash: asoratning sababidan kelib chiqiladi. Narkotik moddalarning dozasini kamaytirish, xininlar tizimidagi dori moddalarni berish.

Yurakning to`xtab qolishi (syncope). Bu narkoz paytidagi eng xavfli asorat hisoblanadi. Buning sababi - bemor ahvolini noto`g`ri baholash, anesteziyani o`tkazish texnikasining noto`g`riligi, gipoksiya, giperkapniyaning paydo bo`lishi. Davolash: zudlik bilan yurak-o`pka reanimatsiyasini o`tkazish kerak.

Asab tizimidagi asoratlarni: umumiy anesteziya vaqtida narkotik moddalarning ta`sirida tana haroratining pasayishi, termoregulyatsiya markaziga ta`siri va bemorlarning operatsiya xonasida sovqotishi sabab bo`ladi. Gipotermiyani profilaktika qilishda operatsiya xonasidagi harorat 22- 24°C bo`lishini nazorat qilish kerak. Anesteziyadan keyingi gipotermiyani organism o`zi metabolizmni kuchaytirish bilan bartaraf

qiladi. Narkoz paytida va oxirida ko`pincha qaltirash kuzatiladi. Bunday qaltirash galotan bilan narkoz berishda kuzatiladi. Gipotermiyani oldini olish uchun operatsiya xonasidagi haroratni (21- 22°C) nazorat qilish, bemorni issiq ko`rpa bilan o`rash, infuzion terapiya, bemor tanasini isitish, issiq va namlangan narkotik moddalarni hidlatish, bemor tana haroratini nazorat qilish zarur.

Bosh miya shishi- narkoz paytida uzoq muddatli gipoksiya natijasida kelib chiqadi.

Davolash: zudlik bilan davolash, degidratatsiya, giperventilyatsiya, bosh miyani lokal sovutish.

Periferik asablar jarohati. Bu asorat operatsiyadan keyin bir sutka va undan ko`proq muddatlarda boshlanadi. Ko`pincha qo`l-oyoqlar va yelka chigalida kuzatiladi. Bu bemorni operatsion stolda noto`g`ri joylashtirganda (qo`lni 90° va undan ko`proq yoyganda, qo`lni boshning ensa sohasiga qo`yganda, qo`llarni operatsion stolning yoyiga mahkamlanganda, oyoqlarni hech qanday yumshoq buyumlarsiz qattiq fiksatsiya qilinganda) kuzatiladi. Davolash nevropatolog va fizioterapevt tomonidan qilinadi.

IV BOB

KRITIK XOLATLARIDA TEZ TIBBIY YORDAM KO'RSATISH

Reanimatsiya: tiriltirish (lotincha) kritik o'lim xolatiga tushgan organizmning asosiy funksiyalarini tiklashdagi kompleks tadbirlardir. Reanimatologning asosiy maqsadi bemorlardagi yurak faoliyatini, nafas olishi va modda almashinuvlarini tiklashdan iborat. Organizmdagi kompensator xolati saqlanganligi bilan yurakning to'satdan to'xtashida reanimatsiyaning eng muhim effektligi hisoblanadi. Agar organizmning og'ir davolab bo'lmaydigan kasallik natijasida yurak to'xtasa, organizmdagi kompensator holatning to'liq so'nganida reanimatsiya tadbirlari foydasizdir.

Terminal holatlar

Terminal holatlarning quyidagi uch turi mavjud: predagonal holat, agoniya, klinik o'lim,

1. Predagoniya xolati: bemorning to'la sustlashishi holatida hansirash, aniq yuzaga chiqadi. Teri qoplamasi oqish ko'kimtir rangda qon bosimi (60-70 ml simob ustuni) gacha tushgan, yoki umuman aniqlanmaydi, pulsi tezlashgan, juda kuchsiz.

2. Agoniya o'limining og'ir bosqichida bo'lib, bemorning hushi yo'q, pulsi ipsimonyoki aniqlanmaydi, AB past, yoki aniqlanmaydi, nafas olish yuzaki, tezlashgan, titroqli va juda ham susaygan

3. Klinik o'lim: -bu nafas olish, qon aylanish to'xtagandan keyin birdaniga klinik o'lim sodir bo'ladi. Bu o'ziga xos alohida holat bo'lib, hayotdan o'limga o'tadigan klinik bir davrdir. Bu davr 3-5 daqiqa davom etadi. Bu holatning asosida modda almashinuvining pasayishi va anaerob glikoliz sababli kislorodning yo'qolishidir. Shunday holat 5-6 daqiqa davom etgandan keyin qaytarib bo'lmaydigan holat rivojlanib, eng avvalo markaziy asab tizimida paydo bo'ladi va shundan keyin biologik o'lim sodir bo'ladi

4. Uzoq, surunkali kasallik fonida yurak to'satdan yoki sekin-asta to'xtashi mumkin. Ana shunday holatda predagoniya va agoniya yuzaga chiqishi bilan sodir bo'ladi. Yurakning to'satdan to'xtashida asosiy sabablaridan miokard infarkti, yuqori nafas yo'llarining abstruksiyasi (qoplanib qolishi) yoki yot jismlar orqali sodir bo'lishi mumkin, yurakning reflektor to'xtashi, yurakning yaradorligi anafilaktik shok,

elektrotravma, suv yutish, og'ir metabolik o'zgarishlari (giperkaliemiya, metabolik atsidoz) da kuzatiladi.

Yurak to'xtashining yoki klinik o'limning asosiy belgilari.

1. Uyqu arteriyasida puls aniqlanmaydi.
2. Ko'z qorachig'ining kengayishi va yorug'likga reaksiyasining yo'qolishi.

3. Nafas olishining to'xtashi.

4. Hushning yo'qligi.

5. Sianoz yoki teri qoplamasining oqarishi.

6. Periferik arteriyalarida pulsning yo'qolishi.

7. Qon bosimining aniqlanmasligi.

8. Yurak tonlarining eshitilmasligi.

Mutloq belgilari: uyqu arteriyasida pulsning yo'qolishi, nafasning to'xtashi, ko'z qorachiqklarining kengayishi yorug'lika ta'sirchanligining yo'qolishi. Bu belgilarning paydo bo'lishi, zudlik bilan reanimatsiya qilishga ko'rsatma bo'ladi.

Yurak-o'pka reanimatsiyasi

Yurak-o'pka reanimatsiyasi 4 etapda o'tkaziladi.

1. Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash

2. Sun'iy o'pka ventilyatsiyasi (SO'V)

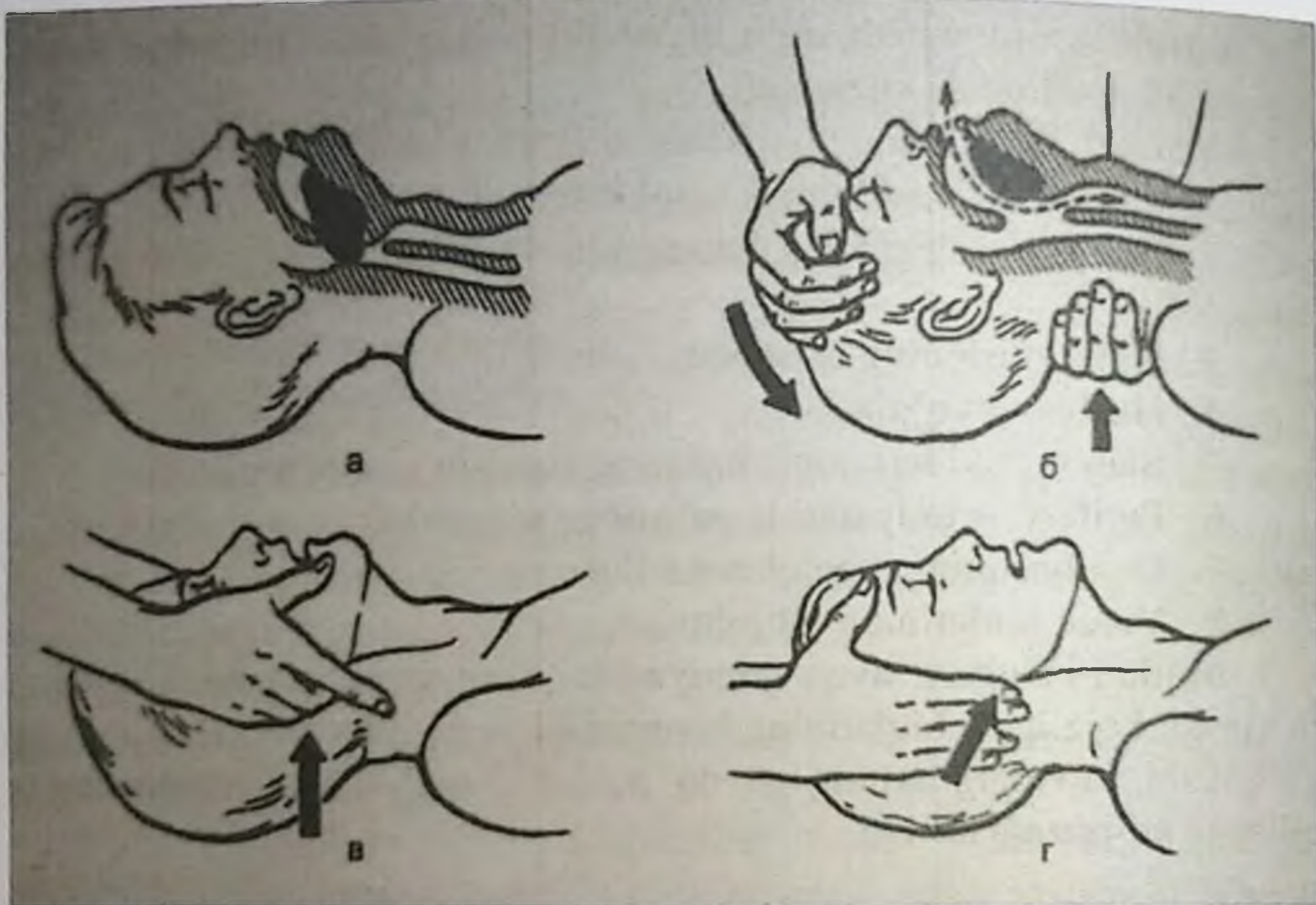
3. Yurakni uqalash

4. Differentsial diagnostikasi, dorivor moddalar bilan davolash, yurakning defibrillyatsiyasi. Kasalxonalaridan tashqari sharoitda o'tkazilishi mumkin va tibbiyot xodimlarisiz ham o'tkazilishi mumkin. Tez tibbiy yordam va reanimatsiya bo'limlari tomonidan o'tkaziladi.

I – etap. Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash.

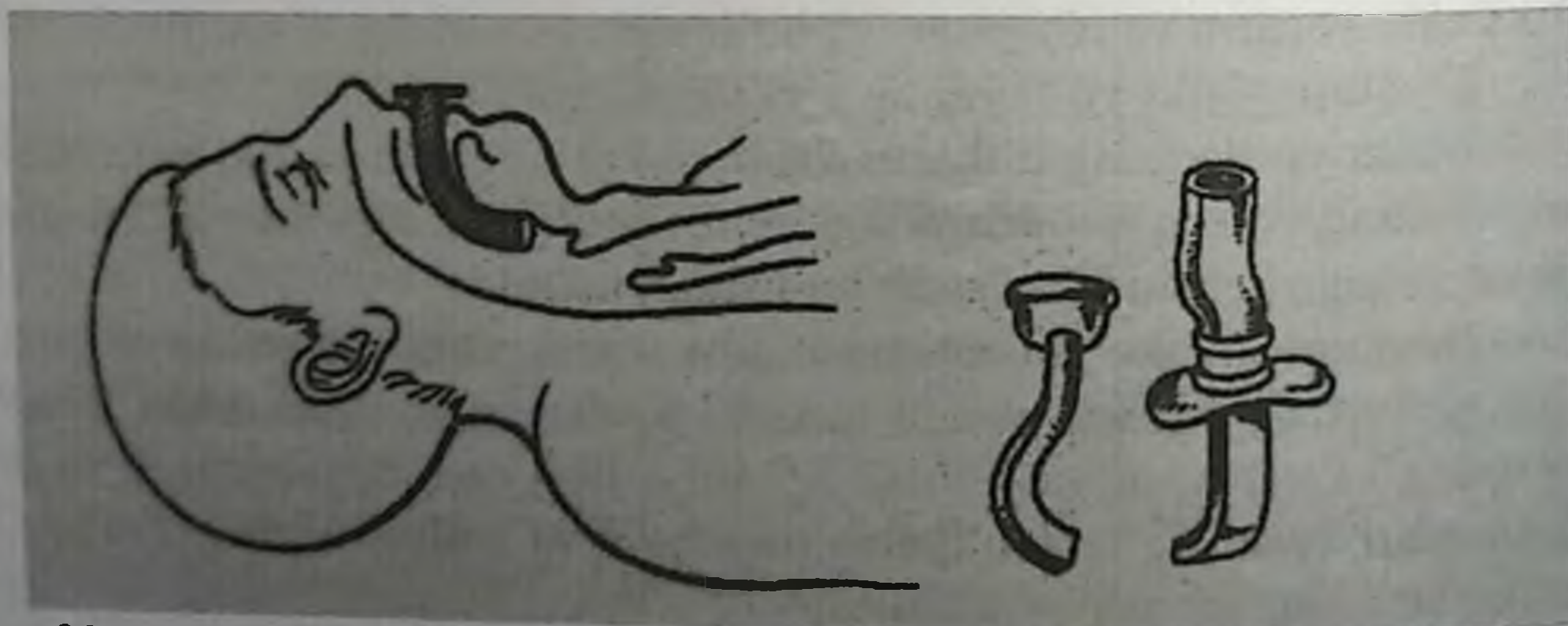
Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligining buzilishi shilliq moddalar balg'amning, qusiq moddasining, qon, yod jism aspiratsiyasi, hamda tilning orqaga ketishi bilan sodir bo'lishlari mumkin.

Bemorni yoki jarohatlanganlarni qattiq yuzaki narsalarga beli bilan yotqizish, boshini yonga bukish, yordam qilayotgan kishi, chap qo'lining I va II barmoqlari bilan og'zini ochish va o'ng qo'lining I va II barmoqlari bilan og'iz (qo'lga ro'molcha yoki salfetka bilan o'ralgan holda) bo'shlig'ini ochib tozalanadi.



27-rasm. Til orqaga ketib qolganda (a), boshni maksimal ortga burish (b) yoki pastki jag'ni oldinga ko'tarish kerak (v,g)

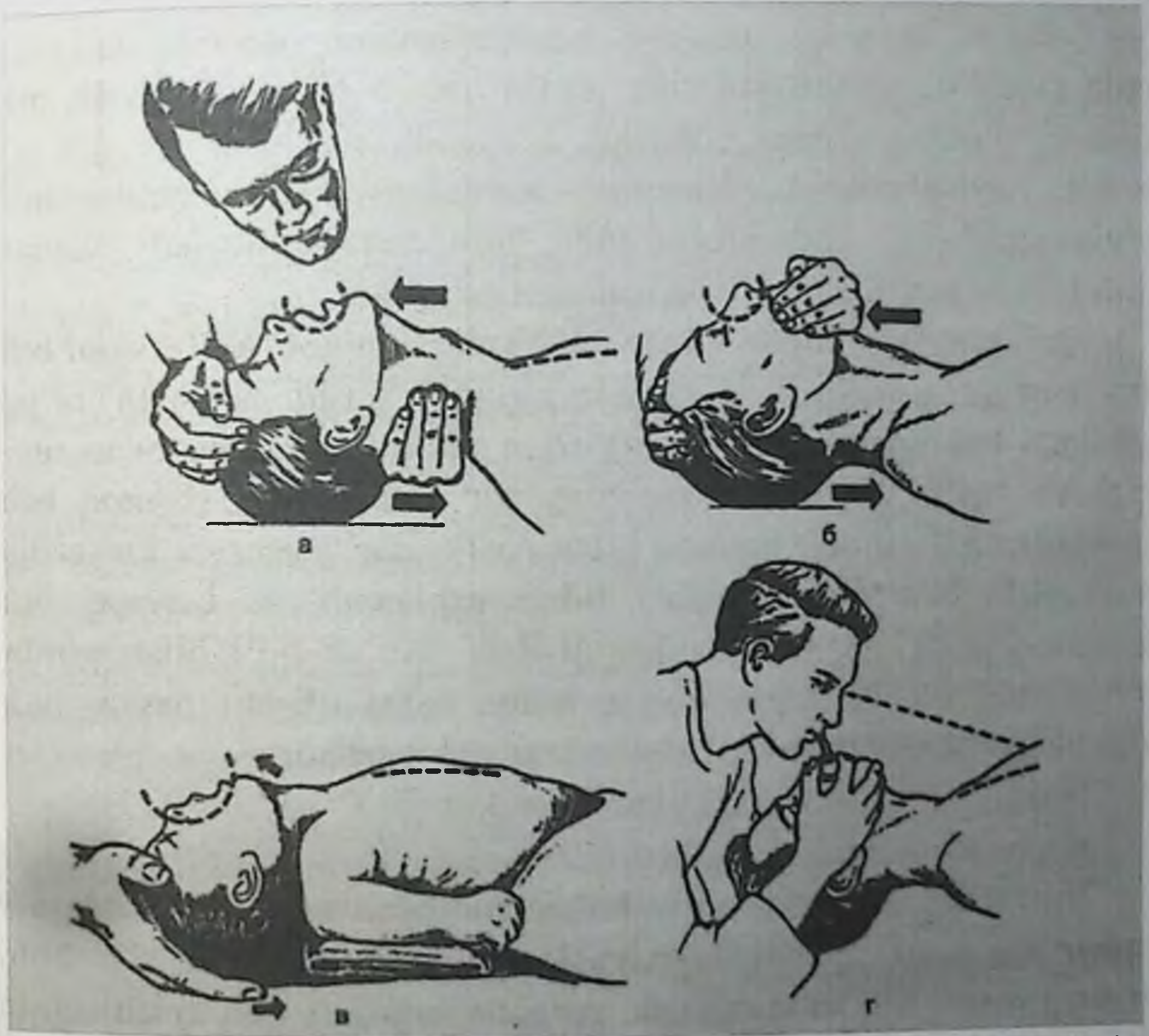
Shundan keyin bo'ynini to'g'ri qo'yish va kallasini orqaga qaytarish kerak. Ana shunday qo'li bo'ynini tagida, ikkinchi qo'li tanglayiga fiksatsiya qilinadi. Boshi orqaga bukilganda pastki jag' tilning o'zagi bilan orqaga ketadi va nafas yo'lining o'tkazuvchanligi tiklanadi. Undan tashqari nafas yo'lining bekilib qolishi (maxsus naycha) orqali ham tiklash mumkin.



28-rasm. Havo o'tkazuvchi nay bilan mexanik asfiksiyani oldini olish.

II - etap. Birinchi etapda yurak-o'pka reanimatsiyasi og'izdan-og'izga, og'izdan-burunga, og'izdan-og'iz va burun orqali amalga oshiriladi.

Og'izdan-og'izga yordam berilganda yordam beruvchi jarohatlanganning yon tomonida turishi lozim. Bir qo'lini bo'yining tagiga yuborib, ikkinchisini manglayiga qo'yib, boshini maksimal holda orqaga bukadi. I va II barmoqlari bilan burun qirralari qisiladi va chuqur nafas olib og'zini og'ziga maxkam qisgan holda nafasini chiqaradi.



29-rasm. O'pkaga sun'iy nafas berish: a) og'izdan-og'izga, b) og'izdan-burunga, v) og'izdan-og'izga va burunga g) havo o'tkazuvchi nay orqali

Yuborilgan havo hajmi 500 mldan 700ml gachabo'ladi. Nafas berish soni 12-18 martal minutda bo'lishi kerak. O'tkazilgan tadbirning to'g'riligini aniqlashda bemorning sun'iy nafas bajarganda ko'krak qafasining harakati nafas yuborganda ko'krak qafasining

ko'tarilishi va nafas chiqarishda uning tushishi harakatining borligi hisoblanadi.

Sun'iy nafas oldirishda doka yoki qo'l ro'molchasi orqali o'tkazilishi shart, chunki bu holat yordam ko'rsatayotgan kishining nafas yo'lga infeksiya ketishini oldini oladi.

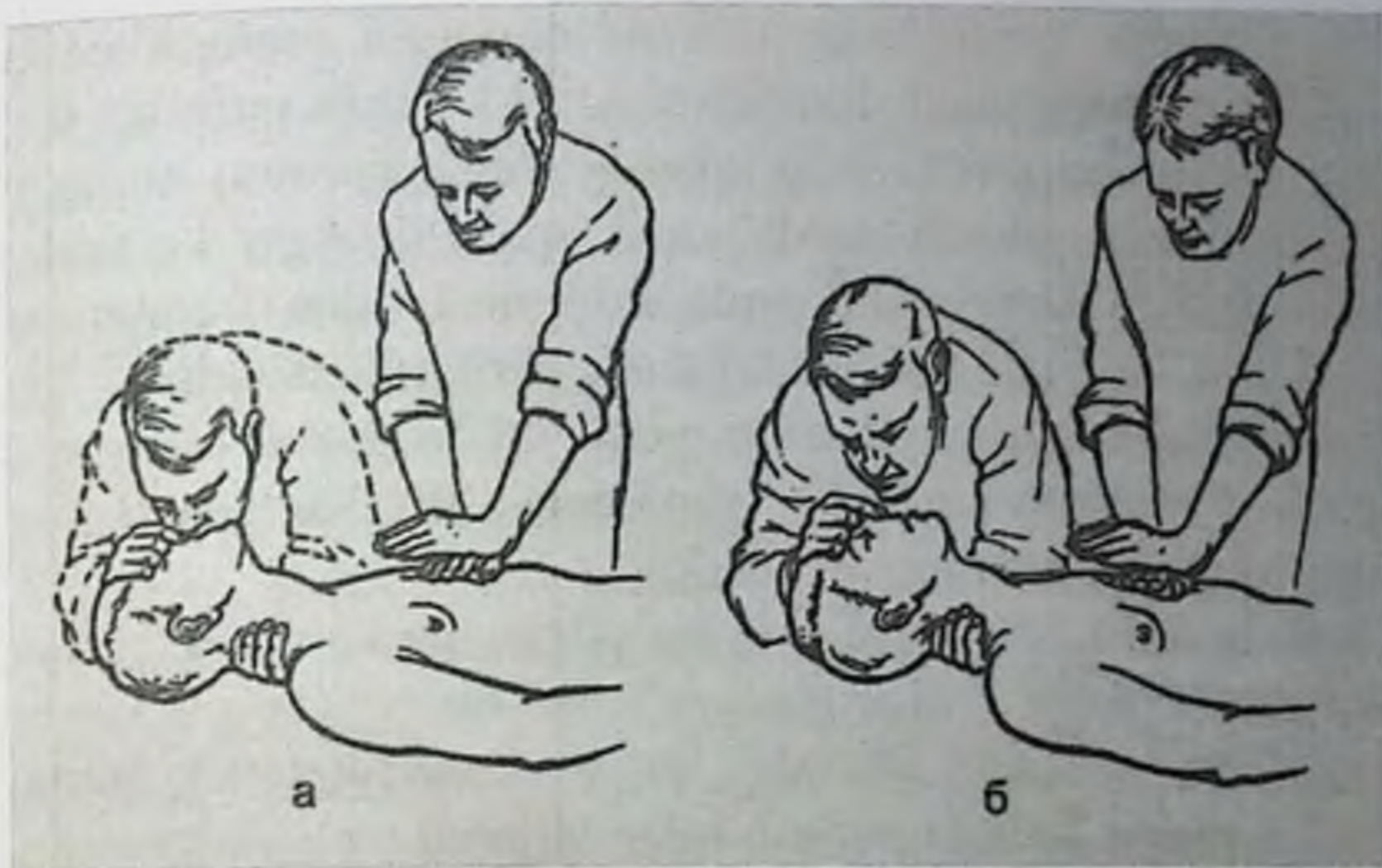
Tibbiyot xodimlari sun'iy nafas oldirishda S-simon trubka orqali o'tkaziladi. Bu nay qayrilgan bo'lib tilning o'zagini yaxshi ushlaydi va uning orqaga ketib nafas yo'llarining berkitib qo'yishdan saqlaydi. Nay og'iz bo'shlig'iga uning qayrilgan qismini yuqoriga qaratilgan holda kirgizilib yuqori jag'ning pastki qirrasini bo'ylab siljitish bilan kritiladi. Tilning o'zagi sohasiga borganda nay 180 ga o'z o'qi atrofida aylantirilaadi. Nayning manjetkasi jarohatlanuvchining og'zini yaxshilab yopib qoladi, uning burni qirralari qisiladi. Nayning erkin yorig'i orqali nafas berish amalga oshiriladi.

Sun'iy nafas oldirish yuzga qo'yiladigan niqob Ambu qopi bilan ham amalga oshiriladi. Jarohatlanganning boshi maxkam orqaga maksimal bukilgan holda niqob yuziga qo'yiladi va shu bilan uning og'zi va burni yopiladi. Niqobning tor qismi bosh barmoq bilan ushlanadi va oxiri uch barmoq bilan pastki jag' yuqoriga ko'tarilgan holda (III, IV, V barmoqlar) bilan ushlanadi, II barmoq bilan niqobning pastki qismi maxkam qisiladi. Bo'sh qo'l bilan yordam ko'rsatuvchi xodim qopni qisgan holda nafas olishni passiv holda nafas chiqarishi bilan havoni atmosferaga chiqariladi.

Qopgacha kislorod ham ulash mumkin.

III etap – Yurakni uqalash

Yurakning qisilishi sun'iy holda yurakdan qonni haydashga va organizmga qonning sirkulatsiyasini ta'minlaydi. Ana shu holda hayotiy muhim a'zolarida miyada, yurakda, o'pkada qon aylanishining tiklanishini barpo qiladi. Suniy nafas oldirish va qon aylanishning effektivligini ko'z qorachiqklarining qisqarishi, uyqu va son arteriyalarida pulsning paydo bo'lishi, teri qoplamasida oqarish va ko'karishning kamayganligi bilan aniqlanadi.



30-rasm. Yurak o`pka reanimatsiyasini o`tkazish usullari.

Yurakni uqalash yopiq va ochiq holda o`tkaziladi.

Gospitalgacha bo`lgan yordam etapida yurakni uqalash yopiq (bilvosita) holda yurakni to`sh suyagi va umurtqa pog'onasi orasida qisiladi. Uqalash bemorni yelkasiga tog'ri, qattiq jism ustiga yoki taxtadan yasalgan doskaga yotqizilgan holda qilinadi.

To`sh suyagining pasti uchligi sohasiga qo`l kaftlarini bir biri ustiga o`tkir burchak hosil qilgan holda qo`yiladi va to`sh suyagiga 8-9 kg og'irlik bilan bosiladi va umurtqa tomoniga 4-5 sm siljitadi. Yurakning

uqalashi to`xtovsiz ritmik holda to`sh suyagiga bosilgan holda 1 minutda 60 marta tezlik bilan qilinadi.

Bolalarda 10 yoshgacha yurakni uqalash bir qo`l bilan bir minutda 80 marta bosish orqali qilinadi. Yangi tug`ilgan chaqaloqlarda 2 ta barmoq (II-III) lar yordamida to`sh suyagiga parallel qo`yilgan holda 1 minutda 80 marta bosiladi.

Yurakni ochiq uqalash operatsiyalar paytida qilinadi. Bunday operatsiyalar qovurg'alarning ko`p sonli sinishlarida, to`sh suyagining deformatsiyasi yuzaga chiqqanda va yopiq o`qalash yordam bermagan



31-rasm. Yurakni tashqi tomondan uqalash

holatlarda qilindi. Ayrim holatlarda 4- qovurg'a oralig'idan ko'krak qafasi ochilib yurakni uqalash qilinadi. Qo'l ko'krak qafasiga kiritiladi, 4 barmoq yurakning pastki orqa qismiga bosh barmoq uning oldingi yuzasiga kiritilib va ritmik holda yurak qisiladi. Agar ko'krak qafasi operatsiya paytida keng ochilganda ikki qo'l bilan yurakni uqalash mumkin. Yurak tamponadasi kuzatilganda perikard qisiladi.

Reanimatsiya tadbirlari bitta yoki ikkita kishi bilan o'tkazish mumkin. Agar yordam bir kishi tomonidan o'tkaziladigan bo'lsa, unda bemorning yon tomonida turishi kerak.

Yurak to'xtashi diagnozi aniq qo'yilgandan keyin og'iz bo'shlig'i tozalanadi va o'pkaga 4 martalar og'izdan-og'izga, og'izdan-burunga usulida puflash qilinadi. Shundan keyin ketma-ket 15 marta to'sh suyagiga 2 o'pkaga 2 marta puflash bilan qilinadi.

Bordi-yu reanimatsiya tadbirlarini 2 kishi tomonidan bajarilganda shulardan biri uqalash qiladi, ikkinchisi o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasini bajaradi.

O'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi va yurakning yopiq uqalash o'zaro munosabati 1: 5 yani o'pkaning bir puflanishi har to'sh suyagiga 5 marta bosilganida qilinadi. Uyqu arteriyasidagi pulsatsiyasing paydo bo'lishi va yurakni uqalashning to'g'ri o'tkazilganligini o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi orqali nazorat qilinadi. Bundan tashqari ko'z qorachiqslarining holatini nazorat qilish kerak.

Reanimatsiya qiluvchilar vaqti-vaqti bilan joylarini almashtirishlari kerak.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda reanimatsiya tadbirlari bir kishi yordamida qilinadi va ketma-ket 3 marta o'pkaga puflash, 15 marta to'sh suyagini bosish bilan navbatma-navbat o'tkaziladi. Reanimatsiya tadbirlarining effektivligini yurakning mustaqil qisqarishlari paydo bo'lishi, ko'z qorachig'ining qisqarishi va yo'rug'likka ta'sirining paydo bo'lishi, teri qoplamasida rangining tiklanishi, qon bosimining 70 ml simob ustunidan past bo'lmasligidir. Mustaqil nafas olishining tiklanishi shart emas.

Reanimatsiya o'tkazadigan kishi albatta ko'z qorachiqslarining holatidan xabardor bo'lishi kerak. Har 2-3 minutda yurakni uqalashni to'xtatish kerak, chunki uyqu arteriyasidagi puls urishi yurakni mustaqil qisqarishlari paydo bo'lganligini aniqlash kerak. Agar o'shanday yurak faoliyati tiklanganidan keyin yurakni uqalash to'xtatiladi va o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi davom etilaveradi. Reanimatsiya tadbirlarining to'la

to'xtatilishi ularning batamom effekt bermaganligi va biologik o'lim belgilarining aniq paydo bo'lishidir.

Yurak – o'pka reanimatsiyasi etaplari (nafas yo'llari o'tkazuvchanligining tiklanishi, o'pkaning suniy ventilyatsiyasi, yurakni bilvosita(yopiq uqalash) keng aholini – o'quvchilarni, ishlab chiqarishda ishlaydiganlarni, studentlarni maxsus xizmat xodimlarini (militsiya, GAI xodimlari, yong'indan saqlash, suvda cho'kishdan qutqarish xodimlari), o'rta tibbiyot xodimlarini o'qitish kerak.

IV - etap. Medikamentoz terapiya, yurakning defibrilyatsiyasining differensial diagnostikasi.

IV - etap xolos vrach-mutaxassislar orqali o'tkaziladi. Bu tadbirlar reanimatsiya bo'limida yoki maxsus reanimobillarda tashkil qilish kerak. Bu etapda maxsus o'gir muolajalar – EKG tekshirishlar, vena ichiga yoki yurak ichiga dorivor moddalar yuborilishi 0.1% epinefrin eritmasi 1 ml, 10 ml, 0.9% natriy xlor eritmasi bilan aralash qilingan holda, 10% kaltsiy xlorid - 10 ml, 2 % natriy gidrokarbonat 20 ml mumkin. Epinefrinni hatto endotraxeal (intubatsion nay orqali yoki traxeani igna bilan punksiya qilib) yuboriladi, chunki kekirdak shilliq pardasi orqali yaxshi so'riladi.

Elektrokardiografiyada katta to'lqinli fibrillyatsiya o'tkazilganida, defibrillyatsiya o'tkaziladi (tok quvvati 3 kvtdan boshlanadi)

SHOK

Shok - qon aylanishning o'tkir yetishmovchiligi, mikrosirkulyatsiya va to'qimalar gipoksiyasining rivojlanishi natijasida hayotiy muhim tizimlarining yetishmovchiligi sababli o'tkir rivojlanadigan kritik holatdir.

Shok paytida yurak-qon tomirlari, nafas olish, buyraklar faoliyati buzilib mikrosirkulyatsiya va metobolizm holatlarida chuqur o'zgarishlar yuzaga chiqadi.

Shok ko'p etiologiyali kasallikdir. Shokning kelib chiqish sabablari bo'yicha quyidagi turlari mavjud:

1. Travmatik shok:

- a) Mexanik travmalar sababli. (yaralar, suyaklar sinishi, to'qimalarning ezilishi)
- b) Kuyish shoki (termik va ximik kuyishlar)
- v) Past harorat ta'sirida (sovuq urish shoki)

g) Elektrotravmalar natijasida (elektr shoki)

2. Gemorragik shok yoki gipovolemik shok:

a) Qon oqishlar - o'tkir qon yuqotish

b) Suv balansining o'tkir buzilishi-organizmning suvsizlanishi

3. Septik (bakterial-toksik) shok - Grammanfiy va grammusbat mikrofloralar sababli yiringli-yallig'lanish holatining tarqalishi.

4. Anafilaktik shok.

5. Kardiogen shok (infark miokardi o'tkir yurak yetishmovchiligi).

Shokning rivojlanishida juda ko'p sabablari mavjud, shunga qaramasdan uning rivojlanishi patogenezida muhim faktorlaridan - vazodilyatatsiyada va shuning natijasida gipovolemiya rivojlanadi.

Gipovolemiya-sirkulyatsiyadagi qon hajmining pasayishi bo'lib unga ta'sir qiladigan har xil faktorlar: Qon yuqotish, qon va to'qimalar orasidagi suyuqlikning qayta taqsimlanishi yoki vazodilyatatsiya sababli qon tomirlarda qon bosimi ko'tarilib, normadagi holatga to'g'ri kelmay qolishidir. Aylanishdagi qon hajmining va qon tomirlardagi hajmiga to'g'ri kelmay qolishi yurakning bir minutdagi qon hajmining pasayishiga va mikrosirkulyatsiyaning buzilishi paydo bo'ladi.

Mikrosirkulyatsiyaning buzulishida asosiy patofiziologik holatlar hujayra sathida rivojlanadi.

Mikrosirkulyator buzulishlarining arteriolalar-kapilyarlar-venulalar tizimida o'tishi organizmda o'ta havfli o'zgarishlarga olib keladi. Chunki xususan shu tizimda qon aylanishining funksional holatida o'tishi hujayralar va qon tomirlari orasida moddalar almanishuvi paydo bo'ladi. Kapilyarlar shunday modda almanishuvining asosiy joyi hisoblanadi, kapilyarlarda qon oqishi arterial qon bosimining sathiga, arteriolalar tonusiga va qonning yopishqoqligiga bog'liq. Kapilyarlarda qon oqishining sekinlashishi kapilyarlarda shaklli elementlarning agregatsiyasiga, kapilyarlarda qonning turg'unligiga, kapilyarlar ichi bosimining ko'tarilishiga, plazmaning kapilyarlardan interstitsiyal suyuqliklarga o'tib ketadi. Shu sababli qon quyushadi, eritrositlarning "tangaustuni" hosil bo'ladi, trombositlar agregatsiyasi paydo bo'ladi, qonning yopishqoqligi oshadi, kapilyarlar ichi ivishi bilan mikrotromblar hosil bo'ladi. Ana shuning natijasida kapilyarlar qon oqishi batamom to'xtaydi. Mikrosirkulyatsiyaning buzilishi hujayralar funksiyasining izdan chiqishiga, hatto ularning o'lishiga olib keladi.

Travmatik shokning - rivojlanishida asosiy patogenetik sababi og'riq va qon yo'qotish, (plazma yo'qotish) bo'lib, o'tkir tomirlar yetishmovchiligiga, mikrosirkulyator buzilishlarigava nihoyat to'qimalar gipoksiyasiga olib keladi.

Gemorragik shokning - rivojlanishida asosiy faktor sirkulyatsiyadagi qon hajmining kamayishi va oqibatda qon aylanishning har xil buzilishlarga olib keladi.

Septik shokning - patogenezida bakterial toksinlarning ta'sirida, qon aylanishning buzilishi natijasida ochiq arterio venoz shuntlar paydo bo'lishiga olib keladi va qon kapillyarlar tizimidan o'tmasdan arteriolalardan venulalarga o'tadi. Hujayralarning oziqlanishi holatining buzilishi kapillyar qon oqimining pasayishi vahujayralarga bakterial toksinlarning ta'siri natijasida kislorod bilan taminlanishi susayadi.

Anafilaktik shokda - gistamin va boshqa biologik aktiv moddalar ta'sirida kapillyarlar va venalar o'z tonuslarini yo'qotadi, periferik tomirlar kengayadi, ulardagi hajm oshadi, natijadagi qoning taqsimlanishi buziladi. Qonkapillyar va venalardayig'ilib qoladi. Bu o'znavbatidayurakfaoliyatini buzadi.

Mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, uningkelib chiqish mexanizmidan qat'iy nazar hujayralarning gipoksiyasiga olib kelib oksidlanish-qaytarilish faoliyatini buzadi. To'qimalarda anaerob holat aerob ustidan ustun keladi natijada metabolikatsidoz rivojlanadi, moddalar almashinuvidagi achchiq moddalarning yig'ilib qolishi natijasida sut kislotasi hosil bo'ladi, atsidoz kuchayadi.

Kardiogen shokning - rivojlanishida asosiy patogenetik sabablardan yurakning nasos faoliyatining pasayishi va keyinchalik mikrosirkulyatsiyaning buzilishi kelib chiqishidir. Yurakning nasos faoliyatini buzilishida miokardning jarohatlatlanishi, (yaralanishi) yurakning bosilishi uning tamponadasida bo'ladi. Taranglashgan pnevmotoraksda yurakning kuchli siljishi, katta gematorakslarda va diafragmaning yirtilishlarida yuzaga chiqadi. Shunday qilib shokning rivojlanishida asosiy faktorlar bo'lib:

1. Sirkulyatsiyadagi qon hajmining kamayishidagi gemorragik va gipovolemik holat.

2. Vazodilyatatsiya, tomirlar sohasidagi hajmining ko'tarilishi natijasida qonning taqsimlanishi buzilishi- anafilaktik va septik shokning rivojlanishi.

3. Yurakning nasos faoliyatining buzilishida.

Kardiogen shokning rivojlanishi.

Har qanday shokda kuzatiladigan gemodinamik o'zgarishlar mikrosirkulyatsiyaning rivojlanishiga olib keladi. Qanday birinchi ta'sir qiladigan faktorlardan qat'iy nazar o'tkir tomirlar yetishmovchiligining rivojlanishida bo'ladigan asosiy kapillyarlar perfuziyasining, hamda gipoksiya har xil a'zodagi metabolik o'zgarishlari muhim ahamiyatga ega.

Shokda adekvat bo'lmagan qon aylanishining kapillyarlar sathida, buzilishi a'zolar va tizimlardamoddalar almashinuvida o'zgarishlariga olib kelib natijada yurak faoliyatining, o'pkaning, jigar, buyraklar, asab tizimi funksiyalarini buzadi. Ana shu a'zolar yetishmovchiligi shokning og'irlik darajasi hamda uning natijasiga ta'sir qiladi.

Qon aylanishining buzilishi birinchi navbatda mikrosirkulyatsiyaga ta'sir qilib, jigarda ishemiya holati paydo bo'ladi, uning faoliyatini buzadi, gipoksiya chuqurlashadi. Jigarning dezintoksikatsion, oqsil-glikogen hosil qilishi va boshqa funksiyalari buziladi. Magistral va regionar qon aylanishining buzilishi buyraklarda mikrosirkulyatsiyani keltirib chiqaradi va uning filtratsiya, kontsentratsion faoliyatlarini buzib oligouriya xatto anuriyaga olib keladi. Shuning natijasida organizmda azot qoldiqlari - mochevina, kreatinin kabi modda almashinuvining buzilishi natijasida toksik moddalari hosil bo'ladi.

Mikrosirkulyatsiyaning buzilishi va gipoksiya buyrakusti bezi po'stlog'i funksiyasini buzadi. Natijada kortikosteroidlar sintezi (glyukokortikoidlar, mineralokortikoidlar, androgen garmonlari) pasayadi va qon aylanishi moddalar almashinuvini chuqurlashadi.

Qon aylanishining buzilishi o'pka'larga ham ta'sirini ko'rsatadi, tashqi nafas faoliyati, alveolyar modda almashinuvini pasayadi, qonning shuntlanishi, mikrotrombositlar rivojlanib nafas yetishmovchiligi paydo bo'ladi, to'qimalar gipoksiyasi chuqurlashadi.

Shokga olib keladigan faktorlar:

Shokning rivojlanishiga ta'sir qiladigan qator patogenetik holatlar shokagen faktorlar deb hisoblanadi. Bularga organizmning umumiy qarshilik qilish xususiyatining pasayishi, uning og'irlik darajasini kuchaytiradi. Organizmdagi umumiy yemirilishlar, har xil surunkali kasalliklar – avitaminozlar, tuberkulyoz, anemiya, organizmning sovuqda qolishi, haddan tashqari yuqori darajadagi havo, ochsizlik, qon yo'qotishlar, asablanishlar, radiatsiya ta'siri. Travma olgan bemorlarni

transporti mmobilizatsiya qilinmasdan transportirovka qilish va ularni og'riqlansizlantirilmaganligi, katta travmalar bilan operatsiya qilishlar (asosan o`q otar qurollari bilan yaradorlarni), davom etuvchi qon oqishlar.

Og'irlik holatini baholash.

Bemor ahvolining og'irligini va shokning bosqichlarini aniqlashda bemorning umumiy ahvolini, pulsi, arterial qon bosimini, nafas olish holatini (su'rati, chuqurligi, ritmi) diurez (ajratiladigan siydik miqdori), shok indeksi muhim hisoblanadi.

Qon aylanishning holatini aniqlashda arterial qon bosimi katta ahamiyatlidir. Puls ko`rsatkichi va sistolik arterialbosimi orasida shok paytida katta bog'liqlik bo`ladi: shokning rivojlanishi bilan puls soni oshadi, sistolik arterial bosim pasayadi. Normada Algover indeksi 0,5 (puls 60, AQB 120 mm simob ustuniga teng). Shokning erta bosqichidan rivojlanishbosqichiga o`tishida puls 100 ga ko`tariladi (1 min), sistolik arterial bosim 100 mm.simob ustuniga tushadi, indeks $K=1.0$, batamom shokning rivojlangan bosqichida indeks 1,5 ($K=\frac{(\pi)120}{AD 80}$). Demak shok indeksi qancha baland bo`lsa shuncha shok holati og'iruning oqibati og'ir bo`ladi.

Algover indeksi boyicha qon oqishning balandligini ko`rsatadi. Agar indeks - 1 teng bo`lsa qon yo`qotish 20- 30 % (umumiy qon hajmining), indeks 1 dan baland bo`lsa 30-40 % qon yo`qotilgan hisoblanadi.

Asosiy patogenetik xususiyatlariga asosan, shokni davolashning quyidagi prinsiplari mavjud:

1. Shokni chaqiruvchi sabablarini bartaraf qilish.
2. Tomirlardagi baland hajmini pasaytirish bilan tomirlar tonusini tiklash.
3. Aylanishdagi qon hajmini tiklash.
4. Mikrosirkulyatsiyani yani kapilyar qon oqimini mo`tdillash.
5. To`qimalardagi gipoksiyani bartaraf qilish.
6. Asoratlarini davolash: jigar, buyraklar, nafas yetishmovchiliklarini va bu a`zolar faoliyatlarini tiklash.
7. Metabolik o`zgarishlarni bartaraf qilish.

Travmatik shok

Travmatik shokning rivojlanishida yumshoq to'qimalarning massiv jarohatlari, travmatik toksikoz, suyaklar sinishi, har xil yirtilishlar, a'zolarning latlanishidagi og'riqlar, qonyo'qotishlar to'qimalarning, yemirilishidagi toksik moddalarning ta'siri, to'qimalarning jarohatida ajraladigan biologik aktiv moddalar (gistamin) ta'siri, kallikrin - kinin tizimining faollashuvlari muhim ahamiyatga ega.

Qonning katta miqdorda yo'qotilishi travmatik shokning rivojlanishida muhim zveno hisoblanadi. Bunda yo'qotilgan qonning umumiy hajmidan tashqari, qon oqishining tezligiga bogliq. Sekin qon oqish bilan aylanishdagi qon hajmining 20-30 % pasayishi arterial qon bosimining pasayishi bilinarli darajada bo'lsa, agar tezlik bilan qon yo'qotish 30 % hajmida bo'lganda o'linga olib kelishi mumkun. Aylanishdagi qon hajmining pasayishi (gipovolemiya) - shokning asosiy patogenetik sabablaridandir.

Shok - erektillik va torpid fazalariga bo'linadi.

Erektillik fazasi – juda qisqa, travmadan keyin birdaniga yuzaga chiqadi, simpatik – adrenal tizimining faolligi bilan xarakterlanadi. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalari oqargan, pulsi tezlashadi, arterial qon bosimi ko'tariladi, bemor qo'zg'alish holatida.

Torpid fazasi - umumiy tormozlanish bilan boshlanadi arterial qon bosimi past, pulsi ipsimon, klinik belgilarning yuzaga chiqishiga qarab 4 bosqichga bo'linadi

Shokning I darajasi – xushi saqlangan, bemor muloqotga kirisha oladi, yengil tormozlanish arterial qon bosimi past 90 mm. simob ustuniga teng, pulsi tezlashgan, teri qoplamasi oqargan, ayrim paytlarda mushaklarda titrash bo'ladi. Barmoq bilan tirnoqlarga bosilganda qon oqishining tiklanishi sekin.

Shok II darajasi - bemor tormozlashgan teri qoplamalari oqargan, sovuq, yopishqoq ter bilan qoplangan. Tirnoqlarda aniq sianoz borligi, tirnoqlarga bosilganda qon aylanishining tiklanishini juda sekin, arterial qon bosimi (AQB) 90 – 70 mm simob ustuniga tushadi. Pulsi tezlashgan 110-120 marta 1 daqiqada, markaziy venoz bosimi (MVB) pasaygan, nafas olishi yuzaki.

Shok III darajasi – bemorlar ahvoli juda og'ir: adinamik, tormozlashgan, berilgan savollarga javobi og'ir, og'riqni sezishi yo'q. Teri qoplamasi oqargan, sovuq, ko'kimtir holatda. Nafas olishi yuzaki, tezlashgan, ayrim paytlarda siyrak. Pulsi tezlashgan, 130-140

martagacha 1 daqiqada, sistolik qon bosimi 70-50 mm sim.ust. markaziy venoz bosimi— 0 yoki manfiy siydik ajralishi to`xtagan.

Shok IV darajasi — predagonal holatda, teri qoplamasi va ko`rinadigan shilliqpardalari oqish — ko`kimtir, nafas olishi tezlashgan, yuzaki, pulsi tezlashgan, kuchsiz to`liqlikda, sistolik arterial qon bosimi 50 mm simob ustuniga teng va past.

Birinchi yordam ko`rsatish:

1. Gospitalgacha etapda:

1. Qonni to`xtatish
2. Nafas yo`llarining o`tuvchanligini va o`pkaning adekvat ventillyatsiyasin itiklash.
3. Og`riqsizlashtirish
4. Transfuzionterapiya
5. Suyaklarsinishida immobilizatsiya qilish
6. Jarohatlanganlarni kasalxonaga yuborish

Og`ir travmatik shoklarda o`pka ventelyatsiyasining buzulishi ko`p uchraydi, buning asosiy sababi qusish massalarining, qonning, yot jismlarning aspiratsiyasi hisoblanadi. Ana shunday holatlarda jarohatlanganlarning boshini yonga bukish va og`iz bo`shlig`ini tozalash, undan keyin boshni orqaga qilish va pastki jag`ni oldinga chiqarish. Ehtimol havo kirituvchi S simon nay qo`yish.

Tashqi qon ketishini tasma, bosilgan bog`lam, qon oqayotgan tomirga qisqich qo`yish kerak. Agar qon oqishi davom etayotgan bo`lsa imkoniyat boricha tezroq xirurgik bo`limlarga yotqizish kerak. Qonni to`xtatish bilan bir vaqtda aylanishdagi qon hajmini to`ldirish kerak. Buning uchun eng tezroq va yaxshi shokka qarshi va qon o`rmini bosuvchi suyuqliklar ishlatish kerak. Dekstran (yuqori molekulyar massasi 50000-70000), dekstran (o`rtacha molekulyar massasi 30000-40000), jelatin kristalloid suyuqliklar ishlatish mumkin (Ringer — lokk, natriy xlorning izotonik suyuqligi), 5% dekstroza eritmasi. Bordi-yu suyuqliklar topilmasa bemorni kushetkaga yotqizib uning bosh qismini pastga osiltirish (Trendelenburg) holatini berish kerak. Bu holat vena qonining qaytarilishiga yordam beradi. Oyoqlarning va chanoq suyaklarning sinishida katta qon oqishlar bo`lganda, qon bosimi juda past bo`lganda pnevmatik shokka qarshi kostyum ishlatiladi. Asosan, qon bosimi 100 mm simob ustuniga bo`lgan holatda oyoqlarni va chanoq sohasi qisilganda qon oqishi to`xtaydi, pastki qismlarga qonning kelishi kamayadi va natijada aylanishidagi qon hajmi oshadi. Jarohatlanganlarni

transportirovka qilishdan oldin og'riqsizlantiriladi, transport shinalari qo'yiladi, og'riqsizlantirish uchun morfin, metamizol natriylarni ishlatish mumkin. Shuni yaxshi bilish kerakki bu dorivor moddalar nafas olishni pasaytiradi, ularni qo'llashda juda ehtiyot bo'lish kerak, ayniqsa nafas olish tizimida o'zgarishlar bo'lgan bemorlarda va keksa kishilarda. Ana shu holatlarda metamizolnatriy ishlatilsa ma'qulloqdir. Og'riqsizlantirish uchun niqob orqali ingalatsiya narkoz apparati bilan anestetin aralashmalar ya'ni dinitrogenoksidini kislorod bilan 1:1, 2:1 konsentratsiyada berish mumkin. Travmatik shoklarni davolashda nonarkotik analgetiklar ishlatilishi mumkin. Hatto trankvilizatorlar (diazepam) 1-2ml 0.5% eritmasini qo'llash mumkin. Bu preparatlar hammasi vena ichiga yuboriladi, chunki yumshoq to'qimalarga yuborilsa ularning so'rilish xususiyati sekin bo'ladi. Qo'l oyoqlarda jarohat bo'lganda ularni tezroq immobilizatsiya qilish kerak va juda ehtiyot bilan transportirovka qilinishi kerak, agar noto'g'ri immobilizatsiya va transportirovka qilinsa og'riq kuchayadi va bemorlarda shok holati chuqurlashadi. Bemorning hushi o'zida bo'lsa uni yelkaga yotqizilgan holda yuboriladi. Hushida bo'lmasa ularni yonboshga yotqizish kerak, chunki yuqori nafas yo'llarida abstruksiya (tilning orqaga ketishi, havo yo'llariga qon, qusish moddalari) bo'lishi mumkin. Burun sohasida jarohat bo'lib burundan, og'iz bo'shlig'idan qon oqishi kuzatilganda bemorni qorin bilan yotqizish kerak, boshini yonga burish lozim. Bordiyu tilning orqaga ketishi kuzatilganda albattahavo o'tkazadigan nay qo'yilishi shart.

Gemorragik shok.

O'tkir qon yo'qotishlar kuzatilganda gemorragik shok rivojlanishi mumkin. O'tkir qon yo'qotish 25-30% aylanishdagi qon hajmini tashkil qilganida og'ir shok rivojlanadi. Shokning rivojlanishi va uning og'irlik darajasi yuqotilgan qon hajmiga, tezligiga bog'liq. Ana shu holatga asosan kompensatsiya, bo'lmagan qaytariluvchi va dekompensatsiya qaytarib bo'lmaydigan shoklarga bo'linadi. Kompensatsiya holatidagi shokda teri qoplamasi oqargan, sovuq ter bosadi, pulsi tezlashgan, kichik to'liqlikda arterial qon bosimi normada yoki biroz pastlashgan, siydikning ajratilishi pasaygan. Dekompensatsiyalashgan qaytariluvchi shokda teri qoplamasi sianoz holatida, bemor tormozlashgan, pulsi tezlashgan, arterial qon bosimi va markaziy venoz bosimi tushgan, oligouriya rivojlangan, Algover indeksi yuqori, EKG – yurak mushaklarida o'zgargan. Qaytarib bo'lmaydigan shokda bemorning

hushi yo`q, arterial qon bosimi aniqlanmaydi, teri qoplamasi marmar rangida, anuriya, Algover indeksi yuqori. Gemorragik shokning og`irlik darajasini aniqlashda, aylanishdagi qon va yo`qotilgan qon hajmini aniqlash zarur.

Davolash : eng avvola gemorragik shokda qon oqishni to`xtatish, infuzion terapiya qo`llash, AQH ni tiklash, qontomirlarini kengaytiradigan moddalar qo`llash.

Kuyish shoki

Kuyish shokida alohida ahamiyatga ega bu og`riqli omillar va plazmaning yo`qolishi. Kuyish shokining alohida xususiyati – erektil fazasining aniqligi, uzoq davom etishi, oligo-anuriyaning rivojlanishi.

Anafilaktik shok

Anafilaktik shokning rivojlanishida organizmda giantigen va antitela holatining o`zaro ta`siri muhim rol o`ynaydi. Anafilaktik shokning rivojlanishida xirurgiya amaliyotida oqsilli qon o`rnini bosuvchi moddalarning, immunopreparatlarining, antibiotiklarning, ayrim ximik antiseptik moddalarning (yod preparatlari) va boshqa antiseptiklarning ishlatilishidir. Odamlarning allergik shok bilan (bronxial astma, dorilar dermatiti) xastalanishi natijasida ko`p uchramoqda.

Anafilaktik shokning quyidagi shakllari uchraydi:

1 Yurak qon-tomir shakli: Bu shaklda o`tkir qon aylanishining yetishmovchiligi yuzaga chiqadi va taxikardiya, yurak ritmining buzilishi bilan qorinchalar fibrillyatsiyasi va arterial qon bosimining pasayishi kuzatiladi.

2 Respirator shakli: o`tkir nafas yetishmovchiligi, xansirash, sianoz, o`pkada xirillashlar: bu o`zgarishlar kapillyarlardagi qon aylanishining buzilishi, o`pka to`qimasida hiqildoqda va hiqildoq ustida shish paydo bo`ladi.

3 Serebral shaklida gipoksiya: mikrosirkulyatsiyaning buzilishi va miya shishi: bular xushning buzulishi, komaning rivojlanishi va markaziy innervatsiyaning buzilishi, o`choqli simptomlarining kelib chiqishi bilan o`tadi.

Anafilaktik shokning oqimi og`irlikiga qarab 4 darajaga bo`linadi.

I (yengil) darajasida - terida qichish, har xil toshmalar bosh og`rig`i, bosh aylanishi, boshiga qon quyilishi sezgisi bilan.

II (o`rta og`ir) darajasi - yuqoridagi simptomlarga Kvinka shishi, taxikardiya, arterial qon bosimining tushishi, Algover indeksining ko`tarilishi.

III (o`gir) darajasi - xushining yo`qolishi, o`tkir nafas va yurak qon tomirlari yetishmovchiligi (xansirash, sianoz, nafas olish buziladi, puls tezlashadi, arterial bosim tushib ketadi, Algover indeksi ko`tariladi.)

IV (o`ta og`ir) darajasi - hushi yo`qoladi, og`ir yurak-tomirlar yetishmovchiligi, puls aniqlanmaydi, arterial bosim juda past.

Davolash

Shokni davolashning umumiy qoidalari: gemodinamikani tiklash, kapillyar qon oqimini mo`tadillash: qon tomirlarni qisqartiruvchi dorilar (efedrin, epinefrin, norepinefrin) aylanishdagi qonning umumiy hajmini normallashtirish va mikrosirkulyatsiyasini tiklash (kolloid eritmalar, dekstran, o`rtacha mol massali(30000-40000)jelatin qo`llash.

Bulardan tashqari organizmdagi antigenni inaktivatsiya qilish (penisillinaza, beta laktaza, antibiotiklar tomonidan chaqirilgan shokda) yoki organizmdagi antigenning ta`sirini ta`qiqalaydigan (glyukokortikoidlarning katta dozasida prednizalon, deksametazon, gidrokortizon kaltsiy preparati). Bularni vena ichiga yuboriladi.

Profilaktikasi: Anamnezidan shok chaqiradigan kasalliklarni aniqlash va allergiya chaqiradigan moddalarning tavsiyasini aniqlash. Allergik reaksiyalar xavfi baland holatlarda qaysi qo`llaniladigan preparatlarga sezuvchanligini aniqlash uchun sinama qo`yish. Masalan: antibiotiklarga, antiseptik preparatlarga, angiografiya qilish uchun ishlatiladigan yodga.

O`tkir tomirlar yetishmovchiligi

Patologik holatlarning ichida ularning asosini tashkil qiluvchi o`tkir tomirlar yetishmovchiligi bo`lib: (xushdan ketish) kollaps, koma kuzatiladi.

Xushdan ketish – qisqa vaqtli bo`lib o`tkir holda miyada qon aylanishining pasayishi bilan bog`liq. Bu o`tkir tomirlar yetishmovchiligining yengil shakli bo`lib, bunga ichki a`zolar qon tomirlarining o`tkir kengayishi, ular quyosh chiqali bilan innervatsiya bo`ladilar va shu tomirlarda qonning deposini kuchaytiradi. Qonning umumiy taqsimlanishi buzilib miyada ishemiya holati yuzaga chiqadi. Xushdan ketish eng uzoq vaqt turib qolganda, uzoq vaqt yotganda keyin birdaniga turganda, katta miqdorda astsit suyuqligi olinganda,

ganglioblokatorlar qabul qilingandan keyin, yotoq rejimi buzilganda yuzaga chiqishi mumkin.

Xushdan ketish yana yurak kasalligida atrio-ventrikulyar blokada, ekstrastoliyada kuzatilishi mumkin.

Klinik belgilari:

Xushning buzulishi, teri qoplamasining oqarishi, taxikardiya, tezlashgan kuchsiz puls, AQB ning pasayib ketishi bilan sodir bo`ladi.

Davolash:

Bemorni gorizontal holatga keltirish, ammiak bug`ini hidlatish, tomirlarni qisqarturuvchi moddalar berish, issiq choy berish kerak.

Kollaps - o`tkir tomirlar yetishmovchiligi bo`lib, qonning ichki a`zolarida depo holatining kuchayishi, bu o`z navbatida AYQH ning kamayishiga, arterial qon bosimning tushib ketishiga va markaziy vena bosimining (MVB) pasayishiga va yurakning minutlik hajmining buzilishiga olib keladi. Kollaps-o`tkir yurak faoliyatining buzilishida ya`ni yurak mushaklarining kuchsizligi, yurakning latlanishida, o`tkir yuqumli kasalliklarda va zaharlanishlarda kuzatiladi. Demak yuzaga chiqadigan o`zgarishlar xuddi koma holatidagidek bo`ladi, ammo boshqa a`zolar va tizimlarda o`zgarishlar bo`lmaydi. Bu tomirlar tizimiga birlamchi omillarning ta`siri hisoblanadi.

Kollapsga xos – teri qoplamasining oqarishi, taxikardiya, yurak tonlarining eshitmasligi, puls tezlashadi, kuchsiz, AQB pasayadi, nafas olishi tezlashadi.

Davolash: Kollapsni chaqirgan omillarga asoslangan holda yurak qon tomirlar faoliyatini tiklash zarur.

Koma-organizmning og`ir holati bo`lib hushning to`la yo`qolishi va hayotiy muhim a`zolar funksiyasining yo`qolishidir. Komaning sabablari - nafas yetishmovchiligi, gipoksiya, boshmiya jarohatlari, qandli diabet, mastlik, intoksikatsiya, jigar va buyraklar yetishmovchiligidir.

Davolash: davolash tadbirlari hayotiy muhim a`zolar funksiyasini tiklash va unga olib keluvchi omillarni bartaraf qilish.

Suvda cho`kish – suvda cho`kislarda 3 minut muddatli bo`lganda klinik o`limga olib keladi. Cho`kayotgan odamlar o`zini qutqarish maqsadida juda ko`p harakat qiladi, bu esa katta mushaklarning harakat qilishiga va kislorodning sarflanishi ko`payadi, uning zahirasi tez tamom bo`ladi.

Shuning uchun o'pkaning sun'iy nafas oldirish tadbiri tezda bajarilishi kerak. Bemorlar suvdan olib chiqishi bilan kerakli yopiq massaj qilish, sun'iy nafas oldirish kerak. O'pkaning pastki havo yo'llaridan suvni chiqarish uchun vaqtni yo'qotmaslik kerak. Shuning uchun qirg'oqda yurak-o'pka reanimatsiyasini o'tkazishga imkoniyat bor.

Suvga cho'kkanlarning oshqozoni suvga to'lib ketadi shuning uchun tezda suvini chiqarish kerak. Jabrlanuvchini yonga yotqizilgan holda epigastral sohasini qo'l bilan bosishi kerak, og'iz bo'shligini shilliq moddadan, qumdan tozalangach reanimatsion tadbirlar o'tkaziladi. Cho'kkan kishiga yurak to'xtashi bo'lmasa nafas olishi yo'qolgan bo'lsa uni SO'V (Sun'iy o'pka ventilyatsiyasi) qilinishi og'izdan - og'izga nafas berishi kerak. Agar klinik o'lim bersa unda reanimatsiya tadbirlari 1 yoki 2 kishi orqali o'tkaziladi.

Agar odam toza suvga cho'kkanida o'pkadagi suvni batamom tushurishga vaqt yo'qotmaslik kerak chunki suvning osmollayrligi qondagidan past, alveolalardagi suyuqlik tezlik bilan qonga so'rilib ketadi. Agar tuzli suvlarda cho'kkanda suvdagi tuzalar konsentratsiyasi 3.5-4% bo'ladi, bunda alveolardagi suv osmolyar qonuniga asoslanib qonning suyuq qismi havo yo'llariga o'tib ketadi. Ana shunda alveola, bronxlar, traxeya, suv bilan to'lib ko'pik hosil qilgan suyuqlik bilan to'ladi. Bu esa sun'iy nafas oldirishga halaqit beradi. Bu hollatda cho'kkan odamning oyoqlarini zudlik bilan yuqoriga ko'tarishi, kallasi osilgan holda suvni qisman chiqarishi mumkin.

Sovuq suvga cho'kish holatda bo'lsa, gipotermiya effekti hosil bo'ladi, modda almashinuvi sekinlashadi va miyaning kislorodni singdirish hollari susayadi. Bu holda klinik o'lim muddati uzayadi, ularni tiriltirish muddati ham uzayadi ya'ni jabrlanuvchilar uzoq mudatda suv tagida (20 minut va undan ko'p hollarda) bo'lganda ham tiriltirishi mumkin. Bunday jabrlanganlar reanimatsiya bo'limlariga yuboriladi va davolanadilar.

Elektrotravma, issiqlik va quyosh ta'sirlari

Elektr toki bilan jarohatlanganlarda – tezda nafas olish to'xtaydi, keyinchalik yuragi to'xtab qoladi. Elektr tokiga ulanib qolganlar, o'sha zanjir yoyi qatoriga tushib qoladi va kuchli elektr energiyasi ma'lum masofaga tarqalishi mumkin. Elektr toki manbai bo'lib yer, chaqmoq urganda, yoki ochiq elektr simlari bo'lgan yerga yig'ilsa elektrotravma olish mumkin. Birinchi yordam ko'rsatishda odamni tok manбайдan

qutqarishi kerak. O'lim holati kuzatilmaganda, bemorni gorizontal holda yotqiziladi, to'la tinchlik bo'lishi kerak. Agar nafasi bo'lmaganda tezda sun'iy nafas oldirish kerak, o'g'izdan-og'izga, yurak to'xtaganda – yurakni yopiq massaj qilish kerak.

Issiqlik va quyosh nuri- organizmning issiqlikning haddan oshib ketishida va issiqlik maxsuloti buziladi. Issiqlik ta'siri issiq sharoitda, havoning yaxshi tozalanmaganligida, yuqori darajali issiqlikda ishlaydiganlarda, hamda sintetik kiyimlarda xizmat qiladiganlarda uchraydi.

Quyosh nuri uzoq vaqt boshga va umuman odam tanasiga tushganda sodir bo'ladi. Bunda terida qizarish, bosh og'rishi, behollik, ko'ngil aynishi, qusish, taxikardiya, tana haroratining oshishi, nafas olishning tezlashishi kuzatiladi. O'lim bosh miyaning shishi natijasida sodir bo'ladi.

Ularga yordam ko'rsatishda birinchi navbatda soyali joyga o'tkazish, kiyimlari yechiladi, salqinlatuvchi suyuqliklar ichishga beriladi. Tanani sovutish uchun katta qon tomirlari o'tadigan qismlariga (bo'yni, chov sohalariga) muz to'ldirilgan idishlar qo'yiladi. Nafas olish buzilganda kislorod berish kerak. Bordi-yu yurak to'xtashi bo'lsa yurak o'pka reanimatsiyasi o'tkazilishi va statsionarlarga yuborish kerak.

V BOB

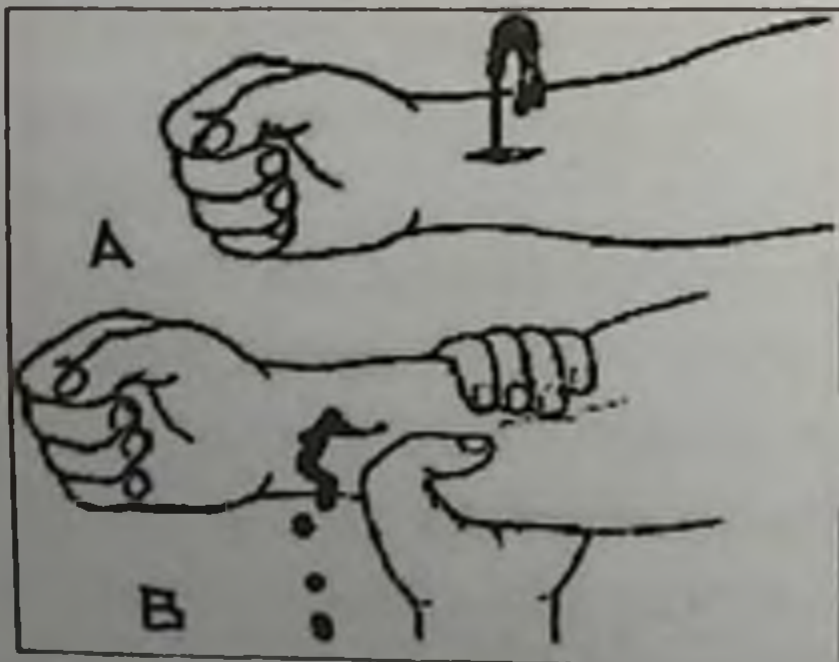
QON OQISHLAR

Qon oqishlar(haemorrhagia)- qon tomirlardan qon ketishlar bo`lib tomirlarning jarohatida yoki ular devorlarining o`tkazuvchanligining buzulishidan sodir bo`ladilar.

Qon yo`qotishlar jarohatlanganlarning hayotiga xavf solib, ularning takdiri qon oqishni zudlik bilan to`xtatish tadbirlariga bog`liq.

Qon oqishlarning tasnifi:

1. Qon oqishning sababi bo`yicha
 - a) mexanik jarohatlar, tomirlar yirtilishi (haemorrhagia per rhexin)
 - b) arroviv qon ketishlar (haemorrhagia diabrosin)
 - v) diapedez qon ketishlar (haemorrhagia perdiapedesin)
 - g) qonning ximik tarkibiga ko`ra, qonni uyushtirish va anti ivishish tizimiga qarab.
2. Qon tomirning turiga qarab
 - a) arteriyal
 - b) arterio-venoz
 - v) venoz
 - g) kapillyar
 - d) parenximatoz
3. Tashqi muxitga klinik belgilariga asosan
 - a) tashki
 - b) ichki
 - v) yopiq qon oqishlar
4. Qon oqishning kelib chiqqan vaqtiga asosan
 - a) birlamchi
 - b) ikkilamchi



32-rasm. A- arterial, B- venoz qon ketish

Qon tomirlarning mexanik jarohatlari ochik va yopiq travmalarda (yorilish, yaradorlik) kuyishda, sovuq urishda.

Arroziv qon oqishlar - qon tomir devorlarining butligi o'sma, shishlar va ularning yemirilishi, tomir devorlarida nekroz, yallig'lanish sababli destruktiv buzulishlarida kuzatiladi.

Diapedez qon oqishlar - qon tomirlar o'tkazuvchanligi mayda tomirlarda (kapillyarlarda, venula, arteriolalarda) kuchayganda, hamda ayrim kasalliklarda: avitaminoz S, gemorragik vaskulit (Shenleyn-Genox kasalligi), uremiyada, sepsisda, skarlatina, ospa, fosfor bilan zaharlanganda kuzatiladi. Shunday o'zgarishlar tomirlar devorida molekulyar, fiziko-ximik o'zgarishlar kuzatilganda sodir bo'ladilar.

Qon oqishlarga moyillik yana qonning ivishish tizimida o'zgarishlar bo'lganda yuzaga chiqadi.

Agar qonning ivishish xususiyati buzilganda massiv qon oqish hatto mayda tomirlarda ham kuzatilishi mumkin. Bunday kasalliklarga Verlgof va gemofiliya kasalliklari kiradi. Gemofiliya(nasliy kasallik) kasalligida qon plazmasida maxsus faktorlarning deffekti - ivishish faktori VIII (gemofiliya A) yoki faktor IX (gemofiliya V) kasallik qon oqishga baland moyillik bilan harakterlanadi. Mayda har xil travmalar massiv qon oqishlarga olib kelishlari mumkin va ularni to'xtatish ancha qiyin bo'ladi.

Verlgof kasalligida (trombotsitopenik purpura)qondagi trombotsitlar sonining kamligi bilan harakterlanadi.

Qonning ivishish tizimidagi og'ir o'zgarishlar qonning tomir ichidagidisseminalashgan ivishish sindromi(DVS sindromi)da uchraydi.

Tomirlarda ko'p sonli ivishgan laxtalalar va trombotsitlar hosil bo'lishi qonning ivishganfaktorlarini yemiradi bu holat o'z navbatida qonning ivishishini buzadi, gipokoagulyatsiya va qon oqish kuzatiladi.

To'qimalardan qon oqish operatsiya vaqtida teriga qon quyilishlar, teri tagiga ineksiyalardan keyin hatto palpatsiyadan keyin ham qon quyuqlashishi mumkin.

DVS sindromining asosiy sabablari shok, sepsis, massiv travmatik jarohatlar, ko'p sonli suyaklar sinishi, travmatik toksikoz, (ezilish sindromi) massiv gemotranfuziya va massiv qon oqishlardir.

Qon ivishishining buzilishida qon oqishning sababchisi bo'lib ayrim dorivor moddalarning ishlatilishi bo'lishi mumkin. Bilvosita ta'sir qiluvchi antikoagulyantlarning ishlatilishi ularning jigarda VII, IX, X

faktorlarning sintezinib uzib, tromb hosil qilishga bevosita ta'sir qiluvchi heparin natriyning fibrinolitik preparatlar (streptokinaza, streptodekaza) qondagi ivishish tizimini buzadi.

Qonivish ish tizimining buzilishi natijasida qon oqishlarga holemik qon oqishlar ham kiradi. Azaldan malumki sariqlik bilan kasallarda qonning ivishish holati buziladi va ularda o'z-o'zicha qon oqishlar (mushaklarda qon quyulish, terida, ichki a'zolarida va burundan qon oqishlar) kuzatiladi, ayniqsa operatsiyalar va operatsiyadan keyingi davrda to'qimalarda qon quyiladi. Qonning ivishish tizimidagi o'zgarishlar sababi V, VII, IX, XIII faktorlar sintezining pasayishi yani jigarda vitamin K ning yaxshi o'zlashtirilmasligi sababli bo'ladi. Qonning ivishishini oshirish uchun qon plazmasi, kriopresipitat, hamda vitamin K qo'llaniladi.

Arteriyal qon oqimida qizil ranli pulsatsiyalanuvchi oqim bilan yuzaga chiqadi. Tomir jarohati katta bo'lsa shunchalik qon oqimi tez va ko'p sodir bo'ladi. Venoz qon oqimi doimiy ravishda simillagan holda oqadi pulsatsiya bo'ladi. Ko'krak qafasi jarohatlarida katta venalarning travmasida qon yurak urishi sababli ma'lum turtki orqali davom etadi. Nafas olganda qon oqimi sekinlashadi nafas chiqarganda kuchayadi. Agar venalarda bosim yuqori bo'lsa (qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishida) qon oqimi bosim orqali, oqim tezligi kuchli bo'lishi mumkin. O'mrov osti venalar jarohatlarida o'limga olib keladigan havo emboliyasi kuzatilishi mumkin. Bu holat venada manfiy oqim bo'lib nafas olganda jarohatlangan vena tomirlariga havoning so'rilib ketishi orqali sodir bo'ladi. Vena qoni qoramtir rangda bo'ladi.

Kapillyar qon oqishlar- arteriyal, venoz qonlar aralash holda oqadi. Yaraning hamma yuzasini qon egallaydi agar uni tozalab olgan zahoti yaralar yuzasi qonga to'lib qoladi.

Parenximatoz qon oqishlar- parenximatoz a'zolar travmasida uchraydi: jigar, taloq, buyraklar, o'pkalar. Bu qon oqishlar asli kapillyar qon oqishlarga kiradi holos bunda massiv holda bo'lib ularni to'xtatish ancha qiyin

Tashqi qon oqishda- qon tashqi muxitga chiqadi

Ichki qon oqishlar- qon oqishlarda qon biron bo'shliqlarga yoki to'qimalarga quyiladi. To'qimalarga qon quyilganda ular shimiladi va shish hosil qiladilar. Qon quyilishlar har xil kattalikda bo'ladi. Agar qon massiv oqib (tomirlarning kattaligiga bog'liq) qon quyilganda to'qimalarni qavatlarga ajratadi va sun'iy bushliqlar hosil qiladi va qon

bilan to'radi va gematoma deb ataladi. Hosil bo'lgan gematoma so'riladi va uning atrofida qo'shuvchi to'qimadan iborat kapsula hosil qiladi. Qon so'rilib bu bo'shliq kistaga aylanadi. So'rilmagan gematoma ayrim holatlarda, qo'shuvchi to'qima o'sib ohaklanadi.

Ayrim holatlarda katta tomirlar jarohatlanganida o'suvchi gematomalar hosil bo'ladi. Agar arteriya tomirlar jarohatlanganda pulsatsiyalanovchi gematomalar hosil bo'lishi mumkin bordiyu ular sekinlashmasa operativ davolash shart.

Qon oqishar seroz bo'shliqlarga quyilishi mumkin. Masalan plevra bo'shlig'iga, qorin bo'shlig'iga, bo'g'imlar ichiga quyiladi. Ko'pincha seroz bo'shliqlarga quyilgan qonlar ivishmaydi, ular katta hajmlarda bo'lishlari mumkin. Plevra bo'shliqlaridagi quyilgan qondan fibrinlar cho'kib seroz pardalarga o'tirib qoladi va natijada tromb hosil bo'lishi buziladi.

Yopiq qon oqishlar- qon oqishlar klinik belgilarsiz o'tishi mumkin. Masalan me'da va 12 barmoqli ichakdan qon oqishlar. Ularni endoskopiya usulida aniqlash mumkin. O'z vaqtida aniqlanmagan yopiq qon oqishlar operatsiyaga olib kelishi mumkin.

Birlamchi qon oqishlar- har xil jaroxatlardan keyin sodir bo'ladi. Ikkilamchi qon oqishlar- birinchi qon oqishda to'xtab ma'lum vaqt o'tgandan keyin qayta qon oqadi.

Qon oqish sabablarini va oqibatlarini aniqlash

Qon oqishlardan keyingi o'lim- qonning funksional xususiyatlarining yo'qotilishi (kislород tashish, karbonat angidrid gazini, ozuqa moddalar, moddalar almashinuvida hosil bo'ladigan ozuqa moddalar, detoksikatsion funksiyalari) va qon aylanishining buzilishi (o'tkir tomirlar yetishmovchilik - gemorragik shok) sabablaridir. Qon oqishining oxirgi natijasi turli sabablarga bog'liq, ammo hal qiluvchi yo'qotilgan qonning hajmiga va tezligiga bog'liq. Aylanishdagi qon hajmining uchdan bir qismi katta tezlikda yo'qotilishi hayot uchun o'ta xavfli bo'lib, aylanishdagi qon hajmining yarmi yo'qotilganda o'lim bilan tamom bo'ladi. Ayrim yaxshi bo'lmagan holatlarda yo'qotilgan qon hajmining uchdan biri yo'qotilganda ham o'lim bilan tamom bo'lishi mumkin.

Qon yo'qotish tezligi va hajmining tomirlar harakatining xususiyatiga bog'liqligi. Eng ko'p va tez qon yo'qotishlar arteriya va katta qon tomirlari jarohatlarida kuzatiladi. Arteriyalarning qirralari

jarohatlanishlari ko`ndalang jarohatlariga qaraganda o`ta xavfli deb hisoblanadi.

Tomirlarning ko`ndalang jarohatida tomirlar qisqaradi uning ichki pardasi (qavati) ichkariga qayriladi bu holat tromb hosil bo`lishiga moyil va o`zicha qonning to`xtashi surati baland. Tomirlarning qirralari jarohatlanganda ular qisqarmaydi tomir jarohatlari ochiq qoladi va uzoq vaqt qon oqishi mumkin. Arteriya qon oqishlar boshka xil qon oqishlardan xavfliroq. Qon oqishining hajmiga qonning ivishi va ivishga qarshi tizimlarning buzilishlari ta'sir qiladi.

Qon oqishining oxirgi natijasi organizmning umumiy holatiga bog`liq. Sog`lom odamlar har xil qon oqishlarini yaxshi o`tkaza oladilar. Noxush hodisalar shok holatlarida kuzatiladi: (anemiya, kasalliklaridan umumiy yemirilish, och qolish, yurak-qon tomir yetishmovchiligi va qonning ivishish tizimlaridagi o`zgarishlar) qon oqimining yakunlanishi organizmning adaptatsiyasiga bog`liq. Qon oqimiga tez adaptatsiya qiladi ayollar va donorlar. Chunki doimiy qon oqishlar ayollarda menstruatsiya va donorlik adaptatsiya bo`lishida yaxshi sharoit yaratadi. Birinchi navbatda yurak-qon tomirlarda adaptatsiyaga yaxshi moslashuv bo`ladi. Organizmning qon oqimiga bo`lgan reaksiyasi tashqi muhitga ham bog`liq. Sovuqda qolishi, haddan tashqari issiqda bo`lishi organizmning reaksiyasiga manfiy ta'sir qiladi. Bundan tashqari odamning jinsi va yoshi ham bu holatga har xil ta'sir qiladi. Ma'lumki ayollar erkaklarga nisbatan qon oqimlarini yengil o`tkazadi. Bolalarda ulardagi anatomo-fiziologik alohida xususiyatlariga bog`liq. Juda katta bo`lmagan qon yo`qotishlar ham odam uchun xavfli bo`lishi mumkin. Bu holat qon organizmning qaysi a`zolarida yuzaga chiqishiga bog`liq. Kam miqdorda bosh miya mag`ziga quyilganda ham xavfli bo`lishi mumkin, chunki hayotning muhim markazlari joylashgan. Subdural, epidural, subaraxnoidal qon quyilishlarda miyani bosib qolishi va uning faoliyati buzilishi mumkin. Agar qon yurak qopchasiga quyilsa, uncha ko`p bo`lmasa ham tomponada berishi mumkim va uning to`xtab qolishi mumkin.

Qon yo'qotish darajasini aniqlash usullari

1. Jarohatlarning lokalizatsiyasiga va to'qimalarning jarohatlanishi hajmiga qarab
2. Gemodinamik ko'rsatkichlarga („shok indeksi“) qon bosimining sistolik bosimi

3. Qonning kontsentratsion ko'rsatkichlariga asosan (gemotokrit, gemoglobin)

4. Aylanishdagi qon hajmiga qarab

Shok indeksi(Algover-Burri indeksi)

Yurak qisqarishi sonining sistolik arterial bosimiga nisbati

0,5-norma (0.1ga qon yo'qotilishining ko'tarilishi-0.2 l qon yo'qotilishiga teng (4% AQH))

1,0-1L qon yo'qotiladi(20% AQH)

1,5-1,5L qon yo'qotilishi(30% AQH)

2,0-2L qon yo'qotilishi(40% AQH)

Jarohat bilan qon yo'qotishning darajasini aniqlash (gemodinamik ko'rsatkichlari asosida)

1-jadval

Shok indeksi	A/d sistolasi	Qon yo'qotish			
		AQH%	Tana massasi kg,litr hisobida		
			60	70	80
3.0	0	55	2.3	2.7	3.1
2.5	40	50	2.1	2.5	2.8
2.0	60	40	1.9	2.2	2.5
1.5	75	30	1.5	1.9	2.1
1.0	90	18	0.8	1.0	1.1

O'tkir qon oqishi

Qon yo'qotish xavfi gemorragik shokning og'irligi darajasiga bog'liq, uning intensivligi davom etish muddatiga, yo'qotilgan qonning hajmiga bog'liq. O'tkir anemiyaga olib kelishi mumkin, o'tkir qon yo'qotishda 30 % aylanishdagi qon hajmi yo'qotilsa o'lim sodir bo'lishi mumkin. Agar qon oqish sekin va uzoq vaqt davom etsa gemoglobin miqdori 20 gr/l tushganda ham yashash mumkin. Aylanishdagi qon hajmining pasayishi venoz qon bosimining pasayishiga va yurakning minutlik hajmi pasayadi. Bunga javoban buyrak usti bezlaridan kateholamin ishlab chiqishi kuchayadi bu esa tomirlar spazmiga olib keladi va tomirlardagi hajm kamayadi gemodinamika xavfsiz holatda saqlanadi.

Aylanishdagi qon hajmining pasayishi.

O'tkir qon yo'qotishlar gemorragik shokka olib keladi, bu holat qonning 20-30% aylanishdagi qon hajmining yo'qotilishida kuzatiladi. Shokning rivojlanishi asosida markaziy va periferik gemodinamikaning natijasida gipovolemiyaning buzilishi paydo bo'lishidir. Og'ir qon yo'qotishlarda gemodinamikaning buzilishi natijasida kapillyarlarda parez, qonning desentralizatsiyasi natijasida shok qaytarilmas bosqichga o'tadi. Agar gipotenziya 12 soatdan uzoq davom etsa kompleks terapiya effekt bermaydi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi paydo bo'ladi. Qon yo'qolishining ko'payishi natijasida atsidoz rivojlanadi, mikrosirkulatsiya tizimida o'zgarishlar bo'ladi va kapillyarlarda eritrositlar agregatsiyasi paydo bo'ladi. Oligouriya (siydikning kamayishi) avvalo reflektor harakterda bo'ladi, dekompensatsiya bosqichida anuriyaga otadi. Bu holat asosan buyraklarda qon aylanishining buzilishi bilan sodir bo'ladi. Qon yo'qotishning belgilari: teri oqargan va nam bo'ladi, yuzi osilgan, pulsi tez, kuchsiz, nafas olish tezlashgan, og'ir ahvolda Cheyn-Stoks holatida arterial qon bosimi va markaziy venoz bosimi pasayadi.

Subektiv belgilari: bosh aylanishi, ogiz qurishi, chanqoqlik, ko'ngil aynishi, ko'z oldi qorongulashishi, behollik kuchayadi. Agar sekin oqqanda klinik ko'rinishlar yo'qotilgan qon miqdoriga to'g'ri kelmaydi. Juda muhim, qon yo'qotish og'irligini aniqlash zarur, chunki qon oqishini to'xtatish bilan davolash taktikalarini tanlash zarur. Eritrotsitlar, gemoglobin (Hb), gematokrit (Ht)ni bemorlar kasalxonaga tushgan paytlarda aniqlash zarur. Bu ko'rsatkichlar jarohatning birinchi sohalarida qon yo'qotish kattaligini aniq ko'rsata olmaydilar, vaholangki autogemodilyusiya 1,5-2 sutkadan so'ng paydo bo'ladi. Eng ahamyatliligi gematokritning (Ht) ko'rsatkichlari chunki qonning eritrotsitlari va plazmasi o'zaro muvozanati to'g'risida axborot beradi. Nisbiy qatlami normada: 1,057-1,054 Hb 65-62 g/l, Ht 40-44ga tushganda qon yo'qotish 300ml gacha, 1,049-1,044 nisbiy og'irligi bo'lib Hb 53-38gr/l, Hb 30-23ga tushganda qon yo'qotish 1000ml dan baland bo'ladi. Markaziy venoz bosimining pastga tushishi yurakka oqib keladigan qonning kamayishi aylanishdagi qon hajmining pasayishiga olib keladi. Markaziy venoz bosimi pastki kovak venaga kateter orqali tirsak yoki son venasiga kateter qo'yilishi bilan aniqlanadi ancha yaxshi informatsiya beradi: aylanishdagi qon hajmining defitsitini va ularning komponentlarini aniqlash, sirkulatsiyadagi plazma hajmi, shaklli

elementlari hajmi-globulyar hajmi. Aniqlash metodikasi tomirlarga malum miqdordagi indicator (Evans ko'ki boyicha yoki radioizotop) orqali aniqlanadi. Qonni aralashgan konsentratsiyasi indicator hajmi orqali sirkulyasyadagi plazma: gemotakrit hisoblanadi, tablitsa orqali, aylanishdagi qon hajmi va globulyar hajmi aniqlanadi. Aylanishdagi qon hajmi ko'rsatkichlari va uning komponentlari tablitsa orqali topiladi, ko'rsatilgan tana massasi aniqlanadi. Kerak bo'lgan va faktlar asosida farqlar. Aylanishdagi qon hajmining defitsiti globulyar hajmini va nihoyat yo'qotilgan qon miqdori kelib chiqadi. Yo'qotilgan qon miqdori eng avvalo klinik belgilar va laboratoriya tahlillari asosida aniqlanadi. Yo'qotilgan qonning hajmi va aylanishdagi qon hajmining (AQH) pasaygan sathi bo'yicha 4 ta daraja qon yo'qotishlarga bo'linadi;

I-yengil darajasi; yo'qotilgan qon 500-700ml (AQH 10-15%ga pasayadi)

II-o'rtacha darajasi; yo'qotilgan qon 1000-1500ml (AQH 16-20% ga pasayadi)

III-og'ir darajasi; yo'qotilgan qon 1500-2000ml (AQH 21-35% ga pasayadi)

IV- yo'qotilgan qon 2000ml va undan ko'p(AQH40% dan ko'p pasayadi)

Qon yo'qtishda bemorlarda yuzaga chiqadigan klinik belgilar ham qon yo'qotish darajasini aniqlashda yordam beradi.

I-darajada aniq klinik belgilar yuzaga kelmaydi.

II-darajada pulsi 100 marta va terisi oqargan qol-oyoqlari sovuq holda.

III-og'ir darjada- AQB 70 mm.simob ustunigacha tushgan, pulsi 120 marta bir daqiqada aniqlanadi,bemor ahvoli xatarli, teri qoplami oqargan, ko'kargan, nafas olishi tezlashgan, qo'l-oyoq sovuq ter ajraladi, siydik ajralishi kamayadi-oligouriya.

IV-darajada massiv qon yo'qotiladi. Bemorlar holsizlashgan xushi-stupor haolattida, siydik ajralishi-anuriya. Tomirlarda kuchsiz, ipsimon, yoki umuman aniqlanmaydi, uning soni 130-140 ta 1 minutda AB pasaygan 30 mm.sim.ust. gacha va undan ham past. O'z vaqtida boshlangan davolash gemorragik shokning rivojlanishini to'xtatish mumkin. Og'ir bemorlarga qon o'rnini bosuvchi moddalar venasiga yuboriladi, plazmaning yo'qotilishi va AQHning pasayishini organizm eritrotsitlarni yo'qotishiga nisbatan og'ir o'tkazadi. Albumin, protein, dekstran (o'rtacha molekulyar og'irligi 50000-70000)qon tomirlarda

yaxshi to'xtaladi. Zaruriyat bo'lsa bir vaqtning o'zida kristalloid eritmalar ham yuboriladi, ammo ular qon havzalaridan tezda chiqib ketadi

Past molekulyar og'irlikka ega bo'lgan dekstran (o'rtacha molekulyar og'irligi 30000-50000) tomirlar ichidagi suyuqlikni yaxshi to'ldiradi, mikrosirkulatsiyani va qonning reologik xususiyatini yaxshilaydi. Qon preparatlarini gemoglobin miqdori 80gr/ml dan past bo'lganda, gemotokrit 30dan past bo'lsa ishlatiladi. Og'ir qon yo'qotishlarda davolash bitta, ikkita yoki uchta venalar orqali infuziya qilinadi, faqat sistema arteriyal bosimi 80mm.sim.ust dan baland bo'lganda tomchilab quyila boshlaydi. Anemiyani bartaraf qilish uchun eritrotsitar massa quyiladi, holos qon o'rnini bosuvchi moddalar infuziya qilinganidan keyin maqsadli hisoblanadi. Chunki qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyilishi kapillyar qon oqimini va qonning shaklli elementlarining depo holatini pasaytiradi.

Arterial qon bosimiga asosan qon yo'qotish balandligini aniqlash

2-jadval

A/d sistolik bosim mm.sim.ustuni	Qon yo'qotish balandligi
100 dan baland	0.5l gacha
90-100	1.0l gacha
80-90	1.5l gacha
70-80	2.0l gacha
70dan past	2.0l dan ko'p

Yo'qotilgan qon o'rnini to'ldirish.

Aylanishdagi qon hajmi 15% gacha tushganda infuziya suyuqligi 800-1000 ml (kristalloid-80%, kolloid-20%) 100% defekti bo'yicha. Agar qon yo'qotish aylanishdagi qon hajmining 15-25% ni tashkil qilsa transfuziya 15 % defitsini ta'minlash kerak. Demak 1500-2300 ml kristalloid, kolloid va plazma 4;4;2 miqdorda quyiladi. Qon yo'qotish aylanishdagi qon hajmining 25-35 %ni tashkil qilganda transfuziya hajmi 180-220 % ni tashkil qilib 2700-4000 ml quyiladi. Agar aylanishdagi qon hajmi defitsiti 35 %dan baland bo'lsa transfuziya hajmi 220 % bo'lib 4000-6000 ml (kristalloid-80%, kolloid-30 %, plazma-20 %, eritrotsitlar massasi-25%) quyilishi kerak.

Qon preparatlari qon yo'qotishlar AQHning 35-40 % yuqori bo'lganda quyiladi. Asosan qachonki anemiya, gipoproteinemiya yuzaga chiqsa quyiladi. Atsidoz- gidrokorbanat natriy, trometomal eritmalarini infuziya qilish bilan korreksiya qilinadi. Qon tomirlarining tonusini oshiruvchi (tomirlarni qisqartiruvchilar) moddalar qachonki qon hajmi tiklangandan keyin ishlatilishi kerak, chunki ular tomiralardagi gipoksiya holatini kuchaytiradi. Glyukokartikoidlar miokard funksiyasini yaxshilaydi va periferik qon tomirlar spazmini pasaytiradi. Kislorodoterapiya, giperbarik oksigenatsiya qon batamom to'xtatilgandan keyin ishlatiladi.

Tashqi va ichki qon ketishlar.

Tashqi qon oqishlar: Tashqi qon oqishlarning asosiy belgisi yaralarning borligi. Bunda qon rangi har-xil bo'ladi: alvon rangli-arteriyal qon oqishi, tim gilos rangli-venoz qon oqishlari belgilarini beradi. Qon oqishlar nafaqat aortadan, xatto son, qo'ltiq, oyoq arteriyalarining jarohatlaridan keyin ham o'limga olib kelishi mumkin. Vena qon tomirlarining jarohatlari ham o'limga olib kelishi mumkin. Boyin va kokrak qafasidagi katta venalar jarohatida xavfli-havo emboliyasi rivojlanishi mumkin. Bunda havo venadagi yaralar orqali yurak o'ng bo'lmasiga, keyin o'pka arteriyasiga tushadi va katta va kichik shaxobchalarini berkitib qo'yadi.

Ichki qon ketishlar. Ko'pincha jarohatlanganlarda yoki tomirlar soxasida patalogik holatlar rivojlanib ichki qon oqishlarga olib keladi. Bunday qon oqishlarini tashqi qon oqishiga nisbatan aniqlash qiyin. Klinik belgilari qon oqishining umumiy simptomlari va mahalliy yuzaga chiqqan manbasiga qarab yuzaga chiqadi. O'tkir qon yo'qotishlar bachadondan tashqari homilaning yorilishi yoki taloq kapsulasining yirtilishida shilliq pardasining oqarishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, bosh aylanishi, chanqoqlik, uyquchanlik, ehtimol hushdan ketish bo'lishi mumkin. Pulsu tezlashgan 120-140 bir minutda, AQB-pasayadi. Agar qon oqish sekin bo'lsa klinik belgilari asta sekinlik bilan yuzaga chiqadi.

Ichi bo'sh a'zolar ichiga qon quyilishi. Agar qon ichi bo'sh a'zolar ichiga qon oqishlar bo'lganda qon tabiiy teshiklar a'zolar orqali tashqariga chiqadi. Bunday qon oqishlar manbasini aniqlash juda qiyin. Bordiyu qon og'izdan kelsa aytish mumkinki qon o'pkadan, kekirdakdan, halqumdan, qizilo'ngach, me'da va 12 barmoqli ichakdan deb o'ylash mumkin. Bunda qonning rangi juda diagnostik ahamiyatga ega pufakchalar bilan ajralsa, qizil rangli bo'lsa bu o'pkadan qon

oqayotganligini belgisidir, qayt qilish "kofe quyqasi" rangida bo'lsa me'da yoki 12 barmoqli ichakdan bo'ladi. Qoramtir- qo'ng'ir rangli bo'lsa -bu qon oqish oshqozon-ichak tizimini yuqorigi qismidan bo'ladi, to'g'ri ichakdan qizil rangli qon kelsa-sigmasimon yoki to'g'ri ichakdan qon oqayotganligidan dalolat beradi. Gematuriya-buyraklarda yoki siydik chiqarish yo'llaridan qon oqishidir.

Yuqoridagi lokalizatsiyalardan qon oqish bo'lganda ularni aniqlash uchun maxsus tekshirish usullari; oshqozonni zondlash, to'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rish, endoskopik usullar, masalan: bronxoskopiya - o'pka kasalliklarida, ezofagoduodenoskopiya, rektoromanoskopiya va kolonaskopiya (oshqozon-ichak tizimidan qon oqishda), sistoskopiya-siydik chiqaruv yollaridan qon ketganda qilinadi. UTT usuli juda katta ahamiyatga ega, rentgenologik va radioizotop usuli, alohida yashirin qon oqishlarda muhim hisoblanadi.

Bekilgan bo'shliqlarga qon oqishlar. Hamma tomondan berk bo'shliqlarga qon oqishlar kuzatilganda diagnostikasi ancha murakkab hisoblanadi kalla bo'shlig'i, orqa miya kanaliga, ko'krak va qorin bo'shlig'i, perikard, bo'g'imlar bo'shliqlari. Bu turli qon oqishlarda o'ziga xos aniq belgilar bilan qonning yig'ilib qolishi va umumiy qon oqishining belgilari yuzaga chiqadi.

Gemoperitoneum-qorin bo'shlig'ida qonning yig'ilib qolishi - qorinning yopiq jarohatlariga xos, parenximatoz a'zolar (jigar, taloq), charvi tutqichlari tomirlari, bachadondan tashqari homiladorlik tuxumdonlar yirtilishi. Qon oqish fonida mahalliy belgilar paydo bo'ladi. Qorin nafas olishda chegaralangan holda qatnashadi, og'riqli, yumshoq, ayrim holatlarda yengil mushaklar taranglashishi va yengil darajada qorin pardasining ta'sirlanishi simptomlari paydo bo'ladi, qorinning ayrim joylarida perkutor tovushning to'mtoqlanishi aniqlanadi (1000ml qon yigilganda). Perkussiya qilinganda og'riqli, ayollarda qinning-vaginal ko'rikda orqa burmasida og'riq sezishi. Gemoperitoneum bemorlarda taxmin bo'lganda dinamik holda gemoglobinni va gemotokritni aniqlash zarur.

Diagnozni aniq qo'yishda qorin bo'shlig'ini punksiya qilish yani laparosentez qilish, sharlanadigan kateter kiritib aniqlashadi. Laparoskopiya va qinning orqa bo'shlig'ini punksiya qilishi kerak. Agar ichki qon oqish diagnozi aniq qo'yilganda zudlik bilan operatsiya-laparotomiya qilinib, qorin bo'shlig'i taftish qilinadi va qon to'xtatiladi.

Gemotoraks-plevra bo'shlig'ida qonning yig'ilib qolishi. Bu travma natijasida operatsiyadan keyin va ayrim kasalliklarning asorati sifatida ham bo'ladi. Gemotoraks ko'pincha qovurg'alar aro ko'krak qafasi ichi arteriyalarining jarohatida kuzatiladi. Gemotoraks-kichik, o'rta va katta turlarga bo'linadi. Kichik gemotoraks qon yoki suyuqlik plevra bo'shlig'ining sinuslarida, o'rtacha shaklida-ko'krak suyaklarining pastki burchaglarigacha, total yoki katta gemotoraksda-plevra bo'shlig'ini batamom egallaydi. Plevra bo'shlig'iga katta va massiv qon oqishlarda qon quyiladi va bu qon uvushmaydi, chunki o'pkadan oqayotgan qon tarkibida antikoagulyant xossali moddalari bor.

Gemotoraksning klinik belgilari oqayotgan qonning intensivligiga bog'liq va o'pkani, ko'ks oralig'ini qanday darajada siljitishiga bog'liq. Og'ir holatlarda bemorlarda ko'krak qafasi soxasida og'riq, hansirash, teri qoplamasining oqarishi, yo'tal, pulsi tezlashadi, qon bosim tushadi. Perkussiya qilinganda to'mtoq tovush aniqlanadi, nafas olish sustlashgan. Anemiya holatining yuzaga chiqishida qon yo'qotish darajasiga bog'liq. Gemotoraks o'pka va bronxlarning jarohati sababli infeksiyalanadi va yiringli plevrit asorati paydo bo'ladi.

Gemotoraksni aniqlashda rentgen tekshiruvlari va plevra bo'shlig'ini punksiya qilish yo'li bilan diagnoz qo'yiladi. Mayda va o'rta gemotorakslarni plevra bo'shlig'ini punksiya qilib davolash mumkin. Katta gemotoraks rivojlanganda torakotomiya operatsiyasi o'tkazilib tomirlarni bog'lash yoki o'pka jarohatlari tikiladi.

Gemoperikard (haemopericardium)-bu yurak xaltasiga qon yig'ilib qolishi. Ko'pincha yurak va perikardning yopiq travmalarida, ochiq va yopiq jarohatlarida-yurak anevrizmasining yirtilishida, absessida, sepsisda uchraydi. Perikardda 400-500ml qon yig'ilib qolsa bemor hayoti xavfli hisoblanadi. Bemorning yurak atrofida og'riq, bezovtalik, pulsning tezlashishi, kuchsiz to'liqlikda, AQB-pasayadi, yurak urishi yo'qoladi, yurak chegarasining to'mtoqlanishi kengayadi, yurak tonlari to'mtoqlashadi. Agar perikarddagi qonning yig'ilishi ko'paysa judayam xavfli asorat-yurak tamponadasi rivojlanadi. Yurak tamponadasining (yurakning bosilib qolishi) klinik belgilarini Klod Bek birinchilardan bo'lib yozgan va Bek uchligi simptomi mavjud; 1. Arteriyal qon bosim tushadi, paradoksal puls yani periferik arteriyalarda puls saqlanadi. 2. Markaziy venoz bosimi (MVB) ko'tariladi. 3. Yurak tonlari eshitilmaydi.

Gemoperikard sekin rivojlanganda qon uncha ko'p bo'lmasa qonservativ-perikard bo'shlig'ini punksiya qilinib davolash mumkin. Og'ir holatlarda qonning yig'ilish miqdori katta bo'lsa zudlik bilan torakotomiya operatsiyasi o'tkaziladi.

Kalla bo'shliqlarida qonning yig'ilishi. Kalla bo'shliqlarida qonning yig'ilishi-ko'pincha kalla va boshning travmalarida bo'ladi. Bunday bemorlarda umumiy va o'choqli nevrologik simptomlar yuzaga chiqadi.

Gemartroz qonning (haemarthrosis) bo'g'im bo'shlig'ida yig'ilib qolishi- ochiq va yopiq bo'g'im jarohatlarida uchraydi. Ayrim holatlarda gemofiliya, singa va boshqa kasalliklarda ham uchraydi. Bo'g'im bo'shliqlariga qon quyilganda uning harakati chegaralanadi og'riqli, uning qonturi silliqlanadi, flyuktuatsiya aniqlanadi, tizza bo'g'imining travmalarida-bo'g'im usti suyagining **ballotatsiyasi** paydo bo'ladi. Tashxis qo'yishda quyidagi rentgenologik tekshiruv o'tkaziladi. Bo'g'im bo'shlig'ini punksiya qilish ham diaqnozni ham davolashda ahamiyati katta.

To'qimalar aro qon oqishlar. To'qimalar aro qon yo'qotishlarda gematoma hosil bo'ladi va ayrim holatlarda katta hajmda bo'lishi mumkin.

Gemotomalar-ko'pincha travmalardan keyin hosil bo'ladi. Agar son suyagi singanda uning atrofiga 500ml va undan ko'proq qon quyilishi mumkin. Katta magistral tomirlarning yorilishi bo'lganda katta xavfli gematomalar hosil bo'lishi mumkin. Ana shunday katta gematomalarda katta tomirning ochiq qolishi-pulsatsiyalanuvchi katta gematomalarning paydo bo'lishiga olib keladi. Keyinchalik ularda kapsula hosil bo'ladi va yolg'on anevrizmalar paydo bo'ladi. Bo'g'imlarda katta shish, og'riq va harakat faoliyati buziladi. Pulsatsiyalanuvchi gematomalarda-yurak pulsatsiyasi bilan gematomalarda pulsatsiya aniqlanadi. Qo'l va oyoqlar jarohatida katta tomirlar zararlansa ishemiya belgilari terisi oqaradi, ushlab ko'rilganda sovuq, sezuvchanligi buziladi, arteriyalarning distal qismida puls yo'qoladi. Bunday holatlarda qo'l va oyoqlarda qon bilan ta'minlanishini tiklash uchun zudlik bilan operatsiya qilinadi. To'qimalararo qon oqishlar ko'pincha to'qimalar tomonidan so'riladi, imbibitsiya hosil bo'ladi. Bunday ichki qon oqishlarni -qon quyilishlar deyiladi. Qon quyilishlar mushaklarda, yog' to'qimalarida, miyada, yurakda, buyraklarda bo'lishi mumkin.

Qon quyilishlarining organizmning himoya-kompensator reaksiyalariga ta'siri. Postgemarragik gipovolemiya organizmda qon aylanishiga ta'sir qiladi. Organizmda AQH va tomirlardagi bosimni tiklash uchun himoya-kompensatsiya holati ishga tushadi va qon aylanishni ta'minlash reaksiyasi paydo bo'ladi. Yuqoridagi ana shu reaksiyaning 3ta asosiy mexanizimi paydo bo'ladi.

1. Tomirlardagi hajm kamayishini venalar (venaspazm), periferik arteriolalar (arteriolspazm) tonusining oshishi bilan tiklash.

2. AQH dagi yo'qolgan qismini autogemodilyatsiyani hujayralararo suyuqlikning qon tomirlar xavzasiga o'tishi va qonning depodan chiqishi.

3. Hayotiy muhim a'zolar faoliyatini saqlash (yurak, o'pka, bosh miya) uchun kompensatsiya reaksiyasining paydo bo'lishi.

Vena-arteriolaspazmalarining asosida organizmdagi baro-xemoretseptori va simpatiko-adrenal tomirlarning tuzilishidagi stimulatsiya qilish reflektor reaksiyalari yotadi. Venalar tonusining oshishi AQHning 10-15%ni kompensatsiya qiladi. Vazokonstriksiyaga asosan buyraklar, jigar, qorin bo'shlig'i, miya tomirlari, yurak tomirlari, o'pka tomirlarida o'zgarish bo'lmagan holda hayotiy- muhim a'zolarining qon bilan ta'minlanishini tashkil qiladi (qon aylanishining markazlashishi) to'qima suyuqliklarining qon tomirlari xavzasiga o'tishi juda tez bir necha soat ichida AQHning 10-15 %ga teng bo'ladi. Bir yarim yoki ikki sutka ichida 5-7 l gacha suyuqlik o'tadi. Hamma o'tgan to'qima suyuqliklari batamom yo'qotilgan qon hajmini tiklayolmaydi, chunki suyuqlikda shaklli elementlar yo'q va oqsil miqdori ham kam. Demak gemodilyutsiya-qonning aralashuvi va suyuqlashishi yuzaga chiqadi holos. Rivojlangan taxikardiya simpatiko-adrenal tizimining ta'siri natijasida yurakning minutlik hajmini normada ushlab turishiga yordam beradi.

Giperventilyatsiya-qondagi gemoglobinning va qon aylanishining buzilishi natijasida paydo bo'lgan gipoksiya sharoitidagi gaz almashinivuni adekvat ushlab turadi. Gipovolemiya sharoitida gipofizning antidiuretik gormoni va aldosteroning aktivlashishi buyrakning reabsorbsiya va organizmda natriy, xlor ionlarining saqlanishini ta'minlaydi. Ana shunday kompensator holatlar uzoq vaqt davom etolmaydi, chunki rivojlangan tomirlar qarshiligi chidayolmaydi va kompensator holatining buzilishiga olib keladi. Jigar, buyraklar, teriosti to'qimalaridagi gipoksiya holati chuqur metabolik o'zgarishlarga

olib keladi. Organizmdagi bunday o'zgarishlarning yanada rivojlanishi sladj (yopishqoqlik) sindromiga-yeritrotsitlarning kapillyarlarda spazm bo'lganligi sababli va qon oqishi sekinlashganligi hamda to'qimalarda gipoksiyaning kuchayishiga olib keladi. Modda almashinuvidagi anaerob holatining aerob holatidan ustunbo'lishi to'qimalardagi atsidozga olib keladi. Ana shunday to'qimalar metabolizmi mikrosirkulyator o'zgarishlar ko'p a'zolar yetishmovchiligini yuzaga chiqaradi; buyraklarda filtratsiyasi sekinlashadi yoki to'xtaydi, oligo-anuriya rivojlanadi, jigarda nekrotik holatlar, yurakda qisqarishi, o'pkada interstitsial shishpaydo bo'lib gaz almashinuvi buziladi(o'pkada shok holati). Shunday qilib organizmdagi qon yo'qotishlar organizmning hayoti uchun katta xavf tug'diradi. Yo'qotilgan qon qancha erta to'ldirilsa shuncha bemor hayoti uchun yaxshi.

Qonni to'xtatish usullari

Mayda arteriya va venalardan hamda kapillyarlardan qon oqishlar o'z-o'zidan to'xtaydi. Katta tomirlardan qon oqishlar juda kam holatlarda o'zi to'xtaydi. Organizmning eng muhim himoya tizimi-bu qonning ivishi tizimidir. **Spontan gemostazlar** ayrim vaqtlar qon oqishining o'zicha to'xtashidir. **Gemostaz**-bu og'ir bioximik, biofizik holatlar bo'lib, qon tomirlari atrof to'qimalari bilan trombotsitlar va plazmadagi ivituvchi va anti ivituvchi qon tizimlari qatnashadi. Tomirlardagi silliq mushakli hujayralar vazokonstriksiyaga, tomirlardagi jarohatlangan epiteliylar tromb hosil qilish himoyasini hosil qiladi. Gemodinamikadagi o'zgarishlar, qon oqishining sekinlashuvi tromb hosil qilishga, jarohatlangan tomir tromboplastini va atrof to'qimalar (to'qima tromboplastini) qonning ivishishi holatida qatnashadilar. Jarohatlangan tomirlardagi elektrik potentsial, yalanglashgan kollagen, aktivlashgan bioximik moddalar (gepoproteidlar, faktor villebrant, kalsiy ionlari), trombotsitlarning tomirlar devoridagi yallig'langan kollagenga adgeziyani (yopishish) holatini tashkil qiladi. Yopishgan trombotsitlar trombotsitlarning agregatsiyasi uchun sharoit yaratadi. Agregatsiyaga uchragan trombotsitlar trombin va fibrin bilan birga trombotsitlar quyqasini hosil qiladi-bu kelgusida qondagi ivishish tizimi bilan tromboz paydo bo'ladi.

Qonning ivishishi: 1-fazasi plazma faktorlari (VIII, IX, XI, XII, Xegeman omili) trombotsitlar bilan birgalikda qon trombotsiti hosil

bo'ladi. Tromboplastin Ca^{2+} ionlari bilan birgalikda protrombinni trombinga (2-fazasi) aylantiradi. Trombin XIII faktorning ta'sirida fibrinogenni fibrin-polimeriga (3-fazasi) aylantiradi. Quyqa hosil bo'lishi protsessida fibrin-polimerning retraksiyasi bilan yakunlanadi va tromb hosil bo'ladi. Shunday qilib gemostaz hosil bo'ladi, mayda tomirlardan qon oqishlari maxkam to'xtatiladi. Bu holatlar - ya'ni tromb hosil qilish tez 3-5 daqiqa davomida o'tadi. Trombotsitlar adgeziyasi protrombinning trombinga, fibrin hosil bo'lishi birgina sekund ichida o'tadi.

Vaqtincha qonni to'xtatish usullari. Tasma qo'yish-bu mustaxkam qon to'xtatish usullariga kiradi, bu usulni qo'l-oyoqlarda ishlatish mumkin. Tasma rezinali lenta uzunligi 1,5 metr bo'lib, bir tomonidan metalli zanjir ikkinchi burchida-ilgakdan iborat. Qonni to'xtatish uchun qo'l-oyoqlarning travmalarida uning proksimal qismiga qo'yiladi. Tasma qo'yiladigan joyga yumshoq matolardan o'rab qo'yiladi. Uni bog'lashdan oldin tortiladi va ilgakka yaqin joydan 2-3 aylanma qilinib tasma tortilgan holda aylantiriladi va ilgak zanjirga berkitiladi. Tasma qo'yilgandan keyin vaqt belgilanadi. Arteriyal qon oqishlar oyoqda bo'lganda 2 soatga, qo'llarda esa 1,5 soatga qo'yiladi. Tasmaning to'g'ri qo'yilishi kriteriyasi bo'lib pereferik tomonda pulsning yo'qolishi va qonning to'xtashi. Bundan tashqari terida oqarish ham kuzatiladi. Bemorlarni transportirovka qilish 1,5-2 soatdan uzoq bo'lsa tasma qisqa vaqt yechib (10-15min) arteriyalarda qon oqishi tiklanguncha kutiladi. Bu payt yaradagi tomirlar tupfer bilan yoki barmoq bilan bosib turiladi. Shundan keyin tasma eski qo'yilgan joyga yoki yuqoridan yoki pastroqdan tortiladi. Keyinchalik zarurat tug'ilganda yana tasmani yechish davom etiladi qishda har 30minutda, yoz payti 50-60 minutda qayta qo'yiladi. Ayrim holatlarda maxsus armiya tasmasi qo'yiladi. Bo'yinga tasma qo'yish uchun Kramer shinasi ishlatilishi mumkin. Bu asosan uyqu arteriyasi jarohatida qo'yiladi. Buning uchun bo'yinning sog' qismiga shina qo'yilib jarohat tomoniga mato qo'yilib tasma qo'yiladi. Uyqu arteriyasidan qon ketganda barmoq bilan bosilib ustidan bog'lam qo'yiladi. Son arteriyasi va ko'krak osti arteriyalariga tasma qo'yishda tomir ustiga qalin matodan qo'yilib ustidan tasma qo'yiladi. Qo'l va oyoqlarga tasma qo'yilib transpartirovka qilishda qalin materiallar bilan o'rash kerak, aks holda sovuq oldirib qo'yish mumkin. Ularga og'riqsizlantiruvchi preparatlar

qilinib transportirovka qilish mumkin. Qo'l va oyoqlarga tasma qo'yilib haddan tashqari qattiq qisilganda asab o'qlarini qisichi natijasida parez va paralich holatlari rivojlanishi mumkin va anaerob infeksiyalarning rivojlanishiga sharoit yaratilishi paydo bo'ladi. Shuning uchun ham ana shu xavflar bo'lgani uchun vaqtincha qon to'xtatishda pnevmatik shinalardan foydalanish kerak.



33-rasm. Oyoqlarda qon oqish bo'lganda tasma qo'yish

Klepslar qo'yish. Yaradan qon oqayotgan tomirlarni bog'lash imkoniyati bo'lmaganda – tomirlarni kumush metalli klepslar bilan qisib to'xtatish mumkin. To'la qon to'xtatilgandan keyin ehtimol azolarning bir qismini (taloq jarohatida splenektomiya) olib tashlash mumkin.

Tomirlarni sun'iy embolizatsiya qilish.

Hozirgi paytda o'pkadan, oshqozon ichak tizimidan, bronxial tomirlardan, bosh miya tomirlaridan qon ketganlarida qonni to'xtatish uchun tomirlarni suniy embolizatsiya qilish usullari joriy qilingan. Rentgenologik nazorat yordamida qon oqayotgan tomirga kateter kiritiladi va embol yuborib tomirlarning yorig'i to'ldiriladi va qon oqish to'xtatiladi.

Embol sifatida sintetik polimer materiallardan (silikon, polistirol) yasalgan jelatina shariklar ishlatiladi. Embolizatsiya qilingan joyda keyinchalik tromb hosil bo'ladi.

Tomirlarga choklar qo'yish. Bu usul asosan magistral qon tomirlar jarohatida ulardagi o'tkazuvchanlikni tiklash maqsadida qo'yiladi. Tomirlarga qo'yiladigan choklar quyidagi talablarga javob berishlari kerak: tomirlardan qon oqib o'tishini buzmaslik (ular torayib qolmasligi kerak); tomirlarning yorig'ida iloji boricha kam miqdorda tikuv materiallari bo'lishi kerak.

Choklar qo'llar orqali qo'yilishi va mexanik usulda qo'yiladi. Qo'l bilan qo'yiladigan choklar atravmatik ignalar yordamida qo'yiladi. Ideal

qo'yiladigan choklar uchma-uch holda qo'yiladi. Sirkulyar (aylanma) tomirlar choki tantaldan yasalgan skrepki (qisqich) yani Donesskiy halqasi ishlatiladi.

Mexanik holda qo'yiladigan choklar ancha mukammal bo'lib, tomirlarning yorig'ini toraytirmaydi. Agar tomirlarning yon tomonida jarohati bo'lganda choklar qo'yiladi. Choklar qo'yilgandan keyin fassiyalar yoki mushaklar bilan mustahkamlanadi.

Biologik materiallardan yamoq qo'yish

Tomirlar devorida katta defekt bo'lganlarida (jarohat operatsiya joyida, yaradorlik) ularni yamoq bilan (fassiya, vena devori, mushaklar) yani biologik matolardan yamoq olinib bekitiladi. Ko'pchilik hollarda avtovenalardan (sonning katta teri tagi venasi yoki bilakning yuzaki venasidan) yamoq olinadi.

Transplantatlar

Xirurgiyada tomirlar transplantati auto yoki allotransplantatlari (autotransplantatlar arteriya, venalar va sintetik matolardan tayyorlangan protezlar) shaklida amalga oshiriladi. Rekonstruktiv operatsiyalar uchma-uch anastomoz qo'yishlar yoki transplantatni tikish orqali qo'yiladi.

Fizik usullar. Yuqori harorat ostida qonni to'xtatish oqsilning uyushishiga, past temperaturada tomirlarda spazm bo'lishiga asoslangan. Bu usullar ko'pincha katta operatsiyalar paytida qon oqishlar bo'lganda qilinadi. Diffuz qon oqish kuzatilganda (suyak to'qimalaridan) issiq natriy xlor eritmasi qo'llaniladi. Salfetkalar bosilib qon to'xtatiladi. Teri tagida katta gematomalar bo'lsa muz qo'yib, agar oshqozondan qon oqishlar bo'lganda muz bo'laklari ichkizilish yo'li bilan qonni to'xtatish mumkin.

Arteriyalarni barmoq bilan bosish. Arteriyalarni barmoq bilan bosishda yaxshi qon to'xtatish mumkin ammo bu usulni 15-20minut qo'llash mumkin. Barmoq bilan bosish usuli tomirlarning suyaklarga yaqin joylashganligida qo'llaniladi; uyqu arteriyasi VI bo'yin umurtqasining ko'ndalang o'simtasiga, o'mrov osti arteriyasida birinchi qovurg'aga bosish mumkin, son arteriyalarini qovuq suyagiga bosib, bilak arteriyasini ham suyakka bosib yaxshi to'xtatish mumkin, uyqu arteriyasini barmoq bilan bosib to'xtatish ancha qiyin. O'mrov osti arteriyasi o'mrov suyagining orqasida joylashganligi uchun uni ham barmoq bilan bosib to'xtatish ancha qiyin. Qo'l va oyoqlarda bo'g'imlarni bukish bilak bo'g'imida bilak suyaklarini maksimal holda

bukib bilakda va panjalarda qon oqishda, tizza bo'g'imini bukib- boldir va oyoq panjalaridagi qon oqishlarni to'xtatish mumkin. Ayrim hollarda son arteriyasining jarohatlarida tasma qo'yish imkoni bo'lmaganda sonni qoringa maksimal qisib bukish orqali to'xtatiladi.

Yaralarni tamponlash yoki bosuvchi bog'lamlar qo'yish.

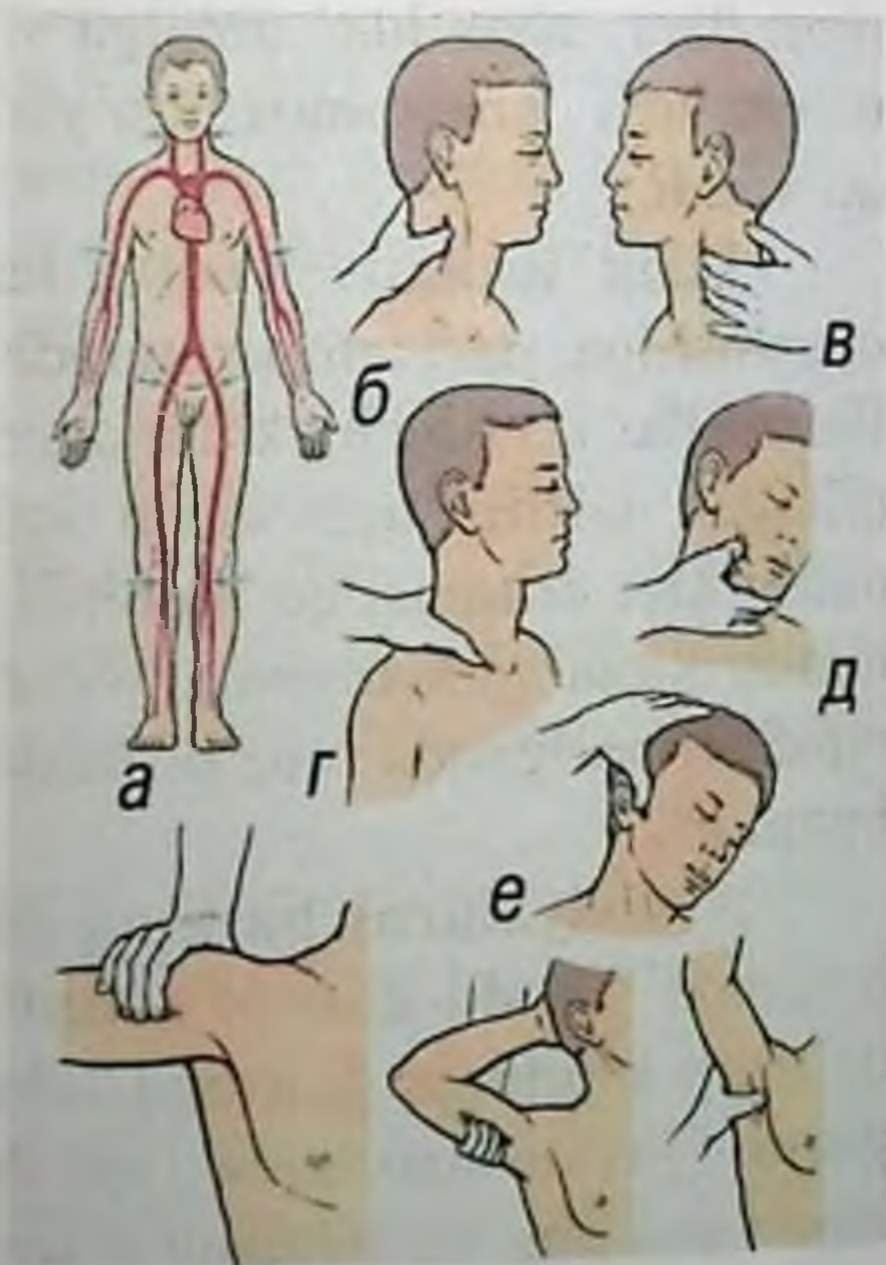
Yaralarga tamponlar qo'yish va bosib turuvchi bog'lamlar qo'yilib immobilizatsiya qilish yaxshi usul hisoblanadi. Bu usullar ko'proq uncha katta bo'lmagan arteriyal va venoz tomirlari va yumshoq to'qimalardan qon oqqanlarida, kalla, bilak va tizza sohalarida uchraganda qo'yiladi. Qattiq tamponlar yaralarga tiqilib ustidan bog'lam qo'yiladi. Tizza bo'g'im osti sohalarida yaralarni qattiq tamponlash bilan qon to'xtatish xavfli bo'ladi, chunki gazli gangrenaga olib keladi. Yaralarga qon quyib yoki ularni sovutish maqsadida rezinali qopchalarga muz qo'yilgan holda to'xtatish yumshoq to'qimalarda qon oqishlari kuzatilganda qo'llanadi.

Yaralarda tomirlarni barmoqlar bilan bosish. Barmoqlar bilan yaralardagi qon oqayotgan tomirlarni bosish operatsiyalar paytida yoki shoshilinch (travmalarda) holatlarda qo'llaniladi. Tashqi o't yo'llarida bo'ladigan operatsiyalarda qon oqish kuzatilganda Piringli usulida arteriya tomirini vaqtincha qisib turiladi qon oqish manbasi aniqlangandan keyin to'la qon to'xtatishga o'tiladi.

Qon to'xtatuvchi qisqichlar qo'yish. Qo'l va oyoqlarning, qorin bo'shlig'idagi, ko'krak qafasida kuzatilganda yuqorida keltirilgan usullarni ishlatish imkoniyati bo'lmaganda yaradagi tomirlarga qisqich qo'yib qon to'xtatiladi.

Tomirlarni vaqtincha

shuntlash. Tomirlarni vaqtincha shuntlash usuli katta tomirlar jarohatida qo'llaniladi. Chuqurda joylashgan jarohatlarda jarohatlangan tomirlar uchlari orqali elastik, qattiq naylar kiritiladi va ikkala tomoni nayga bog'lanadi. Vaqtincha shuntlash, qonni vaqtincha to'xtatadi va arteriyal



34-rasm.

qon aylanishini tiklaydi. Shunt bir necha soatdan bir necha kungacha faollik qilishi mumkin, keyinchalik qon oqishi batamom to'xtatiladi.

Qonni batamom to'xtatish usuli 4 guruhga bo'linadi;
1. Mexanik 2. Fizik 3. Ximik va biologik 4. Kombinatsiyalashgan.

Mexanik usul-yaralarda oqayotgan qon tomirlarni bog'lash-bu ancha og'ir usulga kiradi. Buning uchun jarohatlangan qon tomirlarining markaziy va pereferik uchlarini topish kerak, ular qisqichga olinadi.

Tomirlarni davom etuvchi qismidan bog'lash- bu usul yarada qon oqayotgan tomirlarning uchlarini topish imqoniyati bo'lmasa (uyqu arteriyalarining tashqi yoki ichki qismlarining, dumbaning chuqur a.gluteus profunda arteriyasi jarohatlanganida) va ikkilamchi qon oqishlar kuzatilganda, yani arrosiyaga uchragan tomir katta yiringlash infiltrati ichida bo'lganda qo'llaniladi.

Bu holatlarda topografoanatomik joylashishiga qarab yaradan tashqarida shu qon oqayotgan tomirning yaragacha bo'lgan qismini topib bog'lanadi. Vaholangki bu usulda ham qon oqishining to'la to'xtatishga kafolat bo'lmaydi. Tomirlar uchlarini topish imqoniyati bo'lmasa, tomirlarni atrof yumshoq to'qimalari bilan birga olib tikish mumkin. Agar yaradagi qon tomir qisqich bilan olishga erishganda uni bog'lash imqoniyati bo'lmasa qisqich yarada 8-12 kunga qoldiriladi va mustahkam tromb hosil bo'lgandan keyin olinadi.

Diatermokoagulyasiya yordamida. Bu termik qon to'xtatish turiga kirib, baland chastotali tok ishlatishga asoslangan. Teri tagi yog' qatlamidan, mushaklardan, mayda qon tomirlardan va miyadan qon oqqanda bu usul ko'p qo'llaniladi. Diatermokoagulyasiya quruq yaralarda qilinadi va qon to'xtatishda chuqur kuydirmaslikka harakat qilish kerak, chunki to'qimalar chuqur kuyganida o'ziga-o'zi qon oqishga olib kelishi mumkin.

Lazer. Bu elektron nurlanishlar bog'laminining fokuslangan holda yuborish bilan qon oqishining to'xtatishdagi bir usuli hisoblanadi. Bu usul asosan oshqozon yaralaridan qon oqqanlarida, gemofiliya kasalligida, onkologik operatsiyalari paytida qon oqishlar bo'lganda qo'llaniladi.

Krioxirurgiya- bu maxalliy sovuqlikni ishlatish usuli bo'lib- tomirlar bilan ta'minlangan a'zolar jigar, miya, buyraklarda operatsiya qilishda ishlatiladi. To'qimalarni lokal sovutilganda sog' to'qimalarga zarari tegmasligi kerak.

Ximik va biologik usullar. Qonni to'xtatuvchi moddalar ikki xilga rezorbtiv va maxalliy ta'sir qiluvchi moddalar qon oqayotgan to'qimalar bilan jips joylashganda ta'sir qiladilar.

Umumiy rezorbtiv ta'sir qiluvchi moddalar. Rezorbtiv ta'sir qiluvchi- gemostatik moddalar ichki qon ketishlarda qo'llaniladi. Eng effektivligi to'g'ridan -to'g'ri qonni, plazmani, trombotsitar moddalarni fibrinogen, protrombinlar kompleksi, antigemofil globulin, qriopresipitatlarsiz quyish hisoblanadi. Bu preparatlar tug'ma va ikkilamchi qonni ivishtiruvchi faktorlarning yetishmovchiligidagi kasalliklarda (pernitsioz anemiya, leykoz, gemofiliya) ishlatiladi va yaxshi effekt beradi.

Fibrinogen donor qonning plazmasidan olinadi va gipofibrinogenemiyada, profuz qon ketishlarda (boshqa sabablar bilan) qon o'mini bosuvchi sifatida ishlatiladi. Xozirgi paytda fibrinoliz ingibitorlari keng qo'llanilmoqda va qonning fibrinolitik faoliyatini pasaytiradi. Bu faktorning oshishi o'pkada, yurakda, prostata bezida, jigar sirrozida operatsiya qilinganda, katta dozada qon quyilganda kuzatiladi. Antifibrinolitik moddalar va sintetik moddalar ko'p qo'llaniladi.

Etamzilat-bu preparat tromboplastinning hosil bo'lishini tezlashtiradi va qon tomirlar devorining o'tkazuvchanligini normallashtiradi, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi. Rutozid va askorbin kislota ishlatiladi.

Menadion natriy-bisulfat. Vitamin K ning sintetik suvda eruvchi analogi hisoblanadi. Bu modda qon tarkibida protrombin miqdorining kamayishida kuzatiladigan qon ketishlarda ishlatiladi. O'tkir gepatitda va obturatsion sariqlikda, parenximotoz va kapillyar qon oqishlarning jarohatlarida va oshqozon-ichak tizimidan qon oqishlar bilan operatsiyadan keyin yara kasalligida gemorrodal va uzoq vaqt burundan qon oqishlarda qo'llaniladi.

Mahalliy ta'sir qiluvchilar. Maxalliy ta'sir qiluvchi moddalar keng qo'llaniladi. Parenximotoz qon oqishlarda-jigarning yorilishlarida biologik tampon sifatida mushaklardan olingan bir tutam mushak va charvi tutamini alohida olingan yoki oyoqcha hosil qilgan holda ishlatiladi. Xirurgiyada fibrin plenka, biologik antiseptik tampon, gemostatik kollagen so'rg'ichlar ko'p ishlatilmoqda. Gemostatik va jelatin so'rg'ich, biologik antiseptik tamponlar, suyaklar, mushaklar, parenximotoz a'zolardan hamda miyaning qattiq pardasi sinuslaridan

kapillyar, parenximatoz qon oqishlarda qo`llaniladi. Trombin-preparati donor qonning plazmasidan olinib fibrinogenning fibringa o`tishiga yordam beradi.

Bu preparat kapillyar va parenxematoz qon oqishlarining barcha turlarida ancha effektli hisoblanadi. Ishlatishdan oldin natriy xlorning izotonik eritmasi bilan eritilgan holda qo`llaniladi. Ana shu suyuqlik bilan ho`llangan dokali salfetaklar yoki gemostatik so`rgichlar qon oqayotgan yuzaga kiritiladi. Trombinni katta kalibrli tomirlardan qon ketishlarda ishlatib bo`lmaydi, chunki tarqalgan trombozga olib kelib o`lim bilan tamom bo`lishi mumkin.

Kombinatsiyalangan usullar. Gemostaz xususiyatini oshirish maqsadida har xil qonni to`xtatish usullarini kombinatsiya usulida ishlatish mumkin. Eng ko`p ishlatiladigan usullaridan mushak to`qimasi bilan o`rash yoki tomirlarga qo`yilgan choklarga maxsus kley (yopishqoq) surkash, bir vaqtning o`zida parenximatoz qon oqishlarda biologik tamponlar ishlatishdir.

DVS asorati bilan bemorlarni davolashda avvalo uning sababini, AQH ni tiklash, buyrak yetishmovchiligini bartaraf qilish tadbirlarini o`tkazish hamda gemostazni normallashtirish – heparin natriyni va nativ yoki yangi tayyorlangan plazma, trombotsitar massa; juda ko`rsatmasi bo`lgan holda sun`iy o`pka ventilyatsiyasi qilinadi. Dorivor moddalarning ta`sirida qon oqishlar yuzaga kelganida nativ yoki yangi tayyorlangan muzlatilgan plazma, bilvosita to`g`ri ta`sir qiluvchi antikoagulyantlar ta`sirida bo`lsa menadion natriy bisulfat (vitamin K), heparin dozasi oshirilganda, prota`min sulfat va fibrinolitik preparatlarni inaktivatsiya qilish uchun –aminokapron kislotasi qo`llaniladi.

Gemofiliya bilan bemorlarda qon oqishlar kuzatilganda kriopresipitad, antigemofil plazma, nativ plazma, nativ donor plazmasi, yangi titratlangan qon, ayrim holatlarda to`g`ridan-to`g`ri qon quyilish mumkin.

Ikkilamchi qon oqishlar.

1. Ikkilamchi qon ketishlar bo`lishi mumkin: erta (birinchi 3 sutkada) qon ketishlar.

2. Kechki qon ketishlar – jarohat olgandan keyin (3 sutkadan bir necha kun hatto hafta) ancha vaqt o`tgandan keyin yuzaga chiqadi.

Ikkilamchi erta qon oqishlarning sabablari bo'lishi mumkin: agar qon batamom yaxshi to'xtatilmagan bo'lsa: operatsiyalar vaqtida gemostaz yaxshi nazorat qilinmaganda, tomirlarga qo'yilgan iplar yaxshi bog'lanmasa, qon oqishlar arteriyal qon bosimining operatsiyadan keyin ko'tarilishi, shok holatiga tushishi, gemorragik anemiya, tromblarning joyidan siljib ketishi.

Erta va kech qon oqishlarning asosiy sabablaridan qonning ivishish va unga qarshi qon tizimidagi o'zgarishlar (gemofiliya, sepsis, holemiya), bog'lamlarni, tamponlarni, drenajlarni almashtirishdagi texnik xatoliklar bo'lishi mumkin.

Ikkilamchi kech qon oqishlarning asosiy sabablaridan yaralardagi yiringli yallig'lanish asoratlari, nekrozning rivojlanishi, tromblarning erib ketishiga olib kelishi mumkin. Qon tomirlarda devorini suyak parchalari, metall yot jismlar, drenajlar tomonidan bosim bo'lganligi uchun yara bo'lib, nekozga uchraydi, ular yirtiladi va qon oqishlar paydo bo'ladi.

Ikkilamchi qon oqishlar erta qon oqishlardek arteriyal, venoz, kapillyar, parenximatoz bo'lishi mumkin. Ular tashqi va ichki bo'lishi mumkin. Bemorlar ahvoli qon ketish hajmiga, tomirlarning katta va kichikligiga bog'liqdir. Ikkilamchi qon oqishlari birinchi qon ketishga qaraganda organizm uchun ancha og'ir bo'ladi. Chunki birinchi qon oqishda bemorlar ahvoli og'irlashgan bo'ladi. Shuning uchun ikkilamchi qon oqishda bemorlar ahvolining og'irligi ketgan qon hajmiga to'g'ri kelmaydi.

Ikkilamchi qon ketishning klinik belgilari umumiy va mahalliy simptomlardan iborat bo'ladi va birinchi qon oqishlarning ham ta'siri katta bo'ladi.

Tashqi qon oqishlarning belgilari: bog'lam aniq qizil qon bilan ho'llanishi – arteriyal qon oqish belgilari, venoz qon oqish sodir bo'lsa, qoramtir rangda bo'ladi. Qon oqishlar yaraning ichiga bo'lganda gematoma hosil bo'ladi, og'riq paydo bo'ladi, yarada shish rivojlanadi.

Ichki qon ketishlarda umumiy simptonlar rivojlanadi: holsizlik kuchayadi, teri qoplama oqimtir rangda, pulsi tezlashadi AQB tushadi, laboratoriya tahlillarida: gemogloblin va gematokrit konsentratsiyalari pasayadi. Agar qon ketish oshqozon va ichak tizimida bo'lsa qon qusish, "kofe quyqasi" belgisi, hojati qora rangli, melena rivojlanadi.

Ikkilamchi qon oqishlarni to`xtatish.

Bu qon ketishdagi qon to`xtatish tadbirlari xuddi birlamchi qon oqishlardagidek xususiyatiga ega. Zudlik bilan qon to`xtatish tadbirlarini o`tkazish kerak: tasma qo`yish, barmoq bilan tomirlarni bosish, bosuvchi bog`lamlar qo`yish, tamponlar qo`yish. Agar massiv qon oqishlar bo`lganda yuqoridagi usullardan birini ishlatish, yaralardagi qo`yilgan choklarni olish, yarani yaxshilab taftish qilish zarur. Agar yarada qon oqayotgan tomir aniqlansa, unga qisqich qo`yish keyin uni tikish zarur. Agar kapillyar qon oqish bo`lsa, bosuvchi dokali tampon yoki gemostatik gubka qo`yish lozim. Yarada yiringli yallig`lanish holati bo`lib, ikkilamchi qon oqish kuzatilganda choklar qo`yish yaxshi emas, chunki ular silib ketadi. Shuning uchun tomirlarni qon oqayotgan qismidan, yaradan tashqarida bog`lanadi (sog` to`qimalar sohasida). Demak, kesma yaradan balandda qilinib, tomir topiladi va tomir bog`lanadi. Qon batamom to`xtatilgandan keyin, bemorni gemorragik shokdan chiqarish kerak. Shu maqsad bilan qon quyilish kerak va qon o`mini bosuvchi suyuqliklar tavsiya qilinadi.

Agar ikkilamchi qon oqishlar qorin bo`shlig`ida yoki plevra bo`shlig`ida, oshqozon-ichak tizimida bo`lganda ahvolining og`irligiga qaramay zudlik bilan operatsiya-relaparatomiya yoki retorakotomiya qilinishi kerak. Xirurgik operatsiya bilan bir paytda qonni to`xtatish va shokka qarshi tadbirlar o`tkaziladi.

Operatsiya paytida qon oqish manbai aniqlanadi, batamom to`xtatish- tomirlarni bog`lash, tikish, qon oqayotgan a`zolar to`qimalarini (jigarning, tuxumdonlarning) tikish kerak.

Bo`shliqlarga quyilgan qonlar muddati 24 soatdan ko`proq bo`lmasa, qon oshqozon-ichak trakti mahsulotlari bilan ifloslanishi bo`lmasa, yig`ilib filtrlanadi va bemorga o`z qonini reinfuziya qilinadi. Qon oqish batamom to`xtatilgandan keyin qon o`mini to`ldirish va shokka qarshi terapiya o`tkazish kerak.

Oqayotgan qonni to`xtatishda mexanik usuli, kimyoviy va biologik to`xtatish usullari kombinatsiya holida ishlatiladi.

Agar qon oqishining sababi qonning ivishi va ivishishga qarshi tizimlardagi buzilishlar bo`lganda qonning ivishish faoliyati pasayganda uni aktivlashtirish yoki ivishishga qarshi faktori ko`tarilganda bu faktor aktivligini pasaytirish kabi tadbirlari: plazma, kriopresipitatlar

antigemofil faktor, fibrinogen, trombositlar massa, aminokapron kislotasi qo'llaniladi.

Ikkilamchi qon oqishlarni profilaktika qilish.

1. Operativ davolashda birlamchi qon oqishlarni batamom to'xtatish, yaralarni tikkandan keyin qattiq nazorat qilish, qon to'xtaganligiga ishonch hosil qilish kerak. Agar qonning batamom to'xtaganligiga ishonch bo'lmasa qo'shimcha bog'lash, elektrokoagulatsiya qilish, gemostatik so'rg'ich ishlatish kerak.

2. Birlamchi xirurgik ishlovni texnik jihatdan yaxshi o'tkazish, yot jismlarni, erkin yotgan suyak parchalarini, metal jismlarni (o'q uchi, sochma o'qlar) olish kerak.

3. Yaralarni yiringli yallig'lanish asoratlardan saqlash uchun: aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish, antibakterial terapiya o'tkazish.

4. Yaralarni drenajlash, bo'shliqlarni ularning topografik-anatomik xususiyatlariga asoslanib tomirlar joylashini hisobga olib, ular devorida yaralar paydo bo'lishi bilan arziya bo'lishini ogohlantirish.

5. Har qanday rejali operatsiyalardan oldin qonning ivishish va ivishishga qarshi tizimi holatini aniqlash: qonning ivishishi vaqtini, qon oqish vaqtini, protrombin sathini, trombositlar sonini. Bunday tizimda biror buzilishlar bo'lsa, ularga qarshi maqsadli operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkazilishi kerak, toki ular normal holatga kelmaguncha

6. Bemorlar ahvolidan operatsiyadan keyingi davrda kuchli nazorat qilish – kerak negaki ikkilamchi qon oqishlar kuzatilmasin. Tibbiy xodimlar ikkilamchi qon oqishlar xavfini tushungan holda ularning klinik belgilarini yaxshi bilishlari kerak. Bu belgilarga bog'lamning qon bilan ho'llanishi, holsizlik, teri qoplamasida oqarish, pulsning tezlashishi, kuchsiz to'liqlikda bo'lishi, arteriyal qon bosimining tushishi kabilar kiradi. Ular qonni vaqtincha to'xtatish usullarini yaxshi bilishlari (barmoq bilan bosish, bosuvchi bog'lam qo'yish, tasma qo'yish) zarur.

VI BOB

QON QUYISH

Transfuziologiya(transfusio - quyish, logos-ilm, fan) uning komponentlarini va preparatlarini qon tarkibiga ta'sir qiluvchi qon o'rmini bosuvchi biologik suyuqliklarni quyish haqidagi fandır.

Qon quyish-har xil kasalliklar, bir qator patologik holatlarda (qon oqishlar, anemiya, shok, katta xirurgik operatsiyalarda) bemorlar hayotini saqlab qolishda yakka va almashtirib bo'lmaydigan kuchli davolash tadbiridir. Qon va uning komponentlari, qondan olinadigan preparatlarni nafaqat xirurglar, travmatologlar, akusher-ginekologlar hatto terapevtlar, pediatrlar, infeksiionistlar va boshqa vrach mutaxassislar keng qo'llaydilar. Bemorlarni davolashda qon quyishga qiziqishlari juda qadimdan beri ma'lum bo'lib- Sels, Gomer, Pliniy va boshqa olimlar bu to'g'risida ma'lumot berganlar. Bundan 2000-3000 yillar oldin qadimgi Misrda bemorlarga sog'lom odamlar qonini quyish harakati bo'lgan, ayrim holatlarda o'lim bilan tamom bo'lgan. Yosh hayvonlar (qo'zichoqlarning) qonini bemor kishilarga va qariyalarga quyish katta qiziqish uyg'otgan.

Qon quyish tarixini 3 davrga bo'lish mumkin:

1. **Birinchi davri** - bir necha ming yildan boshlab to 1628-yilgacha ya'ni U. Garveyning qon aylanish tizimini ochgancha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi.
2. **Ikkinchi davri** - Garveyning qon aylanish tizimini ochgandan keyingi davrdir.
3. **Uchinchi davri** - qisqa bo'lib K. Landshteyner tomonidan 1901-yili izogemoglyutinatsiya qoidasi ochilgan davrdir.

Qon quyishning ikkinchi davrida qonni gemotransfuziya qilish texnikasi mujassamlandi: qon venadan olinib venaga quyish, kumush naycha qon qo'yish uchun ishlatiladi, hamda shpristlar bilan qon quyish usuli ishlatiladi; quyiladigan qonning hajmi qo'zichoqning og'irligining pasayishi bilan aniqlangan. U. Garveyning ta'limotiga asosan Fransuz olimi Jan Deni 1666-yilda birinchilardan bo'lib qonni odamga quyishni o'tkazdi, ammo bu muvaffaqiyatsiz tamom bo'lgan. Qon quyishga empirik yondashish ma'lum tajriba olishga olib keldi. Bemorlarda bo'lgan notinchlik, terisining qizarishi, qaltirash holatlarining paydo bo'lishi, qonning nomosligini ko'rsatib qon quyishlar tezda to'xtatilgan.

1875-yilda 347 marta odam qoni transfuziya qilingan va 129 hayvonlar qoni quyilgan.

Rossiyada birinchilardan bo'lib 1832-yili G. Volf tomonidan tug'ish paytida qon oqish bo'lganda qon transfuziyasi muvaffaqiyatli o'tkazilgan. Qon quyishning keyingi ahamiyati to'g'risida 1845yilda I.V.Buyalskiy yozgan va davolash usuli zudlik bilan qilinadigan operatsiyalarda eng muhim o'rinni egallaydi deganlar. A.M.Filomafitskiyning 1847-yilda chiqqan "O'layotgan hayotni qutqarishda qon quyish yagona tadbir to'g'risida traktat" ishida o'sha zamon fan sathida qon quyishga ko'rsatma va uning mexanizmi, texnikasi to'g'risida axborot bergan.

1832-yildan XIX asr oxirigacha hammasi bo'lib 60 marta transfuziya qilingan, shulardan 22 tasi S.P.Kolomnin tomonidan o'tkazilgan.

Hozirgi zamon qon quyish davri 1901-yil K.Landshteyner tomonidan qon guruhi aniqlangandan keyin boshlanadi. Qonning har xil izoagglyutinatsiya xususiyatini odamlarda aniqlab qonning 3 guruhga bo'linishini yaratdi. 1907yilda Y.Yanskiy tomonidan odamlar qoni 4 guruhga bo'linishini topdi.

1940-yilda K.Landshteyner va A.S.Viner tomonidan rezus faktor (Rh-faktor) aniqlandi. Odam qoni eritrotsitlarida antigenlar (agglyutinogen A va B) va qonning zardobida antitela (agglyutininlar α va β) borligi bilan qon guruhlariga bo'linadilar.

Qon quyishda ana shu bir nomli agglyutinogen va agglyutininlarning uchrashishi holati bo'lsa, eritrotsitlarning agglyutinatsiya reaksiyasi (yopishish) paydo bo'ladi va keyinchalik ularning yemirilishiga (gemoliz) olib keladi. Odam qonida har xil nomli agglyutinogen va agglyutininlar bo'ladi. Y.Yanskiy bo'yicha qonning 4 guruhga bo'linishi, klinik amaliyotda ABO sistemasi bo'yicha qon guruhi deyiladi.

Gemotransfuziologiyada muhim bosqich bo'lib, Austin A. tomonidan 1914yilda ochilgan sitrat natriy (limonnokisli natriy) qonning ivishini bartaraf qildi. Ana shu muhim ochilishdan keyin qonni bilvosita quyish rivojlandi va qonni tayyorlash, uni saqlash va majbur bo'lgan holatlarda ishlatish imkoniyati yaratildi. Hozirgi kunda ham qonni konservatsiya qilishda asosiy qism sifatida ishlatilmoqda. Bizning davrimizda qon quyish masalalari bilan XIX asrning ko'zga ko'ringa xirurglari G.Volf, S.P.Kolomnin, I.V.Buyaalskiy, A.I.Filomafitskiy va

keyingi davrlarda V.N.Shamov, S.S.Yudinlar o'z hissalarini qo'shdilar. Qon quyishni ilmiy asoslashda 1921 yili V.N. Shamov tomonidan amaliyotda qon quyish usuli adabiyotda chiqargan axborotidan keyin boshlandi. 1926 yilda Moskva shahrida qon quyish ilmiy tekshirish institut tashkil qilindi. 1930 yil Harkovda va 1932 yil Leningrad shahrida qon quyish institutlari ochildi. B.U.Shamov va S.S.Yudin o'z shogirtlari bilan birga murda qonini quyish usullarini taklif qildilar

Qon manbalari

Hozirgi davrda qon va uning preparatlari, komponentlarini amaliyotda kengishlatilishi bilan ko'pchilik kasalliklarni davolashda qo'llanilmoqda. Qonni tayyorlash, uni konservatsiya qilish, komponentlarga bo'lish, ulardan har xil preparatlar tayyorlash, maxsus stansiyalarda hamda maxsus bo'limlarda amalga oshirilmoqda. Qon preparatlarini olish uchun maxsus operatsiya qiladigan, sovuq holda saqlaydigan, liofilizatsiya qiladigan asbob-uskunalar qo'llanilmoqda. Qonning asosiy manbai donor hisoblanadi. Bizning mamlakatimizda donorlik o'z xohishiga asoslangan, xohlagan odam donor bo'lishi mumkin. Donorning sog'ligi albatta tekshiriladi.

Albatta maxsus reaksiya fon Vasserman reaksiyasi sifilisni aniqlash uchun qilinadi. VICH infeksiya virusini tashuvchilar-VICH ga tekshiriladi.

Quyish uchun util qonini ishlatish mumkin. Bunda asosan plasentar qon ishlatiladi. Avvallari gipertonik kasalligi bilan eklampsiya vaqtida oqizilgan qonlar quyilar edi. Util qonlaridan tayyorlanadi: qon preparatlari, protein, trombin, fibrinogen va boshqalar. Plasentar qoni bolalar tug'ilgandan keyin uning kindik bog'langanidan keyin qon yig'ib olinadi. Aseptik sharoitlarda kindikdan oqayotgan qon konservant solingan shisha idishlarda yig'iladi. Bitta platsentadan 250 ml gacha qon olish mumkin. Har bir tug'ayotgan xotindan qon alohida idishlarda yig'iladi.

Murda qonini tayyorlash, saqlash hamda uni quyish metodikasi V.N. Shamov tomonidan yaratilgan. Albatta murda qonini quyishda katta amaliy ishni S.S Yudin bajargan. Murda qonini tayyorlashda sog' odamlardan ular to'satdan yoki uzoq agoniya keyin har xil travmalardan (yopiq travmatik jarohatlardan, o'tkir yurak yetishmovchiligidan, infarkt miokardi, miyaga qon quyilishlari, elektr

toki ta'sirida) keyin o'lgan sog'lom odamlar qoni ishlatiladi. Infeksion kasalliklardan keyin, onkologik kasalliklar, zaharlanishlar (alkogoldan zaharlanishdan tashqari), qon kasalliklari, tuberkulyoz, sifiliz, OITS bilan kasallangan kishilar qoni olinmaydi. To'satdan o'lganlarning qoni 1-4 soat ichida ivimaydi. Chunki fibrin cho'kadi (difibrinizatsiya bo'ladi). Murda qoni o'lgandan keyin 6 soatgacha bo'lgan muddatda olinadi. Vena tomirlaridan mustaqil holda oqadigan qonni maxsus idishlarga hamma aseptika qoidalariga amal qilgan holda yig'iladi va ular quyish uchun yoki ulardan qon komponentlari va preparatlari tayyorlash uchun ishlatiladi. Murdadan 1 litrdan 4 litrgacha qon olish mumkin. Har xil manbalardan olingan qon maxsus idishlarda qon tayyorlash stansiyalarida quyiladi. Undan oldin albatta qon guruhi ABO tizimi bo'yicha aniqlanadi. Rezus faktor, virusli gepatit, VICH viruslari tekshiriladi. Qon quyilgan paketlar quyilgan qon hajmi, tayyorlangan kuni, qon guruhlari va rezus faktorlar muhrlanadi.

Quyishning asosiy manbasi bu bemor, operatsiyadan oldin qon olinadi va konservatsiya qilinadi. Operatsiya payti o'sha bemorning o'ziga quyiladi (autogemotransfuziya). Hozirgi vaqtda serroz bo'shliqlariga quyilgan qonlar (travmalar, jigar va taloq yorilishlari) plevra va qorin bo'shliqlaridagi qonlarni-autoqonni quyish juda muhim hisoblanadi. Bu qonni o'zaro moslikka sinama o'tkazishning hojati yo'q. Quygan paytida reaksiyalar ham uchramaydi.

Qon komponentlari

1. Eritrositar massa
2. Eritrotsitar bebeebe (quyqasi)
3. Muzlatilgan eritrositlar
4. Yangi muzlatilgan plazma
5. Trombotsitlar massasi
6. Giperimmun plazma

Asosiy gemotransfuzion moddalar

Konservatsiya qilingan qon. Bu qon konservatsiya qiladigan eritmalarning birini qo'llash bilan tayyorlanadi. Bunda stabilizator rolini natriy sitrati bajaradi, o'z navbatida natriy sitrati kalsiy ionlarini bog'laydi va qonni ivishiga qo'ymaydi.

Konservantlar -dekstroza, saxarozalar hisoblanadi. Konservantlar qonga nisbatan 1:4 miqdorda qo'shiladi. Konservatsiya qilingan qon 4-6

0°C temperaturada saqlanadi. Glyugitsir bilan konservatsiya qilingan qon 21 kun saqlanadi. Siglyufad eritmasi bilan qilingani 35 kungacha saqlanadi. U saqlanishga mustahkam. Gemostaz faktorlari va immun faktorlari, kislorodni bog'lash funksiyalari uzoq muddatgacha saqlanish xususiyatiga egadir. Shuning uchun qon oqishlarini to'xtatish uchun 2-3 sutka saqlangan qonni quyish kerak. Immunokorreksiya qilish uchun 5-7 sutka saqlangan qonlar ishlatiladi. O'tkir qon yo'qotishlar, o'tkir gipoksiya holatida 3-5 kun saqlangan qonlarni qo'yish maqsadga muvofiqdir.

Yangi sitratlangan qon. Stabillash uchun 6 % natriy sitrat eritmasi qon bilan 1:10 nisbatda ishlatiladi. Bunday qonni tayyorlangandan keyin birdaniga yoki bir necha soat ichida ishlatiladi.

Geparinlashtirilgan qon - bu sun'iy qon aylanish apparatlarini to'ldirishga ishlatiladi. Konservant va stabilizator sifatida natriy geparin dekstroza va xloramfenikol bilan birga ishlatiladi. Geparinlashgan qon 4°C da 1 sutka mobaynida saqlanadi.

Qon komponentlari. Hozirgi sharoitlarda ko'proq qon komponentlari (alohida tarkibiy qismlar) ishlatiladi. Qonning to'liq qismi (yangi tayyorlangan) bilan ham transfuziya qilinadi. Buning sababi posttransfuzion reaksiyalarga qarshi, uning tarkibida katta miqdorda antigen faktorlari borligidir. Bundan tashqari qon komponentlari bilan transfuziyasi effekti ancha baland. Komponent qonni transfuziya qilish uchun alohida ko'rsatmasi bor; anemiyada, qon yo'qotishlarda, leykopeniyada, agranulatsitozda. Immunodefitsid holatlarda - leykotsitar massa, trombotsitopeniyada - trombotsitar massa, qonning ivishishi tizimida buzilmalar bo'lsa, AQHning defitsitida - qon plazmasi, albumin, protein ishlatiladi.

Qon komponentlarini transfuziya qilish yaxshi effekt beradi, hamda kam qon ishlatiladi, bu esa katta ahamiyatga ega.

Eritrotsitlar massasi - bu to'liq qisimli qondan olinadi - shundan 60-65 % plazmasi cho'ktirish va sentrifugalash usulida olinadi. Bu qon donor qonidan plazma hajmi past, ammo eritrotsitlar konsentratsiyasi baland. Flakonda yoki plastik qopchalarda chiqariladi, 4-6°C haroratda saqlanadi.

Eritrotsitlar aralashmasi - eritrotsitar massasining va konservatsiya qiladigan eritmalar bilan 1:1 miqdorda aralashmasidir.

Stabilizatorlar bo'lib natriy xlor, saqlash muddati 4-5 °C da 8-15 kundir. Bu suyuqliklarni ishlatishga ko'rsatmalar: o'tkir qon yo'qotishlar, shok, qon tizimi kasalliklari, anemiya.

Muzlatilgan eritrotsitlar-qondan leykotsitlarni, ajratish yo'li bilan olinadi. Buning uchun qon 3-5 martagacha ma'lum suyuqliklar bilan yuviladi, sentrafuga qilinadi.

Eritrotsitlarni muzlatish sekinlik bilan bo'lishi elektromuzlatkichda -70 -80°C da muzlatiladi. Tezlik bilan muzlatish uchun esa suyuq azot -196°C talab qilinadi. Muzlatilgan eritrotsitlar 8-10 yil saqlanishi mumkin. Ularni eritish uchun konteyner suv hammomida 45°C da amalga oshiriladi va 4°C da bir sutka saqlanadi. Eritilgan eritrotsitlarning ustunligi-qonning sensibilizatsiyaga olib keluvchi faktori plazmadagi oqsillar, leykotsitlar, trombotsitlar, qonning ivishiga kaliy va serotonin miqdori pastligi va yo'qligidir.

Bu ko'rsatgichlar quyidagi kasalliklarda bemalol transfuziya qilishga ko'rsatma: allergik kasalliklar, transfuziyadan keyingi reaksiyalar, bemorlardagi sensibilizatsiya, yurak, buyrak yetishmovchiligi, tromboz, emboliyada.

Bunday qonni universal donor sifatida ishlatishi mumkin va massiv gemotransfuziya sindromidan holi bo'lish mumkin. Yuvilgan nativ yoki eritilgan eritrotsitlarni leykotsitar antigenni HLA tizimidagi yoki plazmadagi oqsillarga sensibilizatsiyasi bor bemorlarda ya'ni bu moddalarga nisbatan ko'tara olmaslik holatida quyish mumkin.

Trombotsitar massa- konservatsiya qilingan donor qonidan yengil sentrifugalash yo'li bilan olinadi, bir sutkadan uzoq muddatga saqlash mumkin emas, saqlanish 4 °C da 6-8 soat, 22 °C da esa 72 soatgacha saqlash mumkin. Har holda yengil tayyorlangan massalarni ishlatgan ma'qul. Quyilgan trombotsitlar hayoti 7-9 kun. Trombotsitar massani quyishga ko'rsatma bo'lib: har xil sababli trombositopeniya (qon tizimi kasalliklari, nur terapiyasi, ximiyaterapiya), yana o'tkir qon yo'qotishda o'tkaziladigan massiv gemotransfuziyadan gemorragik trombositopeniya yuzaga chiqishida. Trombotsitlar massasini transfuziya qilinadi ABO sistemasi bo'yicha guruhlarining Rh faktor bo'yicha to'g'ri kelmaslikni hisobga olib biologik sinama o'tkaziladi, chunki trombotsitar massasini tayyorlashda donor qoni eritrotsitlari ham aralashishi mumkin.

Leykotsitar massa-massa tarkibida leykotsitlar sonining balandligi va eritrotsitlar, trombotsitlar va plazmaning bo'lishidir.

Cho'ktirish va sentrifugadan o'tkazilgan holda olinadi. Maxsus flakonlarda yoki plastik qopchalarda 4-6 C° da 24 soat saqlanadi. Har holda yangi tayyorlangan leykotsitar massa quyilishi kerak. Transfuziya qilishda bir guruhli, donorning va resipientning rezus faktor mosligi, ayrim holatlarda HLA antigen mosligini ham etiborga olish kerak.

Leykotsitlar massasini quyishga ko'rsatma bo'lib: leykopeniya yuzaga chiqqanda, agranulotsitoz, qon ishlab chiqarish tizimining (nur, kimyoterapiya va sepsis) susayishida. Ayrim holatlarda asoratlar hansirash, tana haroratining ko'tarilishi, qon bosimining tushishi kuzatiladi.

Qon plazmasi. Qon plazmasi suyuq holda to'liq qondan cho'ktirish yoki sentrifugalash qilish yo'llari bilan olinadi. Plazma tarkibida oqsil, katta miqdorda aktiv komponentlar (ferment, vitaminlar, gormonlar, antitelalar) bo'ladi. Qon plazmasini olishganidan keyin 2-3 soat ichida qo'llanilishi kerak. Agar uzoq ushlashga majbur bo'lganda uni saqlashda uni muzlatiladi. Maxsus shishali flakonda plastik qopchalarda 50-250ml hajmda saqlanadi. Muzlatilgan plazma -25 C° temperaturada 90 kun mobaynida, -10 C° da 30 kun saqlanadi. Plazmani ishlatishdan oldin 37-38 C° da eritiladi. Ishlatish mumkin bo'lmagan holatlar: massiv qon ivindisining paydo bo'lishi, rangining o'zgarishi, ko'kimtir holatga kelib qolishi, qo'lansa hid paydo bo'lishi. Plazma qon yo'qotish darajasi -25 % AQHning yo'qotilishida, shokda, kuyish kasalligi, gemofiliya, og'ir yiringli yallig'lanish holatlarida, sepsisda transfuziya qilishda ko'rsatma hisoblanadi. Plazma og'ir allergik kasalliklarda transfuziyaga qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Transfuziyadan oldin ABO bo'yicha gramma mosligi donorning va resipientda aniqlanadi. Quyish paytida biologik sinama o'tkaziladi.

Quruq plazma-quruq plazma muzlatilgan plazmadan vakumli sharoitida olinadi. Flakonlarda 100, 250, 500 ml hajmda quyiladi. Saqlanish muddati 5 yil. Ishlatishdan oldin distillangan suvda yoki natriy xloridning izotonik eritmasi bilan aralashtiriladi. Quruq plazmani ishlatishga ko'rsatma xuddi nativ va muzlatilgan plazmalardek. Uning farqi quruq plazmani gemostatik maqsadda ishlatilishi effektsiz hisoblanadi. Quyish paytida biologik sinama ishlatiladi.

Qon preparatlari. Albumin-plazmani fraksiyalash yo'li bilan olinadi. Eritma shaklida ishlatiladi va 5, 10, 20 gramm oqsili bor (albumin 97 %) 100 ml eritmada. Qo'llanilishi uchun 5 %, 10 %, 20 % eritma holatida flakonlarda 50, 100, 250, 500 ml hajmda chiqariladi.

Flakonlarga quyilgandan keyin suv hammomi bilan 60C°da 10 soat ichida pasterizatsiya (virusli gepatitni yuqtirishdan saqlash) maqsadida qilinadi. Preparat onkotik xususiyatga ega, ular suvni ushlab xususiyati bilan AQHni ko'taradi, shokga qarshi ta'sirga ega. Albuminni har xil shoklarda, kuyishda gipoproteinemiya va gipoalbuminemiya (har xil o'sma shishlarida), og'ir va uzoq davom etuvchi yiringli- yallig'lanish holatlarda, elektroforez o'tkazishda qo'llaniladi. Albuminni qon transfuziya qilinganda davolash effekti kuchayadi, ayniqsa qon yo'qotishlarda, postgemorragik anemiyalarda ayniqsa foydali hisoblanadi. Albumin gipoalbuminemiya-uning miqdori 25g/l dan past bo'lganda transfuziya qilish kerak. Uning dozasi: 20 % li eritmasi 100-200 ml yoki 10 % 200-300 ml, 5 % 300-500 ml dan chiqariladi. Preparat vena ichiga tomchilab (40-60) quyiladi. Quyish paytida biologik sinama o'tkaziladi. Og'ir allergik kasalliklar qarshi ko'rsatma sanaladi.

Protein- odam qon plazmasining oqsili pasterizatsiya qilingach 4,3-4,8 % izotonik eritmasi. Tarkibida albumin (75-80 %) stabil holdagi a va b albuminlar bor. Oqsilning umumiy miqdori proteinda 40-50g/l. Uning terapevtik xususiyati plazmaga yaqin. Protein flakonda 250-500 mldan chiqariladi. Proteinni qo'llashga bo'lgan ko'rsatma huddi plazmadagidek.

Gipoproteinemiya vaqtida uni 1 sutkalik qo'llanish dozasi 250-500 ml. Og'ir shok, massiv qon ketishlarda 1500-2000 ml quyiladi. Protein albatta donor qoni va eritrotsitar massasi bilan birga ishlatiladi.

Protein vena ichiga tomchilab quyiladi, og'ir shok va AQH past bo'lganda katta oqim bilan quyish mumkin.

Kriopretsipitat - bu preparat qon plazmasidan tayyorlanadi, flakonda 15 ml dan chiqariladi. Preparat kompleksida antigemofil globulin (VIII faktor), fibrin stabilizatsiyalovchi faktor (XII faktor), fibrinogen bor. Kriopretsipitat qonni to'xtatish va qon oqishni profilaktika qilishda, qonning ivishi tizimining buzilishi bilan xastalangan bemorlarda VIII-faktor yetishmovchiligi bilan qo'llaniladi (gemofiliya A, Fon Villibrand kasalligida qo'llaniladi).

Protrombin kompleksi-qon plazmasidan tayyorlanadi. Protrombin kompleksida ko'p miqdorda II, VII, IX, X -faktorlari qonning ivishini tashkil qiluvchilari mavjud. Qon to'xtatishda va bemorlarda qon oqishlarni profilaktika qilish uchun gemofiliya V, gipoprotrombinemiya bilan xastalangan bemorlarda qo'llaniladi.

Fibrinogen-plazmadan olinadi va tarkibida qonsentrlangan holdagi fibrin bor. Bu preparat davolash va profilaktika qilish maqsadida tug'ma yoki orttirilgan gipo-afibrinogenemiya bo'lgan bemorlarda profuz qon oqishlarda hamda tug'ruq paytida va uning profilaktik operatsiyalaridan keyingi davrda qo'llaniladi.

Trombin - plazmadan tayyorlanadi. Uning tarkibida trombin, tromboplastin, kalsiy xlorid bor. Flakonda poroshok holida chiqariladi. Kapilyar va parenximatoz qon oqishda, katta yaralarda parenximatoz azolarda operatsiyalar vaqtida qo'llaniladi.

Immunologik ta'sir qiluvchi preparatlar-donor qonida immunologik ta'sir qilish xususiyatiga ega. Uning tarkibida globulin (stafilokok, qizamiqqa qarshi), kompleks immun preparatlardan iborat. Normal odam immunoglobulini (IgG+IgA+IgM) bor. Bu preparatlarni antitelasi yuqori titerli bo'lib shu xil kasallikni o'tkazgan yoki immunizatsiya qilingan donor qon plazmasidan tayyorlanadi. Preparat ampulada chiqariladi va mushak orasiga yoki vena ichiga quyilishi mumkin.

Qonning antigen xususiyati va uning transfuziologiyadagi ahamiyati.

Qonning va uning plazmasida hozirgi vaqtda 500 ga yaqin antigenlari aniqlangan, shulardan 250 tasi eritrotsitlarda topilgan. Antigenlar antigen tizimi bilan bog'liq. Ularning soni 40 talar atrofida bo'lib, shulardan yarmi eritrotsitlardan aniqlangan. Transfuziologiyada hujayra tizimi muhim rol o'ynaydi. Plazma tizimi asosiy ahamiyatga ega emaslar.

Odam qonining eritrotsitlarida shunday tizimlar borki, ular ABO sistemasidek va Rh-faktordek, Kell, Kudd, Lyuteran va boshqalar. Transfuziologiyada muhim ahamiyatga ABO tizimi bilan Rh faktor. ABO tizimiga agglyutinogenlar (antigenlar) A va B, agglyutininlar (antitelo) α va β , agglyutinogenlar eritrotsitlarda bo'ladi, agglyutininlar qonning sivarotkasida. Bir vaqtning o'zida qonda bitta nomli komponentlarning (A va α , B va β) bo'lishi mumkin emas. Ularning uchrashuvi izogemoagglyutinatsiya reaksiyasining chiqishiga olib keladi. Agglyutinogenlar A va B va agglyutininlar qonning 4guruhini aniqlaydi.

1. Birinchi guruh –I (0) eritrotsitlarda agglyutinogenlar yo`q, agglyutinlar α va β bor.

2. Ikkinchi guruh –II (A) eritrotsitlarda agglyutinogen A bor. Sivarotkalarda agglyutin β bor.

3. Uchinchi guruh- III (B) eritrotsitlarda B agglyutinogen, sivarotkalarda α agglyutin bor.

4. To`rtinchi guruh -IV (AB) eritrotsitlarda A va B agglyutinogenlar bor, sivarotkalarda agglyutinlar yo`q.

Agglyutinogenlarning A - A1 va A2 ko`rinishlari aniqlangan. Shunga asosan II (A) guruh qoni II (A1), II (A2) guruhlariga bo`linadi.

IV guruh (AB)- IV (A1B) IV (A2B) guruhlar mavjud.

Resus faktor tizimi Rh faktor 6 ta antigenlari bor (D,d,C,c,E,e). Odamlarning 85 % da Rh faktor antigen D eritrotsitlarida bor, ular rezus musbat hisoblanadilar, qolgan 15 % kishilarning eritrotsitlarda antigen yo`q, ular rezus manfiy hisoblanadi.

Antigen D - juda rivojlangan antigenlik xossasiga ega. Agar rezus manfiylik kishiga Rh antigen (ayrim hollarda bo`ladi, rezus musbat qonni quyishi yoki homiladorlikda rezus manfiy ayol rezus musbat homila bilan) uning organizmida antitela ishlab chiqariladi Rh-faktorga qarshi. Agar qayta Rh-antigen qonga tushsa ya`ni sensibilizatsiya bo`lgan organizmga (qon quyish, qayta homiladorlik) immunkomflikt rivojlanadi. Bunday holda resipientda gemotransfuzion reaksiya paydo bo`ladi, hatto shok holatigacha homiladorlarda bolani o`limiga olib kelishiga va bola tashlashga olib keladi. Bola bordi-yu sog` tug`ilsa ularda gemolitik kasallik paydo bo`ladi.

Odamlarning leykotsitlarida hujayralar membranasida o`sha sistema eritrotsitlaridek sistema mavjud hamda maxsus antigenlar kompleksi bor. Hammasi bo`lib 70 taga yaqin antigenlar bo`lib, ular bir qator sistemalar bilan birlashgan (HLA,NA,NB), ammo bular transfuziologiya amaliyotida ahamiyati yo`q. HLA tizimi leykotsitlarda bo`lishi a`zolar va to`qimalarning transplantatsiyasida muhim hisoblanadi. Donorlarni saralashda albatta donor va resipientlarning mosligi ABO, Rh faktor va HLA gen kompleksi bo`yicha aniqlanadi.

Odam trombotsitlarida ham eritrotsitlar va leykotsitlaridagidek (HLB) hujayra membranasida bor. Bundan tashqari trombotsitlarning antigen tizimida Zw, Ko, Pj ammo bular transfuziologiya va trasplantalogiyada ahamiyati yo`q.

Qonning plazmasidagi oqsil molekulalarida 200 ga yaqin antigenlar aniqlangan, ular 10 ta antigenlik kompleksiga (Ym, Hp, Ye, Tf) birlashganlar. Amaliyot uchun va klinik amaliyotda Ym antigenning immunoglobulin bilan bog'liqligining ahamiyati bor.

Plazma antigenlarining amaliy transfuziyalogiyada e'tiborga olinmaydi. Odam qonida doimiy tug'ma antitela (agglyutininlar α va β) bor, qolgan antitela doimiy emaslar -ular bo'lishi mumkin orttirilgan, hosil bo'lishi mumkin. Organizmga agar har xil antigenlar tushsa (Rh faktor) bular izoimmun antitelo deyiladi. Antigenlar sovuq antitelalarga kiritiladi, ularning, maxsus reaksiyasi (agglyutinatsiya) uy haroratida yuzaga chiqadi. Izoimmun antitelo (antirezus) issiq – ular o'zining ta'sirini tana temperaturasi darajasida ko'rsatadi.

Antigen – antitela o'zaro ta'siri 2 fazada o'tadi: 1- fazasida antitela qon hujayralarida fiksatsiya bo'ladi va shaklli elementlarning yopishishiga olib keladi (agglyutinatsiya).

Antigen-antitela plazma komplimenti qo'shilganda antigen-antitela-kompliment kompleksi hosil bo'ladi va hujayra membranasini eritadi (eritrotsitlar) natijada gemoliz paydo bo'ladi.

Qonning antigenlari transfuziya paytida immunologik nomoslik berishi mumkin. Bunga asosiy rolni antigenli tizimi ABO va Rh-faktor o'ynaydi.

Agar resipient qon quyiladigan bemorning bir xil nomli antigenlar tarkibidagi eritrotsitlar va plazmadagi antitela uchrashsalar eritrotsitlarning agglyutinatsiyasi paydo bo'ladi. Bo'lishi mumkin bir xil antigen va antitela (A va α , B va β), yana Rh antigenida va antirezusli antitelalar uchrashganlarida ham kuzatilishi. Ana shunday reaksiyaning bo'lishi uchun yetarli darajada (titr) qon sivorotkasida antitela bo'lishi kerak.

Ana shu prinsipga asoslanib Ottenberg qoidasi paydo bo'lgan-quyiladigan donor qonidagi eritrotsitlar agglyutinatsiyaga uchraydi, agglyutininlari esa resipient qoni bilan aralashadi va ularning konsentratsiyasi ma'lum darajaga yetmaganligi sababli resipient eritrotsitlarini agglyutinatsiyaga uchrata olmaydi.

Bu qoidani boshqacha qilib aytsak qo'yiladigan donor qondagi eritrotsitlarning taqdiri, qon oladigan yoki resipient qonining sivorotkasidadir. Shunday qilib hamma resipientlarga 0 (I) guruhli qonni quyish mumkin. Chunki bu qonda agglyutinogenlar yo'q. AB (IV) guruhli resipientlarga boshqa guruh qonlarni quyish mumkin. Chunki

ular qonida agglyutinlar yo`q. Bular universal resipientlar hisoblanadi. Vaholanki, katta miqdorda qon quyilganda organizmga tushuvchi quyilgan boshqa guruh qonidagi agglyutinogenlari qon egasi eritrotsitlarini agglyutinatsiyaga olib kelishi mumkin. Shu sababli Ottenberg qoidasini 500 ml gacha donor qoni quyilganda qo`llash mumkin.

Rezus musbat qonni rezus manfiy resipientga birinchi marta quyilganda (avval sensibilizatsiya bo`lmagan) yaxshi nomoslik ko`rinishi bo`lmay o`tishi mumkin, ammo antitela hosil bo`lishiga olib keladi. Rezus manfiy ayolga, homilador paytida sensibilizatsiya bo`lgan rezus musbat homila bilan rezus nomoslikka olib keladi.

Rezus manfiy qonni rezus musbat qonga quyganda antitela ishlab chiqishi mumkin, quyiladigan qondagi kuchsiz antigenli Rh-faktor tizimiga qarshi. Shuning uchun ham quyiladigan qonni qo`llashda Rh-faktor bo`yicha bir guruhligini aniqlab va donor va resipient qonlarini rezus moslikka sinama o`tkazish bilan amalga oshirish kerak. Quyiladigan plazmani (ABO) bo`yicha qon guruhini aniqlab quyiladi. O`ta muhim holatlarda AB (IV) guruhli plazmani hamma resipientlarga, A (II) va B (III) guruhli resipientlarga O (I) guruh plazmani quyish mumkin.

Hozirgi zamon transfuziologiya talabi bo`yicha faqat bir guruhdagi (ABO sistemasi bo`yicha) va bir rezusli qon quyilishi kerak. Juda ekstremal holatda universal donor qonini Ottenberg qoidasi bo`yicha quyish mumkin yoki rezus musbat qonni 500 ml dan ko`p bo`lmagan miqdorda. Bunday holat bolalarda mutlaqo bo`lishi mumkin emas.

Qon guruhini va rezus-faktorni aniqlash, qon guruhini standart izogemoagglyutinatsiyalovchi zardob bilan aniqlash.

Qonning guruhlarini aniqlash uchun quyidagicha ta`minot kerak: ikki komplekt standart gemoagglyutinatsiyalovchi zardob I (0), II (A), III(B) ikkita guruh har xil seriyadagi va bitta ampula sivorotka IV (AB) (har bir ampula uchun toza, quruq pipetkalar qo`yiladi), izotonik NaClning eritmasi flakonda pipetkasibilan, toza, yuvilgan quruq tarelka, predmet oynachalar, steril igna barmoq terisini teshishi uchun, steril holdagi dokali shariklar, spirt. Qon guruhini aniqlash yorug` xonada, xona temperaturasi 15-25 C da bo`lishi kerak. Standart sivorotka bilan har bir ampulaning pasport etiketkasi qon guruhi ko`rsatilgan bo`lishi

kerak, titri, ishlatish muddativa tayyorlangan joyi aniq bo'lishi kerak. Etiketkasi bo'lmagan ampulani qo'llanishi taqiqlanadi.

Qon guruhini ABO tizimi bo'yicha aniqlash uchun aniq rangli markirovka bilan chiqariladi: I (0)-rangsiz, II (A)-havorang, III (B)-qizil, IV (AB)-sariq rangda bo'ladi. Etiketkadagi markirovka rangli chiziq shaklida: I (0) zardob etiketkasida chiziqcha yo'q, II (A) guruh zardob- 2 ta chiziq zangori rangda, III (B) guruh zardob-3 ta qizil chiziq, IV (AV) zardob- 4 ta sariq chiziqlar bo'ladi. Zardoblar 4-10 C temperaturada saqlanadi.

Sivoratka yaxshi oq rangda, tiniq, ampulasi buzilmagan bo'lishi kerak. Cho'kma bo'lsa, xiralashgan bo'lsa, unda yaroqsiz hisoblanadi. Zardob titri 1:32 kam bo'lmasligi, aktivligi baland bo'lishi: agglyutinatsiyaning birinchi belgilari 30 sekunddan kech bo'lmasligi kerak. Saqlash muddati o'tkan zardoblar ishlatishga yaroqsiz hisoblanadi.

Tarelkada 4 ta kvadrat rangli qalam bilan chiziladi (soat strelkasi bo'yicha) I (0), II (A), III (B). Har kvadratlarga pipetka yordamida sivorotkalarining 2 - seriyasidan yo'g'on tomchi tomiziladi. I (0), II (A), III (B) guruhlar. Barmoqning yostiqlari qismidan igna bilan sanchiladi. Birinchi tomchi qonni doka sharik bilan artiladi, keyingi qon tomchilari ketma-ket tomizilgan zardob tomchilari ustiga tomiziladi va yaxshilab aralashtiriladi. Tomizilgan qon tomchisi sivoratka tomchisidan 5-10 marta kam bo'lishi kerak. Taxminiy natijalar 3 daqiqadan so'ng baholanishi, shundan so'ng izotonik NaCl tomchi qo'shiladi va yana aralashtiriladi. 5 daqiqadan so'ng to'la agglyutinatsiya reaksiyasi baholanadi.

Agar izoagglyutinatsiya reaksiyasi musbat bo'lsa, eritrotsitlarning yopishish donachalari izotonik eritma qo'shib aralashtirilgandan keyin ham tarqalmaydi.

Agar reaksiya manfiy bo'lsa tarelkadagi zardob tomchisi tiniq, bir xil pushti rangda, va donachalar bo'lmaydi.

Standart zardoblar bilan o'tkazilgan tahlilda quyidagi agglyutinatsiya reaksiyasi kombinatsiyasi bo'lishi mumkin.

1. Hamma 3 zardoblar ikkala seriyada ham agglyutinatsiya bermasligi. Tekshirilgan qon I (0) guruh.

2. Izoagglyutinatsiya reaksiyasi II (A) sivorotkada manfiy va musbat sivorotkalarda I (0), III (B). Tekshirilgan qon- II (A) guruh

3. Izoagglyutinatsiya reaksiyasi III (B) sivorotkada manfiy ikkala reaksiyasida ham va I(0), III (B) guruhlarda musbat bo'lsa. Tekshirilgan qon- III (B) guruh.

4. I (0), II(A), III(B) sivorotkalarining ikkala seriyalarida musbat reaksiya bersa. Tekshirilgan qon IV (AB) guruh. Batamom xulosa chiqarib tavsiya berguncha izoagglyutinatsiya reaksiyasi standart IV (AB) guruh bilan yuqoridagi usul bo'yicha o'tkazilishi kerak. Manfiy reaksiyasi batamom tekshirilgan qonni IV (AB) guruh degan xulosa qilinadi.

Boshqacha kombinatsiyada aniqlangan reaksiyalarda qon guruhini aniqlashda xatolik bo'lganligini ko'rsatadi. Qon guruhlari to'g'risida olingan ma'lumot bemorlarning kasallik tarixiga uni aniqlagan vrach ismi sharifi va tekshirilgan sanasi bilan birga yoziladi.

Qon guruhini aniqlashdagi xatoliklar bo'lishi mumkin, fakt bilan agglyutinatsiyaning borligi aniqlanmaydi, ikkinchidan, agglyutinatsiyaning yo'qligida uni aniqlanganligi bo'lishi mumkin.

Agglyutinatsiyaning aniqlanmagan bo'lishi mumkin:

1. Standart zardobning kuchsiz faolligida yoki eritrotsitlarning nay agglyutinatsiyalovchi qobiliyatining pastligi

2. Standart zardobda tekshiriladigan qon tomchisi miqdori ko'p bo'lishi mumkin.

3. Agglyutinatsiya reaksiyasining atrof havo temperaturasining haddan tashqari balandligi sababli sekinlashishi.

Ana shunday har xil xatoliklarni yo'qotish uchun, yuqori titrli, faol zardobni qo'llash zarur. Tekshiriladigan qonning hajmi esa standart sivorotkaga nisbati 1:5, 1:10 bo'lishi kerak. Tekshirishni o'tkazish 25°C dan baland bo'lmasligi va natijani 5 daqiqadan oldin (tekshirish boshlangandan) baholash mumkin emas. Agglyutinatsiya aktining yo'qligi ehtimol sivorotka tomchisining qurib qolishi va natijada eritrotsitlarning tanga ustunchalarning paydo bo'lishi qachonki tekshirish 15°C dan past darajada o'tkazilsa.

Tekshirilgan qonga va zardobga NaClning (izotonik suyuqlik) tomchisining qo'shilishi va 15°C dan baland temperaturada tekshirishning o'tkazilishi yuqoridagi xatodan holi qiladi. Qon guruhini aniqlashdagi xatoliklar ko'pincha tekshirish usullarining xatoligidan boshlanadi.

Shuning uchun ishonchli bo'lmagan holatlarda qonning guruhlarini aniqlashda qaytadan standart zardobning boshqa seriyalari yoki standart eritrotsitlar bilan o'tkazish kerak.

Yuvilgan standart eritrotsitlarni aniq guruhli talluqligi bo'yicha ABO tizimida qon guruhini aniqlash

Bemor venasidan 3-4 ml qon probirkaga olinadi va sentrifugalanadi. Tarelkadagi konsentrlangan bo'lmalarga sivorotka tomchilari tomiziladi. Shu tomchilarga standart eritrotsitlar 5 marta kam holda qo'shiladi, aralashtiriladi va 3 minut davomida tarelka tebratiladi va natriy xlorning izotonik eritmasidan 1 tomchidan qo'shiladi, ularni aralashtiriladi 5 minutdan keyin natija baholanadi. Agglyutinatsiya reaksiyasining 4ta extimol variant aniqlanadi.

1. Agglyutinatsiya bo'lmaydi I(0) guruh eritrotsitlari bilan va aniqlanadi II(A) va III (V) gurux eritrotsitlarida. Tekshirilgan qon I(0) guruhi

2. Agglyutinatsiya bo'lmaydi I(0) va II (A) gurux eritrotsitlari bilan Agglyutinatsiya sodir bo'ladi III (B) gurux eritrotsiti bilan tekshirilgan qon II(A) gurux.

3. Agglyutinatsiya bo'lmaydi I(0) va III (B) guruh eritrotsitlari bilan aniqlanadi II(A) gurux eritrotsitlari bilan tekshirilgan qon III(B) gurux

4. Agglyutinatsiya bo'lmaydi I(0), II(A), III(B) gurux eritrotsitlari bilan tekshirilgan qon IV (AB) gurux.

Odam qon guruhini ABO sistemasi bo'yicha aniqlashda soliklon anti A va anti B standart izogemagglyutinatsiya qiluvchi sivorotka bo'lib, A va V antigenlarni eritrotsitlarda aniqlashga asoslangan. Qon guruhini 15 dan 25 C da o'tkaziladi. Farforli tarelkaga bittadan katta soliklonli anti A va anti B tomiziladi, uning qatoriga 10 marta kam tekshiriladigan qondan tomiziladi va alohida tayoqchalar bilan aralashtiriladi. Bo'ladigan reaksiyani 25 minut davomida kuzatiladi. Reaksiya 3.5 s davomida mayda qizil agregatlar va keyinroq donachalar paydo bo'ladi.

1. Agglyutinatsiya soliklon anti A va anti B bo'lmaydi, agar qondagi eritrotsitlardagi A va B aglyutinogenlar bo'lmasa demak tekshirilayotgan qon birinchi I (0).

2. Soliklon anti - A agglyutinatsiya bo'ladi, agar qondagi eritrotsitlarida agglyutinogen - A bo'lsa, tekshirilayotgan qon II (A) gurux.

3. Agglyutinatsiya bo'ldi anti B, tekshirilayotgan qondagi eritrotsitlarda aglyutinogen B bo'lsa, demak qon guruhi III (B)

4. Agglyutinatsiya soliklon anti A va anti B bilan, tekshirilayotgan qonda agglyutinatsiya bo'lsa eritrotsitlarida A va B aglyutinogenlar bor – bu qon guruhi IV (AB) guruhiga ega.

Agar soliklon anti A va V larda agglyutinatsiya bo'lsa (IV (AV) guruhli qon), nomaxsus agglyutinatsiyani aniqlash uchun qo'shimcha izotonik eritma bilan (natriy xlor)nazorat tekshiruvi o'tkaziladi. Katta tomchi (0.1 ml) izotonik eritma mayda (0.01 ml) tekshirilayotgan qon tomchisi bilan aralashtiriladi. Agar agglyutinatsiya bo'lmasa tekshirilayotgan qon IV (AB) qon guruhiga mansub.

Bordi-yu agglyutinatsiya bo'lganda, qon guruhini yuvilgan eritrotsitlar standarti bilan aniqlanadi. Solikonlar anti A, anti V suyuq holda ampula yoki flakonlarda chiqarilib, qizil rang (anti A) va ko'k rang (anti V) belgilar qo'yilgan bo'ldi. Saqlanadi 2-8 C⁰ da muzlatkichlarda, muddati 2yil.

3-jadval

Agglyutinatsiya reaksiyasi		Tekshirilayotgan qon guruhi
Soliklon anti A	Soliklon anti V	
-	-	I(0)
+	-	II(A)
-	+	III(B)
+	+	IV(AB)

Qonning Rh-muttasibligini qon aglyutinatsiya usuli bilan tekshirishda maxsus anti-Rh sivorotka yordamida laboratoriya sharoitida o'tkaziladi.

Rh-faktorini aniqlash

Taxminan qonning guruh mosligi ABO bo'yicha aniqlanadi.

Taminot: 2ta har xil seriyali anti Rh standart sivorotka tekshirilgan qon ma'lum guruxlarga mos yoki yuvilgan standart bir guruxli rezus-musbat rezus-manfiy eritrotsitlar Petri kosachasi, suv hammomi, sivorotka uchun pipetka, predmet shishacha yoki shishali tayoqchalar chashka Petri kosachasiga 3ta katta tomchilar sivorotka Rh-anti bir seriyadan va parallel ravishda 4 tomchi boshka seriyadan va 2ta gorizontal holda 2 seriya sivorotka bo'ldi. Shundan keyin 1-qator

vertikal qatordagi sivorotkaga ikkala seriyadan tekshiriladigan qon tomchisi qo`shiladi 10:1 yoki 5:1 miqdorida. O`rtacha qatordagi standart rezus-musbat eritrotsitlar, 3-qatorga rezus-manfiy standart eritrotsitlar (spetsifikaga xos nazorat) har bir tomchi aloxida shishali tayoqcha bilan eritrotsitlar aralashtiriladi chashka yopiladi va suv hammomi 46-48 °C temperaturada ushlanadi. 10 minut o`tgandan keyin natija o`qiladi. Standartli rezus-musbat eritrotsitlar tomchisi bilan agglyutinatsiya bo`lishi kerak, rezus-manfiy eritrotsitlar tomchisida agglyutinatsiya yo`q. Tekshiriladigan eritrotsitlar bilan ikkala guruhda agglyutinatsiya bo`lsa-qon rezus musbat, agar agglyutinatsiya bo`lmasa-rezus manfiy qon.

Sivoratkaga izotonik natriy xlorid tomiziladi bu qonning guruxini ABO sistemasida aniqlashda qilinadi (standart sivoratkalar yordamida), bu rezus faktorni aniqlashda qat'iy man qilinadi chunki bu reaksiya agglyutinatsiyani buzadi. Rh faktorni aniqlashda bo`ladigan xato standart sivoratkalarning anti Rh faolligining pasayishi, sivorotkalarning proporsiyalarning buzilishi qonni tekshirishda temperatura rejimiga rioya qilinmaslik, vaqt ekzpozitsiyasining (10 minutdan kam) kamligi, izotonik natriy xlor eritmalarning qo`shilishi, sivorotkaning faolligi va mosligini nazorat sinama bo`lmaganligi standart sivorotkalarning guruxli mos kelmasligi va tekshiriladigan va standart eritrotsitlarga mos emasligi

Yekspress usullar Rh faktorini aniqlash uchun alohida reagent sivorotka anti-Rh IV (AB) guruhli 20-30% aralashgan odam albumin eritmasi bilan yoki 30-33% dekstran eritmasining mol massasi (50-70000) ishlatiladi. Bu modda xona haroratida eritrotsitlar agregatsiya qilish xususiyatiga ega sifatida ishlatiladi.

Anti Rh - IV (AB) guruhli standart sivorotkasi predmet oynasiga tomiziladi va parallel ravishda rezus-manfiy sivorotka IV (AB) guruhli antitelasi yo`q tomchisi tomiziladi. Shularga 2-3 marta kam hajmdagi tekshiriladigan qon tomchisi qo`shiladi 3-4 daqiqa ichida yaxshilab aralashtiriladi. Shundan keyin 1 tomchi izotonik natriy xlor eritmasi qo`shiladi va 5 min o`tgandan keyin reaksiya o`qiladi. Agar agglyutinatsiya eritrotsitlarning anti Rh sivorotka bilan aralashganida bo`lsa, nazoratli sivorotka bilan bo`lmasa qon rezus musbat hisoblanadi. Agar agglyutinatsiya ikkala sivaratkalar bilan ham bo`lsa qon rezus manfiy.

Agar ikkala guruh sivoratkalarida agglyutinatsiya belgilari paydo bo'lsa rezus-mavxum.

Zudlik bilan quyilishda faqat rezus manfiy qon kerak. Agar bu qonning yo'qligida rezus-musbat qonni quyish Rh sinamasini o'tkazgandan keyin hayot uchun o'ta xavfli.

4-jadval

Gipovolemik shokda zarur bo'lgan qon hajmi

Shok darajasi	Sistolik arterial qon bosimi mm.sim.ust	Puls lmin	Zarur bo'lgan qon hajmi
I	100-130	100	250-500
II	80-90	120	1000-2000
III	80	140	2000 dan ko'p

Qon quyish usullari

Xozirgi vaqtda quyidagi qon quyish usullari ishlatiladi:

1. Konservatsiya qilingan qonlarni quyish (bilvosita qon quyish usuli)
2. Almashinuvchi qon quyishlar
3. Autogemotransfuziya

Klinik amaliyotda hozirgi kunda asosan bilvosita ya'ni konservatsiya qilingan qon yoki uning komponentlari quyiladi. Qonni to'g'ridan to'g'ri yoki donordan olib resipiyentga quyish deyarli qo'llanilmaydi. Bunga ko'rsatma bo'lib:

1. Gemofiliya kasalligi bilan uzoq davom etuvchi qon oqishlarda va ular gemostatik davolashda effekt bermaganda
2. Qonning ivish xususiyati buzilishida (o'tkir fibrinoliz, trombotsitopeniya, afibrinogemiya), massiv qon quyishdan keyin va qon tizimi kasalliklarida
3. Travmatik shokning 3 darajasida va qon yuqotishning og'ir darajasi ko'rsatma bo'lganda 25-50 % AQHning yo'qotilishi, kontservatsiya qoni quyilishining foydasizligi.

Qonni to'g'ridan – to'g'ri quyish uchun qon quyish stansiyalarida donorni tekshirishdan o'tkazish kerak. Qonni quyishdan oldin qon guruxini va donor rezus - qaramliligini va resipientning ham shu tekshirishlari va qon guruhlarining mosligi sinamasi o'tkaziladi. Bu rezus Rh - faktori bo'yicha va qon quyish boshlanishida biologik sinama

o'tkaziladi. Qon quyish shpris orqali yoki maxsus apparatlar yordamida amalga oshiriladi.

Qonni almashtirish maqsadida quyishlar

Qonni almashtirish uchun quyilishi resipient qon xavzasidan olinadigan qonni qisman yoki batamom olib tashlab bir vaqtning o'zida shu miqdorda quyiladigan qon bilan to'ldirilishi kerak. Ana shunday qonni to'liq ravishda almashtirishga ko'rsatma bo'lib xar xil zaxarlanishlar, chaqaloqlarda gemolitik kasalliklari, gemotransfuzion shok, o'tkir buyrak yetishmovchiligi. Almashtiriladigan qonni eksfuziya qilish bilan zaxarli moddalar, toksinlar organizmdan qon orqali chiqarilib tashlanadi. Ana shu qon o'rmini to'ldirish maqsadida qon quyiladi. Qonni almashtirishda yangidan kontservatsiya yoki juda qisqa muddatda konservatsiya qilingan va saqlanishi uzoq bo'lmagan qon ishlatiladi. Quyiladigan qonni xohlagan yuzaki venalar orqali, vaholanki qonni eksfuziya qilishda katta kalibrdagi venalar yoki arteriyalar orqali amalga oshiriladi. Katta qon tomirlardan eksfuziya qilish uzoq davom etgan protseduralarda qonning ivib qolishidan profilaktika qiladi. Qonni chiqarish va donor qonini quyish bir vaqtda o'rtacha 15-20 min davomida 1000 ml quyish tezlikda amalga oshiriladi. Qonni to'la almashtirishda 10-15 l donor qoni talab qilinadi.

Autogemotransfuziya - operatsiyadan oldin yoki operatsiya paytida bemorning o'z qonini quyishni amalga oshiriladigan tadbirdir. Autogemotransfuziya qilishning asosiy maqsadi xar xil manfiy xususiyatlardan tozalangan bemorning o'z qonini operatsiya paytida yo'qotilgan qon miqdorini to'ldirishdir. Autogemotransfuziya donor qonini quyishda uchraydigan xar xil asoratlarini (resipientning immunizatsiyasi, gomologik qon sindromining rivojlanishi) to'la bartaraf qiladi. Shu bilan birga antigenga antitelasi bor bo'lgan eritrotsitlarida ABO va Rh tizimiga kirmagan bemorlarga shaxsan kerakli donorni tanlash imkoniyatini beradi. Autogemotransfuziyaga malum ko'rsatmalar mavjud: kam uchraydigan qon guruxi, donor tanlash qiyinchiligi, og'ir postransfuzion asoratlarning rivojlanish xavfi, katta qon yuqotish bilan bo'ladigan operatsiyalar.

Autotransfuziyaga qarshi ko'rsatmalar - har xil yallig'lanish kasalliklari, jigar va buyraklardagi og'ir patologik xolatlar (bemorlarda kaxeksiya bo'lsa) va xavfli o'sma shishlarning oxirgi bosqichlari.

Qonni reinfuziya qilish: Travma sababli qorin va plevra bo'shlig'iga quyilgan qonlarni, xar xil ichki azolar kasalligida yoki

operatsiyalardan keyin sodir bo'ladigan qon oqishlardagi bemor o'zining qonini qayta quyish ancha ilgari malum bo'lgan. Bachadondan tashqari xomiladorlikda, taloq, jigar, charvi, qon tomirlari, ichki qon tomirlari, o'pka qon tomirlarining jaroxatida quyilgan qonlarni reinfuziya qilinadi. Qonni reinfuziya qilishga qarshi ko'rsatma bo'lib ichi g'ovak a'zolaridan: ko'krakning (bronxlar, qizilo'ngach), qorin bo'shlig'i a'zolarining (oshqozon, ichaklar, o't xaltasi, jigardan tashqari o't yo'llari) siydik qopining, hamda xavfli o'sma shishlarining borligi xisoblanadi, qorin bo'shlig'ida 24 soatdan ko'proq muddatda qorin bo'shlig'iga quyilgan qonlarni quyish man etiladi.

Bo'shliqlarga quyilgan qonlarni konservatsiya qilish uchun maxsus eritmalar 1:4 munosabatda geparin natriy izotonik eritmasi bilan 10 mg - 50 ml izotonik natriy xlor eritmasiga 500 ml flakonda aralashtirilib ishlatiladi. Qon maxsus cho'michlar bilan 8 qavatli doka orqali quyiladigan flakonga (idishga) filtratsiya qilinadi yoki maxsus so'rg'ich asboblari bilan so'rib olinishi ham mumkin. Xozirgi kunda qonni aspiratsiya qilib uni qayta quyish usuli ishlatiladi. Oxirgi yillarda qonni reinfuziya qilishda apparat ishlatilmoqda. Bu usul qorin va ko'krak bo'shliqlariga quyilgan qonni surib olib birdaniga bemorga yuborishni ancha yengillashtiradi.

Operatsiya paytida yaraga quyilgan qonni so'rib olib bemorning o'ziga quyish ancha effektli usul xisoblanadi. Bu holatda ham 8 qavatli doka bilan suziladi. Maxsus stabilizator solingan idishlarga qon yig'ilib, keyin reinfuziya qilinadi. Agar yaraga quyilgan qon ifloslangan bo'lsa, yiring, ichak suyuqliklari, oshqozon suyuqliklari, bachadon yirtilishi, xavfli shishlar topilsa reinfuziya qilish mutloq man etiladi.

Maxsus tayyorlangan qonni reinfuziya qilish

Avvaldan tayyorlangan qonni autotransfuziya qilishda qonni eksfuziya qilinadi va konservatsiya qilinadi. Eksfuziyani operatsiyadan 4-6 kun oldin qilinadi, ana shu muddatda yo'qotilgan qon tiklanadi, ikkinchidan olingan qon xossalari yaxshi saqlanadi, shunday vaqtda to'qimalar orasidagi suyuqliklar qon tomirlariga o'tadi, tomirlar xavzasidagi bosim oshadi, bunday holat hamma qon yo'qotishlarda yuzaga chiqadi. Qon zaxirasini tayyorlashning bu usulida olinadigan qon xajmi 500 ml dan oshmaydi. Ana shunday etap bilan qon tayyorlash operatsiyaga tayyorlash muddatining ancha uzoqqa chuzilishlari xolatida bo'ladi va 1000 ml gacha 15 kun oldin, 1500 ml qonni 25 kun oldin tayyorlash mumkin. Keltirilgan usulda qon tayyorlashda avvalo 300-400

ml qon olinadi. 4-5 kun o'tgandan keyin bemorga bu qon quyiladi, yana qon olinadi 200-250 ml ga qon xajmi oshiriladi. Ana shunday tadbirlarni 2-3 marta takrorlab ancha katta miqdorda auto qonni tayyorlash mumkin. Bu qonni saqlash 4-5 kunni tashkil qiladi. Olingan qon konservatsiya qilinadigan eritmalar bilan flakonda 4 C temperaturada saqlanadi. Bordini auto qonni uzoq muddatga muzlatish bilan -196 C⁰ da (o'ta past xaroratda) saqlash mumkin.

Gemodilyusiya: Operatsiya paytida qon yuqotishning xajmini kamaytirishda - gemodilyusiya (qonning suyuqlanishi) muhim usul bo'lib operatsiyadan oldin o'tkaziladi. Buning natijasida operatsiya paytida suyulgan, aralashgan qonni yo'qotadi, bunda shaklli elementlar va plazmani faktorlari kamayadi.

Autotransfuziya uchun qonni operatsiyadan oldin, venadan eksfuziya konservant quyilgan flakonga quyiladi, ana shu paytning o'zida gemodilyutant tarkibida dekstran bo'lib mol. massasi 30000-40000, 20 % albumin va Ringer-lokk, gemotokrit $\frac{1}{4}$ ga pasayganda qonni eksfuziya qilish xajmi 850ml bo'lib, quyiladigan suyuqlik xajmi 1100-1200 ml (dekstran) o'rtacha mol. massasi 30000-40000 ml, Ringer-lokk suyuqligi 500-600 ml, 20 % albumin 100 ml. Agar gemodilyusiya ancha chuqurlashsa gemotakrit $\frac{1}{3}$ dan tushsa, olinadigan qon xajmi 1200 ml bo'ladi, quyiladigan suyuqliklar xajmi 1600 ml (dekstran) o'rtacha mol. massasi 30000-40000 700 ml, Ringer-lokk 750ml, 20 % albumin 150 ml operatsiyadan keyin olingan qon bemorga quyiladi.

Operatsiyadan oldin qon yuqotish xajmini kamaytirish maqsadida gemodilyusiyaning qonni eksfuziya qilmay qon tomirlar xavzasida yaxshi to'xtatiladigan infuzion suyuqliklar yani: kolloid xususiyatiga ega bo'lgan aylanadigan qon xajmini ko'paytiradigan albumin, dekstran (o'rtacha mol.og'irligi 50000-70000) jelatina qo'shma xolda qon o'rni bosuvchi suyuqliklar (Ringer-lokk) quyiladi.

Autoplazmotransfuziya: operatsiya paytida va gomologik qon sindromini aniqlash bilan qon yo'qotishni to'ldirishni o'zining plazmasi bilan amalga oshirish mumkin. Auto qonni tayyorlash paytidagi qonni yo'qotishni autotransfuziya qilish bilan to'ldirish mumkin. Autoplazma plazmoferez va konservatsiya qilish usuli bilan olinadi va bir martalik hech kanday zararsiz eksfuziya dozasi 500 ml. Keyingi eksfuziya 5-7 kundan keyin o'tkazish mumkin. Konservant sifatida natriy sitrat suyuqligi qo'llaniladi. Operatsiya vaqtidagi qon yo'qotishni tiklash

uchun autoplazma qon o`rmini bosuvchi suyuqlik hamda qonning asosiy tarkibi asosida quyilishi mumkin. Autoplazmani yuvilgan, eritilgan eritrotsitlar massasi bilan kombinatsiya xolatida ishlatish qonning gomologik sidromini profilaktika maqsadida quyiladi.

Qon quyishning asosiy usullari

Vena ichiga qon quyishlar: bu qon quyishning asosiy yo`lidir, ko`pincha tirsak bug`in soxasidagi vena yoki o`mrov osti venasi punksiya qilinadi, juda kam xolatlarda veneseksiya qilinadi. Vena punksiya qilish uchun yelkaning pastki uchligida tasma quyiladi. Teri spirt bilan ishlanib barmoqlar qisiladi. Shpris bilan igna birga, ayrim xolatlarda ignaning o`zi teriga sanchiladi, bu venaning oldingi soxasida teshiladi (bir necha bor), shprisga qon chiqsa demak to`g`ri venaga tushildi, 3-4 ml qon taxlillar uchun olinadi (qon guruhi, resipientning va qonning mosligi uchun sinama) shundan keyin tasma yechiladi, ignaga suyuqlik ulanadi natriy xlor eritmasi ignada tromb hosil bo`lmasligi uchun yuboriladi. Ignaga teriga maxkamlanadi (leykoplastir bilan).

ABO bo`yicha qon guruxi va Rh-faktor aniqlanadi, keyin qon guruxining mosligi sinamasi o`tkaziladi va sistemaga qon ulanadi.

Bordi-yu vena punksiya qilish mumkin bo`lmasa (shok xollarda venalar puchaygan yoki semizlik) vena seksiya qilinadi. Veneseksiya qilinadigan soxa terisi spirt bilan ishlanadi, steril sharik bilan aloxida tozalanadi, kesma qilinadigan soxa 0.25% novokain eritmasi bilan infiltratsiya qilinadi. Teri kesiladi, teri tagi yog` qatlami ham kesilib vena topiladi. Venaga ushlagich iplar tagidan o`tkaziladi, venada kichik kesma qilinadi va igna yuqori tomonga qarab kiritiladi. Uning markaziy qismi ushlagich ipning biri bilan bog`lanadi. Ignaga qon quyiladigan tizim ulanadi. Teriga 1-2 ml qon kiritiladi. Venaseksiya uchun yengil texnik jixatdan boldirning oldingi venasini medial soxada boldir-panja bug`ini yuqorisidan to`piqdan ozrok qiya olgan xolda kesma qilib vena topilishi kerak. Agar qon va suyuqliklar birinchi kun ichida quyilishi kerak bo`lsa, o`mrov osti yoki tashqi bo`yinturuq venasi punksiya qilinadi.

Qon quyishning arteriya ichi usuli

Arteriyaga qon quyishlar quyidagi xolatlarda o`tkaziladi: klinik o`limda (nafas olish va yurak to`xtaganda), massiv qon oqishlar bilan tiklanish bo`lmagan; og`ir travmatik shokda uzoq vaqt qon bosimining past 60 mm sm ustunida qolishi, vena ichiga qon quyilishlar effekt

bermaganda. Arteriyalar ichi qon quyilishlarning effektligi yurak - qon tomirlarining stimulyatsiya bo'lishi, qon oqishining muxim tomirlarda tiklanishi. Yaxshi effekt olish uchun qon 200-250 ml 1/5-2 min ichida tezlik bilan 200 mm sim. ustuni bosimida quyiladi, yurak faoliyatning tiklanishi bilan bosim pasaytiriladi 120 mm sm.ust gacha. Puls yaxshi aniqlangandan keyin qonni vena qon tomirlari orqali quyilib boshlanadi, sistolik arterial bosim 90-100 mm.sm.ust tushganda igna arteriyadan uziladi. Arterial qon quyishlarning vena ichiga quyishlardan farqi uzun igna flakonga yuboriladi va unga maxsus Richardson balloni ulanadi va ballon orqali xavo yuboriladi va tanometr orqali nazorat qilinadi. Arteriya tomirini Dyuffo tipidagi igna bilan punksiya qilinadi. Punksiya uchun son yoki yelka arteriyasi tanlanadi. Ayrim holatlarda arterioseksiya qilinadi, asosan tirsak yoki orqa boldir arteriyasida qilinadi. Qonni katta bosim orqali yuborishda xavo emboliyasi xavfi baland. Shuning uchun tizimdagi qon satxidan xabardor bo'lib turish lozim.

Aorta ichiga qon quyish. Aorta ichi qon quyishlar to'satdan kuzatilgan klinik o'lim, massiv qon ketishlar, torakal operatsiyalar paytida qo'llaniladi. Buning uchun son arteriyasidan punksiya yoki seksiya qilinadi, kateter aortaga kiritiladi. Xuddi arteriya ichiga yuborgandek qon bosim orqali yuboriladi.

Suyak ichiga qon quyishlar - boshqa usullarni qo'llash imkoniyati bo'lmasa (katta foizli kuyishlarda) to'sh suyagiga, yonbosh suyagining tojlariga hamda tovon suyagiga quyiladi. Bemor yelkasiga yotqizilgan xolda tos suyagi punksiya qilinadi, buning uchun maxalliy infiltratsion anesteziya tos suyagining ushlaydigan yoki uning tana qismida qilinadi. Buning uchun maxsus igna (Kassirskiy ignasi) ushlaydigan qo'l qismi bo'ladi. Operatsiya maydoni spirt bilan ishlab, uning o'rta qismida teri orqasi ichki sanchiladi. Teri va teri tagi yog' qatlamidan o'tgandan keyin biroz qiyinchilik bilan suyakning qattiq plastinkasi teshiladi. Igna bo'shliqqa tushgani xissiyoti paydo bo'lgandan keyin ignadan mandren olinadi va shpris bilan suyak miyasi so'riladi. Shprisga suyak iligi tortilgandan keyin deshan igna suyak miya qismida ekanligidan keyin igna orqali 3-5 ml 1-2% novokain yuborilib, sistema orqali qon quyishni boshlaydi. Yonbosh suyagining orqa uchligidan punksiya qilinadi, chunki shu qismida ko'mik qismi siyrak joylashgan qon quyish yengil. Qon suyakning ko'mik qismiga sekinlik bilan 5-30 tomchi 1 minutda tezlik bilan 250

ml qonni 2-3 soat mobaynida quyiladi. Qon quyishni tezlashtirish uchun flakon yuqoriga ko'tariladi va 220 mm.sm.ust gacha bosimni oshirib, havo flakonga yuboriladi.

Qon quyishlarda vrachlar xarakati va uning bajarilish tartiblari

Odamning tirik to'qimalarini transplantatsiya qilish bu – qon quyishdir. Bu usul bilan bemorlarni davolash amaliyotda keng tarqalgan. Qon quyish bilan tibbiyotning hamma soxalarida ishlaydigan mutaxassislar shug'ullanadi. Xozirgi zamonaviy transfuziologiya fani juda yaxshi rivojlandi va qon quyish bilan bog'liq eng xavfli asoratlarni ham bartaraf etish imkoniyatiga ega bo'ldilar. Qon quyishda bo'ladigan xar xil asoratlar asosan transfuziologiya fanining asoslarini bilmaslik va qon quyish texnikasi qoidalarini buzishlar bilan bog'liqdir. Ana shunday xatoliklardan qonni quyishga ko'rsatmalarni noto'g'ri tanlash, qon guruxi yoki rezus-faktorlar mosligini, donor va resipientging shaxsiy mosligini aniqlashda sinamalarning noto'g'ri aniqlanishidir. Shunday qilib qon quyishda uning qoidalarini to'g'ri bajarish va vrachlarning qilgan tadbirlari ketma-ketligini to'g'ri amalga oshirilgandagina muvaffaqiyatga erishishlari mumkin.

Qon quyishga ko'rsatmani to'g'ri aniqlash

Qon quyish-bu bemor uchun ancha muxim davolash tadbirlaridan bo'lib unga ko'rsatmalarni to'g'ri qo'yish kerak. Agar bemorni davolashda erishiladigan natija qon quymasdan ham yaxshi bo'ladigan bo'lsa yaxshisi qon quymaslik kerak. Demak qon quyishga ko'rsatma bo'lib: organizmdagi qon xajmini to'ldirishda qon va uning komponentlarini boshqacha usulda to'ldirish imkoniyati bo'lmasa, qon oqishlarda qonning ivish tizimining faolligini ko'tarish maqsadida quyiladi, qon quyishga mutlaq ko'rsatma bo'lib o'tkir qon yo'qotishlar, shok, katta qon oqishlar, og'ir anemiyalar, og'ir o'tadigan operatsiyalar shunday suniy qon aylanishlar mavjudligi. Qon va uning komponentlarini yana xar xil onkologik og'ir anemiyalar, qon kasalliklari, yiringli yallig'lanish kasalliklari, og'ir intoksikatsiyalarda ham quyish ko'rsatma bo'ladi.

Qon quyishga ko'rsatmalar

1. O'tkir qon yo'qotishlar

2. Travmatik shok II-III darajasi
3. Og'ir kuyishlar va kombinatsiyalangan radatsion jarohatlar
4. Rivojlangan yiringli va anaerob intektsiyalar
5. Zaxarlanish va intoktikatsiyalar
6. Katta hajmdagi operatsiyalar

Qon quyishga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash

Qon quyishga qarshi ko'rsatmalar: yurak nuqsonlarida, miokarditlarda, miokardiosklerozlarda yuzaga chiqadigan yurak faoliyatining dekompensatsiya bosqichi, septik endokarditlar, gipertoniya kasalligining III bosqichida, miyada qon aylanishining buzilishi, tromboemboliya kasalligi, o'pka shishi, o'tkir glomerulonefrit, og'ir jigar yetishmovchiligi, umumiy amiloidoz, allergik xolatlar, bronxial astma. Qon quyishda qarshi ko'rsatmalarni aniqlashda bemorlardan transfuziologik va allergiologik anamnezini aniqlash katta ahamiyatga ega. Demak oldin ham qon quyilganda bemordagi bo'lgan reaksiya borligi albatta xavfli guruhlariga kiruvchi retsipientlarni aniqlash o'ta zarur bo'lgan. Bunday xolatlariga 3 hafta va undan ko'proq muddatlarda qon quyilganda bemorda bo'lgan reaksiyalar: anamnezida noxush tug'ruqlar bo'lgan ayollar, bola tashlash, gemolitik kasallik yoki sariqlik bilan tug'ilgan bolalari bo'lganlar, yemirilish bosqichidagi xavfli o'sma shishlari bor bemorlar, qon kasalligi va uzoq vaqt yiringli kasalliklar bilan xastalangan bemorlar. Anamnezida qon quyilganda reaksiya bergan bemorlar va akusherlik anamnezi noxush bo'lganlarda. Rh - faktoriga sensibilizatsiya bo'lgan degan fikrga kelish mumkin. Ana shunday xolatlarida qon quyishni to'xtatib turish kerak, qondagi rezus-antitela yoki boshqa antitelalar borligini aniqlash kerak. Bunday bemorlarga moslik reaksiyasi laborotoriya sharoitida bilvosita Kumbs reaksiyasini aniqlash zarur.

Shuni ta'kidlash zarurki, mutloq ko'rsatmalar bilan ayrim xolatlarida qon quyish mumkin. Bunday xolatlariga shok, o'tkir qon yo'qotishlar, og'ir anemiyalar, uzoq davom etadigan qon oqishlar, og'ir o'tadigan travmatik operatsiyalar kiradi. Bunda aniq qon komponentlarini preparatlarini saralab topish va profilaktik tadbirlar o'tkazilishi kerak. Allergik kasalliklarda, bronxial astmada qon quyish zaruriyati tug'ilganda ularning asoratlarini bartaraf etish maqsadida desensibilizatsiya qiladigan moddalar-kaltsiy xlorid, antigistamin

moddalari, glyukokortikoidlar yuborish konkomponentlaridan ya'ni kam antigen ta'sir qiluvchi muzlatilgan eritrotsitlarni eritilgan xolatda va yuvilgan eritrotsitar bosuvchi suyuqliklar bilan kombinatsiya xolatida ishlatish maqsadli deb hisoblaymiz. Operatsiyalar paytida albatta autogemotransfuziya muhim ahamiyatga ega.

Qon quyishga qarshi ko'rsatmalar

1. Jigar va buyraklarning og'ir funksional yetishmovchiligi
2. Yurak faoliyatining og'ir dekompensatsiyasi (shish, assit)
3. O'pka kasalliklari, kichik qon aylanishi tizimida turg'inlik
4. Allergik kasalliklar va og'ir holati
5. Faol tuberkulyoz, infiltrativ bosqichi

Bemorni qon quyishga tayyorlash

Xirurgik statsionarlarga tushgan bemorlarning albatta qon guruhi va Rh-faktori aniqlanishi shart. Qon quyilishga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash uchun yurak-qontomirlar, nafas olish, siydik ajratish tizimlarini yaxshilab tekshirish lozim. Transfuziya qilishdan oldin qonning umumiy taxlilini, bioximik taxlillari, qondagi qand miqdori aniqlanadi va qon quyishdan oldin siydik qopini bo'shatish, ichaklarni huqna orqali tozalash zarur. Qonni yaxshisi ertalab yengil nonushtadan keyin quyilgani ma'qul.

Transfuziya qilinadigan moddalarni saralash va transfuziya usulini tanlash.

Anemiya, leykopeniya, trombositopeniya, qontizimidagi ivish xususiyatining buzilishi va qonning ayrim komponentlarini defitsitini davolashda yangi tayyorlangan qonni quyish to'g'ri deb topilmagan. Chunki bir xil komponentlar to'ldirilsa boshqa faktorlar sarflanadi. Shuning uchun yangi tayyorlangan qonning effekti past, qonning sarflanishi konsentrlashgan qon komponentlariga qaraganda ko'p xarajatli bo'ladi. Masalan eritrotsitar massa, leykotsitar massa, plazma, albuminlarni ishlatish, yaxshi effekt beradi. Gemodializ bilan bemorga VIII faktor bilan mo'tadillash zarur. Ana shuni qoplash uchun bir necha litr qon quyilishi kerak, bir necha millilitrni antigemofil globulin bilan o'sha faktorni qoplash mumkin. Gipo-afibrinogemiyadagi fibrinogen defitsitini to'ldirish uchun bir necha xatto 10 litr yangi qon quyish kerak, vaholangki, 10-12 g fibrinogen preparati quyish bilan bartaraf qilishi mumkin. Leykopeniyada, agranulotsitozda, immunodefitsit xolatlarda

leykotsitar massani quyish, anemiyada eritrotsitar massani quyish foydaliroqdir.

Yangi quyilgan qon bemor organizmida sensibilizatsiya chakirib, qon hujayralarga (leykotsitlar, trombositlar) yoki plazmadagi oqsillarga antitela hosil qilish mumkin. Qon qayta quyilganda, yoki homiladorlikda ancha og'ir asoratlarga olib keladi. Yangi tayyorlangan qonni o'tkir qonyuqotishlarda AQH ning birdan tushib ketishida, sun'iy qonaylanish sistemasida, og'ir yurak operatsiyalarida qonni almashtirish maqsadida ishlatiladi.

Transfuzion aralashmalarni tanlashda bemor ehtiyoji bo'lgan komponentlar va qon o'rmini bosuvchi suyuqliklarni qo'llash bilan amalga oshirilishi kerak.

Qonni quyishni eng optimal usuli teri ostidagi venalarni punksiya qilgan xolda tomchilatib quyiladi. Agar uzok vaqt massiv qon quyilishlar zarur bo'lganda o'mrov osti, tashqi bo'yin venasiga hamda arteriya ichiga quyish mumkin.

Transfuziya xajmi - bemorning ahvoliga va transfuziya qilinadigan suyuqlikning tanlanishida, asosan hajmi aniqlanadi. O'tkir qon yo'qotishlarda quyiladigan suyuqliklarning miqdoriga AQH ning defitsitiga bog'liq. AQH ni 15 % ga yo'qotishlarda qon quyilmaydi, agar gemoglobin miqdori 80 g/l dan, gemotokrit 30 dan past bo'lganda qon quyish shart. AQH 35-40 % bo'lganda albatta plazma, eritotsitar massa yoki yangi tayyorlangan qon transfuziya qilinishi kerak. Transfuziya xajmi qon komponentlarining saylab olishiga qarab xar bir bemorga individual holda xar bir kasallikda davolash rejasiga qarab aniqlanadi.

Konservatsiya qilingan qonning va uning komponentlarining quyishga yaroqliligini baholash.

Qon transfuziya qilinishidan oldin uning qanday idishlarda ekanligi, yaroqlik muddati, saqlash rejimi aniqlanadi. O'ta muximi 5-7 sutka saqlangan qonni quyish kerak, saqlanish muddati qancha uzoq bo'lsa qonda bioximik, morfologik o'zgarishlar yuzaga chiqadi va uning foydali xususiyati yo'qoladi. Qon flakoniga makroskopik baho berishda uning 3 qavatda bo'lishi kerak. Flakonning eng tagidagi qizil rangli qavat-bu eritrotsitlar, undan keyin yupqa qavat- leykotsitlar, yuqori qismida- tiniq, yengil sarg'ish rangda plazma, qonning yaroqliligini ko'rsatadi. Plazmaning qizil yoki yengil qizil xolga o'tishi, loyqalanish

holati, qonda quyqalarning paydo bo'lishi qonning yaroqsizligini ko'rsatadi.

Har xil patalogik holatlarga qarab transfuzion muhitlarni tanlash.

1. Yangi tayyorlangan qon– AQH ning 30 % dan yuqori darajada yo'qotilishida, qon oqishlarida ishlatiladi.

2. Eritrotsitar massasi - AQH ning 15-30 % va undan yuqori qon yo'qotishlarda, shok, anemiyada qo'llaniladi.

3. Leykotsitar massasi – leykopeniyada

4. Trombotsitar massasi- trombositopeniyada

5. Plazma – AQHning 30 % dan yuqori yo'qotishlarida, shok, qon oqishlarida, gipo - disproteinemiyada, yiringli yallig'lanish kasalliklarida.

6. Albumin - AQHning 15-30 % va 30 % yuqori yo'qotishlarida, shokda, gipo-disproteinemiyada, yiringli yallig'lanish kasalliklarida.

7. Kriopresipitat - leykopeniya va gemofiliyada

8. Fibrinogen - leykopeniya va gemofiliyada

9. Immunoglobulin - yiringli yallig'lanish kasalliklarida

Suyuqliklar – AQH ning 10-15 %, 15-30 % va 30 % dan ko'p yo'qotishlarida, shokda, anemiyada, leykopeniyada, qonoqishlarda, gipo-disproteinemiyada, yiringli yallig'lanish kasalliklarida.

Qon guruhini retsipientga va donorga nazorat qilish xususiyatini aniqlash.

Qonning chiqarilgan qutilarida bemorning kasallik tarixida qon guruhlarini bir xilligidan tashqari qonni quyish oldidan bemorning va flakondagi qonning guruhleri aniqlanadi.

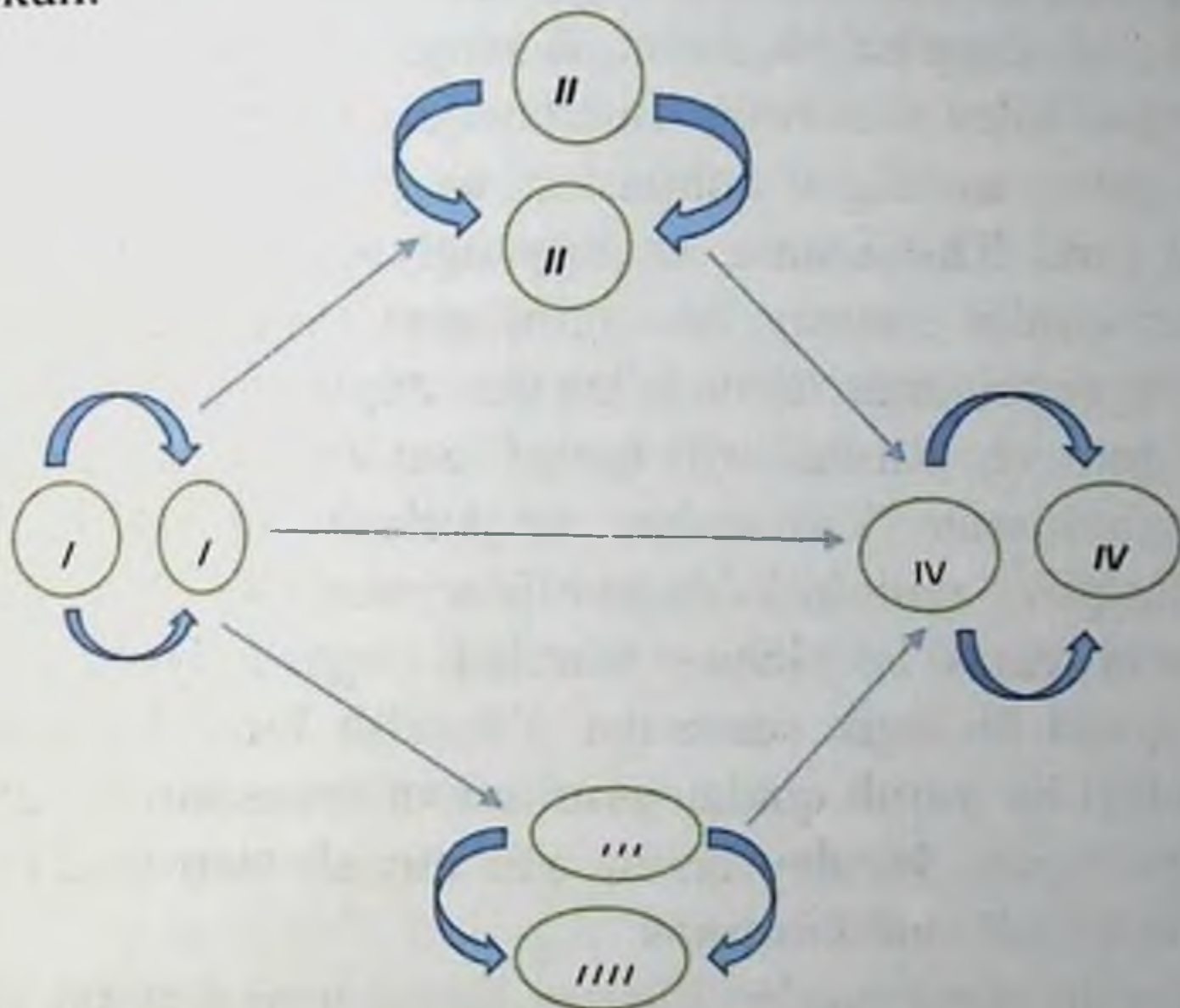
Bu tadbiri qon quyadigan shifokor o'tkazadi. Bunday nazorat yuzasidan o'tkaziladigan qon guruhlarini aniqlashni boshqa shifokorga buyurish mumkin emas. Agar qon quyishga zudlik ko'rsatma bo'lganda nafaqat qon guruhi ABO (ekspress usul) aniqlanadi. Qon quyishda yangi aloxida qoni bor bo'lgan guruhni nafaqat davolovchi vrach xatto bo'limda ishlaydigan boshqa vrachlar ham quyishi mumkin.

Qonni mosligi uchun o'tkaziladigan sinamalar.

Qonning individual mosligini aniqlashda venadan 3-5 ml qon probirkaga olinadi va sentrifugadan o'tkazadi va cho'ktiriladi keyin

zardobidan katta tomchi olib tarelkaga tomiziladi. Shuning yoniga donor qonidan olib 5:1 va 10:1 nisbatda tomiziladi, ana shu 2 tomchini shisha tayoqcha yordamida 5 minut mobaynida aralashtiriladi, shundan keyin shu tomchilarga natriy xlarning izotonik eritmasi tomiziladi va aralashtiriladi.

Agar agglyutinatsiya bo'lmasa demak donor qoni bilan resipientni qoni mos ekan.



35-rasm. Qonguruhining moslik sxemasi.

Qon guruhi va Ph-faktor mosligini xar xil noxush xolatlarda, transfuziologik anamnezlari (avval qon quyilganda postransfuzion reaksiyasi bo'lganligi, homiladorlikda rezus nomosligi, bola tashlash bo'lganda) bilan kritik holatlarda Ph-faktorni resipientda aniqlash iloji bo'lmasa majburan rezus-musbat qonni rezus xosligi noma'lum bemorga quyish mumkin.

Individual qon moslikni aniqlash uchun resipientdan qon olinadi va sentrifugadan o'tkaziladi. O'sha qondan 10 ml probirkaga olinadi. Probirkada familiyasi, ismi, bemorning qon guruhi, donor qon guruhi va konteyner nomeri yoziladi.

Probirka devoriga 2 tomchi bemor qoni zardobi tomiziladi. 1 tomchi donor qoni, 1 tomchi 33 % dekstran (o'rt. mol.og'ir. 50000-70000) va probirka gorizontol holatda 3 min davomida aylantiriladi. Shundan keyin probirkaga 2-3 ml natriy xlarning izotonik eritmasi

quyiladi va aralashtiriladi, 2-3 marta probirka gorizontal holatda aylantiriladi. Probirka chayqalishi mumkin emas.

Probirkani vertikal holda yorug'lik tushirish holda ko'riladi. Agar probirkadagi aralashma bir xil rangli holda qolsa aglyutinatsiya belgilari bo'lmasa, demak donor qoni bemor qoniga mos bo'lib unda izoimmun antitelasi yo'q.

Agar probirkada eritrotsitlar aglyutinatsiyasi belgilari- mayda va katta har xil aralashma bo'lsa, suyuqlik rangsiz holga o'tsa demak donor qoni bemor qoni bilan mos emas. Bunday qonni quyib bo'lmaydi.

Butun gurux mosligini aniqlashga to'g'ri kelib qolgan holatlarda ABO tizimi yoki Rh-faktorda xaqiqiy aglyutinatsiyasiz aniqlanganda bunda donor qonini shaxsiy mosligini qon tayyorlash stansiyalarida o'tkaziladi. Agar bemorga zudlik bilan qon quyish kerak bo'lib qolganda bir guruh qon va Rh-faktorli qonni zaxiradan olib, qon quyish stansiyadan natijasini kutmasdan tayyorlash mumkin. Flakondagi qondan va resipient zardobi bilan guruhlar mosligi uchun sinama ABO va Rh-faktor sistemasi bo'yicha o'tkaziladi. Agar aglyutinatsiya manfiy bo'lsa shu qonni biologik sinamaga o'tkazish bilan ko'yish mumkin. Agar zaxiradagi bir guruh qonlar guruhini va rezus mosligiga sinamada aglyutinatsiya topilsa bunday qonni qon quyish stansiyadan ma'lumot kelmaguncha quyish mumkin emas.

Qon quyish stansiyasidan olingan qonni ham nazorat sifatida qon guruhini va Ph-faktori aniqlanadi. Yana guruhli va rezus mosligiga sinama o'tkaziladi. Shundan keyingina agar donor va bemor qonlarida moslik to'g'ri kelgandagina aglyutinatsiya manfiy bo'lganda qonni biologik sinama o'tkazilgan holda kutish mumkin.

Sistemani tayyorlash va transfuziyani boshlash.

Qonni quyish uchun maxsus plastinkadan iborat bir marta ishlatiladigan kapronli filtri bor sistema olinadi.

Sistema qisqich, nay, igna va filtrdan iborat bo'lib, flakonga havo yuborish uchun va uzun naydan qon quyish uchun uchlarida 2 ta igna-bittasi flakonga kiritish uchun va bemor venasini punksiya qilish uchun. Sistema kapronli tomchilagich va plastikli qisqich qonni quyish tezligini boshqarish uchun ishlatiladi. Sistema steril holda polietilen qopchada bo'ladi va ishlatishdan oldin qopchadan chiqariladi.

Qonni quyish uchun sistemani tayyorlab qonni o'sha xajmda ya'ni tayyorlangandan keyin saqlangan xolatda qon quyiladi.

Plastik qopchadagi qonni quyishdan oldin - uni yaxshilab aralashtiriladi, qopnayining markaziy qismiga qisqich qo'yiladi, 10 % spirtli yod eritmasi bilan ishlanadi va 1-1,5 sm qisqichdan pastda qisiladi. Qon quyiladigan sistemasining saqlaydigan qopqog'i olinadi, sistemani qopqog'i nayning oxirgi qismi qopchaga va sistemaga ulanadi qopcha tubi yuqoriga qilgan holda shtativga osiladi tomchi filtr orqali o'tadi. Naydan qisqich olinadi tomchilaydigan qism yarmiga nay bilan to'ldiriladi va qisqich qo'yiladi. Sistema o'z holatiga keltiriladi, filtr va tomchilaydigan qism pastda bo'lib to'ldirilishi kerak. Shu ignadan kelgan 2-3 tomchi tarelkaga olinadi, donor qon guruhini va moslik uchun sinama o'tkaziladi, sistemada pufakchalari batamom xolos bo'lgandan keyin sistema qon quyish uchun tayyor deb xisoblanadi.

Qon quyishda standart flakonga qo'shilganda - alyumindan iborat qopqoq olinadi, rezinali probkasi spirt yoki yodning spirtli eritmasi bilan artiladi va igna bilan sanchiladi (bir marta ishlatiladigan tizim nayi)sistema qon bilan to'ldiriladi, qonning ABO va Ph-faktor tizimi buyicha guruh mosligi aniqlangandan keyin qonni quyish boshlanadi.

Biologik moslik sinamasini utkazish.

Qon va uning komponentlarini (eritrotsitlar massasi, eritrotsitar suzmasi, plazma) quyishda biologik sinama o'tkaziladi. Buning uchun 15-20 ml qonni tezlikda quyiladi va 3 minutga to'xtatiladi, bemor ahvoli kuzatiladi (bemorning harakati, teri qoplama rangi, puls xolati, nafas olishi). Puls tezlashsa, hansirash, nafas olishga qiynalishi, yuzi qizarsa, qon bosimi tushsa bu donor qonining va resipient qoniga mos emasligini anglatadi. Agar mosligi sinamasi manfiy bo'lganda ham uni ikki marta qaytariladi, shundan keyin ham mosligi sinamasi manfiy bo'lsa keyin qon quyila boshlaydi. Qon quyish paytida albatta yaxshi nazoratda bo'lishi kerak. Qon 50-60 tomchi bir daqiqada tomchilab quyilishi kerak. Qon quyilishi nazorati paytida reaksiyaning bironta belgisi paydo bo'lsa tezlikda quyish to'xtatiladi va zudlik bilan davolash tadbirlarini boshlash lozim bo'ladi.

Qon quyilayotgan ignada tromb bo'lsa uni tozalash yoki shpris ignali bosim ostida ignani yuvish, trombni qon tomiri ichiga haydash mutloq mumkin emas. Unda ignani venadan olinib, qon quyish vaqtincha to'xtatilib boshqa igna bilan qaytadan punksiya qilinib qon quyishni davom ettirish kerak. Qonni quyish paytida sterillangan eritmalar bilan yoki qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar bilan aralashtirib

quyish mumkin. Flakonda yoki plastik qopchalarda 20 ml qon qolganda uni to`xtatish kerak, punksiya joyiga aseptik bog`lam quyiladi. Flakonda qolgan 20 ml gacha qon aseptik qoidalarini buzmaganda holda 4 C° da 48 soatgacha saqlanadi. Bordiyu bemorlarga qon quyilganda kichik reaksiya yoki asoratlari paydo bo`lsa o`sha qolgan qondan sababini aniqlash maqsadida ishlatiladi. Yangi qonni bakteriologik tekshiruvga beriladi. Qonning guruhli yoki rezus-faktoriga qaramligi quyilgan qon bilan bemor qonining moslik sinamalari o`tkaziladi.

Qon quyish tugatilgandan keyin bemorning kasallik tarixi bayonnomasida va maxsus jurnalda quyilgan qon hajmi, uning pasport ma`lumotlari, o`tkazilgan mosligi to`g`risida sinamalar natijasi, reaksiya yoki asoratlari kuzatilgan yoki kuzatilmaganligi to`g`risida yozilib qoldiriladi.

Quyilgan qonning ta'siri

1. Oziqlantirish
2. Stimulyatsiyalovchi
3. Gemostatik
4. Dezintoksikatsion
5. Immunobiologik ta'siri

Gemotransfuziya qilingandan keyin bemorlarning kuzatuv.

Qon va qon komponentlari quyilgandan keyin bemorlar 3-4 soat to`shak rejimida bo`lishi kerak. Bir sutka mobaynida bemorni axvoli vrachlar tomonidan kuzatuv olib borilishi kerak. Asosan bemorlarning umumiy axvoli, shikoyati, ularning tartibi, tashqi ko`rinishi, teri qoplamasining holati to`g`risida doimiy xabardor bo`lib turilishi lozim. Bemorlar 4 soat mobaynida har soatda tana haroratining o`zgarishlarini, pulsning soni aniqlanadi. Keyingi kuni qon va siydik taxlilari o`tkaziladi. Bemorning hissiyoti, teri qoplamalarining rangi o`zgarsa, oqargan, sianoz, to`sh suyagi ortidagi og`riqqa shikoyati, bel sohasida og`riq bo`lsa, tana harorati ko`tarilsa, pulsi tezlashsa, qon bosimi tushsa bu belgilar posttransfuzion reaksiya yoki asoratning belgilari hisoblanadi. Bunday holatda zudlik bilan bemorga yordam ko`rsatiladi. Asoratlari erta davolash boshlansa shuncha effekt yaxshi bo`ladi. Ana shu yuqorida keltirilgan simptomlar bo`lmasa, demak transfuziya asoratsiz o`tgan.

Agar 4 soat mobaynida tana harorati ko`tarilmasa gemotransfuziya reaksiyasi bo`lmagan.

Qon quyilganda bo`ladigan asoratlar

Qonni quyishda hamma qoidalarga yaxshi e'tibor berilsa bu xavfsiz davolash usuli hisoblanadi. Asoratlar xarakteri va bosqichiga asosan har xil bo'lishi mumkin. Transfuziya qoidalari buzilganda, ko'rsatma to'g'ri qo'yilmay quyilganda har xil posttransfuzion asoratlar kelib chiqadi. Ular a'zolar va tizimlar funksiyalarini yetarli darajada buzilmasligi mumkin. Bularga pirogen yoki yengil allergik reaksiyalar misol bo'ladi. Transfuziyadan keyin tezda tana haroratining ko'tarilishi, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, terida qichishish, tanani alohida qismlarida shish paydo bo'lishi mumkin (Kvinke shishi).

Pirogen reaksiyalar asoratlarning yarmini tashkil qiladi, ular yengil, o'rta va og'ir darajali guruhlariga bo'linadilar. Yengil darajada tana harorati $37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ ko'tariladi, bosh og'rig'i, mushaklarda og'riq boshlanadi. O'rtacha og'irlik darajasida tana harorati $38,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tariladi, pulsi tezlashadi, nafas olish ritmi oshadi. Og'ir darajasida titroq tutishi, tana harorati $40\text{ }^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tariladi, mushaklarda, suyaklarda qattiq og'riq boshlanadi, hansirash, lablarda sianoz va taxikardiya boshlanadi.

Pirogen reaksiyalarning asosiy sababi-oqsillarning parchalanishdan hosil bo'lgan moddalar ta'siridan yuzaga keladi. Bu moddalar quyilgan plazma va donor qonining leykotsitlari, hamda mikroblar ta'siridagi parchalanishlardan hosil bo'ladi.

Pirogen reaksiyalar kuzatilgan bemorlarni zudlik bilan isitish, issiq ko'rpalar yopib, oyoqlariga issiq grelka qo'yish, issiq choy berish kerak. Yengil va o'rtacha og'irlikdagi pirogen reaksiyalarda keltirilgan tadbirlardan keyin o'tib ketadi. Agar og'ir reaksiya kuzatilganda qo'shimcha yallig'lanishga qarshi moddalar ineksiya qilinadi, 5-10 ml 10% kaltsiy xlorid vena ichiga tomchilatib, dekstroza eritmasi quyiladi. Anemiya rivojlangan og'ir bemorlarga yuvilgan va yangi eritilgan eritrotsitlar massasi quyish maqsadga muvofiqdir.

Allergik reaksiyalar - allergik reaksiyaning rivojlanishida retsipient organizmining sensibilizatsiyasi bo'lib ko'pincha qayta transfuziya qilinganda yuzaga chiqadi. Allergik reaksiya tana haroratining ko'tarilishi, umumiy holsizlik, toshma toshadi, hansirash, nafas qisishi, ko'ngil aynishi, qusish bilan paydo bo'ladi. Davolashda

antigistamin moddalar, desenbilizatsiya qiluvchi preparatlar va qon tomirlarni kengaytiruvchi moddalar qo'llaniladi. ABO va Rh - faktori bo'yicha antigen mos bo'lmagan qon quyilganda gemotransfuzion shok rivojlanadi. Bunday holatning rivojlanishida quyilgan qonning tezda tomirlar ichida gemoliz bo'lishi bilan xarakterlanadi. Buning sababi vrachning xatosi va qon quyish qoidalariga rioya qilmaslikdir.

Gemotransfuzion shokda sistemali arterial qon bosimining pasayishi asosan 3 davrga bo'linadi:

1- davri qon bosimi 90 mm sim ustunigacha tushadi.

2- davri 80 - 70 mm sim.ust.

3- davrida 70 mm sim. ust past bo'ladi.

Gemotransfuzion shok oqimi bo'yicha quyidagi bosqichlarga bo'linadi:

1. Haqiqiy gemotransfuzion shok bosqichi.

2. Oligo - anuriya bosqichi, diurezning pasayishi bilan uremiyaning rivojlanishi bo'lib, 1,5 -2 haftada davolanadi.

3. Diurezning tiklanish bosqichi, poliuriya paydo bo'lib, azotemiya kamayadi, 2-3 hafta davolanadi.

4. Sog'ayish bosqichi, 1-3 oygacha davom etib, buyrak yetishmovchiligining og'ir yoki yengil darajasiga bog'liq. Shokning klinik belgilari transfuziyaning boshlanishida bo'lib 10-30 ml qon quyilgan keyin yuzaga chiqadi. Bemorlar bezovtalik, to'sh suyagi ortida og'riq, bel sohasidagi mushaklarda og'riq, qaltirash paydo bo'ladi. Hansirash, nafas olishda qiyinchilik paydo bo'lib, yuzida giperemiya, ba'zi hollarda oqargan va ko'karish bo'ladi. Ehtimol ko'ngil aynishi, qusish, o'ziga bog'liq bo'lmagan holatda peshob ajratish kuzatiladi. Pulsi tezlashgan, kuchsiz oqimda, qon bosimi pasayadi. Agar shu simptomlar tez rivojlansa o'lim kuzatiladi. Agar, mos bo'lmagan qon operatsiya vaqtida narkoz berilganda quyilsa, shok rivojlanish belgilari kuchsiz rivojlanadi. Shunday xolatlarda mos bo'lmagan qon quyilganda, qon bosimini ko'tarish yoki pasaytirish mumkin. Bemorlarni narkozdan chiqish paytida taxikardiya, qon bosimining tushishi, nafas yetishmovchiligi bo'lishi mumkin. Gemotransfuzion shokning Rh-faktori mos bo'lmagan qon quyilganda klinik belgilari 30-40 minut o'tgandan keyin, hatto birinchi soat o'tgandan keyin ham rivojlanishi mumkin. Ayni shunday asoratlar juda og'ir o'tadi. Bemorlarni shokdan

chiqarishda o'tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi. Uremiya uchraydi, hatto to'liq anuriya rivojlanishi mumkin. Qon tarkibida qoldiq azot, mochevina va bilirubin miqdori oshadi. Bu og'ir holat 8-15 kun hatto 30 kungacha davom etishi mumkin. Agar holat yaxshi kechsa buyrak yetishmovchiligi o'tadi va bemor tuzalib ketadi. Agar uremiya davom etaversa 13-15 kun ichida o'lim yuz berishi mumkin. Gemotransfuzion shokning birinchi belgilari boshlanganda qon quyishni to'xtatish va davolashni boshlash zarur. 1. Yurak qon tomir yetishmovchiligini yaxshilash maqsadida strofantin, glikozidlar, agar arterial bosim past bo'lsa antigistamin moddalar, glyukokortikoidlar (50-150ml prednizalon yoki 250 mg gidrokortizon) qo'llaniladi. 2. Gemodinamikani, mikrosirkulyatsiyani tiklash uchun qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar: dekstran (o'rt mol.massasi 30000-40000) tuzli eritmalar quyiladi. 3. Gemoliz moddalarni chiqarish uchun natriy xlorid, kaliy xlorid, kalsiy xlorid, magniy xlorid, natriy gidrokarbonat, mannit qo'llaniladi. 4. Diurezni tiklash uchun furosemid, mannitol ishlatiladi.

5. Buyrak tomirlari spazmini olish uchun ikki tomonlama paranefral - novokainli qamal qilinadi. 6. O'tkir buyrak yetishmovchiligi - uremiya davom etaversa gemodializ qilinishi kerak.

7. Gemotransfuzion shokni davolashda erta plazmani almashtirish yoki 150-200 ml yangi muzlatilgan plazma quyiladi. 8. O'tkir buyrak yetishmovchiligida dorivor moddalar yordam bermasa, uremiya davom etaversa gemodializ, gemosorbsiya, plazmafarez qilish kerak. Hamma reanimatsion yordam davolash maskanida qilinadi. Buyrak yetishmovchiligi yuzaga chiqqanda ekstrarenal qonni tozalash maxsus bo'limlarda qilinadi.

Bakterial toksik shok - ko'p uchraydigan kasallik. Bu shokning asl sababi ifloslangan qonni tayyorlash va uni saqlash bilan bog'liq. Asorat qon quyish paytida va 30 - 60 min transfuziyadan keyin yuzaga chiqishi mumkin. Tez boshlangan paytida baland tana harorati paydo bo'ladi, qon bosimi past, o'ziga bog'liq bo'lmagan peshob va defekatsiyaning bo'lishi xos. Buning uchun quyilgan qondan bakteriologik tekshirishlar o'tkazilishi kerak. Tezlik bilan shokka qarshi dezintoksikatsion va antibakterial terapiya o'tkazilishi kerak. Albatta tomirlarni qisqartiradigan va og'riqsizlantiradigan moddalar, qon o'rnini bosuvchi, realogik va dezintoksikatsion ta'sir etuvchi suyuqliklar, keng

ta'sir qiluvchi antibiotiklar qilinishi kerak. Bundan tashqari qon almashtiradigan terapiya foydali hisoblanadi.

Xavo emboliyasi. Havo emboliyasi qon quyishning texnik jihatdan buzilishi - transfuziya uchun sistemani noto'g'ri to'ldirish, katta bosim ostida quyilayotgan qonni tezda to'xtatmaslik. Bunday holatlarda havo venaga undan keyin yurakning o'ng qismiga, o'pka arteriyasiga ketib uning shoxobchalarini bekitib qo'yadi. Havo emboliyasining yuzaga chiqishi uchun bir vaqtda 2-3 sm³ havo venaga ketsa o'sha yetarli bo'ladi.

O'pka arteriyasida havo emboliyasi yuzaga chiqqanda ko'krak qafasi soxasida qattiq og'riq, hansirash, kuchli yo'tal, tananing yuqori qismida siyanoz, puls kuchsizlanadi va qon bosimi tushadi. Bemorlar bezovta, har xil narsalarni ushlay boshlaydi, qo'rquv boshlanadi. Havo emboliyasining birinchi belgilari paydo bo'lishi bilan transfuziyani to'xtatish va reanimatsion yordamga o'tish kerak. Sun'iy nafas oldirish va kardiotonik preparatlarini yuborish kerak.

Tromboemboliya: qon quyqasi bilan emboliya bo'lishidir. Bu asosan uzoq muddat saqlangan qonda va venada trombnining uzilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Buning asorati havo emboliyasi kabi o'tadi. Ko'pchilik holatlarda uncha katta bo'lmagan tromblar o'pka arteriyasining mayda shoxlarida tiqilib qoladi va o'pka sohasida o'pka infarkti paydo bo'ladi. Bu holatda bemorlar ko'krak qafasidagi og'riqqa, yo'talga, ko'pincha quruq yo'tal bo'ladi, qon aralash balg'am keladi, tana haroratining ko'tarilishiga shikoyat qiladi. Rentgenologik tekshiruvlarda o'choqli pnevmoniya belgisini topish mumkin. Tromboemboliya belgilari aniqlanganda qon quyishni to'xtatish kerak va yurak qon tomirlar holatini yaxshilaydigan preparatlar qilinishi kerak, kislorod berish, fibrinolizin, streptokinaza, geparin qilinishi kerak.

Massiv gemotransfuzion sindromi kam rivojlanishi mumkin. Massiv gemotransfuzion rivojlanishi uchun qisqa vaqt ichida 24 soatgacha, AQH ning 40-50 % ni tashkil qiladigan 2-3 litr donor qonni quyilganda yuzaga keladi. Asosan bunday uzoq muddatga saqlangan, hamda har xil donordan olingan qonlar quyilganda yuzaga chiqadi. Bu sindromning kelib chiqishidagi asosiy sabab katta miqdorda natriy sitrati bor qonlarning parchalanishi natijasida hosil bo'ladigan kaliy va ammiakning organizmda to'planishi hisoblanadi. Undan tashqari qonga

katta miqdorda suyuqlikning tushishi yurak - qon tomirlar tizimida katta og'irlikning kelib chiqishiga olib keladi.

Yurakning o'tkir kengayishi - bu holat bemorlar qoniga katta dozada konservatsiyalangan qonning tez quyilganida yoki bosim ostida yuborilsa yuzaga keladi. Bemorlarda hansirash, ko'karish, o'ng qovurg'a yoyi osti sohasida og'riq, pulsni tezlashishi kuzatiladi. Bunday holatda tezda qon quyishni to'xtatish kerak. 200-300 ml qonni chiqarishi (eksfuziya) qilinishi kerak, qon tomirlarini qisqartiruvchi preparatlar, kaltsiy xlor eritmasi 10 ml qilinishi zarur.

Natriysitratli intoksikatsiya - massiv gemotransfuziya qilinganda paydo bo'ladi. Natriy sitratni toksik dozasi 0,3 g/kg hisoblanadi. Natriy sitrat resipient qonidagi kaltsiy ionlarini bog'laydi, organizmda gipokalsimiya rivojlanadi, qonda sitrat miqdorining yig'ilib qolishi og'ir asoratlarga olib keladi. Bemorda titroq, talvasa, puls tezlashadi, arterial qon bosimi tushadi, aritmiya kuzatiladi. Og'ir intoksikatsiya rivojlanadi, ko'z qorachiqdari kengayadi, o'pka va miyada shish paydo bo'ladi. Natriy intoksikatsiyasini profilaktika qilish uchun har 500 ml konservatsiya qilingan qon quyilganda 10 % -5 ml kaltsiy xlorid yoki kaltsiy glyukonat eritmasi quyilishi kerak.

Kaliyli intoksikatsiya - katta dozada konservatsiyalangan, uzoq saqlangan(10 sutkadan ko'p), qon quyilganda rivojlanadi. Bu holda yurak qorinchalarida fibrilyatsiya va yurakning to'xtashiga olib keladi. Bradikardiya, aritmiya, miokard atoniyasi hosil bo'ladi. Davolash maqsadida 10 % kaltsiy xlorid, natriy xlorid izotonik eritmasi, 40 % dekstroza eritmasi insulin bilan va yurak preparatlarini ishlatish kerak. Kaliy intoksikatsiyasini profilaktika qilishda uzoq saqlanmagan (3-5 sutka) yuvilgan, muzlatib eritilgan eritrotsitlar eritmasi eritilgan xolda quyish kerak.

Gomologik qon sindromi - ko'p donorlardan qon guruxi va rezus mos bo'lgan qondagi oqsillarning individual nomosligi sababli massiv qon transfuziya qilinganda yuzaga keladigan og'ir asoratlardan biri - qonning gomologik sindromi rivojlanadi. Belgilari: terining oqarishi, ko'kimtir rangda bo'lishi, puls tezlashishi, bosim tushishi, o'pkada ko'p mayda pufakli xirillashlar paydo bo'lishidir. Gemotokrit ko'rsatgichi tushadi, arterial qon bosimi pasayadi, yuqori konsentratsiyali darajada to'ldirilishiga qaramay qonning ivishi sekinlashadi. Bunda asosan

dekstranning ishlatilishi qonning realogik xususiyatini ya'ni shaklli elementlarni aralashtiradi, yopishqoqligini, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydigan preparat hisoblanadi. Qonning transport funksiyasini qo'llash uchun 75-85 g/l da saqlansa yetarli hisoblanadi. Bemorga mos preparatlar ya'ni yuvilgan eritrotsitar massa quyilishi kerak.

Infekcion asoratlari: bu asoratlarga qon bilan har xil infekcion kasalliklarning (gripp, qizamiq, terlama, brusellyoz, toksoplazma) organizmga kiritilishidir. Bundan tashqari zardob orqali gepatit B, C, OITS, sitomegalovirus infeksiyasi, malyariya kasalliklari tushishi mumkin.

Bunday asoratlarni profilaktika qilishda donorlarni to'g'ri tanlash, qon tayyorlash stansiyalarining ishini to'g'ri tekshirish va nazorat qilish shart.

VII BOB

QON O`RNINI BOSUVCHI SUYUQLIKLAR

Xozirgi zamonaviy rivojlanish paytida har xil transport vositalarining ko`payishi sanoatning, ijtimoiy sohada o`zgarishlar, yo`l transport vositalarining travmalari ko`payishiga olib kelmoqda. Xar xil kasalliklar va jaroxatlar sababli bo`ladigan operatsiyalar sonining oshishi sun`iy qon aylantirish apparatlarining ko`proq ishlatilishi qonga bo`lgan ehtiyojni oshirmoqda. Yangi olingan odam qoni va ularning komponentlarini tayyorlash manbaalari chegaralanganligi sababli zamonaviy xirurgiyaning qonga bo`lgan talabini qondira olmay qolmoqda. Murda va har xil yig`ilgan qonlardan olingan preparatlar ham bu muommoni to`la yechaolmayabdi. Kimyo va enzimalogiya fanining rivojlanishi getero oqsilli, polisaxaridli va xar xil sintetik preparatlar tayyorlash imkoni yaratilmoqda.

Qon o`rmini bosuvchi suyuqliklar-fizik jixatdan bir xil transfuzion suyuqlik bo`lib, organizmga maqsadli ta`sir ko`rsatib qonning ma`lum bir funksiyalarining o`rmini bosadi.

Qon o`rmini bosuvchi suyuqliklar quyidagi talablarga javob berishi kerak:

1. Fizik-kimyoviy xususyatiga nisbatan qon plazmasiga o`xshashi kerak
2. Ularni qayta organizmga quyilganda sensebilizatsiya bermasligi kerak
3. Ular organizmdan to`la chiqarilishi yoki fermentlar tizimi orqali metabolizatsiya qilinishi kerak.
4. A`zolarga va to`qimalarga toksik ta`sir qilmasligi kerak.
5. Uzoq muddatga o`zining fizik-kimyoviy va biologik xususiyatlarini saqlashi va sterillashga chidamliligi bo`lishi kerak.

Qon o`rmini bosuvchi suyuqliklarni kolloid eritmalarga dekstranlar (dekstran- yuqori molekulyar og`irligi 50 000-70 000) va dekstran (past molekulyar og`irligi 30 000-40 000), jelatin preparatlari, tuzli eritmalari- izotonik eritma-natriy xlor, Ringer-Lokk eritmasi; bufer eritmalari-natriy gidrokorbanat suyuqligi, trometamol suyuqligi; shakar eritmalari va ko`p atomli spirtlar (dekstroza, sorbitlar, fruktoza)

Oqsilli preparatlar (oqsilli gidrolizatlar, aminokislotalar suyuqligi, triglitseridlar); yog` preparatlari-emulsiyalar.

Qon o`rnini bosuvchi suyuqliklar tasnifi.

I. Gemodinamik (shokga qarshi).

1. Past molekulyar dekstranlar (molekulyar og`irligi 30 000-40000),
2. O`rtacha molekulyar dekstran (molekulyar og`irligii 30 000-50 000)+mannitol+natriy xlorid.
3. Yuqori molekulyar dekstranlar (molekulyar og`irligi 50 000-70 000)
4. Jelatina preparatlari
5. Oksietilkraxmal-gidroksietil kraxmal

II. Dezintoksikatsion preparatlar:

Pastmolekulyar polivinil spirt.

III. Parenteral oziqlantiradigan preparatlar.

1. Oqsilli gidrolizatlar-aminokislotalar +peptidlar, aminokislotalar-dekstroza+mineral suvlar+peptidlar.
2. Aminokislotalar eritmasi-poliamin
3. Yog`li emulsiyalar-dukakli moylar+triglitsridlar
4. Shakar-ko`p atomli spirtlar-dekstrozalar, sorbitol, fruktoza.

IV. Suvli tuzlar va kislota-asoslar xolatini taminlaydigan suyuqliklar:

1. Suvli tuzlar – natriy xlorning izotonik eritmalari, Ringer-eritmasi.
2. Bufer eritmalar - natriy gidrokorbanat eritmalari, trematazol eritmasi.

V. Kislород tashuvchilar- perftoran, perfukal.

Gemodinamik (shokga qarshi) qon o`rnini bosuvchi suyuqliklar ta`siri.

O`rtacha molekulyar massali qon o`rnini bosuvchilar asosan AQHni ko`taruvchilar bo`lib, arterial qon bosimini tiklaydi. Bu suyuqliklar uzoq vaqt qon tomirlarda aylanib yuradi va hujayralararo suyuqlikni tomirlarga tortib oladi. Ana shunday xususiyatini shokda va qon yo`qotishlarda yaxshi nomoyon qiladi. Past molekulyar massali qon o`rnini bosuvchi suyuqliklari kapillyarlar perfuziyasini yaxshilaydi, ular qonda uzoq muddatga qolmaydi, buyraklar tomonidan tez chiqariladi va ortiqcha suyuqlikni chiqaradi. Shuning uchun bu suyuqliklar kapillyar perfuziyasi buzulganda ishlatiladi va organizmni dehidratatsiya qilib, toksinlarni buyraklar orqali chiqarishda katta rol o`ynaydi.

Dekstran (O`rtacha molekulyar og`irligi 50000-70000) - kolloid suyuqlik bo`lib dekstran (dekstrozaning polimeri bo`lib bakteriyalardan kelib chiqadi). O`rtacha molekulyar (60000-10000) eritmalari dekstranning fraksiyasi bo`lib, uning molekulyar massasi albuminga yaqinlashtirilgan bo`lib, odam qonidagi kolloid osmotik bosimni mo`tdillaydi. Preparat 6% li dekstran eritmasi bo`lib, natriy xlorning izotonik eritmasida pH=4.6-6.5 bo`ladi. Bu eritma steril flakonda 400 ml hajmda chiqariladi. -10 C +20 C tempraturada saqlanadi. Saqlash muddati 5 yil. Eritma muzlagan holda saqlanishi mumkin va eritilganda uning xususiyati tiklanadi.

Dekstranning (O`rtacha molekulyar og`irligi 50000-70000) gemodinamik ta`siri qolgan hamma qon o`mini bosuvchi suyuqliklardan o`zining kolloid-osmotik xususiyati bilan ustun turadi. Arterial qon bosimi va MVB ni (markaziy venoz bosim) mo`tdil holda ushlab turadi. O`rtacha molekulyar og`ligi dekstran (70000-50000) da 20 % past molekulyar dekstranning fraksiyasi bo`lib diurezni ko`paytiradi va toksinlarni organizmdan chiqaradi. Demak, bu massali dekstran to`qimalardagi toksinlarni tomirlarga tortib oladi va buyraklar orqali ularni organizmdan chiqaradi.

Dekstranni ishlatishga ko`rsatmalar:

1. Shok (jaroxat, kuyish, operatsiya)
2. O`tkir qon yo`qotishlar.
3. O`tkir sirkulyar qon yetishmovchiliklari, og`ir intoksikatsiya (peritonit, sepsis, ichak tutilishi) da.
4. Qon gemodinamikasining buzilishi bilan qonni almashtirish uchun quyilishi.

Dekstranni kalla va bosh miya jaroxatlarida qon oqishining davom etishida ishlatish mumkin emas. Dekstranning 1 martalik dozasi 400-1200 ml bordiyu vaziyatga qarab uni 2000 ml gacha ko`paytirish mumkin. Dekstranni vena ichiga katta tezlikda va tomchilab quyish mumkin. Shoshilinch holatlarda avval tezlik bilan quyib, AQB ko`tarilgandan keyin tomchilab (60-70 tomchi/min) quyish mumkin.

Dekstranning o`rta molekulyar og`irligi (30000-40000) 10% suyuqligi past molekulyar (molekulyar og`irligi 35000) dekstranning natriy xloridli izotonik eritmasidir. Bu eritma AQH ni ko`tarish qobiliyatiga ega bo`lib, xar 20 ml eritmasi qo`shimcha 10-15 ml to`qimalararo suvni tomirlarga so`rdiradi.

Dekstranning kuchli dezagregatsiyalovchi xususiyati eritrotsitlarga ta'siri borligi bilan qondagi staz xolatini bartaraf qilish, uning yopishqoqligini kamaytiradi va qon oqishini ko'paytirib qonning realogik mikrosirkulyator xususiyatlarini oshiradi. Uning kuchli effektivligi uchun intoksikatsiya kuzatilganda qo'llash o'ta muhimdir. Dekstranning bu 30000-40000 mmol eritmasi qon tomirlarda 2-3 kun saqlanib, bir necha sutkada siydik bilan chiqib ketadi.

Qo'llashga ko'rsatma:

Xuddi boshqa qon o'rnini bosuvchi suyuqlar qatori gemodinamik qon o'rnini to'ldirish uchun va tromboembolik kasalliklarni profilaktika qilish, postransfuzion buyrak yetishmovchiligida o'tkir buyrak yetishmovchiligini profilaktika qilishda qo'llaniladi. Uning dozasi 500-750 ml. Surunkali buyrak kasalliklarida bu preparatni ishlatish mumkin emas.

Jelatin- 8% gidroliz qilingan izotonik natriy xloridning izotonik eritmasidir. Moddaning kolloidli xususiyatiga asosan AQH ni ko'taradi. Asosan ajelatinolni realogik xususiyati uchun qonni suyultirish maqsadida qo'llaniladi va mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi. Qon havzasida 2 soatdan keyin uning 20 % i qoladi xolos. Siydik orqali 1 sutkada chiqib ketadi. Jelatinol vena ichiga tomchilab katta bosim ostida quyish mumkin. Sun'iy qon aylantirish aparatini to'ldirish uchun ham ishlatiladi. Bir marta quyish uchun uning maksimal dozasi 2000 ml. O'tkir va surunkali nefritlarda qo'llash mumkin emas.

Transfuzion terapiyaning qo'llanilishi: Zudlik bilan shok, o'tkir qon yo'qotishlarda, o'tkir tomirlar yetishmovchiligida AQH ni to'ldirish maqsadida qo'llaniladi. Donor qonini qo'llash 20-30 minut vaqtni ketkazadi, chunki uning guruhli va mosligi uchun sinamasini o'tkazish kerak bo'ladi. Shuning uchun ham AQB ni зудlik bilan tiklashda kolloid qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar oldida donor qonni quyish ancha vaqtni oladi bundan tashqari shok rivojlanganda AQB ning defitsiti qoning yopishqoqlik xususiyatlarining ko'tarilishi sababli kapillyar qon oqishlar buziladi shakli elementlarning agregatsiyasi va mikrotromblar hosil bo'ladi ana shu mikrosirkulyatsiyaning buzulishida donor qoni quyilsa bu xolatni yanada chuqurlashtiradi. Shuning uchun ham shokni davolashda hatto qon yo'qotishlarda ham vena ichiga qon o'rnini bosuvchi shokka qarshi suyuqliklardan dekstranning har xil molekular og'irlikdagi eritmalar quyish kerak.

Intoksikatsiyaga ta'sir qiluvchi qon o'rnini bosuvchi suyuqliklardan

Natriy xlorning izotonik eritmasi asosida tayyorlangan 3% polivenil spirt eritmasi flakonlardada 100-200-400 ml hajmda chiqariladi. Saqlash +10 C⁰ dan past bo'lmagan xaroratda amalga oshiriladi. Bir marta quyish dozasi 250 ml. Bu preparatni ikki marta bir necha soat muddat bilan 20-40 ml 1 daqiqa tezligida tomchilab quyish mumkun. Og'ir yiringli yallig'lanish kassaliklari yiringli peritonitda ichak tutulishida, sepsis, kuyish kassalligida, operatsiyalardan keyin va travmalardan keyingi holatlarda qo'llaniladi. Bu preparatni ishlatilishiga qarshi ko'rsatmalari tromboflebitlar, tromboembolik xolatlar xisoblanadi.

Parenteral ozuqa uchun ishlatiladigan preparatlardan oqsilli gidrolizatlar qo'llaniladi. Bu preparatlar qonning ozuqa funksiyasini to'ldirishi uchun qo'llaniladi. Gidrolizatlar tarkibini almashtiriladigan va almashtirmaydigan aminokislotalar va past molekukali peptidlar tashkil qiladi. Past molekulyar peptidlar quyilganda ichakda parchalanadi.

Aminokislotalar dekstroza+mineral tuzlar+peptidlar qo'llanilishi mumkin ular yangi donor qonidan eritrositar massasi tayyorlangandan keyingi qoldiqlardan tayyorlanadi. Yangi oqsil molekulalari ichakda parchalanishga uchramaydi, shuning uchun ham yangi qon, plazmalar oziqa moddalar sifatida ishlatilmaydi.

Ularni faqat gemokarreksiya uchun qo'llash mumkin. Agar quyiladigan aminokislotalar tarkibida yagona bitta almashtirib bo'lmaydigan aminokislota bo'lmasa oqsillar sintezi bo'lmaydi.

Aminokislotalar + peptidlar 43-59 g aminopeptidlar va oddiy peptidlar, 5.5 g natriy xlorid, 0.4 g kaliy xlorid, 0.005 g magniy xlorid, 1000 ml aperogen suvda tayyorlanadi. Flakonda chiqariladi 200 va 450 ml hamda +10 C dan +23 C da saqlanadi. Saqlanish muddati 7 yil. Preparat yaxshi o'zlashtiriladi. Azotning o'zlashtirilishi 80-93 %ni tashkil qiladi va anafilaktogen xususiyatiga ega emasdir. Aminokislotalar+dekstroza+mineral tuzlar+peptidlar bu suyuqliklardan almashinadigan va almashmaydigon aminokislotalar va oddiy peptidlardan iborat. O'zining tarkibi va oqsillarning miqdori bo'yicha boshqa gidrolizatlarga yaqin hisoblanadi. Bu eritmaga 5% dekstroza eritmasi qo'shiladi. 4- 20 C⁰ saqlanadi va muddati 3 yil. Uni saqlashda katta bo'lmagan cho'kma xosil bo'lishi mumkin va buni chayqalganda

yengil tarqaladi. Agar cho'kma ko'p bo'lib loyqa xolga o'tsa uni ishlatib bo'lmaydi.

- Aminokislotalar aralashmasi o'zaro moslangan kristall holatdagi toza aminokislotalardan iborat bo'lib, ular organizm tomonidan yengil o'zlashtiriladi.

Aralashma almashtirib bo'ladigan va almashtirilmaydigan qimmatli aminokislotalardan iborat. Aminokislotalar eritmasi quyidagi preparatlar xisoblanadi: Poliamin, aminofuzin, moriamin, valin, inferol.

Poliamin: tarkibida 8ta almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalardan va D-sorbitdan iborat. Umumiy azot miqdori 1,3% triptofan 145mg 100 ml apirogen suvda 200 va 400 ml flakonda chiqriladi. -10 C gradusdan +20 C gradusgacha haroratda saqlanadi. Saqlash muddati 2 yil. Qon o'rmini bosuvchi eritmalardagi oqsillar dozasi parenteral oziqlantirishda bir sutkalik organizmning talabi 1- 1,5 gram/kg ni tashkil qiladi. Oqsilli gidrolizatlar uchun 1500- 2000 ml/sutka aminokislotalar aralashmasi uchun 800-1200 ml/sutka qisman parenteral oziqa 700-1000 va 400-600 ml sutkalik yarim dozasi hisoblanadi.

Oqsilli qon o'rmini bosuvchi eritmalar aminokislotalar eritmasi qon preparatlari (plazma albumin eritmasi) kombinatsiya xolatida organizmning oqsilga bo'lgan sutkalik talabini xisobga olgan holda va transfuzion muhitlar tarkibidagi holatiga qarab qo'llash mumkin.

Oqsilli qon o'rnini bosuvchi eritmalar va aminokislotalar aralashmalarini ishlatishga ko'rsatmalar

Oqsilli gidrolizatlar bemorni operatsiyaga tayyorlash maqsadida ishlatiladi. Onkologik kasalliklarda, yiringli yallig'lanish kasalligida oziqa moddalarining tabiiy buzilishi bilan kechadigan oshqozon yara kasalligi, qizilo'ngach stenozida, pilorostenoz kasalligida oqsillarning almashinuvida buzilish bilan bo'ladigan va gipo-disproteinemiya rivojlanadigan holatlarda ishlatilishi o'ta muhim hisoblanadi.

Oqsilni moddalarni organizmda kamchiligi organizmning himoya reaksiyasini pasaytiradi. Operatsiyalarda bo'ladigan jaroxatlarga, infeksiyalarga, yaraning bitishiga, yiringli yalig'lanishli asoratlar paydo bo'lishiga qarshi ta'sir kuchini pasaytiradi. Amaliyotda oqsilli gidrolizatlar va aminokislotali aralashmalarning qo'llanilishi dis-gipoproteinemiyaning korreksiya qilishga imkoniyat beradi. Ayniqsa

oqsilli gidrolizatlarning qizilo'ngach, oshqozon ichaklarda bo'ladigan operatsiyalardan keyin qo'llanilishi organizmdagi azot miqdorini tiklaydi va yaralarning yaxshi bitishiga erishiladi. Yiringli yalliglanish kasalliklarda (peritonit, plevra empiyemasi, o'pka absessi, katta flegmonalar, osteomiyelit) va ichak tutilishida oqsillarning parchalanishi hamda yiring, ekssudat, ichak mahsulotlari bilan ko'p miqdorda oqsillar yo'qotganligi sababli oqsilli gidrolizat qo'llanilishiga ko'rsatma xisoblanadi.

Ma'lumki, kuyish kasalligida katta miqdorda oqsil yo'qotiladi, ayniqsa plazmaning ko'p yo'qolishi yiringli-yallig'lanish mexanizm bilan asoratlanganda gipo-disproteinemiya chuqurlashadi. Shuning uchun ham kuyish kasalligida oqsilli qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyish ayni muddaodir.

Qon o'rnini bosuvchi oqsilli gidrolizatlar o'tkir qon aylanishining buzilishlarida (shok, qon yo'qotilishlarda), o'tkir buyrak yetishmovchiligida tromboz, tromboflebit, tromboemboliya kasalliklarida qo'llanilmaydi.

Oqsilli gidrolizatlar va aminokislotali aralashmalar vena ichiga quyiladi, me'da va qizilo'ngach operatsiyalaridan keyin zond orqali (nazogastral) ichaklarga yuborilishi mumkin.

Yo'gli emulsiyalar: soya moyi trigliserinlar -20% soya moyi emulsiyasining energiya berish hajmi -2100 kkal/l. Yog'li emulsiyalar uzoq vaqt parenteral oziqa maqsadida (3-4 hafta davomida) qo'llaniladi. Qachonki organizmda yuqori miqdorda kaloriya kerak bo'lib, suyuqlik miqdorini chegaralash zarur bo'lganda yog'li emulsiyalarni quyish maqsadga muvofiqdir.

Yo'gli emulsiyani quyishga qarshi ko'rsatma bo'lib shok, operatsiyadan keyingi erta davri, jigarning og'ir kasalligi, yog'li emboliyalar-tromboflebit. Tromboemboliyalar, aniq arterosklerozlar, qandli diabetning kompensatsiya bo'lmagan shakli, yog'lar almashinuvining buzilishlari hisoblanadilar.

Organizmning energiya talabini qondirish va parenteral oziqa sifatida dekstroza, fruktoza, sorbitol moddalari qo'llaniladi.

Katta ahamiyatli dekstroza, uning 5 %,10 %,20 % va 40 % eritmaları va ular organizmda energiya almashinuvini ta'minlaydi. Dekstrozaning oshiqcha qismi buyraklar orqali tez chiqib ketadi, shuning uchun ham yakka holda ishlatilmaydi, uni oqsilli gidrolizatlar bilan ishlatish maqsadli xisoblanadi.

Organizmدا qand moddasining o'zlashtirilishi buzilganda (qandli diabet, stress, shok) sorbitol, fruktozalar ishlatiladi. Fruktoza to'la to'kis jigarda metabolizmga uchraydi uning o'zlashtirilishi insulinga bog'liq emas. 5 %, 10 %, yoki 20 % eritmaları qo'llaniladi.

Sorbitol. Ko'p atomli spirt organizm tomonidan jigar orqali parchalanib o'zlashtirilishi, uning so'rilishi insulinga bog'liq emas, shuning uchun ham qandli diabetda parenteral oziqa sifatida qo'llaniladi. Bu qo'llanilgan qand organizmدا oqsillarning yig'ilishiga yordam beradi va parenteral oziqa sifatida 250 gr/sutka dozada ishlatiladi.

Elektrolitli eritmalar. Xozirgi zamonaviy transfuziologik davolashda organizmدا osmotik bosimni bir me'yorda ushlab uchun elektrolitik eritmaları quyish muhim hisoblanadi. Elektrolitli eritmalar qonning reologik xossasini yaxshilaydi va mikrosirkulatsiyani tiklaydi. Shokda qon yo'qotilganda va og'ir intoksikatsiya, organizm suvsizlanganda hujayralararo bo'shliqdan suvning qon havzalariga o'tadi va bemorlarda interstisial bo'shliqda suyuqlik defitsitligiga olib keladi. Past molekulyar og'irlikka ega bo'lgan tuzli eritmalar kapillyar devorlari orqali interstisial bo'shliqda yengil o'tadi va organizmدا suyuqlik hajmini tiklaydi. Hamma tuzli qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar qon havzalaridan tez chiqib ketadilar. Qon tarkibida uzoq vaqt sirkulyasiyada bo'lishlari uchun tuzli eritmaları kolloid suyuqliklar bilan birga qo'llash zarur.

Natriy xlorning izotonik eritmasi - bu 0,9 % natriy xloridning suvli eritmasi yopiq flakonlarda yoki aptekalarda chiqariladi. Organizmدا katta suv yo'qotishlar bo'lganda ya'ni hujayralardan tashqi dehidratatsiya bilan davom etganda bir sutkada 2 l gacha quyish mumkin. Qon havzasidan tezda chiqib ketadi, shuning uchun ham shok va qon yo'qotishlarda juda yaxshi effekt bermaydi. Qon quyishda qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar bilan kombinatsiya holatida qo'llash yaxshi effekt beradi.

Ringer-Lokk eritmasining: Preparatning tarkibi: natriy xlor 9 gr, natriy gidrokarbanat -0.2 gr. kaliy xlor 0.2 gramm dekstroza 1 gramm distillangan suv 1000 ml gacha. Bu suyuqlikning tarkibi bo'yicha natriy xloridning izotonik eritmasiga nisbatan ko'proq fiziologik xususiyatiga egadir. Shuning uchun ham shokni, yana qon yo'qotishlarni tiklashda bu suyuqlikni qon, plazma, qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar bilan birga qo'llanishi gemodinamik ta'sirini kuchaytiradi.

Kislota-asos holatini boshqarish sifatda 5-7 % natriy gidrokarbonat suyuqligi va 3.66 % trematol eritmasi qo'llaniladi.

Kislorod tashuvchilar: Bu guruhiga perftoruglerod (peftoran, perfukol) va gemoglobinni eritadigan preparatlar kiradi. Bularni "sun'iy qon" deb hisoblaydilar. Bu preparatlar kislorodni qayta bog'lash xususiyatiga egadirlar. Bu preparatlarning farmakokinetikasi oxirigacha tekshirilmagan, har xolda bu preparatlar toksik xususiyatiga ega.

Parenteral oziqlantirish tadbirlari

Shok qon yo'qotishlar operatsiyalar va tabiiy ovqat qabul qilishning buzilganligida albatta AQH ni suv elektrolit - organizmning energetik hamda plastik materiallariga bo'lgan talabini qondira oladigan transfuzion terapiya eng muhim bo'lib qoladi. Plastik materialning yetishmasligi sababli to'qimalarning reparativ qobiliyati pasayadi, ayniqsa operatsiyadan keyingi davrda kuchayadi.

Organizmdagi energetik materiallarning yetishmovchiligi to'qimalardagi oqsilni va plastik materiallarni sarflaydi. Ana shu holat organizmning talabi darajasida parenteral oziqlantirishga zaruriyat tug'iladi va eng past sutkalik energetik talab 25 kkal, oqsil 1-1.5 gr/kg yog'lar 1-2 gr/kg ga to'g'ri keladi.

Qon o'mini bosuvchilardagi parenteral oziqlantirish uchun energetik imkoniyati: 1 gr dekstran dan 4 kkal, 1 litr 20 % li dekstroza suyuqligi 800 kkal, 1 gr lipidlar - 9 kkal beradi. Energiya manbai safarida alkogolni ishlatish mumkin: 1 gr spirt dan 7 kkal energiya beradi. Bir sutkada 50-100 ml spirt boshqa transfuzion muhitlarda qo'shilgan usulda 5-7 % konsentratsiyada qo'llash mumkin.

Ratsional parenteral oziqlantirishda kristalloidlar, natriy gidrokarbonat (trometamol), dekstranlar va vitaminlar, suv - elektrolit kislota asos holatini hisobga olgan holda qo'llash mumkin. Hidrolizatlar tarkibida oqsil 5 % atrofida, qonning plazma va zardobida 7.5 -9 %. Organizmdagi energiya talabini qondirish uchun yog'li emulsiyalar ishlatiladi.

Shu maqsadda dekstrozaning izotonik eritmasini katta hajmda quyishga to'g'ri keladi ammo yuqori konsentratsiyalangan eritmalarni quyish xavfli hisoblanadi. Chunki organizmda giperosmolyarlik rivojlanadi. Shunday paytda plazmada energiyaning yagona manbai bolgan yog'li eritmalarni, yog'li emulsiyani qo'llash organizmda keton

tanachalarining ko'payishiga olib keladi. Ana shu holatni hisobga olgan holda parenteral oziqlantirishga yog'li emulsiyalarni karbon suvlar bilan birga qo'llagan holda ishlatish kerak. Oqsil manbasi bolgan (aktiv oqsil) yangi qon, plazma, protein albuminlarni ishlatish parenteral oziqlantirishda maqsadsizdir. Chunki oqsillarning organizmdagi yarim parchalanish davri 14-30 kundur. Shunga asosan oqsilni asosiy manbasi bolgan qon komponentlarni plazma hajmi defitsitini zudlik bilan toldirish kerak bo'lgan holatlarda qo'llaniladi. Parenteral oziqlantirishda transfuziyaning umumiy hajmi 1 sutkada 2500-3000 ml (1500 ml 1 m² tana yuzasiga + 500 ml tana haroratini bir gradus ko'tarilishiga) umumiy kaloriyasi miqdori quyilgan suyuqliklarning umumiy soniga to'g'ri kelishi kerak(mlda).

Taxminan energetik va plastik talablarni hisobga olgan holda parenteral oziqa quyidagicha:

1. 20 % dekstroza eritmasi 500 ml, 70 % li etanol suyuqligi 50 ml oqsilli gidrozilatlar (yoki aminokislotalar eritmalari)- 500 ml, Ringer lokk eritmasi 500 ml, vitaminlar C, B, B₂. Vena ichiga tomchilab quyiladi. 4-5 soat davomida, kunning birinchi yarmida, ko'rsatma boyicha transfuziya tarkibiga qo'shimcha natriy gidrokarbonat eritmasi, trometamol, kaliy xlorid qo'shimcha quyiladi.

2. 20 % dekstroza eritmasi 500 ml soya moyi + triglitsritlar 500 ml, oqsil gidrolizatlari (yoki aminokislotalar eritmasi)-500 , 20 % li albumin, protein yoki plazma 50-100 ml. vena ichiga tomchilab 4-5 soat davomida kunning birinchi yarmida quyiladi. Vitaminlar kiritiladi. Umumiy talab darajasini hisobga olgan holda elektrolitlarni kiritish mumkin (ko'rsatma bo'lsa). Organizmda oqsillarning yaxshi so'rilishi uchun anabolik garmonlar ishlatiladi.

Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni transfuziya qilishning asosiy etaplari, quyishga qo'yiladigan ko'rsatmalari: Eng avvalo gemodinamik qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni transfuziyasi uchun bemorlar ahvoliga asosan aniqlanadi.

Transfuziya qilinadi har xil shok holatlarida, o'tkir qon yo'qotishlarda dekstran (o'rt. mol.og'ir. 30000-40000). Bundan tashqari mikrosirkulyatsiya buzilganlarida (tromb flebitlar, tromboemboliyalar, tomirlarda operatsiya bo'lganlarida yuzaga chiqadigan) amalga oshiriladi. Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni ishlatish asosan dezintoksikatsiya qilish maqsadida yiringli intoksikatsiyalarda, travmatik taksikozda qo'llaniladi.

Agar organizmda suvsizlanish-elektrolit balansining buzilishi, kislota-asos xolatning disbalansi kuzatilganida elektrolitlar suyuqligi - natriy gidrokarbonat, trometamol quyiladi.

Transfuziyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash

Eng avvalo bemorda jigar yetishmovchiligi, yurak qon tomirlari dekompensasiyasi, tromboz, emboliya kasalliklari borligini aniqlash kerak. Bundan tashqari transfuziologik va allergologik anamnezi bemorlarda qanday xolatda ekanligini bilish zarur

Oqsilli qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni jigar yetishmovchiligida, o'tkir glomerulonefrit, allergik kasalliklarda, faol sil kasalligida quyish mumkin emas.

Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni - asosan vena ichiga, ayrim xolatlarda teri ostiga quyiladi.

Oqsilli gidrolizatlar zond orqali oshqozonga, ichakka qo'yilishi mumkin.

Transfuziyani amalga oshirishda ta'minotlar:

- 1) Quyish uchun sistema (bir marta ishlatiladigan)
- 2) Vena punksiya qilish uchun igna
- 3) Mor qisqichi (quyish tezligini boshqarish uchun)
- 4) Rezinali tasma
- 5) Spirt
- 6) Steril dokali shariklar
- 7) Flakonni tutqich
- 8) Billrot qisqichi
- 9) Leykoplaster

Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni quyishda kombinatsiya qilishga ko'rsatmalarni aniqlash zarur, transfuzion terapiyada qilinadi, ko'rsatma bo'lib: travmatik shokda, yiringli intoksikatsiyalarda, kuyish shokida, o'tkir qon oqishida, uzoq vaqt och qolishlar hisoblanadi. Operatsiyadan keyingi davrda, oqsillar yetishmovchiligida, qonning ph - o'zgarganida, bemorlarni xususan kaxeksiya bo'lganlarida ham qilinadi.

Qon o'rnini bosuvchi eritmalarning yaroqliligini aniqlash o'ta muhim tadbir. Eng avvalo ishlatilish muddatini aniqlash, saqlash rejimi, flakonining butunligini. Suyuqliklarni ishlatib bo'lmaslik holatlari: suyuqlikning loyqalanishi, uning yuzasida qoplama borligi, cho'kma xosil bo'lishi, aminokislotalarda va peptidlarda yengil cho'kma bo'lsa ham ishlatish mumkin.

Quyish texnikasi: - suyuqlik quyish sistemasini to'ldirishi, havo pufaklarining bo'lmasligi, punksiya qilinadigan vena sohasi spirt bilan tozalanib, igna orqali vena teshiladi va 20-25 ml 0.5 % li navokain eritmani yuboriladi va ignaga sistema ulanadi, suyuqlikni quyila boshlaydi.

Teri tagiga quyiladigan suyuqlik dozasi (1 marta) 500 ml, bu usul deyarli qo'llanilmaydi, chunki effekti kamligi. Asosan vena ichiga quyiladi.

Biologik sinama o'tkazish - biologik sinama o'tkazish oqsilli gidrolizatlar, yog'li emulsiyalar, dekstran (o'r.mol.og'ir. 50 000-70 000) quyilishdan oldin o'tkaziladi. Biologik sinama 5 ml, 10 ml, 15 ml quyilib qisqa muddatli tanaffuslar bilan o'tkaziladi. Har interval tanaffuzi 3 min. Agar bezovtalanish taxikardiya, nafasning qiyinlashishi bulmasa, yuzida giperemiya, terida qichish, toshma, AQB ning tushishi bulmasa transfuziya davom etkaziladi. Yog'li emulsiyalar qo'yilganda sinama kengroq tartibda xar 10 min. davomida 10 - 20 tomchi minut tezligida o'tkaziladi. Agar tasirchanlik manfiy bo'lganda trasfuziya davom etiladi va 20 - 30 tomchi tezlikda quyiladi.

Dekstran quyilganda (o'rt.mol.og'ir. 50 000-70000) 10 min qo'yilgandan keyin 10 ml va keyingi 30 ml qo'yilgandan keyin 3 min tanaffus qilinadi, agar reaksiya bo'lmasa tanaffussiz davom etiladi.

Suyuqliklarni quyish tezligini aniqlash. Juda shoshilinch holatlar yuzaga chiqqanda oqim ostida qon o'rmini bosuvchi shokga qarshi suyuqliklar quyiladi. Keyinchalik 60-70ml tomchi min. da davom etiladi. Qon o'rmini bosuvchi dezintoksikasion ta'sir qiluvchi moddalar va eletrolit suyuqliklari 40-50 tomchi min. da quyiladi, oqsilli gidrolizatlar 20 tomchi/min tezlikda quyilganda jigar orqali 85 % aminoazotlari assimilatsiya qilinadi. Pirogen va toksik ta'siri aniqlanmaydi: 40-60 tomchi/min tezlikda qo'yilganda, 73 % azot assimilatsiya qilinadi va ayrim asoratlari bo'lishi mumkin.

Agar 100 tomchi/min tezlikda quyilsa 22 % azot so'riladi va asorat surati oshadi. Oqsil gidrolizatlarini va aminokislotalar eritmalarini 20-40 tomchi/min tezlikda yuborish optimal usul hisoblanadi.

Bemor axvolini kuzatish o'ta muhim hisoblanadi

Bemorlardagi umumiy ahvoli, bemorning xatti-harakati, tashqi ko'rinishi, teri qoplamalarining rangi, pulsning surati va nafas olishi nazorat qilinadi.

Transfuziya reaksiyasining borligi belgilari, bezovtalik, bosh og'rig'i, yuzida giperemiya, terida toshma, taxikardiya nafas olishning

tezlashishi kuzatilganda, quyishni sekinlashtirish yoki batamom to'xtatish kerak. Agar reaksiya o'zicha o'tmasa uni davolash zarur.

Vena ichiga quyish operatsiyasini kasallik tarixida va operatsiya jurnalida quyish turi, suyuqlik miqdori yozilishi kerak. Albatta reaksiya kuzatildimi yoki yo'qmi bu yoziladi. Oqsilli gidrolizatlar va yogli emulsiyalar qo'shilganda 1-1,5 % reaksiya kuzatiladi, dekstran (o'rtacha molekulyar og'irlikdagi 50 000- 70 000) quyilganda 0.1 % preparatga shaxsiy ta'sirchanlik aniqlanadi.

Asoratlari - allergik reaksiyalar, pirogen va toksik reaksiyalarga bo'linadi. Oqsilli gidrolizatlar quyilganda allergik reaksiyalar ogir yiringli yallig'lanish kasalliklarida, kuyishda, allergik kasallanish bor bemorlarda kuzatiladi. Ular ko'karish, bezovtalik, taxikardiya, qovoqlarida shish, yuzida shish paydo bo'lishi (Kvinke shishi), terida qichishish, toshma ko'rinishida shish bo'ladi. Pirogen reaksiyalar tana haroratning oshishi, varaja tutishi bilan o'tadi. Transfuziyaning oxirida va undan keyin kuzatiladi. Bunda preparatning saqlanish muddatiga va qo'llanish davri uzoq davom etishida kuzatilishi mumkin va unga e'tibor berish kerak.

Toksik reaksiya - bosh og'rig'i, taxikardiya, jigarning kattalashishi, belda og'riq, siydikda o'zgarishlar bilan sodir bo'ladi.

Bu holatning sababi oqsilli gidrolizatlar parchalanishida hosil bo'lgan moddalarning paydo bo'lishi. Bunda uzoq vaqt saqlangan va muddati o'tgan yaroqsiz suyuqliklar quyilmasligi kerak.

Transfuziya davomida asoratlari kuzatilganda zudlik bilan transfuziyani to'xtatish, vena ichiga 10 ml 10 % kaltsiy xlorid, antigistamin preparatlari, 20 ml 40 % dekstroza, 1 ml 0.2 % li platifillin yuborilishi kerak. Agar arterial bosimi tushsa qon tomirlarini qisqartiruvchi yurak faoliyatini yaxshilaydigan preparatlar va kristalloid eritmalar, glukortikoidlar yuborish kerak.

Asoratlarni oldini olish maqsadida vena ichiga quyish qoidalarini buzmaslik, transfuziologik va allergik anamnezlarini yaxshi o'rganish, oqsilli gidrolizatlarining quyish tezligini oshirmaslik kerak. Suyuqlikni 20-40 tomchi/min, tezlikda va biologik sinamalarni o'tkazish zarur. Demak oqsilli qon o'rni bosuvchi suyuqliklar, dekstran (o'rtacha molekulyar og'irlik 50 000- 70 000) va yog'li emulsiyalarni quyishda yuqoridagi qoidalarga rioya qilish kerak. Agar oldindan reaksiya bo'lishga xabar bo'lganda 10-15 min vena ichiga quyilguncha prometazin, xlorpiramin yoki kaltsiy xlorid suyuqliklari vena ichiga qo'llanilishi kerak.

VIII BOB

XIRURGIK OPERATSIYALAR TURI

Operatsiya- mexanik harakat bo'lib, to'qima va a'zolarida davolash yoki diagnostika maqsadida o'tkaziladi.

Xirurgik operatsiyalar o'tkazilish muddatiga asosan quyidagi guruhlarga bo'linadi:

1. Zudlik bilan o'tkaziladigan operatsiyalar-bemorlar statsionarlarga tushgandan keyin bir necha fursat ichida yoki soatlar davomida o'tkaziladi.

2. Tezlik bilan qilinadigan yoki bir necha kun ichida o'tkaziladigan operatsiyalar

3. Rejali operatsiyalar-bajarilish muddati chegaralanmagan.

Operatsiyalar radikal va palliativ turlarga bo'linadilar.

Radikal operatsiyalar-organizmdagi patalogik tuzilmani to'liq holda olib tashlab kasallikning qaytarilishini batamom to'xtatishdir. Bu operatsiyalarning hajmi organizmdagi patalogik holatning xususiyatiga bog'liq.

Yaxshi sifatli o'sma shishlar (fibroma, poliplar, lipoma)ning olinishidan keyin bemor to'la kasallikdan forig' bo'ladi.

Xavfli o'sma shishlarda (yomon sifatli) radikal operatsiyalarni hamma vaqtda ham o'tkazib bo'lmaydi, ular metastaz berganlarida ularning bir qismini olish (rezeksiya), qo'shni a'zolar yoki limfa tugunlarini olish mumkin.

Ayrim patologik holatlarda nafaqat o'sha a'zoning o'zini xatto atrof to'qimalarni ham olish mumkin. Masalan: sut bezi rakida uning to'liq o'zini katta va kichik ko'krak mushaklarini, qo'ltiq osti limfa tugunlarini batamom olish mumkin.

Palliativ-operatsiyalar bemorlar ahvolini yengillashtirishi uchun patologik tuzilmalarning bemor hayotiga xavf soladigan holatdan qutqarish uchun qilinadilar. Masalan: oshqozon-ichak tizimidagi xavfli o'sma shishlar yemirilishi natijasida qon oqishlar bo'lganda ular metastaz berganlarida batamom olish imkoniyati bo'lmaydi ularning bir qismi qon oqgan joyini rezeksiya qilish mumkin.

Agar o'sma shishlar qizilo'ngachda yoki oshqozon-ichak tizimida joylashib katta metastazlar berganida, yoki ovqat o'tkazish faoliyati

batamom to`xtaganda (obturatsiya), palliativ operatsiyalar-stoma (gastroma) qo`yish (oqmalar qilinadi).

Palliativ operatsiyalar ko`pincha qon oqishini bartaraf qilish yoki bemorni yaxshi oziqlanishi uchun sharoit yaratish uchun ham qilinadilar. Masalan: bemorlarda chuqur flegmona va absesslar bo`lib, kuchli intoksikatsiya holati kuzatilganda, yiringli xolatning tarqab ketmasligi, og`ir holatlar (sepsis) kelib chiqmasligi uchun yiringli bo`shliqlar zudlik bilan ochilishlari va drenajlash zarur.

Qorin bo`shlig`ida uchraydigan o`tkir xirurgik kasalliklar paytida masalan: o`tkir yiringli xoletsistit, yiringli xolangit, qari yoshdagi bemorlar yurak qon-tomirlar tizimida yetishmovchilik mavjud bo`lganda, bemor radikal operatsiyani ko`tara olmaydi, shuning uchun palliativ operatsiya xoletsistostoma kabi palliativ operatsiyasi bajariladi. Palliativ operatsiyalar bemorlarni umumiy davolashning bir etapi sifatida ham muhim ahamiyati bor.

Operatsiyalar- bir lahzali yoki ko`p lahzali (ikki, uch lahzali) bo`lishlari mumkin. Bir lahzali operatsiyalarda bemor organizmidagi patologik tuzilma bir martalik operatsiya paytida bartaraf qilinadi. Ko`p lahzali operatsiyalar orasida ma`lum vaqt o`tgan holda qilinadi. Bu operatsiyalar juda aniq ko`rsatmalar va majburiy holatlarda o`tkaziladi. Masalan: onkologik bemorlarda ortopediya soxalarida, yo`g`on ichaklarda xavfli obturatsion o`sma shishlari bo`lib, ichak tutilishlarida qilinadi.

Agar obturatsion yo`g`on ichak tutilishi bo`lib bemor yoshi katta, axvoli og`ir holatlarda (qo`shma kasalliklari mavjud bo`lsa, qon kasalligi, qandli diabet) birinchi etapda tashqi stoma chiqariladi. Bemorlarning ahvolini yaxshilab- ikkinchi etapda yo`g`on ichak rezeksiya qilinib anastamoz qo`yiladi.

Hozirgi zamonaviy xirurgiyaning va anesteziologiya-reanimatsiyalogiya fanining rivojlangan davrida bir lahzali simultan operatsiyalar soni ko`paymoqda.

Simultan (bir vaqtning uzida) qilinadigan operatsiyalar- bir vaqtda ikkita, uchta operatsiyalar xillarini o`tkazish mumkin. Masalan: qorinning oldingi devori churrasida (rejali operatsiyada) churrani kesish, xoletsistektomiya hatto ayollarda asoratlanmagan tuxumdon kistasini olish operatsiyasi qilinmoqda. Yoki shunga misol me`da rezeksiyasi va asoratlanmagan xoletsistitda-xoletsistektomiya operatsiyasini keltirish mumkin. Oxirgi yillarda jamiyatda har xil holatlar uchramoqda. Qorin

bo'shliqlarida bo'ladigan operatsiyalar paytida bir yoki bir nechta kasalliklar borligi aniqlanib qoladi. Bu holat ko'pincha onkologiya sohasidagi kasalliklar bilan bog'liq. Operatsiya paytida asosiy kasallikning katta metastazlari topilganda, asosiy kasallikni ham radikal operatsiya qilib bo'lmaydi. Ulardan faqat biopsiya olinadi. Bunday operatsiyalar diagnostik operatsiyalari deyiladi.

Xirurgiya amaliyotida diagnostik maqsadda o'tkaziladigan operatsiyalar ham mavjud. Hozirgi fan va texnikaning rivojlanishi bilan, har xil invaziv diagnostik operatsiyalarning joriy qilinishiga diagnostik operatsiyalar sur'atini keskin kamaytirdilar.

Bunday operatsiyalar juda diagnostik og'ir holatlarda, ayniqsa onkologik tuzilmalar bo'lganda, diagnozni yanada aniqlashtirish uchun biopsiya olish bilan yakunlanadi.

Operatsiyalarning to'liq (standartlar bo'yicha) o'ziga xos va atipik (o'ziga xos bo'lmagan) turlari mavjud. Operatsiyaning o'ziga xos (tipik) turini o'tkazishda aniq ishlab chiqarilgan usulda o'tkaziladi. Masalan: xoletsistoektomiya o'ziga xos bo'lmagan (atipik) operatsiyalar-ma'lum holatlar paydo bo'lganda patologik holatning alohida xususiyati bilan operatsiya qilish zarur bo'lib qoladilar.

Bunday holatlar og'ir travmalarda, ayniqsa qo'shma kombinatsiyalashgan jarohatlarda, o'qotar qurollari bilan olingan jarohatlarda uchraydi. Og'ir vaziyatlarda qilinadigan operatsiyalarda o'ziga xos standartlardan chiqishga majbur bo'ladilar. Operatsiyaning hajmi o'tkaziladigan hili, bir vaqtning o'zida bir necha a'zoda va to'qimalarda o'tkazilishini operatsiya paytida xirurg tomonidan aniqlanadi. Operatsiya paytida plastik operatsiyalar tomirlarda, suyak va bo'ginlarda ham o'tkazilishi mumkin. Ana shunday holatlarda xirurgning tajribasi bo'lishi, texnik jihatdan tayyorgarlik darajasi muhim hisoblanadi.

Operatsiyalar yopiq va ochiq turlarga bo'linadi. Operatsiyaning yopiq turlariga hozirgi zamonaviy endoskopik endovizual usullari va suyak parchalarni repozitsiya qilishlar kiradi.

Hozirgi xirurgiyaning rivojlanishini hisobga olgan holda maxsus operatsiyalar rivojlanmoqda.

1. Mikroxirurgiya operatsiyalari- uchdan 40 martagacha kattalashtiriladigan mikroskoplar yordamida bajarilmoqdalar.

Bu operatsiyalarga xos asboblari ishlab chiqilmoqda va asosan tomirlar xirurgiyasida, neyroxirurgiya amaliyotida ishlatiladi.

2. Endoskopik operatsiyalar. Bu operatsiyalar endoskopik asboblari va uskunalari yordamida amalga oshiriladilar. Endoskop aparatlari bilan har xil poliplar olinmoqda, qon oqishlari to'xtatiladi, o't yo'llari toshi, xolelitsistektomiya, ichaklar rezeksiyasi, hatto me'da rezeksiyasi, jigarlardagi parazitlar kistalari (exinokokkozlar) olinadi. Jigar to'qimasi rezeksiyasi qilinmoqda. Endoskop asboblari televizion texnikalar yordamida juda ko'p joriy bo'lgan laparoskopik va torokoskopiya operatsiyalari qilinmoqdalar.

3. Endovaskulyar operatsiyalar- bular yopiq tomirlar ichi, toraygan tomirlarni maxsus kateterlar yordamida kengaytirish, tomirlarni sun'iy embolizatsiya qilish, ballonli angioplastika va revaskulyarizatsiyalar qilinmoqda.

Hozirgi endovaskulyar xirurgiyaning rivojlanishi bilan qandli diabetda angioplastika va revaskulyarizatsiya usullari yo'lga qo'yilmoqda.

Qayta operatsiyalar- rejalashtirilgan ko'p laxzali va majburiy qilinadigan operatsiyalardir. Masalan: majburiy operatsiyalarga operatsiyadan keyingi asoratlari bilan relaparotomiya operatsiyalari kiradi. Ular operatsiyalardan keyingi choklar yetishmovchiligi, peritonitning rivojlanishi, plevra bo'shliqlariga operatsiyadan keyingi qon oqishlari, plevra empiyemasi sababli o'tkaziladilar. Ayrim holatlarda asosan umumiy peritonitlarda rejalashtirilgan sanatsiya qilinadigan laparotomiyalar ham mavjud.

Xirurgik operatsiyalar quyidagi etaplardan iborat:

1. Xirurgik kesmalar
2. Asosiy etap-xirurgik amaliyot
3. Operatsiyadan keyingi yarani tikish.

Xirurgik kesmalar-eng avvalo kam jarohatlaydigan va operatsiya paytida o'tkaziladigan har xil amaliyot uchun yaxshi sharoit yaratish kerak. Operatsiya sohasida yetarli darajada yoritilishi va gemostazni yaxshi o'tkazish to'qimalarni jarohatlanmasligiga erishishdir.

Rejali operatsiyalar va ma'lum xususiyatlarga ega bo'lgan operatsiyalar uchun ham har xil kesmalar taklif qilingan. Ayrim zudlik bilan atipik holda o'tkaziladigan operatsiyalar uchun atipik kesmalar ham qilinadi.

Operatsiyalarni o'tkazishdagi amaliy ishlarning xususiyatlariga qarab alohida texnik usullar qo'llaniladi. Bu operativ xirurgiya darsliklarida keltirilgan.

Operatsiyani tamomlashdan oldin gemostaz tekshiriladi, operatsiya maydoniga qo'yilgan tampon, salfetaklar soni hisoblanadi. Operatsiyalarni tamom qilish etapida - yarani tikish bilan yakunlaydi. Yarani tikishda har xil usullar qo'llaniladi. Oxirgi yillarda rejali operatsiyalardan keyin teri ichi choki qo'yilmoqda. Bu chokdan keyin chandiq kosmetik jihatdan muhim hisoblanadi.

Yiringli operatsiyalardan keyin siyrak choklar qo'yiladi yoki Donati boyicha choklar qo'yish mumkin. Yarani tikishda bir vaqtning o'zida gemostaz ham ko'zda tutiladi.

Yaralarning ifloslanishini profilaktika qilish. Bu tadbirni operatsiyagacha bo'lgan etapdan boshlab, operatsiyani o'tkazish etapidan va undan keyingi davrda ham e'tibor bilan o'tkazish kerak. Asosan aseptika va antiseptikaning qonun va qoidalariga e'tibor berish kerak. Buning uchun tibbiy hodimlar alohida kiyimlarda, hamma aseptika qoidalariga asoslangan holda qo'llarini yuvish, operatsiya maydonini yaxshilab ishlash, operatsiya kesmasi atrofini alohidalash kerak. Operatsiya hamshirasi, assistentlar, qo'shimcha xirurglar o'z majburiyatlarini to'g'ri bajarishi kerak. Operatsiya honasiga ham ortiqcha hodimlar kirmasligi kerak. Operatsiya honasidagi havoning ifloslanishining oldini olish kerak. Operatsiya paytida implantatsiya va kontakt ifloslanishni profilaktika qilish tadbirlariga yaxshi e'tibor berish kerak.

Operatsiya yakunlanishi etapida yara atrofi qayta ishlanadi, choklarni qo'yishda ortiqcha bo'shliqlar qolmasligi, yara qirralarini yaxshi jipslashtirish, ortiqcha yara qirralarini ezmaslik kerak. Choklarni qo'yishda iplarni haddan tashqari qattiq tortish yara qirralarida nekrozlar paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Operatsiyalarni o'tkazish xususiyatiga asosan operatsiyadan keyingi yarani har xil tikish usullari ishlab chiqilgan.

- Yarani to'la tikish
- Yaradagi bo'shliq hosil bo'lsa drenaj nay kiritish.
- Yaraga vaqtincha provizor choklar qo'yish
- Yarani ochiq qoldirish

Operatsiyadan oldingi davr. Bu bemorning kasalxonaga tushish paytidan operatsiya bo'lguncha davrini o'z ichiga oladi. Kasallikning xususiyatiga, bemor ahvolining og'irligi, operatsiya o'tkazish muddatiga asosan bu davrning davom etishi xar hil bo'lishi mumkin.

Operatsiyadan oldingi davrning asosiy vazifasi:

1. Tashxisni aniqlash
2. Operatsiyaga ko'rsatma, uni o'tkazish vaqti operatsiyaning alohida xususiyatini aniqlash.
3. Bemorni operatsiyaga tayyorlashning asosiy maqsadi - operatsiya xavfini va operatsiyadan keyingi asoratlarni batamom qisqartirishdir.

Xirurgik kasalliklar bilan bemorlarni operatsiyalarga tayyorlash alohida ketma-ketlik bilan o'tkaziladi.

1. Operatsiyaga ko'rsatma va uning zarurligini va qarshi ko'rsatmalarini to'g'ri aniqlash

2. Bemorning xayotiy muhim a'zolaridagi holatlarini aniqlash uchun qo'shimcha klinik-labaratoriya va diagnostik tekshirishlar o'tkazish kerak.

3. Og'riqsizlantirish va operatsiyani o'tkazish davri og'irligi darajasini aniqlash.

4. Bemorlarni operatsiyaga ruhiy tayyorlash.

5. A'zolarni operatsiyaga tayyorlash, gomeostazdagi o'zgarishlarni korreksiya qilish.

6. Endogen infektsiyani profilaktika qilish.

7. Og'riqsizlantirish usulini tanlash va operatsiyadan oldingi premedikatsiyani o'tkazish.

8. Operatsiya maydonini tayyorlash.

9. Bemorlarni operatsiya honasiga olib borish.

10. Bemorlarni operatsion stolga yotqizish.

Operatsiyalarga ko'rsatmalarni aniqlash o'ta muhim hisoblanadi

Operatsiyalarni o'tkazishdagi hayotiy ko'rsatmalar mutloq va nisbiy bo'lishi mumkin.

Xayotiy mutloq ko'rsatmalar bilan operatsiyalar zudlik bilan o'tkazilganda, bemor ahvoli o'lim bilan yakun topishi mumkin.

Bunday ko'rsatmalar quyidagi patologik holatlarda yuzaga chiqadi.

1. Ichki a`zolar (jigar, taloq, buyraklar, bachadon naylarining yorilishi homiladorlik paytida) jarohati bilan katta qon oqishlar, katta tomirlar jarohatida, me`da yara kasalligi bilan qon oqishlar.

2. Qorin bo`shlig`i a`zolarining o`tkir yiringli kasalliklari- o`tkir appenditsit, qisilgan churralar, o`tkir ichak tutilishi, tromboemboliya.

3. Yiringli yallig`lanish kasalliklari-abscess, flegmona, yiringli mastit, o`tkir osteomielit.

Bu hollarda operatsiyaning kechiktirilishi sepsisga olib kelishi mumkin.

Mutloq ko`rsatmalar: operatsiyaning kechiktirilishi bemorlar ahvoliga xavf solishi mumkin. Bu operatsiyalar bemorlar kasalxonaga tushganlaridan keyin birinchi kun yoki hafta o`tgandan keyin tezlik bilan o`tkazilishi kerak. Bunday kasalliklarga: pilorostenoz, mexanik sariqlik, o`pkaning surunkali abssessi, ayrim o`sma shishlar kiradilar. Uzoq vaqtga operatsiyaning qoldirilishi jigar yetishmovchiligiga, umumiy yemirishlar, metastazlar berishiga olib kelishi mumkin.

Nisbiy ko`rsatmalar. Bemorlar holatiga xavf tug`dirmaydigan (churralar, varikoz kasalliklari, xavfsiz o`sma shishlar) kasalliklar. Bu operatsiyalar rejali holatda qilinadilar.

Operatsiya zarur bo`lganda ularga qarshi holatlarni, qarshi ko`rsatmalarini aniqlash zarur. Bularga: yurak va qon-tomirlar, nafas yetishmovchiligida yurak infarkt miokardi, insult, jigar yetishmovchiligi, tromboemboliya kasalliklari, qandli diabetning dekompensatsiya bosqichi, bir necha xil koma holatlari, anemiya, kaxeksiya holatlari kiradilar. Bunday holatlarda operatsiyalarni o`tkazilishida uning hajmiga bemorlarning mutloq shaxsiy ko`rsatmalariga asoslanadi. Bemorning axvolini aniqlashda o`tkazilgan konsilium (terapevt, nevropatolog, reanimatolog, endokrinolog va boshqalar) orqali aniqlanishi kerak. Bu ko`rsatmalar bilan operatsiyalarning qoldirilishi keyinchalik bemor axvolida xavf paydo bo`lishiga olib kelishlari mumkin. Bunday kasallarni albatta tegishli mutaxassislar tomonidan yaxshi davolashlari kerak va operatsiyaga tayyorlashi kerak.

Operatsiya hajmi - og`riqsizlantirish usullarini aniqlash ham zarur. Operatsiyalarning hajmi xar holda ular xayotini saqlab qolish maqsadida mukammal bo`lishlari kerak. Og`riqsizlantirish usullari bu bemorlarda individual bo`lishi kerak. Eng optimal og`riqsizlantirish usulin neyrolepto og`riqsizlantirish hisoblanadi. O`pka kasalliklarida,

bronxial astmada galotan, yurak-qon tomirlar kasalliklarida mahalliy og'riqsizlantirish qo'llash mumkin. Xirurgik operatsiyalar va anesteziya bemorlar uchun xavfli hisoblanadi. Shuning uchun operatsiyaning anesteziologik xavfini aniqlash, operatsiyaga ko'rsatmasini, uning hajmini, og'riqsizlantirish usulini aniqlash o'ta muhimdir. Xirurgik operatsiyalarda og'riqsizlantirish bemorlar uchun ma'lum xavf tug'diradi,

Operatsion - anesteziologik xavfini ball bilan aniqlashda quyidagi faktorlarga asoslanadi: Bemorning umumiy ahvoli, operatsiyaning hajmi va xususiyatlari, og'riqsizlantirishning turiga asosan aniqlanadi.

I. Bemorning umumiy ahvolini aniqlash.

1. Bemorlarning umumiy ahvoli qoniqarli, xirurgik kasallikning lokalizatsiyasi, yo'ldosh kasalliklarining yo'qligi va tizimli buzilishlarsiz - 0.5 ball.

2. O'rtacha o'g'irligi, bemorlarning yengil tizimli o'zgarishlari bilan-1 ball.

3. Bemorlarning og'ir ahvoli- tizimli o'zgarishlarning xirurgik va qo'shma kasalliklari bilan bog'liqligi-2 ball.

4. Bemorlar ahvoli o'ta og'ir, tizimli o'zgarishlari ham og'ir, qo'shma kasalliklari ham og'ir, operatsiya xavfi-4 ball.

5. Bemorlarning ahvoli terminal holda hayotiy muhim a'zolar holati-dekompensatsiya bosqichida, operatsiya paytida o'lim bo'lishi xavfi katta - 5 ball.

II. Operatsiyalarning hajmiga asosan bo'linishi.

1. Mayda operatsiyalar - asosan tananing yuzaki qismida bo'ladi - 0.5 ball.

2. Tana yuzasidagi og'ir operatsiyalar ichki a'zolarida, umurtqalarda, periferik asab va tomirlarda -1 ball.

3. Ichki a'zolarida, travmatologik, urologik, onkologik, neyroxirurgik kasallarda o'tkaziladigan keng va uzoq muddatli bo'ladigan operatsiyalar - 1.5 ball.

4. Yurakda, katta tomirlarda onkologik operatsiyalarning og'irligi, qayta rekonstruktiv o'tkaziladigan operatsiyalar - 2 ball.

5. Yurakda bo'ladigan og'ir operatsiyalar sun'iy qon aylanish apparati bilan qilingan og'ir operatsiyalar, ichki a'zolar transplantatsiyasi - 2.5 ball

III. Og'riqsizlantirish usuliga qarab bo'linishi

1. Mahalliy anesteziya - 0.5 ball.

2. Regionar, spinal anesteziya, epidural, vena ichi anesteziyasi, ingalyatsion niqobli narkoz o`zicha nafas olish bilan - 1 ball.
3. Standart kombinatsiyalashgan endotraxeal narkoz - 1.5 ball.
4. Kombinatsiyalashgan endotraxeal narkoz, sun`iy gipotermiya, massiv infuzion terapiya, elektrostimulyatsiya bilan - 2 ball
5. Kombinatsiyalashgan endotraxeal narkoz sun`iy qon aylanish (apparati bilan), giperbarik oksigenatsiya jadal reanimatsiya bilan - 2.5 ball.

Xavf darajasi: Ballarning yig`indisi bilan.

- 1-daraja(xavf kam) - 1.5 ball.
- 2-daraja(yengil) - 2 -3 ball.
- 3-daraja(o`rtacha xavf) - 3.5-5 ball.
- 4-daraja(o`ta xavfli) - 8.5-11 ball.

Operatsiyaga tayyorlash. Bemorlarni operatsiyaga tayyorlash kasalxonaga tushguncha belgilanishi kerak. Poliklinika vrachlari diagnoz qo`yganlaridan keyin bemorni ehtimol bo`ladigan operatsiya tog`risida bemorni ogohlantirish zarur. Agar bemorning tizimlarida o`zgarishlar topilganda ularni davolash va profilaktika tadbirlarini boshlash kerak.

Rubiy tayyorlash. Bemorga bo`ladigan operatsiyaning mohiyatini va uning natijasi tog`risida yaxshi tushunturishlari lozim. Ularni operatsiyaning yaxshi o`tishiga, operatsiyadan keyingi davrdagi natijasi bemor uchun o`ta foydali ekanligiga to`la ishontirish lozim. Bemorlar agar operatsiyaga qarshilik qiladigan bo`lsa, kasallikning asoratlari qanday og`ir holatlarga olib kelishini bemor yaxshi anglashi kerak. Umuman bemor vrach maslahatiga to`liq ishonch hosil qilish va o`z ixtiyori bilan operatsiyaga ruhan tayyor bo`lishi shart.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik-xirurgiyada diagnostikaning muhim etapi hisoblanadi. Operatsiyaning natijasi yaxshi bo`lishi uchun bemorlarni shu etapda organizmidagi o`zgarish bo`lgan disfunktsiyalarini yaxshi korreksiya qilinishi kerak. Bu etap qisqa, tez, effektiv holda o`tkazilib bo`ladigan operatsiyaning xususiyatiga bog`liqdir. Tez o`tkaziladigan holatlarda eng avalo gipovolemiya va to`qimalardagi dehidratatsiya xolatini tiklash kerak. Laboratoriya tahlillariga asosan infuzion terapiya-kerakli suyuqliklar, oqsilli gidrolizatlar infuziya qilishni boshlash kerak. Bemorning ahvolini hisobga olgan holda tegishli mutaxassislar ishtirokida konsilium tashkil qilish muhim hisoblanadi.

Operatsiyadan oldin a`zolar va gameostazdagi o`zgarishlarni kompleks tayyorlash:

1. Tomirlar faoliyatini yaxshilash, mikroserkulyator buzilishlar kuzatilganda kerakli eritmalar infuziya qilinishi kerak.

2. Nafas olish tizimi faoliyatini yaxshilash, nafas gimnastikasi, oksigenoterapiya, qon aylanishni yaxshilash tadbirlari o`tkazilishi.

3. Dezintoksikatsion terapiya-bemorning obyektiv axvoliga asosan suyuqliklar infuziyasi qilinishi, diurez holatini yaxshilash lozim.

4. Gomeostaz tizimini va boshqa funksional o`zgarishlarni tiklash.

Maxsus operatsiyadan oldingi tayyorlash. Bu tadbirlar kasallikning xususiyatiga, lokalizatsiyasi va bemorlarning holatlariga asosan o`tkaziladi. Agar bemorlarda kasallik oshqozon va ichak tizimida bo`lganida kerakli dieta, ich qotmaydigan parxez taomlar va operatsiyadan oldin tozalovchi huqnalar buyuriladi. Bemorlarga nazogastral zond qo`yilib oshqozon suyuqlikdan to`la va yaxshilab tozalanishi kerak.

Agar o`pka kasalligi (absess, bronxoektaz kasalligi) bo`lganda bronxial sanatsiya antibiotiklar ingalatsiyasi, antiseptiklar, proteolitik fermentlar bilan balg`amdan tozalanish kerak. Kerak bo`lgan holatlarda bronxoskopiya qililib, bronxlarni sanatsiya qilish. Bemorlarda qandli diabet aniqlanganda va qandli diabet fonida rivojlangan kasalliklar bilan alohida operatsiyaga tayyorgarlik o`tqazishi kerak. Eng avvalo qand miqdorini, kislota-asoslar (metabolik atsidoz bilan), yurak – qon tomirlar, buyraklar va asab tizimidagi o`zgarishlarni yaxshi korreksiya qilish kerak. Oshqozon-ichak tizimini alohida tayyorlash, chunki operatsiya paytida qusish, regurgitatsiya bo`lmasligi kerak. Buning uchun oshqozonni yuvish kerak. Buning uchun oshqozon zondi, varonka, fartuk, qo`lqoplar, suv idishi va iliq suv, nazogastral zond kerak bo`ladi. Zond oshqozonga kiritilganda (50 sm gacha kiritiladi) oshqozondagi suyuqlik zond orqali erkin holda harakatlanadi. O`ziga oshqozon suyuqligi oqishi to`xtagandan keyin zondan shisha voronka qo`yilib suv qo`yiladi va sifon xosil qilinadi. Oshqozonni toza suv chiqqunicha yuvish buyuriladi. Buning uchun Jane shpritsi bilan suv bosim ostida oshqozonga quyiladi va oshqozondagi suyuqlikda hidi yo`qolguncha yuviladi.

Siydik qopiga kateter kiritish. Siydik qopini batamom bo`shatish, agar siydik chiqishi tutilganda uni yaxshilab tekshirish, agar jarohatga ehtimol bo`lganda alohida ahamiyat berish kerak. Siydik

qopini kateterlashda steril rezenkali katetir va ikkita pinsetlar (steril holda) steril holdagi vazelin, paxta shariklar, 2 % bor kislotasining eritmasi kerak bo`ladi.

Siydik qopini katetirlash uchun orqaga yotqiziladi. Jinsiy a`zo bosh qismini va siydik chiqarish yo`lini boshlanish qismini antiseptik ho`llangan paxta, sharik bilan artiladi. Katetirning uchidan 2-3 sm yuqoridan yog`lanadi (vazelin moyi), chap qo`lning III-IV barmoq bilan jinsiy a`zoning butun qismidan ushlanadi va I va II barmoqlar bilan teshigi ochiladi va pinset bilan katetir qo`yiladi. Yuborilgan kateterdan siydikning ajralishi kateterning siydik qopida ekanligini ko`rsatadi. Siydikning oqishi to`xtatilgandan keyin katetir olinadi yoki operatsiya tamom bo`lguncha, hatto 3-4 kunga qoldiriladi. Bordiyu rezinali katetirni qo`yish imkoniyati bo`lmasa metal katetir ishlatiladi.

Tozalovchi xuqna. Buning uchun Esmarx kurushkasi, rezinali naylar, plastikadan iborat oxirgi suv burguchlar. Kurushkaga 1-1.5 l suv olinib naydan havo chiqquncha suv oqiziladi va bekiladi. Nayning oxiri vazelin moyi bilan surkaladi. Bemorni chap yonbosh holda yotqiziladi va moy surilgan qismi to`g`ri ichakka 10- 15 sm kiritiladi. Suv burgichi ochiladi, kurushka yuqoriga ko`tarilib suvning to`g`ri ichakka kirishiga erishiladi. Suv to`liq yuborilgandan keyin nay olinadi. Bemor suvni ancha ko`proq muddatga ushlab turushi kerak. Bemorga sudno (siydik yig`iladigan idish beriladi) beriladi.

Sifon xuqnasi. Agar ichak tizmini tozalovchi xuqna bilan tozalash imkoniyati bo`lmasa sifon xuqnasi qo`yiladi. Buning uchun rezinali uzun nay olinadi. Bemor chap yonbosh holda yotqiziladi. Rezinali naycha shishali varonkaga ulanadi. Varonka suv bilan to`ldirilib naydan to`liq havo chiqarilib va qisib kiritiladi. Rezinali nay to`g`ri ichakka kiritiladi (10-12 sm chuqurlikda) Qisgich olinadi, varonka yuqoriga ko`tarilib 2-3 l suv yuboriladi. Suv varonkaga doimiy ravishda quyib turilishi kerak, turubkada havo bo`lmasligi uchun suv yuborish paytida bemorda hojatga chaqiriq bo`lgandan keyin varonkani krovat sathiga pasaytiriladi va ichakdagi havo va axlat varonka orqali oqadi. Varonka to`lgandan keyin to`kiladi va yana shu tadbir qaytariladi. Ana shu holda 10-15 l suv bilan ichaklar batamom yuviladi. Havo va axlatning batamom chiqishi bilan qorinda damlanish yo`qoladi. Bemorni anesteziolog ko`rib, bo`ladigan operatsiyadan oldingi premedikatsiya buyuriladi.

Operatsiya maydonini tayyorlash.

Operatsiya bo`lishdan oldin bemorga tozalovchi huqna qilinadi, gigiyenik vanna qabul qilinadi. Undan keyin unga ichki buyumlari, yotoqda ishlatiladigan hamma kerakli buyumlari tayyorlanadi. Bemor operatsiya bo`ladigan kuni quruq holda operatsiya maydonidagi sochlari qirib olinadi. Agar operatsiya bo`ladigan maydonda yara bo`lganda unda alohida ishlov o`tkaziladi. Yaradagi qo`yilgan bog`lam olinadi, yaraga steril salfetka bilan yopiladi, uning atrofi dietil efir bilan artiladi, sochlari quruq holda qiriladi. Bu xarakterlar- terini artish, sochlarini qirib olish, markazdan yara atrofidan tashqariga periferiyaga tomon o`tkazilishi kerak. Bu tadbir yarani shikastlantirishdan xoli qilish maqsadida o`tkaziladi. Yara atrofidagi sochlar qirilgandan keyin, terini 5 % spirtli-yod eritmasi bilan surkaladi, keyin yaraga steril salfetkalar bilan yopiladi. Bemor operatsiya xonasiga yotqizilgandan keyin yara yana spirtli yod eritmasi bilan surkalib, operatsiya buyumlari bilan alohidalanadi.

Bemorni operatsiya xonasiga kirgizish.

Bemorni operatsiya xonasiga katakda olib boriladi. Shoshilinch holatlarda bemorga har xil suyuqliklar quyilayotgan bo`lsa, bir paytda intubatsion nay qo`yilgan bo`lsa, ularni yechmasdan operatsiya xonasiga kiritiladi. Bordiyu shoshilinch holatlarda tashqi qon oqishlar kuzatilib oyoqlarga tasma qo`yilganda, operatsiya xonasiga tasmabilan olib boriladi. Tasma operatsiya paytida yoki undan oldin yechiladi. Bemorlarda uzun nay suyaklarning sinishibilan taxtakash qo`yilgan bo`lsa, o`sha qismi bilan operatsiya xonasiga kiritiladi, bir vaqtning o`zida yarasi bo`lib bog`lam qo`yilgan bo`lsa, bog`lamni ham operatsiya xonasida yechiladi. O`tkir ichak tutilishi bilan nazogastral zond transfuzion sistema kiritilgan bo`lsa, ularni olmasdan operatsiya xonasiga kiritiladi.

Operatsiyadan keyingi infeksiyon asoratlarni profilaktika qilish.

Operatsiyadan keyingi yiringlash holatlari ekzogen - odam organizmidan tashqarida va endogen - bemor organizmining o`zida bo`lishi mumkin. Yara yuzasiga tushadigan bakteriyalar sonining kamayishi bilan yallig`lanish asoratlari ancha pasaymoqda. Chunki, aseptik moddalarning zamonaviy usulda qo`llanilishi bilan ekzogen infeksiyalarning yaralarga tushishi yetarli darajada kamaydi. Endogen yaralarning infeksiyalanishi kontakt, gematogen, limfogen yo`llar bilan sodir bo`lmoqda. Operatsiyadan keyingi yallig`lanish asoratlarini profilaktika qilishda infeksiya manbalarini yaxshi sanatsiya qilish,

operatsiya qilish texnikasini takomillashi, adekvat holda antibiotiklarning oxirgi avlodlarining qo'llanilishi, ularning konsentratsiyasi qonda va limfa suyuqlilarida yetarli darajada bo'lishi, aseptik yallig'lanishning septik yallig'lanishiga o'ta olmasligini tashkil qilish bilan bog'liq.

Antibiotiklarni profilaktika qilish sohasida to'g'ri qo'llanilishi, xirurgik infeksiyalar o'chog'ini sanatsiya qilishda, bemorlarni operatsiyaga tayyorlashda infeksiyaning lokalizatsiyasiga, hamda chaqiruvchilarni ehtimol darajasini bilish muhim hisoblanadi. Surunkali yallig'lanish kasalliklari (surunkali bronxit, surunkali faringitlar) makrolidlarni qo'llashga ko'rsatma bo'ladi. Surunkali infeksiyalar jinsiy azolarda uchraganda florxinolonlar ishlatilishi maqsadli hisoblanadi.

Operatsiyadan keyingi infeksiyon asoratlarning umumiy profilaktikasida hozirgi zamonaviy talablar bo'yicha sefalosporinlar va ularning oxirgi avlodlarini, aminoglikozidlarni qo'llash talab qilinmoqda.

Antibiotiklar bilan ratsional pofilaktika o'tkazilsa, operatsiyadan keyingi asoratlarning suratinini yetarli darajada pasaytirish mumkin. Bu holatda operativ davolash effektivligi, bemorning ahvoli, infeksiyalar virulentligi va toksik xususiyati, operatsion yaraning ifloslanish darajasiga bog'liq.

Operatsiyalardan keyingi yallig'lanish asoratlarning kelib chiqishlari xavfiga asoslanib ularni to'rt guruhga bo'lish mumkin:

1. **“Toza” operatsiyalar.** Notravmativ rejali o'tkaziladigan operatsiyalar: og'iz bo'shlig'iga, nafas yo'llariga, oshqozon-ichak, siydik ajralishi (siydik chiqarishi va jinsiy azolar) tizimlariga teginmaydigan operatsiyalar. Bularga ortopedik, mastoektomiya, churrani kesish, flebektomiya, tomirlarni protezlash, artroplastika operatsiyalari kiradi. Bunday operatsiyalar yaralarida yallig'lanish belgilari bo'lmaydi. Operatsiyadan keyingi infeksiyon jarohatlar xavfi 5%.

2. **Shartli “toza” operatsiyalar.** Infeksiyon asoratlarning xavfi bilan “toza” operatsiyalarda: og'iz-halqum tizimidagi rejali operatsiyalar, ovqat hazm qilish tizimidagi, ayollar jinsiy a'zolaridagi, urologik, pulmonologik (yo'ldosh infeksiyalarsiz), qayta – operatsiyadan 7 kun o'tkandan keyingi, zudlik bilan tezda o'tkazilgan operatsiyalar va yopiq jarohatlar bilan qilinadigan operatsiyalar kiradi. Infeksiyon asoratlarning xavfi -10%.

3. **“Ifloslangan” (kontamirlashgan) operatsiyalar.** Operatsiya yarasida yiringlamagan yallig'lanish borligi. Bu operatsiyalarda oshqozon-ichak tizimidagi ochilishlar, siydik va jinsiy a'zolarida o'tkazilgan yoki o't yo'llarida va ikkilamchi choklar qo'yishda, yarada granulatsiyaning borligi, ochiq travmalar bilan o'tkazilgan operatsiyalar, bo'shliqlarga o'tuvchi yaralar bilan qilinadigan birlamchi xirurgik ishlovlar. Operatsiyadan keyingi infeksiyon asoratlar xavfi - 20 %.

4. **“Iflos” operatsiyalar.** A'zolar va to'qimalarda infeksiyaning yo'ldosh sifatida yoki haqiqatan ham borligi; oshqozon perforatsiyasida, ichaklarda, og'iz-halqum bo'shlig'ida qilinadigan, o't yo'llarida va nafas yo'llaridagi yiringli kasalliklari bilan, bo'shliqlarga o'tuvchi yaralarda, travma sababli kechiktirilgan va kech o'tkaziladigan (24-48 soat ichida) xirurgik ishlov operatsiyalari, yumshoq to'qimalardagi yiringli kasalliklar (flegmona, absseklar), operatsiyadan keyingi infeksiyon asorat xavfi 30-40 %.

Operativ muolajalardan keyingi asoratlarning ko'p sabablari bemorlarning o'zlariga bog'liq. Yara infeksiyasi ma'lum sharoitlarda, xar bir bemor uchun individual holatda, maxalliy va umumiy organizmning reaktivligi pasayganda boshlanadi.

Reaktivlikning pasayishi ayniqsa qari yoshdagi yoki xar xil yo'ldosh kasalliklari (anemiya, qandli diabet) bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. Bu holat asosiy kasalliklar bilan bog'liq: xavfli o'sma shishlar, ichak tutilishlari, peritonitlar. Mahalliy reaktivlikning buzilishi operatsiyalarning uzoq, jarohatlanishi kuchli, teridagi yog' qatlamlarining haddan tashqari qalinligi, operativ texnik qiyinchiliklar, aseptik yoki antiseptik qoidalarining buzulishlari. Mahalliy va umumiy ma'lumotlar o'zaro bog'liqdir. Yashirin holda o'tadigan xar xil infeksiyalar, asoratlar kelib chiqishida xavfi kattadir.

Bemorlarning yoshlari infeksiyon asoratlarning kelib chiqishida muhim ahamiyatga ega. Qari kishilarda infeksiyalarning rivojlanishiga moyil va ayniqsa yo'ldosh kasalliklari bo'lganda. Bundan tashqari organizmining ximoya kuchi pasayganda, qorinning old devorining kuchsizlanishi (ko'p tug'gan ayollar, ozg'inlik), haddan tashqari semizlik, sanitar-gigiyenik talablarining buzulishlari. Bu holatlar ayniqsa zudlik bilan o'tkaziladigan operatsiyalarda ahamiyati katta.

Mikroorganizmlarning patogenetik xususiyati ham xavf omilini oshiradi va antibiotiklar terapiyasi bilan profilaktika qilishda ham muhim ahamiyatga ega. Mikroorganizmlar sonini albatta aniqlash qiyin,

ammo patogenetik xususiyatiga bog'liq. Demak mikroorganizmlarning turiga, bemorning holatiga bog'liq. Mikroorganizmlarning virulentligiga qarab xavf omillarini aniqlash qiyin holat. Vaholanki, bemorlarning holatiga va operatsiyaning alohida xususiyati bo'yicha, patogenetik holatning xarakteriga qarab xavf omillarini rivojlantirishga baho berish bilan profilaktika tadbirlar o'tkazish mumkin.

Operatsiya qilinadigan joylarda infeksiyon asoratlarning oldini olish maqsadida ta'sir qiladigan tadbirlar ko'p komponentli bo'lishi kerak.

Mijozlarni operatsiyaga tayyorlashda gigiyena aseptik sharoitlar yaratish operatsiyani o'tkazishda maksimal to'qimalarni jaroxatlamaslik, antibakterial terapiyani operatsiyadan oldin, operatsiya paytida va keyingi davrida qo'llash zarur. Operatsiyadan keyingi infeksiyon asoratlarning oldini olish uzun xirurgik amaliyotga maloinvaziv (kaminvaziv) endovideo xirurgik usullarni kiritish kerak.

Ana shunday tadbirlarni biz ikki guruhga bo'ldik.

Birinchi guruh tadbirlarga – organizmning umumiy reaktivlik xususiyatlarini oshirish uchun qiladigan tadbirlar bilan operativ usullarning qo'llanilishi, organizmning xar xil noma'qul ta'sirlariga chidamliligini oshirish, infeksiyalarga qarshi kuchini ko'tarish, operatsiya qilish sharoitlarini yaxshilash, operatsiya qilish texnikasini takomillashtirish. Nomaxsus profilaktika masalalari bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlik davrida hal qilinadi. Bularga quyidagi tadbirlar kiradi:

1. Gomeostaz bilan moddalar almashinuvini mo'tadillashtirish.
2. Yo'qotilgan qon hajmini to'ldirish.
3. Shokga qarshi tadbirlar.
4. Oqsil bilan elektrolit balansini mo'tadillashtirish.
5. Operatsiya texnikasini takomillashtirish, to'qimalarga juda ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lish.
6. Gemostaz yaxshi qilinishi, operatsiya vaqtini qisqartirish.

Yaradagi infeksiyalarning rivojlanishini su'ratiga bemorlarning yoshi, organizmning yemirilishini, semizlik, operatsiya joyiga radiatsiyaning ta'siri, xirurgning malakasi, hamda har xil yo'ldosh kasalliklari (qandli diabet, immunosupressiya, surunkali yiringlash).

Vaholanki, xirurgik operatsiyalarni o'tkazishda aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy rioya qilish ham ayrim holatlarda yetarli bo'lmaydi.

Ikkinchi guruh tadbirlarga – asoratlarni chaqiruvchi bakteriyalarga qarshi kurashadigan tadbirlarning turi va shakliga bog'liq ta'sirlar majmuasidir. Bu mikrofloraga ta'sir qiladigan moddalar va ularni qo'llash usullaridir, eng muhimi antibiotiklarni tavsiya qilishdir.

1. Chaqiruvchilarga ta'sir qilish shakli:

a) infeksiya o'chog'ini sanatsiya qilish.

b) infeksiyalarning yuqadigan yo'llariga ta'sir qiluvchi antibakterial moddalarni qo'llash. (vena ichiga, mushaklar orasiga, antibiotiklarni endolimfatikyo'l bilan yuborish).

v) operatsiya zonasiga antibiotiklarning minimal ta'sir qiluvchi konsentratsiyasida yuborilishi – to'qimalarning jarohatlangan joylariga (aseptik tikuv materiallari, implantantlarga immobilizatsiya qilingan antibiotik preparatlari, mikropreparatlar orqali antiseptiklar yuborish).

2. Immunokorreksiya va immunostimulyatsiya.

Operatsiyadan keyingi infeksiyon asoratlar xar xil lokalizatsia bo'lishi mumkin, chunonchi, asosiylari quyidagilar bo'ladilar: yaraning yallig'lanishi, pnevmoniya, bo'shliqlar ichidagi asoratlar (qorin, plevra absesslari, empiyemasi), siydik yo'llarining yallig'lanish kasalliklari (piyelit, piyelonefrit, sistit, uretrit), sepsis

Harholda ko'p uchraydigan kasalxona ichi yaralar infeksiyasi.

Yaralarning eng yuqori bakteriyalar bilan ifloslanishi operatsiyadan oldingi davrda ularni yaxshi sanatsiya qilishga va operatsiya maydonida ularning tarqalishini kamaytirishga erishish kerak (yo'g'on ichak, og'iz bo'shlig'idagi infeksiya manbayisi).

Antibiotiklarni vena ichiga yuborish bilan operatsiya paytidaularning qondagi sirkulyatsiyasi asosida faolligini oshirish mumkin.

Vaholanki, operatsiya zonasida tegishli konsentratsiyaning buzulishi, mikrosistemaning buzulganligi, to'qimalardagi shish, aseptik yallig'lanishlar bunga imkoniyat bermaydi. Kerakli konsentratsiyasini depo hosil qilgan holda, antibiotiklar deposini ya'ni immobilizatsiya qilingan holda tikuv materiallar, plastik va drenajlaydigan materiallarini operatsiya tuzilmasiga kiritilishi kerak. Xirurgik antiseptik iplar, plastik materiallar, kollagen va yelim kompozitsiya asosida qo'llash. Kombinatsiyalashgan bog'lov va drenaj materiallari o'zlarida ximik antiseptika, antibiotiklarni ushlab xususiyati borligi sababli operatsiya

zonalarida antimikrob effektligini uzoq vaqt saqlash va yiringli asoratlar rivojlanishining oldini oladi.

Xirurgik antiseptik iplarning ishlatilishini ayniqsa anastamozlar qo'yishda ularning mexanik maxkamlik darajasini oshiradi, yallig'lanish kamayadi, yaralarning bitishida reparativ fazasini kuchaytiradi. Antibiotiklar bilan profilaktika qilishda operatsiyaning tipiga, hatto operatsiyadan keyingi yallig'lanish asoratlarining rivojlanishi xavfli omillarining borligiga bog'liq.

Har xil operatsiyalarda antibiotiklar bilan profilaktika qilish har xil bo'ladi: tomirlarga protez kiritilganda infeksiyon asoratlari sur'ati oshadi. Eng ko'p infeksiyon asoratlar asosan stafilokokklardir, ular chov sohasida uchraydi (75 %). Tomirlarning shunti yallig'langanda ularni olib tashlashga to'g'ri keladi, oqibatda jarohatlangan oyoqni yo'qotish mumkin. Agar avtokoronar shuntlar ifloslangan bo'lsa, o'lim xavfi oshadi. Shuning uchun tomirlarda bo'ladigan operatsiyalarda profilaktika qilish uchun sefalosporinlarning oxirgi avlodlari ishlatiladi. Agar xavf omili yuqori bo'lganda ularning III-IV avlodlari ishlatiladi.

Og'iz bo'shlig'ida, og'iz-halqum sohasida bo'ladigan operatsiyalarda antibiotiklar bilan profilaktika qilishda yaralar infeksiyasini 2 martagacha pasaytirishi mumkin. Bunday holatlarda sefalosporinlarning oxirgi avlodlarini tavsiya qilish yaxshi natija bermoqda. Qalqonsimon bezning bir qismini olib tashlashda ko'pincha antibiotiklarni tavsiya qilish shart emas, agar juda xavf faktori yuqori bo'lmasa.

Oshqozon ichak tuzilishining yuqori qismidagi suyuqliklarda kislotali xususiyatiga ega bo'lishiga qaramay, ular antibakterial effekt beraolmaydi. Biror kasalliklari sababli yoki ularning kasallanishi bakteriyalarning proliferatsiyaga uchrashi bilan yaralarning infeksiyon asorati kuchayishi mumkin. Ko'p operatsiyalarning shu bo'limlarda o'tkazilishi "shartli toza operatsiyalar" hisoblanadi. Shuning uchun ham antibiotiklarni profilaktika jihatdan ishlatilishi kerak. Xarholda sefalosporinlarning I-II avlodini ishlatish afzalroq hisoblanadi va metranidazol bilan kombinatsiya qilish kerak.

O't yo'llaridagi operatsiyalarda: O't bilan chiqariladigan antibiotiklarni tavsiya qilish kerak. Tillarang stafilokokklarni ekishda manfiy natija olinganda ham yaralarda infeksiya chaqirilishi mumkin. O't yo'llaridagi ochiq va laporaskopik operatsiyalardan keyin ko'pincha sefazolin, sefaperazin, metranidazol qo'llaniladi. Agar

pankreatoxolangiografiya (PRXG) qilinganda siprofloksasin o'tga yaxshi o'tadi va effekti yaxshi hisoblanadi.

Oshqozon-ichak tizimining pastki qismiga qilinadigan operatsiyalar:

Appenditsit aniqlanganda profilaktik, ayrim o'g'ir holatlarda davolash sifatida antibiotiklar ishlatiladi. Appenditsit paytida ko'pincha ichak tayoqchalari bilan bakterioidar aniqlanadi. Yengil holatlarda metronidazol bilan sefalosporinlarning I va II avlodlari ishlatilsa yetarli hisoblanadi. Yo'g'on va to'g'ri ichaklarda bo'ladigan operatsiyalardan keyin profilaktika sifatida seftriakson, metranidazol bilan birga ishlatilgani ma'quldir. Anarektal sohada o'tkazilgan operatsiyalar (gemorroidektomiya, polipektomiya, kondilomalarni olish) dan keyin antibiotiklarni profilaktik maqsadda ishlatish shart emas.

Taloqning yo'qligi organizmda immun funksiyasining yo'qolishi bilan yiringli asoratlarning rivojlanishi xavfi ko'tariladi, xatto sepsis rivojlanishi mumkin. Ko'pgina infeksiyon asoratlar taloq olingandan keyin 2-3 yil, xatto 20-25 yil o'tkandan keyin ham kuzatilishi mumkin. Bolalarda taloqning xavfli o'sma shishlari bilan olinganidan keyin infeksiyon asoratlar ko'p uchraydi. Shuning uchun ham profilaktik jihatdan splenektomiyadan keyinantibiotiklar ishlatilishi kerak. Oxirgi yillarda biz taloqning jarohati bilan splenektomiya qilingandan keyin uni geterotropik transplantatsiyasini yo'lga qo'yganmiz.

Taloqning shu xususiyatlarini hisobga olgan holda bizning tadqiqotlarimiz bo'yicha qorin jarohatlarida xususan taloqni saqlab bo'lmaydigan holatlarda qilingan splenektomiyadan keyin taloq to'qimalarining bir qismini geterotopik implantatsiya qilish usulini ishlab chiqdik. Bu operatsiyalar texnik jihatdan qorinning o'g'ir jarohatlarida N.V. Sklifosovskiy nomidagi Moskva shahar tez tibbiy ilmiy markazida splenektomiyadan keyin uning 8-10 mayda bo'laklarini katta charviga o'tkazish usuli taklif qilingan. Bu operatsiya eksperimental holda ham uning musbat effektivligi asoslangan. Klinikamizning professori S.Abdullayevning "Ko'krak va qorinning qo'shma jarohatlari diagnostikasi va davolash" nomli doktorlik dissertatsiyasida keltirilgan. Bu ilmiy ish yuqoridagi keltirilgan Moskva shahar tez tibbiy ilmiy markazida bajarilgan. Splenektomiyadan keyin profilaktika maqsadida sefalosporinlarning I-II avlodlari ishlatilgan. Shunday qilib, operatsiyadan keyingi asoratlarni profilaktika qilish maqsadida hamma

endo-ekzogen ifloslanishlardan keyin antibiotiko-terapiya qilish zarur. Albatta aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy e'tibor qilgan holda.

Operatsiyadan keyingi davr

Xirurgik operatsiyalar va og'riqsizlantirishlar (operatsion stress) operatsiyadan keyingi ruhan zo'riqish holati bo'lib, uning oqibatida operatsiyadan keyingi holat rivojlanadi. Operatsiyadan keyingi ruhan zo'riqish operatsiyada bo'ladigan jarohatdan keyin rivojlanadi va bemorga kompleks holda xar xil ta'sir ko'rsatadi: qo'rquv, qo'zg'alish, og'riq, narkotik moddalarning ta'siri, travma, yaraning hosil bo'lishi, ovqat qabul qilishdan bosh tortish, to'shak rejimini saqlamaslik.

Har xil omillar orqali ruhiy zo'riqishlar paydo bo'ladi:

1. Kasallikning xarakteriga asosan operatsiyadan oldin va operatsiya paytida bemorning umumiy ahvoli.
2. Operatsiyaning uzoq va travmali holda o'tishi
3. Og'riqsizlantirish yaxshi o'tkazilmaganligi.

Operatsiya tamom bo'lgandan keyin sog'ayishigacha yoki uni nogironlikka o'tkazishgacha bo'lgan vaqt. Bu davr quyidagi ikki guruhga bo'linadi:

1. Erta operatsiyadan keyingi davr – operatsiya tamom bo'lgandan uning kasalxonadan chiqarilguncha bo'lgan vaqti.
2. Kechki operatsiyadan keyingi davr – bemorning kasalxonadan chiqarilgandan uning sog'ayishigacha yoki nogironlikka o'tkazilguncha bo'lgan davri.

Xirurgik operatsiyalar bilan narkoz odam organizmida ma'lum umumiy patofiziologik o'zgarishlarga olib keladi, bu asosan organizmning operatsion travmaga bo'lgan javob reaksiyasidir. Bunda organizm o'zining himoya omillarini va kompleks kompensator reaksiyalarini operatsion travmalar oqibatini, gemostazni tiklashga safarbar qiladi. Operatsiya travmasi organizmdagi alohida holatlarining buzulishiga – katabalizm va anabolizmning o'zaro munosabatlarining o'zgarishiga olib keladi.

Bosqichlari. Bemorlarda operatsiyadan keyingi yaralar uchta bosqich: katabolik, qayta rivojlanish, anabolik bosqichlarini o'tadi.

Katabolik bosqichi. Bu bosqich 3-7 kun davom etadi, juda yorqin yuzaga chiqadi, organizmda og'ir o'zgarishlar bo'lganda va operatsiyalarning o'tkazilishi, hamda operatsiyaning og'ir o'tishi bilan bog'liq. Katabolik bosqich qon oqishlar davomiyligini chuqurlashtiradi va cho'zadi shu bilan birga operatsiyadan keyingi asorat paydo bo'ladi.

Yiringli yallig'lanishlar, gipovolemik, suv-elektrolitik balanslashinuvining buzulishi, oqsil balansining buzulishi, hamda operatsiyadan keyingi buzulishlar (og'riqning yaxshi tuzatilmaganligi, noto'liq parenteral oziqlantirish, o'pkadagi gipoventilyatsiya) paydo bo'ladi.

Katabolizm – organizmning himoya reaksiyasi bo'lib, uning maqsadi, organizmga kerakli energiya bilan plastik materiallarni tezlik bilan yetkazib berishdir. Bu holat ma'lum neyroendokrin reaksiyalari orqali boshqariladi; Simpatik- adrenal tizimida faollik ko'tariladi, bu holat gipotalamus – gipofizda ham kuzatiladi katexolaminlarning, glukokortikoidlar, aldesteron, adrenokortikotrop gormoni (AKTG) ning sintezi kuchayadi va ularning qonga tushishi oshadi. Qonda dekstrozaning konsentratsiyasi pasayadi, insulin miqdori pasayadi, angiotenzin reninning sintezi oshadi. Neyrogumoral o'zgarishlar tomirlarning tonusida (spazm tomirlarda) va to'qimalarda qon aylanishining buzulishiga, mikrosirkulyatsiya o'zgarishiga, to'qimalardagi gaz almashinuvi, gipoksiya, metabolik asidozga, natijada suv-elektrolit balansi buzulib, tomirlar xavzasidan to'qimalararo va hujayralarga suyuqlikning o'tib ketishi, qonning quyushishiga va shaklli elementlarining staziga olib keladi. Ana shu o'zgarishlar natijasida to'qimalarda oksidlanish – tiklanish holatlarining buzulishiga, to'qimalardagi gipoksiya natijasida anaerob glikoliz aerob glikoliz ustidan baland keladi. Bunday holatlarda bioximik o'zgarishlar va mikrosirkulyatsiyadagi nosozliklardan birinchi bo'lib miokard, jigar bilan buyraklar faoliyatiga zarar yetkazadilar.

Katabolik bosqichida oqsillarning parchalanishi oshadi va oqsillar yetishmovchiligi mushak va qo'shuvchi to'qimalarda bo'lgan 9 ta muhim hisoblangan fermentlarda ham bo'ladi. Undan ham kuchliroq oqsillar parchalanishi jigarda, plazmada, oshqozon-ichak tizimida, sekinroq – oqsillar parchalanishi ko'ndalang mushaklarda bo'ladi. Ochsizlikda 24 soat ichida fermentlar miqdori 50% gacha pasayadi. Umumiy oqsilning operatsiyadan keyingi davrda yetarli darajada bo'lmaydi, masalan: oshqozon rezeksiyasidan yoki gastrektomiyadan keyin 10 kun operatsiyadan keyin asoratlanmagan va parenteral oziqlantirish o'tkazilmaganda bemorlarda 250-400g oqsil yo'qotiladi. Shu paytda 2 marta yo'qotilgan oqsillar hajmi plazmada ko'payib va 1700-2000 g mushaklar massasi yo'qotilishiga to'g'ri keladi. Qon yo'qotishlarda, operatsiyadan keyingi yiringli asoratlarda oqsilning

yo`qotilishi ko`tariladi. Agar operatsiyagacha gipoproteinemiya kuzatilganda bu holat eng xavfli hisoblanadi.

Klinik manzarasi. Operatsiyadan keyingi davrda katabolik fazasi o`zining alohida xususiyatiga ega.

Operatsiyadan keyin birinchi sutkada narkotik va sedativ moddalar ta`siridagi bemorlar tormozlashgan, uyquga tortadi, atrof muhitga befarq qaraydi. Hatti-harakati ko`pincha tinch. Ikkinchi sutkadan boshlab, qachonki narkotik va sedativ preparatlarning ta`siri ketgandan keyin og`riq boshlanadi, ruhiy holat chidamli emas, shuning uchun ham hatti-harakati kuchayadi, qo`zg`alish yoki batamom so`nadi. Ruhiy o`zgarishlar sababli xar xil asoratlar boshlanadi, gipoksiya kuchayadi va suv-elektrolit balans buzuladi.

Teri qoplamasida oqarish, ko`kimtir ranglik, pulsi tezlashadi, kam miqdorda yurakning urishi hajmi pasayadi.

Bemorlarda nafas olish tezlashadi, ammo uning chuqurligi kamayadi. O`pkaning hayotiy sig`imi 30-50% pasayadi. Qorin bo`shlig`ida operatsiya qilinganda diafragmaning yuqoriga ko`tarilganligi sababli uning xarakati chegaralangan bo`ladi va oshqozon-ichak tizimida parez paydo bo`ladi.

Bu holat disproteinemiya, fermentlarning sintezi pasayishi, diurez ham kamayadi chunki, buyrakda qon oqimining kamayishi va aldosteron va antidiuretik gormonlarning ko`tarilishi bilan bog`liq.

Qayta rivojlanish fazasi: 4-6 kun davom etadi. Katabolik bosqichining anabolik bosqichiga o`tishi asta-sekinlik bilan bo`ladi. Bu davrning asosiy xususiyati simpatiko– adrenal tizimining faolligi va katabolik prosesining susayishi bilan, azotning 5-8 g/sutkagacha pasayishi kuzatiladi (katabolik fazada azotning chiqishi 20 g/sut. bo`ladi). Kiritiladigan azot miqdori uning ekskretsiyasidan ko`proq bo`ladi. Azot miqdorining musbat bo`lishi organizmda oqsil almashinuvining normaga tushushidan darak beradi va oqsilning organizmdagi sintezi kuchayadi. Ana shu vaqtga kaliyning siydik bilan chiqishi pasayadi, uning organizmda to`planib qolishi ko`payadi (oqsil bilan glyokogenning sintezida qatnashadi). Suv – elektrolitlar balansi tiklanadi. Neyrogumoral tizimda parasimpatik tizimning yuzaga chiqishi kuzatiladi, Somatotrop gormonlari (STT) ning sathi ortadi. Ana shu o`tish davrida past miqdorda bo`lsa ham energetik va plastik materiallar sarflanishi ko`tariladi (oqsillar, yog`lar va karbon suvlar). Ular asta-sekinlik bilan pasaya boshlaydi va glikogen, yog`lar, keyin yog`larning

sintezi faollashadi va ular katabolik holatning pasayishi sathida davom etadi. Batamom anabolik holatning katabolikdan ustunligi operatsiyadan keyingi davrda anabolik fazaga o'tayotganligini ko'rsatadi.

Operatsiyadan keyingi davrning asoratlanmagan holda kechishi qayta rivojlanish fazasi operatsiyadan 3-7 kundan keyin boshlanib va 4-6 kun davom etadi. Bu holatning asosiy ko'rsatkichlari bo'lib o'g'riqning yo'qolishi, tana haroratining normaga tushishi, ishtaxaning paydo bo'lishidir. Bemorlar faollashadi, teri qoplamalari normal rangga kiradi, nafas olish chuqurlashadi, nafas olish soni pasayadi. Yurak urishi tezligi operatsiyadan oldingi holga keladi. Oshqozon-ichak tizimi faoliyati tiklanadi: ichaklar peristaltikasi shovqini paydo bo'ladi, gaz chiqarish boshlanadi.

Anabolik bosqichi. Bu bosqichga xos oqsillarning sintezi kuchayadi, glikogen, yog'larning operatsiya paytida va katabolik bosqichdagidek operatsiyadan keyingi davrda sarflangan miqdorlari o'sa boshlaydi. Neyroendokrin reaksiyaga parasimpatik vegetativ asab sistemasi aktivlashadi va anabolik gormonlar faolligi oshadi. Oqsillarning sintezini STG va androgenlarni stimulyatsiya qiladi, ularning faolligi anabolik bosqichda oshadi. STG aminokislotalarning to'qimalararo bo'shlig'idan hujayralarga o'tishini faollashtiradi. Androgen gormonlari jigarda, buyraklarda, miokarda oqsillar sintezini faollaydi. Gormonal holatlar qondagi oqsillarni, a'zolar hamda yaralar sohasida ko'paytiradi, shu bilan birga reparativ holatni va qo'shuvchi to'qimalarni rivojlantiradi.

Operatsiyadan keyingi davrda anabolik fazada glikogenning zaxirasi tiklanadi, bu asosan STG garmonining antiinsulin tasiri natijasida bo'ladi. Anabolik fazasidagi klinik belgilarning paydo bo'lishi sog'ayish davriga kirganligini ko'rsatadi. Yurak – qon tomirlari tizimidagi o'zgarishlar, nafas olish, ajratish sistemasi, ovqat hazm qilish, asab tizimlari tiklanadilar. Bu bosqichda bemorlarning umumiy ahvoli yaxshilanadi, ishtaxa paydo bo'ladi, yurak faoliyati – pulsi normaga tushadi, AQB ko'tariladi, oshqozon ichak tizimi faoliyati tiklanadi – oziqa moddalarning o'tishi, ichaklarda so'rilish xususiyati yaxshilanadi, o'zicha axlat keladi. Anabolikfazasining davom etishi o'rtacha 2-5 haftacha cho'ziladi. Uning muddati o'tkazilgan operatsiyalarning og'irligini, katabolik fazasining davom etish muddatiga bog'liq. Anabolik faza 3-4 haftadan keyin tana massasining ortishi bilan yakunlanadi. Ammo to'liq sog'ayishi birnecha oyga cho'zilishi mumkin.

Batamom reparativ regeneratsiya holat 3-6 oy mobaynida tugallanadi va qo'shuvchi to'qimaning yetilishi va chandiq hosil bo'lishi bilan yakunlanadi.

Operatsiyalar bajarilgandan keyin bemorlar reanimatsiya bo'limlariga yoki jadal davolash palatasiga o'tadi. Bu bo'limlarda bemorlar holatidan maxsus kuzatuv olib boradilar, jadal terapiya o'tkaziladi va zarur bo'lganda shoshilinch yordamlar ko'rsatiladi. Bemorlarning ahvolidan kuzatish uchun tegishli asboblari - doimiy pulsini nazorat qilish, uning sur'ati, ritmi, EKG va EEG bilan jihozlanadi. Ekspress - laboratoriya bo'lib, gemoglobin, gemotokrit, elektrolitlar, qondagi oqsil miqdori, AQH, kislota - asos holatidan doimiy ravishda kuzatish mumkin. Jadal terapiya bo'limida zudlik bilan yordam berish uchun: dorivor moddalar, transfuziya uchun tegishli suyuqliklar, IVL apparati o'pka ventillyatsiyasi apparati, veneseksiya va traxeostomiya qo'yish uchun steril materiallar, yurakni defibrilyatsiya qilish uchun, steril kateterlar, zondlar va bog'lov stollari tashkil qilinadi. Doimiy ravishda bemorning ruhiy holati tekshiriladi (hushi, hatti-harakati - qo'zg'alishlari, tushkunlik, sandirash, gallyutsinatsiya), teri qoplamasining rangi (oqarish, sianoz, sariqlik, ko'karish, terlash) nazorat qilinadi. Yurak - qon tomirlarini tekshirganda pulsi, sur'ati, ritmi, AQB sathi, kerak bo'lsa albatta MVB (markaziy vena bosimi), yurak tonlari, shovqinlar xarakteri aniqlanadi. Auskultatsiya qilinib nafas ritmi, sur'ati, perkussiya qilinadi.

Ovqat hazm qilish tizimida tilning holati (quruqlik, qoplamalar borligi) qorinda (damlash, nafas olishda qatnashishi, qorin pardaning ta'sirlanish belgilari: qorinning old devori taranglashishi, Shetkin - Blyumberg belgisi, ichaklar xarakati) aniqlanadi, jigar palpatsiya qilinadi. Bemordan gaz ketishini va hojatning bo'lganligi to'g'risida ma'lumot olinadi.

Bir sutkalik diurez ajralish tezligi qo'yilgan kateter orqali va bir soatlik diurez aniqlanadilar. Olingan laboratoriya tahlillari muhokama qilinadi: gemoglobin miqdori, gematokrit, kislota-asos holatlari, AQH, qondagi elektrolitlar. Laboratoriya tahlillarining ko'rsatkichlari orqali transfuziya uchun suyuqliklartarkibi, hajmi, dorivor moddalar aniqlanadilar. Tekshirishlar ko'p marta o'tkaziladi va ular oldingilari bilan solishtirib ko'riladi. Hamma axborotlar va maxsus tekshirish natijalari maxsus kartalarga kiritiladi. Bemorning kasallik tarixida ham kundalik sifatida yoziladi.

Bemorlarni kuzatish davrida ahvoli kiritik tomonga o'zgarsa, uning sababini aniqlash va zudlik bilan yordam ko'satish chorasi ko'riladi.

1. Yurak-qon tomirlar tomonidan: puls 120ga ko'tarilsa, qon bosimi tushsa 80 mm sim.ust.gacha yoki 200 mm sim.ust.gacha ko'tarilsa, yurak faoliyati buzilsa, MVB pasaysa 50 mm sim.ust.dan past bo'lsa yoki uning 110 mm.sim.ust.ga ko'tarilsa.

2. Nafas sistemasida: nafas olish soni min.ga 28 martaga ko'tarilsa, perkutor tovushning qisqarishi, to'mtoq tovush aniqlansa, nafas olish eshitilmay qolishi.

3. Teri qoplamasining holati va shilliq pardalarning ko'rinishi: oqarish, akrosianoz, sovuq yopishqoq ter paydo bo'lsa.

4. Ajratish tizimi: siydik ajralishining kamayishi (siydik miqdori 10ml/soat dan past-anuriya).

5. Oshqozon -ichak tizimi: qorinning old devori mushaklarining taranglashi, qora axlat (uning tarkibida qon), Shetkin-Blyumberg belgisi musbat, qorin damlashi, gazning ketmasligi, ichak peristaltikasi tovushining eshitilmasligi 3sutka davomida.

6. Markaziy asab tizimi: hushini yo'qotish, gallyutsinatsiya, xarakat va nutq qo'zg'alishi, to'la tormozlanish.

7. Operatsion yaraning holati: bog'lamning, suyuqlik va qon bilan ko'p ho'l bo'lishi, yara qirralarining ochilib ketishi, eventratsiya (qorin bo'shlig'idagi a'zolarining yara orqali chiqib ketishi), bog'lamning yiring, ichak mahsuloti, o't, siydik bilan ho'l bo'lishi.

Zudlik bilan davolash amalga oshiriladi: Metabolik o'zgarishlarni kompen-satsiyalash, buzilgan a'zolar funksiyasini tiklash, oksidlanish - qaytarilish holatini to'qimalarda tiklash (kislorod kelishini tashkil qilish, yarim oksidlangan almashinuv mahsulotlarini organizmdan chiqarish, uglekislotalarni va ortiqcha sarflangan energiya yo'qotishni to'ldirish). Oqsil va elektrolitlar almashinuvini yaxshilashda parenteral va enteral yo'llar bilan amalga oshirish operatsiyadan keyingi davrda jadal davolashning asosiy xususiyatlari hisoblanadi.

1. Og'riq bilan kurashishda og'riqni qoldiruvchi moddalar, elektroanalgeziya, epidural anesteziya yordamida qilinadi.

2. Yurak-qon tomirlar faoliyatini, buzilgan mikrosirkulyatsiyani tiklash (yurak-tomirlar dorivor moddalari, qon o'mini bosuvchi suyuqliklar quyish).

3. Nafas yetishmovchiligini davolash va ularning oldini olish (oksigenoterapiya, nafas gimnastikasi, boshqaruvchi o'pka ventilyatsiyasi).

4. Dezintoksikatsion terapiya.

5. Metobolik o'zgarishlarni korreksiya qilish (suv-elektrolit balansi, kislota-asosli, oqsillar sintezi).

6. Muvozanatni tiklaydigan parenteral oziqlantirish.

7. Ajratish sistemasi funksiyasini tiklash.

8. Xirurgik operatsiyalar natijasida a'zolar funksiyasining buzilishlarini tiklash (ichaklar parezi, gipoventilyatsiya, o'pkada operatsiya bo'lganlarda atelektaz va bosh).

Operatsiyadan keyingi erta davrda bo'ladigan asoratlarda har xil muddatda paydo bo'lishi mumkin. Birinchi 2 sutkada bo'ladigan asoratlardan qon oqishlar (ichki va tashqi), o'tkir tomirlar yetishmovchiligi (shok), o'tkir yurak yetishmovchiligi, asfiksiya, nafas yetishmovchiligi, narkozning ta'sirida bo'ladigan asoratlarda, suv-elektrolitlar balansi buzilishi mumkin, siydik ajralishining buzilishi (oligo-anuriya), parez oshqozon ichak tizimida bo'lishi mumkin.

Keyingi 3-8 kun ichida rivojlanishi yurak qon tomirlar yetishmovchiligi, pnevmoniya, tromboflebitlar, tromboemboliya, o'tkir jigar-buyrak yetishmovchiliklar, yaralarning yiringlashi mumkin.

Operatsiya o'tkazgan bemorlarda, ayniqsa narkoz bilan o'tkazilganda operatsiyadan keyingi davrda asoratlarda rivojlanishi, organizmning umumiy funksiyalarining buzilishidan bo'lishi mumkin. Hamma asoratlarni erta va kech paydo bo'ladigan guruhlarga bo'linadi.

Erta asoratlarda -bu asoratlarda birinchi soatlar va kunlarda paydo bo'lishi mumkin. Bularning sababi narkotik moddalarning nafas olishga, qon aylanish tizimiga ularning funksiyalarini susaytiruvchi ta'sir qiladi, suv-elektrolitlar holatida kompensatsiya qila olmaydigan holga keltiradi. Narkotik moddalar organizmda eliminatsiya bo'lmasligi mumkin, relaksantlar nafas olishni susaytiradi, hatto uning to'xtashigacha olib keladi. Bu gipoventilyatsiya ko'rinishiga (yuzaki nafas olishi, tilning orqaga ketishi) olib keladi, hatto apnoe rivojlanadi. Nafasning buzilishi sababi qusish va regurgitatsiya (yeyilgan yoki ichilgan suyuqlikning qayta chiqarib tashlash) bo'lib narkotik uyqudan batamom chiqmagan holatida paydo bo'ladi. Shuning uchun ham bemorlarni erta operatsiyadan keyingi soatlarda yaxshi nazorat qilish zarur. Nafas olishi buzilganda SNO (sun'iy nafas oldirish) aparatiga ulanadi yoki Ambu

qopi orqali nafas beradi, tili orqaga ketib qolsa, tezlik bilan xavoni traxeyaga o'tkazadigan nay qo'yilib, nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash zarur. Narkozning ta'siri davom etib nafas batamom susaysa nafasni tiklash analeptiklarini qilish mumkin.

Qon oqishlar- operatsiyadan keyingi bo'ladigan eng xavfli asoratlardan biri xisoblanadi. Qon oqishlar bo'lishi mumkin tashqi (yaradan) va ichki – bo'shliqlarga qon quyilishi mumkin (qorin va ko'krak bo'shliqlariga). Qon oqishning umumiy belgilari: teri qoplamasida oqarish, kuchsiz, tezlashgan puls, qon bosimining tushishi. Agar yaralardan qon ketganda yaradagi bog'lam qon bilan xo'l bo'ladi, drenajlardan qon ajralishi mumkin. Bemorlarga qilingan nazorat va laboratoriya tahlillari yordamida ichki qon ketishlarini o'z paytida tashxislab, kerakli yordam ko'rsatish kerak.

Konservativ davolash natija bermasa yarani taftish qilinishi, ichki qon oqishlarda relaparotomiya, retorakotomiya qilish kerak.

Operatsiyadan keyingi birinchi kunlari suv-elektrolit balansining buzilishi mumkin. Bu holat o'tkir ichak tutilishi yoki katta qon oqishlaridan keyin yuzaga chiqadi. Suv-elektrolitlar muvozanatining buzilishida klinik belgilari: terida quruqlashish, terida haroratning oshishi, tili quruqligi, chanqoqlik rivojlanadi, MVB (markaziy venoz bosimi) pasayadi, gemotokrik ko'rsatkichi tushadi, diurez kamayadi, taxikardiya. Bunday xolatlarda tezda suv-elektrolitlar balansini korreksiya qilish kerak. Buning uchun suyuqliklar quyulishi kerak. Suyuqliklardan: Ringer-lokk, kaliy xlorid, natriyatsetat, natriy xlorid, suyuqliklari keltirilgan tartibda quyiladi. Suyuqliklarning quyulishi MVBni tekshirib turish bilan, ajratilgan miqdorini aniqlash va qondagi elektrolitlar miqdorini aniqlash bilan nazorat qilinadi. Ayrim vaqtlarda suv-elektrolitlar muvozanatining buzilishi operatsiyadan keyingi davrlarda yuzaga chiqishi (ichak oqmalari paydo bo'lsa) mumkin. Bunda umumiy ravishda suv-elektrolitlar muvozanatini korreksiya qilish va bemorlarni parenteral oziqlantirishga o'tkazish kerak.

Operatsiyadan keyingi davrlarda erta nafas olish tizimida buzilishlar bo'lishi mumkin. O'pkaning atelektazi, pnevmoniya, bronxitlar bunga sababchi bo'ladilar, ayniqsa keksa yoshdagi bemorlarda ko'proq uchraydi. Nafas olish tizimida yetishmovchiliklar bo'lganda profilaktika qilish uchun bemorlarni faollashtirish, operatsiyadan keyin adekvat og'riqsizlantirish, davolash gimnastikasi, ko'krak qafasini

massaj, arozollar ingolyatsiyasi va har xil nafas puflash gimnastikasi buyuriladi.

Yurak-qon tomirlari tomonidan asoratlar bo`ladi. Bularga qon oqishlar kompensatsiya qilinmaganda, suv-elektrolitlar yetishmovchiligida va ularni o`z paytida korreksiya qilinishi kerak. Ayniqsa keksa bemorlarda operatsiyadan keyin yurak qon tomirlar yetishmovchiligi surunkali bo`lgan kishilarda ko`proq rivojlanadi.

Operatsion jarohat-narkozning tasirida o`tkir yurak-qon tomirlar yetishmovchiligi paydo qilinadi (taxikardiya, yurak ritmining buzilishi) yana MVBning ko`tarilishi kuzatiladi, bu esa chap qorincha yetishmovchiligini va o`pkada shish paydo qiladi. Har bir xolatni individual (yurak glikozidlari, antiaritmik, koronar kengaytiruvchi moddalar) har bir xolat individual davolanadi. O`pka shishida ganglioblakatorlar, siydik haydovchi moddalar, kislorod hidlatish ho`llangan spirt bilan o`tkazilishi kerak.

Agar oshqozon ichak tizimida operatsiyadan keyin ikki uch kun ichida ichaklar parezi (dinamik ichak tutulishi)paydo bo`ladi. Buning asosiy belgisi: qorin damlashi, ichak harakati yo`qoladi. Profilaktika va davolash maqsadida oshqozon-ichaklarni intubatsiya, bemorlarni erta faollashtirish, og`riqsizlantirish, peridural anesteziya, paranefral qamalda, ichak harakatini stimulyatsiya qilish (massaj, diadinamik tok va fortrans berish) kerak.

Siydik ajralishining buzilishi: buyraklarning siydik ajratish funksiyasining buzilishi natijasida yoki har xil yallig`lanish (sistit, uretrit, piyelonefrit) kasalliklarida paydo bo`ladi. Siydikning tutulib qolishi reflektor holatida - og`riq bilan qorin mushaklarining, chanoq va siydik qopining sfinkteri spazmida bo`ladi. Siydik tutulishida og`riqsizlantiruvchi, antispazmatik moddalar qilinadi, siydik qopi ustiga issiq grelka qo`yish mumkin. Bu konservativ davolash natija bermasa - metall kateter bilan siydik tushiriladi. Bordi-yu kateterni o`tkazish iloji bo`lmasa (prostata bezining adenomasi) siydik qopiga oqma (qov usti oqmasi) sistostomiya qo`yiladi.

Tromboembolik asoratlar: operatsiyalardan keyingi davrda uchraydigan asoratlardan bo`lib asosan qari kishilarda uchraydi. Tromboemboliyaning asosiy manbayi oyoq va chanoq venalari xisoblanadi. Qon aylanishining sekinlashuvi, qonning reologik xossasining buzilishida bu asoratlar uchraydi. Bu asoratni profilaktika qilishda bemorlarni aktivlashtiruvchi, tromboflebitni (oyoqlarni bintlash va qonning ivish tizimini korreksiya qilish - geparin natriy, qonning

shaklli elementlarining agregatsiya xususiyatini pasaytiruvchi moddalar, masalan, dekstran va boshqa suyuqliklar, asitilsalisil kislotasi hamda har kuni suyuqliklar quyish mo'tadil gemodilyutsiyani tashkil qilish kiradi.

Yaraning ifloslanishi yani operatsiyadan keyin yarani yallig'lanishi. Bu holat operatsiyadan keyin 3-10 kunlarda hosil bo'ladi. Yarada og'riq, tana haroratining ko'tarilishi to'qimalarning qalinlashishi, yallig'lanish ingriyentlari, terida qizarishlar (yara atrofida) bu asoratning klinik belgilaridir.

Kasalxonalarda uzoq yotadigan, kuchsizlanib qolgan bemorlarda to'qimalarning bosilishi natijasida yotoq yarasi rivojlanadi. Ko'proq dumgaza sohasida yotoq yara paydo bo'ladi. Tananing bosilib, qisilib qolgan to'qimalarini kamforali spirt bilan ishlov berish, bemorni maxsus yumshoq aylanaga, yotoq yaraga qarshi matrasga yotqizish, 5% kaliy permanganat eritmasini qo'llash bilan yotoq yaraning hosil bo'lishi profilaktikasi o'tkaziladi.

Bordiyu yumshoq to'qimalarda nekroz holati kuzatilganda nekrektomiya qilinadi va yiringli yaralarni davolash prinsipida amaliyoti bo'yicha davolaydi.

Operatsiyadan keyingi og'riqlar: agar operatsiyadan keyin og'riq kuzatilmasa, demak operatsiya yaxshi o'tkazilgan. Emotsional tasirdan tashqari operatsiyadan keyin og'riqlarning paydo bo'lishi nafasning susayishiga, yo'tal harakati paydo bo'ladi, qonga ko'p miqdorda katexolaminlar chiqadi va shu fonda taxikardiya, qon bosimining ko'tarilishiga sababchi bo'ladi. Bemorlarda shu og'riqlarni bartaraf qilishda nafasni susaytirmaydigan va yurak faoliyatiga yaxshi ta'sir qiladigan moddalar (fentanil), narkotik bo'lmagan analgetiklar, uzoq epidural anesteziya, teri orqali elektro analgeziya, igna sanchish usullari qo'llaniladi. Og'riqni o'z vaqtida bartaraf qilinganda yaxshi balgam chiqaradi, chuqur nafas olish, bemorning uzi faollashishga erishiladi. Operatsiyadan keyingi davr yaxshi o'tkazilganda va har xil asoratlar paydo bo'lmaydi.

Kechki asoratlar: bemorlarni statsionardan chiqargandan keyin, operatsiya o'tkazilgandan keyin uzoq muddat o'tishi bilan har xil asoratlar kuzatiladi. Agar bemorga qorin bo'shlig'ida o'tkazilgan operatsiyalardan keyin (oshqozonning operatsiyadan keyingi kasalligi, yoki postrezeksion sindromi, postxolesistektomiya sindromi, amputatsiyadan keyingi fantom og'rig'i, posttromboflebitik sindromi, bitishma kasalligi) va har xil boshqa operatsiyalardan keyin rivojlanishi mumkin.

IX BOB

XIRURGIK KASALLIKLARNI TEKSHIRISH

Umumklinik tekshirish usullari: Xirurgik kasalliklarni uning kasalligini aniqlashda asosan uchta maqsadni amalga oshirishimiz kerak.

1. Qaysi a'zosi jaroxatlangan kasallanganligini va klinik belgilarini aniqlash.

2. Kasallikning sababini va uning patogenezini aniqlash.

3. Kasallikning organizmga ta'sirini. Bemordagi kasallikning anatomiyasi va etiologiyasini aniqlab, uni davolash rejasini tuzish.

Bemor shikoyati. Xirurgik kasalliklarni tekshirishda bemorning shikoyati, anamnezini aniqlash o'ta muhim hisoblanadi va shundan keyin klinik kasallikning mahalliy lokalizatsiyasini juda katta e'tibor bilan aniqlash kerak.

Hamma vrachlarga xos bo'lgan asosiy maqsad-bemorning hamma a'zolarini va tizimlarini tekshirish talab qilinadi, chunki to'g'ri qo'yilgan diagnoz, bemorni to'g'ri davolash taktikasini qabul qilishga yordam beradi. Shuning uchun ham asosiy e'tiborni patologik o'zgarishlarni to'g'ri aniqlashga qaratilishi lozim.

Bemorlarni so'rab-surishtirish. Kasallikning xar xil sabablarini aniqlashda so'rab-surishtirishlar ketma-ket o'tkazilishi, buning uchun bemorga beriladigan savollar to'g'ri va aniq tuzilishi kerak. So'roq paytida olingan ma'lumotlarning asosiy qismi uning sabablarini aniqlashga qaratilishi lozim.

Ayrim holatlarda so'roq uncha qanoatlantiradigan darajada bo'lmaydi. Ko'pincha bemorlar o'zidagi bo'lgan holatlarni tushuntira olmaydilar. Bemorlar bilan yaxshi muloqot bo'lmasligining asl sababi bemorlardagi og'riqni sezish holatining buzilgan bo'lishidir. Bunday holatlarda bemorlarga yaxshi sharoit qilinib, sekinlik bilan bemor ruhiyatiga yaxshi ta'sir ko'rsatishimiz kerak.

Ayrim bemorlar o'zlari yaxshi tushingan holda kasalliklaridagi holatni haddan ziyod bo'rttirib ko'rsatishadilar, yoki o'zida yo'q belgilarni ataylab ko'rsatishadi, simulyatsiya shu bilan birga ayrim bemorlarda dissimulyatsiya bo'ladi, yani operatsiya bo'lishidan qo'rqib yo'q simptomlarni yoritishga xarakat qiladi. Agar bemorlarning anamnezini yaxshilab yig'ish imkoniyati bo'lmasa undan bemorlarning

qarindoshlari yoki uni kasalxonaga olib kelgan kishidan so'rab surishtirish kerak bo'ladi.

Endi tekshirishni bemor shikoyatini aniqlashga o'tiladi. Agar og'riq bo'lganda uning aniq lokalizatsiyasini, irradiatsiyasini, og'riqning paydo bo'lish vaqtini, intensivligini, qaytarilishi mumkin. Hosil bo'lish davrini, og'riqning jismoniy yuklama bilan bog'liqligini, travmalar bilan har xil fiziologik holatlarni buzilishi, og'riqning bosh aylanishi, hushini yo'qotish bilan tana haroratining o'zgarishi xususiyatini aniqlash o'ta zarur hisoblanadi.

Kasallikning rivojlanish tarixini (anamnesis morbi) o'rganishda kasallikning birinchi boshlanishi belgilarini hozirgi ko'rikgacha rivojlanish xususiyatlarini, avval qanday davolash (xirurgik yoki qanaqadir sanatoriya, ambulatoriya) o'tkazilganligi va uning natijasini o'rganish zarur. Bundan tashqari albatta bemordagi tibbiy xujjatlari kasallik tarixidan ko'chirma, ma'lumotnoma, tahlillari, rentgenologik tekshirishlar o'rganiladi va kasallik tarixiga yoziladi.

Bemorning hayot tarixi (anamnesis vitae) bo'yicha qisqacha ma'lumotlar, bemorning bo'yi, kasalligining rivojlanishi, ish sharoiti, ijtimoiy ahvoli, ovqatlanish xususiyatlarini aniqlash zarur. Albatta o'tkazilgan kasalliklar nasliy sabablari ayollarda ginekologik anamnezi aniqlanadi.

Allergologik anamnez. Oldin bemor antibiotiklar olganmi, qon quyishlar o'tkazilganmi, qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar qabul qilgan bo'lsa reaksiya berganligi bo'lsa, uni aniqlash shart. Bemordagi zararli odatlari, ixtisosining noto'g'ri tasirlarini aniqlanadi. Ana shu tekshirishlardan keyin umumklinik usullarga – umumiy ko'rik, termometriya, paypaslash, perkussiya va auskultatsiya qo'llaniladi.

Umumiy ko'rik: Har bir xirurg uchun eng asosiy va to'g'ri diagnoz qo'yishi uchun juda muhim bo'lgan ma'lumotlarni beradi. Buning uchun vrach bemordagi alohida e'tibor beradigan belgilarni sezadigan bo'lishi kerak. Ko'rik boshlanishidan oldin bemor yechintiriladi, ko'rik bo'ladigan joyi alohida e'tibor bilan aniqlanadi. Ko'rik uchun bemorga tegishli holatni taklif qilish va yetarli darajada yorug'lik bo'lishi kerak. Ko'rik paytida bemor tanasini simmetrik holda tekshirish qoidasi qo'llaniladi, bu sog' qismi bilan kasallikni taxmin qilinayotgan qismi solishtiriladi. Agar bo'g'inlarda bo'lsa bunda ikkala bo'g'in solishtiriladi. Vizual holati aniqlanadi, harakatchanligi, shakli,

hajmi, teri qoplamasining o'zgarishlari, tekshirilgan qismining tiniqligi aniqlanadi.

Tana qismi va a'zolarining holati bo'yicha kasalliklarning turi, muddati va og'irlik darajasini aniqlash mumkin. Masalan: umurtqalarning qimirlamay qolishi, bemorlar belini va boshini tutishlari kasallikning umurtqalarda ekanligini aniqlash mumkin, (spondilit) mijozlarni (juda o'g'ir bemorlardan boshqa) hammasini o'tirgan, yotgan, turgan holda tekshirish kerak. Bunday holat ko'p kasalliklarda mavjud bo'lishi muhim(masalan: bemorni turgan holda ko'rish churralarda, varikoz kasalligida, yorg'oqning istisqosida ular pastga tushadi, gorizontol holda ular qorin bo'shlig'iga kirib ketishlari mumkin.)Agar tana tuzilishi o'zgarganda suyaklar sinishi, bo'g'indagi chiqishlar, bog'lamlardagi o'zgarishlar bo'lganda tezda aniqlash mumkin.

Qo'l va oyoqlarni ko'rganda ulardagi o'tadigan o'rta chizig'ining o'zgarishiga qarab chiqish yoki sinishlar borligini aniqlash mumkin. Qo'llar uchun o'rta chizig'i yelka suyagining boshining markazidan tirsak (os ulnaris) va bilak suyak (os radialis) larining bosh qismi markazidan o'tadilar. Oyoqlar uchun yonbosh suyagining oldingi, yuqorigi qismidan boshlangan chiziq tizza usti suyagining o'rtasi orqali oyoq panjasining I va II barmoqlar oralig'idano'tadi. Oyoqlar o'rta chizig'ining buzulishi suyaklar singanida, chiqishlar har xil deformatsiya bo'lganida o'zgaradi.

Tekshirilayogan odam tanasining qismidagi shaklining o'zgarishi ham vrachlarning e'tiborini tortishi kerak. Shu sohada shish, yallig'lanish yoki o'sma shishlar sababli hosil bo'lishi mumkin. O'sma shishlar-bu xavfli va xavfsiz shishlar hisobidan hosil bo'ladi. Ularning shakli har xil yumaloq, noksimon, tuxumga o'xshash shaklda bo'ladi. Agar yumaloq shishlar topilsa kistalar, ateroma, dermoid kistalar, xavfli yoki xavfsiz o'sma shishlar bo'lishi mumkin. Hozirgi talab bo'yicha shunday shishlarning aniq kattaligi santimetrlarda beriladi.

Teri rangining o'zgarishi bilan ham diagnoz uchun muhim ma'lumotlar olish mumkin. Teri rangining o'zgarishi bemorning mahalliy va umumiy ahvoli to'g'risida ta'surot olish mumkin. Teri rangi oq qizg'ish rangda, agar bemor ahvoli og'ir bulsa oqargan, tuproq ranggi, somonsimon-sariq bo'lsa xavfli o'sma shishlarda har xil gipoksiyalarda kaxeksiyalarda uchraydi.Oqarish-kôkimtir rangda bo'lsa lokal qon aylanishning buzilishini ko'rsatadi. Terida distrofik o'zgarishlar bo'lsa (sochlarning to'kilishi) surunkali qon aylanishning

yetishmovchiligiga xos, giperemiya bo'lsa yallig'lanishga xos bo'ladi. Terida mahalliy o'zgarishlar-dog'lar, tugunlar, yiringli pufaklar yoki suv bilan pufakchalar, eritema, yorilishlar, erroziyalar ham bo'ladi, chandiqlar qoladi (operatsiyadan keyin), trofik yaralar bo'lishi mumkin.

Ayrim hosilalar – qonsimon, tiniq suyuqlik bo'ladi (tuxum istisqosi). Agar yorug'lik o'tkazsa demak suyuqlik tiniqligini bildiradi.

Tana haroratining ko'tarilishi-yiringli yallig'lanish holatlarida uchraydi. Agar tana harorati ko'tarilsa, varaja tutsa bu yiringli-yallig'lanish belgisi hisoblanadi, ehtimol septikopiemiya o'tadi. Bunda puls va tana harorati aniqlanadi. Agar pulsi ko'tarilib, tana harorati tushsa- bu yaxshi belgi emas, bemorning ahvoli og'irlashganidan darak beradi.

Mahalliy temperatura-bu teri qoplamasida va tanadagi chuqur to'qimalarda yallig'lanish borligini ko'rsatadi (flegmona, absse). Mahalliy haroratning pasayishi gangrena bo'lganda, arteriyalarning bekilib qolishida, mayda arteriyalarning spazmida kuzatiladi.

Tanadagi shishsimon hosilalarning aniq kattaligini aniqlash zarur. Qorinning aylana uzunligi (assit, shishlar) bo'lganda, qo'l oyoqlar hajmi kamayadi, hajmning oshishi oyoqlardagi venoz yoki limfatik shishlarda kuzatiladi.

Qo'l va oyoqlardagi aylana uzunligi sog' va jarohatlangan tomonlarda santimetr o'lchovida aniqlanadi va ular solishtiriladi. Bunda bemorlarni to'g'ri yotqizilishi, chanoq qiyshiq bo'lishi mumkin emas: oldingi birlashtiruvchi chiziqlar oldingi sagittal chanoq yuzasiga perpendikulyar bo'lishi kerak. Yelka uzunligi akromialdan tirsak o'simtasigacha bo'lgan masofa bo'lib yoki bilak suyagining tashqi to'sig'igacha bo'lgan masofa hisoblanadi: Tirsakning uzunligi esa, tirsak o'simtasidan to tirsak suyagining (os ulnaris) bigizsimon o'simtasigacha bo'lgan masofa hisoblanadi.

Oyoqlardagi masofa yonbosh suyagining oldingi qirrasidan ichki to'sig'igacha bo'lgan masofa hisoblanadi. Sonning uzunligi-katta tizza bo'g'imidagi yorig'igacha bo'lgan masofadir. Boldimning uzunligi-tizza bo'g'imi oralig'idan to tashqi to'sig'igacha bo'lgan masofadir.

Bu masofalarning uzayishi yoki qisqarishi har xil sabablar bilan yuzaga chiqadi.

Bo'g'inlarni ko'rganda anomaliya harakatlari aniqlanishi mumkin. To'liq yoki qisman bo'g'indagi harakatning chegaralanishi (aktiv va passiv harakatlar) bo'g'inlarning ankilozida uchraydi.

Vaxolanki, harakatning xaddan ziyodroq bo'lishi bo'g'inning osilib qolishida (bo'g'implarning uzilib qolishida) kuzatiladi. Uzun naysimon suyaklarda butun yuzasi bo'ylab harakat buzilishi uning sinishlarida kuzatiladi. Batamom harakatning bo'lmasligi paralich paytida, bo'g'indagi harakat yo'qolsa-ankiloz deyiladi. Bo'g'implardagi harakatning amplitudasi uglomer bilan o'lchanadi.

Qo'l-oyoqlarni tekshirishda ularning mushaklari harakati aniqlanadi. Bu holatni bemorning har xil yo'nalishlar bo'yicha qarshi ko'rsatishidir. Ayniqsa simmetrik mushaklardagi kuchini aniqlash o'ta muhimdir. To'la va aniq mushaklar kuchini dinamometr bilan aniq o'lchash mumkin.

Palpatsiya. Bemorlarni ma'lum bir holatga qo'yilib palpatsiya qilinishi kerak. Palpatsiya qilishda xirurgning qo'li isitilgan bo'lishi kerak. Avvalo yuzaki palpatsiya qilinib, keyin chuqur palpatsiyaga o'tiladi. Palpatsiya qilingandan keyin, umumiy ko'rikdan olingan ma'lumotlar jamlanadi. Ana shu asosida topilgan shishning konsistensiyasi, hajmi, suyuqlik borligi aniqlanadi, konsistensiyasi qattiq, taxtasimon, yumshoq, yumshoq elastik bo'lishi mumkin. Agar qopsimon hosilada yiring, seroz suyuqlik yoki qon bo'lishi (yiringning bo'lishi, kista, gematoma) yoki boshqa xil suyuqliklar bo'lsa flyuktuatsiya belgisi aniqlanadi. Bu simptomni aniqlash uchun ikki qo'lni shish atrofiga qo'yilib, chap tomonga o'ng qo'l bilan shishga yengil zarb bilan bosiladi va shunda chap qo'l zarbni sezadi ya'ni ichidagi suyuqlik shishning ichki devoriga uriladi.

Buni yanada aniqlashtirish uchun shu manipulyasiyani takrorlash lozim. Bu usul bilan shish sohasida yig'ilgan suyuqlikni va qorin bo'shlig'ida ham suyuqlik borligini aniqlashga yordam beradi. Bordiyu hosila yoki kistasimon hosilalarda biroz boshqacha usulda ham aniqlash mumkin: bir qo'lning kaftini shishning bir yarmiga qo'yiladi, ikkinchi qo'li bilan qarshi tomonidan turtki beradi. Agar shish ichida suyuqlik hosil bo'lsa to'lqin qo'lga beriladi. Ammo ayrim holatlarda yolg'on flyuktuatsiya ham aniqlanishi mumkin: lipoma, miksoma, har xil massalarning yig'ilishida kuzatilishi mumkin.

Limfa tugunlarining kattalashishlarini sekinlik bilan II, III, IV barmoqlar bilan aylanma harakatlari bilan ko'rish kerak. Tugunlarning kattaligini, konsistensiyasi, ularning bir-biri bilan bo'lgan munosabatlari aniqlanadi. Ularda yopishganlik holati, joyidan qo'zg'atilmaslik og'riq borligi o'ta muhim belgi hisoblanadi.

Barmoq bilan bosib patologik holatning joyini topish mumkin. Alohida og'riqning maksimal holda aniqlangan joyini topish zarur. Masalan: panaritsiyalarda barmoqdagi shishni tugmasimon zond bilan ko'riladi, flegmonalarda eng ko'p og'riqning lokalizatsiyalarda yiringning eng ko'p to'plangan joyini aniqlashdir. Agar nayli suyaklar sinishi bo'lganda barmoqlar bilan sekin bosish yo'li bilan og'riqning lokalizatsiyasini, xatto og'riqning barmoqlar bilan sekin bosish orqali og'riq lokalizatsiyasini, xatto ichki a'zolardagi patologik holatlar lokalizatsiyasini (masalan: o'tkir appenditsitda) aniqlash mumkin.

Perkussiya-bu yo'l ko'pchilik ichki a'zolarning kasalliklarida tekshirish usullaridan biridir.

Perkussiya qilish bilan yurakning va o'pkaning chegaralari aniqlanadi va perikard, plevra bo'shliqlarida suyuqlik borligini aniqlash mumkin. Plevra bo'shlig'ida suyuqlik bo'lsa qiyshiq chiziq (Damuazo chizig'i) orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'yicha aniqlanadi. Ayrim hollarda pnevmotoraks bo'lganda plevra bo'shlig'ida gorizontal chiziq paydo bo'ladi, chunki unda havo ham bo'ladi.

Perkussiya bilan jigar to'mtoqlashishini aniqlash mumkin, ayrim holatlarda jigar to'mtoqlashishining batamom yo'qolib ketishi, qorin bo'shlig'ida suyuqlik borligini va qorinning damlashi darajasini aniqlash mumkin. Qorin bo'shlig'ida suyuqlikning aniqlanishi ko'pincha peritonitlarda aniqlanadi, bemor holatini o'zgartirishi bilan suyuqlikning joylashishi holati ham o'zgarishi mumkin. Ko'pincha perkussiyada qorinning har xil joyida perkutor tovushning to'mtoqlashishi ya'ni "shaxmat taxtasi" simptomi ham aniqlanadi. Bemorni orqasiga yotgan holda perkussiya qilinadi, kerak bo'lganda bemorning holatini o'zgartirib ham qorinni perkussiya qilish mumkin. Bemor yotgan tomonda to'mtoqlashish va qarama qarshi tomonda timpanik tovush aniqlanadi. Bunday holatda suyuqlikning yotgan tomonga oqishi kuzatiladi.

Auskultatsiya-yurak tonlarini eshitishga yoki har xil shovqinlar (sistolik va diastolik) borligini, o'pkani auskultatsiya qilinganda nafasning (vezikulyar kuchsiz qattiq bronxial) xillarini va har xil xirillashlar (quruq, krepitatsiyalanuvchi, nam) eshitiladi. Qorinda ichak harakatlarning eshitilmasligi (atonik) peritonitlar rivojlanganda, tomchi tovushining paydo bo'lishi ichak tutilishida paydo bo'ladi.

Auskultatsiyaning tayanch harakatlanish tizimidagi kasalliklarda ham katta ahamiyati bor. Ayrim hollarda magistral qon tomirlarda (qo'l-

oyoqlar) anevrizma bo'lganda shovqin eshinishi mumkin. Yana shuni eslash zarurki uzun naysimon suyaklarning yopiq sinishlarida tovushning o'tkazilmay qolishi kuzatiladi. Tovushni aniqlash uchun singan joydan yuqorida suyakka uriladi, pastdan tovush auskultatsiya yordamida eshinishi. Agar tovush eshitilmasa demak sinish bor. Tomirlarni auskultatsiya qilinganda normada zarb to'lqini eshinishi, arteriyalarning torayishi yoki kengayishida sistolik shovqin, arteriya qonining vena havzasiga o'tganida sistola-diastolik shovqin paydo bo'ladi, anevrizmalarda "vulqon shovqini" eshinishi.

Maxsus tekshirish usullari

Laboratoriya tekshirishlari. Bemorga aniq tashxis qo'yishda klinik va bioximik tekshirishlar qo'llaniladi. Qonning shaklli elementlari, gemoglobin, eritrositlarning cho'kish tezligi (ECHT) shaklli elementlarning va plazmaga nisbati (gemotokrit), qonning ivishi va unga qarshi tizimi, oqsil va uning fraksiyasi, qand miqdori, fermentlar, bilirubin, mochevina, kreatinin. Qonning sirkulyatsiyadagi miqdori va uning komponentlari (globulyar hajmi, sirkulyatsiyadagi umumiy hajmi) aniqlanishi kerak.

Siydik tahlilida uning nisbiy og'irligi, rangi, reaksiyasi, oqsilning borligi, qand, silindrlari va hujayra elementlarini aniqlash zarur.

Immunologik - Hujayra immuniteti faktorlarini: limfotsitlar soni; T, B limfotsitlar soni, immunoglobulinlar (A, M, G), lizotsim, kompliment va boshqa faktorlar miqdori aniqlanadi.

Mikrobiologik tekshirishlar - ekssudatdan, yiringdan, qondan, siydikdan, balg'amdan mikroorganizmlarni ajratish, ularning patogenetik xossalari va antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash zarur.

Sitologik va gistologik tekshirishlar - alohida onkologik kasalliklarni aniqlashda eng muhim usul hisoblanadi. Materiallar tekshirish uchun olinadi; punktuatsion to'qima bo'laklari operatsiya vaqtida olingan, endoskopik tekshirishlarda olinadigan materiallar, shundan olingan surtmalar, suyuqlik quyqumi, plevra va qorin bo'shlig'idan olingan surtmalar.

Funksional tekshirishlar-o-organizmning fiziologik holatini aniqlashda ishlatiladi. Shuning uchun elektrokardiografiya, rentgenografiya, tomografiya, angiografiya, limfografiya, fistulografiya qilinadi.

Endoskopik usullar: Hozirgi zamonaviy egiluvchan fibroendoskoplar qorin bo'shlig'i a'zolarining ichki yuzasidagi patologik o'zgarishlarni aniqlashda: Oshqozonni (gastroskopiya), ichaklarni kolonoskopiya, plevra bo'shlig'ida (torakoskopiya) va qorin bo'shlig'ini (laparaskopiya), bronxlar (bronxoskopiya), ko'ks oralig'i (mediastinoskopiya), siydik qopini (sistoskopiya) qo'llaniladi. Shu tekshirishlarda sitologik, gistologik tahlillar uchun, aspiratsiya usulida biopsiya shilliq pardalardan bir mayda to'qima bo'lagi yaradan yoki o'sha shishdan olinadi.

UTT doplerografiya yordamida o't xaltadagi, buyrakdagi toshlarni, o'sma shishlarni, kistalar, ichki a'zolardagi va miyadagi, kalla ichidagi gematomalarni aniqlashda, ichki a'zolarning holatini, yallig'lanish infiltratlari borligini aniqlashda o'ta muhim hisoblanadi.

Radioizotoplar yordamida tekshirishlar: Radioizotop usullar, radioaktiv moddalarning alohida saqlangan holda singdirilishi va a'zolarga tarqalishi asosida qabul qilingan, hozirgi zamon sifatidagi radioaktiv moddalar ^{131}J , ^{87}Sr , ^{32}P , ^{99}Tc va boshqalar ishlatiladi. Bu moddalarning izotoplari qisqa vaqt ichida yarim yemirilishga ega bo'lib ular organizmga zararli ta'sir qilmaydi. Bu moddalarning a'zolarga tarqalishi maxsus indikatorlar yordamida fiksatsiya qilinadi va apparat preparatlarning yig'ilishini ko'rsatadi.

Kompyuter tomografiya (KT). Bu usul rentgen nurlarining a'zolarga singdirishi xususiyatiga va uni kompyuter orqali qanday anatomik o'zgarishlar (o'sma shishlar, kistalar, destruktiv o'choqlarini, absseklar, toshlar, yallig'lanish infiltratlar borligini) aniqlab beradi. Bu usul patologik holatlar aniq lokalizatsiyasini: ichki a'zolarda, miyada, suyaklarda, faollik holatlarini va ratsional xirurgik usullarni qo'llashga yordam beradi.

Magnit-rezonans tomografiya (MRT). Bu rezonans holda magnitli nurlanishni saqlagan holda elektromagnit nurlanishlarni a'zolarda tashkil qilib ularni o'rganish usulidir. Olingan ma'lumot kompyuterda saqlanadi va keyinchalik qayta ishlanadi. Bu usul o'sma shishlar, kistalar, yiringli bo'shliqlar bilan jarohatlangan a'zolardagi shakli, hajmi, topografiyasini ko'ndalang va sagittal kesmalar orqali tasvirini beradi

Bemorlarning umumklinik tekshirishlarini o'tkazishda maxsus laboratoriya funksional instrumental tekshirishlar natijasini umumlashtirib klinik tashxis qo'yiladi va davolash rejasi tuziladi.

Bemorlarga klinik tekshirishlar asosida tahminiy tashxislar qo'yiladi, shu tashxisga asoslanib kasalligi, uning asoratlari va yo'ldosh kasalliklari ham kiritiladi. Bu qo'yilgan tashxis bemorni keyingi tekshirishlar maxsus tekshirishlar usuli qo'llanilishiga: laboratoriya, funksional, rentgenologik, UTT, radioizotop, endoskopik, gistologik (biopsiya) va boshqa tekshirishlar o'tkazishga ko'rsatmalar borligini aniqlaydi. Maxsus tekshirish usullarini o'tkazish oddiylikdan murakkablikka, noinvaziv tekshirishlardan-invaziv tekshirishlarga o'tiladi.

Shunday tekshirish usullari algoritmi diagnoz qo'yilgandan keyin birdaniga xohlagan etapda to'xtatiladi. Klinik va maxsus tekshirishlardan keyin bemorga xulosaviy (klinik) tashxis qo'yiladi. Demak bu diagnoz asosiy kasallikni to'liq aniqlash va uning asoratlarini yo'ldosh kasalligi borligini ko'rsatish bilan xarakterlanadi.

Har xil maxsus tekshirish usullarini qo'llanilishi har xil asoratlarning vujudga kelishidan holi emas. Chunki bunday invaziv tekshirish usullarida teri qoplamasidagi butlikning buzulishi: diagnostik punksiya, laparoskopiya, torakoskopiya, biopsiya o'tkazilganda ichki a'zolarining jarohati, infeksiyalarning kiritilishi mumkin. Bemorlarda maxsus tekshirish usullarining qo'llanilishida maxsus prinsiplari mavjud:

1. Asboblarning qo'llanilishi kasallikdan xavfli bo'lmasligi
2. Asboblarni ishlatishga qarshi ko'rsatmalariga yaxshi e'tibor berish
3. Ko'proq xavfsiz tekshirish usullarini qo'llash.

Bemorlarni tekshirish, aniq tashxis qo'yish, bemorlar ahvolining og'irligini to'g'ri aniqlashga asoslangan. Shuning uchun bemorlarning funksional holati markaziy asab tizimi o'zgarishini aniqlashda Glazgo sinamasidan foydalaniladi.

Koma holatining og'irligini Glazgo sinamasida aniqlash kriteriyalari:

1. **Ko'zini ochish** - maksimal ball - 4ball
 - spontan holda-4 ball
 - biror chaqiriqqa -3 ball
 - og'riqli tasirga-2 ball

- ta'siri yuq-1 ball

2. **Nutqining buzilishi bo'yicha** - maksimal ball – 5 ball

- aniq- 5 ball

- aralash, aniqmas-4 ball

- so'zlari aniq emas-3 ball

-aniqlab bo'lmaydigan tovush -2 ball

-yuqolgan-1 ball

3. **Harakatining buzilishi** - maksimal – 6 ball

- ko'rsatmani bajaradi-6 ball

- og'rig'an joyini ko'rsatadi- 5 ball

- og'riqqa oyog'ini yoki qo'lini tortadi-4 ball

- og'riqqa oyog'ini yoki qo'lini bukadi-3 ball

- og'riqqa yozadi- 2 ball

- harakati yuq-1 ball

Eng yaxshi ko'rsatkichi-15 ball

Eng yomon ko'rsatkichi-3 ball

Bu variantlar bemor hushining buzilishi kalla va bosh miya travmalarida, miyadagi qon aylanishning buzilishi, zaharlanishlar, endointoksikatsiyalar sodir bo'lganida qo'llaniladi

Agar bemorlarda 9 balldan yuqori bo'lsa sog'ayishi mumkin. Glazgo ko'rsatkichlari bemorlar ahvolining umumiy holatini baholash va kasallikni basharot qilishga SAPS tizimi bo'yicha (simplified acute physiology score) asoslangan. Bu tizimni baholash ballning ko'tarilishi yoki pasayish ko'rsatkichlariga asoslangan. Bunda shu ko'rsatkichlar va Glazgo shkalasi balli ham hisobga olinadi

Kasallik tarixi

Kasallikni: davolash, ilmiy va yuridik jihatdan muxum ahamiyatga ega bo'lgan xujjatdir. Kasallik tarixi har xil qisqartirishlar bilan yaxshi husnixatda tushunarli darajada yozilishi kerak. Xirurgik kasallik tarixlari hamma umumiy qoidalarga asosan yoziladi, vaholanki xirurgik klinikalarga xos o'zining alohida xususiyatlari bor

I. Pasport qismi (kasallik tarixining sarlovha qismi):

1. Familiyasi, ismi, Sharifi

2. Yoshi

3. Jinsi

4. Ixtisosi va ish joyi

5. Doimiy yashaydigan joyi
6. Oilaviy holati
7. Statsionarga tushgan sanasi
8. Klinik diagnozi
 - a) asosiy kasalligi
 - b) yo'ldosh kasalligi
 - c) asosiy kasalligining asoratlari
9. Operatsiya: nomi, sanasi
10. Operatsiyadan keyingi asorati
11. Statsionardan chiqarilgan sanasi

9-11 qatorlari agar bemor kuratsiya paytida operatsiya bo'lgan bo'lsa to'ldiriladi.

II. Bemorning shikoyatlari: Bemorni umumkilinik tekshirishlarda uning shikoyatlaridan, nimaga va qayerda og'riq borligini aniqlash zarur. Har bir shikoyatni yaxshilab aniqlash zarur.

- a) aniq lokalizatsiyasi va irradiatsiyasi
- b) boshlangan vaqti
- c) og'riqning chidamliligi, intensivligini aniqlash
- d) qaytalanishi va davriy takrorlanishi
- e) og'riqning jismoniy yuklama bo'lgandagi (travma), ovqatlanish bilan bog'liqligini, har xil fiziologik holatlar (peshob, defekatsiya) bilan bog'liqligini aniqlash
- f) og'riqning zarda bilan qayt qilish, bosh aylanishi, xushdan ketishi, peshob qilishiga bo'lgan ehtiyoji bilan bog'liqligi borligini aniqlash
- g) tana haroratining ko'tarilishi kasallikning boshlanishi bilan yoki og'riq bilan bog'liqligi
- h) bemor og'riqni qoldirish uchun biror preparatlar qabul qilganmi, ahvoli yengillashganmi yoki yuqligi. Agar yana boshqa shikoyatlari bo'lsa ularni ham aniqlash vasababini topish.

III. Kasallikning rivojlanish tarixi (Anamnesis morbi).

1. Boshlanishi va keyinchalik rivojlanish: Birinchi belgilarining boshlanishi, keyinchalik qanday rivojlandi, qanday va qachon tashxis quyilganligi.

2. Statsionarga kelgandan keyin qanday davolash o'tkazilgan. Zudlik bilan yordam kursatilganmi va qanday kursatilgan. Birinchi yordamni kim kursatgan (o'zi o'zigami, o'zaro yordammi). Bemorning transport bilan olib kelishdagi holati yoziladi.

3. Bemorlarni so`rash bilan funksional tizimlar to`g`risidagi sub`ektiv ma`lumotlar.

IV. Bemorning hayotiy tarixi (anamnesis vitae).

1. Mutaxassislik anamnezi, kasbiy kasalligi va uning bemor sog`ligiga ta`siri.

2. Tashqi muhitning tasiri; ob-havo sharoiti, ekologik sharoitlari butun umri bo`yicha

3. Oilaviy anamnezi

4. Kasallikka olib keluvchi holatlar anamnezida allergiyaning borligi. O`tkazilgan operatsiyalari, ularning oqimi, asoratlari. Maxsus davolanish turlari (nur terapiya, ximiya terapiya, onkologik kasalliklarda).

5. Nasliy faktorlar: ota-onasining kasalliklari (bordiyu o`lgan bo`lsalar sababi). Bolalik davridagi rivojlanishi.

6. Har xil zararli odatlari: spirtli ichimliklar qabul qilishi, chekishi, narkotiklar qabul qilishi.

V. Obyektiv ko`rik tekshirish ma`lumotlari (Status objectivus)

Umumiy ma`lumotlar

1. Umumiy ahvoli

2. Tana harorati, pulsi, nafasi

3. Bo`yi, tana tuzilishi, umumiy og`irligi

4. Teri qoplamasini tekshirish, shilliq pardalari, teri osti yog` qatlami, limfatik, mushak, tomirlar, suyak tizimlari va og`iz bo`shlig`i.

5. Yurak va o`pka faoliyatini tekshirish

6. Qorin bo`shligini tekshirish

7. Siydik, jinsiy a`zolarini tekshirish.

8. Endokrin va asab tizimini tekshirish.

A`zolar va tanani tekshirish, ma`lumotlari va patologik holatning lokalizatsiyasi aniqlanadi.

Kasallilning mahalliy joylashishini aniqlash (Status localis)

1. Ko`rish a`zolarining holati, shakli, teri qoplamasining rangi, teridagi chiziqlar, tomirlarning tasviri, to`qimalarining tiniqligi, simmetrikligi.

2. Harakat faolligi, harakat hajmi, bo`gimlarining bukilishi, chegarasining darajasi, harakat patogenizida bo`ladigan og`riqlar.

3. Passiv harakatlar: harakat hajmi, og`riqligi, patologik harakat.

4. Perkussiya – tovush xarakteri-to`mtoqligi, baland, qutisimon tovush, chegarasi, to`mtoqlanishi chegarisi lokalizatsiyasi perkussiyasi, to`mtoqlanishining o`zgarishi, bemor holatini o`zgarish bilan bog`liqligi.

5. Palpatsiya; holatini aniqlash, shakli, shish kattaligini, konsistensiyasini, og`riq borligini, harakatini ya`ni siljishi, mushaklar tarangligi, terida barmoq izlarining qolishi. Qo`l-oyoqlar ko`rilganda, bo`g`inlardagi harakat hajmi, uzun nayli suyaklarda g`ichirlashi (krepitatsiya), patologik harakatning borligi.

6. Auskultatsiya: yurak tonlari, ritmi, o`pka shovqinlari, ichak peristaltikasi shovqinlarining eshivilishi, katta tomirlardagi shovqinlar.

VI. Bemorlarni tekshirish rejasi

Rentgenologik, asboblar, funksional tekshirishlar- punksiya, biopsiya olish.

VII. Taxminiy diagnoz

Taxminiy diagnoz qo`yishda olingan ma`lumotlarni aniqlangan sindromlarni hisobga olgan holda mukammal tahlil qilish. Birinchi navbatda materiallarni tekshirish davomida topilgan sindromlar; a`zolarining holatlari- nafas olish, qon aylanishlar, ovqat hazm qilish, peshob qilish tizimlari, qon oqishlar, endokirin, asab tizimi, tayanch-harakat tizimidagi olingan ma`lumotlar tahlil qilinadi. Bunday belgilarining borligini umumlashtirish bilan, ularni bir-biriga taqqoslagan holda kasallikning o`tishiga qarab taxminiy diagnoz qo`yiladi.

VIII. Klinik (oxirgi xulosaviy) diagnoz

Klinik diagnoz bemorlarni to`liq tekshirib bo`lgandan keyin qo`yiladi.

IX. Davolash rejasi

Operatsiyaga ko`rsatma va qarshi ko`rsatmalarni aniqlash. Operatsiyaning o`tkazilishi muddati, bo`ladigan operatsiyaning mohiyati, operatsiyadan oldingi tayyorgarlik.

X. Davolash usullari

1. *Konservativ davolash*-bu usul ham operativ davolashga tayyorgarlik holatining xarakteri va lokalizatsiyasi hisobga olinadi, qolgan a`zolarining funksional holati ham hisobga olinadi.

2. *Operativ davolash*: operatsiya turiga bog`liq.

XI. Prognoz

1. hayot uchun

2. to`la sog`ayib ketishi uchun

3. ishlash qobiliyatining tiklanishi uchun.

Epikriz

Davolash davomida kasallik to'g'risida va bemorning holati buyicha qisqacha vrachlar hisoboti.

Epikriz bemor kasalxonadan chiqishi oldin to'ldiriladi yoki boshqa davolash muassasiga bemorni o'tkazish zarurligi tug'lsa yoki bemorning o'limi kuzatilganda to'ldiriladi.

Epikrizda quyidagi asosiy ko'rsatmalar yoritiladi.

1. Bemorning statsionarga tushgan sanasi va kasalxonada bo'lgan muddati.

2. Kengaytirilgan klinik diagnoziga: asosiy kasallik, uning bosqichlari, yo'ldosh kasalliklari va asosiy kasallikning asoratlari kiritiladi.

3. Bor simptomlari, laboratoriya, asboblar, funksional, morfologik (gistologik, sitologik va biologik materiallar) tekshirishlar asosida oxirgi diagnozni asoslash.

4. O'tkazilgan operatsiya ko'rsatmalari bo'yicha o'tkazilgan davolash va qo'shimcha-antibakterial, immunoterapiya, fizoterapiya usullarining qo'llanilishi.

5. Operatsiyadan keyingi o'tish davri va asoratini ko'rsatish.

6. Bemorning kasalxonadan chiqarishi oldidan bo'lgan holati va ishlash qobilyati.

7. Keyingi davolashga tavsiyalar – dorivor moddalar, davolash fizkultura usullari, parhez, sanatoriyada davolanishi va boshqa mutaxasis vrachlar tomonidan qilinadigan nazorati.

Agar bemorni davolash oqibati o'lim bilan tamomlansa unda o'lim sababi albatta ko'rsatiladi.

X BOB

TRAVMATOLOGIYA ASOSLARI

Travmatologiya – bu grekcha soʻz boʻlib, travma – jaroxatlanish, logos – fan boʻlib, odam tanasining jaroxatlanishini oʻrganadigan fandır. Travmatologiya fani tarixdan ham maʼlumki, eng eski fanlardan hisoblanadi. Odamlarga birinchi va oʻzaro yordam koʻrsatish azaldan muammo boʻlib kelgan. Har xil sinishlarni davolashda har xil usullarning qoʻllanilishi eramizdan oldingi 2500 yillar avval boshlangan. Bunga misol boʻlib, moʻmiyoning suyak sinishlarida qoʻllanilishi, suyak parchalarini taxtakashlash bilan oʻz joylariga qoʻyishga erishilgan. Travmatologiyaning rivojlanishida Gippokrat (miloddan oldingi 460-356 yillar yashagan)ning ahamiyati kattadir. Uning vrach kasallikni emas, bemorni davolashi kerak degan fikri hozir ham oʻz ahamiyatini yoʻqotgani yoʻq. Travmatologiyaning rivojlanishida Korneliy Sels (eramizgacha I asr), Galen (eramizgacha 130-200 asrlar) oʻzlarining muhim fikrlari bilan Gippokrat taʼlimotini davom ettirdilar. Travmatologiya va ortopediyaning rivojlanishida Frantsuz vrachi Ambruaz Pare (1510-1590) katta yangiliklar kiritdi. Ulugʻ rus xirurgi N.I.Pirogov (1810-1881) ning travmatologiyaning rivojlanishida xizmatlari beqiyosdir. Xarbiy – dala xirurgiyasining rivojlanishida: efir narkozining qoʻllanilishi, yaradorlarni davolashda gipsli bogʻlamning kashf qilinishi, boldir amputatsiyasida osteoplastik usulning ishlab chiqilishi, N.I.Pirogovning tibbiyot faniga qoʻshgan eng muhim yangiliklaridan hisoblanadi.

XIX asrning boshlanishida B.K Rentgen (1885) tomonidan X-nurlarining ochilishi, suyaklar jarohatida boʻladigan patologik holatlarning diagnostikasida oʻta muhim ahamiyatga ega boʻldi. Jarohatlarning kelib chiqishi asosiy omillariga koʻra quyidagi turlarga boʻlinadi: 1. Mexanik; 2. Ximik; 3. Termik; 4. Nurli; 5. Oʻq - otar qurollari; 6. Kombinatsiyalashgan. Jarohatlarning kelib chiqish sharoitlariga asosan ham 3 guruhga boʻlinadi. I. Ishlab chiqarishda boʻladigan: a) sanoatda; b) qishloq xoʻjaligida; II. Ishlab chiqarishdan tashqarida uchraydigan travmalar: a) yoʻl harakati vositalari; b) koʻchada boʻladigan; d) bolalar; e) maishiy; f) sport sohasida; g) ataylab. Xozirgi vaqtda alohida oʻrinni egallaydigan xarbiy travmalar: a) oʻq - otar qurollar; b) yopiq jarohatlar. Travmatologik bemorlarni tekshirishda

va diagnoz qo'yishda quyidagi usullar ketma –ketligi o'ta muhim hisoblanadi: Anamnezini to'liq aniqlash, jarohat olgan joyida bemorlarni sinchiklab ko'rikdan o'tkazish, palpatsiya qilish, auskultatsiya, qo'l oyoqlardagi va bo'g'inlardagi harakat holatini aniqlash zarur. Ana shu tekshirishlardan keyin maxsus tekshirish usuli – rentgenologik usullar qo'llaniladi. Travmatologiyada rentgenkontrast usullar – angiografiya, tomografiya, kompyuter tomografiya qo'llaniladi. Travma olgandan keyin qon ketishi kuzatilsa, bemorlarni funksional holatini tekshirish uchun revazografiya, ossilloografiya usullari ham muhim hisoblanadi.

Jarohatlanganlarning 50% zi qo'shma va kombinatsiyalangan jarohatlar olingandan keyin yaqin daqiqalar ichida o'ladi, 30% zi 1-2 soat ichida va 20% zi jarohatdan keyingi asoratlar natijasida o'ladi. Bemorlarni yotqizishgacha bo'lgan bosqichlarda tibbiy yordam ko'rsatish tadbirlari quyidagilardan iborat: tashkiliy masalalar; hodisa xavfsizligini ta'minlash; shoshilinch tadbirlarni o'tkazish va bemorlarni saralash; bemorlarning ahvolini baholash, tibbiy yordam ko'rsatishni boshlash; immobilizatsiya; jarohatlanganlarni ko'chirish; sanitar aviatsiya xizmatidan foydalanish. Gospital etapida tibbiy yordam ko'rsatish quyidagilardan iboratdir: tashkiliy masalalar; travmatologik brigadani tashkil qilish; jarohatlanganlarning ahvolini baholash va davolash; birlamchi davolash tadbirlari; tizimli davolash tadbirlarini tashkil qilish.

Travmatologik bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsatishning asosiy tamoyillari

Shoshilinch yordamning asosiy maqsadi bemorning hayotini xavfdan qutqarish, azobini yengillashtirish va iloji boricha tezda maxsuslashtirilgan yordam uchun bemorlarni ko'chirishni tashkil qilish. Bunda yordam ko'rsatuvchi shifokor jabrlanuvchining ahvolini tezda va xatosiz aniqlashi, nogironlikka olib keluvchi hayotiy xavfli holatlarni tezda baholashi va kerakli yordam ko'rsatishi zarur. Kritik holatlarning tezda rivojlanishi ehtimoli yuqoriligini inobatga olib tekshiruvni to'liq va tez o'tkazish lozim. Tez tibbiy yordam tizimida ishlovchi xodim ma'lum tartibda ishlashi kerak. Shoshilinch yordam birinchi navbatda hayotga xavf soluvchi holatlar, ayniqsa shok bilan kurashga qaratilgan bo'lishi kerak:

- - tashqi nafas va yurak faoliyati buzilishiga qarshi kurash

- - ochiq pnevmotorklarda germetik bog'lam qo'yish
- - tashqi qon ketishni vaqtincha to'xtatish
- - jarohatga ikkilamchi infeksiya tushishini oldini olish va tashqi muhitning noqulay omillaridan himoya qilish uchun aseptik bog'lam qo'yish va isitish
- - og'riq qoldiruvchi dori vositalarini yuborish
- - bemorlarni ko'chirish immobilizatsiyasiva uni to'g'ri o'tkazish

Ushbu chora-tadbirlar quyidagi tartibda o'tkaziladi:

Voqea joyi baholanadi va xavfsizlik ta'minlanadi

1. Bemor ahvoli birlamchi baholanadi.
2. Ob'yektiv xolis ko'rish
3. Yakuniy anamnez yig'ish
4. Kerakli to'liq yordam ko'rsatish
5. Bemor ahvoli takror baholanadi.
6. Transportirovka qilish va hujjatlarni to'ldirish.

Bemorning mast holati, jarohatning vahimali ko'rinishi, stress holatlari kabi chalg'ituvchi omillarning bo'lishidan qat'iy nazar, tez tibbiy yordam xodimi barcha bosqichlarni o'tashi lozim.

Jarohatlarda yordam ko'rsatish usullari

Zamonaviy tibbiyot travmatologik yordam vaqtida bemorning azoblanishini yengillashtirish yo'lida o'zining ma'lum rivojlanish yo'lini bosib o'tdi. Amaliy tibbiyotda hozirda oddiy va ishonchli usullardan foydalanilmoqda. Travmatologik bemorga shoshilinch yordam ko'rsatish uchun odatdagi usullardan tashqari maxsus usullar ham qo'llanilmoqda:

1. Og'riqsizlantirish
2. Transport immobilizatsiya
3. Bog'lam qo'yish
4. Shokka qarshi pnevmatik shinadan foydalanish
5. Tasma qo'yish («qon ketish va shok» bo'limiga qarang)

Immobilizatsiya

Immobilizatsiya – tananing shikastlangan qismlarini harakatsizlantirish. Shifoxonagacha bo'lgan etapda immobilizatsiya nafaqat singanda, yumshoq to'qimalar keng shikastlanishida, bo'g'imlar

shikastlanganda, teshib kiruvchi jarohlarda, keng kuyishlarda, balki taxminiy holatlarda ham o'tkaziladi.

Immobilizatsiyaning ikki turi mavjud: bemorlarni ko'chirish va davolash maqsadida qilinadi. Shoshilinch yordam ko'rsatganda bemorlarni ko'chirish paytida immobilizatsiyasidan foydalaniladi. Immobilizatsiyaning bu turi vaqtinchalik bo'lsada hayot uchun katta ahamiyatga ega. Bemorlarni ko'chirishda maxsus yoki improvizatsiyalashgan qo'l materiallarini qo'llab shinalar tayyorlanadi va fiksatsiyalovchi bog'lamlar qo'yish yo'li bilan bajariladi.

Transport shinalar 2 xilga bo'linadi. 1.Fiksatsiyalovchi : bel taxta, faner shinalar, plastik shinalar, kramer shinasi, gipsli bog'lam. 2.Traktsion: Diterix shinasi, alfa -shina. Odatda transport immobilizatsiyasida qo'l ostidagi materiallar (cho'p, karton, zich o'ralgan odevyal) dan foydalaniladi. Bular improvizatsiyalangan shina deyiladi. Improvizatsiyalangan shinaga bemor tanasining bir qismi ham kiradi, chunki tana yoki oyoqqa shikastlangan qismni mahkamlash mumkin. Bu tur immobilizatsiya - autoimmobilizatsiya deyiladi.

Bemorlarni ko'chirishda qo'llaniladigan immobilizatsiya quyidagi maqsadlarda o'tkaziladi:

1. Yumshoq to'qimalar, nerv va tomirlarni keyingi jarohatini oldini olish.
2. Shish va qon ketishni kamaytirish.
3. Yopiq sinishni ochiqqa aylanishini oldini olish.
4. Og'riqni kamaytirish.
5. Yog' emboliyasi rivojlanishini oldini olish uchun.

Immobilizatsiya (Immoble - harakatsiz) - tananing shikastlangan qismini va unga tutash bo'g'imlarning harakatsizligini ta'minlashga qaratilgan chora-tadbirlar yig'indisidir. Bemorlarni ko'chirishda qo'llaniladigan immobilizatsiya-jarohat olgan to'qima, a'zolar yoki butun tananing davolash muassasiga shikastlantirmasdan olib borish.

Quyidagi qoidalarga amal qilinadi:

- Immobilizatsiyani jarohatlangan joydan boshlash lozim.
- Immobilizatsiya qilishdan oldin og'riqsizlantiruvchi dorivor moddalar qilish kerak (morfin, trimeperidin);
- Agar qon ketayotgan bo'lsa unga bog'ich qo'yish lozim, bog'ich aseptik bo'lishi zarur.

- Shinani kiyim ustidan; agarda yalang'och badanga qo'yishga to'g'ri kelsa, shina ostidan doka, sochiq yoki bemor kiyimini qo'yish kerak.
- Oyoq-qo'ldagi jarohatda ikkita yaqin bo'g'inni immobilizatsiya qilish kerak.
- Yopiq sinishlarda singan joyni tortib shu holda fiksatsiya qilish lozim.
- Ochiq sinishlarda jarohat joyini tortish mumkin emas; uni shu holda fiksatsiya qilinadi.
- Qovuzloq bilan boylangan joyni doka yoki shina bilan o'rash mumkin emas.
- Bemorlarni ko'chirish paytida yordamchi shikastlangan joyni ushlab borishi kerak.

Immobilizatsiyaning quyidagi standartlari mavjud:

Kramer, Diterixs shinalari; pnevmatik shinalar; vacuum Immobilizatsiya zambillar; plastmassa shinalar.

A) Immobilizatsiya maqsadi va qo'llash muddatiga qarab quyidagilarga bo'linadi:

- jabrlanuvchini tibbiy muassasaga olib borishda shikastlangan sohada tinchlik hosil qilish uchun foydalaniladigan transport immobilizatsiyasi;

- davolash immobilizatsiyasi, bu tibbiy muassasada uzoqroq muddat davomida qo'llaniladi va shikastlanganda yoki kasallik holatida asosiy davolash chorasi hisoblanadi.

B) Harakatsizlantirish uchun shinalardan foydalaniladi.

2. Shina – suyak va bo'g'imlarning shikastlanishlarida va boshqa kasalliklarida harakatsizlantirish uchun ishlatiladigan maxsus moslama.

A) Foydalanish maqsadiga ko'ra shinalar transport va davolovchi turlarga bo'linadi:

a) transport shinalari bo'lishi mumkin:

- standart - oldindan tayyorlangan, ishlatishdan oldin ular aniq bir bemor uchun maxsus modellashtiriladi;

- improvizatsiyalangan- voqea hodisa joyida qo'lbola materiallardan (taxtalar, novdalar va boshqalar) yasalgan moslama;

b) funksional belgilariga ko'ra standart shinalar quyidagilarga bo'linadi:

- fiksatsion, oyoq-qo'lni ma'lum bir holatda ushlab turadigan;

- ekstenzion, bu oyoq-qo'lning mahkamlash bilan birga o'zini o'qi bo'ylab tortib turadigan;

c) fiksatsion shinalar quyidagilarga bo'linadi:

- universal, u tananing har qanday qismini shinalash uchun ishlatilishi mumkin: faner, to'rsimon, narvonsimon Kramer shinasi, polimer va boshqalar;

- maxsus, faqat tananing aniq qismlarini shinalash uchun ishlatiladi: Esmarx shinasi, Yelanskiy shinasi, Shans yoqasi va boshqalar. Transport immobilizatsiyasi deyilishiga sabab, bu jarohatlanganlarni ko'chirishda qo'llanilganligi uchun aytiladi.

Bemorlarni ko'chirishda immobilizatsiya qilish uchun qo'lbola (improvizatsiya qilingan materialdan) va standart shinalar qo'llaniladi. Shinalarning qo'yishdan maqsad - shikastlangan sohani harakatsiz saqlash, transportirovka paytida singan parchalarni keyingi siljishi va yumshoq to'qimalarning shikastlanishiga yo'l qo'ymaslikdir.

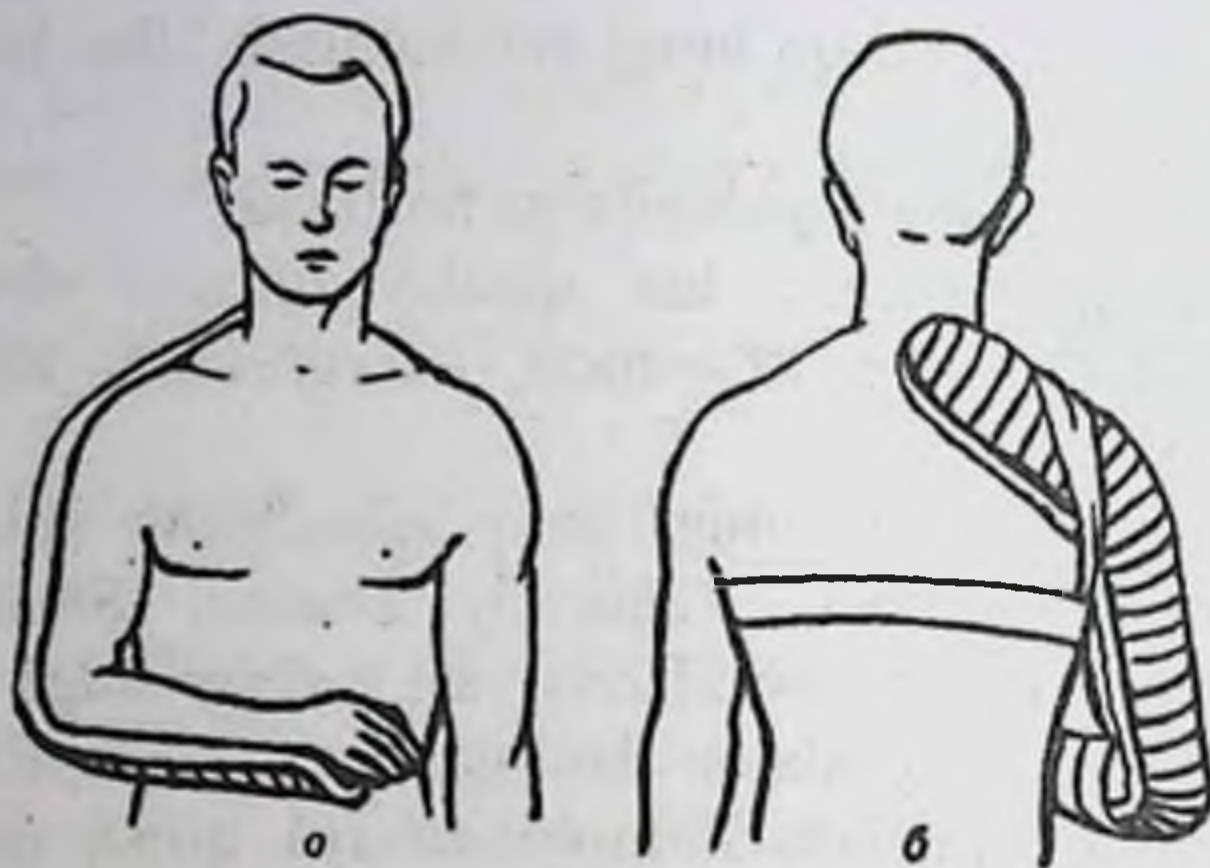
Shinalar shikastlangan sohaga yaqin bo'lgan ikki yoki hatto uchta bo'g'imni ushlab turish uchun yetarli uzunlikda bo'lishi kerak. Ular remenlar yoki bintlar yordamida mahkamlanadi.

Improvizatsiyalangan shina sifatida nayza, miltiq, taxta, metall tayoqlar, soyabon, somon to'plamlari, qamishlar va boshqalar ishlatiladi.

Standart shinalar asosan fiksatsiyalovchi shinalar (fanerlar, simli narvonlar - Kramer, to'r, karton) va tortuvchi shinalar (Diterixs, Tomas - Vinogradov, yelkani tortuvchi MTOI (Markaziy travmatologiya, ortopediya instituti) shinalari) ishlatiladi.

Immobilizatsiya uchun oyoq-qo'llarga o'rta fiziologik holat beriladi: qo'llar uchun yelka 50° ga uzoqlashtiriladi va oldinga 30° gacha tortiladi, tirsak bo'g'imida 90° ga bukiladi, barmoqlar 60° ga egiladi; oyoqlar uchun - son 10° ga uzoqlashtiriladi, oyoq tizza bo'g'imidan $10-15^{\circ}$ ga, to'piq - 90° gacha bukiladi.

Simli shinalarni qo'llashda ular avval paxta bilan o'rab chiqiladi, so'ngra bint bilan o'rab mahkamlanadi. Shina sog'lom qo'lning burmalarida modellashtiriladi, so'ngra shikastlangan qo'lni orqa yuzasi orqali barmoq uchidan boshlab panja bo'g'imi, tirsak bo'g'imi bo'ylab yelkaning orqa yuzasi bo'ylab yuqoriga yelka kamaridan kurak orqa sohasigacha olib boriladi. Shinaning butun uzunligi spiral bandaj bilan o'rnatiladi (6-rasm).



36- rasm. Yelka suyagi singanda Kramer shinasi bilan transport immobilizatsiyasi:

a - oldindan ko`rinishi; b - orqadan ko`rinishi.

Oyoqlarni fiksatsiya qilish uchun yetarli uzunlikga ega uchta Kramer shinasidan foydalanish mumkin: biri orqa yuzaga dumba burmadan to tovongacha qo`yiladi, bu yerda to`g`ri burchak ostida bukiladi, birinchi shina oyoq panjasini kaft yuzasi bo`ylab barmoqlargacha olib kelinadi; ikkinchisi – chov sohasidan ichki yuz bo`ylab oyoq panjasining ichki chetiga qadar qo`yiladi; uchinchi – chov chuqurchasidan oyoq panjasining tashqi chetiga qadar qo`yiladi. Kramer shinalari boshni fiksatsiya qilish uchun ham ishlatiladi (7-rasm).



37-rasm. Boshni fiksatsiya qilish uchun Kramer shinasi.

Ko`krak va bel umurtqalarining immobilizatsiyasi jarohatlanganlarni orqasi bilan yotgan yoki qorinda yotgan holatida qattiq zambillarda, taxtalarda, avtomobil kuzovlarida, tirkamalarda va hokazolarda tashish orqali amalga oshiriladi.

Karton shinalardan foydalanilganda ham, ularni fiksatsiya uchun kerakli shaklga keltirish mumkin, shuning uchun ular simli shinalar bilan bir xil tarzda qo'llaniladi. To'g'rilangan oyoq-qo'llarga fanerli shinalar qo'llaniladi.

Oyoqlarga tortuvchi shinalarni qo'llashda siz jarohatlanganlarning oyoqlari uchida turishingiz va jarohatlangan oyog'ini bir qo'l bilan tovonidan, ikkinchi qo'l bilan panjaning orqa yuzasidan ushlab, bir tekis tortishni ta'minlash kerak bo'ladi; bu vaqtda yordamchi bemorni chanoq suyagidan ushlab turadi.

Diterixs shinasi (8-rasm) har xil uzunlikdagi ikkita qo'shaloq (tashqi va ichki) harakatlanuvchi yassi taxtadan iborat, panjaning kaft yuzasiga qo'yish uchun yog'och taxta (kaft yostig'i, "taglik") va burama bog'ichi bo'lgan tayoqdan iborat (8-rasm). Shina quyidagi tartibda qo'llaniladi: oyoq panjasini kaftiga shina tagligini (kaft yostig'i) silliq yuza tomoni bilan kaftga qo'yiladi, uni yordamchi ushlab turadi va 8-simon bint bilan o'rab bog'lanadi, ayniqsa boldir-panja bo'g'imi sohasi zich qilib bog'lanishi kerak. Keyin ichki, kalta yassi taxtani distal uchi bilan panja tagligiga mahkamlangan sim romning ichki joyiga kiritiladi, shunda uning uchi panja tagligidan 10-15 sm tashqariga chiqadi. Panja tagligi shunday uzunlikka cho'zilganki, uning ichki yassi taxtani usti proksimal qismi chov sohaga borib taqaladi, lekin juda zich olib borish kerak emas, chunki bu son tomirlarining qisilishiga va qon aylanishining buzilishiga olib kelishi mumkin. Tortish vaqtida yassi taxtani siljib ketmasligini oldini olish uchun yon teshiklariga maxsus mixlar qo'yiladi.



38-rasm. Diterixs shinasi

Tashqi, uzun yassi taxtani distal uchi bilan panja tagligini tashqi simli joyiga kiritiladi, u panjadan 10-15 sm uzoqlashtiriladi va uchi ko'ndalang taxtaning metall qirrasiga va ichki yassi taxtaga kiritilib maxkamlanadi. Taxtalar bir-biridan shunday uzunlikka ochiladiki, ustki taxta qo'ltiq ostiga turadi va taxtalarning teshiklariga mix qo'yish orqali mahkamlanadi. Shina va suyaklarni bo'rtib chiqqan joylarni o'rtasiga paxta qo'yiladi.

Shundan so'ng ularni tortishga o'tadilar. Panja tagligini simli romining ilgichlariga biriktirilgan bog'ichlar ichki taxtaning ko'ndalang qismidagi teshikka o'tkaziladi, burama tayoq chiqariladi, bog'ichni aylantiradi va burama mahkamlanadi. Shundan so'ng, shinalar bint va bog'ichlar yordamida fiksatsiya qilinadi. Yuqori tirqishlarga bitta bog'ich o'rnatilgan - tashqi tayoqchanning yuqori novdasining teshiklari, ko'krak qafasi atrofida aylanadi va qarama-qarshi yelka kamari zonasida mahkamlanadi.

Ikkinchi bog'ich tashqi yassi taxtaning ustki qismining pastki teshiklariga o'rnatiladi va tananing atrofiga o'rnatiladi. Uchinchi tasma ichki qo'ltiq tayoqchasining ustki qismidagi teshikka o'rnatiladi va sonning atrofiga mahkamlanadi. Oxirida, panja - boldir bo'g'imidan to chov sohasigacha ya'ni butun oyoq bo'ylab spiralsimon bog'lam qo'yiladi. Agar bog'ichlar bo'lmasa, shinalar butun uzunligi bo'ylab bintli bog'lam bilan mahkamlanadi (9-rasm).



39-rasm. Son suyagi sinishida transport immobilizatsiyasi

MTOI uzoqlashtiruvchi shinasini ko'krak qafasining lateral yuzasiga shunday qo'yiladiki, uning ustki qirrasini qo'ltiq ostida joylashadi va yuqori tasma bilan sog'lom tomonning yelka sinishi orqali, pastki qismi esa ko'krak qafasi atrofida mahkamlanadi. Yelka 50° ga uzoqlashtirilgan va 30° ga oldinga burilgan holatida shinaning gorizontaal taxtasiga joylashtiriladi, vertikal tirgak bilan o'rnatiladi va

xuddi shunday holatda vint bilan fiksatsiya qilinadi. Bilakka qo`shimcha taxta qo`yilib joylashtiriladi, va gorizontaal 90 ° burchak ostida vint maxkamlanadi. Qo`lni butun qismi bo`ylab bint bilan shinaga bog`lanadi.

Pnevmatik polimer shinasi - shikastlangan oyoq-qo`liga bolonsimon shaklida qo`yiladigan va havo o`tkazmaydigan shaffof ikki qatlamli qobiqdir. Shinaga maxsus klapanli moslamasi orqali shishirilgandan so`ng, shina kerakli taranglikga ega bo`ladi va shikastlangan oyoq-qo`lni immobilizatsiya qiladi. Pnevmatik shinalar uchta turda chiqariladi:

- 1-turi - barmoq va bilak uchun;
- 2-turi- boldir va panja uchun;
- 3-turi - tizza bo`g`imi uchun

Son va yelka suyagi singanda pnevmatik shinalardan foydalanish tavsiya etilmaydi, chunki bu yetarli darajada immobilizatsiya bo`lmaydi.

Hozirgi zamonda son suyagi singanida transport immobilizatsiya qilish uchun Tomas shinasi qo`llaniladi (10-rasm).



40-rasm. Son suyagi sinishida Tomas shinasini qo`llagan holda transport immobilizatsiya qilish.

Transport immobilizatsiya qilish qoidalari

1. Immobilizatsiya qilish vaqtida har qanday harakat og`riqning kuchayishiga olib kelganligi sababli, immobilizatsiya boshlanishidan oldin og`riq qoldiruvchi vositalarni qo`llash kerak (agar qorin bo`shlig`i shikastlanishi belgilari mavjud bo`lsa, shifokor ko`rigidan oldin og`riq qoldiruvchi qilish qarshi ko`rsatma hisoblanadi).

1 Yetarlicha harakatsizlikka erishish uchun kamida ikkita qo`shni bo`g`imni fiksatsiya qilish kerak: jarohat olgan sohani proksimal va

distal qismlaridan. Son yoki yelkaning sinishlarida atrofdagi uchta bo'g'imlar fiksatsiya qilinadi: son, tizza va boldir-panja, yelka uchun - yelka, tirsak va bilak bo'g'imlari mahkamlanadi.

2. Shikastlangan oyoq-qo'llar, agar imkoniyati bo'lsa o'rta fiziologik holatga keltirilishi kerak.

3 Qon ketish bilan asoratlangan ochiq sinishlarda yordam ko'rsatish tartibi:

- qon ketishini to'xtatishga qaratilgan chora-tadbirlarni o'tkazish;
- jarohatni aseptik bog'lam bilan yopish;
- shikastlangan a'zoning transport immobilizatsiyasi

4. Shinalarni kiyim va poyabzallarni yechmasdan ustiga qo'yiladi, chunki ularni yechayotgan vaqtda suyak siniqlarini qo'shimcha siljishiga olib kelishi mumkin. Agar sinish joyini ochish kerak bo'lsa kiyim va poyabzallar kesilib ochiladi.

5. Shikastlangan qo'l yoki oyoqlarda suyaklar bo'rtib chiqqan joylarga yumshoq yostiqchalar qo'yiladi (paxtadan qilingan bo'lsa yaxshiroq).

6. Shinalarni oyoq-qo'llarga mahkamlashda periferiyadan markazga qarab o'rab boriladigan bint yoki qo'lbola materiallar (choyshablar yoki boshqa matolar) bilan amalga oshiriladi.

Transport immobilizatsiyasining alohida turlari

A) Yuz-jag' sohasi shikastlanganda transport immobilizatsiyasi (11-rasm).

- ko'pincha pastki jag'ning sinishi kuzatiladi, ularda (tilning orqaga ketishi va yutishning buzilishi tufayli) asfiksiya xavfi kelib chiqishi mavjud;

- agar tilni orqaga ketib qolishi xavfi mavjud bo'lsa, uni ligaturaga olish yoki ignatugma bilan teshish va bint bilan mahkamlash kerak;

- immobilizatsiya qilish uchun standart qattiq iyak osti sohasiga qo'yiladigan (a) va yumshoq matodan qilingan qalpoqdan iborat bo'lgan maxsus shinadan foydalanish yaxshiroq.

Yuz- jag' sohasi shikastlanganda immobilizatsiya qilish usuli:

- jarohatlanganning boshiga matodan qilingan qalpoq kiygiziladi;

- iyak osti sohasiga paxta-dokadan qilingan yostiqcha qo'yilib, ustidan shina qo'yiladi;

- shina rezina naychali halqalar bilan (b, c) boshdagi qalpoqqa mahkamlanadi (rezina naychalar bo'lmasa, uni bint bilan mahkamlash mumkin);

- agar iyakning tagiga qo'yadigan standart shina bo'lmasa, pastki jag'ning fiksatsiyasi uchun "jilov" bog'lami yoki plashsimon bog'lamdan foydalanish mumkin.



41-rasm. Pastki jag'ning sinishlarida immobilizatsiya qilish

B) o'mrov va kurak suyagi shikastlanganda transport immobilizatsiyasi:

- immobilizatsiya uchun qo'llab-quvvatlovchi ro'mol bog'lami va Dezo bog'lamidan foydalanish mumkin;

- o'mrov suyagini sinishida transport immobilizatsiyasining eng maqbul varianti Delbe bog'lamidan foydalanishdir.

O'mrov va kurak suyaklari shikastlanganda immobilizatsiya qilish usuli:

- kerakli o'lchamdagi ikkita paxta - dokadan halqalar yasaladi (paxta - doka o'miga ro'molchadan yoki boshqa yumshoq materiallardan yasalgan halqalardan foydalanish mumkin);

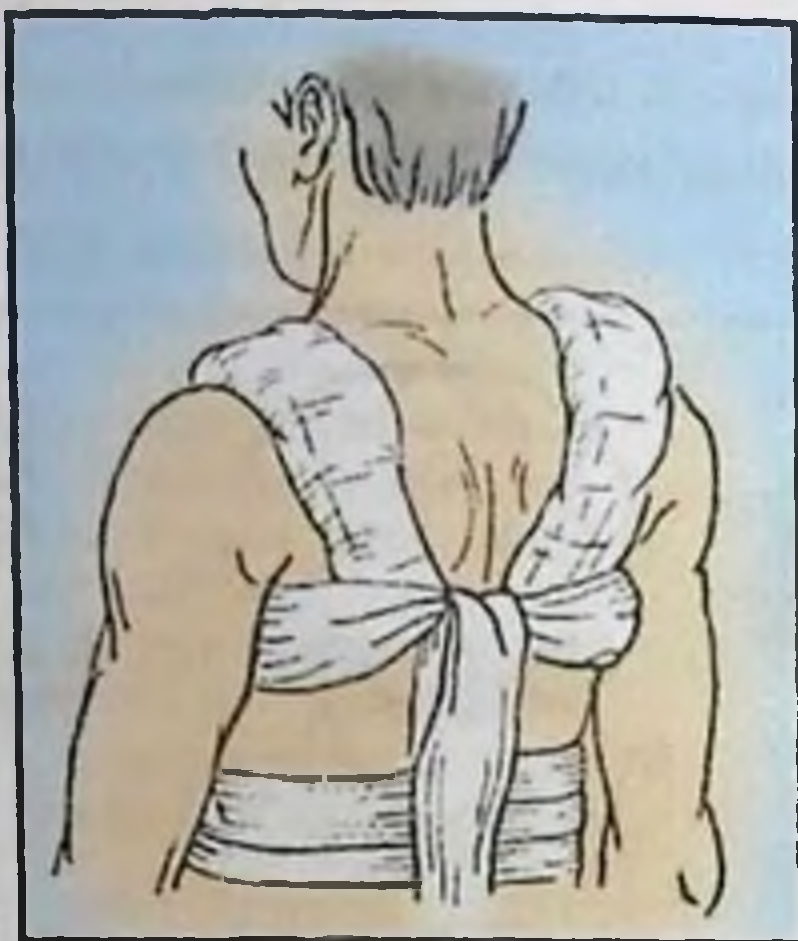
- tayyor halqalar ikki tomondan yelka bo'g'imlari sohasiga (qo'litiq ostidan va yelka usti orqali) qo'yiladi;

- halqalar orqa tomondan bir biriga bint yordamida shunday maxkamlanishi kerakki, yelka kamari ikki tomondan orqaga tortilgan holatda bo'lishi kerak;

- bu bog'lam o'mrov suyagini ishonchli mahkamlanishini ta'minlaydi va suyak bo'laklarning siljishini oldini oladi (12-rasm).

C) Qo'l jarohatlarida transport immobilizatsiyasi (13-rasm):

a) yelka suyagi singan taqdirda, avvaldan tayyorlangan va modellashtirilgan Kramer narvonsimon shinasidan foydalanish maqsadga muvofiqdir (shinaning uzunligi shunday bo'lishi kerakki, u sog'lom tomonning kurak suyagidan boshlanib kaftning o'rtasigacha borishi kerak bo'ladi).



42-rasm. O`mrov suyagi jarohatlarida immobilizatsiya

Qo`l shikastlanganda immobilizatsiya qilish metodikasi: shina shunday modellashtirilgan bo`lishi zarurki: kaftning o`rtasidan tirsak o`sig`igacha bo`lgan masofada u to`g`ri burchak ostida egiladi (jabrlanuvchining sog`lom qo`li bilan o`lchanadi).



43-rasm. Qo`l shikastlanganda transport immobilizatsiyasi

Agar vrachni bo`yi bemorning bo`yidan unchalik farq qilmasa, shinani o`zida modellashtirishi mumkin: qo`l egilgan shinaga qo`yiladi, ikkinchi qo`li bilan ular shinani ikkinchi uchidan olib, orqa tomonga egadilar; tirsak bilan stol ustiga suyanib, shinani kerakli shaklga keltiriladi (a);

- shikastlangan qo`lga shina shunday qo`yiladiki, barmoqlar pronatsiya holatida bo`lishi uchun qo`l tirsak bo`g`imida to`g`ri burchak ostida bukilib qo`yiladi;

- qo`ltiq ostiga paxta-dokali valik qo`yilib sog`lom yelka usti orqali bint bilan maxkamlash tavsiya etiladi;

- bint bo`laklari bilan shinaning yuqori va pastki qismlaridan bog`lanadi (b, c);

- shina qo`l va gavdaga mahkamlanadi, qo`l barmoqlaridan to yelka bo`g`imigacha bint bilan spiralsimon bog`lam qo`yiladi va shinaning yuqori qismi tanaga sakkizsimon yoki boshoq shaklidagi bog`lam bilan mahkamlanadi;

- bog`lash tugallangandan so`ng, ushlab turish uchun ro`molchasimon bog`lam qo`yiladi;

b) bilak va tirsak suyaklarini sinishida qo`lning tashqi yuzasi bo`ylab yelkaning yuqori uchdan bir qismidan metakarpofalangeal bo`g`imlargacha Kramer narvonsimon shinasi yoki to`rsimon shina qo`yiladi. (14-rasm).

Bilak va tirsak suyaklarini sinishlarida qo`llaniladigan immobilizatsiya usuli:

- shina sog`lom qo`lda modellashtiriladi: ya`ni metakarpofalangeal bo`g`imdan tirsak suyagini o`sig`igacha bo`lgan masofaga, to`g`ri burchak ostida egilgan holatga keltiriladi;

- jarohatlangan qo`lga modellashtirilgan shina shunday qo`yiladiki, bilak pronatsiya va supinatsiya holatini o`rtasidagi holatda bo`lishi kerak;

- qo`lni shina qo`yilgan sohasi to`liq spiralsimon bog`lam bilan bintlanadi (a) va qo`lni ushlab turuvchi ro`molsimon bog`lamga (b) osib qo`yiladi;

v) panja va barmoq suyaklarining sinishi qo`llaniladi:

- transport immobilizatsiyasi tirsak bo`g`imidan barmoq uchigacha bo`lgan uzunlikdagi fanersimon yoki to`rsimon shina bilan amalga oshiriladi;

- jarohatlangan qo`lning kaftiga shunday o`lchamdagi paxta - dokali bo`lak qo`yiladiki, barmoqlar yarim egilgan holatni egallashi lozim bo`ladi;

- shina qo`yilgan soha spiralsimon bog`lam bilan mahkamlanadi va ro`molchasimon bog`lamga osib qo`yiladi.



44-rasm. Bilak suyaklarining sinishida qo`llaniladigan transport immobilizatsiyasi

G) oyoqlar jarohatlarida qo`llaniladigan transport immobilizatsiyasi (15-rasm):

a) son suyagi singan vaqtda eng maqbuli Diterixs transport shinasi bo`lib, u oyoq-qo`lni harakatsizlantirish va tortish uchun ishlatiladi. Diterixs (a) shinasi quyidagilardan iborat:

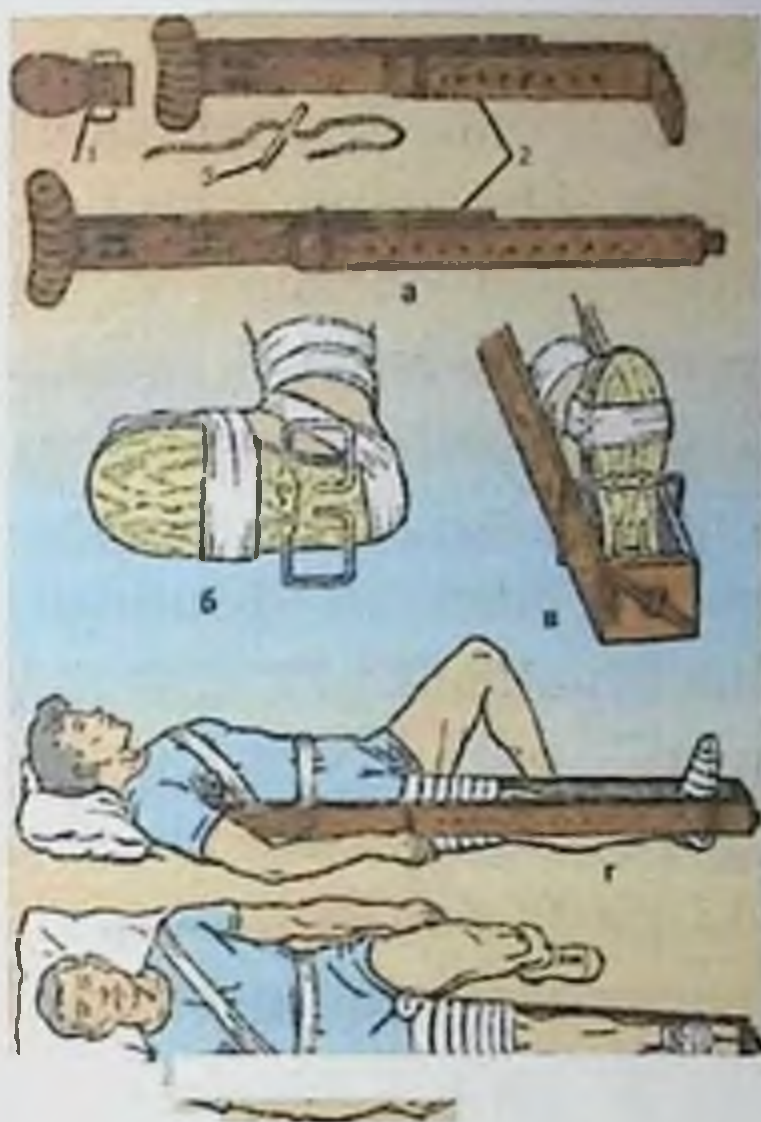
- ikkita taxtachadan (2): tashqi - uzun, ichki - kalta, oxirida yonga burilgan qisqa taxtasi bilan;
- oyoq panjasini kaft yuzasi tagiga qo`yiladigan taglik (1);
- buragichlar (3).

Shinani qo`ltiq tayoqchalari ikkita plastinadan iborat: plastinalarni ustki qismini uchlari yumaloq, pastki plastinalarni (uzatmalar) ustki uchlarida metall qisqichlar mavjud bo`lib, ular yordamida yuqori plastinalarga ulanadi. Panja kaft qismiga taglikni qotirish uchun pastki plastinada teshiklar mavjud bo`ladi.

Panja kaft yuzasiga qo`yiladiga taglikni orqa yuzasini tovon qismida metall ramka, qisqichlar mavjud bo`lib, - ikkala tomondan quloq shaklida chiqadigan qismlari bo`lib, unga ikkala tomondan taglik qismlari kiritiladi.

Eslatma: Diterixs shinalaridan foydalanish to`piq va oyoq panjasi suyaklarining sinishi mavjud bo`lganda qarshi ko`rsatma hisoblanadi.

Son suyagi singan vaqtda Diterixs shinasi mavjud bo`lmagan taqdirda, Kramer narvonsimon shinasidan transport immobilizatsiyasi uchun ishlatilishi mumkin.



45-rasm. Dieterixs shinasini qo'llash usuli.

1. 110 x 10 sm o'lchamdagi 2-3 ta shina olinadi va ularni shunday qilib bog'lash kerakki, bitta shina chov chuqurchasidan oyoq panjasining tashqi chetiga chiqishi kerak.

2. Ikkinchi shina dumba burmasidan jarohatlangan oyoqning orqa yuzasi bo'ylab tovongacha qo'yiladi va u joyda panja barmoqlariga qarab to'g'ri burchak ostida bukiladi.

3. Mustahkam bo'lishi uchun uchinchi Kramer shinasi oyoqning ichki yuzasi bo'ylab oraliq sohadan oyoqning ichki yuzasi bo'ylab panjani ichki chetiga qadar qo'yiladi.

4. Bo'g'imlar va suyaklarning bo'rtib turgan joylariga paxta-dokali yostiqlar qo'yiladi, shundan so'ng shinalar to'piqdan to chov chuqurchasiga qadar spiralsimon bog'lam bilan bintlanadi, oyoq panjasi esa sakkizsimon shaklli bint bilan mahkamlanadi.



46-rasm. Tizzaning sinishida Kramer narvonsimon shinasi bilan transport immobilizatsiyasi.

Immobilizatsiya texnikasi:

Yumshoq vatali yostig'i bilan Kramer shinasi oyoqning burmalari yaxshilab modellashtiriladi. Shinaning uzunligi oyoqning orqa qismi bo'ylab dumba burmasidan to tovongacha bo'lishi kerak, so'ngra oyoq panjasi barmoqlariga qarab to'g'ri burchak ostida egilishi kerak.

Oyoq panja suyaklarini sinishi bo'lsa, transport immobilizatsiyasi odatda Kramer narvonsimon shinasi bilan amalga oshiriladi.

1. Tizzaning yuqori uchdan bir qismidan to barmoq uchigacha bo'lgan uzunlikdagi shina ishlatiladi.

2. Shina oyoqning orqa yuzasining egilishlariga ko'ra modellashtiriladi va to'g'ri burchak ostida tovon sohasidan bukiladi.

3. To'piq sohasiga paxta-dokali yostiqlar qo'yiladi va shina barmoq uchidan tizzaning yuqori uchdan bir qismigacha bintli bog'lam bilan mahkamlanadi.

Standart transport shinalari yo'q bo'lganda, immobilizatsiya turli xil qo'lbola buyumlar yordamida amalga oshirilishi mumkin: taxtalar, doskalar, chang'ilar, shoxlar va boshqalar. Shuningdek, jarohatlangan oyoqni sog'lom oyoqqa bir necha joylarda bog'lab qo'yish ham mumkin.

D) Chanoq suyagi va umurtqa pog'onasi shikastlanganda transport immobilizatsiyasi:



47-rasm. Shans yoqachasi

a) umurtqa pog'onasini bo'yin qismi shikastlanganda:

- jabrlanuvchiga standart Shans bo'yinbog'ini qo'yish zarur, agarda u yo'q bo'lgan holatlarda esa Shans bo'yicha paxta - dokadan yoqacha yasab qo'yish lozim bo'ladi (17-rasm);

- paxta - dokadan qilingan yoqachani quyidagi tarzda qo'llash lozim bo'ladi: ensa do'mbog'idan to ko'krakga qadar paxta bilan bo'yin atrofi qalin qilib o'raladi va keng bintli (10-12 sm) bog'lamni bir necha aylana qilib o'ralib mahkamlanadi;

- bosh va umurtqa pog'onasini bo'yin qismi jarohatlarida transport immobilizatsiyasi qilish uchun Kramer shinasidan foydalanish mumkin (18-rasm);

- ikkita Kramer shinalarini bosh va bo'yinga nisbatan qilib frontal va sagittal tekisliklarda modellashtiriladi;

- boshning sochli qismiga va bo'yin atrofiga paxta - dokali yostiqlar qo'yiladi, shundan so'ng modellashtirilgan shinalar qo'yiladi;

- Shinalar bintli bog'lam bilan boshga, yelkaga va ko'krak qafasiga mahkamlanadi.

b) umurtqani ko'krak qismi shikastlanganda:

- jabrlanuvchi ehtiyotkorlik bilan zambilga qorin holatda yotqiziladi;

- bosh va ko'krak ostiga yostiq yoki o'ralgan kiyim qo'yiladi, bu shikastlangan umurtqa pog'onasini bilan yotgan bemorni tushirishda yordam beradi.

v) umurtqa pog'onasini bel qismi shikastlanganda:

- jarohatlanuvchini qattiq yuzaga yotqizish kerak bo'ladi: yog'och shitlar, doskalar, taxtalar, qalin faner varag'i va boshqalar;

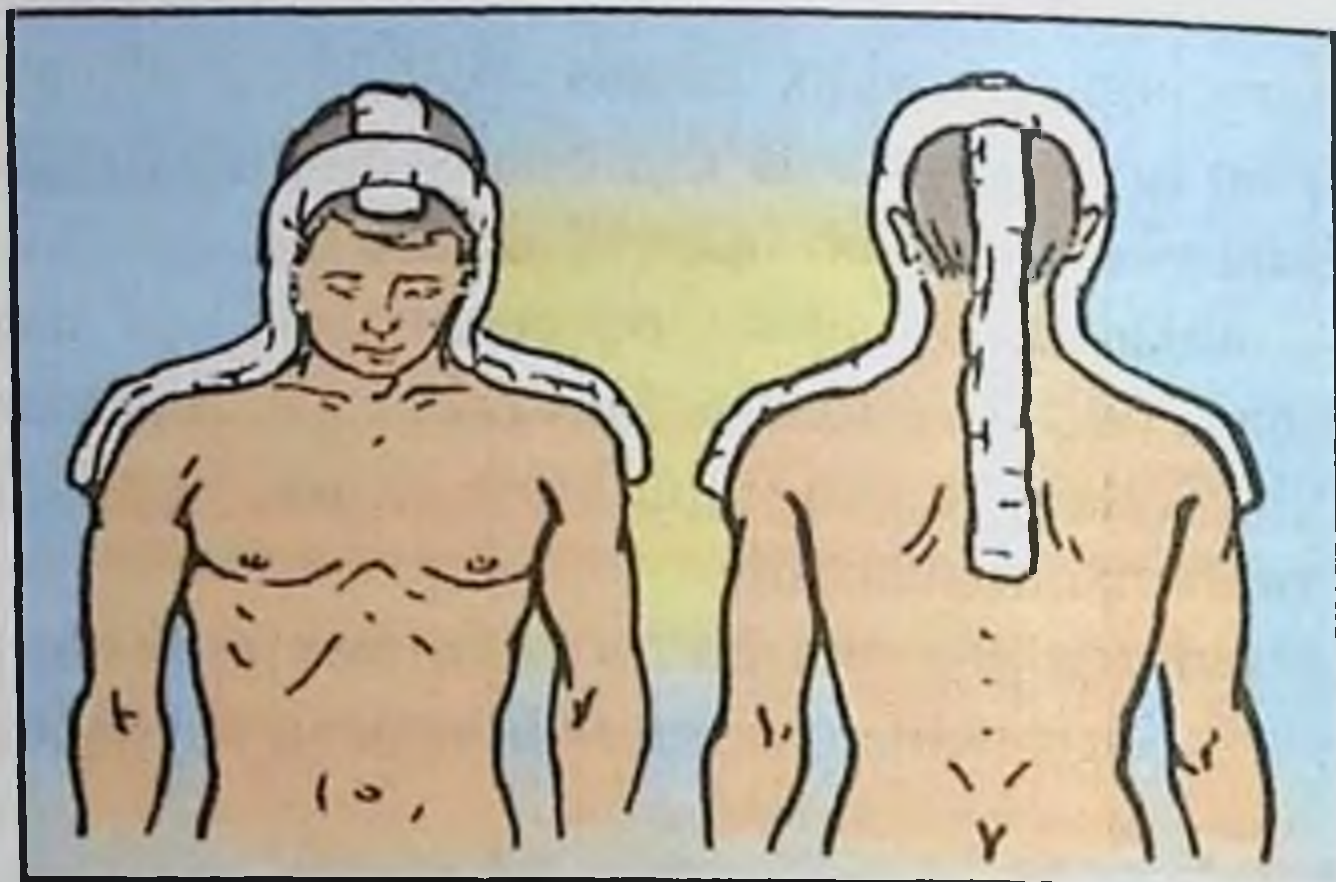
- Jarohatlanganlar uchun qulay sharoitlarni yaratadigan maxsus immobilizatsiya qiluvchi vakuumli zambillardan ham foydalanish mumkin.

d) Chanoq suyaklari shikastlanganda:

- jarohatlanuvchini orqa tomoni bilan qattiq yuzasi bo'lgan zambilga qo'yish;

- oyoqlar son va tizza bo'g'imlaridan bir oz bukilgan va yon tomonga ochilgan bo'lishi kerak, bu mushaklarni bo'shashtirish va og'riqni kamaytirishga yordam beradi.

- tizza osti sohasiga 25-30 sm gacha qalinlikdagi valik (kiyim, adyol va boshqalardan) qo'yish kerak.



48-rasm. Umurtqa pog'onasini bo'yin qismi jarohatlarida Kramer shinalari bilan transport immobilizatsiyasi

Desmurgiya

Desmurgiya – bog'lamlar haqidagi ta'limot bo'lib, unda bog'lamlarning to'g'ri qo'yilishi va to'g'ri ishlatilishi o'rganiladi.

Bog'lam – bu jarohatga davomiy davolash ta'sirini beruvchi, odamning organlarini organizmga biriktirib turuvchi vositadir. Bog'lam qo'yilishi – bu jarohatlarni, patologik o'zgargan va shikast yetgan to'qimalarni himoya qilish demakdir. Yumshoq va qattiq (ushlab turuvchi) boylamlar mavjud.

Qattiq bog'lamlar - immobilizatsiyalovchi va to'g'rilovchi hamda cho'ziluvchi boylamlar bo'lib, ular asosan tayanch-harakat sistemasining jarohat va kasalliklarida ishlatiladi. Bularga gipsli bog'lamlar, shinalar va apparatlar kiradi.

Yumshoq bog'lamlar bevosita jarohatlarga qo'yiladigan bog'lam materiallari va uni fiksatsiya qiluvchi vositalardan iborat. Yumshoq boylamlar quyidagilarga bo'linadi: *oddiy* yumshoq (ximoyaviy va dori-darmonli), qisuvchi (gemostatik) va okklyuzion bog'lamlar.

Bog'lam materialini fiksatsiya qilish uchun doka, trikotaj bintlari, kleol, kollodiy, leykoplaster ishlatiladi.

To'g'ri bog'lam qo'yish qonun-qoidasi quyidagicha:

1. Bemor o'ziga qulay va mushaklari susaytirilgan holatda o'tirishi lozim. Badanning bintlanadigan qismi bintlangandan keyin qaysi holatda bo'ladigan bo'lsa o'sha holatda bo'lishi va bintlanayotgan vaqtda qimirlamay turishi zarur.

2. Boylayotgan odam bemorga yuzma-yuz bo'lishi kerak, bu bilan boylayotgan vaqtda bemorga og'riqli bo'lyaptimi bilishi mumkin.

3. Bog'lamni qo'l-oyoqning periferiyasidan badanga tomon bintni bir xil tortgan holda boylanadi. Bog'lam yo'nalishi boylayotganga nisbatan chapdan o'nga qarab (chap ko'z va o'ng qo'lning Dezo boylamidan tashqari) bo'lishi kerak. O'ng qo'l bilan boylam kallachasini, chap qo'l bilan bog'lam tutilib, bog'lamning yo'nalishini to'g'rilanadi. Bint bilan badanning bintlanayotgan joyini uzluksiz boylash lozim, har bir bintning aylanasi oldingisining uchdan bir yoki ikki qismini o'rashi kerak. Bintning oxirini bog'lamga leykoplastir bilan yopishtirilib qo'yiladi yoki oxiri ikkiga bo'lingan bintni boylamga boylab, fiksatsiyani sog'lom tomonida qilinadi.

Tayyor bo'lgan bog'lam boylanayotgan materialni yaxshi fiksatsiya qilinishi, jarohatlangan joyni berkitib, chiroyli, bemorga qulay bo'lishi shart.

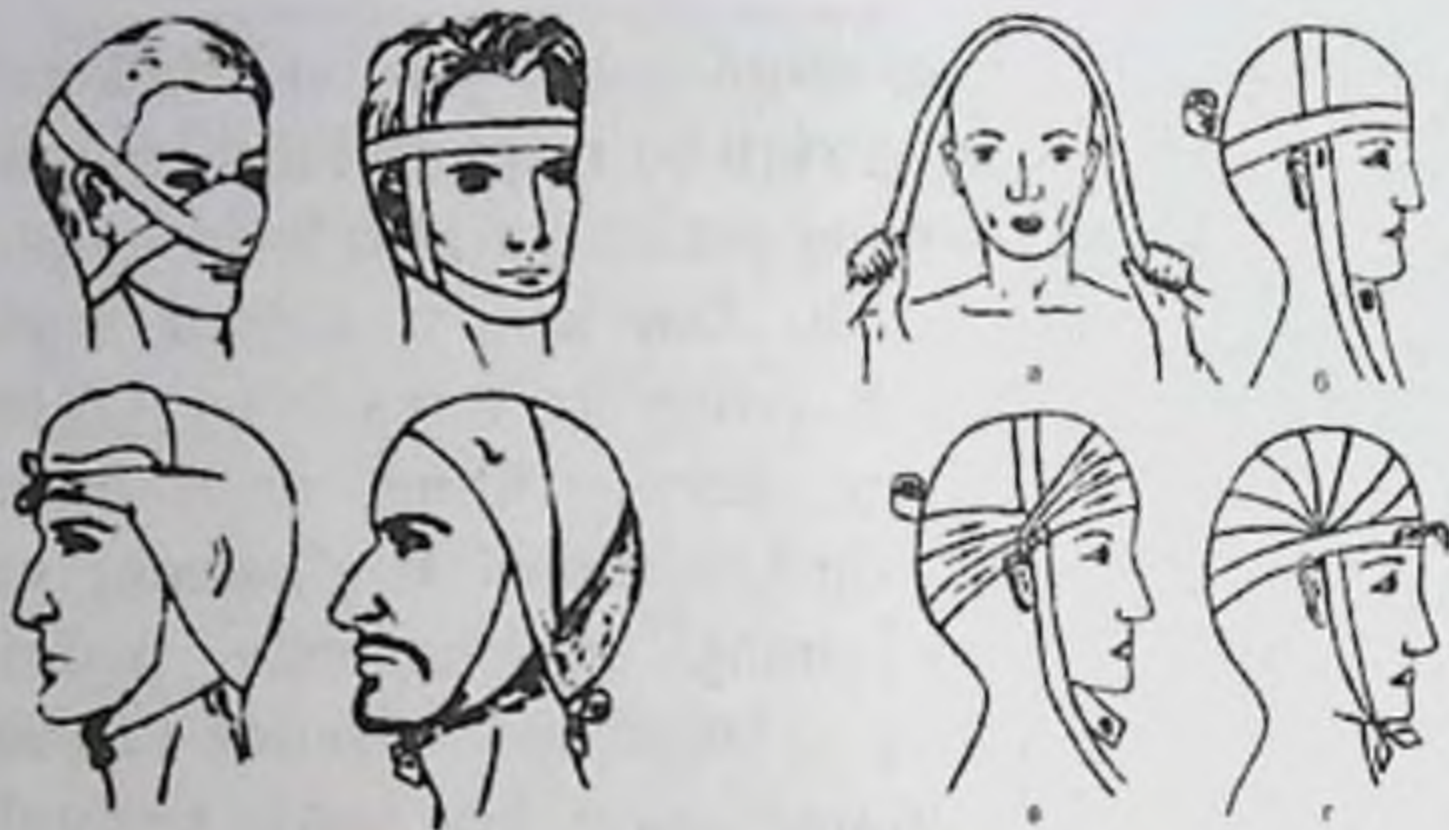
Bintli bog'lamlarning asosiy turlari

Sirkulyar (aylana) bog'lam har qanday bog'lamning boshlanishi bo'lib, mustaqil uncha katta bo'lmagan peshona, bo'yin sohalardagi jarohatlarni boylashda ishlatiladi. Bunda har bir aylana oldindagisini butunlay o'raydi. Birinchi o'ramni boshqalariga qaraganda biroz qiya va mahkamroq o'raydilar, boylamning kamchiligi shundaki u aylanishi mumkin bu esa boylovchi materialning bo'shalishiga olib keladi.



49-rasm. Gippokrat qalpoqchasi

Spiral bog'lam badan va qo'l-oyoqdagi katta jarohatlarni boylashga ishlatiladi. Bu bog'lamni jarohatlangan joyning yuqorisidan yoki quyisidan sirkulyar o'ram bilan boshlaydilar, keyinchalik bintning yo'nalishi qiya ketadi (spiral), oldingi o'ramni uchdan ikki qismini o'rab ketadi. Oddiy spiral boylamni badandagi silindrsimon qismlariga qo'yiladi (ko'krak qafasi, yelka, son), qayirilgan silindrsimon bog'lam badanning konussimon qismlariga qo'yiladi. Bunda bint qiyaroq o'raladi va chap qo'lning bosh barmog'i bilan o'ramning quyi tomonini bosib turiladi. Bog'lam juda oddiy va tez o'raladi, lekin yurayotgan paytda bo'shalishi mumkin. Mustahkamlash uchun bintning oxirgi o'ramini teriga kleol bilan biriktiriladi.



50-rasm. Kalla va yuz sohasiga qo'yiladigan bog'lamlar

Chirmashuvchi bog'lam spiral yoki boshqa bog'lamning boshlanishidir. Buni qo'l-oyoqdagi katta jarohatlarda ishlatiladi, boylayotgan payt yordamchi shart emas. Bint qo'l-oyoqning periferiyasidan badanga qarab boylab kelinadi, har bir o'ram oldingidagisini o'ramaydi. Bunda bazi o'ramlar orasida o'ralmagan joylar ham qolib ketadi.

Xochsimon yoki 8-simon bog'lam badandagi noto'g'ri yuzali qismlarini boylashda qulay (bo'yinning orqa tomoni, ensa sohasi, ko'krak qafasining yuqori qismlari). Bunda bog'lam sirkulyar o'ram bilan boshlanadi. Ensa sohasiga va bo'yinning orqa tomoniga xochsimon bog'lam quyidagicha o'raladi: aylanali harakatlar bilan kalla atrofida mahkam o'raladi keyin chap quloqning yuqori orqarog'idan bog'lamni bo'yinning quyi o'ng tarafiga tushiriladi, bo'yinning old tomonidan aylanib, bo'yinning orqa tomonidan o'ng quloqqa ko'tariladi. Kallani old tomonidan aylanib, bint chap quloqning yuqorisidan o'tib, quyiga tushiriladi va oldingi harakatlar qaytariladi. Bog'lamani kalla atrofida mahkamlanadi.

Ko'krak qafasiga bint o'rayotganda yelka atrofida 8-simon o'raladi, kesishadigan o'ramlar esa jarohatning lokalizatsiyasiga qarab, ko'krak qafasining oldingi yoki orqa yuzasida joylashadi.

Boshoqsimon bog'lama xochsimon bog'lamaning bir turi bo'lib, undan shunisi bilan farq qiladiki, bunda kesishayotgan paytda oldingi o'ramni butunlay o'ramay, bitta liniyada yoki yuqorisida yoki pastidan o'raladi. Bunda kesishish joyi boshoqni eslatadi. To'g'ri qo'yilgan

bog'lama chiroyli turib joyidan siljimaydi. Bunday bog'lamlar chanoqda, yelka sohasida va boshqa noto'g'ri yuzali sohalarga qo'yiladi.

Toshbaqasimon bog'lam tirsak va tizza sohalarida qo'llaniladi. Uning 2 turi mavjud bo'lib, bular tarqaladigan va yig'iladigan turlaridir. Tarqaladigan bog'lam tizza sohasida boshlanib sirkulyar o'ralgan holda yuqoriga va pastga qarab o'raladi. O'ramalar tizza pastidagi chuqurchada kesishadi. Sohaning oldingi yuzidan ikki tomonga boylanib bog'lama son atrofida mahkamlanadi.

Yig'iladigan bog'lama bo'g'imlarning yuqorisi va pastidan sirkulyar o'ramlar bilan boshlanib, tizza osti chuqurchasida kesishadi. Keyin bo'g'imlar bir biriga tizzaning qavariq qismida yaqinlashib boraveradi to bo'g'im butunlay o'ralmaguncha.

Qaytadigan bog'lama bosh, qo'l va oyoqqa hamda ularning amputatsiyasidan keyin ishlatiladi. Bog'lamani sirkulyar o'ramdan boshlashadi. Keyin old yuzadan qayrilib orqa tomonga o'raladi. Har bir qaytadigani qo'lni sirkulyar o'rami bilan fiksatsiya qilinadi. Bintnig vertikal o'ramlar ketma-ketlik bilan o'ramning yuza va ich qismiga o'raladi.

Savatchasimon bog'lama savatchalar orqali uchburchaksimon mato parchasining burchak ostida o'ralgani bilan qilinadi. Uning uzun tomoni asosi deyiladi. Asos qarshisidagi burchak tepasi, ikkita boshchasi oxirlari deyiladi, 1 m diagonal bo'ylab yirtilgan matodan 2 ta savatcha, 2 tomonlama diagonali yirtilgan bo'lsa 4 ta kichik savatchalar olish mumkin. Savatsimon bog'lam birinchi tibbiy yordamda yaxshi. Bu bog'lamani ko'pincha tirsak va yelka sohalardagi singan suyaklarni bog'lash va osiltirish uchun ishlatiladi.

T-simon bog'lama chov orasi va shu sohalardagi jarohatga steril materialni fiksatsiya qilishda ishlatiladi. Bog'ichning o'rtasini chov orasiga qo'yilib, oxirlarini bintning o'ziga xos kamariga boylanadi.

Naysimon bintlar. To'r shaklidagi bintlar o'zlarining elastik xususiyatlari sababli bog'ich materiallarini jarohatlarga mahkam tutib turadilar. Naysimon bintlar har xil o'lchamdagi paypoqlar shaklida chiqariladi, ular o'ramlarga o'ralgan bo'ladi.

Tananing alohida qismlariga qo'yiladigan bintli bog'ichlar

Chepes bog'lami – boshga boylanadigan qulay va oddiy bog'ichdir. Bog'ichni 1m bintni aylana qilib bog'lashdan boshlanadi.

o`ramning o`rtasini boshning tepa qismida o`raladi, oxirlarini esa quloq oldidan vertical pastga tushiriladi. Birinchi sirkulyar o`ramni bosh atrofida o`raladi, keyin qiya qilib ensa bo`ylab o`raladi, keyin tepa-peshona sohalari o`raladi, oldingi o`ram o`raladi. Shunday qilib asta yuqoriga o`ralib boriladi. Bog`ichning oxirgi o`rami bosh atrofida sirkulyar o`raladi va iyak ostida fiksatsiya qilinadi.

Gippokrat qalpoqchasi ikkita bint bilan bog`lanadi. Birinchi bint bilan faqat peshona va ensa sohalarini sirkulyar qilib bog`lanadi,



51-rasm. Gippokrat qalpoqchasi

ikkinchi o`ramni mahkamlaydi. Ikkinchi bint bilan esa bosh suyagi asosining o`rta liniyasida chapdan o`ngga boylanadi. Bintlarning oxiri ensada mahkamlanadi. O`ng ko`zga murakkab bo`lmagan bog`ich qo`yish. Oldin peshona va ensadan aylana qilib o`raladi, keyin o`ng quloqning orqasidan bo`yinga tushirilib yanoqdan ko`zga ko`tarib o`raladi. Shunday navbat chap tomonga, ammo oddiy bog`ich qo`yiladi. Unga o`nga nisbatan teskari bog`ich qo`yiladi. Ikkala ko`zga bog`ich qo`yish o`ng ko`zni boylashdan boshlanadi. Keyin sirkulyar boylamni o`ng chakkadan chap ko`zga tortiladi hamda sirkulyar o`ram bilan mahkamlab chap va o`ng ko`zlarga boylanadigan bog`ichlar ketma-ket bog`lanadi. Ensa va bo`yinning orqa tomonini o`rash uchun 8-simon bog`ich qo`yiladi.

Ko`krak qafasi va yelka kamari bog`ichlari. Sut bezlari bog`ichlari. O`ng sut beziga bog`ich qo`yilishi chap tomondan, chap sut beziga esa o`ng tomondan boshlanadi. Fiksatsiyalovchi o`ram sut bezi tagidan ko`krak qafasi o`raladi va bez ostiga yetganda sut bezining pastki va ichki tomonidan qarama-qarshi yelka ustidan orqada qo`ltiq ostidan bezning tashqari va pastki tomonini o`rab yana fiksatsiya qilinadi va shu holda davom etadilar.



52-rasm. Dezo bog`lami

Dezo bog`ichi eng murakkab

bog'ichlardan biridir. Bu bog'ich o'mrov va yelka kamaridagi boshqa singan suyaklarni bog'lashda, qo'lni tanaga mahkamlashda qo'llaniladi. Qo'l to'g'ri burchak ostida yelkaga biriktiriladi. Birinchi o'ram sog'lom tomonda kasal tomonga sirkulyar o'ram qilinib tortiladi. Ikkinchi o'ram sog'lom tomon qo'ltiq ostidan kasal tomonning yelka ustiga, keyin vertikal pastga orqa tomondan bilakni o'raydi. Uchinchi o'ram bilakdan sog'lom tomonning qo'ltiq ostiga tortiladi. To'rtinchi o'ram qo'ltiq ostidan orqa tomondan kasal tomon yelka kamariga borib bilakni o'rab, orqa tomondan sog'lom tomonning qo'ltiq ostiga tortiladi. Va shu to'rtta o'ram ketma-ket qaytariladi.

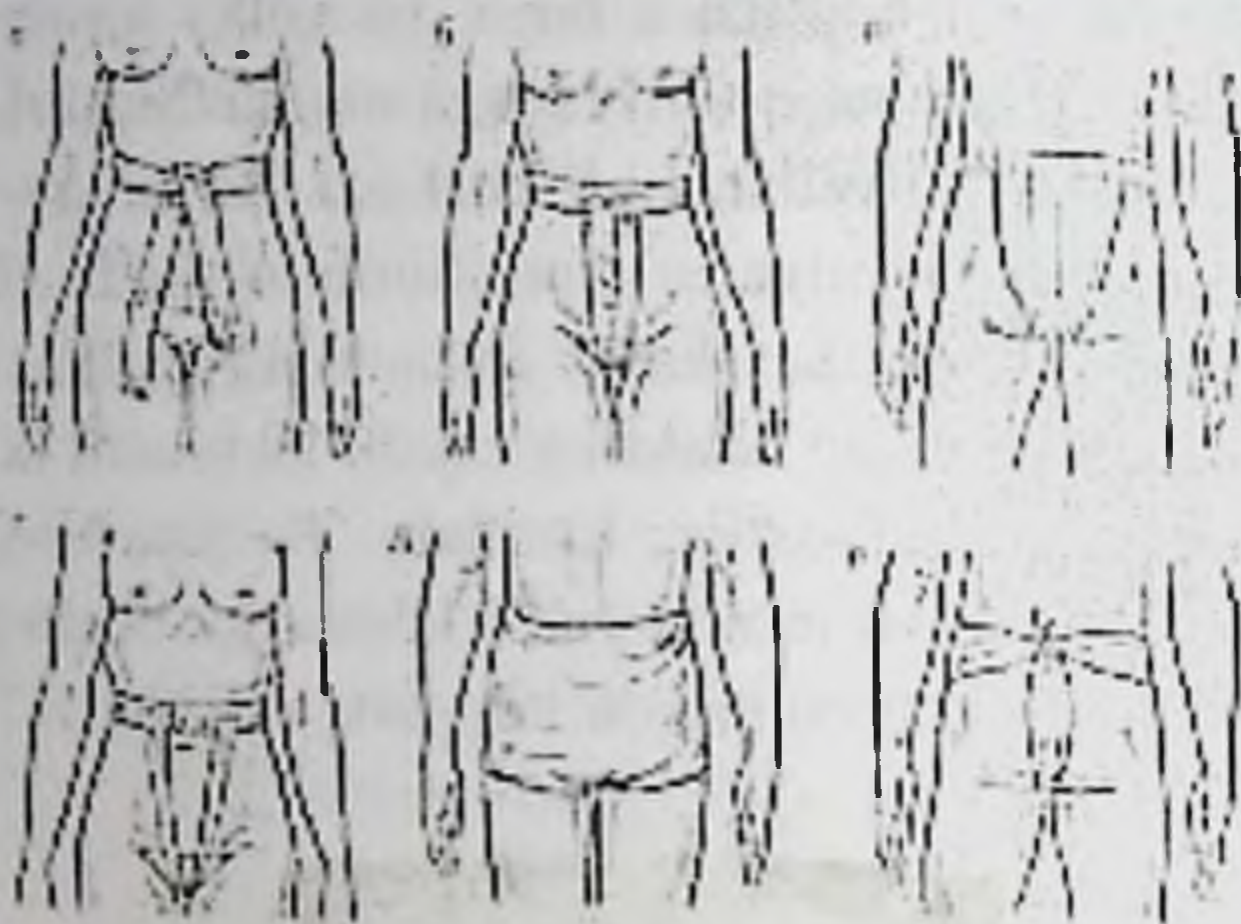


53-rasm. Velpo bog'lami

Velpo bog'ichi o'mrov suyagi sinishida ishlatiladi. Bunda kasal qo'lning kafti sog'lom tomon yelkasiga bog'lanadi. Bintlash kasal tomondan boshlanadi. Birinchi boylam orqaning yarmidan gorizantal ko'krak va qo'lni o'rab, sog'lom tomonning qo'ltiq ostiga, ikkinchi o'ram esa orqa tomondan kasal tomonning yelka kamarini aylanib, vertikal pastga tushib, tirsakni pastidan sog'lom tomonning qo'ltiq ostiga tortiladi.

Qorin va chanoq sohalariga qo'yiladigan bog'lamlar.

Chanoq bog'lamlari boshhoqsimon bog'lamlarning turlari hisoblanadi. Birinchi navbatda kindik ustida sirkulyar o'ram bilan fiksatsiya qilinadi. Keyin qorinning yon tomonidan sonning ichki tomoniga tortiladi. Sonni o'rab, uning lateral tomonidan qorinning old tomoniga ko'tariladi. Keyingi o'ram oldingisini takrorlaydi, ammo ozgina pastroqdan boylanadi. Bog'lama qorin atrofida sirkulyar o'ram bilan mahkamlanadi.



54-rasm. Oraliq sohasiga qo'yiladigan bog'lamlar

Qayta bog'lash

Qayta bog'lash – diagnostik va davolash jarayoni bo'lib, jarohatlarning bitish sharoitini yaxshilaydigan unsurdir.

Qayta bog'lash paytida hamma aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish lozim. Har bir qayta bog'lash oldidan operatsiyaga tayyorlangandek tayyorlanish kerak. Ish ko'p bo'lgan vaqtda qayta bog'lash uchun ikkita yordamchi hamshira bo'lishi kerak. Qayta bog'lash oldidan shifokor qo'lini qayta tozalashi kerak hamda steril qo'lqoplar kiyishi kerak.

Qayta bog'lashning asosiy bosqichlariga og'irsizlantirish bog'lamni ochib, jarohatni ko'zdan kechirish, jaroxat va jarohatning atrofiga antiseptik eritmalar bilan ishlov berish, agarda diagnostik davolash paytida yaradan yiring yoki antiseptik eritmaning qoldig'i qolgan bo'lsa, olib tashlab qayta bog'lam qo'yish kerak.

Og'riqsizlantirish uchun narkotik moddalar: trimeperadin, morfin, fentanil, amnopen, va shuningdek ingalyatsion yoki noingalyatsion narkoz lozim bo'ladi.

Qayta bog'lashga bog'lamning yiring yoki qon bilan qoplanishi sabab bo'lishi mumkin. Bog'lamni uzluksiz qon bo'lishida (ikkilamchi qon ketishi), hamda yarada anaerob mikrobnining paydo bo'lishida ham yarani qayta bog'lash zarur.

Bog'lamni yechayotganda to'qimalarga zarar yetkazmaslikka harakat qilish lozim. Bog'lamni qaychi bilan uzunasiga kesish

kerak. Qotib qolgan bog'lamlarni olishdan oldin antiseptik eritmalarga bo'ktirib yoki izotonik eritma, prokain eritmasiga bo'ktirish lozim.

Bog'lamni yechib, yarani ko'zdan kechiradilar, hamda uning turini, qon ketyaptimi yoki yo'qmi, yarani holatini, yiring bormi yoki yo'qligi ko'rib, regenerativ holatlari tekshiriladi. Yaraning yiringi bo'lmasa yaraning ustiga 5 % yodning spirtli eritmasini, 1% brilliant yashilning eritmasi yoki 3-5% kaliy permanganat eritmasini dokali ro'molchaga qo'yib surtish, hamda bint bilan ustini o'rab fiksatsiya qilish lozim.

Qayta bog'lash vaqtida terining parvarishi ahamiyatli bo'lib, ayniqsa yaralarning ichak chiqindisi, meda osti bezining suyuqligi, o't suyuqligi, siydik bilan ifloslanmasligi muhim o'rin tutadi. Yuqoridagilarni yaraga tushishi uning yiringlashiga va yemirilishiga olib keladi. Fermentlarning teriga zararini kamaytirish uchun qayta bog'lash paytida fermentlarni inaktivatsiya qiluvchilardan foydalaniladi. Eritmalar bilan bog'ich shimdiriladi yoki qayta bog'lash vaqtida mikroirrigator bilan yaraga sepiladi. Tasirlangan teri 5-10% litanin eritmasi, 3-5% kaliy permanganat yoki 1% metiltioninning spirtli eritmasi bilan qayta ishlanadi.

Tayanch-harakat tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish.

Tayanch-harakat tizimi zararlangan bemorlarni asosan umumiy xirurgiya bo'limlarida davolanadi. Ushbu bemorlarni ko'p hollarda shoshilinch holda gospitalizatsiya qilinadi, bularga suyak sinishlari yoki bo'g'im chiqishi kiradi. Bu bemorlarga ko'proq gipsli bog'lamlar qo'yiladi.

Travmatologik bemorlar uchun maxsus parvarish talab etiladi. Bu bemorlarni nazorat qiluvchi xodimlar unda qaysi suyakning singanligi, patologik jarayonning dinamikasini, sinishning ochiq yoki yopiq bo'lishini, tomir va nerv oxirlarining travmadan keyingi holatini, qanaqa operatsiya o'tkazilganini va qanday og'riqsizlantirish o'tkazilganini bilishi shart.

Umurtqa sohasida yoki chanoqdagi sinishlarda bemorlar taxtali kravatlarga yotqiziladi. Kravat yuzasi sillik, g'adir-budurlarsiz bo'lishi kerak. Ishlatishdan oldin dezinfeksiya qilinadi. Taxta ustiga yupqa matras to'shalib, choyshab bilan yopiladi. Bemorlar uzoq vaqt yotoq rejimida bo'lgani sababli yotoq yaralari yuzaga kelmasligini oldini olish kerak.

Bo'yin sohasi singan bemorlarda ensa va jag'osti sohasiga mahkamlangan maxsus arqon (Glisson) orqali boshidan tortiladi. Ovqatlantirish paytida arqonning oldingi qismi ochilib, bemor chaynay olishi uchun sharoit yaratiladi.

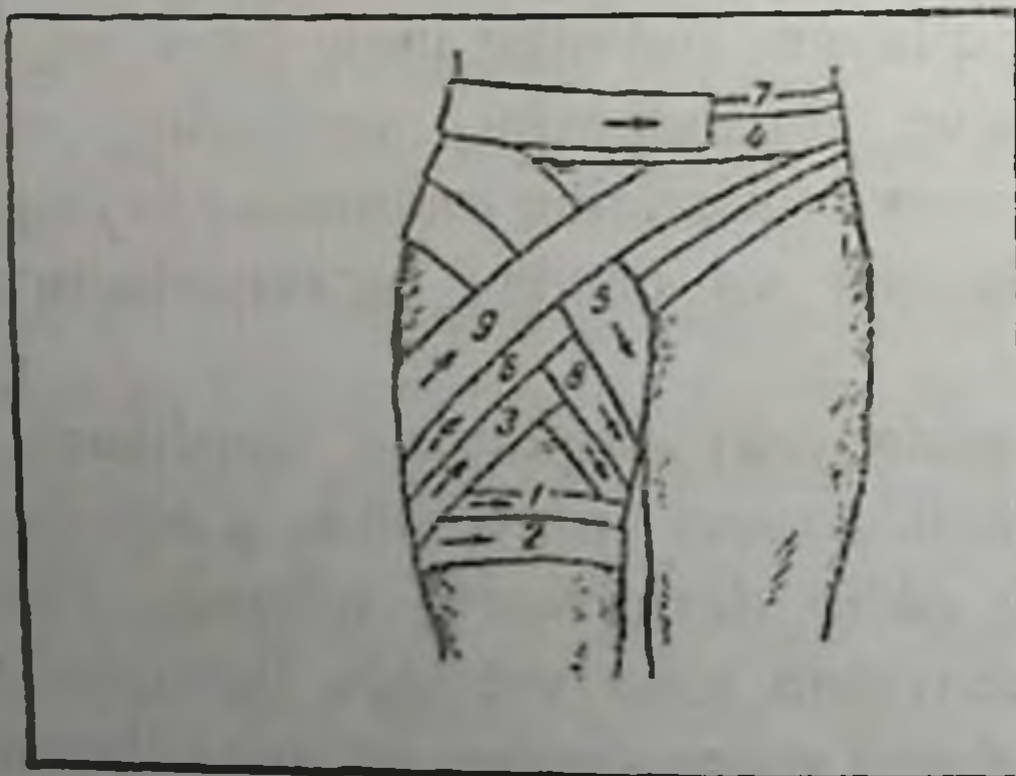
Son suyaklari singan bemorlarda skeletni cho'zish muolajasi amalga oshiriladi. Oyoqni tizza sohasidan bukib, maxsus shinaga qo'yiladi.



55-rasm. Boldir panja sohasiga qo'yiladigan 8 simon bog'lamlar

Suyak sinishlarini davolashning eng tarqalgani gipsli bog'lamlar qo'yishdir. Buning uchun, suvga aralashtirilgan gipsdan foydalaniladi, u 5-7 min qotadi. Gipsning bu xususiyatini gipsli bog'lamlar qilish uchun ishlatiladi.

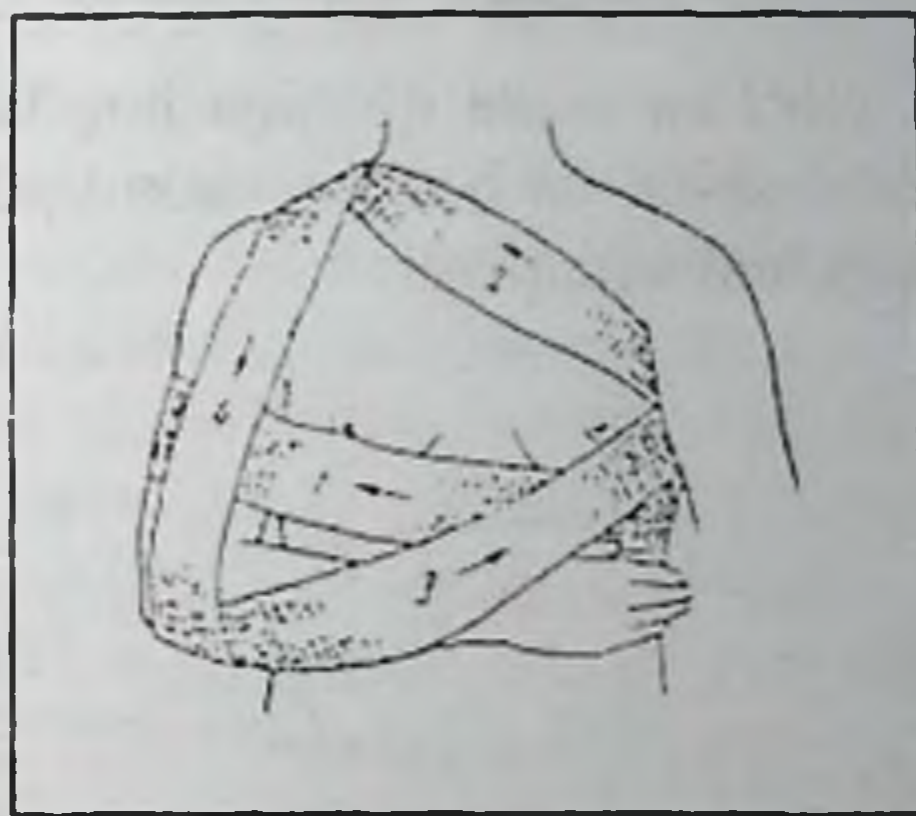
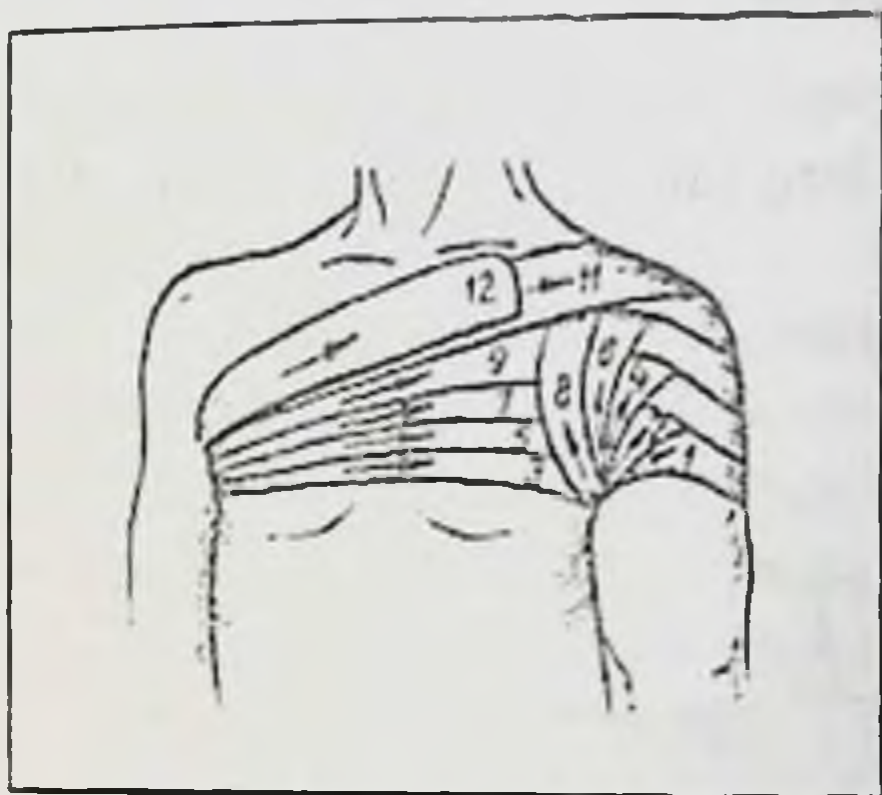
Gipsli bog'lam qo'yishda paxtali bint bilan bog'lanadi. Gipsli bog'lamlar qo'yishda uning asoratini oldini olish ahamiyatlidir. Noto'g'ri qo'yilgan gipsli bog'lam natijasida falajlanish, parez, qo'l-oyoqlarning distal sohasining to'qimasining o'lishi kuzatilishi mumkin.



56-rasm. Chanoq son sohasiga qo'yiladigan bog'lamlar

Qisib qo'yilgan bog'lam o'sha sohada yaralarning paydo bo'lishiga, to'kimaning nekrozlanishiga olib kelishi mumkin. Bunday asoratlarni oldini olish uchun bemor shikoyatlariga e'tibor berish (shu sohada og'riq borligi va b.), qo'l-oyoqlarning distal qismini ko'zdan kechirish zarur. Sohaning oqarishi, og'riqning paydo bo'lishi yoki ko'karishi bo'lsa bog'lam darrov yechiladi.

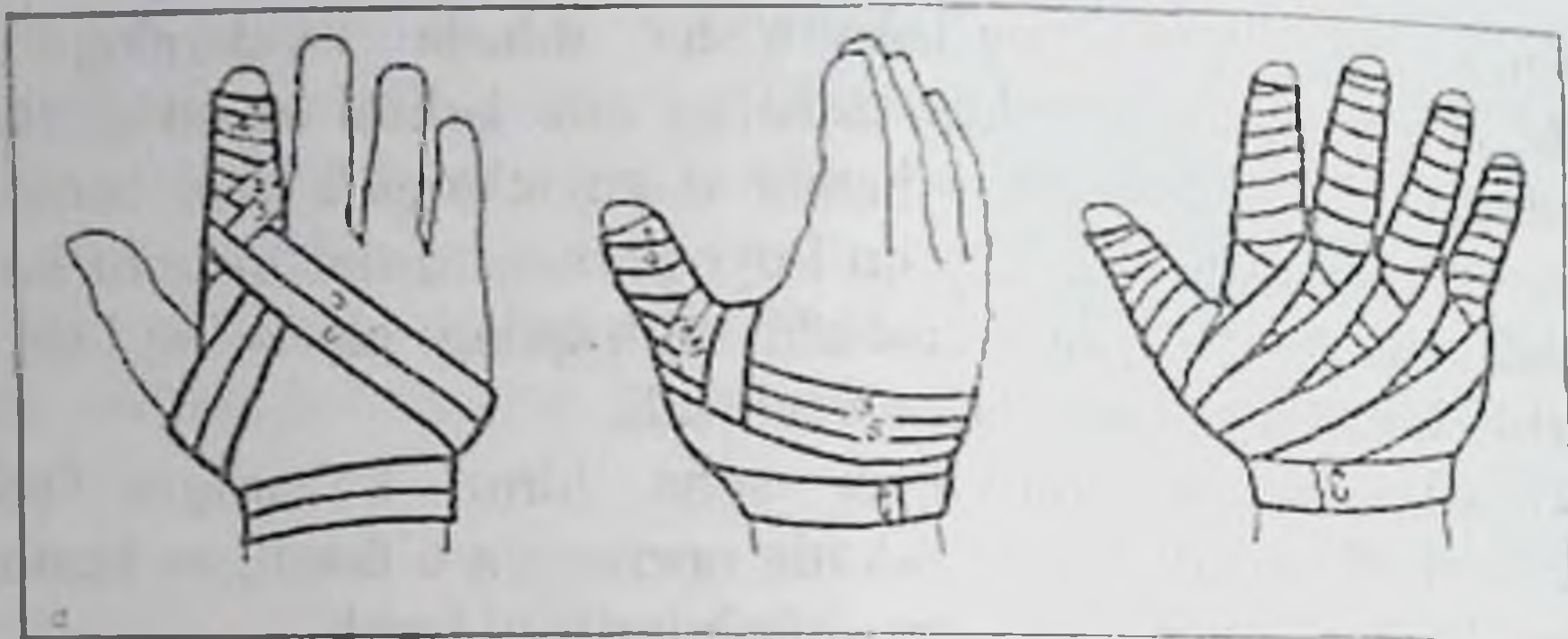
Gipsli bog'lam qo'yilgan soha biroz ko'tarilgan bo'lishi dimlanishni oldini oladi. Suyaklarda operatsiya o'tkazilgan bemorlarni gips bog'lamlari qon bo'lsa, almashtirib turilishi kerak.



57-rasm. Ko'krak va yelka bo'g'im suyagiga qo'yilgan bog'lamlar

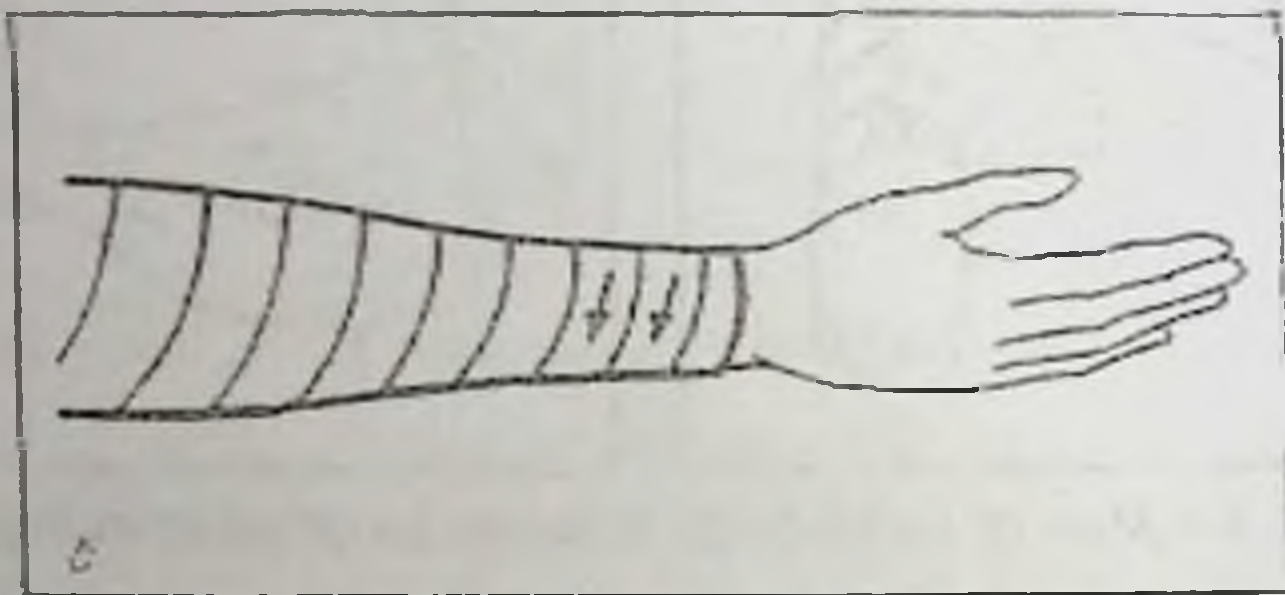
Qorin sohasiga, chanoqqa bog'lamlar qo'yish

Qorin sohasiga spiralsimon bog'lam qo'yiladi. Chanoq sohasiga halkasimon (boshosimon) prinsipiga asoslangan bog'lam qo'yiladi. Bu bog'lamni sakkiz soniga o'xshab, bo'g'imlar atrofida aylantirib bog'lanadi, bunda kesishma oraliqqa to'g'ri kelib, anal teshigi va tashqi jinsiy a'zolari yopmaydi. Boshosimon bog'lamni chov sohasi va oraliqni yopish uchun ishlatiladi. Bog'lam bintni qorin atrofida sirkulyar holda belgacha aylantirib kelinadi. Keyinchalik bint qorinning oldingi sohasidan pastga chov sohasiga bog'lanib, qarama-qarshi tomondan soni orqaga bukiladi va qorinning oldingi sohasidan boshlang'ich punktga qaytiladi. So'ng bint tananing orqa qismidan chanoqning oldingi qismiga aylantirib kelib, chov sohasigacha bog'lanadi oldingi harakat simmetrik qaytariladi. Bog'lam bel qismini sirkulyar aylantirish bilan tugatiladi.



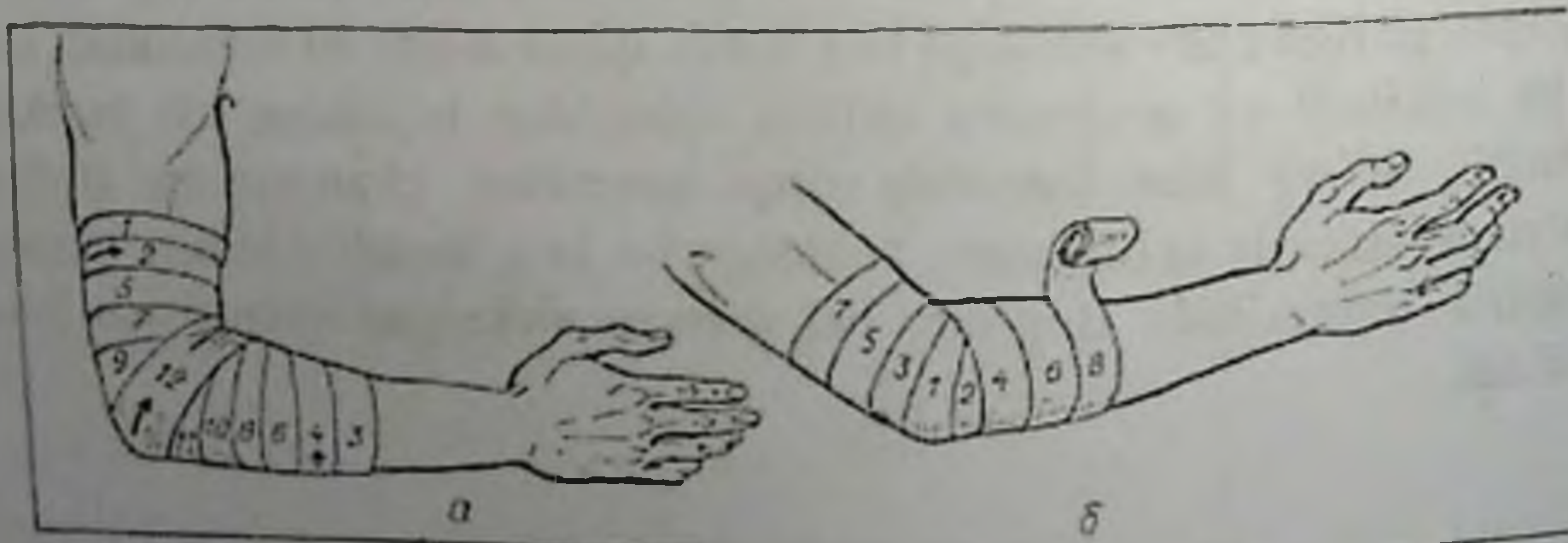
58-rasm. Qo'l panjalariga qo'yiladigan bog'lamlar

Qo'l va yelka qismiga bog'lam qo'yish. Barmoqlardagi bog'lam povertal spiral va boshoqsimon tipda bog'lanadi. Buning uchun 3-5 sm enidagi bint ishlatiladi.



59-rasm. Blak sohasiga qo'yiladigan bog'lamlar

Qaytalanma bog'lam distal falanga oxirini to'liq o'rash uchun ishlatiladi. Bintlash kaft sohasidan boshlanib, bint asosiy falangadan timoq sohasigacha aylantirib borib, barmoqning oxirigacha aylantiriladi. Unda spiralsimon shaklda asosiy falangagacha qarama-qarshi tomondan kelib, o'sha yerda tugatiladi. Spiralsimon bog'lam bilak sohasini sirkulyar shaklda bog'lashdan boshlanadi.



60-rasm. Tirsak bo'g'imiga qo'yiladigan bog'lamlar

Gipsli bog'lamlar va sifatli gisning xususiyatlari

Gips bu kalsiy sulfatning 140⁰S temperaturadagi qizitilgan moddasidir. Qizitilgandan so'ng u kichik oq kukunga aylanadi, suvga solingandan so'ng bo'tkasimon aralashma paydo bo'lib, tez qotish xususiyatiga ega. Gips havoda bo'lsa, namlikni o'ziga tortadi, buning natijasida uning xususiyati pasayadi. Buni oldini olish uchun gipsni quruq joyda germetik yopiq qutilarda saqlanadi.

Gipsning sifatini tekshirish uchun quyidagi sinamalar mavjud:

1. Gips kukunini kaftga olib qo'l musht qilinib siqiladi agar u sifatli bo'lsa musht ochilsa kukun sochiladi, agar sifati yomon gips bo'lsa, musht ochilganda, bir joyda qumoqlanib barmoq izi qoladi.

2. Bir xil miqdordagi gips va suv tarekda aralashtiriladi, hosil bo'lgan massa 5-6 sekundda qotishi kerak va barmoq bilan bosilganda sinmasligi va uning yuzasidan namlik kelib chiqmasligi kerak.

3. Gips va suvni 1:1 nisbatda aralashtirilib, sharik tarayyorlab olinadi, u 7-10 sekunddan keyin qattiqlashib qoladi. Tayyorlangan sharga bir metr balandlikdan pastga tashlanganda sinmasligi kerak.

Gips sifatini oshirish mumkin. Agar gipsli paroshokda kichik qumoqlar bo'lsa uni elakdan o'tkaziladi. Elakdan o'tkazilgan gipsni 140⁰S qizdiriladi, gipsni qotishini sekinlashtirish uchun uni sovuq suvga aralashtiriladi. Yoki unga kraxmal kleyster qo'shiladi. Qotishini tezlashtirish uchun esa uni iliq suvda (30-35⁰S) aralashtiriladi.

Gipsli bog'lam turlari va ularni tayyorlash usuli.

Quyidagi bog'lam turlari bor: sirkulyar, kesilgan, tugallangan, ko'priksimon, shinali, longetali, longeta-sirkulyar, toroko-broxial, koksitli, gonitli, korsetli, krovatchali.

Gipsli bog'lamlar gipsli bintdan tayyorlanadi. Gipsli bintlar uchun faqat gigroskopik dokalardan foydalaniladi. Stol klyonka bilan qoplanib, unga bint qo'yiladi, gips solinadi va bintga yaxshilab ishqalanadi. Bintni qo'yishdan oldin uni iliq suvga namlanadi. Gipsli bog'lamlarning fabrikada ishlab chiqarilganlari ham mavjud.

Gipsli bog'lamlarni qo'yish qoidalari

Gipsli bog'lamlarni qo'yishning bir necha xil turi bor. Zararlangan sohadan tashqari 2 ta qo'shimcha bo'g'imlar ham immobilizatsiya qilinadi. Agar gipsli bog'larga qo'shimcha doka qo'yiladigan bo'lsa, bunda gigroskopik paxtadan foydalaniladi. Bog'lam to'qimalarni

qismasligi va juda keng ham bo'lmashligi kerak. Bog'lam qo'yilgandan so'ng u magistral tomirlarni (ko'karish, shishish, sezuvchanlikni pasayishi, pulsatsiyaning buzilishi) qismaganligi tekshiriladi.

Gipsli bog'lamlarni qo'yish uchun maxsus asboblardan mavjud: intensiv stol, korset qo'yish uchun apparat, chanoq ostiga qo'yish uchun qurilma. Gipsli bog'lamlarni echish uchun arrachalar, qaychi, skalpel, shtil qisqichlar, elektr arrachalardan foydalaniladi.

Bog'lamlarni qo'yish.

Gipsli bintlarni tayyorlagandan so'ng uning biri suvga botiriladi. Gipsli bint suvga to'yingandan so'ng, uni ozroq qisiladi. Buning uchun bintni ikki oxirgi uchini ushlab, gipsli bo'tqa sizib chiqmasligi uchun bintni qo'l bilan qisiladi. Agar gips qattiq va noto'g'ri qisilsa, aralashmaning ko'p qismi suzib chiqishi mumkin. Bintlanish periferiyadan markazga tomon qilinadi. Bog'lashni bir xil qilib, kerak bo'lsa qo'shimcha sohasi kesib tashlanadi. Bog'lamni qiyshiq bo'lmashligi uchun uni tekis va tez bog'lanadi. Birinchi bint tugaguncha ikkinchi bint suvda namlangan bo'lishi kerak. Sirkulyar bog'lam qo'yish uchun bog'lam qo'yiladigan tana sohasi anatomik holat bo'yicha modellashtiriladi.

Qo'llarga va oyoqlarga 5-6 sm, son va tanaga 7-8 sm bint ishlatiladi. Gipsli bog'lamlarning oxiri to'kilmasligi uchun gipslashning oxirgi qismi kesiladi va qo'shimcha doka bilan o'raladi.

Kesmasimon bog'lamni qo'yish massaj va boshqa muolajalar o'tkazishda ishlatiladi. Buning uchun sirkulyar bog'lamni qo'yib, so'ng ikkita qarama-qarshi tomondan kesiladi.

Tugallangan bog'lam. Jarohat sohasida bog'lam qo'yilgandan so'ng darcha ochiladi. Bunday gipsli bog'lam uning qattiqligi saqlanishda va kerakli paytda jarroxat xolatiga qarab almashtirib turiladi.

Ko'priksimon bog'lamni tananing barcha parametrlarini o'lchab qo'yish kerak bo'lganda ishlatiladi. Buning uchun sirkulyar bog'lamni tana sohasining yuqori va pastgi qismiga qo'yiladi. Gipslangan sohani metall yoki temirdan bo'lgan ko'prikchalar bilan birlashtiriladi, ular gipsli bint bilan yopiladi.

Longentali bog'lam - immobilizatsiya uchun longentali fiksatsiyaning o'zi etarli bo'lganda (sirkulyar bog'lamning yarmi) yoki sirkulyar bintli va gipsli bog'lamlarni mustaxkamlash uchun ishlatiladi. Longetalarni gipsli bint quyilguncha tayyorlanadi.

Maxsus shinali gipsli bog'lamlar

Shinali gipsli bog'lamlarni shakli bukilgan kartondan yasaladi va gipsli bint (volkovich shinasi) bilan o'raladi. Ushbu bog'lamni tananing kerakli joyiga qo'yib, bint bilan fiksatsiya qilinadi.

Longet- sirkulyar bog'lam. Bu holatda gips sinishi kuzatilishi mumkin bo'lgan tana sohasiga sirkulyar gipsli bog'lam bilan longetani fiksatsiya qilinadi(masalan bo'g'im sohasida).

Toroko-bronxial bog'lamni yelka suyagi va yelka bo'g'imlarining jarohatlarida ishlatiladi. Ko'p hollarda uni longet-sirkulyar prinsipi bo'yicha qo'yiladi. Bunda ko'krak qafasi va jarohatlangan soha tanadan o'tkazib gipslanadi va tirsak bo'g'imidan bukiladi.

Koksit bog'lam son suyagi singanda yoki qo'l - bo'g'im jarohatlanganda ishlatiladi.

Ekstenziv stolga chanoq-son bug'imi va sonning orqa yuzasi longeta bilan mustahkamlanadi. Gipsli bint sirkulyar bog'lov bilan tovon boldir, son bo'g'imi, qorin va ko'krak qafasi o'rab boriladi.

Gonitli bog'lamni boldir va tizza bo'g'imi jarohatlanganda ishlatiladi. Xuddi koksitli bog'lam qo'ygandek bajarilib, faqat yuqori qismi kindikgacha boradi.

Gipsli korset umurtqa pog'onasining kasalliklari va jarohatlarida ishlatiladi. Korset eni 15 sm bo'lgan sirkulyar gipsli bintlardan tayyorlanadi. Jarroxatning lokalizatsiyasiga asoslanib korsetning uzunligi o'zgaruvchan bo'ladi.

Gipsli karovatchalarga sil va umurtqa pog'onasini deformatsiyasi ko'rsatma hisoblanadi. Uning umurtqa pog'onasi jarohatlarida transportirovka qilishda foydalaniladi. Bemor qorin sohasi bilan yotadi. Gipsli kravotlar enli bintlar yoki alohida qismli gipslangan dokalardan tayyorlanadi. Tana bo'yicha aniq modellashtiriladi. Gips qotgandan so'ng kravotcha yechilib, chekkasi kesiladi. Kravotcha 1-2 kun quritiladi va bemorni unga joylashtiriladi.

Qanday gipsli bog'lam qo'yilganidan qat'iy nazar u o'z funksiyasini bajargandan so'ng yechiladi. Qo'yilgan gipsni yechish qiyinchilik tug'diradi. Bog'lamni yumshatish uchun uni issiq suvga namlab, natriy xlorid eritmasiga ho'llaniladi. Bog'lamni namlamasdan ham yechish mumkin, buning uchun maxsus arralar, qaychilar, elektron arralardan foydalaniladi.

Yaralar

Yara (vulnus) – teri, shilliq pardalar va chuqur qatlamlardagi to'qimalar, ichki a'zolarining bir vaqtda teri qoplamasi bilan birga mexanik jarohati hisoblanadi.

Yaralarning tasnifi.

I. Jarohatga olib keluvchi sabablari bo'yicha: kesilgan (vulnus incisum), sanchilgan (vulnus punctum), chopilgan (vulnus caesum), latlangan (vulnus contusum), ezilgan (vulnus conguassatum), yirtilgan (vulnus lateratum), tishlangan (vulnus morsum), o'q bilan otilgan (vulnus sclopetarium), zaharlangan (vulnus venenatum), aralash (vulnus mixtum).

II. Yaralarga mikroblarning tushishi bilan: a) aseptik yaralar (operatsion yaralar); b) ifloslangan: yiringli yaralar.

III. Tanadagi bo'shliqlarga nisbatan: a) bo'shliqlarga kiruvchi (qorin, ko'krak, kalla, bo'g'im); b) bo'shliqlarga kirmaydigan yaralar.

IV. Ta'sir qiluvchi omillar bo'yicha: mexanik, radiaktiv moddalarning ta'siri, har xil infeksiyalar, zaharlovchi moddalar; kuyish, sovuq urish.

Yaralarning asoratlari;

1. Erta asoratlari (shok, qon oqishlar, o'tkir qon yo'qotishlar, anemiya)

2. Kech yuzaga chiqadigan – yaralarning yiringlashi, ikkilamchi qon oqishlar, sepsis, qoqshol, gazli gangrena.

Yaralarning patogenezida fiziko-kimyoviy va bioximik o'zgarishlar yotadi. Yaralarda bo'ladigan biologik holatlarning asosida hujayralarning o'limi, oqsillarning parchalanishi, anaerob glikolizning aerob glikoliz ustidan baland bo'lishi bilan biologik aktiv moddalarning (gistamin, serotonin, kininlar) yig'ilib qolishi natijasida mikrosirkulyatsiyasining buzilishi bo'lib, yaraga kislorodning tushishi kamayadi. Natijada toksik moddalarning ko'payishiga va to'qimalarda parchalanish, modda almashinuvi buzilishiga hamda mikroblarning o'limiga olib keladi.

Anaerob glikoliz paytida sut va pirovinograd kislotasining hosil bo'lishi kuchayadi, mikrosirkulyatsiya buzilib, yara sohasida kislota-asos holati buziladi. Yallig'lanishning boshlanish davrida kompensatsiyalangan atsidoz paydo bo'ladi. Keyinchalik pH ning pasayib ketishi bilan dekompensatsiyalashgan atsidoz yuzaga chiqadi.

Qo'shuvchi to'qimada pH normada 7,1, yiringli yaralarda pH- 6,0-6,5, hatto 5,4 ga tushishi mumkin.

Atsidoz yarada ekssudativ o'zgarishlarga olib keladi, kapillyarlarda o'tkazuvchanlik kuchayadi va pH kislotali tomonga siljiydi. Yiringli yallig'lanishlarda yarada elektrolitlar tarkibi o'zgaradi. Hujayralarda parchalanishi sababli kaliy miqdori ortadi, hatto 50-100 marta oshib, kaliy va kaltsiy muvozanati o'zgarib, atsidoz rivojlanadi. Bunday holatlarda ya'ni hujayralarning yemirilishi natijasida ikkilamchi nekroz paydo bo'ladi.

Yaralarning holati bo'yicha quyidagicha bosqichlarga bo'linadi:

I. Yallig'lanish; alteratsiya, ekssudatsiya, nekroliz holatlarini birlashtirgan holda yaralarning nekrotik to'qimlardan tozalanishi.

II. Proliferatsiya fazasi bo'lib, granulatsion to'qimaning hosil bo'lishi va uning yetilishi.

III. Bitish fazasi- chandiqli to'qimaning yetilishi va yaraning epitelizatsiya bo'lishi.

Yaraning yallig'lanishida oqsillar almashinuvida ancha o'zgarishlar bo'ladi. Yaraning yallig'langan holatida katabolik fazaning anabolik fazadan ustun kelishi, regeneratsiya paytida anabolik holat ustun keladi.

Katabolik fazada birlamchi va ikkilamchi to'qimalar nekrozi, fagotsitoz, faol protealiz, yarada oqsillar parchalanishi natijasida hosil bo'ladigan polipeptidlar, nukleoproteidlar yig'ilib qoladi.

Anabolik fazada oqsillar sintezi uning parchalanishidan ustun bo'ladi, yarada ko'p sonli aminokislotalar yig'ilib qoladi (tirozin, leytsin, arginin, gistidin, lizin, prolin).

Reparativ regeneratsiya – biologik holat bo'lib, buning asosida to'qimalarning (a'zolarining) tiklanishi yotadi. Buning asosini fiziologik holat tashkil qiladi va to'qimalarning tiklanish qobiliyatini aniqlaydi.

Organizmning travmaga reaksiyasi natijasida hosil bo'ladigan yarali holat ketma-ket bosqichli holatda o'tadi va anatomik, patogistologik, bioximik, klinik alohida xususiyatlarga ega bo'ladi. Yaradagi o'zgarishlar asosan ikkita komponent ta'sirida yuzaga chiqadi: 1. To'g'ridan to'g'ri to'qimalarga ta'sir qiluvchi agent; 2. Bilvosida ta'sir qiluvchi agent hisoblanadi.

Yaraning birinchi fazasi tavmadan keyin paydo bo'lib, nekrotik to'qimalarning erishi, ularning bartaraf bo'lishi va yaraning tuzalishi

bilan boshlanadi. Yaraning o'lgan to'qimalardan tozalanishida uning birinchi fazasida mikroorganizmlarning ham ahamiyati katta. Mikroorganizmlar proteolitik fermentlar ishlab chiqib ular o'lgan to'qimalardan yarani tozalashda muhim rol o'ynaydi. Ammo yaralarning patogen mikroblar bilan ifloslanishi yarani tuzalish jarayoniga manfiy ta'sir qiladi.

Ikkinchi fazasi travmadan keyingi 2-3 kundan boshlanadi. Bunda birinchi fazadan ikkinchi fazaga o'tishida aniq chegara yo'q. Proliferatsiya protsesining boshlanishida asoson kapillyarlar endoteliysi va fibroblastlar muhim rol o'ynaydi. Granulyatsion to'qima kapillyarlar, mayda qon tomirlari, har xil hujayra elementlaridan tashkil topgan.

Uchinchi fazasi – chandiqlanish va yaraning epitelizatsiyasi 2-4 xaftadan keyin boshlanadi.

Yarning birlamchi bitishi qirralari to'g'ri va ular bir-biri bilan yaqin kelib turgan holda (kesilgan yalar) yoki ular choklar qo'yilganda tezroq bitishi hisoblanadi. Yaralarning ikkilamchi bitishi uning qirralari to'g'ri kelmasa, ular orasidagi masofa katta bo'lsa (1sm dan ko'p), ularni bir-biriga yaqinlashishi imkoni bo'lmaganda paydo bo'ladi.

Yaralarga birlamchi ishlov berish

Ifloslangan yaralarning asosiy davolash birlamchi xirurgik ishlov hisoblanadi. Uning asosiy maqsadi jarohatlangan, ifloslangan to'qimalarni olib tashlash va yarada infeksiyaning rivojlanishini to'xtatishdir. Birlamchi xirurgik ishlov quyidagi 3 guruhga bo'linadi: 1. Erta o'tkaziladigan – travmadan keyin birinchi sutka davomida o'tkaziladigan ishlov; 2. Kechiktirilgan xirurgik ishlov – 48 soat ichida; 3. Kech o'tkaziladigan xirurgik ishlov – 48 soatdan keyin o'tkaziladi.

Birlamchi xirurgik ishlov bir bosqichli va radikal holda o'tkazilishi kerak va o'lgan to'qimalarni batamom olib tashlanishi kerak. Birlamchi xirurgik ishlov – yarani kengaytirish, uning qirralarini sog'lom to'qima sathida to tubigacha kesib olish va anatomik tuzilishini tiklashdan iborat. Undan tashqari yaradagi har xil yot jismlar, o'q parchalari, singan suyaklarning erkin yotgan parchalari batamom olinishi kerak. Birlamchi xirurgik ishlovning tamom bo'lish etapida anatomik tuzilishini tiklash maqsadida birlamchi choklar qo'yiladi. Birlamchi choklar tarvaman keyin birinchi sutka ichida qo'yiladi. Ulug' Vatan urushi yillarida (1941-1945 yillar) yaradagi infeksiyon asoratning rivojlanish xavfi baland bo'lganligi va birlamchi xirurgik ishlov to'liq hajmda

bo'lmaganligi sababli birlamchi choklar qo'yishni man qilgan edilar. Asosan birlamchi kechiktirilgan yoki provizor choklar va ayrim holatlarda umuman choklar qo'ymaslik qoidasi taklif qilingan edi. Ana shunday taktik holatlar birlamchi xirurgik ishlovdan keyin tinchlik paytida ham qo'llanilmoqda. Birlamchi xirurgik ishlovning yakuniy etapida kechiktirilgan yoki ikkilamchi choklar qo'yilmoqda. Ikkilamchi choklarning qo'yilish muddati bir necha kundan to bir necha oygacha qo'yilishi mumkin.

Erta ikkilamchi choklar granulyatsiyalangan yaralarga 8 kundan to 15 kungacha qo'yiladi. Bunda yara qirralari harakatchan bo'lib, uning qirralarini kesishga hojat yo'q. Ikkilamchi kech qo'yiladigan choklar 2 haftadan keyin, ya'ni yara qirralari chandiqlangan bo'ladi. Yaralar qirralarini yaqinlashtirish uchun ular chandiqlangan to'qima bilan birga kesib olinadi va chok qo'yiladi. Bordiyu teridagi deffekt katta bo'lsa, bunday holatlarda terini ko'chirib o'tkazish opertasiyasi qilinadi.

Suyaklar sinishi

Suyak sinishi – ko'p uchraydigan shikastlar turiga kiradi va mexanik ta'sir hamda patologik o'zgarishlar natijasida suyaklar butunligining noto'liq yoki to'liq buzilishi bilan ifodalanadi. Har bir sinishda suyaklarning katta – kichikligidan qat'iy nazar, atrofdagi yumshoq to'qimalarga ham jarohat ta'sir qiladi va og'ir oqibatlariga olib keladi.

Suyak sinishlari klassifikatsiyasi.

Kelib chiqish sababiga ko'ra:

A) tug'ma – kam uchraydi, asosan ona qornida ruyobga kelib, hamisha skelet muskulaturasining yomon rivojlanishidan paydo bo'ladi. Ko'pincha irsiy buzilishlar sabab bo'lib, ko'p suyaklar singan bo'ladi.

B) orttirilgan – tug'ruq paytida, hayot mobaynida ruyobga kelgan sinishlardir.

Paydo bo'lish sababiga ko'ra: egilgan, buralgan (rotatsiya), to'g'ri urilgan, qisilgan (kompression), uzilgan. Bundan tashqari travmatik va patologik sinishlarga bo'linadi. Patologik sinishlarning sabablariga: suyakning har xil kasalliklari – osteomielit, o'smalar, siringomieliya, qon kasalliklari, irsiy kasalliklar, asab tizimi kasalliklari kiradi. Shuningdek modda almashinuvlari buzilishi sabab bo'ladi. Shikastlanish bu hollarda ikkilamchi bo'lib bemor to'satdan burilganda.

o`rnidan turganda yoki karovatda yotganda ham o`z -o`zidan ro`yobga kelishi mumkin. Ta`sir qilingan joyda suyak sinishi mavjud bo`lsa unda bevosita sinish deyiladi. Ba`zida ta`sir qilingan joydan uzoqroq sohasida sinish paydo bo`lsa u bilvosita sinish deyiladi.

Tashqi muhitga nisbatan: sinishlar ochiq va yopiq bo`ladi.

Yopiq sinish deb teri butunligi buzilmagan holda ro`y beruvchi suyak va atrofidagi to`qimalarning shikastlanishiga aytiladi. Ochiq sinishlarga jarohat hosil bo`lgan, teri butunligi buzilgan holda ro`y beruvchi shikastlar kiradi.

Teri butunligi travma keltirib chiqaruvchi agent ta`sirida yoki singan suyaklar bo`lakchalari bilan buzilishi mumkin. Ochiq sinishlar asoratli sinishlarga kiradi.

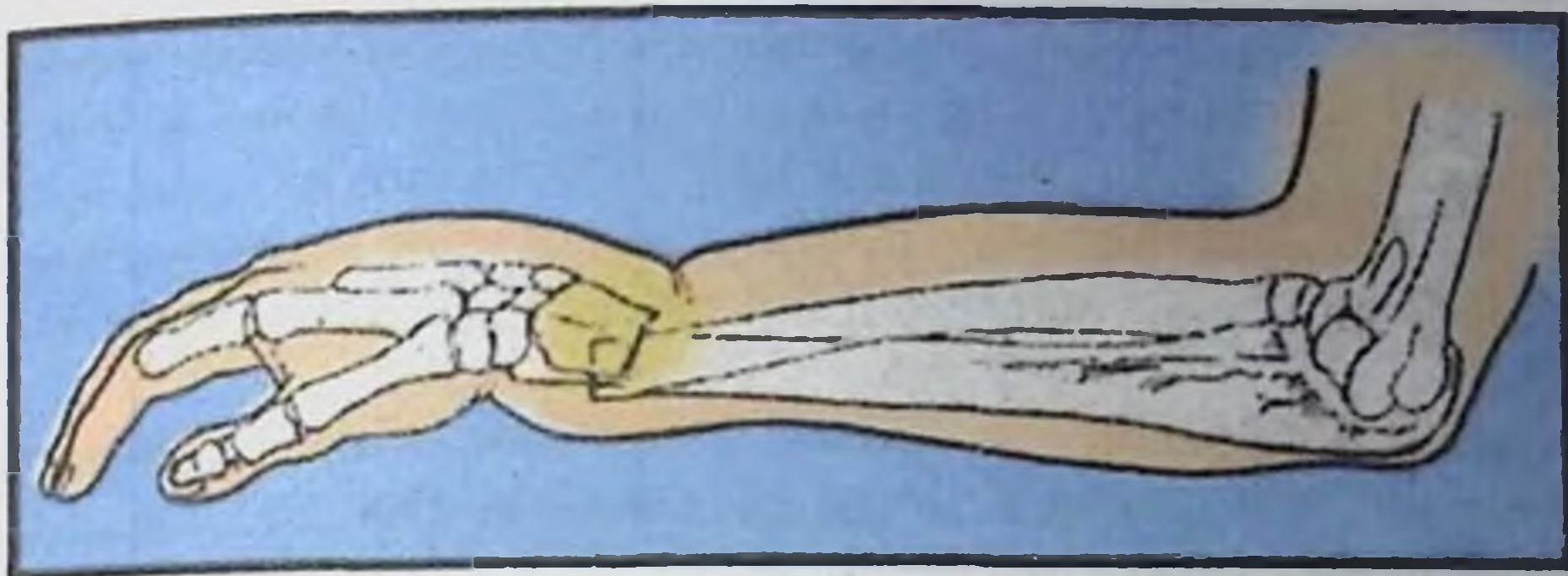
Shikastlanish darajasiga qarab: sinishlar to`la, to`la bo`lmagan va suyak yorilishlariga bo`linadi. Suyakning to`la sinishida suyak butunligi to`liq buziladi. To`la bo`lmagan sinishda suyakning bir qismigina zararlanadi. Suyak yorilganda qismlarga ajralmagan zararlanish ro`yobga keladi. To`la bo`lmagan sinishlarga masalan: ko`pincha bolalarda uchrovchi subperiostal sinishlar kiradi, unda suyak singan bo`lsada suyak pardasi yirtilmay ("yashil novda" tipidagi sinish) butunligicha qoladi. Kalla suyagi asosining sinishi, kalla suyagi qopqog`i va ichki plastinkasini sinishi ham farq qiladi.

Naysimon suyaklarning sinish sohasiga qarab: epifizar, metafizar va diafizar sinishlarga bo`linadi.

Metafizar sinishlarda suyakning (g`alvirak) metafiz qismi zararlanadi, bu holda suyakning periferik va markaziy qismi bir biriga ilinib yoki jiplanib qolishi kuzatiladi (jiplashgan yoki qoqilgan sinish). Bunday suyak sinishlarda ko`pchilik sinishlarga xarakterli bo`lgan g`ayritabiiy harakatlar, suyaklar krepitatsiyasi, paypaslab ko`rilganda siljib ketgan suyakning singan qismlarini aniqlab bo`lmaydi.

Epifizar sinish: Agar sinish chizig`i bo`g`imga kirsam bo`g`im ichi (intrarikulyar) sinishi deyiladi. Balog`atga yetmagan yoshlarda har xil shikastlanishlar ta`sirida epifiz uzilishi - epifizioliz vujudga kelishi mumkin.

Epifizar sinishda ko`pincha bo`g`imga yaqin qismining chiqishi bilan kuzatiladi.



61-rasm. Bilak suyaklarining tipik joyidan sinishi.

Sinish yo`nalishiga qarab: Ko`ndalang-bukilishdan, ko`ndalang o`qi bo`ylab qisilishdan, uzunasiga, qiyshiq, vintsimon va parchalangan, teshilgan(o`q tegishidan), kompression(bosimli siqilish natijasida)suyak sinishlari ajratiladi.

Sinish bo`lakchalari soniga ko`ra:

Sinishlarda bitta suyakning yoki bir necha suyaklarning ko`p joyidan zararlanishi mumkin. Shuni hisobga olib: yagona sinish, ko`p sonli, parchalanib sinishlar, har xil suyaklarning sinishlari bo`ladi.



62-rasm. Tos suyagining ko`p sonli sinishlari

Asoratlarga qarab: Suyak sinishlari oddiy, asoratli, murakkab va kombinatsiyalangan bo`ladi.

Asoratli sinishda ezilgan va urilgan zararlanishlar bo`lib, suyak siniqlari bilan qon tomirlari, nerv tolalari shikastlanadi, siniqlar orasida yumshoq to`qimalarning kirib qolishi- interpozitsiya xili, ko`pgina organlarning zararlanishi (tos suyagi singanda siydik yo`lining shikastlanishi), yaqinidan bo`g`im chiqishi, ochiq sinishlarda

infeksiyaning rivojlanishi; kombinatsiyalashgan sinishlarda, masalan, son suyagi sinishining kuyish bilan uchrashi; murakkab sinishlarda esa baravariga zararlanish organizmining, a'zo va ayrim qismlarining (zararlanishi) shikastlanishi, masalan, boldir suyaklarining sinishi, parenximatoz organlarining yorilishi- taloq, jigar (politravma) misol bo`la oladi.

Uzun naysimon suyaklar sinishlarida ular uchlarining siljishiga(dislokatsiya) asosan quyidagi turlarga bo`linadi.

Uzunasiga siljishi (dislocatio ad longitudinem); 2. Yon tomonga siljishi (dislocatio ad latum); 3. Burchak hosil qilib siljishi (dislocatio ad axin); 4. Siniq qismlarning o`z o`qi atrofida aylanishi natijasida kelib chiquvchi o`z o`qida aylanishi (rotatsion siljish) yoki periferik siljishlar (dislocatio ad periferian) deyiladi.

Odatda uzunasiga siljish mushaklarning reflektor qisqarishi natijasida bir-biriga nisbatan siljiydi. Mushaklar va paylarning uzilishi natijasida singan parchalar bir-biridan uzoqlashadi. Naysimon uzun suyaklar bo`g`im yaqinida sinadigan bo`lsa, qoqilgan sinishlar kuzatiladi, ularda suyak parchalari kam siljiydi.

Bundan tashqari siljishlar bo`ladi: Birlamchi-sinish paytidagi siljish; Ikkilamchi-sinishdan keyingi mushaklar qisqarishi va suyak bo`laklarini tortib ketishi natijasidagi siljish; Uchlamchi- bemorni transportirovkasida ro`y beradigan siljishlar (transport shinalariniqo`yishdagi xatoliklar va x.) lar bo`ladi.

Suyaklarning sinishidan keyingi patologoanotomik o`zgarizlar uch bosqichda hosil bo`lishi mumkin.

1. Shikastlanish ta'siridagi zararlanishlar.
2. Suyaqqavarig'i hosil bo`lishi.
3. Suyak tarkibining qayta tashkil topishi.

Shikastlanganda suyak singan joyga qon quyiladi, biriktiruvchi to`qima hujayralari o`ladi. Keyinchalik shish va aseptik yallig`lanish paydo bo`ladi. Leykotsitlarda migratsiya, yallig`lanish infiltratsiyasi va ekssudatsiyasi ro`yobga keladi. Og`ir aseptik yallig`lanishda epidermis ostiga ekssudat yig`ilib seroz va qon aralash pufakchalar hosil bo`ladi. Zararlangan hujayra va to`qimalar asta-sekin so`rila boshlaydi. Shu bilan birga mezenximal hujayralar ko`payadi, so`ngra suyak qavarig'i asosini tashkil qiluvchi osteoblastlar soni oshadi. Sinishning birinchi kunidayoq regeneratsiya jarayoni boshlanadi. Suyak parchalarini biriktiruvchi birlamchi suyak qavarig'i birinchi uch hafta davomida paydo bo`ladi.

Suyak qavarig'ini 4 manba tashkil qiladi: periostal, endostal, intermedial va paraossal suyak qavarig'i.

Bularning ichida eng kuchlisi suyak qavarig'ining periostal qavati hisoblanadi, chunki u suyak usti pardasining hosil bo'lib, bu parda tez regeneratsiya qilish kuchigi ega. Endostal yoki ichki qavat endost hamda suyak iligidan tashkil topadi, bu qavat uncha kuchli bo'lmaydi. Intermedial yoki oraliq qavatning taraqqiyoti Gavers kanalchalari hujayralari elementlaridan tashkil topadi va suyak siniqlari qanchalik yaxshi fiksatsiya qilingan bo'lsa, suyak qavarig'ining bu qavati shunchalik kam rivojlangan bo'ladi. Qavariqning paraossal qavati singan joy atrofidagi yumshoq to'qimalar nechog'lik ko'p zararlangan bo'lsa, shuncha ko'proq ifodalangan. Periostal va endostal suyak qavarig'ining faoliyati jipslangan suyak siniqlarini qotirish, intermedial qavati esa ularning bitishidir.

Suyak qavarig'ining tashkil topishida birlamchi gematomaning ahamiyati katta. Chunki oqqan qon suyak siniqlari orasida, suyak kanali ichida, atrofdagi yumshoq to'qimalarda, suyak ustki pardasi atrofida bo'ladi. Qavariq hosil bo'lishining boshlang'ich fazasi gematoma rezorbsiyasiga va boshqalariga bog'liq. Suyuq qon ivib, fibrinli to'r hosil qiladi. Qonning so'rilishi bilan qon va limfa tomirlari endoteliysidan, endost, Gavers kanalchalaridan, periostdan suyak qavarig'ining shilliq bosqichi ruyobga keladi, mezenximal hujayralar, fibroblastlar ko'payadi, osteoblastlar paydo bo'la boshlaydi.

Suyak siniqlari orasini yosh hujayralar to'ldira boshlaydi, ular atrof to'qimalariga ham tarqaladi- suyak qavarig'ining granulyatsion bosqichi ro'yobga keladi. Bu to'qima kapillyarga juda boy bo'ladi. 2-3 hafta ichida biriktiruvchi to'qimadan tashkil topgan birlamchi suyak qavarig'i hosil bo'ladi, shuning uchun uni vaqtinchalik yoki biriktiruvchi to'qimali suyak qavarig'i deyiladi, u unchalik qattiq bo'lmaydi, suyak siniqlarini bir-biridan siljitsa bo'ladi.

Keyinchalik 2-3 haftada birlamchi qavariq mustahkamlashadi, suyaksimon (osteoid) yoki tog'aysimon bo'lib qoladi. Kollagen tolalariga kristallarning cho'kishi natijasida osteoid to'qima paydo bo'ladi. Osteoblastlar osteotsitlar ta'sirida qisman yo'qoladi va atrofiyaga uchraydi. Shunday qilib birlamchi suyak qavarig'ining hosil bo'lishiga 4-6 hafta ketadi.

Suyak siniqlari yaxshi jipslashtirilganda /repozitsiya/ va ko'ngildagidek immobilizatsiya qilinganda suyak qavarig'i osteoid

to'qimalaridan paydo bo'ladi, yomon repozitsiyada va immobilizatsiyada ko'pincha tog'ay hosil bo'ladi: tog'ay suyak qavarig'inning har qaysi qavatida ham paydo bo'lishi mumkin. Keyinchalik gialinli yoki tolali tog'ay suyakka aylanadi. Osteoid to'qimalariga kalsiy tuzlarining chiqishi tezlashadi, yani suyaklanish jarayoni boshlanadi va suyak plastinkalari hosil bo'ladi, bu ikkilamchi-provizor suyak qavarig'i deyiladi. So'ngra qon tomirlari yo'li bo'yicha Gavers kanalchalari yuzaga keladi, nerv tolalari o'sib kiradi. Bu holda ikkilamchi, doimiy, ossal suyak qavarig'i deyiladi. Bu yangi suyakning strukturasi normal suyakdan obdon farq qiladi. Ikkilamchi suyak qavarig'i 5-6 hafta davom etadi. Singan joyda g'ayritabiiy harakat yo'qoladi, klinik belgilariga asosan suyak bitadi, ammo uning arxitektonikasi, funksiyasi qayta tiklangan bo'lsada bu jarayon bir necha yilgacha davom etadi. Shuningdek, suyakning ichki kanali iligi ham asta-sekin tiklana boshlaydi. Sog'lom kishilarda sinishlar tez bitadi. Suyak qavarig'i tez paydo bo'ladi, mustahkamlanadi.

Siniqlarning sekin bitishiga to'qimalarning keng zararlanishi, qon va nervlar bilan taminlanishi, suyak usti pardasidagi nuqson, infeksiya, repozitsiya va immobilizatsiyadagi xatolar sabab bo'ladi. Sinishning bitishida qo'shimcha kasalliklar, shikastlanganning yoshi ham katta rol o'ynaydi. Suyak regeneratsiyasining bitishi yomonlashganda birlamchi suyak qavarig'i suyakka emas, tog'ayga aylanishi mumkin, yoki qavariqning o'sishi biriktiruvchi to'qimada qolib ketishi mumkin, unda psevdartroz- soxta bo'g'im hosil bo'ladi, uni davolash uchun operatsiya qilish lozim.

Suyaklar sinishida yuzaga chiqadigan klinik belgilari



63-rasm. Katta boldir suyagining yuqorigi uchligidan yopiq sinishi

Klinik belgilari ehtimolli (og'riq, paypaslaganda shish, faoliyatining buzilishi), ishonchli (deformatsiya, a'zoning patologik holati, patologik harakatchanlik, suyak siniqlarining krepitatsiyasi), mahalliy va umumiy bo'ladi.

Umumiy belgilardan ko'pincha travmatik shok, zararlangan to'qimalarning yemirilishi natijasida organizmda zaharlanish belgilari ro'yobga kelish mumkin. Ularning tasiri hayotiy a'zolar funksiyasiga salbiy ta'sir qiladi.

Mahalliy belgilari aniq bo'lganligi uchun diagnoz qo'yish tezlashadi. Ular quyidagilar: og'riq, deformatsiya, a'zo faoliyatining buzilishi, singan joyda qo'shimcha harakat paydo bo'lishi mumkin, qo'l-oyoqning qisqarishi yoki uzayishi, qon quyilishi va singan suyaklar sohasida krepitatsiya hosil bo'lishi aniq belgilarga kiradi.

Og'riq - shikastlanish paytida yuz berib, uning kuchi va davom etishi suyak parchalarining dislokatsiyasiga, suyak usti pardasi, nervi va boshqa yumshoq to'qimalarning zararlanishiga, gematomaning hajmiga bog'liqdir. Xarakat qilinganda og'riq kuchayadi, osoyishtalikda og'riq kamayishi va butunlay bo'lmasligi mumkin. Sinishga shubha bo'lganda qo'l-oyoq suyaklarini uzunasiga tekshirib ko'rish kerak. Paypaslaganda singan joyda kuchli og'riq bo'ladi, shuningdek, og'riqni har xil qo'shimcha harakatlari ham oshiradi. Bilvosita og'riq ham mavjud, masalan, qovurg'a singanda ko'krak qafasi bosilsa, og'riq bosilgan joyda emas, balki qovurg'a singan joyda, tovonga urilganda og'riqning boldir suyagining singan joyida bo'lishidir.

Deformatsiya - singan joy shaklining o'zgarishi - suyak siniqlarining o'z joyidan siljishi natijasida ro'yobga keladi. Deformatsiya singan suyaklarni hisobga olgandahar xil bo'ladi va aktiv, passiv xarakatda o'zgaradi. Uni zararlangan sohani yoki qo'l-oyoqni sog'lom qo'l-oyoq bilan taqqoslab ko'rilganda aniqlash mumkin.

Funksiyaning buzilishi hamma sinishlar uchun xos bo'lib, ayniqsa uzun naysimon sinishlarda esa funksiya buzilishi kamroq seziladi. Oyoq yoki qo'lni qimirlatishga urinishning o'ziyoq kuchli og'riq va g'ayritabiiy harakatlari paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

G'ayritabiiy xarakat -sinishning to'g'ridan - to'g'ri belgisi bo'ladi, uzun naysimon suyaklarda aniq namoyon bo'ladi, ayniqsa yelka, son suyaklari singanda, kalta suyaklar singanda yuqoridagi harakat kam seziladi.

Qo'l – oyoqning qisqarishi mushaklarning spastik qisqarishi natijasida, suyak sinib uzunasiga siljiganda yuzaga keladi. Qoqilgan sinishlarda singan sohaning qisqarishi unchalik sezilmaydi. Absolyut kaltalanganligini bilish uchun singan va sog'lom qo'l - oyoqlarni santimetrli tasma /lenta/ bilan o'lchab aniqlanadi.

Yelka suyagining normal chizig'ining anatomik uzunligini bilish uchun yelka suyagining katta bo'rtmachasidan toki tashqi tirsakgacha, bilak-yelka suyagining bigizsimon o'siqchasigacha, sonni-son suyagining katta kustidan- tizza bo'g'imining yoriqchasidan tashqi to'piqqacha o'lchanadi. Segment bo'yicha sog'lom va shikastlangan qo'l-oyoq normal chizig'ining uzunasiga o'lchanishi anatomik kaltalanishni yoki uzunligini bildiradi. Nisbatan (funksional) uzunlikni aniqlashda kurakning yelka o'smasidan to oyoqning III barmog'igacha o'tkazilgan to'g'ri chiziqdan, oyoqni esa yonbosh suyakning oldingi yuqori burtmachasidan tovongacha bo'lgan to'g'ri chiziqdan foydalaniladi.

Shish va qon quyilishi singan joyda har xil bo'lishi mumkin. Yelka suyagi singanda atrofdagi yumshoq to'qimaga 0,5-0,75 l gacha, son suyagi zararlanganda 1,5-2 l qon quyiladi. Agar qon quyilishi chuqurda bo'lsa, bir necha soatdan, hatto bir necha kundan so'ng namoyon bo'ladi. Kuchli shishlarda terining yuqori qavatida pufakchalar paydo bo'lishi mumkin.

Krepitatsiya (suyak qirsillashi). Suyak singanining aniq belgisi bo'lib zararlangan qo'l- oyoqni harakat qildirganda krepitatsiya paydo bo'ladi. U suyak siniqlarining bir-biriga tegishi natijasida ro'yobga keladi. Sinish belgilari aniq bo'lsa, maxsus krepitatsiyani tekshirib ko'rish shart emas, chunki u kuchli og'riq beradi, ba'zan tekshirilayotganda yaqindagi qon tomirlar va nerv tolalarini zararlashi mumkin.

Diagnoz qo'yishda anamnez, ko'zdan kechirish, paypaslab ko'rish yordam beradi. Topik diagnoz qo'yishda ikki xil o'zaro perpendikulyar yuzaga rentgenografiya qilish katta ahamiyatga ega. Ba'zan kalla suyagi shikastlanganda mo'ljalli tangensial rentgen surat yokitomogramma qilinadi.



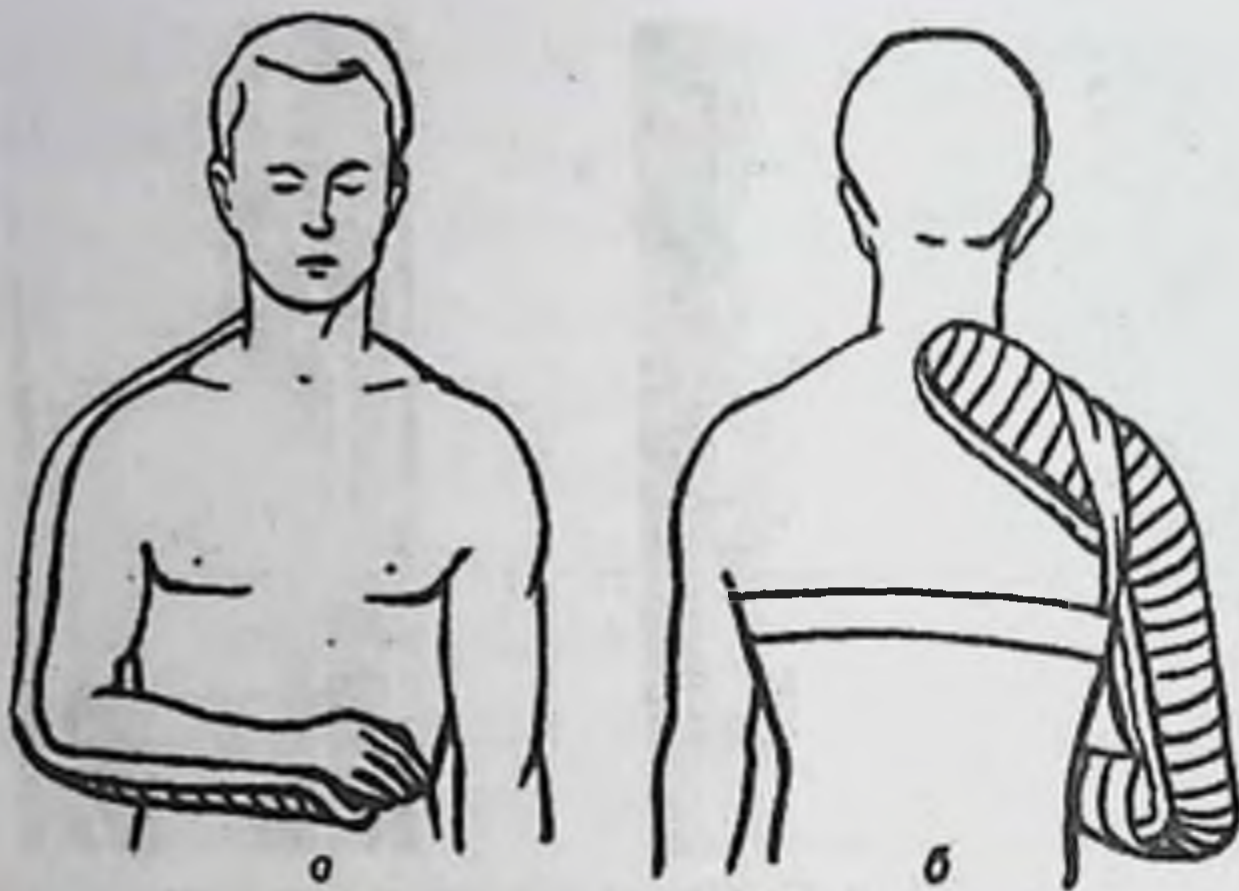
64-rasm. Sinishda qo'llaniladigan rentgenogrammalarga misollar.

Keyingi paytlarda qog'ozda rasmi tushirilgan elektron optik kuchga ega bo'lgan rentgen telemoslamasidan foydalaniladi. Ultratovush diagnostikasi istiqbolli usullardan sanaladi. Yuqorida qayd qilingan klinik belgilar bemor kasalxonaga kelguncha birlamchi vrach yordamining sifatiga bog'liq bo'ladi, yaxshi yordam kursatilgan bo'lsa, bemor kasalxonaga keltirilganda bu belgilarning ifodalanishi shunchalik kam bo'ladi, 2-3 kundan so'ng og'riq kamayadi, gematoma so'riladi. Sinishning boshqa usullari davolash usuliga, sinish turiga, shikastlangan kishining yoshiga va boshqa sharoitlarga bog'liq bo'ladi.

Suyak sinishida birinchi yordam

Birinchi yordamdan maqsad, singan joyga osoyishtalik berish, ya'ni qotirilgan suyak siniqlarini qimirlatmaslik va og'riqni qoldirish, shuningdek ochiq sinishlar uchun infeksiyaning oldini olish, qon ketishini to'xtatish hisoblanadi. To'g'ri va bilib ko'rsatilgan birinchi yordam travmatik shokning profilaktikasi ham hisoblanadi. Ochiq sinishlarda ketayotgan qon to'xtatiladi, jarohat atrofi ustidagi teri dezinfeksiya qilinadi, bog'lam qo'yiladi.

Immobilizatsiya -bu etapda transportirovkani ta'minlab berishi kerak. Uning maqsadlari singan suyak oxirlarining qo'zg'alishini oldini olish, og'riqni kamaytirish, bemorni kasalxonaga yotqizishni ta'minlab berishdan iboratdir. Immobilizatsiyaning turlari – autoimmobilizatsiya, qo'l ostidagi anjomlar bilan immobilizatsiya, standart transport shinalari bilan immobilizatsiya, alohida usullar bilan (umurtqa, chanoq suyaklari sinishida) immobilizatsiya qilishdan iborat.



65-rasm. Qo'lga Kramer shinasini qo'yish

Shina shikastlangan qo'l-oyoqqa qo'yiladi, buning uchun albatta yaqin ikkita bo'g'im fiksatsiya qilinishi lozim (yelka va son suyaklari singanda uchta bo'g'im qotiriladi).

Umurtqa pog'onasi, tos suyaklari singanda bemorlarni transportirovka qilish uchun maxsus birlashtiruvchi shitlardan foydalaniladi.

Birinchi yordam berishda dala sharoitida singan joyni immobilizatsiya qilish uchun shina o'rmini qoplovchi materiallardan, masalan, karton, faner, taxtacha kabilardan, harbiy dala sharoitida yaralangan kishining shaxsiy qurolini ham ishlatsa bo'ladi (avtomat, qarabin va b.)

Qisman fiksatsiyani bajarish uchun sog' qo'l-oyoqlarni ham ishlatsa bo'ladi.



66-rasm. Shikastanishlarda Ditreks va Kramer shinalarini qo'yish

Agar birinchi yordamni tibbiyotga aloqasi bo`lgan kishilar bajarsa, bemorga tabletka dori (og`riq qoldiruvchi) berilishi lozim. Harbiy-dala sharoitida o`z-o`ziga va bir-biriga yordam berishda shikastlangan odam shaxsiy aptechkadan shpris-tyubik orqali og`riqsizlantiruvchi preparatlar oladi. Birinchi yordam travmatik shokning oldini olishga ham qaratilgan bo`ladi.

Ixtisoslashtirilgan yordamning umumiy shartlar

Singan suyakni davolashning asosiy maqsadi uning anatomik butunligini tiklashdir. Davolash usullarining qaysi biri tanlanmasin, albatta davolashda 4 amalga rioya qilish kerak. Bular:a) Suyak siniqlari repozitsiyasi: a`zoga shunday holat yaratish kerakki, bunda singan soha joylashgan a`zoni o`qi, uzunligi va shakli saqlanishi lozim;

b) Suyak siniqlari immobilizatsiyasi yoki fiksatsiyasi- suyak siniqlarining qayta siljishlarini oldini olish maqsadida shikastlangan suyakni fiksatsiyalash (harakatsizlantirish), davolash immobilizatsiyasi, suyak qavarig`i hosil bo`lishi va singan soha bitishiga qadar suyak singan sohaninig repozitsiya holatini saqlab turish;

v) Funksional davolash. Immobilizatsiyadan keyin a`zoning funksiyasini tiklash;

g) suyak qadog`i hosil bo`lishini rag`batlantirishdir.

Repozitsiya - suyakning singan qismlarini bir-biriga moslash. Sinishdan so`ng darhol, ya`ni travmatik shish va mushaklarning reflektor kontrakturasi - qisqarishi yuz berguncha suyak qismlari siljitmasdan va orasida bo`shliq qoldirmasdan (diastaz) bir-biriga to`g`rilanishi lozim.

Repotsiyaning yaxshi bo`lishi quyidagilarga bog`liq:

a) bemorni tekshirib ko`rish va rentgenografiyani o`rganish natijasida sinish xarakteri, markaziy va periferik siniq qismlarning qanday siljiganligini bilish:

b) yaxshi og`riqsizlantirish: singanda mahalliy anesteziya metodlarini qo`llash. Yangi singanda paypaslab ko`rish bilan sinish joyi topiladi, so`ngra teri satxini yod eritmasi bilan tozalab 1-2 % novokain eritmasi bo`lgan shprits olinadi, nina bilan suqiladi. Agar shpris tortib ko`rilganda novokain qizarsa, demak sinish natijasida qon qo`yilgan soha tushilgani ma`lum bo`ladi, so`ngra 1-2 % novokain suyuqligidan 20 ml yuboriladi. Novokain suyuqligi miqdori sinish xarakteriga va qaysi joyda singaniga bog`liq bo`ladi. Agar bir necha suyakda mavjud bo`lsa, har birini alohida-alohida qilib anesteziya qilish lozim.

Anesteziya uchun novokain eritmasi 1 % dan kam bo'lmashligi kerak, chunki gematomaga tushilsa qon bilan aralashib, konsentratsiyasi kamayadi va anesteziya ko'ngildagidek bo'lmashligi mumkin.

Ochiq sinishlarda ifloslangan jarohat sathidan nina yuborish mumkin emas, u holda shu sohaga yaqinroq, butunligi buzilmagan joydan novokain eritmasi yuboriladi. Bemor o'ta bezovta bo'lganida narkozdan ham foydalanilsa bo'ladi.

v) To'la og'riqsizlantirish natijasida suyakning singan qismlariga yopishgan mushaklarni bo'shashtirish.

g) Suyak qismlarini bir-biriga to'g'ri moslashtirish: qo'l - oyoq suyaklari singanda periferik siniq markaziy siniqqa moslashtiriladi.

Suyak qismlarining repozitsiyasi bo'lishi mumkin:

a) bir lahzali:

-yopiq –maxsus asboblar yoki qo'l yordamida;

-ochiq-suyak bo'lakchalarini operativ to'g'irlash, keyingi fiksatsiyasi bilan (osteosintez);

b)Suyak bo'laklarini asta-sekin, uzoq vaqt mobaynida tortish bilan o'tkaziluvchi repozitsiya:

- suyakdan o'tkazilgan spitsalardan tortish usuli;

- teridan yelimli plastir yordamida tortish;

- tashqi fiksatsiyalovchi apparatlar yordamida tortish (Ilizarov, Volkov – Oganesyanyan apparatlari va b.).

Yopiq bir lahzali repozitsiya prinsiplari:

-a'zo mushaklarining spazmini bartaraf qilish;

-a'zoga fiziologik holat berish bilan mushak kuchlanishini kamaytirish;

-suyak proksimal bo'lakchasini ushlab turish va distal bo'lakchani o'qi bo'ylab tortib repozitsiya qilish;

Repozitsiya bir lahzada, asta-sekin, uzoq tortib qo'yib qilinishi mumkin. Bir fursatdagi repozitsiya qo'l bilan (manual) yoki operatsiya usuli bilan bajariladi. Kichik suyaklar va uzun naysimon suyak siniqlari burchaksimon siljiganda manual - qo'l bilan repozitsiya yaxshi natija beradi. Bilak suyaklari singanda ba'zan Sokolovskiy apparatidan, bir lahzali repozitsiya qilishda esa ortopedik usuldan foydalaniladi. Manual yoki apparatli repozitsiya rentgen televizor yordamida bajarilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

Singan bilak, son va boshqa suyaklarni repozitsiya qilishda xirurgga 2 ta yordamchi kerak bo'ladi. Bir yordamchi periferik singan

qismi uzunasiga tortadi, 2 chisi esa markaziy singan qismini mahkam ushlab turadi. Mushaklar yetarli darajada cho'zilgandan so'ng xirurg singan suyak pereferik va markaziy qismlarini bir- biriga to'g'irlab g'adir- budir sathlarini moslashtiradi. Ba'zan suyak siniqlarini to'g'ri ushlab turishning iloji bo'lmasa operatsiya qilinadi.

Asta sekin repozitsiya qilib tortib qo'yish (ekstenziya) yoki distraksion- kompression osteosintez usuli ham qo'llaniladi. Ularning ta'sirida mushaklar asta - sekin bo'shashadi va siniqlar joyiga tushadi.

Fiksatsiya va immobilizatsiya: singan suyak qismlari bir- biriga to'g'ri qo'yilgan qo'l- oyoqni to suyak yaxshi bitguncha immobilizatsiya qilish maqsadida hozirgi kunda ayrim hollarda davolash shinalari ishlatiladi. Masalan, singan yelka suyagini davolash uchun abduksion shina, o'mrov suyagi singanda Kuzmenskiy, Chaklin shinalari qo'llaniladi. Suyak bo'laklarini qotirish uchun quyidagi fiksatsiya usullari bor: gipsli bog'lam, tortib qo'yish va operatsiya qilish.

Sharq tabobatining buyuk namoyondasi Abu Ali Ibn Sino gips va kraxmal bog'lamlarni amaliyotda qo'llagan. M. Matezin 1852 yilda sinishlarni davolashda gips bog'lamini ishlatgan. Rossiyada gips bog'lamini qo'llashni birinchi marta V. A. Barsov, harbiy dala sharoitida N. I. Pirogov keng targ'ib qilgan.

Gipsli bog'lam ikkita bo'g'imni qotirishi, son suyagi singanda esa 3 bo'g'imni fiksatsiya qilishi kerak. Ba'zi bir sinishlarda, masalan, tizza usti suyagi singanda yoki bilak suyagining tipik sinishida faqatgina bitta bo'g'im qotiriladi. Avvalo singan qo'l-oyoqqa gips longeta qo'yiladi, bint bog'lami bilan qotiriladi, keyinchalik singan joydagi shish ketib, gematoma so'rilgach, sirkulyar gipsli bog'lam qo'yiladi. Sirkulyar, longeta gips bog'lamlari bilan birga darchali, ko'prikchali gips bog'lami, gips korsetlari, yoqali tutorlar ishlatiladi. Vaqt o'tishi bilan gips bog'lami bo'shab, yaroqsiz bo'lib qolsa uni olib boshqasini qo'yish mumkin. Boshqasini qo'yishdan oldin suyak konsolidatsiyasini rentgenda tekshirish lozim. Agar konsolidatsiya ko'ngildagidek bo'lmasa bog'lam qayta qo'yiladi, ba'zi sinishlarda (o'mrov suyagi sinishi, uzun naysimon suyak ustki bo'rtmasi uzilishlarida) kompression pilotlar, maxsus mexanizmlar qo'llaniladi.

Tortish usuli boshqa usullarga nisbatan qator afzalliklarga ega bo'lgani uchun suyak sinishini davolashda keng foydalaniladi. Tortib qo'yish usuli singan joyni fiksatsiya qilish bilan birga, bo'g'implarda harakat saqlanadi, mushaklar atrofiyasi, to'qimalar trofikasi

buzilishining oldini oladi, normal qon aylanishi, sinish konsolidatsiyasini yaxshilaydi.

Bu usulning kamchiliklari quyidagilar:

-- bemor uzoq vaqt kasalxonada yotib qolishi zarur va uni transportirovka qilib bo'lmaydi;

-- suyak qismlarini butunlay qotirish iloji bo'lmaydi;

--bu usulni ruhiy bemorlarda, bezovta kasallarda qo'llash qiyin.

Yopishqoq plastir va skelet - tortish usullari ma'lum. Tortish usuli asosan uzun naysimon suyaklar sinib, vintsimon, yon tomondan siljishlarda keng qo'llaniladi.

Yopishqoq plastir bilan tortishda quyidagi qoidalarga rioya qilmoq kerak:

1. Tortish mushaklarda spastik retraksiya ro'yobga kelmasdan turib 1 sutkada yoq qilinishi lozim.

2. Yopishqoq plastir singan joydan teriga shikastlangan segmentning butun uzunasiga ikki tomondan yopishtiriladi.

3. Tortish yo'nalishi suyakning uzunasi, asosiga mos bo'lishi kerak.

4. Bo'g'imlar o'rta fiziologik holatda erkin qolishi kerak.

5. Tortib qo'yilgan qo'l, oyoq tanadan baland bo'lishi kerak.

Bu shartlarni bajarish uchun shikastlangan qo'l yoki oyoq maxsus shinalarda bo'lishi kerak.

Qo'l suyaklari singanda chekkalashtiruvchi (abduksion) shina, oyoq suyaklari singanda - Beler, Chaklin, Braun, Bogdanov shinalari ishlatiladi.

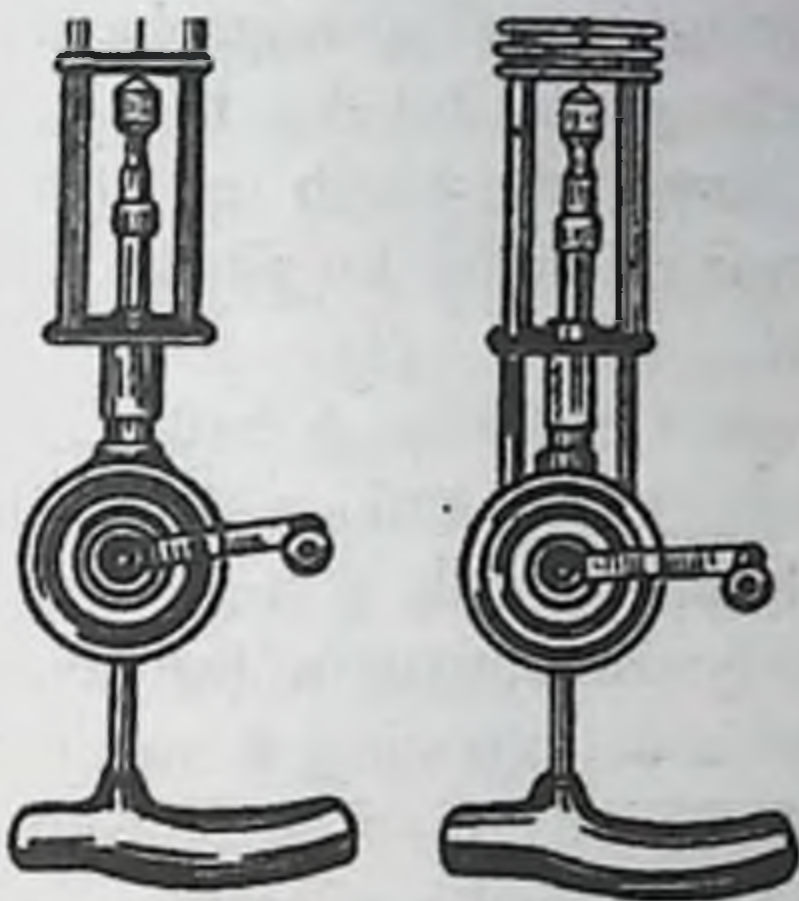
Yopishqoq plastirli tortishdan chaqaloqlarda, shuningdek bolalarda, ba'zi katta bemorlarda foydalaniladi.

Yumshoq to'qimadan tortish oson bo'lsada, traksiya uchun kerakli og'irlik osib bo'lmaydi, ko'pincha yopishqoq plastir, kleol teriga ta'sir qiladi, manjet esa qon aylanishini buzadi.

Skeletdan tortish

Bu davolash usulida maxsus toshlar bilan to'g'ridan - to'g'ri suyakdan tortadi, ya'ni maxsus metal sim - spitsa mahalliy anesteziya yordamida suyakdan o'tkazilib undan tortiladi. Birinchi marta 1907 yilda F.Shteynman suyakdan maxsus mix o'tkazib, shu usulga asos

solgan. X.Shmeri, M.I.Sitenko va boshqalar maxsus tutqich-xalqalar ishlatdilar, u xalqa suyakka tortilar edi.



67-rasm. Skelet tortma uchun Kirshner spitsasini o'tkazadigan apparat

1922 yilda M.Kirshner maxsus burama bilan suyakdan ingichka metall spitsa o'tkazadi, unga xalqa orqali trosqa og'irlik ulanadi.

Son suyagi singanida spitsani uning to'pig'idan, kamroq katta boldir bo'rtmasidan, qo'l suyagi singanida tirsak o'simtasidan o'tkazib tortiladi.



68-rasm. Skelet tortmasining umumiy ko'rinishi

Skeletdan tortish usuli bilaklar suyagi singanda, barmoqlar suyagi shikastlanganda qo'llanilmaydi yoki kam qo'llaniladi. Skelet tortish usulida keraklicha og'irlik osish mumkin, yonbosh siljishlarda uzunasiga tortish o'z natijasini bermasa, qo'shimcha yon tomondan tortiladi. Bu usul suyak siniqlarini uzoq vaqt, suyak konsolidatsiya bo'lguncha, ularni o'z o'rnidan siljitmasdan ushlab turishga imkon beradi.

Og'irlikning ko'p ozligi bemorning yoshi, mushaklarni rivojlanish holati va singan suyaklarning siljishiga bog'likdir: son suyagi sinig'ini tortish uchun tana og'irligining $1/7$ qismigacha kerak bo'ladi (8 - 12kg), boldir suyaklari zararlanganda 2-4 kg tosh osiladi. Osilgan yukka qarshilik ko'rsatish maqsadida tortib qo'yish uchun tayyorlangan karovotning oyoq tomoniga taglik ko'yib ko'tariladi yoki bemorning qo'litiq orasidan tortiladi.

Skeletdan tortishga 4 haftadan 6 haftagacha vaqt zarur bo'ladi. Vaqti-vaqti bilan rentgen nazorati qilib turiladi. Suyak siniqlari dislokatsiyasi yo'qotilgach og'irlik asta-sekin kamaytiriladi. Skletdan tortishda, albatta, infeksiyadan ehtiyot bo'lish kerak.

Funksional davolashda repozitsiya va immobilizatsiya alohida ahamiyatga ega. Hozirgi kunda suyaklar sinishini funksional davolash to'g'risidagi tushuncha birmuncha o'zgardi. Avvallari bu tushuncha shikastlangan qo'l-oyoqni chala bukkanda, mushaklar bo'shashgan bo'lsa, davolashda massaj va harakat mashqlari qilinsa shu yetarli edi. Ammo bunday davolash kerakli repozitsiya va immobilizatsiya qilinmaganligi uchun yaxshi natija bermas edi. Ekstenzion usulning tabobatga kirib kelishi sinishlarni davolashda funksional yo'nalishni boshlab berdi.

Hozirgi paytda funksional davolash kompleks muolajalarni o'z ichiga olib, singan suyakni qaysi usulda (gips, tortish, operatsiya) davolashdan qat'iy nazar bajariladi. Funksional davolash shikastlanishning birinchi kundan boshlanishi kerak, unda zararlangan soha tez o'z funksiyasini jonlantiradi, kam asoratlarga olib keladi.

Shikastlangan bo'g'imlar o'rta fiziologik holatda qotiriladi. Bunda asosiy antagonist mushaklar (bukuvchi, yozuvchi) bir xil qisqargan bo'ladi. Qo'l-oyoqning funksional-o'rta fiziologik holati bo'g'im ankilozi (bo'g'im qotib qolishi) va suyak qismlarining ikkilamchi siljishining oldini oladi. Har xil bo'g'im uchun o'rtacha fiziologik holat har xildir. Masalan, tos-son bo'g'imi uchun, bo'g'imda bukish 30 gradus, tizza bo'g'imda 140 gradus (130-150 gradus), tovonda 50-90 gradus burchakni tashkil qiladi.

Yelka suyagini qotirishda qo'lni 60-70 gradus tanadan uzoqlashtiriladi va qo'lni 35 gradus oldinga chiqariladi, tirsak bo'g'imini 100-110 gradus bukiladi, unda kaft barmoqlari yarim bukiladi, falangalar bo'g'imini 90 gradus burchakda qotiriladi.

Bilakning o`rta fiziologik holati pronatsiya va supinatsiya orasida bukiladi.

Agar bo`g`im funksiyasini to`la tiklash iloji bo`lmasa, unday paytda bo`g`imlarni funksional qulay holatda qotiriladi, buning uchun albatta suyak siniqlari yaxshi jipslashtirilishi kerak. Fiksatsiya qilish lozim bo`lmaganda harakat kengligi katta bo`lishi kerak.

Harakat mashqlarini bemorning o`zi vrach nazorati ostida hamda davo fizkulturasi metodisti yordamida bajariladi.

Gips bog`lami yoki tortish zararlangan sohada to`xtatilgach, bo`g`imda massaj hamda harakat mashqlari boshlanadi. Bu davolash usullari suyak qavarig`i yaxshi qotmaganligi uchun asta-sekin, harakat mashqlari balneoterapiya va fizioterapevtik usullar bilan olib borilishi kerak.

Suyak qavarig`i hosil bo`lishini vitaminlar, kalsiy va fosfor preparatlari, fizioterapevtik usullar yordamida rag`batlantirib turiladi. Ovqatlar oqsillarga, vitaminlarga boy bo`lishi kerak. Hozirgi kunda singan suyakning konsolidatsiyasini tezlashtirish uchun modullangan doimiy va impulsli elektr tokidan, elektromagnitli maydondan va geliy-neon lazer qurilmalardan foydalaniladi.

Suyak sinishlarini operativ davolash

Operativ davolashga ko`rsatma: absolyut va nisbiy bo`ladi.

Absolyut ko`rsatmalar quyidagilar: suyak sinishi bilan katta qon tomirlari, nerv tolalari, bosh va orqa miya, ichki a`zolar shikastlanishi mavjud bo`lsa.

Nisbiy ko`rsatmaga quyidagilar kiradi: yangi singan suyaklarda, ochiq sinishlarda, mayda parchalanib sinishlarda, uzilib sinish natijasida suyak siniqlarining bir-biridan uzoq joylashuvida, suyak siniqlari interpozitsiyasida, ya`ni singan suyak oralig`iga mushak fassiyalarning tushib qolishida, son suyagi bo`yinining medial sinishida, son suyagini ko`ndalang singanda qismlarini repozitsiya qilish va o`z joyida ushlab qolishi qiyin bo`lgani uchun uni davolashda, bir vaqtning o`zida qilingan yoki tortish vositasida bajarilgan moslashtirish muvaffaqiyatsiz chiqqanda, eski sinishlarda. Konservativdavolash foyda bermaganda: bitmagan sinishlarda, suyak noto`g`ri bitganda.

Operatsiya usuli bilan davolashga qarshi ko`rsatmalar: bemorning og`ir ahvoli (shok, o`tkir qon yo`qotish va b.), umumiy va mahalliy infeksiya, og`ir xastaliklar (sil, xavfli o`smalar).

Davolovchi immobilizatsiya turlari:

- gipsli bog'lamalar (sirkulyar, longetli, tuynukchali, ko'priksimon)
- qoida bo'yicha gipsli bog'lama qo'yilganidan keyin nazorat - rentgenografiyasi qilinadi;



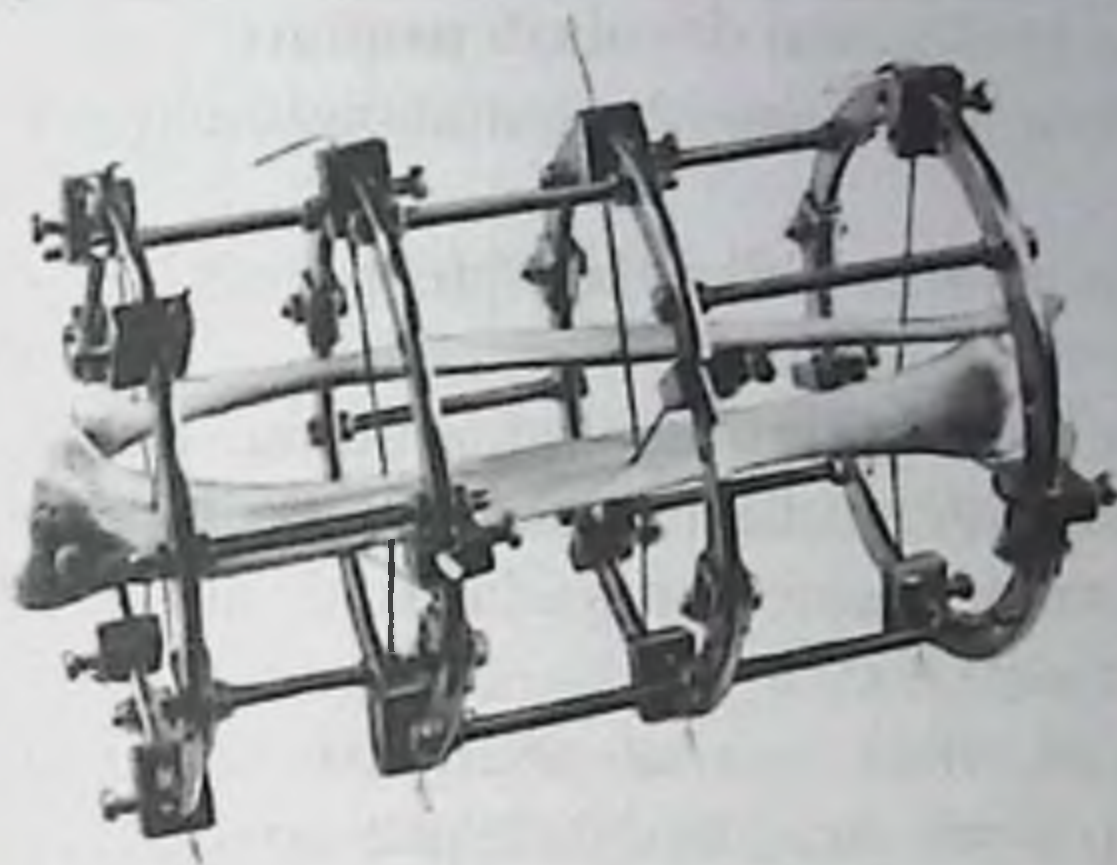
69-rasm. Tirsak kaft suyaklari singanda gipsli bog'lamlar qo'yish

- osteosintez - bu usul quyidagicha qilinadi:
 - Intramedullyar (suyak-ilik kanali orqali) osteosintez;
 - Ekstramedullyar osteosintez (suyak bo'lakchalarini metall simlar, plastinkalar, maxsus mixlar, spitsalar yordamida fiksatsiya qilish);
- (70-rasm)



70-rasm.

Kompression-distraksion osteosintez (Illizarov, Gudushauri apparatlari);



71-rasm. Ilizarov apparati

Xozirgi kunda Ilizarov O. N., Gudushauri V. I. Kanberz apparatlari keng ishlatilib, yangi va ifloslangan sinishlarda, hamda psevdartrozlarda qo`llaniladi.

Ilizarov usulida singan suyak qismlari orqali chorraha qilib Kirshner spitsalari o`tkaziladi, ularni halqalarda shuruplar yordamida tashqi tomonidan ikkita yoki bir qancha metall halqalar bilan tortiladi, ular yordamida repozitsiya maqsadida har tomonga tortish mumkin.

Gudushauri apparati to`rtta yarim xalqadan iborat bo`lib, ular bir – biri bilan bog`liq, yarim halqalar masofasini hamda egilishi burchaklarini xohlagandek cho`zish va egish mumkin. Singan joydan qismlar orqali Kirshner spitsalari o`tkaziladi va yarim halqalar birlashadi.

Suyak orqali fiksatsiyada apparatlardan kelib chiqadigan asoratlar: tomir va nerv tutamlarining spitsa va sterjen o`tkazilayotganda zararlanishi, davolash jarayonida yumshoq to`qimalarning yiringlashi, osteomielit, reaktiv yoki yiringli artritlar, suyak siniqlarining ikkilamchi siljishi, konsolidatsiyaning sekinlashuvi, davolash immobilizatsiyasidan keyingi davrda bo`g`im kontrakturasi, qon aylanishi buzilishlari kabi asoratlar kuzatiladi.

Osteosintezda biomexanika qonuniga asoslanib, metall «charchog`i» hisobiga metall konstruksiyasining siljishi mumkin. Shuning uchun metall konstruksiyasini qotirishda suyak sementidan foydalaniladi. Immobilizatsiya sinish muddati, turi va sohasiga bog`liqdir.

Sinislarni funksional davolash usullari:

- davo fizkulturasi, uqalash (immobilizatsiya davrida va undan keyin);

- fizioterapiya: shikastlanishning 2-3 sutkalarida-UVCh terapiya, novokainli elektroforez;

- shikastlanishning 7-10 kunlarida ultratovush va fonoforez (dori vositalarini ultratovush vositasida yuborish).

Sinish asoratlari (sinish paytida yoki uni davolash jarayoniga bog'liq bo'lishi mumkin).

A) travmatik shok, o'pka arteriyasi yog'li emboliyasi (nayli suyaklar va ko'p sonli sinishlarda), o'pka arteriyasi tromboemboliyasi (uzoq muddatli immobilizatsiyada qon dimlanishi va qon laxtalari hosil bo'lishi natijasida), o'pka shishi, pnevmoniyalar (bemor uzoq vaqt yotoq holatda bo'lganida), sepsis, gips bog'lamasi qisishidan hosil bo'lgan yotoq yaralari, posttravmatik alkogolli deliriy.

Mahalliy asoratlari:

- sinish sohasiga ochiq, yaqin a'zo va to'qimalarining shikasti (qon tomiri va nerv tutami, singan qovurg'aninig o'pka to'qimasini, singan bosh suyagining miya to'qimasini shikastlantirishi va b.);

- osteomielit- sinishlarda va fiksatorlarni, spitsalarni o'rnatishda infeksiyalanish;

- ochiq sinishlarda jarohat yiringlashi;

- singan soha bitmasligi (soxta bo'g'im) yoki noto'g'ri bitishi;

- uzoq vaqt harakatsizlanish natijasida kontrakturalar, bo'g'im ankilozi, deformatsiyalovchi artrozlar va boshqalar.

Bo'g'implarning chiqishlari

Tasnifi: Chiqishlar (luxatio) – suyak birikmalarida bo'g'im yuzasining fiziologik normadan tashqariga siljishidir.

I. Chiqish turlari:

A) Chiqqan deb suyak bo'g'imini hosil qiluvchi periferik fragment hisoblanadi (yelka bo'g'imida - yelka suyagining chiqishi, tirsak bo'g'imida – bilak suyagining chiqishi, tos-son bo'g'imida – son suyagining chiqishi, tizza bo'g'imida – boldir suyagining chiqishi va x.)

B) Umurtqa suyaklari siljishida yuqori joylashgan umurtqa suyagi chiqqan hisoblanadi (I va II bel umurtqalari birikkan bo'g'im yuzalari siljishida – I bel umurtqasi chiqishi va x.)

Chiqishlar mexanizmi:

A) Mexanik kuch a'zo o'qi bo'yicha ta'sir etganda (qo'l yozilgan holda yiqilish);

B) A'zo periferik qismining o'qi atrofida keskin rotatsiyasi;

V) Chiqishlarda doimo bo'g'im xaltachasi shikastlanishi, bo'g'imga va atrof to'qimagaqon quyilishi bilan kechadi;

G) Og'riqqa javoban mushaklar qisqarishi, 3-4 soatdan so'ng to'qimalar shishi kuzatilib, chiqishlarni to'g'rilashni murakkablashtiradi;

D) Chiqishlar uzoq vaqt saqlansa nekrozga olib keladi;

E) Keyinchalik shikastlangan soha reparatsiyasi ya'ni siljigan son suyagi boshchasi atrofida chandiqli to'qima hosil bo'lib, bo'g'im xaltachasining bujmayishiga olib keladi, bu chiqishni kechroq davrda to'g'rilashga imkon bermaydi;

Suyak chiqishi klassifikatsiyasi.

Suyak chiqishining bir necha klassifikatsiyasi mavjud:

A) Etiologiyasi bo'yicha chiqishlar bo'ladi:

a) Tug'ma chiqishlar ko'pincha chanoq-son bo'g'imida uchraydi va bolaning ona qornida g'ayritabiiy joylashishi, bo'g'imlarning noto'g'ri yoki yuzalarining rivojlanmasligi natijasida kelib chiqishi mumkin. Odatda ikki tomonlama bo'ladi. Kasallik erta - bolaning bir oylik paytidayoq ma'lum bo'la boshlaydi. Bola yura boshlaganda oqsoqlanishi, bo'g'imning likkillab qolishi, keyinchalik og'rishi, oyoqning qisqaligi bilinadi. Chiqish ikki tomonlama bo'lganda lapanglab yurish ("o'rdaksimon yurish") qayd qilinadi. Diagnostika rentgenografiya yordami bilan aniqlanadi. Tug'ma chiqish bolalarda qonsiz usul, oyoqni abduksiya holatida redrissatsiya va fiksatsiya qilish bilan davolaniladi. Bu holda son suyagining boshi vaqt o'tishi bilan o'zidan-o'zi chanoq bo'g'im sohasiga tushadi.

b) Orttirilgan:

- Travmatik chiqishlar odatda shikastlanishdan keyin paydo bo'ladi, Travmatik chiqishlar, sinishlar, qon tomirlarning nerv tolalarining uzilishi bilan kuzatilib, 80-90 % ni tashkil etadi. Ochiq chiqishlar ham paydo bo'lishi mumkin, unda bo'g'im sohasida jarohat borligi aniqlanadi, va bir necha usullar qo'llaniladi. Zararlangan bo'g'imdagi bu harakat chiqishga sabab bo'lgan harakatni orqadan oldinga qarab qaytarishdan iborat desa bo'ladi.

- Odat tusiga kirgan chiqishlar – birlamchi chiqishni davolashda qo'yilgan immobilizatsiya bog'lamlarini erta olib tashlaganda kelib chiqib, kuchli bo'lmagan shikastlanishlarda ko'proq namoyon bo'ladi.

- Patologik chiqishlar – ba'zida suyak va bo'g'imlarning kapsulasi va paylarning buzilishiga sabab bo'ladigan patologik jarayonlar (o'sma, sil,yiringli infeksiya, osteomielit) bo'g'im yuzalarining bir- biriga nisbatan qisman (yarim chiqish) va to'la siljishiga (chiqishiga) olib kelishi natijasidir.

- Destruktiv – suyak- bo'g'im yuzasi yoki bo'g'im o'rindig'ining yemirilishi natijasida;

- Distenzion-fungioz massa yoki ajralma bilan bo'g'im xaltachasining kengayishi natijasida;

- Paralitik – bo'g'imlarni mustahkamlab turuvchi mushaklar paralichi natijasida;

- Deformatsiyalanuvchi – bo'g'im yuzalari deformatsiyasi va bog'lovchi paylarning kuchsizlanishi natijasida;

B) Siljish darajasiga ko'ra:

- to'liq siljish – bo'g'im yuzalari mosligi to'liq kuzatilmaydi;

- noto'liq siljish – bo'g'im yuzalari mosligi qisman yoki nofiziologik bo'ladi;

V)Tashki muhitga nisbatan:

- yopik chiqishlar;

- ochiq chiqishlar, bunda bo'g'im sohada jaroxat bo'ladi;

G) Shikastlanish vaqtidan o'tgan vaqtga ko'ra:

- yangi chiqishlar (2 sutkagacha);

- yangi bo'lmagan chiqishlar (3-4 haftagacha);

- eskirgan chiqishlar (shikastlanishdan 4 haftadan ziyod);

D) Asoratlarning mavjudligiga ko'ra:

- Asoratlanmagan;

- Asoratlangan – nerv tolalari, qon tomirlari shikastlanishi va suyak sinishi;

E) Chiqish asoratlari:

- eskirgan va odat tusiga kirgan chiqishlar hosil bo'lishi;

- ochiq chiqishlardagi yiringli artritlar;

- bo'g'imlar kontrakturasi;

- neoartrozlar hosil bo'lishi;

Chiqishlar klinikasi

A) Shikoyatlari: bo'g'imdagi og'riq, passiv va aktiv harakatlar imkoni yo'qligi.

B) Kasallik anamnezi: shikastlanish xususiyati va mexanizmi aniqlanadi;

V) Ob'ektiv belgilar:

a) ko'rik; bo'g'im konfiguratsiyasining buzilishi: deformatsiya, shish, a'zoning purjinasimon fiksatsiyasi; a'zoning uzayishi yoki qisqarishi;

b) qiyosiy palpatsiya: suyak boshchasining odatdagi joyida bo'lmasligi va boshqa joyda paydo bo'lishi, bo'g'im sohasida kuchli og'riq, a'zoning purjinasimon fiksatsiyasi – passiv harakatga urinishda qarshilik;

Chiqishlar diagnostikasi: diagnoz klinik ma'lumotlarga asoslanadi, diagnoz bo'g'im rentgenografiyasi bilan tasdiqlanada, bunda bo'g'im yuzalari siljishi, bo'g'im tirqishinio'zgarishi, suyak sinishlari (sinish-chiqishlarda) aniqlanadi.



72- Rasm . Tos- son bo'g'imi chiqishi.



73-Rasm . Tos- son bo'g'imining sinib-chiqishi rentgenogrammasi.

Chiqishlarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish:

- og'riqsizlantirish;
- a'zoni chiqish ro'y bergan vaqtdagi holatda immobilizatsiya qilish: a'zoni ro'molchaga osiltirish yoki bintli bog'lama qo'yish, shinalar yoki qo'lbola shinalar yordamida harakatsizlantirish;
- davolash muassasiga transportirovka qilish (chiqishlarni to'g'irlash – vrach muolajasidir);

Chiqishlarni davolash

A) Yangi chiqishlar: yangi chiqishlar birdaniga, zudlik bilan to'g'rilanadi, chiqishlarni to'g'rilash qo'pol kuch ishlatishga emas, balki maksimal mushaklarni bo'shashtirish, mushaklar retraksiyasini yengishga asoslanadi. Bu maqsadda mahalliy va umumiy og'riqsizlantirishlar qo'llaniladi, chiqish to'g'rilanishi o'zga xos «shilq» belgisi va a'zo faoliyati tiklanishi bilan tasdiqlanadi, chiqish to'g'rilangandan so'ng albatta rentgenologik nazorat o'tkazish, to'g'rilangan a'zoni yumshoq yoki gipsli bog'lama yordamida immobilizatsiya qilish lozimdir: yelka chiqishida 5-10 kungacha, son chiqishida 2-3 xaftagacha, faoliyatni tiklash davosi: davolovchi jismoniy tarbiya, massaj, fizioterapevtik muolajalar;

B) Son chiqishini to'g'rilash usullari:

Kolombo-Simpson-Djanelidze usullari:

- bemor stol ustida yuzi pastga qaragan yotoq holatda;
- chiqqan a'zo osilgan holda (20-30 daqiqa atrofida);
- a'zo asta -sekin to'g'ri burchakkacha tos- son va tizza bo'g'imlarida bukiladi, biroz tashqariga tortilib va rotatsiya qilinadi;
- vrach tizzasini bemor boldiri yuqori uchligiga sekin bosib, bir vaqtni o'zida bir necha bor rotatsiya qiladi;

Koxer usuli.

- chiqishlarni to'g'rilash narkoz ostida bajariladi;
- yordamchi ikki qo'li bilan tos sohani stolga bosgan holda xarakatsizlantiradi;
- shifokor tizza bo'g'imida bukilgan boldirni ushlab olib, sonni tepaga keskin ko'tarib, bir vaqtni o'zida ichkariga qarab buraydi.

D) Eskirgan va odatiy chiqishlarda operativ davolash qo'llaniladi.

E) Patologik chiqishlarda xirurgik davolash yoki apparatlardan foydalaniladi.

XI- BOB

XIRURGIK INFEKSIYALAR

Xirurgik infeksiyalar - Butun dunyo mamlakatlarining sog'likni saqlashdagi va umuman meditsinaning muammolaridan biri hisoblanadi.

Davolash profilaktika muassasalarining rivojlanishi, yangi-yangi davolash diagnostik asbob uskunalarning zamonaviy turlarining paydo bo'lishi, amaliyotga infeksiyalarga qarshi kimyoviy preparatlarining oxirgi turlarining kiritilishi, xirurgik infeksiyalarning etiologiyasi, diagnostikasi va davolashga bo'lgan munosabatini bildiradi. Infekcion patologiya masalalari xirurgiyaning hamma rivojlanish etaplarida eng dolzarb muammolaridan bo'lgan. Ma'lumki bugungi kunda sayyoramizni 100000 atrofidagi turli bakteriyalar o'rab olgan. Oxirgi uch o'n yillikda 20 dan ortiq infeksiyon kasalliklar paydo bo'ldi. Ular orasida megalovirus kasalligi, VICH - infeksiya "XX asr o'lati" deb topildi. Har xil virusli kasalliklar (covid - 19) paydo bo'ldilar.

Shuning uchun ham yiringli xirurgiyaning otasi F.V. Voyno-Yasenetskiy aytgan ediki "Yiringli xirurgiya- xirurgiyaning eng muhim bo'limi bo'lib, chuqur ilmiy qiziqishga, diagnostikasi va operativ davolashda juda yengil bo'lmagan xirurgiyaning eng dolzarb bo'limidir". Hozirgi kunda haqiqatdan ham yiringli yallig'lanish kasalliklarining yangi xillari paydo bo'ldiki, ularni davolashda qiyinchiliklar mavjud. Rivojlangan mamlakatlarda ham 200-275 odamda har 100000 aholi orasida bir yilda kuzatilmoqda. O'lim tavsiloti sepsisning og'irlik darajasiga qarab 50-80% ni tashkil qilmoqda.

Yiringli infeksiyalar - (nomaxsus) yallig'lanish kasalliklari bo'lib, har xil lokalizatsiya va xarakterga ega bo'lib yiringli mikroblar florasi bilan chaqiriladi. Yiringli yallig'lanish kasalliklari bilan bemorlar hamma xirurgik kasalliklarning uchdan bir qismini tashkil qiladi va ko'pincha operatsiyadan keyingi asoratlari bo'lib yiringli infeksiyalar bilan bog'liqdir. Operatsiyalardan keyin bo'ladigan o'limning yarmidan ko'prog'ini yiringli infeksiyalar asoratlari tashkil qiladi. Yiringli-yallig'lanish holatlarini va operatsiyalardan keyin rivojlanadigan infeksiya asoratlari bir nechta omillarga bog'liq:

1. Organizmning immunobiologik kuchiga bog'liq.
2. Makroorganizmlarga tushadigan mikroblarning virulentligi, ularning antibiotiklarga bo'lgan chidamliligiga bog'liqligi.

3. Infeksiyalarning organizmga kirishdagi anatomo-fiziologik o'chog'ining holatiga.

4. Umumiy va mahalliy qon aylanish holatiga

5. Bemorning allergik holatiga

Hozirgi kunda butun dunyo mamlakatlarida yiringli - yallig'lanish kasalliklari va operatsiyadan keying asoratlari, ko'payib bormoqda. Shu bilan birga davolash effektivligi kamaymoqda, chunki antibiotiklarga chidamli mikroorganizmlar shtammi ortmoqda.

Oxirgi yillardagi adabiyotlarda berilgan malumotlarga asosan har bir odam organizmini doimiy ravishda 10¹⁵-10¹⁷ bakteriya hujayralari o'rab olgan, hatto hamma planeta aholisini 10²⁴ bakteriyalar bilan qamrab olingan. Shuni aytish kerakki hozirgi kunda planetada bitta bakteriyalar emas, viruslar, zamburug'lar ham yiringli - yallig'lanish chaqirmoqda.

Yiringli yallig'lanish holatining kelib chiqishida mikrofloralarning kirish o'chog'idan o'lgan to'qimalarning, ozuqa sifatida borligi, umumiy va mahalliy qon aylanishining buzilishi (shok holat, o'tkir anemiya, yurak faoliyatining buzilishi, immunitetning pastligi) yallig'lanish o'chog'iga hujayra va kimyoviy elementlarini yetkazishi buziladi va mikroblar bilan kurashish xususiyati pasayadi, og'ir yiringli-yallig'lanish paydo bo'ladi. Yiringli-yallig'lanish kasalliklarining paydo bo'lishda bemorlar yoshiga ham bog'liq. Bemorlarda (17-35 yoshli) ko'proq flegmona, abscess, yiringli limfadenit, mastit, osteomielit uchrasa, 36-55 yoshlikdan keyin har xil yallig'lanish holatlar uchraydi. Siydik ajratish tizimidagi – piyelit, sistit, piyelonefrit, paraproktit, peritonit, 65 yoshdan keyin – karbunkul, nekrotik flegmonalar, inyeksiyadan keying abscesslar, gangrena uchraydi.

Bolalarda ham yiringli infeksiyalar uchraydi, yangi tug'ilgan bolalarda flegmona, sepsis, o'pkaning yiringli kasalliklari ham uchraydi.

Xirurgik infeksiyalar ta'snifi:

I. Infeksiyalar

1. Nospesifik infeksiyalar: a) yiringli. b) chirish. d) anaerob.
2. Maxsus infeksiyalar: a) tuberkulyez. b) stolbnyak (qoqshol). d) gazli gangrena. e) aktinomikoz. f) kuydirgi. g) difteriya.

II. Etiologiyasi bo'yicha:

a) stafillokokk b) streptokokk d) pnevmokokk e) gonokokk f) anaeroblar spora hosil qilmaydigan g) klostridial anaeroblar g) aralash i) zamburug'lar

III. Patologik holatning tuzilishi bo'yicha:

a) xirurgik infeksiyon kasalliklar asorati b) operatsiyadan keying infeksiyon asoratlar d) ochiq va yopiq jarohatlardan keyingi infeksiyon asoratlar.

IV. Lokalizatsiyasi bo'yicha:

a) teri va teri osti to'qimalar b) miya va uning pardalari, kalla to'qimalari c) bo'yindagi yiringli holatlar d) ko'krak qafasi, plevra bo'shligi, o'pkada f) ko'ks oralig'i jarohatlarida (mediastinit, perikardit) e) qorin bo'shlig'i va qorin pardalar. g) chanoq va chanoq a'zolari h) suyaklar va bo'g'imlar jarohati.

V. Klinik kechishi bo'yicha:

- 1 O'tkir yiringli infeksiyalar: a) lokalizatsiyasi b) rivojlangan turi.
- 2 Surunkali yiringli infeksiyalar.

Etiologiyasi: Yiringli-yallig'lanish kasalliklari har xil turdagi mikroorganizmlar tomonidan chaqiriladi. Grammusbat, grammanfiy, anaeroblar, spora hosil qiluvchilar, spora hosil qilmaydigan va boshqa mikroorganizmlar hamda zamburug'lar tomonidan chaqiradi. Ayrim yaxshi sharoit bolganlarida shartli patogen mikroblar: klebsiellalar, enterokokklar, saprofitlar ham yiringli yallig'lanish chaqirishlari mumkin. Kasallik monoinfeksiyalar (bitta chaqiruvchi) yoki aralash (bir necha chaqiruvchi) bilan sodir bo'lishi mumkin. Bu holatni mikroblar assotsiyatsiyasi deyiladi. Yaraga mikroorganizmlar jarohatlangan to'qimalar orqali tashqi muhitdan tushishi (ekzogen infeksiyalar) yoki organizmning o'zida bo'lgan infeksiyalar o'chog'idan (endogen infeksiyalar) tushishlari mumkin.

Stafilokokklar – eng ko'p yiringli-yallig'lanish chaqiruvchilar guruhiga kirib ular kontakt yo'li bilan ifloslanadi. Yiringli-yallig'lanish kasalligi ko'p holatlarda ekzogen infeksiyalar hisobidan bo'ladi. Ekzogen infeksiyaning asosiy manbasi organizmdagi surunkali yoki o'tkir yallig'lanishlar o'chog'i odam organizmining o'zida bo'lishi mumkin. Stafilokokklar terida saprofitlar hoida burun, burun-halqum, nafas yo'llari va jinsiy a'zolarning shilliq pardalaridan o'tishi mumkin. Stafilokokk infeksiyalarga xos bu mikroblar o'zidan stafilogemolizin, stafiloleysin, plazmokoagulazin ajratadi, ular antibiotiklarga va

antiseptiklarga qarshi chidamlidir. Bular lokal yiringli-yallig'lanish kasalliklari (furunkul, karbunkul, gidroadenit, abscesslar, flegmona, o'pka absessi) sepsisga olib keluvchi yiringli holatlar chaqiradi.

Streptokokklar - Gemolitik streptokokklar (A, B, G, shakllari bo'lib) xolesistit, pielonefrit, saramas, bakterial endokardit, bu hollarda og'ir infeksiyon holatlar (pnevmoniya, osteomielit, meningit va yosh chaqaloqlarda sepsis) chaqiradi. Streptokokk infeksiyalar og'ir intoksikatsiya beradi va umumiy yiringli infeksiya metastazsiz o'tadi.

Pnevmonokokklar - ko'pincha pnevmoniya chaqiradi kam holatlarda yiringli artrit, yiringli otit, meningit, bolalarda peritonit chaqiradi. Pnevmonokokklarga xos-toksinlar hosil qilmaydi.

Gonokokklar- ular gonoreya chaqiradi va ular tarqalib yiringli endometrit, adneksit, (salpingoofarit), yiringli pelvioperitonit (chanoq qorin parda yallig'lanishi) chaqirishi mumkin. Gematogen yo'li bilan tarqalib, yiringli artrit, yiringli sinovit chaqirishi mumkin.

Ichak tayoqchalari- qorin boshlig'idagi yiringli yallig'lanish (appendisit, xolesistit, yiringli peritonit) hamda sepsis chaqirishi mumkin. Ular odam ichaklarida hayot kechiradi va anaerob, aerob muhitlarda yashashlari mumkin, antibiotiklarga chidamli. Bularning alohida xususiyati - to'qimalarda chirish holatini chaqirib (terida, yog' to'qimalarida, mushaklarida) o'g'ir intoksikatsiyaga olib keladi. Yiringli o'choqlarda bu tayoqchalar streptokokk, stafilokokklar bilan birgalashib yallig'lanish holatining og'ir asoratlariga olib kelishi mumkin.

Proteylar - grammanfiy tayoqchalar guruhiga kiradi. Bulardan bir xillari (*proteus mirabilis*, *Pr. vulgaris*, *Pr. incostans*) og'iz bo'shligida, ichaklarda saprofit holda uchraydi. Agar ular yaraga tushsa yiringli-yallig'lanish chaqirib yumshoq to'qimalarda chirish, yemirilishlarni chaqiradi. Antibiotik va antiseptik (kimyoviy)larga chidamli, yiringli o'choqlarda boshqa mikroorganizmlar bilan uyushgan holda kasalxona ichi og'ir infeksiyasiga aylanadi.

Ko'k yiringli tayoqchalari (*Pseudomonas aeruginosa*) - odamdagi ter bezlari va terisida saprofit holda uchraydi. Bu kasalxona ichi infeksiyasilaridan biri hisoblanadi, kuyish va reanimatsiya bo'limlarida ko'proq uchraydi. To'qimalardagi regeneratsiya holatini bosadi, antibiotiklarga, antiseptik (kimyoviy) moddalarga chidamli (polimiksin, amiksin, karbopenisillin, bor kislotasidan tashqari). Bu holat organizmda chidamlilik pasayganda yuzaga chiqadi. Spora hosil qilmaydigan anaeroblar: bular anaerob sharoitda rivojlanib, yiringli

kasalliklarini chaqiradi. Bu mikroblar guruhiga grammusbat kokklar (peptokokklar, streptokokklar), grammanfiy bakteriyalar (bakterioidlar, fuzobakteriyalar), bu spora hosil qilmaydigan anaeroblardir. Qorin bo'shlig'ida qilinadigan operatsiyalardan keyin yiringli-yallig'lanish asoratlarini o'pka absessi, chanoq bo'shlig'i absesslarini chaqiradi.

Spora hosil qiluvchi anaeroblar - klostiridialar maxsus yallig'lanish chaqirib va nekrotik holat ya'ni gazli gangrenaga olib keladi. Klostridial infeksiyalarning ichida eng muhim *cl.perfringens*, *cl.aedemeticus*, *cl.septicus*, *cl.hystoliticus*. Bu infeksiyalar boshqa mikroorganizmlar bilan qo'shilgan holda (stafilokokklar, streptokokklar) kasalliklar chaqiradi. Gazli gangrena uchun eng xarakterli - juda og'ir intoksikatsiya chaqiradi, bu holat to'qimalarda yuzaga chiqadigan parchalanishlar va bakterial toksinlar natijasida bo'ladi.

Spora hosil qilmaydigan anaerob infeksiyalarga – qoqshol tayoqchasi bo'lib ular uy hayvonlarida va odam ichaklarida saprofit holida yashaydilar. Ana shu ichak hosilalari orqali (saprofit orqali) spora shaklida atrof muhitga tarqaladi va uzoq muddatda saqlanadi.

Yaralarning tuproq va boshqa har xil ifloslangan narsalarning tushishi qoqshol bilan kasallanishi mumkin. Bu tayoqcha o'zidan kuchli ekzotoksinlar – tetanospazmin va tetanogemolizin chiqaradi.

Organizmning yallig'lanishga reaksiyasi va patogenezi

Yallig'lanish yuzaga chiqishi uchun yiring chaqiradigan mikroorganizmlar jarohatlangan teri epiteliyasi va shilliq parda orqali organizmning ichki muhitiga kirishi mumkin. Shu holatni kirish darvozasi deyiladi. Jarohatlanmagan teri epiteliyasi va shilliq pardalar infeksiyasining o'tishiga mustahkam baryer hisoblanadi. Terining epiteliysi, shilliq pardalarning jarohati mexanik travmalar, kimyoviy moddalar ta'sirida allergik faktorlar, bakterial toksinlarning natijasida bo'lishi mumkin. Mikroblarning organizmga o'tishida jarohatlarning maydoni muhim ahamiyatga ega emas, chunki ular katta va juda mayda jarohatlarda ham organizmga o'ta oladi. Mikroorganizmlar teri epiteliyasining defekti orqali to'qimalar orasidagi yoriqlarga, limfa tomirlariga tushadi va limfa oqimi bilan pastda joylashgan to'qimalarga (teri osti yog' to'qimasiga, mushaklarga, limfa tugunlariga) tushadilar.

Agar tushadigan mikroblar soni ko'p bo'lmasa va virulentlik xususiyati past bo'lsa, yallig'lanish umuman bo'lmasligi yoki boshlansa

ham tez tamom bo'lishi mumkin. Yallig'lanish rivojlanadigan mahalliy sharoit mikroflora kirgan to'qimalar holati ham muhim rol o'ynaydi. Qon tomirlari yaxshi rivojlangan bo'lib, qon bilan ta'minlashi yaxshi bo'lsa o'sha joyda mikroorganizmga qarshi ta'sir kuchli bo'ladi. Masalan, bosh va yuz sohasidagi qalin tomirlar tizimi rivojlanganligi tufayli yiringli holatlar kam uchraydi. Mahalliy imunobiologik holatlar ham yallig'lanishning rivojlanishiga ta'sir qiladi. Oraliq sohalarida qolgan joylarga qaraganda yiringli yallig'lanishlar kam uchraydi, chunki regeneratsiya holati tez o'tadi. Yaraga tushgan mikroorganizmlar 5-6 soatdan keyin o'zining faoliyatini boshlaydi va ko'paya boshlaydi. Shuning uchun ham travmalar bilan bemorlardagi yaralarni birinchi saotlarda birlamchi xirurgik ishlov berish o'tkaziladi, chunki yiringli holat rivojlanib ketishi mumkin.

Mikroblarning yaxshi rivojlanishi uchun bo'lgan sharoitlarga:

1) jarohat bo'lgan joyda mikroblar uchun ozuqa manbasining bo'lishi.

2) bir vaqtning o'zida bir biriga yordamlashuvchi mikroblarning bo'lishi.

3) juda virulentligi yuqori bo'lgan mikroblarning infeksiya o'chog'idan tushishi.

Organizmning reaktiv holatiga bog'liq holda har xil organizmda har xil ravishda yallig'lanish rivojlanadi. Shuning uchun ham yallig'lanish holati giperergik, normergik, gipoergik va anergik shakllarda rivojlanadi. Bir xil kasallarda yiringlash holati tez, atrof to'qimalarga tarqalgan shundan tomirlarga trombozlar, katta shishlar, limfa tomirlariga tarqalgan, mahalliy va umumiy reaksiya bergan holda o'tadi. Lekin shunday giperergik reaksiya rivojlanganda, o'z vaqtida va ratsional davolash o'tkazilishidan qat'iy nazar bemorlarda o'lim holati rivojlanishi mumkin. Boshqa guruh bemorlarda yallig'lanish juda katta bo'lmagan to'qimalar jalb qilinib, shish katta bo'lmay, umumiy reaksiya ham juda rivojlanmagan. Tana harorati ham uncha baland bo'lmaydi, qondagi o'zgartirishlar ham uncha chuqur bo'lmaydi. Ana shunday normergik rivojlanishda o'tkazilgan davolash effekti yaxshi bo'ladi. Ayrim bemorlarda mahalliy yallig'lanish holatlari ham yuzaga chiqqan holda, mahalliy va umumiy reaksiyalar bir xilda o'tadi. Bunday holatlarda yallig'lanish tezda lokalizatsiya bo'ladi ya'ni karbunkul, abscesslar hosil bo'ladi. Bunday giperergik rivojlanish paydo bo'ladi davolash yaxshi natija beradi. Yiringli holat yuzaki rivojlanib

to'qimalarning yuqori yuzasida (abscess, karbunkul, frunkul) hosil qilib to'qimalarning chuqur qismiga o'tib ketishi va keng mushaklararo flegmonalar hosil qilishi mumkin. Hatto ular teri tagi yog' qatlamida tarqalgan epifastsial flegmonaga o'tib terida katta yemirishlarga olib kelishi mumkin.

Mahalliy reaksiya: Makroorganizmlarning organizmga kirgan mikrofloraga himoya kuchi rivojlanadi ya'ni baryer yuzaga chiqadi. Organizmda leykotsitar g'ov - ya'ni infeksiya o'chog'ini organizmning ichki muhitdan ajratadigan chegara paydo bo'ladi. Bu baryer hosil bo'lishda limfa tugunlar qatnashadi. Bunday to'qimalardagi reaksiyaning rivojlanishi bilan yiringli o'choqlar atrofida qo'shuvchi to'qimalar hujayralarning ko'payishi natijasida granulyatsion g'ov (devor, chegara) hosil bo'lib kuchliroq va mustaxkam yiringli o'choqni o'rab oladi. Ana shu yiringli o'choqning granulyatsion g'ov bilan chegaralanishi granulyatsion piogen qobiq paydo bo'lishiga olib keladi, ya'ni abscess hosil qiladi.

Agar mikrofloraning virulentligi yuqori bo'lib, organizmning himoya baryeri kuchsiz bo'lsa, ko'pincha limfa yo'llari (tomirlar, tugunlar) orqali mikroblar qon tomirlariga o'tadi va organizmda umumiy infeksiya rivojlanadi. Mahalliy reaksiya bilan birga umumiy reaksiyaning organizmga kirgan infeksiyalarga qarshi umumiy reaksiyasining rivojlanish darajasi kirgan bakterial toksinlar soniga va to'qimalarning parchalanishiga, hamda organizmning umumiy qarshilik reaksiyasiga bog'liq.

Yiringli yallig'lanishning davom etishi intoksikatsiyaning rivojlanishiga olib keladi va quyidagicha faktorlarga ega.

1. Yallig'lanish o'chog'ida mikroorganizmlarning ko'payishi, hayot faoliyati va ularning o'limida keng miqdorda bakterial endo va ekzotoksinlar ajraladi va ular qon oqimiga so'riladi va toksik holat rivojlanadi. Bundan tashqari yallig'lanish o'chog'ida to'qimalarning parchalanishi sababli, modda almashinuvining buzilishi anaerob holatning aerob ustidan ustun kelishi natijasida organizmda sut va pirovinograd kislotasining va boshqa yallig'lanish moddalarining (sitokinlar, interleykinlar, prostoglandinlar) organizmda yig'ilib qolishiga olib keladi. Ana shu toksik moddalar qonga so'rilib, hayotiy muhim a'zolar (miya, yurak, jigar, buyrak) faoliyatiga ta'sir qiladi.

2. Intoksikatsiyaning ikkinchi manbai- toksik moddalarning organizmda yig'ilib qolishi sababli, organizmda dezintoksikasiya qiladigan (jigar, buyraklar) a'zolar funksiyasini buzadi. Natijada

organizmda soʻrilish va chiqarish funksiyasi buziladi, yana qonga yalligʻlanish oʻchogʻidan toksik moddalarning oʻtishi (bakterial toksinlar, toʻqimalar parchalanishidan hosil boʻlgan moddalar) intoksikatsiya darajasini oshiradi.

3. Intoksikatsiyaga olib keladigan uchinchi faktor boʻlib, qonga toksin moddalarning soʻrilishidan (peritonit rivojlanganda) ichaklar parezi natijasida ovqat hazm qilish mahsulotlarining va ularning bijgʻishi, ovqat hazm qilish shiralari (oʻt suyuqliklari, fermentlar) yigʻilib qolishidir. Bu toksik mahsulotlarning katta miqdorda qonga soʻrilishi toksemiyaning kuchaytiradi va organizmning umumiy intoksikatsiyasiga olib keladi.

Endogen intoksikatsiyalarning rivojlanishidan toksemiya paydo boʻladi va yiringli yalligʻlanish holatining tarqalishi ogʻirligiga, toʻqimalarda boʻladigan parchalanish hajmiga bogʻliq. Bu holatning rivojlanishida bakteremiya, bakterial toksemiya, qonda toʻqimalar parchalanishidan hosil boʻlgan toksik moddalarning (polipeptid, nekrotik tanalar) yigʻilishi natijasidadir. Sirkulyatsiyasidagi immun kompleksining ortishi, antigen-antitananing oʻzaro taʼsirida, mochevina, proteolitik fermentlarning, toʻqimalar parchalanishidan hosil boʻladigan (lizosomal proteazolarning leykotsitlar yemirilishidan hosil boʻlishi), metabolitlar (etanol, asetonlar) ning yigʻilib qolishiniga olib keladi. Yalligʻlanish sababli toʻqimalarda nekrotik holatning paydo boʻlishida yiring bilan oqsillarning yuqotilishi, elektrolitlar suv balansining buzilishi, intoksikatsiya, gemostazning buzilishi-aylanishidagi qon hajmining oʻzgarishlariga olib keladigan asosiy faktor hisoblanadi. Yiringli kasalliklar bilan bemorlarda gipovolemiya oligositemik xarakterli boʻladi va intoksikatsiyaning va bemorlar umumiy ahvolining ogʻirligiga bogʻliq. Ogʻir holatda AQH 15-25 % pasaysa plazma hajmi 7-10%, globulyar hajmi 8-15% tushadi gipovolemiyada oqsillar hajmi ham oʻzgaradi, ammo sirkulyatsiyadagi albumin hajmi pasayadi. Shu vaqtning oʻzida sirkulyatsiyadagi globulin ham oshadi.

Yiringli yalligʻlanish kasalliklardagi suv elektrolit balansi, kislotalar holati buziladi. Asosan ogʻir tarqalgan yiringli-yalligʻlanish holatida va bemorlarning ogʻir ahvolda chuqur rivojlanadi. Suyuqlikning oʻzaro taʼsirlanishi hujayra gidratatsiyasi hujayradan tashqari degidratatsiyasi bilan rivojlanadi, ularni zudlik bilan korreksiya qilish zarur. Ayniqsa sepsis - peritonit sababli rivojlansa, tarqalgan flegmonalarda, mediastinitlarda va qorin orqa pardasi flegmonalarida ham boʻladi.

Elektrolitlar balansining buzilishi ayniqsa yallig'lanish fazasining – rivojlanishi, to'qimalar parchalanishida, ya'ni qon plazmasidagi kaliy miqdori pasayadi (yiring va ekssudat orqali). Regeneratsiya fazasida esa natriy ionlari plazmada ko'payadi, bu yallig'lanish o'chog'idan qonga o'tishi oshadi, qayta rivojlanish natijasida. Bu ionlar almashinuvi yiringlash o'chog'ida: to'qimalarda gidratatsiyaning ko'tarilishi bilan kaliy ionlari pasayadi va natriy xlor ionlari oshadi. Bu holat organizmdagi suv va elektrolit almashinuvining buzilishida va AQH ga katta ta'sir qiladi.

Klinik manzarasining alohida xususiyatlari

Yiringli-yallig'lanish kasalligining klinik manzarasi va uning yuzaga chiqishi mahalliy va umumiy simptomlar orqali paydo bo'ladi.

Mahalliy belgilari. Yiringli-yallig'lanishning mahalliy belgilari rivojlanishi bosqichiga, yallig'lanish o'chog'ining lokalizatsiyasiga bogliq. Yuzaki joylashganda (terining yiringli-yallig'lanishi, teri osti yog' qatlamida, sut bezlarida, mushaklarda) yoki to'qimalar orasida joylashganda ham shu holatga teri qoplamasi tortilganida mahalliy kasallik belgilari paydo bo'ladi: qizarish (rubor), yallig'lanish sohasida giperemiya, shishning paydo bo'lishi (tumor), og'riqning aniqlanishi (dolor), mahalliy haroratning ko'tarilishi (color) va o'sha sohada faoliyatining buzilishi (functio laesa). Yallig'lanish holatining tarqalish kengligi va uning aniq yuzaga chiqishi mahalliy belgilarining yuzaga chiqishi darajasini aniqlashga yordam beradi. Agar yallig'lanish ichki a'zolarida bo'lganda, uning xarakteriga qarab qaysi ichki a'zolar jarohatlanganligining (plevrit, peritonit) har xil mahalliy belgilari kuzatiladi.

Yiringli-yallig'lanish kasalligi bilan bemorlarni tekshirishda ularning yallig'lanishi qaysi fazada ekanligini aniqlash uchun albatta katta, qattiq hosila palpatsiya qilinadi. Unga qo'shilgan holda boshqa belgilarning ham aniqlashuviga asosan o'choqning yumshoq to'qimadaligini yoki bezli a'zoldagini, teri, qorin bo'shlig'ida ekanligini aniqlash mumkin. Agar palpatsiya qilinganda infiltratsiyaning bo'shashganligini, flyuktuatsiya belgisining musbat bo'lishi yallig'lanishining infiltrat fazasidan yiringli fazasiga o'tkanligidan dalolat beradi. Yiringli – yallig'lanishlarda rivojlanish bosqichida mahalliy belgilarining ko'rsatkichlari: terida qizarish va qizil yo'llarning

hosil bo'lishi (Limfangit), sharixsimon og'riqli, qattiqlashishlar ustidan yuzaki venalarning tortishi (tromboflebit) va shunday qattiqlashgan hosilalar limfa tugunlarida topilganda (limfadenit) aniqlanadi. Agar shunday mahalliy va umumiy belgilar orasida intoksikatsiya belgilari topilsa: yallig'lanish holatining rivojlanayotganligi va intoksikatsiya yuzaga chiqayotganligidan darak beradi.

Umumiy belgilari: organizmning yallig'lanishiga qarshi umumiy reaksiyasi: tana haroratining ko'tarilishi, varaja yoki haddan tashqari holsizlik, juda og'ir holatlarda xushining karaxtlashishi (ayrim hollarda hushini yo'qotish), bosh og'rig'i, tananing butunlay og'rishi, pulsning oshishi, qon tarkibida ko'rinarli darajada o'zgarish, jigarning, buyraklar faoliyatlarining buzilishi, qon bosimining tushishi va kichik qon aylanish tizimida turg'unlik. Bu ko'rsatilgan simptomlarning juda yorqin holda yoki kam ko'rinarli darajada bo'lishiga yallig'lanish holatining tarqalishiga, uning lokalizatsiyasiga va organizmning qarshilik kuchiga bog'liq. Tana harorati xirurgik infeksiyalar paytida 40°C gacha ko'tarilishi, qaytadan varaja tutishi va bosh og'rig'i, gemoglobin miqdori va eritrositlar sonining birdaniga tushib ketishi, leykotsitlar sonining ko'tarilishi, ayrim og'ir holatlarda 25.000 - 30.000ga chiqishi mumkin. Qonning plazmasi tarkibida globulinlar ko'payadi, albuminning miqdori pasayadi. Ichaklar funksiyasi buziladi – axlat to'xtab qoladi, siydikda oqsil ko'payadi.

Rivojlanayotgan intoksikatsiya qon ishlab chiqish tizimiga ham ta'sir qiladi anemiya paydo bo'ladi. Qondagi yetishmagan shaklli elementlari ko'payadi, leykotsitlar formulasi chapga siljiydi ya'ni segment yadroli leykotsitlar kamayib, tayoqsimon neytrofillar soni oshadi. Eritrositlarning cho'kish reaksiyasi ko'tariladi. Ayrim holatlarda jigar, taloq kattalashadi, teri qoplamasida sariqlik paydo bo'ladi. Mahalliy yallig'lanish umumiy ko'rinishda ham o'tishi mumkin. Yiringli xirurgik infeksiyada klinik belgilari xuddi sepsisda yoki har xil yuqumli infeksiyon kasalliklarida (tif, brutsellyoz, tuberkulyoz) bo'ladi. Agar umumiy reaksiyaning juda ham yorqin o'tishda yallig'lanishning mahalliy holatiga bog'liqligini yoki infeksiyon kasalliklari borligini bilish uchun qayta qonni olib bakteriyaning borligi yoki yo'qligini aniqlash zarur. Qonda bakteriyalarning topilishi va xirurgik operatsiyalarning birlamchi o'chog'ini bartaraf qilishga qaratib o'tkazilgandan keyin ham klinik o'zgarishlar kuzatilmasa buni sepsis holati deb tushunmoq kerak. Uni mahalliy yiringli holatga organizmning umumiy reaksiyasi deb bo'lmaydi.

Organizmning umumiy reaksiyasini sepsisdan ajratadigan belgisi, yiringli mahalliy o'choq xirurgik operatsiya yordamida bartaraf qilingandan keyin bemor ahvoli ancha yaxshilanadi, ayrim belgilari yo'qoladi- demak organizmning umumiy reaksiyasi bo'ladi. Vaxolanki sepsisda bunday holat kuzatilmaydi. Mahalliy yiringli yallig'lanishda organizmning umumiy reaksiyasining darajasini aniqlash bemor ahvolini to'g'ri baholashda yallig'lanishning rivojlanishi xarakterini aniqlashda va bo'ladigan asoratlar prognozini bilishda katta ahamiyati bor. Endogen intoksikatsiyaning klinik belgilarining yuzaga chiqishi uning og'irligi darajasini ko'rsatadi. Yengil intoksikatsiyada teri qoplamasi oqargan bo'lsa, og'ir darajada to'qroq rangga o'tadi, akrosianoz, yuzida giperemiya paydo bo'ladi. Albatta pulsi tezlashadi 110-130 martagacha, qon bosimi tushadi, hansirash, 25-30 marta nafas olish ko'tariladi. Intoksikatsiya og'ir darajada bo'lganda markaziy asab tizimida ruhiy qo'zg'alishlar, demensiya paydo bo'ladi. Diurezda o'zgarish bo'ladi – oligouriya hatto anuriya boshlanadi.

Diagnostika: Intoksikatsiyani aniqlashda laboratoriya testlarida qondagi mochevinaning, nekrotik tanachalari, polipeptidlar, proteolitik zardob aktivligi oshadi. Intoksikatsiyada og'ir darajasida anemiya kuzatilganda, leykotsitar formulasini chapga, qonning shaklli elementlaridatoksik donachalar, gipo va disproteinemiya paydo bo'ladi. Yiringli-yallig'lanish kasalligini aniq tashxislash uchun maxsus usullarni, endoskopik, laboratoriya va biokimyoviy tekshirishlar o'tkaziladi.

Mikrobiologik tekshirishlar – bunda nafaqat chaqiruvchilarning patogenlik, antibiotiklarga ta'sirchanligini aniqlash imkoniyatiga ega bo'ladi, yiringli-yallig'lanish kasalliklarini kompleks tekshirish bemorlardagi immunobiologik statusini aniqlab, maqsadli immunoterapiya o'tkazishga yordam beradi. O'z vaqtida xirurgik davolash o'tkazilganda va antibiotiklar bilan kombinatsiya qilinadi.

Bemorlarning yiringli-yallig'lanish kasalligi bilan kamayganligi va shu kasalliklarning o'tishida ko'rinarli darajada yaxshi tomonga o'zgarganligini e'tirof etiladi. Bemorlarni yiringli-yallig'lanishlar kasalligibilan kompleks tekshirishlar yordamida aniq tashxis qo'yish va yallig'lanish holatlarining tarqalishini va xarakterini aniqlash mumkin.

Davolashning umumiy prinsiplari. Yallig'lanish kasalliklarini davolashda umumiy prinsiplarni qo'llagan holda patologik holatning

xarakteriga va lokalizatsiyasiga qarab (flegmona, abscess, peritonit, plevrit, artrit, osteomielit) o'tkazilishi kerak.

Asosiy davolash prinsiplari:

- 1) Etiotrop va patogenetik xususiyatlari bo'yicha davolash.
- 2) Kompleks davolash: konservativ (antibakterial, dezintoksiatsion, immunoterapiya) va operativ davolash
- 3) Organizmning individual xususiyatini, xarakteri, lokalizatsiyasini va yallig'lanishning rivojlanish bosqichini hisobga olgan holda davolash.

Konservativ davolash: Yallig'lanishning boshlang'ich davrida mikrofloraga qarshi (antibiotiklar bilan) va yallig'lanish holatiga ta'sir qiluvchi yallig'lanishni qaytarish yoki chegaralashga erishish. Ana shu davrda qo'llaniladi: antibiotiklar, antiseptiklar, yallig'lanishga va shishga qarshi (enzimoterapiya), fizioterapiya, issiq muolajalar (kompres, isitgich asboblar), UF-nurlar, ultrayuqori chastotali terapiya (UVCH), dorivor moddalar bilan elektroforez, lazeroterapiya. Albatta kasal a'zoga tinchlik (immobilizatsion) qo'l va oyoqlarda bo'lsa, to'shak rejimi.

Yallig'lanishning infiltratsiya davrida - har xil novokainli blokadalar: g'ilofli (aylanasiga), parenetral, retromammar blokadalar. Intoksikatsiyani olish maqsadida infuzion terapiya qilinadi. Yallig'lanish yiringlash fazasiga o'tsa, yiringli abscesslarni punksiya qilib yiringni olish, uning ichiga antibiotiklar yuborish, ayrim holatlarda punksiya qilingan joydan drenaj naylar qo'yish mumkin. Ana shu punksiya qilish usuli tabiiy bo'shliqlarda yiring yig'ilganda (yiringli plevritlarda, yiringli artritlarda, perikarditlarda) ishlatish mumkin.



74-rasm: Bemor T. Chap dumba va yonboshsohasining katta ezilgan yarasi. Yiringli nekrotik anaerob flegmona asorati bilan.

Xirurgik operatsiyalar: Yallig'lanish holatining yiringli fazasiga o'tkanda, konservativ davolash effekt bermaganda xirurgik davolash usullari qo'laniladi. Lokalyiringli holatning umumiy yiringli infeksiyaga o'tishi (sepsis) xirurgik operatsiyalarni tezroq o'tkazishga ko'rsatma bo'ladi. Yallig'lanish holatining og'ir belgilari yoki uning yanada rivojlanayotganligini, oqimining og'irlashganligi, konservativ davolash samara bermaganligining belgisi: tana haroratining ko'tarilishi, intoksikatsiyaning rivojlanganligi, yallig'lanish joyida yallig'lanish-yiring yoki nekrotik parchalanish, shishining kuchayishi, og'riq ularga qo'shilgan limfangit, limfadenit, tromboflebitlarning paydo bo'lishidir. (1,2,3 va 4 rasmlarda ko'rsatilgan.)

Xirurgik davolashda "Ubi pusibi evacua" degan prinsip Gippokrat tomonidan taklif qilingan bo'lib, hozirgi vaqtda ham o'z ahamiyatini yo'qotgani yo'q. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va og'riqsizlantirish tegishli boblarda berilgan. Xirurgik dostup (operatsiya kesmalari) qisqa va yetarli darajada keng bo'lishi kerak. Bu kesmalar yiringni chiqarish va nekrektomiya qilish uchun yengillik tug'dirish kerak. Ayrim hollarda kesma qilingan punksiya ignasi orqali bajariladi. Avval punksiya qiladi, igna orqali yiring topilsa ignani olmasdan kesma qilinadi, yiring batamom tozalash uchun lazer nuri yoki UTT (ultra tovush) kavitatsiya qilinadi.

Shunday qilib yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolashda hozirgi zamon talabi bo'yicha ustidagi 3 ta qoidaga rioya qilish kerak.

1. Yiringli bo'shliqlarni erta tashxislash
2. Adekvat, radikal xirurgik operatsiya va qolgan bo'shliqni sanatsiya qilish.
3. Qolgan bo'shliqni adekvat drenajlash

Antibakterial (etiotrop) davolash.

Yiringli-yallig'lanishni kasalliligini chaqiruvchilarga qarshi kurashishda har xil antibakterial preparatlar qo'llaniladi, shulardan asosiy o'rinni antibiotiklar egallaydi. Antibiotiklarni qo'llashda eng muhim talablardan biri ularga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarni to'g'ri tanlashdir. Antibakterial preparatlarni kombinatsiya holatida ishlatishni va ularning dozasi, bo'ladigan asoratlarini aniqlash o'ta muhim hisoblanadi.



75-rasm. Bemor E. ning qisman yonbosh va dumba sohasidan ko`rinishi.

Antibiotiklarga ko`rsatmalarni aniqlash. Antibiotiklar eng zarur bo`lgan bakteriyada ishlatiladi. Ular bilan davolash xirurgik davolashning o`mini bosolmaydi. Yiringli –yallig`lanish kasalliklarni davolashning samarasi individual, ratsional yondashish, alohida xususiyatini o`rgangan holda tavsiya qilish bilan aniqlanadi.

Qarshi ko`rsatmalarni aniqlash. Agar antibiotiklarning nojo`ya ta`sirini yaxshi o`rganilmasa og`ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Anamnezida antibiotiklar sababli allergik reaksiyalar, oldin o`tkazgan va hozirgi kunda jigar, buyrak kasalliklari mavjudligi, ehtimol eshitish tizimida bo`lgan o`zgarishlar topilsa ularda bo`ladigan asoratlarni oldini olish mumkin.



*76-rasm. Bemor E. Yiringli nekrotik anaerob flegmonani ochish.
(Operatsiyasining boshlanish payti)*



77-rasm. Bemor E.ning batamom nekrektomiya qilingandan keyingi holat.

Agar buyrak kasalligi bo'lganda (nefrit, pielonefrit, nefroz) aminoglikozidlarni, qon kasalliklarida (anemiya) – xloramfenikol, agar eshitish apparatida eshitish asabning nevriti bo'lsa – aminoglikozidlar, polimiksin, streptomitsin preparati mumkin emas. Ayniqsa xomilador ayollarga antibiotiklarni tavsiya qilishda juda ehtiyot bo'lish kerak, chunki antibiotiklarning toksik ta'siri xomilaga ta'sir qiladi. Bronxial astma, xar xil toshmalarda antibiotiklarni tavsiya qilishdan oldin maxsus sinamalar qo'yilishi kerak.



78-rasm. Bemor E.ning Nekroektomiyadan keyingi yarani sanatsiya qilish etapi.

Antibiotiklarni tanlash. Bularni tanlashda chaqiruvchilarning turi va ularning antibiotikorezistentligi aniqlash shart. Bordiyu yiringli-

yallig'lanish chaqiradigan infeksiyalar verifikatsiyasi qiyin bo'lganda davolashni keng ta'sir qiluvchi antibiotiklarni (empirik antibiotiko terapiya) tavsiya qilish va chaqiruvchilar aniqlangandan keyin ta'sir qiladigan antibiotiklar qo'llaniladi. Agar mikroblarning bo'lishi mumkin bo'lgan holatlarda (yiringli peritonit) kombinatsiya holatida antibiotiklar tavsiya qilinadi. Bunday holatda sinergik ta'sir qiluvchi antibiotiklar – bunda mikroflora hamma antibiotiklarga sezuvchanligi hisobga olinadi, maqsadga muvofiq hisoblanadi har xil ta'sir qiluvchi antibiotiklarni qo'shib ishlatish masalan spora hosil qilmaydigan anaerob flora topilganda albatta shu floraga ta'sir qiluvchi – klindamitsin, metronidazol, gidrooksi metilxinoksilin dioksid.

Antibiotikka rezistentligini aniqlash. Antibiotiklarni mikroblar florasiga ta'sirchanligi aniqlangandan keyin tavsiya qilinadi. Yiringliyallig'lanishlarni chaqiruvchilarni aniqlamasdan avg'ov antibiotiklar tavsiya qilinmaydi. Ular aniqlanib ta'sirchanligini tekshirilib keyin tavsiya qilish kerak. Antibiotiklarni tanlashda bakteriologik tekshirishlar: yiring, balg'am, qon, ekssudat qayta aniqlanish kerak. Ularning dozasini pasaytirish kerak, agar ular shu floraga ta'sirchan bo'lsa.

Antibakterial preparatlarni tanlash va kombinatsiyalash

Antibiotiklar kombinatsiya holatida mikroblar assotsiyatsiyasida ishlatish mumkin. Ularni tanlashda o'zaro bir biriga ta'sirini aniqlash zarur. Ehtimol sinergik, antogonistik yoki indifferent (bularning faolligi bir-biriga ta'sir qilmaydi).

Eng yaxshi ta'sir ko'rsatadi sinergetik ta'sir qiluvchilarni kombinatsiya holatida ishlatish kerak. Bunda mikroflora hamma antibiotiklarga ta'sirchan bo'lishlari kerak. Eng muhim antibiotiklarni har xil spektrda ta'sir qiluvchilarni qo'shib ishlatishdir. Bir guruhdagi preparatlarni tavsiya qilish mumkin emas ularning umumiy noxush reaksiyasi (ta'sir) uchun.

Misol uchun: Nefrotoksik va ototoksik ta'sir qiluvchi streptomitsinni, aminoglikozidlarni, (kanamitsin, monomitsin, gentamitsin) birga tavsiya qilinganda ularning effektivligi baland, yoki shu guruhdan birini boshqasiga almashtirish mumkin. Kimyoterapevtik preparatlardan qo'shma antibiotiklar bilan keng ta'sir qiluvchi sulfanilamid, nitrofuranlar preparatlarini (xinoksamin tarkibidagi)

ishlatish mumkin. Nitrofuran preparatalari (furazidin, furazolidon) antibiotiklar bilan kombinatsiya qilinganda mikroorganizmlarning doriga chidamliligini hosil qilishni to'xtatadi.

Aminoglikozidlar va polimiksin, xloramfenikol va ristomitsin, xloramfenikol, sulfanilamid va nitrofuranlarni bir vaqtda tavsiya qilinganida noto'g'ri ta'sirini kuchaytiradi. Agar operatsiya paytida efir narkozi ishlatilsa va aminoglikozidlar ishlatilsa apnoe beradi.

Bemorlar ahvolini kuzatish

Antibiotikoterapiyaning erta asoratlarini aniqlash uchun bemorlar ahvolidan kuzatuv o'tkazish kerak. Buning uchun 4-5 kun ichida qonning va siydikning tahlilini qilish kerak, asoratlarning boshlanishi qondagi o'zgarishlar : leykopeniya, eozinofiliya, anemiya, siydikda – oqsil, silindrlar va zamburug'larning paydo bo'lishidir. Terida allergik toshmalarning paydo bo'lishi allergik reaksiyaning ko'rsatkichidir. Qondagi musbat o'zgarishlar (leykotsitlarning pasayishi, qon formulalarining normallasuvi, ECHT pasayishi), tana haroratining pasayishi antibiotikoterapiyaning effektivligini ko'rsatadi.

Antibiotiklar bilan davolashda albatta kombinatsiya holatida: vitaminoterapiya, oqsil va elektrolitlar defitsitini tiklash zarur. Yiringli – yallig'lanish kasalliklarini faqat antibiotikoterapiyani operativ davolashga almashtirib bo'lmaydi.

Antibiotiklar bilan davolashning muddatini aniqlash.

Antibiotikoterapiyaning qo'llanish muddati asosan yallig'lanish holatining to'xtashi va tana haroratining normallashi hisoblanadi. O'tkir holatlarda antibiotiklar 5-7 kun davom etishi kerak. Agar uzoq davom ettirish uchun albatta preparatlarni almashtirish kerak. Antibiotiklarni uzoq muddat qo'llash har xil asoratlarga (disbakterioz, toksik ta'sir) olib keladi.

Kimyoviy antibiotik preparatlari.

Yiringli – yallig'lanish kasalliklari davolashda sulfanilamid preparatlari yaxshi yordam beradi. Bu preparatlar – bakterisid, bakteriostatik, grammusbat va grammanfiy floralarga ta'sir qiladi. Eng muhimi sulfanilamidlar uzoq muddatda tavsiya qilinishi (sulfatoksipiridazin, sulfadimetoksin) yoki undan ham uzoqroq davolash (sulfalen) tavsiya qilinadi. Bu preparatlar yiringli kasalliklarning to'qimalarida bo'lishida, bezli a'zolar, osteomelitda, yiringli yaralarni

davolashda albatta antibiotiklar bilan qo'shma tavsiya qilishimiz zarur. Antibiotiklarning yana yaxshi ta'siri kombinatsiya holatida sulfanilamidlarni ko-trimaksazolni qo'shma ishlatish orqali erishish mumkin.

Nitrofuranlarning yiringli – yallig'lanish kasalliklarini davolashda nitrofuran eritmasining 1: 5000 holatda ishlatiladi, bo'shliqlarni empiema, yaralarni yuvishda ishlatiladi. Furazidin vena ichiga 0.1 % eritmasi 300-500 ml (0.3-0.5) ishlatiladi va 3-7 marta qilinadi.

Xinoksalin tarkibidagi preparatlardan gidroksimetiloksilindioksid antibiotiklar bilan birga ishlatilishi yaxshi effekt beradi. Bu preparat grammusbat va grammanfiy mikrofloralarga va anaerob gangrenaga (klostridialar) keng spektrda ta'sir qiladi. Gidroksimetilxinoksilindioksid - yiringli plevritlarni, peritonit, abscesslarni, flegmona – ko'k yiringli tayoqchalarni, ichak tayoqchalarni davolashda keng qo'llaniladi, yiringli bo'shliqni yuvishda 10-15 ml (100-150) 1 % eritmasi bilan ishlatiladi.

Bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinsa 3 hafta ishlatilish mumkin. Anaerob va noklostridial infeksiyalarni davolashda metronidazol vena ichiga yuboriladi.

Kimyoviy antiseptikalardan – xlorgeksidin yiringli yaralarni yuvishda, tamponlarni xo'llashda, drenajlar orqali 1:400 tartibda plevra bo'shlig'ini, qorin bo'shlig'ini (peritonitlarda) yuvishda ishlatiladi.

Enzimoterapiya– fermentlar va antifermentlarni davolash uchun ishlatiladi. Yiringli – yallig'lanish kasalliklarini davolashda proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, plazmin, kakain) : streptokinaza, plazminogen bilan aktivlashtiriladi va plazminga aylantiradi: fermentlar, dnk ni depolyarizatsiya qilinadi (dezoksiribonukleaza – dnk – aza) va rnk (ribonukleaza–rnk–za), gialuronidaza monopolisaxaridlarni parchalatadi: kollagenaza – kollagenlarni parchalaydi, elastaza-elastinni parchalaydi. Gialuronidaza asosan qo'pol chandiqlarni davolashda ishlatiladi.

Proteinazalar yiringli yaralarni tozalashda (nekrolitik ta'siri), qon aylanishni, tiklaydi, yiringli o'choqlardagi yiringni tozalaydi, ayrim biologik aktiv moddalarni inaktivatsiya qiladi, (bradikinin, gistamin). Bu hamma tadbirlar gipoksiyani pasaytiradi, atsidoz va modda almashinuvini normallashtiradi. Proteinazalarning yana bir xususiyati yiringli yallig'lanish kasalliklarini davolashda antibiotiklarning ta'sirini kuchaytiradi, mikrofloralarning ta'sirini kuchaytiradi, mikrofloraning antibiotiklarga ta'sirini kuchaytiradi.

Infuzion-transfuzion terapiya

Qon preparatlarini, qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarning yiringliyallig'lanish kasalliklarni davolashda ishlatilishi, eng muhim kompleks usullardan hisoblanadi. Transfuzion davolashning qo'llanilishi yiringliyallig'lanish kasalliklarida yuzaga chiqadigan muhim asoratlardan: intoksikatsiya, modda almashinuvining buzilishlari, oqsillar, suv-elektrolitlar muvozanatining buzilishi, volemik buzilishlari, immunologik o'zgarishlar bu usulning qo'llanilishiga ko'rsatma bo'ladilar.

Asosiy transfuziya qilinadigan preparatlarini (qon, qon preparatlari, qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar) yiringliyallig'lanishlarning xarakteriga, yuzaga chiqishi darajasiga va ularning asoratlariga qarab tanlanadi. Qon va uning komponentlarini qo'llash to'g'risida 6 bobda aytib o'tganmiz.

Yangi qon, eritrositlar massalarini quyish anemiya va aylanishdagi qon hajmi (AQH) defisiti paytida qo'llaniladi. Og'ir yallig'lanishi holatlarda leykotsitoz ko'tarilgan bo'lishiga qaramay, leykotsitlarning funksional qobiliyati pasayadi, fagositar faollik 30-50% gacha tushadi (normada 60-75%), bir vaqtda limfa-monositopeniya yuzaga chiqadi. Limfosit va monositlar sonining pasayishi leykotsitar massa quyishga ko'rsatma bo'ladi. Birinchi marta (4-5) 150ml har kuni yoki kunaro qo'yiladi va limfositlar, monositlar, soni bo'yicha taqqoslanadi. O'tkir yallig'lanishning boshlang'ich davrida oqsillar konsentratsiyasi baland bo'lib, giperproteinemiya kuzatiladi.

Ana shu davrda kompensatsiya reaksiyasi yetarli paytda to'qima oqsillari (asosiy oqsilning manbasi qon plazmasi) hujayralararo oqsillar kam o'zgaradi. Shuning uchun disproteinemiya va hujayralardan tashqari oqsillarni to'ldirish uchun quruq yoki nativ plazma, sivorotka albuminini keyinchalik aminokislotalar aralashmalari va oqsilli qon o'rnini bosuvchi suyuqlilar qo'yishga o'tish kerak. Surunkali yiringli holatlarda qaytalanish sodir bo'lishi bilan o'tadigan kasalliklar (surunkali osteomielit, surunkali o'pka absessi, bronxoektaz kasalligi) oqsillar almashinuvining chuqur buzilishi – to'qimalarda oqsillar yetishmovchiligiga olib keladi. Bu guruh bemorlarda oqsillar yetishmovchiligini to'ldirish nafaqat qon komponentlarini quyish bilan, hatto aminokislotalarning oqsilli gidrolizatlarini tomonidan qoplash

mumkin. O'zining effektivligi bilan qon plazmasini quyishdan ustun turadi va qon plazmasini quyush uchun ko'p vaqt sarflanadi.

Yiringli yaliglanish kasaliklaridan suv elektrolitlar muvozanatining buzilishida quydagi faktorlar tasir qiladi: yaliglanish o'chog'ida elektrolitlar va suvning konsentratsiyasi pasayadi suv elektrolitlarning yuqotilish, garmonlarning miqdorining o'zgarishi, suv elektrolit almashinuvi muvofiqlantirishining buzilishi, ichki azolar faoliyatining buzilishi. Yiringli yalig'lanishlarda suv - elektrolitlar muvozanatini tiklashda qonda ko'tariladigan STG (samatrop garmonlari) tiklaydi. gipofiz va kartizol garmonlari sathi qonda ko'tariladi. Yiringli yalig'lanish holatning chegaralangan yengil oqimi bilan suv elektrolitlar muvozanatini tiklash uchun yiringli o'choqni ochish, yiringdan tozalash, nekrotik to'qimalarni olish, sanatsiya qilish va adakvat drenajlash operatsiyasini o'tkazish yetarli. Yiringli holatni og'ir oqimda o'tishida albatta maqsadli ravishda suv elektrolit va kislota asoslari o'zgarishlarini hisobga olgan tranfuzion korreksiya qilinishi kerak. Mana shu maqsadda elektrolitli suyuqliklar, gidrokarbonat natriy qon plazmasi quyilishi kerak. Bu haqda biz yettinchi bobda keltirdik. Yiringli yalig'lanish kasalicklarda bemorlarni oziqlantirish kompleks davolashda asosiy o'rinni egallaydi. Oziqa moddalari tarkibida yetarli darajada oqsilalar, yog'lar, karbon suvlar, vitaminlar, mikroelementlar bo'lishi shart. Sutkalik ratsionga mevalar, sabzavot mahsulotlari kiritilishi kerak. Potensial oziqlantirish agar bemorlarni oziqlantirish iloji bo'lmasa o'tkiziladi. Oziqlantirish to'liq yokki qisman bo'lishi mumkin. Umuman bemor 1 sutkada 3000 kkal energiya olishi kerak. Potensial oziqlantirishda kaloriyani yetarli hosil qilishda dekstroza va yog'li emulsiyalar qo'llaniladi. Plastik xususiyatini yaxshilashda oqsilli gidrolizatlar aminokislotali aralashmalar ishlatiladi. Transfuziya qilinadigan tartib taxminan 3000 kkal uchun quydagicha bo'ladi: oqsilli gidrolizatorlar -500ml, soyali CO₂ va dukkakli yog'lar+ trigilitsiritlar - 500ml, 20% dekstroza eritmasi-200ml. Dezintoksikatsion davolash- bu davolashning maqsadi toksinlarni bartaraf qilish va qonga tushadigan toksik moddalarni kamaytirish. Bu masalani hal qilishda erta o'tkaziladigan operatsiyaning ahamiyati katta. Bunda yalig'langan o'choqni ochish, yiringni olish sanatsiya qilish, nekrektomiya o'tkazishni erta tashkil qilish kerak. Nekrektomiya xirurgik usulda qilinadi, sanatsiya maxsus antiseptik suyuqliklar bilan o'tkaziladi. Ayrim holatlarda fizik usullar (lazer, UTT) yoki kimyoviy usul-

proteolitik fermentlar qo'llaniladi va bo'shliqqa drenaj orqali yuvish tashkil qilinadi. Qator kasaliklarda-yiringli plevrit, yiringli artritlarda, yiringli ekssudatlarni punksiya yordamida drenaj qo'yilib, aktiv aspiratsiya qilinadi.

Vaholanki shuni aytish zarurki, bir lahzali yiringli o'choqlarni sanatsiya qilish hamma vaqtda ham yaxshi natija bermaydi. Chunki yiringli holat va to'qimalardagi nekrotik holatlar davom etishi mumkin, shuning uchun biz oxirgi yillarda katta yiringli holatlardan etapli nekroektomiyalarni o'tkazish xulosasiga keldik. Oshqozon-ichak tizimidan intoksikatsion maxsulotlarni enteral yo'l-nazogastral, nazointersistial drenajlar orqali, tozlovchi xuqnalar, sifonli xuqnalar va har xil interosorbsiya qiladigan sorbentlar (aktivlashgan ko'mir) orqali tozalash mumkin. Umuman organizmda rivojlangan toksemiya holatini ikinchi yo'l bilan bartaraf qilish mumkin- organizimni detoksikatsiya qilish tasirini o'tkazuvchi (enterakorparal detoksikatsiya) usul, va ikkinchi ekstrakorparal-qonni organizmdan tashqarida, plazma, limfa, suyuqligini ham maxsus sorbentlardan o'tkazib yoki toksinlarni filtrdan o'tkazilish yo'lidir. Intrapartsiyal yo'li buyraklarni filtratsion funksiyasidan foydalangan holda ularning faolligini ajratish xususiyatini ko'tarishi: diurezni yaxshilash, oshqozon ichak tizimi harakatini tiklash, toksinlarni kamaytirish maqsadida qonni suyultirish(gemodilyuziya) qon o'rnini bosuvchi moddalar - dezintoksikatsion tasir qiluvchi suyuqliklarni qo'llash kerak. Demak eng muhim dezintoksikatsiya qiladigan usul bu infuzion davolash hisoblanadi. Bu usul – asosan qonni suyultirish, toksinlarni birlashtirilgan holda buyraklar orqali organizmdan chiqarishga asoslangan. Infuzion moddalar qatorida asosan elektrolitlar eritmalari (poliionlar suyuqligi) dekstroza, dekstran (o'rt.mol.mas. 30.000-40.000) va dezintoksikatsion ta'sir qiluvchi qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar qo'llaniladi. Biz bu to'g'risida oldingi bobda keltirganmiz. O'gir yiringli – yallig'lanish kasalliklarida tezlashtirilgan diurez o'ta muhim hisoblanadi. Bu oson va oddiy usul bo'lib tabiiy yo'llar bilan toksik moddalarni chiqarishda buyraklarning konsentratsiyalash va ajratish funksiyasiga tayangan holda qo'llaniladi.

Tezlashtirilgan diurez avvalo qonni suyultirish (gemodilyutsiya) va buyraklarning ajratish qobiliyatiga asoslangan. Buyraklarning konsentratsiyalovchi – ajratish funksiyasini stimullash maqsadida transfuzion moddalar quyish ular yetarli darajada gemodilyutsiya qilinadi. Ana shu maqsadda kristalloidlar eritmasi past molekular

dekstranlar, agar gipovolemiya holati bo'lsa oldindan oqsilli qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyish kerak. Oldindan quyiladigan suv yuklamasini beradigan 1000 ml Ringer-lokk eritmasi, 500 ml 3% li gidrokarbonat natriy va 400 ml dekstran (o'rt mol mas 30.000-40.000) suyuqligi quyiladi. Shulardan keyin diuretiklar – mannitol 1-1.5 g/kg dozada yoki furasemid (40-80 ml) – quyish davom etiladi. 5% li dekstroza 1000-1500 ml va oqsilli moddalar (qon plazmasi, albumin, oqsilli gidrolizatlar) – 1000-1500 ml. Bemorlar hammasi bo'lib 4000-5000 ml suyuqlik oladilar va 3000-4000 ml siydik chiqaradilar. Ana shu holat siydik qopiga qo'yilgan drenaj nay orqali (quyilgan suyuqliklar ham hisoblanadi) ajralgan siydikning har soatdagi miqdori hisobga olinadi 300-400 ml/soat bo'lish kerak.

Tezlashtirilgan diurezni to'g'ri o'tkazilganligini tekshirish uchun kuzatiladi: elektrolitlar muvozanati, oqsillarning organizmdagi balansi, kislota-asos holati (KAH), qoldiq azot miqdori va markaziy venoz bosimi (MVB). Transfuzion moddalar tarkibiga kaliy xlorid (40-60ml 10% li eritmasi, natriy xlorid- 50 ml 10 %li eritmasi), kalsiy xlorid (30 ml 10 % li eritmasi) 1000-1500 ml 5 %li dekstroza suyuqligi bilan birga qo'llaniladi. Kerak bo'lsa tezlashtirilgan diurez har kuni bir necha sutka davomida o'tkazilishi mumkin.

Plazmaferez. Qonni sentrifuga yordamida plazmasini ajratish va bir vaqtning o'zida toksinlarning ham olinishiga asoslangan usulda, qonning shaklli elementlarini qon tomirlarga qaytarilishidir. Bir vaqtda 1000 ml plazma ajratilgan uni o'rnini donordan olingan albumin va plazma transfuziya qilish bilan to'ldiriladi. Plazmaferez bilan toksik moddalar, nekrotik tanachalarni, polipeptidlarni, proteolitik fermentlarni immun komplekslarni chiqarib tashlash mumkin.

Gemosorbsiya. Ko'mirli sorbentlar va rolikli nasos qo'llashga asoslangan. 1 seans gemosorbsiyada 10 litrgacha qonni sorbsiya qilish mumkin. Sorbentlar kolonkasida 2 marta qon o'tadi va qisqa vaqt ichida tezlik bilan ancha effektiv holda qondagi toksik moddalar : kreatinin, billirubin, mochevina, konsentratsiyasini pasaytiradi. Pastroq sur'atda o'rtacha molekuladagi moddalar konsentratsiyasini kamaytiradi. Gemosorbsiyasini manfiy tomonlaridan sorbentlar, oqsillar va elektrolitlarni o'zida yutadi va leykotsitlar, eritrositlarni, trombositlarni yemiriladi.

Limfosorbsiya– bu usul bilan tayanchli detaksikatsion effekt olish mumkin. Buning uchun ko'krak limfa yo'lini drenajlaydi va limfa

olinadi. Limfosobsiya natijasida ko`rinarli darajada mochevina, kreatinin, billirubin, nekrotik tanachalar, proteolitik fermentlar konsentratsiyasi pasayadi. Vaholanki limfosorbsiya paytida tabiiy limfositlar yo`qoladi, buning natijasida organizmning immun reaksiyasi pasayadi.

Gemofiltratsiya va gemodializ– yarim o`tkazgich membranalar orqali qonni o`tkazib toksik moddalarni qondan chiqarishidir, shuning bilan birga bemorlarning inaktiv qonni – plazmasini, shakli elementlari saqlab qolinadi. Bu usuldan keyin qonning plazmasini to`ldirish hojati qolmaydi.

Gemodializga qaraganda gemofiltratsiyada keng spektrdagi toksinlar qondan chiqariladi. Gemodializ (sun`iy buyrak) - buyrak yetishmovchiligida toksinlarni qondan chiqarish uchun qo`llaniladi. Surunkali buyrak yetishmovchiligida bu usul qayta ko`p marta ishlatilishi va metobolizm mahsulotlarini chiqarishda foydanilladi.

Davolash davomida qonda yig`ilib qoladigan toksik moddalarni xarakteriga qarab – intra- ekstrakorporal detoksikatsiya usulini kombinatsiya holatida qo`llash mumkin.

Immunoterapiya- organizmning infeksiyalar bilan kurashishda muhim ahamiyatga ega. Nomaxsus va maxsus immun himoya faktorlari hisoblanadi. Bu faktorlar qonni plazmasida bo`lib retikulo endotelial hamda, plazmatik hujayralar tomonidan ishlab chiqiladi. Hozirgi kunda immunoglobulinlarni (mikroblarni yopishtirish va cho`ktirish) bakterial hujayralariga ta`sir qilish mexanizmi yaxshi o`rganilgan. Yana fagositoz – makrofaglarning mikroblarni yo`qotish faoliyati ham fanda aniqlangan.

Immunoterapiyaning og`ir yiringli –yallig`lanish kasalliklarida immun tizimida aniq o`zgarishlarni hisobga olingan holda qo`llanilishi effektli ekanligini maxsus laboratoriya testlarida aniqlangan.

Organizmning antiinfeksiya rezistentligini (chidamligigini) fagositoz ko`rsatkichlari orqali bilish mumkin. Uning yuqori darajda ekanligini organizm rezistentligining yaxshiligini ko`rsatadi. Agar fagositoz – susaysa bu yomon ko`rsatkichbelgisidir. Fagositoz ko`rsatkichining normal holati: fagositozlar soni (indeksi) 2.5-4.0. fagositar faollik 72.8 +/- 1.5 %

Zardobning bakterial faolligi

Qonning bakterial faolligi normada 80-100 %. Bu ko'rsatkich davolashni boshlaguncha obyektiv hisoblanadi, agar antibiotiklar qo'llanilgandan keyin antiinfeksion rezistentligi holatining haqiqiy ekanligini ko'rsata olmaydi.

Organizmning (antiinfeksion rezistentligi) immunologik reaktivligini muhim ko'rsatkichi qondagi T va B limfotsitlar miqdori, immunoglobulinlar (Jg) dir. Qondagi limfositlarning faol sathi – 10.6 ml. T limfositlarning normadagi ko'rsatkichi 50-80 % va 700 -1920 hujayra 1 mkl. Bu limfositlar – 13-30 % va 210-810 hujayra 1 mkl.da; limfositlarning blast transformatsiya tarkibi 1000 hujayra: LgG 14+- 3.4 g/l, LgA -2.55+-0.5 g/l, LgM – 1.5+-0.4g/l. Ana shu ko'rsatkichlarning pasayishi yomon belgi, davolash davrida ko'rsatkichlarning ko'payishi davolashning effektivligi, immun reaksiya normal holatda ekanligini ko'rsatadi. Ko'rsatkichlarning umuman buzilishi immun reaksiyaning yomonlashuvi yuzaga chiqaradi.

Immunokorreksiya xususiyatiga ega - bu leykotsitar massa hisoblanadi, organizmga 150-300 ml dozada har 3-4 kunda hammasi bo'lib 4-6 marta quyiladi. Donor qoni va leykotsitar massasi qo'llanilganda hujayra immun tizimi faolligiga erishish mumkin, ammo uning ta'siri kam chidamli va uzoq vaqtga yetmaydi. Ko'p chidamli va uzoq vaqt ta'sir qilish effektini olish uchun aktiv va passiv immunizatsiya moddalarini kombinatsiya holatida ishlatilganda olish mumkin. Aktiv immunizatsiya timus bezi moddasi – passiv immunizatsiya leykotsitar massa bo'lib uni to'ldiruvchi davolash maqsadida qo'llaniladi.

Immun preparatlariga – giperimmun plazma (antistafilakokk, antiprotey plazmalar), odam qonidan olingan maxsus gammaglobulin va mikroblar toksiniga qarshi antitela (stafilokokkga qarshi, qoqsholga qarshi) gammaglobulin, immunoglobulin (odamning) JgG +LgA+LgM. Bundan tashqari hayvonlardan olinadigan giperimmun zardob (gangrenaga qarshi va qoqsholga qarshi) sivorotkalar ham qo'llaniladi. Organizmning immun reaksiyasini stimulyatsiya qiladigan moddalar – levomizol, interferon, prodigiazonlar ham yaxshi effekt beradi.

Maxsus antitoksik immunitet hosil qilishda profilaktika maqsadida stafilakok, qoqshol anatoksinlari ishlatiladi. Immunologik reaktivlikni

stimulyatsiya qilish uchun – yangi tayyorlangan qon va detoksikatsion terapiya ishlatiladi.

Limfositlarning mo`tdil holatini davriy ravishda leykotsitar massa va yangi tayyorlangan qon quyish bilan ta`minlash mumkin.

T – limfositlarning past darajasida va uning faolligining pastligida ko`rsatkich bo`lib sog` odamlardan tayyorlangan leykotsitar massa yoki rekonvalestsent- preparatlari timus bezi va levomizol yoki interferon quyilishi kerak, ya`ni steroidlar qo`llaniladi.

Giperimmunplazma, sivorotka, maxsus immunoglobulinlar –B limfositlarning pasayishida immunitetning gumoral faktorlarini quyishga ko`rsatma bo`ladi. Bunda albatta etiborga olish kerakki passiv immunizatsiya shaxsiy immunoglobulinlar sintezini pasaytiradi, shuning uchun passiv va aktiv immunizatsiya qo`shma o`tkazilishi kerak. Immun reaksiyaning organizmda buzilishi ya`ni allergik reaksiyalarning paydo bo`lishi qonda SIK (Sirkulyatsiyadagi Immun Kompleks) preparatini ishlatish kerak.

Yiringli yallig`lanish kasalliklari og`ir bo`lgan bemorlarni sepsis bilan immunoterapiya o`tkazishda albatta yordamchi va stimulyatsiya qilinadigan maxsus va nomaxsus terapiyalar qo`shma bo`lishi kerak va doimiy organizmdagi immun statusini nazorat qilishi kerak.

I. Teri va teri tagi to`qimalari infeksiyalari

Bemorlarning yumshoq to`qimalardagi infeksiyalar bilan birlamchi statsionarlarga murojaati 70% ni tashkil qilmoqda. Bu holat xirurglar oldida juda katta ma`suliyatni talab qiladi. Eng avvalo infeksiyon holat borligini aniqlash, etiologik sabbalarini, qanday chaqiruvchilar ekanligiga baho berish kerak. Shu ma`lumotlarni aniqlab to`g`ri diagnoz qo`yish, adekvat davolashni tashkil qilish, albatta operativ davolash tartibini tanlash, antibakterial terapiya va albatta kasallik qanday natija bilan tamom bo`lishini aniqlash lozim.

Yumshoq to`qimalarga- teri, teri tagi to`qimalari, fassiyalar va mushaklar kiradi. Teri ikki qavatli strukturadan- yuzaki ektodermal epidermis va ichki qo`shuvchi to`qimadan iborat qavat-xususiy dermadan iborat. Derma qavati bo`linadi: so`rg`ich va to`rqavatlardan tuzilgan. Epidermis va derma bir biri bilan qattiq yopishgan bo`lib, 1,5-4mm qalinlikdadir. Teri tagida teri tagi to`qimalari mavjud.

Terida- ter bezlari, sochlar, yog' bezlari va tirnoqlardan iborat. Infeksiyalar bu tuzilmalarda tez tarqaladi va chuqur to'qimalarga o'tishi mumkin.

Terining qon bilan ta'minlanishi. Terida asab tolalari, qon va limfa tomirlari bor. Teriga arteriyalar teri tagi to'qimasi arterial chigallaridan fassiya va derma chegarasidan keladi. So'rg'ich va to'r qavatlariga arteriya shoxobchalari so'rg'ich osti tarmoqlaridan kapillyarlar orqali keladi. Vena qon tomirlari arterial tomirlarini kuzatgan holda arterio-venoz shuntlar hosil qiladi. Teri limfa tomirlari arteriolalarni kuzatgan holda bo'lib, teri tagida limfa chigallari hosil qiladi va bir nechta klapanlari paydo bo'ladi, dermadagi limfa tomirlarda klapanlar bo'lmaydi. Har qanday infeksiya o'choqdan (dermadagi) chuqurga tarqalishi mumkin-eritema, shish, sellyulit berishi mumkin. Yanada chuqurroq ketganda fassit rivojlanib, teri tagi to'qimasi va terida nekroz paydo bo'lishi mumkin.

Teri tagi to'qimasi va fassiya. Hamma qo'shuvchi to'qima tolalaridan iborat tanada qavat-fassiya deb ataladi. Fassiyalar yuzaki, chuqur va subseroz qavatlariga bo'linadi. Chuqur fassiyalar asosan mushaklarni yopib infeksiyalarning tarqalishiga to'siq vazifasini bajaradi. Yuzda va kallada chuqur fassiyalar bo'lmaydi, shuning uchun yuzdagi va kalladagi yiringli holat tez tarqalib ketadi.

Skelet mushaklari. Ko'ndalang-targ'il mushaklar uzun yadroli mushak tolalaridan iborat, ular sarkolemmalar bilan yopilgan. Mushaklarning qon bilan ta'minlanishi yuqori. Har bir mushak tolalariga bir necha qon kapillyarlari kelishi mumkin. Yurak mushaklaridan farqi shundaki limfa tomirlari mavjud bo'lib, endolizin joylashgan, tana mushaklarida katta qo'shuvchi to'qimalardan iborat elementlar bor.

Terining mikroflorasi. Teridagi bakteriyalar soni shaxsiy gigiyenaga, atrof muhitning ta'siriga, tanadagi endokrin o'zgarishlarga bog'liq. Eng kam bakteriyalar: ochiq, quruq, hamda terining kam sohalarida-qo'llarda va yuzda uchraydi. Qo'ltiq, oraliq, burun teshiklarida, barmoqlar orasi (oyoqlarda) sohalarida harorat baland bo'lib, nisbiy namlik baland bo'lganligi uchun bakteriyalar kolonizatsiyasi ko'payadi. Terida doimiy nisbatan stabil va doimiy o'zgarib turadigan mikroflora mavjud. Ular tashqi muhitdan tushib, vaqt o'tishi bilan o'zgarib turadi. Stabil turadigan mikrofloralarga difteroidlar va stafilokokklar kiradi. Bular teridagi yoriqlarda va soch follikularida himoya qilingan holda bo'ladilar.

Difteroidlar grammusbat va harakatsiz tayoqcha. Aeroblar va anaeroblar bo'lishi mumkin. Aeroblar yog' bezlari atrofida joylashib difteroidlarning ayrim turlari patogen hisoblanadi. Ular tizimli infeksiyalarni: endokarsitlar, limfadenitlar, vaginit, yringli sepsisni, bakteremiya, gepatitlar, jigar va miya absessini chaqiradi.

Mikrokokklar oilasiga-stafilokokklar, mikrokokklar kirib terining doimiy komponenti hisoblanadi. St. Epydermitis-eng ko'p uchraydigan teri mikroflorasiga kiradi. St. Aureus terining doimiy rezidenti bo'lmasada burun bo'shlig'ida, qo'ltiqosti, oraliq va barmoqlar orasi (oyoqlarda) sohasida doimiy uchraydilar. Burun yo'llarida 10-40% holatlatda uchraydi. St. Aureus-yumshoq to'qimalarning infeksiyon zaralanishlarining doimiy agenti hisoblanadi.

Streptokokklar-terining doimiy agenti bo'lib hisoblanmaydi. Grammanfiy bakteriyalardan Acinetobacterlar oilasiga kirib chov sohasi, qo'ltiqosti va bo'shliqlar orasi terilarida normal mikrofloralar tarkibiga kiradilar. Proteus terida kam kolonizatsiya bo'ladi.

Zararlanmagan teri infeksiyalarning o'tishiga juda mustahkam. Agar teri jarohatlanganda ayrim infeksiyalar o'tishi mumkin. Teri infeksiyalarining o'tishiga moyil bo'lib qolishida quyidagi sharoitlar kerak bo'ladi: mikroorganizmlarning yuqori konsentratsiyasi va terining shox qavatining jarohatlanishi kerak.

Teri infeksiyasining rivojlanishida shartli teri patogen mikroorganizmlar bilan chaqiriladi.

Yumshoq to'qimalarning xirurgik infeksiyalari teri jarohatlanishi tasnifi.

Bu tasnifni D.A Ahrenholz taklif qilgan.

I sath-haqiqiy terining o'zi jarohati.

II sath- teri tagi to'qimasining jarohati.

III sath-yuzaki fassiyaning jarohati.

IV sath- mushaklar va chuqur fassiyalarning jarohati.

Birinchi sath jarohatlanishiga furunkul, furunkulyoz, saramas yallig'lanishi va erizipiloidlar kiradi. Ikkinchi jarohatlanish sathiga - karbonkul, gidrodenit, absess, sellyulitlar kiradi. Hozirgi zamonda bakterial infeksiyalarning asosan fascial qatlamlarda o'tishini hisobga olgan holda III sathni umumiy ifodalayotgan nekrozlashgan fassitlar deb ataydilar. IV sathga kiradigan infeksiyalarni piomiozitlar: yani

mushaklar qini infeksiyalari (bel va qorinning to'g'ri mushaklari abssezlari) hamda klostridial va noklostridial mionekrozlar kiradi.

Follikulit (folliculitis) – soch qopchasining yiringli yallig'lanishi follikulit deyiladi. Yakka va ko'p sonli jarohatlanishlari mumkin. Ular tananig xoxlagan joyidagi teri qoplamasida, asosan qayerda uzun sochlar bo'lsa va yaxshi qalin bo'lsa ko'proq follikulitlar uchraydi.



79-rasm. Follikulit.

Etiologiyasi va patogenezini. Follikulitlarning rivojlanishida asosan stafilokokklar sababchi bo'ladi. Mikroblarning soch qopchasiga kirishiga asosiy faktor ular mahsulotining chiqib ketishining buzilishi sabablidir. Follikulitning rivojlanishida shamollash, avitaminozlar, surunkali kasalliklar va modda almashinuvining buzilishi natijasida yuzaga chiqadi.

Klinik belgilari va diagnostikasi.

Follikulitga xos klinik belgi: konussimon shishli hosila teri ustida hosil bo'ladi uning o'rtasida soch joylashgan. Shish atrofida qisqa giperimiya paydo bo'ladi. Paypaslab ko'rilganda katta bo'lmagan infiltrat aniqlanadi. Yiringlash holati tamom bo'lgandan keyin infiltratning tepasida yiringli qoplama paydo bo'ladi, keyinchalik bu qoplama o'zi tushib ketadi. Mayda ko'kimtir qizg'ish rangli dog' paydo bo'ladi.

Davolash. Har xil vanna, follikulalarni ho'llash mumkin emas. Gigiyenik qoidalarni buzmaslik, o'sha o'choq atrofini 2 %li sallitsil spirti bilan artish, sochni kalta qilib qirish kerak. Follikulani steril igna

bilan teshiladi va yod, spirt bilan artiladi. Bordiyu bemorda shu holat ko'p qaytarilsa, surunkali holatda o'tsa antibiotiklar, vitamino-immunoterapiyalar qilinishi maqul. Fizioterapevtik muolaja: UFO - nur berish, elektroforez mumkin.

Furunkul (furuncul)—soch folikulalarining, yog' bezlarining, va atrof teri tagi yog' to'qimasining o'tkir yiringli nekrotik yalig'lanishidir. Furunkulning eng ko'p uchraydigan lokalizatsiyasi bo'yining orqa qismi, tirsak, qo'l panjalarining tashqi yuzasi, yuz va son sohalari hisoblanadilar.

Agar ikkita va undan ko'p furunkullar bo'lganda furunkulyoz deyiladi. Furunkulyozning rivojlanishida mikrotravmalar: terini qashlash, ko'pincha terida qichish bo'ladi va ayrim kasalliklar sababli bo'lishi mumkin.

Etiologiya va patogenezi- bu kasallikni asosiy chaqiruvchisi tillarang stafilokoklar hisoblanadi, kam holatlarda boshqa yiringli chaqiruvchi mikroblar bo'ladi.

Furunkulyozning rivojlanishida uning keltirib chiqaradigan faktorlar mavjud: qandli diabet, avitaminozlar, teri kasalliklari. Furunkul boshlanishida soch qopchasidagi pustuladagi mikroblar soch qopidan terini so'rg'ich qavatiga tarqaladi va yalig'lanish infiltrati paydo bo'ladi. Infiltrat markazida nekrotik o'choq- nekrotik tortish o'qi paydo bo'ladi va yiriing yig'ila boshlaydi. Yiringning va nekrotik to'qima joyiga ko'chgandan keyin teridagi defekt granulyatsiya bilan to'ladi va qo'shuvchi to'qima hosil bo'ladi. Bemorlar kasalikning boshlanish paytida og'riqli, qattiqlashgan shish borligiga shikoyat qiladi. Yalig'lanish rivojlangan sari umumiy holsizlik tana harorati oshadi, og'riq bor joyda qattiqlashsh boshlanadi. Furunkul sohasidagi og'riq agar bosh qisimida, ensa, tashqi eshituv yo'lida, barmoqlarni tashqi yuzasida joylashganda og'riq sezilarli darajada kuchayadi.

Klinikasi va diagnostikasi. Kasalikning boshlanishida yalig'lanish joyida uncha katta bo'lmagan yiringli hosila paydo bo'ladi, atrof terisida giperemiya bo'ladi terida qattiqlashish, yiringli holatning rivojlanishi bilan teridan 1,0-1,5 sm katalikdagi shish yani infiltrat paydo bo'ladi. Atrof terisi qizaradi, ko'kimtir rangga o'tadi va infiltrat markazida qora rangli nekrotik qoplama paydo bo'ladi.



80-rasm. Furunkul.

Nekrotik to'qima joyidan ko'chgandan keyin o'rnida chuqur qon oqishga moyil yara hosil bo'ladi. Bu yarani 3-4 kun o'tgandan keyin granulyatsiya yopib oladi va yara bita boshlaydi, qo'shuvchi to'qima o'sib chandiq paydo bo'ladi.

Ayrim holatlarda furunkul atrofidagi qattiq infiltart yumshaydi uni ko'p bo'lmagan sarg'ish rangli yiringli ajralma chiqa boshlaydi. Bu klinik belgi absesslashgan furunkulga xosdir. Shish atrofidagi terida qizil rangli yo'lchalar paydo bo'lishi- limfangayitning boshlanishidir. Agar palpatsiya qilinganda regionar limfatik tugunlarning kattalashishi aniqlansa- limfadenit boshlanishidan darak beradi. Furunkulni yuqori labda, yuzida paydo bo'lganida bemorlarda bosh og'rigi, tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, yuz venalarida tromboz boshlanganidan bir belgisidir. Ko'pincha furunkulni shunday lokalizatsiyalaridan yiringli meningit- yuzdagi venalar orqali yiringli moddaning miya pardalaridagi sinuslarga borishidir. Ko'pincha bunday bemorlarda sinus trombozlari rivojlanib, hatto o'limga ham olib kelishi mumkin. Unung asosiy belgilari varaja, kuchli terlash, sandirash, hushining tumanlashuvi, teri qoplamasining oqarishi, hushidan ketib komaga tushishi mumkin. Bu klinik belgilar sepsis asoratining paydo bo'lishidir.

Davolash. Furunkulni davolash asosan konservativ usulda o'tkaziladi. Ko'pincha bemorlar furunkulni qisib ayrim hollarda markazidagi qora qoplamasini o'zlaricha kesish, issiq ushlovchi kompressorlar qilishi man etiladi. Kasallik boshlanishda terisi 70 % li etanol suyuqligi bilan yoki 2 % li salitsil spirti bilan ishlanadi. UVCh terapiya o'tkazish mumkin. Furunkulni xirurgik davolab, ular ochilgandan keyin antiseptik suyuqliklar bilan yuvib gipertonik eritma,

proteolitik fermentlar bilan aralashma holda mahalliy bog'lam qo'yiladi. Bog'lamlar paytida UFO- nurlar ham ishlatiladi. Nekrotik to'qima batamom ko'chganidan keyin levamikol, oflodemit kabi moylar bilan bog'lam qo'yish mumkin. Bordiyu absesslashgan furunkul bo'lganda va yuz sohasida joylashganda albatta antibiotiko terapiya o'tkazilishi kerak. Furunkul yuzda, lablar sohasida bo'lganda ularni xirurgiya bo'limida, yaxshi yuz - jag' xirurgiya bo'limida statsionar sharoitida davolash zarur. Agar ahvoli ancha og'ir bo'lsa, qandli diabet kasalligi, avitaminoz, topilganda antibiotiklar, antistafilakokk anatoksinlar tavsiya etiladi.

Karbunkul (karbunculus). O'tkir yiringli teri yallig'lanish kasalligi bo'lib, bir nechta soch qopchalari, yog' bezlarining infiltrat va terida nekroz hosil bo'lishi bilan teri tagi to'qimalarida tromboz hosil qilib tarqalishidir.

Etiopatogenezi. Asosiy chaqiruvchisi – tilla rangli stafilokokklar, ozroq miqdorda streptokokklar, ayrim holatlarda aralash(stafilokakk va streptokokklar) bo'lishi mumkin. Karbunkulga olib keluvchi faktorlardan avitaminozlar, qandli diabet hisoblanadi. Karbunkulni asosiy loklazitsiyasi- bo'yinning orqa yuzasi, yuqori va pastki lablar, yelka va bel sohalari. Kasallik paydo bo'lishi uning bir nechta soch qoplarini, yog' bezlarini qamrab olishi bilan boshlanadi. Keyinchalik qon aylanishni buzilishi mahalliy tromboz hosil bo'lishini terida nekroz, teri tagi to'qimarida, chuqur joylashgan qavatlarga tarqalishi bilan davom etadi. Nekroz bilan birga yiringlari erib ketishi bilan soch qopchalaridan yiring ajrala boshlaydi. Nekrotik to'qima oz joyidan ko'chgandan keyin chuqur yaralar hosil bo'ladi va ikkilamchi tortilish bilan bitadi.

Kiliniq belgilari va diagnostikasi

Bemor kuchli og'riqqa og'riqli infiltratga tana haroratini ko'tarilishiga umumiy holsizlik, ishtahaning yo'qligi va bosh og'riqqa shikoyat qiladi. Anamnezini aniqlashda qandli diabet, avitaminoz har xil ariqlashlar borligi aniqlanadi. Bemorni tekshirish paytida yiringli belgilardan(tana haroratini ko'tarilishi pulsning tezlashishidan tashqari) bo'yin sohasidan ko'kimtir shish borligi aniqlanadi. Bu holatning boshlanishida bir necha shunday shishlar qo'shilib katta

shish paydo bo`lib terida ancha ko`tarilib turadigan katta infiltrat paydo bo`ladi. Bu shishning o`rtasida ko`k qoramtir rangli bir nechta pustulalar paydo bo`ladi. Bu hosil bo`lgan yiringli shishlar - pustulalar keyinchalik qo`shilib katta nekrotik infiltrat hosil qiladi. Ulardan bir nechta mayda yaralar hosil bo`lib yiring oqa boshlaydi. Infiltrat konsistensiyasi qattiq, o`griqli, ularning atrofida katta shish aniqlanadi.



81-rasm. O`ng kurak sohasi karbunkuli.

Regionar limfa tugunlari kattalashadi (limfadenit), ayrim holatlarda limfangit topiladi. Nekrotik to`qimaning o`zi yorilishi natijasida katta bo`shliq, oqish-ko`kimtir qoplama bilan yopilgan bo`lib ko`p miqdorda yiring ajraladi. Bemorda intoksikatsiya sindromlari - taxikardiya, bosh og`rig`i, holsizlik bilan birga kuchli varaja, ko`p ter oqish, limfangit, limfadenit, tromboflebit, rivojlanishi karbunkulning noxush oqimi bo`lib, flegmona sepsis rivojlanishidir. Agar karbonkul kishini yuz qismida bo`lganida meningitning rivojlanishi xavfi oshadi. Karbunkulni shu xolatda kuydirgi kasalligi bilan diferensiyallash kerak. Kuydirgi kasalligiga xos gemorragikpufakchalar hosil bo`lib yiringli ajralma bo`lmaydi, infiltrat og`riqsiz, to`qimalarda qattiq shish, nekrotik to`qima atrofida qora rangli pufakchalar bo`lib gemorragik modda borligi aniqlanadi. Agar shu modda tahlil qilinganda sibir yarasi tayoqchasi -kuydirgi kasalligi aniqlanadi.

Davolash. Karbunkulning boshlanish davrida konservativ davolanadi. Agar karbonkul yuz sohasida bolganda albatta statsionar

davolash kerak. Ularga suyuq oziq ovqat tavsiya qilinadi. Karbunkulda 70% etanol bilan aseptik bog'lam qo'llaniladi, UVCh davolash buyuriladi. Parenteral antibiotiklar, per oral sulfanilamidlar(uzoq tasir qiluvchi) buyuriladi. Qandli diabeti bor bemorlarda albatta umumiy modda almashinuvi buzilishini korreksiya qilinadi, insulin terapiya yalig'lanish infiltratida nekroz hosil bo'lishni pasaytiradi. Konservativ terapiya 2-3 kun ichida yaxshi natija bermasa, nekroz kuchaysa yiringli infiltratsiyani operativ davolashga ko'rsatma hisoblanadi. Operatsiyani narkoz ostida o'tkazib hoj simon kesma bilan fastiyagacha ochiladi, hamma nekrotik to'qima kesib olinadi, teri batamom tozalaniladi. Karbunkulda qon oqishi deyarli bo'lmaydi, chunki hamma tomirlar tromboz holatda bo'ladi. Karbunkul ochilgandan keyin antiseptik suyuqliklar bilan sanatsiya qilinadi, NaCl ning eritmasi bilan proteolitik fermentlar aralashtirib bog'lam qo'yiladi. Oxirgi yillarda bunday yiringli yaralar ochilgandan keyin maxsus alarshmalar (levamikol moyi+ dermobakter suyuqligi aralashmasi yoki levamikol + loranben aralashmalari, amitsil, atserbin suyuqligi bilan) yog'li boglamlar ishlatiladi.

Gidroadenit (hidroadenitis)- bu apokrin ter bezlarining yiringli kasalligidir.

Etiologiyasi va patogenezi. Hidroadenitning asosiy chaqiruvchi mikroblari- tilla rang stafilokakklardir. Ular ter bezlari yo'llari orqali kiradi. Uning kelib chiqishiga sababchi bo'lgan faktorlar shaxsiy gigiyenasining buzilishi, terlashning kuchli bo'lishi, terining ifloslanishi, dermatit, ekzema. Bemorlarni tekshirganda- qo'ltiq ostida kam holatlarda chov sohasida yoki perianal sohalarda(apokrin bezlari bor) mayda shishlar borligi aniqlanadi. Ko'pincha unga olib keluvchi faktorlar aniqlanadi. Kasallik o'tkir boshlanadi, mayda tugunchalarda o'griq, ular 1-2 sm kattalikda bo'ladilar, teridan balanda ko'rinadi. Bir nechta ter bezlarining jarohatlanganda ular qo'shib ketishi mumkin anashu holatda qo'ltiq ostida katta infiltrat hosil bo'ladi. 10-15 kun o'tgandan keyin shish yumshagan, infiltratda flyuktuatsiya aniqlanadi va ular yorilib qaymoqsimon yiring chiqa boshlaydi.



82-rasm. Hidroadenit.

Yiring tamom bo'lgandan keyin yana chandiqlik hosil bo'lib yopiladi. Bu kasallik ko'p retsiv beradi. Hidroadenitning furunkuldan farqi infiltratda pustulalar va markazida nekrotik to'qima bo'lmaydi. Qo'ltiq osti limfadenitda infiltrat chuqur joylashgan limfa tugunlari kattalashgan, ularning bir biri bilan birikib shish hosil qlish belgilari bo'lmaydi.

Davolash - hidroadenitni davolashda antibiotiklar sulfanilamidlar qo'llanilmaydi, stafilakokk anatoksini bilan immunizatsiya qilinadi. Qo'ltiq ostidagi junlar qiriladi, 3 % brilliant ko'ki, spirt bilan artiladi. Yana UF-nuri, UVCH toki ishlatiladi. Hidroadenit abscesslashganda xirurgik davolash-abscessni ochish, yiringni olish o'tkaziladi. Agar hidroadenit uzoq davom etganida va davolash yaxshi effekt bermasa sepsis asorati bo'lganda qo'ltiq ostida to'qima batamom kesib olinadi.

Abscess: yiringli bo'shliq (abscess) - Har xil to'qimalar va a'zolarning yiringli jarohati bilan chegaralangan yiringning to'planishidir. Empiimalardan farqi shuki yiringni yig'ilishi tabiiy bo'shliqlarda yoki ichi bosh a'zolarida yig'iladilar. Abscesslar bo'yinda, ko'ks oralig'ida, qorin parda orqa boshlig'ida, chanoq boshligida va ayrim a'zolarida, o'pka-jigarda bo'lishi mumkin.

Etiologiya va patogenezi. Kelib chiqish sababi yiring chaqiruvchi mikroblarni teri tagiga kirishi. Mikroorganizmning ayrim jarohatlar yoki har xil o'tkazilgan manipulyatsiyalar (sanitar gigena qoidalarni buzgan holda) orqali kirishlari mumkin. Bularni chaqiruvchilar stafilakokklar assotsiatsiyasi, ichak tayoqchasi, streptokokklar, bakteroidlar

hisoblanadi. Organizmda ekzogen har xil infeksiyalardan keyin va endogen yo`li- sepsislarda, ayrim ichki kasalliklarda o`tkir yiringli kasalliklarda uchraydi.

To`qimalarda rivojlangan yiringli yallig`lanishlar to`qimalar erishiga va nekroz hosil bo`lishiga olib keladi. Nekroz bo`lgan to`qimalar keyin uzulish beradi – sekvestratsiya yuzaga chiqadi. Sekvestorlar keyinchalik fermentlar yordamida erib ketadi va alohida to`qima bo`shliq ichida yiringli massa bilan hosil bo`ladi. Abssessning devori avvalo yiringli fibrinoz- qoplama bilan oralgan va ayrim to`qimalar bilan yopishgan. Keyinchalik uning yallig`lanish sohasi boshlanadi va qo`shuvchi to`qimadan iborat piogen qobiq hosil bo`ladi. Ana shu yiringli yoki aseptik yallig`lanish sababli hosil bo`lgan absesslar har xil natijada sodir bo`ladi: spontan - holda tashqariga yorilishi (bo`shliqqa yorilishi yoki teshib o`tishi biror bo`shliqqa: plevra va qorin boshlig`iga, bo`g`im boshlig`iga) va har hil yiringli holatlarga olib keladi. Ana shunday holatlarda peritonit, plevrit, perikardit, artritlar rivojlanishi mumkin. Yiringli bo`shliqni tashqi muhit bilan aloqador bo`lgan a`zolarga o`tishi ham mumkin (ichakka, siydik qopiga). Agar ichidagi yiringli moddalardan bo`shalgan abssess bo`shligi batamom kichirayadi va yaxshi sharoit tug`ulsa ular chandiqlanadi. Bordiyu to`liq yiringli moddalar chiqib ketmasa surunkali shakliga o`tadi va har xil oqmalar hosil bo`ladi.

Klinik manzarasi va diagnostikasi. Abssesslar yuzaki joylashganda terida qizarish, shish, o`griq, mahalliy harorat, funksiyasining buzilishi, flyuktuatsiya aniqlanadi. Yallig`lanish har xil maydonni egallashi mumkin. Abssess bo`shlig`idagi suyuqlik(konsistensiyasi, rangi, hidi) chaqiruvchi mikroorganizmlarning turini aniqlashda yordam beradi. Qo`lansa hidli, iflos oqish rangli ajralma yiringli chirish florasiga, sariq ko`kimgir quyruq rangli yiring stafilokokka, ko`k yashil rangli hidni beruvchi ko`k yiringli tayoqchalarga tegishli hisoblanadi. Abssessning umumiy klinik belgilari: tana haroratining subfebrildan baland ko`tarilishi, umumiy o`zini yaxshi his etmaslik, holsizlik ishtahaning yo`qligi. Periferik qonda neytrafillyoz va leykotsitar formulaning chapga silchishi, ECHT ko`tariladi. Abssessning og`ir kechishida, intoksikatsiya belgilari bilan o`tkanda: toksik moddalarni yiringli o`choqda so`rilishi bilan yiringli- rezorbtiv lixoradka va sepsis rivojlanishi mumkin. Abssessni gematoma, kistalar, yemirilayotgan

shishlar bilan differensiyallash mumkin. Bunda diagnostik punksiya qilinib, yiringli moddalarning topilishi chaqiruvchilarni aniqlab, antibiotiklarga tasirchanlikka tekshirish muhim hisoblanadi. Ayrim holatlarda abscess bo'shliqlarida gaz hosil bo'ladi. Perkussiya qilinganda ular ustida timpanik tovush eshitiladi, rentgen tekshirish o'tkazilganda abscess bo'shlig'ida gaz pufakchalari aniqlanadi, gorizontal suyuqlik sathi paydo bo'ladi

Davolash. Abscess bo'shliqni albatta xirurgik yo'l bilan ochish, yiringli moddalarni so'rib olish, qolgan bo'shliqlarni sanatsiya qilish va drenajlashdan iborat. Abscess bo'shlig'ini ochishda eng qisqa yo'lni tanlash, anatomik alohida xususiyatiga azolarning topografiyasiga punksiya qilinib shu igna yo'li bo'yicha ochiladi. Bo'shliq batamom tozalanadi, sanatsiya qilinadi va drenaj qo'yiladi. Abscessni ochishda atrof muhitda ifloslantirmaslik chora-tadbirlari qo'llaniladi. Qo'pol manipulyatsiyalar, iloji bo'lsa tarqatib yuborishdan holi bo'lishi uchun uni so'rib olish ma'qul. Drenaj qo'yishdan uning pastki qismidan qo'yiladi chunki yirningning oqib chiqishi yaxshilanadi.

Abscessni umumiy davolashda antibiotiklar, infuzion-transfuzion, immunoterapiya o'tkazilishi kerak.

Flegmona (phlegmona) - Teri osti to'qimasining o'tkir yiringli yaliglanishi bolib uning chegaralanishi xususiyati bo'lmaydi. Uning lokalizatsiyasi bo'yicha: teri osti, mushaklararo qorin parda orqa bo'shlig'i. Flegmonani ayrim lokalizatsiyasiga qarab yiringli paraproktit, paranefrit, paraartikulyar flegmonlarga bo'linadilar.

Flegmona doimo tarqalib ketishi mumkin: to'qimalararo bo'shliqlarga, tomirlar o'miga, fatsiyal qinlariga.

Etiopatogenezi. Flegmonaning asosiy chaqiruvchilari yiringli mikroblar (grammusbat, grammanfiy, anaerob, aerob) ko'proq stafilokokklar, streptokokklar, entero bakteriyalar, ichak tayoqchalari sababchi bo'ladilar. Amaliyotda ikkilamchi flegmonalar uchrab turadi: ostimieylitda, yiringli artritda, piyelonefrit, paranefrit va boshqalar. Flegmona seroz infiltratsiyadan boshlanadi va asosan teri tagi to'qimasida joylashadi. Ekssudat tezda yiringli holatga otadi, nekroz bolgan joylar paydo bolib keyinchalik ular bir biriga qoshilib ketadi, nekroz va teri tagi to'qimasi erib ketadi va abscess hosil bo'lishga olib keladi, yoki flegmonaning abscesslanishi boshlanadi. Flegmonada teridagi o'zgarishlar ularni chaqiruvchi mikrobg bogliq: chirish va

anaerob infeksiyalar to'qimalarning nekrozi va pufakchalar hosil bo'lishiga olib keladi. Har xil kokklar to'qimalarning yiringli erib ketishiga sababchilardir.

Klinikasi va diagnostikasi. Yiringli yaliglanish holatidagi klinik belgilari tana haroratining kotarilishi, darmonsizlik, umumiy xolsizlik, bosh og'rig'i. Flegmonalardagi mahalliy o'zgarishlar- hamma yiringlashga xos belgilar rivojlanadi. Bu to'g'risida biz oldingi yozilgan qisimlarda keltirdik. Palpatsiya qilinganda og'riqli qalinlashuv aniq chegarasi bo'lmaydi, silab ko'rilganda mahalliy haroratga ega shish aniqlanadi. Regional limfa tugunlari kattalashgan, atrofida shish qizil chiziqlar va limfangit belgilari paydo bo'ladi. Flegmona joylashgan toqimalar tashqariga bortib chiqadi. Palpatsiya paytida chuqur og'riqli infiltrat aniqlanadi. Agar flegmona qo'l va oyoqlarda joylashganda og'riqli bo'ladi, qo'l va oyoqlarning majburiy holati paydo bo'ladi. Punksiya qilinganda yiringning topilishi chuqur mushaklararo flegmonasi diagnozi qo'yiladi. (10 rasmda ko'rsatilgan) Amaliyotda taqasimon flegmona ham uchgraydi bu asosan boyinda terisi kokimtir rangda, infiltrat qattiq konsistensiyali bo'ladi. Infiltratda yiringlash belgisi umuman bo'lmaydi va uzoq davom etadi.



83-rasm. *Chap oyoq panja va boldir flegmonasi.*

Davolash. Operativ davolanadi. Faqat boshlanish paytida konservativ davolanadi: to'shak rejimi, jarohatlangan qo'l oyoqlarga tinchlik berish, antibiotikoterapiy, UVCh, elektroforez ximotripsin bilan qilinadi. Gilofli blokada ham yaxshi yordam beradi. Agar bu davolash

natija bermasa, holat yana rivojlanib borsa (12-24 soat muddatda) operatsiya bilan davolash qo'llaniladi.

Saramas (erysipelas) - terining o'tkir rivojlanuvchi yallig'lanish bo'lib juda kam holatda shilliq pardada uchraydi. Saramas - streptokokning har xil shakllari tomonidan rivojlanib, kontagioz kasallikdir. Antiseptika davrigacha bu kasallik gospitallarda yaralarning yagona asoratdan biri bo'lib hisoblanar edi. Hozirgi kunda buni kasalxona ichi kasalliklariga kiritish mumkin. Saramasni chaqiruvchi mikroflora teriga asosan limfa yo'li bilan kiradi. Gematogen yo'li bilan kirish kam uchraydi. Patogen streptokokklarning kirishi seroz yallig'langan o'choqlar orqali bo'lib bu terining turli qavatida joylashadi. Ekssudatda neytrofil leykotsitlar aniqlanadi, qon tomirlarda va limfatik kapillyalarda staz bo'ladi. Yallig'lanish holat eniga tarqaladi, yangi joylarga tarqala boshlaydi. Bunday o'zgarishlar saramasning erimatoz shaklida uchraydi. Yallig'lanish holatining rivolanishi bilan epidermida deskvomatsiya bo'ladi va uning yallig'lanish ekssudati bilan parda bilan ajraladi, pufakcha hosil bo'ladi (saramasning bullyoz shakli).

Bu pufakcha ichidagi suyuqlik sariqroq rangdagi ekssudat bo'lib ayrim holatlarda yiring to'planishi, juda kam hollarda gemorragik ekssudatga aylanadi. Terida rivojlangan yiringli holatning yanada rivojlanishi teri tagidagi to'qimaga tarqaladi va saramasning flegmona shakli rivojlanadi. Teridagi yallig'lanish holatining bundan keyingi rivojlanishi natijasida qon aylanishda tomirlarda tromboz bo'lib terida nekroz hosil bo'ladi- saramasning nektorik shakli paydo bo'ladi. Saramasning patogenezida allergik faktor ham muhim ahamiyati bor. Saramas retsidiv beradi, buning asosida organizmning sensibilizatsiya holati yotadi. Yiringlashning retsidivi teri tagidagi to'qimalarda skleroz paydo bo'lib, limfa almashhinuvida o'zgarishlar yuzaga chiqadi, limfostazga olib keladi va fil oyog'i paydo bo'ladi.

Fil oyog'i asorati birlamchi bo'lishi mumkin. Birlamchi ifloslanish endo - ekzogen manbalardan ham kelib chiqishi mumkin. Vaholanki saramasning ikkilamchi holatlarida ya'ni har xil yiringli yallig'lanishlarning asoratlari (masalan: furunkul, karbunkul, osteomielit) sababli rivojlanadi.

Klinikasi va diagnostikasi. Saramas kasalligi juda yorqin klinik belgilar bilan yuzaga chiqadi. Umumiy organizmning o'zgarishi

mahalliy simptomlarni yuzaga chiqishiga ta'sir qiladi. Bemorlarda o'zini noxush sezish, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i kuzatiladi. Kasallik o'tkir holda o'tganda varaja tutish, kuchli bosh og'rig'i bilan boshlanadi. Taxikardiya, nafasning tezlashishi, tana haroratining ko'tarilishi 40-41 °C gacha ko'tariladi, umumiy intoksikatsiyaning ko'rinishida uyqusizlik, siydikning kamayishi, siydikda oqsil paydo bo'ladi, eritrositlar, leykotsitlar, gialin va silindrlar paydo bo'ladi., Qonda – leykotsitoz va neytrofilyoz, anemiya, eozinofillar soni pasayadi, sog'ayish boshlangandan keyin, neytrofilyoz kamayadi, eozinopeniya yo'qoladi, limfasitoz paydo bo'ladi. Ayrim holatlarda jigar va taloq kattalashadi.

Og'ir intoksikatsiya paytida markaziy asab tizimda o'zgarish bo'ladi, qo'zg'alish, bosh og'rig'i va hatto sandrash bo'lishi mumkin.

1. Eritematoz shaklida – qattiq achitadigan og'riq, terining jarohatlangan joyida og'riq, qizil rangli aniq chegaralangan ayrim holatlarda qirralari notekis chegaralar paydo bo'ladi. Ko'pincha yuzda, boshida va oyoqlarda uchraydi. Jarohatlangan yuzalarda geografiya kartasiga o'xshash belgi yuzaga keladi, jarohatlangan joylarda olov tiliga o'xshash manzara paydo bo'ladi. Terisi o'sha joylarda shishgan harorati baland bo'ladi.



84-rasm. *Saramas eritematoz shaklida.*

2. Saramasning bullyoz shaklida eritematoz shaklidek bo'lib, pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar seroz suyuqlik, yiring yoki gemorragik eksudat bilan to'liq bo'lib ulardan tahlilga olinsa streptokokklar topiladi. Eksudat juda zararli bo'lib, ulardan kontakt yo'li bilan yuqishi yuqori. Bu shakli 1-2 hafta davom etadi. Mahalliy yallig'lanish tugagandan keyin epidermis tushib ketadi, shu joylarda sochlarning to'kilishi mumkin.



85-rasm. Saramas bullyoz shakliga o'tishi.

3. Saramasning flegmanoz shaklida terida giperemiya, qichish, og'riq kamroq rivojlanadi, umumiy simptomlari qolgan shakllariga qaraganda kuchliroq yuzaga chiqadi. Bemorlarning umumiy ahvoli og'ir, taxikardiya, baland harorat, qaltirash kuzatiladi. Agar bemor yoshi ulug' va kuchsizlangan bo'lsa, flegmanoz shakli nekrotik shakliga o'tadi. Bu shaklida – terida nekroz paydo bo'ladi va mahalliy giperemiya, shish, pufaklar paydo bo'ladi. Lokalizatsiyasi bo'yicha flegmanoz shaklida alohida xususiyatga ega.



86-rasm. Saramas flegmanoz shakliga o'tishi.

4. Yuzida bo'lganda shish, ko'proq qovoqlarda kuzatiladi. Boshning soch qismida bo'lganda katta miqdorda yiring, yiringli oqishlar, terining joyidan ko'chishi kuzatiladi. Saramasning bu shakli tanada bo'lganda og'ir intoksikatsiya bilan o'tadi. Jarohatlangan joylari tezda tarqaladi, yangi-yangi joylarga o'tadi, kasallikning emaklash turi boshlanadi. Undan tashqari ko'p jarohatlanganda ular orasida ma'lum masofalar paydo bo'ladi (migratsiya qiladigan shakli). Saramasning bunday o'tishi eritematoz va bullyoz shaklida uchraydi va ular asosan qo'l oyoqlarda bo'ladi, ular limfadenit, flebit, tromboflebit asoratlarini beradi. Agar saramas qo'shuvchi to'qimalar siyrak joylashgan joylarda bo'lsa kuchli shish, qon aylanishining buzilishi bilan terida tarqalgan nekroz paydo bo'ladi (yorg'oq, qovoqlar). Saramas tez – tez retsidiv

beradi (20-25%) oyoqlarda retsdiv bo'lganda limfostaz beradi va fil oyog'i asorati paydo bo'ladi. Saramasning tipik o'tishida diagnostikasi uncha qiyin emas. Ammo qari yoshdagi va kuchsizlangan bemorlarda qizarishning bo'lmasligi, yoki ular sochlar bilan qoplanganda tashxis qo'yish qiyin bo'ladi. Bunday holatlarda tashxis saramasda intoksikatsiyaning mavjudligi, tana haroratining ko'tarilishi, jarohatlangan terida yallig'lanish to'sig'i teridan ko'tarilishi, qattiq og'riq borligi bilan xarakterlanadi. Saramasni oddiy flegmonadan differensiyalash kerak. Saramas bilan terining, periferik qismi flegmona bo'lsa teri tagi va mushak to'qimalarida II darajasida bo'ladi. Flegmonada og'riq uning markazida bo'ladi (shishning cho'qqisida) saramasda uning periferik qismida. Flegmonadan katta qattiq infiltrat teri tagida aniqlanadi, bu holat saramasning eritematoz va bullyoz shakliga xarakterli emas. Saramasning bullyoz va gangrenoz shaklarida alohida bemorlar hayvonlar terisi va juni bilan kontaktda bo'lganda, kuydirgi kasalligi bilan differentsiallash zarur. Sibir yarasiga xarakterli jarohatlangan teri markazida nekroz bo'lgan to'qima va uning atrofida pufaklar bo'lib yumshoq to'qimalarda katta shish bo'ladi (kuydirgi kasalligining karbunkuli deyiladi) bunda regionar limfa tugunlari kattalashadi. Saramas kasalligida esa yuqoridagi belgilar bo'lmaydi. Saramasning eritematoz va bullyoz shakllarida davolash prognozi yaxshi, flegmanoz va gangrenoz shakllarida ancha og'ir.

Davolash. Davolash statsionar sharoitida o'tkaziladi. Davolashda UF nurlari, kompleks antibiotikoterapiya (sulfanilamidlar) o'tkazish kerak. UF nurlari eritem va suberitem dozasida ishlatiladi. Eritematoz va bullyoz shakllarida oyoqlarida bo'lganida 4-5 bidoza, yuz shaklida - 3 bidoza qo'llaniladi. Agar saramasning shu shakllari bilan boshlanish davrida ishlatilsa 1 seans UF nurlaridan keyin ahvoli ancha yengillshadi, tana harorati tushadi, qizarish kamayadi, umumiy ahvoli yaxshilanadi. Saramasning flegmanoz shaklida nur bilan davolashda juda hozir bo'lish kerak chunki shish ko'payadi mayda tomirlarda tromboz chaqiradi. Gangrenoz shaklida umuman UF nurlari ishlatilmaydi.

Antibiotiklardan penisillin yarim sun'iy penisillin (qizarishning yo'qolganiga, haroratning normaga tushishigacha) ishlatiladi, yaxshi effekt beradi. Shular bilan birga sulfanilamidlarning uzaytiradigan dozasini ishlatish. Saramasning og'ir shaklida antibiotiklar endolimfatik yo'l bilan yuboriladi. Saramasga ho'l bog'lamlar qo'yish kompresslar, vanna mutloq mumkin emas. Pufakchalarni spirt bilan ishlab ochiladi va

xloramfenikol emusliyasi bilan yoki hozirgi kunda biz klinikada levomikol moyi + loroben yoki dermobakter bilan va ustidan betadin bilan ho'llangan bog'lam qo'yiladi. Agar flegmanoz va gangrenoz shaklida yiring to'plangan bo'lsa uni ochish kerak va nekrotik to'qima olib tashlanadi va uning ustidan yuqorida ko'rsatilgan holda bog'lam bosiladi. Bunday bemorlarni alohida palatalarga yotqizilish kerak.

Erizipeloid (erysipeloides) – yoki cho'chqa qizarishi, cho'chqa saramasi, emaklovchi eritema nomlari bilan ataladi. Bu kasallik yuqumli bo'lib terining hamma qismi yallig'lanishi mumkin.

Etiologiyasi. Bu kasallikni chaqiruvchi – cho'chqa saramasi tayoqchasi, teridagi har xil mikrotravmalar orqali asosan infeksiyalangan hayvonlarning go'sht mahsulotlarini maydalashda yuqtiriladi. Inkubatsion davri 3-7 kun. Asosan bu kasallik go'sht, baliq, parandalar go'shti bilan shug'ullanadiganlar va shunday kombinatlarda ishlaydiganlarda va uy bekalarida uchraydi. Bu kasallikda "barmoq saramasi, dermatit, panaritsiya, limfangit," tashxisi qo'yiladi va differensial diagnozida adashadi.

Klinik manzarasi. Asosan barmoqlarda bo'ladi. Birinchi kunda barmoqning tashqi yuzasida og'riqli qichiydigan qizg'ish rangdagi dog' paydo bo'ladi. Bir necha kundan keyin qichish kuchayadi, 2-3 kundan keyin shish pasayadi, qichish to'xtaydi, giperemiya yo'qoladi, teri qipiqilanish boshlanadi. Yallig'lanish barmoqning tashqi yuzasiga va panjaga tashqi tomonidan tarqaladi, limfangit, limfadenit qo'shiladi. Ayrim hollarda barmoq bo'gimlarida o'tkir artrit boshlanadi. Umumiy ahvoli juda kuchli o'zgarmaydi tana harorati deyarli normada qoladi.



87-rasm. Barmoqlar erizipeloidi.

Differensial diagnostikasi. Saramas va o'tkir limfangitdan ajratilishi zarur. Bu kasalliklar o'tkir boshlanadi, aniq klinik belgilari va tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Panariytsiyaga nisbatan qaraganda erizipeloidlar kam o'tkirlikda o'tib, qichish bo'ladi, lokal og'riq ham bo'lmaydi. Erizipelod ko'pincha surunkali va retsidiv holatida o'tadi.

Davolash. Panjani immobilizatsiya qilish kerak, antibiotiklar, UF nuri va futlyar blokada yaxshi yordam beradi.

Profilaktikasi. Tegishli kombinatlarda sanitariya – gigiyena sharoitini yaxshilash, qo'lni har xil mikrotravmalardan himoya qilish.

Nekrotik fassiyalar - Tanadagi yuzaki fassiyalarning infeksiya sababli nekrozga uchrashi. Avvallari bu kasallikni epifastsial gangrena, fagadenik yara degan manoda tushunilar edi. Bu kasallik polietiologik bo'lib, har xil mikroorganizmlar (aeroblar va anaeroblar) tomonidan chaqiriladi. Streptokokklar tomonidan chaqiriladigan fastsiitlarni beta gemolitik streptokokklar chaqiradi (S-pygenos)

Fassiyalarni yana bakteriodlar, boshqa streptokokklar turi, enterobakteriyalar, peptokokklar, peptostreptokokklar chaqiradilar. Klostridial nekrotik fastsiitlarni alohida kasallik sifatida gazli gangrenaning bir turi sifatida qarash kerak. Fastsiitlarning infeksiyalar bilan zararlanishlari teri va chuqurda joylashgan to'qimalarning travmalarida uchraydi. Kasallikning rivojlanishida organizmning yemiradigan kasalliklari: qandli diabet, tuberkulyoz, avitaminoz, narkomaniya sababchi bo'ladi. Ayrim holatlarda nekrozli fassiyalar saramas, mastit, gidroadenit, kasalliklarining asorati bo'lib hisoblanadi. Bu kasallikning asosida teridagi nekroz bo'lib asosan teri tagidagi yuzaki fastsiyada rivojlanib keyin teriga o'tadi. Teridagi bo'ladigan o'zgarishlar toksik faktorlarga bog'liq, teridagi nekroz rivojlanadi, terining qon bilan ta'minlaydigan tomirlar trombozi sababli bo'ladi. Kasallikning patogenezida allergik faktorlarning ahamiyatli hisoblanadi, bu Sandrelli – Shvartsmen fenomenni deyiladi.

Birlamchi fassiyalar. Birdaniga fastsiyalarning jarohatidan keyin boshlanadi, terida og'riq, shish paydo bo'ladi. Teri shishgan va giperemiya bo'ladi. Streptokokkli nekroz fassiyalarda mahalliy belgilar tez rivojlanadi, ular terida qora rangli dog'lar paydo qiladi va pufakchalar hosil bo'ladi. Bupufakchalar terining nekroz bo'lgan yuzalarida bo'lib ichida qora ekssudat bilan to'lgan. Teridagi nekrozlar qo'shib terining hamma qavatlarini egallagan katta nekrozga aylanadi.

Streptokokklarsiz rivojlangan nekrotik fassiyalardan mahalliy o'zgarishlari yorqin bo'lmaydi. Kasallik sekinlik bilan rivojlanib taxtasimon qattiqlikda terida qalinlashish joylar paydo bo'lib, shish hosil qiladi. Teri qoplamasi o'zining rangini o'zgartiradi: eritematoz, oqish dog'lar paydo bo'ladi. Terida yara paydo bo'lsa iflos teri ko'kimtir rangli fassiya, loyqa ekssudat, ayrim paytlar ekssudat malla rangli bo'ladi. Asboblari bilan tekshirilganda teri tagidagi to'qima fassiyadan yengil ajraladi. Kasallik umumiy intoksikatsiya belgilari bilan: isitma yuqori darajada, gektik tipda, taxikardiya, holsizlik yuzaga chiqadi. Qonda leykotsitoz aniqlanadi.

Ikkilamchi fassiyalar teridagi yiringli kasalliklarning juda kechikkan holatlarida, klinik belgilari asosiy kasallikning umumiy belgilaridek qo'shilgan holda uchraydi.

Nomaxsus nekrotik fassiyalarni klostridial fassiyalardan (gazli gangrena) uning asoratlanishlaridan farq qiladi. Teri osti to'qimalarida gazning hosil bo'lishi differensialashdagi asosiy belgisi bo'lib iflos - ko'kimtir rangli suyuqlik, loyqa ekssudat tarkibidagi gaz bilan farq qiladi. Bakterioskopiya qilinganda chaqiruvchini aniqlash mumkin.

Davolash – asosan xirurgik yo'l bilan – nekrektomiya qilishdir. Operatsiya paytida teri tagi to'qimasi yallig'langan fassiyadan ajralganligi, hidli suyuqlik borligi va gaz borligi, yog' tomchilari aniqlanadi. Kesma teridagi nekrozga asoslanib uzun keng qilinib, sog' to'qimadan nekrozga uchragan to'qimalar to'la hajmda olinishi kerak. Katta hajmda nekrozga uchraganda va yana rivojlanishda bo'lsa sog' to'qimaning chegarasini aniqlab bo'lmaydi. Shunday paytlarda etapli nekrektomiya qilinadi.



88-rasm. Chap son va boldir, yelka, tirsak yiringli-nekrotik fassiyati va flegmona ochilgandan keyingi holat.

Har holda o'zgarmagan terini saqlash zarur. Mexanik nekrektomiya ultratovush kavitatsiyasi bilan to'ldirilishi kerak va kimyoviy nekrektomiya - gipoxlorid natriy, proteolitik fermentlarni qo'shib ishlatilgan holda qilinadi. Antibakterial davolashni iloji boricha erta boshlash kerak. Streptokokklar chaqirganda benzilpenisillin 4-5 mln. ED da har 4 soatda tavsiya qilinadi. Agar nekrotik fassiitlar bir necha infeksiyaning kombinatsiyasi holatida bo'lganda keng ta'sir qiluvchi antibiotiklar va anaerob infeksiyaga qarshi antibiotiklar (masalan gidrooksimetil - xenoksilindiooksidlar) bilan birga ishlatilgani zarur.

Dezintoksikatsion terapiya umumiy prinsip asosida o'tkaziladi. Yiringli yaralarni davolashda nekrektomiya qilingandan keyin ultratovushli kavitatsiya qilinadi, proteolitik fermentlar ishlatiladi. Ana shu maqsadda biz klinikamizda etapli nekroektomiyani yaxshi yo'lga qo'yganimiz va proteolitik fermentlarni mahalliy ishlatish - ximotripsin, tripsin, kukumazin qo'llanildi.

Qandli diabetda bilan nekrotik fassiitlar bilan bemorlarda sepsis holati ko'p kuzatiladi. Shunday bemorlarda 8 martagacha etapli nekrektomiya o'tkazilmoqda. Bog'lamlarda levomikol + loroben + fermentlar, oxirgi yillarda atserbin va amitsil suyuqlarni ishlatish bilan yaxshi natija olinmoqda.

Siyrak qo'shuvchi to'qimalardagi yallig'lanish kasalliklari

Bo'yinning chuqur flegmonasi: Bo'yindagi flegmonalar tez rivojlanadi va uning asosiy sababi bo'yin sohasidan limfa tomirlarinig va tugunlarining kuchli rivojlanganidir. Bundan tashqari chuqur qatlamlari fassiyalarning alohida tuzulishi ya'ni ular orasida katta va keng bo'shliqlar hosil qilib shu bo'shliqlarga siyrak to'qimalar va limfa tugunlari ko'p rivojlangan. Bo'yinning orqa yuzasidan o'tkir yiringli holatlar kam uchraydi va ensa mushaklar orasida bo'yin umurtqasi osteomielitlar bo'lishi mumkin. Ana shu holat ensa mushaklari orasidagi flegmonani chaqirishi mumkin.

Etiopatogenezi. Bo'yinda flegmonalarning hosil bo'lishida boshning sochli qismidagi har xil infeksiya holati (tirnalishlar, yorilishlar), quloq sohasidagi, lunj, pastki lablarda, yuzida, og'iz va halqum sohasidagi kasalliklar (angina, kariyoz tishlar, stomatitlar), bo'yindagi chuqur kiruvchi yaralar, halqumdagi kekirdak va qizilo'ngach, shu sohalardagi yot jismlarining qolib ketishi ham sabab

bo'ladilar, Ayrim hollarda masalan: septikopiyemiyada bo'yin sohasida yiringli flegmonalar rivojlanishi mumkin. Bo'yin flemonasining chaqiruvchilari – stafilokokk, streptokokk, enterobakteriyalar, spora hosil qiluvchi anaeroblar hisoblanadi. Og'iz bo'shlig'ida putrietli infeksiyalar ya'ni uning manbasi bo'lib kariyoz tishlar chirish flegmonalariga olib kelishi mumkin. Buning asosiy sababi bu floralarning litik xususiyatiga ega bo'lishlari, fassiyalar orasida va bo'shliqlarga yoriq hosil qiladi.

Klinik manzarasi va diagnostikasi. Bo'yindagi bunday yallig'lanish holatlari pastki jag', iyak tagida, to'sh – o'mrov – so'rg'ich mushaklarning pastki yarmida joylanishlari mumkin, chunki bu joylarda bo'yinning bosh limfatik tugunlari joylashgan. Shish ancha qattiq konsistensiyali bo'ladi, g'adir – budirli, biroz harakatli. Asosiy manba juda chuqurda joylashganligi sababli (mushaklar tagida) terida o'zgarish bo'lmaydi va boshlanish davrida shish ham kuzatilmaydi. Agar jag' osti flegmonasi iyak ostida joylashganda mahalliy belgilar – chegaralangan qizarish, shish og'riq paydo bo'ladi. Chuqur jag' osti flegmonasida, og'iz bo'shliq flegmonasi (Lyudvik anginasi) kasallik tez va juda og'ir o'tadi. Diffuz shish o'g'iz boshligi'ida aniqlanadi, jag' ostida shish og'riqli, ayniqsa chaynashda va yutunganda kuchayadigan og'riq: so'lak oqishi, chaynash mushaklarida spazm, nafas olish qiyinlashadi. Bo'yin flegmonasi tomir – asab bo'limida joylashganda, bemorlar boshlarida mayda harakatlarni qilolmaydi, ular yengil bo'ynini burgan holda ushlaydi va boshini kasal tomonga burib turganda mushaklarda bosim kam bo'ladi, og'riq yengillashadi. Bo'yining chuqur flegmonalarida umumiy klinik belgilardan tashqari, uning ikkinchi darajali simptomlariga e'tibor berish kerak. Kasallangan tomonda shish bemor boshini majburiy tutushi (spastik qiyshiq bo'yin) shu tomon mushaklarida og'riq asosan aktiv va passiv harakatlarida kuzatiladi.

II. Bo'shliqlardagi yiringli yallig'lanish holatlari

Yiringli plevrit - Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga asosan, o'tkir plevritlarda (plevra empiema) o'lim tafsiloti 25% gacha kuzatilgan. O'tkir plevra empiemasi grammanfiy floralar bilan bo'lganda - 40% gacha bo'ladi. Yiringli plevrit, plevra empiemasi bu pariyetal va visseral plevranning yiringli yallig'lanishidir. Yiringli plevritlar doimo ikkilamchi kasallik bo'lib hisoblanadi. Birlamchi plevritlar ko'krak qafasiga tehib kiruvchi yaralarda uchraydilar.

Yiringli plevritning tasnifi:

I. Etiologiyasi bo'yicha: streptokokkli, stafilakokkli, pnevmokokkli va aralash plevritlar.

II. Yiringning joylashishi bo'yicha: Total, o'rtacha, uncha katta bo'lmagan, xaltalangan - ko'p kamerali, bir kamerali (bazal, devoriy, paramediastinal, bo'laklararo, yuqori cho'qqili).

III. Ekssudatning xarakteri bo'yicha: yiringli, chirigan, yiringli-chirigan, piopnevotoraks va gemopitoraks.

IV. Klinik oqimi bo'yicha: o'tkir, surunkali.

Etiologiyasi. Yiringli plevritlar har xil yiringli mikroorganizmlar - ko'proq stafilakokklar, kamroq - pnevmokokklar enterobakteriyalar va grammanfiy mikrofloralar bilan chaqiriladi. Bolalarda - pnevmokokklar orqali bo'lsa, katta kishilarda aralash streptokokk va stafilakokklar, pnevmokokk va stafilakokklar bilan uchraydilar. O'tkir yiringli plevritlar o'pka abssessining asorati bo'lib hisoblanadi. ayrim holatlarda infeksiya limfogen yo'li bilan tarqalishi mumkin.

Klinik manzarasi. 1) Asosiy kasallikning simptomlari ya'ni plevritning sababchilari simptomlari bilan o'tadi. 2) Yiringli intoksikatsiya belgilari bilan. 3) Plevra bo'shlig'ida suyuqliklarning yig'ilishi simptomlari bilan yuzaga chiqadi. Plevraning o'tkir empiemasi uchun umumiy intoksikatsiya belgilari, gipertermiya, et junjikishi, ko'krakda og'riq, bronxial oqma (yara bo'lganda), nafas qisishi, yiringli balg'am ajraladigan yo'tal. Ko'zdan kechirilganda teri qatlamlarining rangparligi, ba'zan sianoz qayd qilinadi. Ko'krak qafasi tekshirilganda zararlangan tomonning nafas aktida orqada qolishi qayd qilinadi. Plevra bo'shlig'idagi ekssudat yig'ilgan sohasida tovush titrashining sustlashgani yoki yo'qligi, perkussiya qilinganda to'mtoqlashgani, auskultatsiyada zaiflashgani yoki nafas eshitilmasligi aniqlanadi. Qonda leykotsitoz, qon formulasining chapga siljigani, Eht ning oshgani qayd qilinadi.

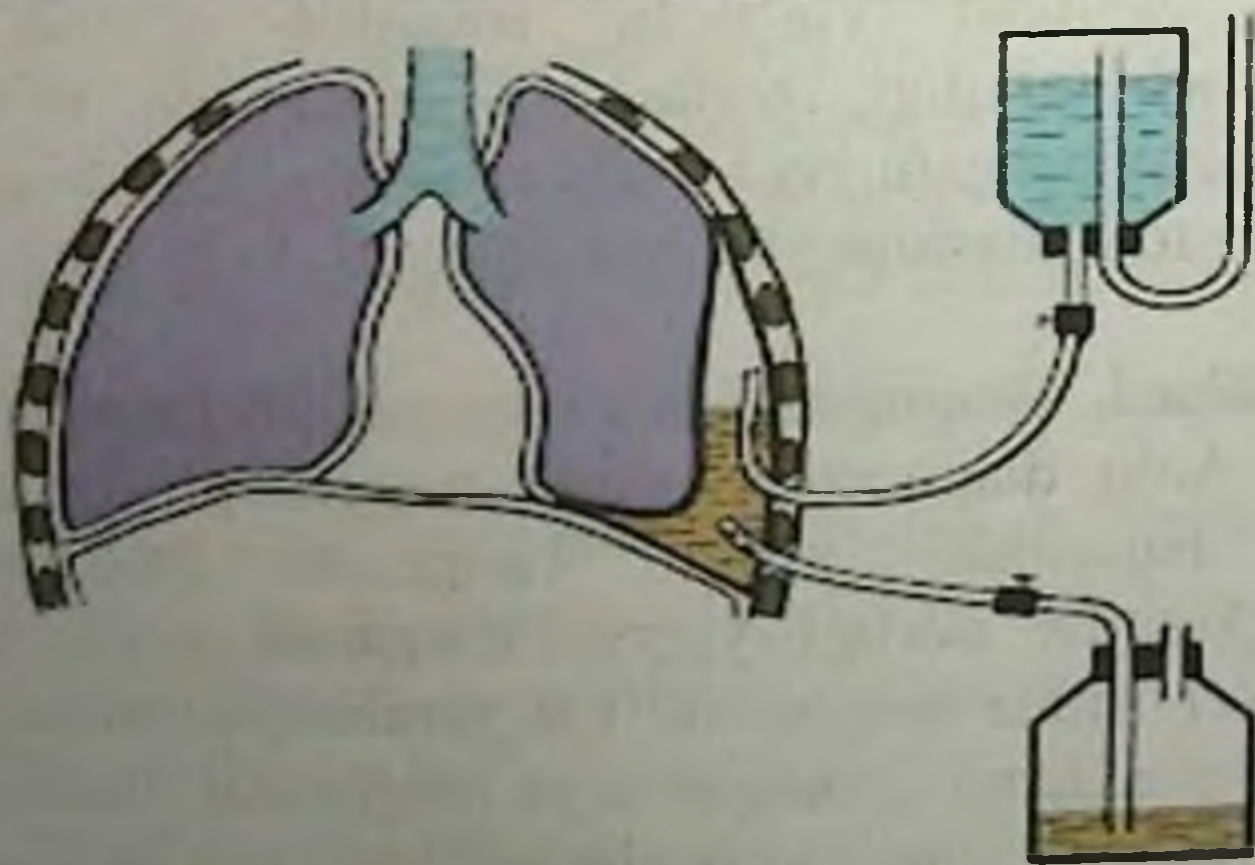
Diagnostikasi. Diagnostikada rentgenologik usullar hal qiluvchi rol o'ynaydi. Aniq diagnostika uchun rentgenografiya kamida 2 ta proyeksiyada bajarilishi lozim. Tarqalgan empiemada plevra bo'shlig'ida ekssudat borligi yuqori chegarasi yoysimon (qiyshiq) qorong'ilik ko'rinishida aniqlanadi. Chegaralangan empiemalarda aniq konturli har xil shakldagi gomogen soya aniqlanadi. Plevra bo'shlig'ida bronxial oqma yara bo'lganda suyuqlik sathi bo'lgan havo aniqlanadi.



89-rasm. Plevra empiemasi

Plevra bo'shlig'ini punksiya qilish natijasiga asoslanib aniqlanadi. Tarqalgan empiemada punksiya orqa-qo'litiq chizig'i bo'ylab VI-VII qovurg'alar orasida o'tkaziladi. Chegaralangan turida eng to'ntoqlangan nuqtasida va rentgenologik aniqlanadigan qorong'i joyida olib boriladi.

Plevra empiemasi diagnozi punksiya usul bilan tasdiqlanganda, ya'ni yiring olinganda plevra bo'shlig'iga drenaj qilinadi. Drenajlash plevra bo'shlig'idan yiringli suyuqlikni doimiy fraksiya chiqarish yoki uni doimo antiseptiklar bilan yuvish, antibiotiklar yuborish, vakuum moslamalar yordamida siyraklantirishga imkon beradi. Drenajlash uchun ko'pincha troakar yordamida torakosentez qilishdan foydalaniladi. Mahalliy davolash bilan birga prinsipi jihatidan o'pkaning o'tkir yallig'lanish kasalliklaridagi davolashga o'xshash intensiv terapiya amalga oshiriladi.



90-rasm. Plevra bo'shlig'ini drenajlash va sanatsiya qilish.

Davolash. Yiringni olish, infeksiya bilan kurashish, dezintoksikatsion terapiya va buzilgan funksiyalarni tiklash lozim. Asosiy davolashda yopiq va ochiq usullar qo`laniladi.

Yopiq usuliga - davolash plevra punksiyasi qilinadi va plevra bo`shlig`i drenajlanadi. Agar punksiya usuli yordam bermasa - doimiy plevra bo`shlig`idagi suyuqlik aspiratsiya qilinadi. Buning uchun plevra bo`shlig`iga doimiy drenaj qo`yiladi va doimiy ravishda yuvib turiladi. Ayrim holatlarda Byulau bo`yicha klapanli drenaj qo`yiladi. Agar yopiq usul yaxshi natija bermasa - torokotomiya qilinib fibrin, yiring, sekveesterlar olinadi.

Yiringli mediastinit - ko`ks oralig`i siyrak qo`shuvchi to`qimalarining yiringli yallig`lanishdir.

Etiopatogenezi. Kasallikni chaqiruvchilar - stafilakokklar, enterobakteriyalar, kamroq hollarda streptokokklar, pnevmokokklar va anaerob mikroblar bo`lib, hisoblanadi. Dunyo bo`yicha mediastinitdan o`lim 23-48 % ni, agar anaerob infeksiyalar bo`lganda 68-80%ni tashkil qilmoqda. Mediastinitlar ko`p hollarda ko`krakga teshib kiruvchi jarohatlarda, qizilo`ngach, kekirdak, og`iz bo`shlig`i va tomoqdagi o`tkir yiringli kasalliklaridan keyin, pnevmoniya, o`pka va plevraning yiringli kasalliklaridan keyin uchraydi. Birlamchi mediastinitlar 60-80% holatlarda travmalardan keyin, 20-38% hollarda qizilo`ngachning yot jismlari bilan jarohati hisobidan bo`ladi.

Travmalarni hisobga olmaganda mediastinitlarda infeksiya limfogen va gematogen yo`llari bilan tarqaladi. Qizilo`ngachning kuyish kasalligida ham mediastinit bo`lishi mumkin. Asosan bo`yinning chuqur flegmonalaridan keyin uchraydi. To`sh suyagining osteomielitida, umurtqalarning ko`krak qismi osteomieliti, perixondritlar ham mediastinitga sababchi bo`ladilar.

Klinikasi va diagnostikasi: Bu kasallik birdaniga varaja bilan, tana haroratining ko`tarilishi, to`sh suyagi orqasida og`riq bilan boshlanadi. Temperatura gektik xarakterga ega bo`ladi, og`riq kuraklar orasiga, yelkaga, bo`yinga, epigastral sohaga berilishi mumkin.

Oldingi mediastinit uchun to`sh suyagi orqasida bo`ladigan og`riq, bo`yin va ko`krak qafasida shish bo`ladi. Orqa mediastinitga xos og`riq kurak suyaklari orasida, yelkada hamda epigastral sohada bo`ladi.

Mediastinit anaerob va chirish infeksiyalari orqali chaqirilganda og`ir o`tadi, rentgenda ko`ks oralig`i bo`shlig`ida emfizema aniqlanadi. Emfizemaning aniqlanishi juda ham xavfli belgi hisoblanadi. Yurak

faoliyatida o'zgarish bo'ladi. Taxikardiya 120tagacha puls ko'tariladi, qon bosimi tushadi, MVBI ko'tariladi, bosh, bo'yin, qo'llarda venalar shishib ketadi, sianoz, hansirash, bosh og'rig'i, quloqlarda shovqin kuzatiladi. Keyinchalik plevra bo'shliqlarida va perikardda suyuqlik yig'iladi. Agar qizilo'ngachning jarohati bilan bo'lsa og'riq to'sh suyagi orqasida, hansirash, varaja, og'izdan chirish hidi keladi. Bunday holatlarda rentgenologik tekshirishlar- kontrast moddalar bilan hamda ezofagoskopiya yordam beradi.

Perkussiyada to'mtoqlanish zonasi kengayadi, orqa mediastinitda paravertebral zonada bo'ladi. Auskultatsiyada ko'pincha to'g'ri-aniiq ma'lumot olib bo'lmaydi. Juda muhim belgilar va og'ir belgilarga nafasning buzilishi, sianoz bo'lib, bu traxeya va bosh bronxlarning bosilishidan kelib chiqadi.

Davolash: - Boshlang'ich davrlarida-antibiotikoterapiya ya'ni yarim sun'iy penitsillin, sefalosporinlar, aminoglikozidlar qo'llaniladi, ehtimol seroz mediastinitlar qayta rivojlanish bo'lib, sog'ayishi mumkin.

Agar abscesslanish holati bo'lganda albatta operativ davolash zarur - mediastinotomiya, ko'proq bo'yin mediastinotomiya qilinadi. Agar orqa mediastiniti bo'lsa orqa ekstraplevral mediastinotomiya qilinadi. Hamma mediastinotomiyadan keyin yarani yaxshi drenajlash kerak. Umuman olganda orqa mediastinotomiya hozirgi vaqtda 2 xilga bo'linadi: plevralar orqali va plevradan tashqari mediastinomiyalar.

Mastitlar (Mastitis)- sut bezining parenxemasi va interstitsial to'qimalarining yallig'lanishi. O'tkir mastitlar tug'ruqdan keyin 2 hafta ichida yuzaga chiqadi (tug'ruqdan keyingi laktatsionmastit). Sut bezining hamma yallig'lanish kasalliklarining 94,7% ini laktatsion mastitlar tashkil qiladi. Homilador bemorlarda va tug'magan ayollarda juda kam holatlarda rivojlanadi. Tug'ruqdan keyingi mastitlar tug'ilish soniga nisbatan 1,5-6% ayollarda uchraydi. Mastitlarning rivojlanishida yiringli infeksiyalarni chaqiruvchilarining o'z turini o'zgartiruvchilari va antibiotiklarga chidamli turlari muhim rol o'ynaydi. Mastitlar ko'pchilik holatlarda bir tomonlama bo'ladi, ikki tomondan ham mastitlar kam uchraydi.

Mastitlar tasnifi.

1. O'tkir mastitning shish shakli.
 2. Infiltrativ shakli.
 3. Yiringli destruktiv shakli.
- 1) abscesslashgan mastitlar.

- 2) flegmonoz mastitlar.
- 3) gangrenoz mastitlar.
- 4) O'tkir mastit va surunkali mastit.
- 5) Lokalizatsiyasi bo'yicha
 - subareolyar
 - teri osti
 - intramammar
 - retromammar
- 6) Tarqalishi bo'yicha
 - chegaralangan (1 kvadratida)
 - diffuz (2-3 sut bezining kvadratida)
 - total (4 kvadratida)

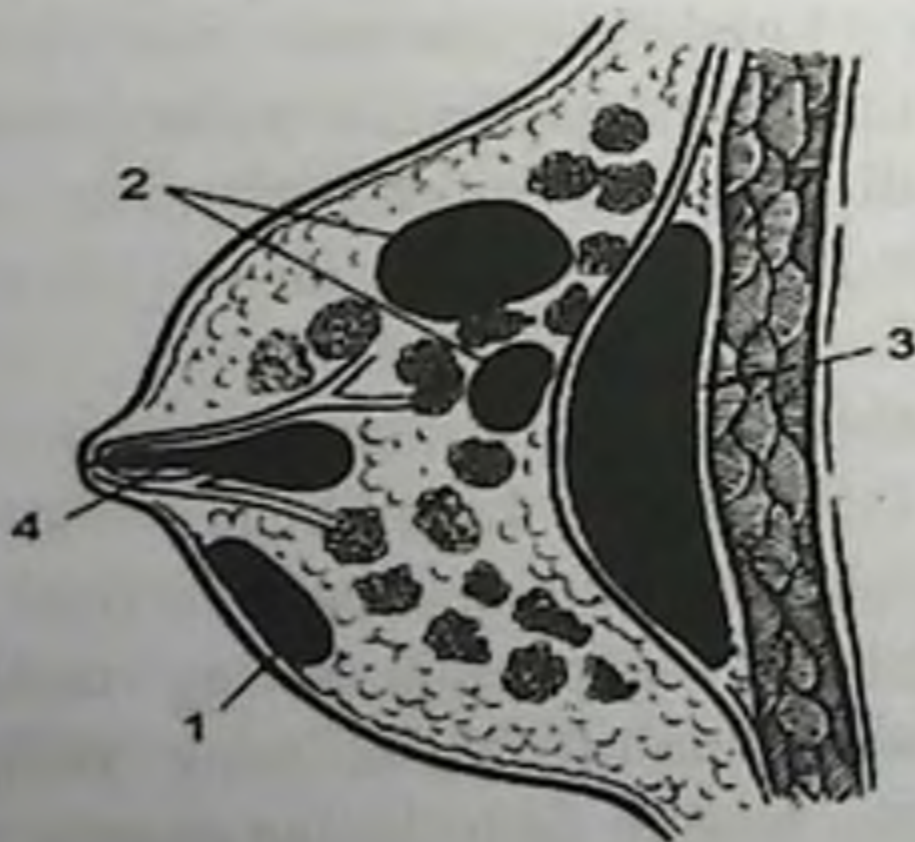
Etiologiyasi va patogenezi. Mastitlarni ko'proq stafilokokklar va ichak tayoqchalari, streptokokklar bilan assotsatsiyasida, ayrim holatlarda yakka ichak tayoqchalari yoki streptokokklar, juda kam holatlarda protey, ko'kyiringli anaerob floralar, zamburug'lar tomonidan rivojlanishi mumkin. Maxsus infeksiyalar-tuberkulyoz, sifilis shakllari ham kam uchraydi. Infeksiyalarning manbai bakteriya olib yuruvchilar, hamda har xil surunkali yiringli - yallig'lanish bilan kasallanganlardan yuqishi mumkin. Hozirgi kunda mastitlarning ko'payishi kasalxona ichi infeksiyalar sababli kelib chiqishi birinchi ahamiyatlidir. Hozirgi kunda 90% mastitlar tillarang stafilokokklar tomonidan chaqirilmoqda.

Infeksiyalarning kirishida asosan sut bezi so'rg'ichining yoriqlarida bo'ladi. Bundan tashqari infeksiyalar gematogen va limfogen yo'llar bilan tarqaladi. Patogen infeksiyalarning terida va sut bezi so'rg'ichida, yoki endi tug'ilgan bolalar og'zidan yuqishlari ham ahamiyatlidir.

Mastitga olib keluvchi faktorlaridan organizmning kuchsizlanishi (tuqqan ayollarda), yo'ldosh kasalliklari bor, immunobiologik reaktivligining pasayishi, tug'ruqning og'ir o'tishi (birinchi tug'ruq, chaqaloqning kattaligi) tug'ruq paytida va tug'ruqdan keyingi har xil asoratlari (qon yo'qotish, tug'ruq yo'llarining yallig'lanish holatlari) hisoblanadilar. Yana eng muhim faktorlardan sutning yaxshi chiqmasligi yoki uning turg'unligi bo'lib, ko'pincha birinchi tuqqan ayollarda uchraydi va sut yo'llarining har xil yetishmovchiligi, funksional o'zgarishlar ham ta'sir qiladi. Hozirgi vaqtda laktostaz 85% holatlarda uchramoqdalar. Mikroblar sut yo'llariga o'tishi bilan ularda shish hosil bo'ladi va sutning yaxshi oqib chiqmasligidan turg'un holati rivojlanadi

va sut yo'llari epiteliysi jarohatlanadi va mikroorganizmlar sut bezi parenximasiga o'tib ketadi. Yallig'lanish holati parenximada bo'lib, sut yo'llarida yallig'lanishi bilan chegaralaninishi mumkin, bu holatni galaktoforit deyiladi. Yallig'lanish holatining sut bezining perenximasiga o'tishi bilan ketma-ket yallig'lanishi fazalari seroz va yiringli holatlar yuzaga chiqadi yoki birdaniga destruktiv o'zgarishlarga o'tishi mumkin. Seroz fazasida sut bezi to'qimasi seroz suyuqlik bilan to'ladi va tomirlar atrofida leykotsitlarning to'planishi paydo bo'ladi.

Yallig'lanish holatining rivojlanishi bilan diffuz yiringli infiltratsiyaga aylanib mayda - mayda yiringli o'choqlar paydo bo'ladi. Keyinchalik ular bir -biriga qo'shilib abscess hosil qiladilar. Bu yallig'lanish holati sut bezi parenximasidagi bo'laklar orasidagi stromalarning yallig'lanishiga va ularning yupqalashishiga olib keladi. Yallig'lanish holatining yanada rivojlanishi bilan yiring teri osti to'qimalariga yoki retromammar bo'shliqqa yoriladi. Yiringli hosila ko'pincha - intramammar yoki subareolar joylashadi. Agar sut bezi bo'lmalaridagi abscesslardan uning orqa sohasida bo'lganda yiring sut bezi orqa bo'shlig'iga yoriladi va retromammar abscess hosil bo'ladi. Yallig'lanishga qon tomirlari jalb qilinib ularda tromboz paydo bo'lib, sut bezi to'qimasida nekroz paydo bo'ladi va o'tkir mastitning gangrenoz shakli paydo bo'ladi. Yiringli jarayonning lokalizatsiyasi bo'yicha quyidagi tasnifga ega. (17 - rasm.)



91-rasm. Mastit shakllari

- 1-terioستي mastit
- 2-intramammar mastit
- 3-retromammar mastit
- 4-subareolar mastitis

Mastitlarni o'tkir va surunkali shakllariga bo'linadilar. Amaliyotda qo'llaniladigan o'tkir mastitlar - seroz (boshlanish davri). O'tkir infiltrativ va destruktiv- abscesslashgan, flegmanoz, gangrenoz shakllariga bo'linadilar. Surunkali mastitlar yiringli va yiringsiz shakllariga bo'linadilar.

Klinik manzarasi va diagnostikasi: Mastitlarning boshlanish davrida to'g'ri diagnoz qo'yilib, davolansa ko'pchilik holatlarda yaxshi natijalarini beradi.

O'tkir mastitlarda yallig'lanish holatini sutning o'tkir turg'unlik holatidan differensiyalash zarur. Birinchi tug'ruq bilan ayollarda 2 marta ko'proq sutning turg'unlik holati ko'proq uchraydi. Bemorlar sut bezida og'irlik va taranglik borligiga shikoyat qiladi. Yallig'lanish rivojlangan sari sut bezida shish paydo bo'lishi, paypaslaganda og'riqli, shishning aniq chegarasi, harakati cheklangan, mahalliy haroratning balandligi aniqlanadi.



92-rasm. O'tkir mastit.

Shishni qisganda sut ajralib boshlaydi, ya'ni uni sog'ishi mumkinligi, og'riqsiz bo'ladi. Umumiy axvoli uncha ko'p o'zgarmaydi, tana harorati juda ko'p o'zgarmagan, qonda o'zgarish bo'lmaydi. Ana shu davrida yaxshi davolash mumkin. Bu holat tug'ruqdan keyin 3-5 kun davomida uchraydi.

Mastitning o'tkir shaklini, sutning o'tkir turg'un holatidan differensiyalash hamma vaqt ham yengil bo'lmaydi. Agar temperatura ko'tarilsa, sut bezida qo'pollashish bo'lsa bu seroz mastitga o'tganligidan darak beradi.

Sutning turg'un holatida yiringli infeksiyalarning sut orqali 2-4 kun ichida yallig'lanish bo'lib, seroz fazasini o'tadi. Bunda kasallik varaja, tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, sut bezida og'riq, terlash

paydo bo`ladi. Sut bezi kattalashadi, og`riqli, infiltrat borligi aniqlanadi. Sutni sog`ish og`riqli bo`ladi va deyarli foyda qilmaydi. Qonda leykotsitlar miqdori $10-12 \times 10^9/l$.ga, ECHT 20-30 mm/soatga ko`tariladi. Mastitning bu seroz fazasi yaxshi davolanmasa, holat rivojlanib infiltrativ fazasiga o`tadi. Tana harorati $38-40^{\circ}C$ ga ko`tariladi, palpatsiya qilinganda sut bezida shishsimon hosila ko`proq aniq chegarasi bilan aniqlanadi. Bemorning umumiy axvoli ancha og`irlashadi. Yallig`lanish holati sutda achish holatiga olib keladi, pH-oshadi ya`ni kislotali holat paydo bo`ladi, ishqorli fosfataza oshadi, sut tarkibida leykotsitlar soni oshadi.

Mastitning boshlang`ich fazasining yiringli fazasiga o`tishida umumiy va mahalliy simptomlari kuchayadi. Tana harorati doimiy baland, septik xarakterga ega bo`ladi. Infiltrat kattalashgan, terida qizarish, flyukuatsiya paydo bo`ladi. 99% holatlarda abscesslashgan tushuncha shaklida flukuatsiya paydo bo`ladi. O`tkir mastitning gangrenoz shaklida bemorlar ahvoli ancha og`irlashadi - tana harorati $40-41^{\circ}C$ ga, puls - 120-130 gacha, sut bezi birdaniga kattalashadi, shish pufakchalar bilan paydo bo`ladi.

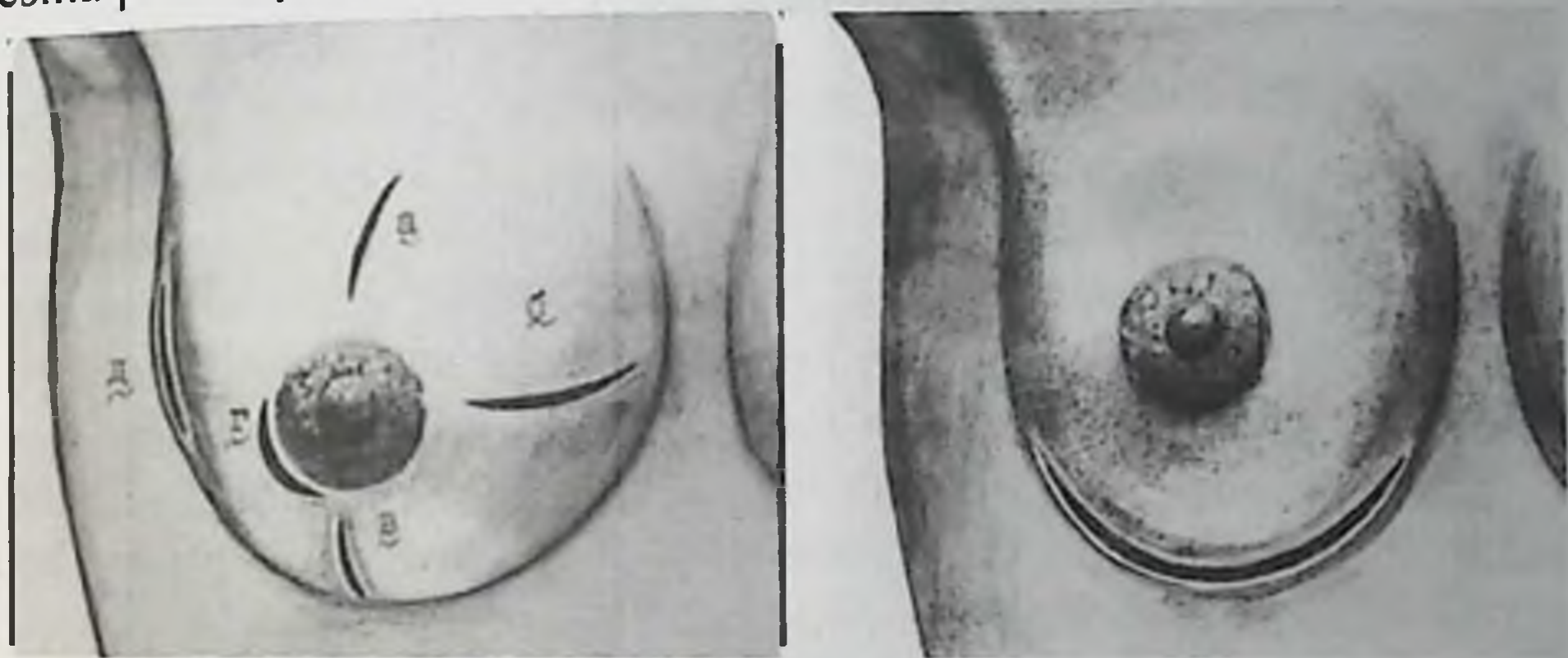
Pufakchalar ichida gemorragik suyuqlik paydo bo`ladi, nekrotik o`choqlar paydo bo`ladi. Shish sut bezining atrof to`qimalariga tarqaladi. Qonda leykotsitoz, siydikda oqsil paydo bo`ladi. Mastitning kechishida limfangit, limfadenit va sepsis asoratlari yuzaga chiqishi mumkin. Abscesslashgan mastitda punksiya qilish va UTT muhim ahamiyatga ega.

Davolash. Mastitning boshlanish davrida davolash konservativ bo`lishi kerak. Sut bezida sutning turg`un holati kuzatilganda bezni ko`tarib qo`yish, juda qisib qo`ymasdan bog`lab yoki byustgalter yordamida qilish mumkin. Sutning turg`un holatini sut so`rg`ich yordamida so`rib olish kerak, bolani emdirish to`xtatilmaligi kerak. Suyuqlik ichishni kamaytirish va oksitotsin tavsiya qilish kerak. Agar seroz va infiltrativ davrlariga o`tgan bo`lsalar, albatta antibiotikoterapiya (yarim suniy penitsillin, aminoglikozidlar, sefalospirinlar, makrolidlar) tavsiya qilinadi. Sulfanilamid preparatlari antibiotiklar bilan birga qo`llaniladi, infuzion terapiya-qon o`rnini bosuvchi suyuqliklar, hamda oqsilli preparatlar quyish mumkin. UVCh-terapiya, UZ, UF nurlari ham qo`llaniladi. Laktatsiyani bosish uchun estrogen androgenlar kombinatsiyasi bilan qilinadi. Yiringli mastitlarda operatsiya qilinishi kerak va narkoz ostida o`tkazilishi kerak. Mastitlarda operatsiya

kesmalari chuqur bo'lishi kerak, hamma nekrotik to'qimalarni olish va sanatsiya qilinishi va drenajlanishi lozim.

Mastitlar ochilgandan keyin barmoq bilan taftish qilishi, hamma bo'lmalar orasidagi to'siqlar ajratilishi, batamom bo'shliq yiringdan tozalaniladi.

Agar intramammar abscesslar bo'lganda bir- biri bilan tutashtirgan holda ochiladi, hatto ayrim abscesslar alohida kesmalar bilan ochiladi. Retromammar mastitlar yarim aylana shaklidagi kesmalar bilan ochiladi. Kesma pastki qismidagi burma orqali qilinadi.



93-rasm. O'tkir mastitlarda qilinadigan kesmalar.

Bunda sut bezini ko'krakning katta mushaklaridan ajratiladi. Intramammar mastitlarda radiar kesma qilinadi va sut yo'llarini kesib qo'yilmasligi kerak. Mastitlar alohida lokal xarakterga ega bo'lganda va surunkali mastitlar kuzatilganda yiringli o'choq sog' to'qima chegarasida kesib olinadi va drenajlanib batamom yarani tikib qo'yish mumkin.

Mastitlarning profilaktikasi - bu tadbirlar ayollarning konsultatsiyasida tug'ishdan ancha oldin o'tkazilishi kerak. Buning asosiy maqsadi homilador ayollarning immunobiologik xususiyatlarini oshirishdir. Endogen infeksiyon manbalarini sanatsiya qilish, ayollarni, ayniqsa birinchi tug'ruqqa tayyorlanayotgan ayollarni bolani sut bilan oziqlantirish, sut bezini parvarish qilish usullarini o'rgatish, organizmning chidamliligini oshirish, stafilokokk anatoksini bilan immunizatsiya qilish, UF - nurlar berish kerak. Profilaktika kompleksiga tug'ish paytida qon yo'qotish, har xil jarohatlar oldini olish, tug'ruqni og'riqsizlantirish, sutning dimlanishining oldini olish, so'rg'ich atrofini

ishlash usullari, so'rg'ichlarda yoriqlarning hosil bo'lmasligi uchun gigiena qoidalariga rioya qilishlar kiradi.

Tug'ruqxonalarda kasalxona ichki infeksiyasining tarqalishiga qarshi chora- tadbirlarni to'g'ri o'tkazish, statsionar tartiblarini saqlash, sanitariya - epidimiologiya xizmati rejimiga e'tiborni kuchaytirish kerak. Bakteriya tashuvchilarni o'z vaqtida aniqlash va ularni sanatsiya qilish, palata, operatsiya xonalari, bog'lam xonalaridagi sanitariya qoidalariga, vaqtida yig'ishtirish va tozalash ishlarini to'g'ri tashkil qilish kerak.

Peritonitlar diagnostikasi va zamonaviy davolash usullari

Qorin pardaning fiziologik xususiyatlari:

1. Surish xususiyati.
2. Sekretor xususiyati.
3. Baryer xususiyati.
4. Organizmda gomeostazni tashkil qilish.
5. Suv-elektrolitlar almashinuvida ishtirok qiladi.

Qorin pardaning umumiy xajmi taxminan terining umumiy xajmiga to'g'ri keladi, ya'ni 17000-20000 sm² ni tashkil qiladi. Qorin pardada juda katta tarmoqda qon va limfa tomirlari mavjud.

Har bir millimetr qorin parda yuzasida 75000 gacha kapillyarlar mavjud, shuning uchun ham qorin pardaning so'rish xususiyati juda baland.

Qorin pardaning rezorbsiya va sekretor funksiyalaridan tashqari katta plastik xususiyatiga ega. Ana shu xususiyatiga asosan qorin bo'shlig'i xirurgiyasi rivojlangan. Bu faoliyatda charvining asosan himoya a'zo sifatida ahamiyati katta. Agar charvi bo'lmasa edi qorin pardada har xil infeksiyalarning rivojlanishi og'ir o'tar edi.

Organizmda gomeostazni ta'minlashda, hamda suv-elektrolit almashinuvini muvozanatda saqlashda qorin pardaning muhim roli bo'lib bir sutkada 70 litrgacha suyuqlik surish hususiyatiga ega.

Qorin bo'shlig'ida suyuqlikning rezorbsiya bo'lishida diafragma qorin pardasidagi limfatik mikro tomirlarining ahamiyati baland. Diafragma qorin pardasidagi limfatik lakunalar qorin bo'shlig'i bilan aloqasi mezoteliyada joylashgan yorig'simon submikroskopik hujayralar-stomatlar orqali yuzaga chiqadi.

Peritonit-qorin bo'shlig'i seroz qoplamalarining yallig'lanishi bo'lib, ko'pincha yallig'lanish kasalliklarining yoki qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatlanishi asoratlaridir.

O'tkir tarqalgan peritonitlar muammosi meditsina paydo bo'lishidan boshlaboq paydo bo'lgan. Shuni aytish kerakki, bu og'ir kasallikni davolashda ma'lum yutuqlarga erishildi, ammo hozirgi paytda ham bu kasallikdan o'lim tafsiloti yuqori kursatkichlarda qolmoqda. Shuning uchun ham nafaqat xirurglar, hatto boshqa mutaxassis vrachlarning ham e'tiborini o'ziga jalb qilmoqda.

Peritonitlarning tasnifi. Klinik kechimiga qarab o'tkir va surunkali peritonitga bo'linadi. Surunkali peritonitlar ko'pchilik holatlarda mahsus xarakterga ega: sil kasalligi peritoniti, parazitar va konkroz assit- peritonitlar. Amaliyotda asosan o'tkir peritonitlar bilan duch kelamiz, ular qorin bo'shlig'ida bo'lgan yiringli holatlarning ko'rinishi bo'lib hisoblanadi.

O'tkir peritonitlarning V.D. Sovchuk (1979) bo'yicha tasnifi.

- 1) reaktiv bosqich (24soatgacha)
- 2) toksik bosqich (24-72 soat)
- 3) terminal bosqich (72 soatdan ko'p)

Yiringli peritonitlar.

1) Maxalliy

- a) chegaralangan
- b) chegaralanmagan

2) Tarqalgan

- a) diffuz holatidagi
- b) yoyilgan

Ekssudatning xarakteriga qarab;

- a) seroz,
- b) seroz-fibrinoz,
- v) fibrinoz-yiringli,
- g) sof yiringli peritonitlar.

Peritonitning sur'ati. Qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklari 20 % holatlarda yiringli peritonitlar asoratiga olib keladi. Bunday holatlar asosan bemorlar vrachlar yordamiga kech murojaat qilganlarida yuzaga chiqadi.

Peritonitlarning asosiy sababchilarini quyidagicha izohlash mumkin.

1. O'tkir appenditsit hamma peritonitlarning - 50 % ni tashkil qiladi.
2. Gastroduodenal yaralarning perforatsiyasi - 10 %
3. O'tkir xoletsistit - 10 %
4. Qorin bo'shlig'i a'zolari travmasi - 10 %
5. Ginekologik kasalliklar, ichak tutilishi, operatsiyadan keyingi peritonitlar-20 %

Peritonit bilan bemorlarning 60% dan ko'prog'i 40 yoshdan baland kishilarda uchraydi.

Peritonitlarning etiopatogenezi. Peritonitning kelib chiqishi sababidan qat'iy nazar, ko'pchilik holatlarda bakteriyalar chaqirgan yallig'lanish yuzaga chiqadi. Yiringli peritonitlarga olib keluvchi bakterial omillar quyidagicha:

1. Ichak tayokchalari - 65 %
2. Patogen kokklar -30 %
3. Shartli patogen flora - 5 % ni tashkil qiladi. Bir necha xil bakteriyalar assotsiatsiyasi 35 % bemorlarda kuzatiladi.

Peritonitning patogenezida asosan intoksikatsiya holatining rivojlanishi yotadi. Yuqorida aytilganidek qorin parda odamda taxminan 17500-20000sm² ni tashkil qiladi. Shuning uchun ham qorin bo'shlig'idagi yiringli holat odam organizmini bakteriyalar tomonidan hosil bo'lgan toksinlar bilan zaxarlaydi.

Endogen toksinlar patologik o'choqlarda modda almashinuvining buzilishidan hosil bo'ladilar, ya'ni oqsillarning noto'liq emirilishidan hosil bo'lgan polipeptidlar, lizosomal proteazalar (leykotsitlar va bakteriyalarining parchalanishidan hosil bo'ladi) va aktiv biogen aminlar (gistamin, serotonin, geparin va hakoza) hisoblanadi.

Qorin bo'shlig'ida yiringli holatning tarqalishi bilan qorin pardaning keng miqdorda yallig'lanishi yuqoridagi ko'rsatilgan toksinlarning ko'payib ketishi vegetativ tutqich gangliylarida patologik impulsatsiyaning rivojlanishiga olib keladi va oxir oqibatda og'ir patologik ta'sirlanish, ya'ni ichaklarda parez holati yuzaga chiqadi. Bunga yana serotoninning ko'p miqdorda yo'qotilishi ham yordam beradi. Ichaklarda turg'un holatining rivojlanishi ichak shirasida paydo bo'ladigan modda almashinuvining buzilishidan toksik moddalar hosil bo'ladi.

Ichaklar ichida katta miqdorda mineral moddalar to'planib qoladi, asosan kaliy minerali bo'lib, uning organizmda kamayishi asab tolalarida o'tkazuvchanlik xususiyatining yomonlashuvi va ichaklar parezining kuchayishiga olib keladi.

Hozirgi vaqtda tasdiqlanganki, qorin pardaning keng miqdorda yallig'lanishi uning so'rish xususiyati nafaqat pasayadi, balki kuchayadi ham. Ichak devorlarining parez paytida taranglashuvi natijasida ichak ichidagi toksinlar qorin bo'shlig'iga o'ta boshlaydi va endotoksinlar portal venoz havzasiga tushmay, to'g'ri jigarga boradi. Ma'lumki, jigarning dezintoksikatsion funksiyasi kuchli bo'lib, jigar bir soatda 60mg bakterial toksinlarni zararsizlantiradi, ammo yallig'lanishi holatining tarqalishi bilan jigarning bu funksiyasi buzilib, toksinlar qon tomirlarini ishdan chiqaradi va gemodinamikaning hamda nafas olish faoliyatining buzilishiga olib keladi.

Yallig'lanish zonalarida kollagen tuzilmalarning emirilishi kuchayib, katabolik protsessining kuchayishiga olib keladi. Undan tashqari oqsillarning ko'p qismi antitela hosil bo'lishiga, qonning shaklli elementlari va organizmning energiya talabini qondirish uchun sarflana boshlaydi. Shuning uchun ham tarqalgan peritonitda umumiy oqsilining kamayishi kritik nuqtaga tushib qoladi. Bu o'z navbatida peritonitni davolashda juda qiyin muammolarni tug'diradi.

Peritonitning diagnostik algoritmi. Tarqalgan peritonitlarning klinik manzarasi bugungi kunda ko'p adabiyotlarda yaxshi yoritilgan. Bu asosan og'riqli sindromning borligi, qorin pardaning tarqalgan yallig'lanishi belgilarining fizikal usulda aniqlanishi (qorin pardaning ta'sirlanishi simptomlari, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlikning yig'ilishi), ichaklar parezining rivojlanayotgan holati, to'qimalarning suvsizlanishi (tilning quruqligi, teridagi elastiklik holatning yo'qolishi) belgilarining rivojlanib endotoksikoz (taxikardiya, tana haroratining oshishi, neytrofilli leykotsitozning chappa siljishi, toksik ensefalit belgilarining yuzaga chiqishi) ning rivojlanishidan iborat.

Operatsiyadan keyingi ayniqsa ular "uchlamchi" deb hisoblanadigan sekinlik bilan kechadigan peritonitlarining diagnostikasi ancha qiyinchilik tug'diradi. Bunday holatda klinik diagnoz qo'yishda qorin pardaning "noaniq" yallig'lanishi klinikasi bilan endotoksikozning belgilarini aniqlash muhimdir. Bemorga birlamchi taxminiy diagnoz qo'yilgandan keyin kompleks operatsiyadan oldingi davolash tadbirlari

o'tkazilib, aniq diagnoz qo'yish amallarini bajarish shart. Bu vaqtda bosh vazifa bemor holatining og'irligi, uning rivojlanish fazasi, peritonal sepsisning borligi, ko'p a'zoli yetishmovchilik va peritonit patogenezi individual xususiyatlarini aniqlashdan iborat. Shunday qilib, kompleks laborator usullar bilan, ultratovush tekshirilishi, qorin bo'shlig'ini rentgenoskopiya, rentgenografiya, EKG qilish kabi algoritmlar qo'llanilishi kerak.

O'tkir peritonitning tipik kechishida diagnostikasi uncha qiyinchilik tug'dirmaydi.

Peritonitning birlamchi manbasiga qarab, ko'rik paytida aniqlanadigan quyidagi belgilar mavjud:

1. Qorinda kuchli og'riq.
2. Ko'ngil aynish va qusish.
3. Qorinning old devori taranglanishi.
4. Paypaslaganda o'tkir og'riq va Shotkin-Blyumberg belgisining aniqlanishi.
5. Tana haroratining oshishi.
6. Qondagi yallig'lanish reaksiyasi (leykotsitoz va neytrofillarning chap tomon siljishi).

O'tkir peritonitning klinik manzarasi juda ham har xildir. O'tkir peritonit ko'pchilik holatlarda ikkilamchi, ya'ni qandaydir bir kasallikning asorati bo'lganligi uchun aniq diagnoz qo'yish uchun anamnez to'liq o'rganilishi kerak.

Bu kasallikning boshlanishi hamma vaqt o'tkir, to'satdan bo'lib 100% qorinda og'riq bilan o'tadi.

O'tkir peritonitning klinik manzarasi uning har xil bosqichlarida har xildir. Boshlanish yoki reaktiv bosqichida og'riq bilan birga qorin tomondan aniqlanadigan sindromlar ko'prok yuzaga chiqadi. Qorinning old devori taranglashishi, el chiqmaslik, xojatning bo'lmasligi, ko'ngil aynish va qusish holati, paypaslaganda Shotkin-Blyumberg belgisi aniqlanadi. Juda erta davrlarda pulsi reflektor holatda sekinlashgan, keyinchalik tezlashib, puls bilan tana harorati orasida nomutanosiblik paydo bo'ladi. Tana harorati boshidan ko'tariladi, rektal harorat qo'ltik osti haroratidan 1-1,5 C° yuqori bo'ladi. Tili quruqrok va karashma bilan qoplanadi. Qonda leykotsitlar miqdori oshadi, neytrofillarning chapga siljish kuzatiladi.

Peritonitning rivojlanishi bilan bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tili quruq bo'la boshlaydi, pulsi tezlashgan qusish kuchayadi, qusuq modda qo'lansa hidli. Qorini paypaslaganda taranglanish va og'riq pasayadi, ammo damlash yanada kuchayishi mumkin, chunki ichak devorlaridagi nerv tolalari parezi boshlanadi. Asta sekinlik bilan bemorlarda paralitik ichak tutilishi belgilari rivojlanadi. Qorinni auskultatsiya qilganda ichak harakatlari eshitilmaydi (ya'ni «qabr sukunati»). Albatta orqa chiqaruv teshigi orqali barmoq bilan tekshirib ko'rish shart. Reflektor holatda siydik chiqarishi to'xtaydi. Qondagi leykotsitlar soni 15-20000 gacha ko'tarilishi mumkin. Reaksiyaning chapga siljishi kuzatiladi, yosh shakllari paydo bo'ladi. Agar intoksikatsiya juda kuchli bo'lsa leykotsitoz pasayadi -yani organizmning areaksiya holati yuzaga chiqadi. Og'ir intoksikatsiya paydo bo'lganda parenximatoz a'zolar, ya'ni jigar va buyraklarning faoliyati buziladi. Ko'pchilik holatlarda engil sariqlik paydo bo'ladi. Jigarning glikolitik, glikosintez, antitoksik va protoplastik funksiyalari buzilib, umumiy oqsil miqdori kamayadi. Qonda atsidoz holati kuchayib, siydik ajralishi miqdori pasayadi. Oxirgi, ya'ni terminal bosqichida (4-5 kunlari) klinik manzara o'zgarib, tajribasi kamrok vrachlar xato qilib qo'yishlari mumkin. Bemor og'riqqa shikoyat qilmay qo'yadi, hatto umumiy ahvoli biroz yaxshi bo'lganligini aytadi (eyforiya yuzaga chiqadi). Bemorni ob'ektiv ko'rilgandagi klinik mazara daxshatli tusga kiradi: yuz tuzilishi osilgan, ko'zlari orqaga kirgan, yuz tuzilishi iztirobli, bezovta (facies Hippocratica). Bemorning doimo ko'kimtir, qora to'q qizil qo'lansa hidli suyuqlik bilan qusishi, tili quruq, qorni damlagan, paypaslaganda yumshoq, pulsi kuchsiz, aritmik, nafasi yuzaki bo'lishi organizmning chuqur intoksikatsiya holatida ekanligini ko'rsatadi. Bemorlar to oxirgi minutilargacha hushida bo'lib o'lishi mumkin, ayrim holatlarda alahsirash yoki har xil qo'zg'alishlar yuzaga chiqadi.

Kasallikning kechimi og'irligi holati bilan bemor ahvolining og'irligi o'rtasidagi parallel nomutanosiblik borligi va o'tkir peritonitning diagnostikasining qiyinligini ulug' Mondor (1930 yil) ham o'z vaqtida aytib o'tgan. Manzaraviy rentgenoskopiya qilinganda ichaklarda pnevmatoz holati kuzatiladi.



94-rasm. Qorin bo'shlig'inin gmanzaraviy rengenografiyasi. Ichaklarda pnevmatoz holati.

Shuni aytish kerakki, amaliyotga endoskopik tekshirish usullarining, laparoskopiyaning kiritilishi diagnostikani ancha osonlashtirdi. Endoskopik apparatlar bo'lmagan bo'limlarda, yoki bemorlar tuman shifoxonalarida bo'lib diagnostikasi og'ir hollarda biz xirurglarga laparotsintez qilinishini tavsiya qilamiz.

Oxirgi yillarda amaliyotga ultratovush tekshirishlarining kiritilishi qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklari, xususan o'tkir peritonitlar diagnostikasini ham ancha engillashtiradi.

Differensial diagnostikasi. O'tkir peritonitning toksik va terminal bosqichlarida qorin pardaning yallig'lanishi semiotikasi aniq yuzaga chiqishi sababli boshqa kasalliklar bilan differentsiallashtirishning xojati qolmaydi. Kasalliklarning reaktiv bosqichida umumiy belgilarining ko'pligi jihatidan yallig'lanish va yallig'lanish bo'lmagan kasalliklar bilan differentsiallashtirish zarur.

1) Eng avvalo siydik tosh kasalligi bilan, siydik yo'lini bekitib qolganda yuzaga chiqadigan kuchli og'riq, ko'ngil aynishi, qusishi ichaklar parezi va yolg'on musbat Shotkin-Blyumberg belgisi borligi diagnostikani qiyinlashtiradi. Og'riqning xurujli o'tishi uning chov, son, oraliq sohasiga tipik irradiatsiyasi, dizurik holat borligi tana xaroratining va qondagi yiringlashga xos o'zgarishlarning yo'qligi, siydik taxilida eritrotsitlarning borligi to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi. Differensial diagnoz maqsadida albatta UTT, manzaraviy rentgenografiya va uroografiya qilish zarur.

2) Peritonitni juda kam holatlarda og'ir metallar tuzi bilan zaharlanishlari bilan taqqoslash zarur. Bunday holatlarda bemordagi

o`xshash belgilar yuzaga chiqadi: bemordagi qo`zg`alishlar, qorin bo`shlig`idagi og`riq, qorinning old devori mushaklarining reflektor taranglashishidan - taxtasimon bo`lib qolishi. Ammo ko`ngil aynish, qusish kuzatilmaydi, tana haroratining oshishi va qonda yallig`lanish reaksiyasi ham kuzatilmaydi.

3) Peritonitni gemorragik diatezlar bilan, ya`ni Sheyleyn-Genox kasalligi bilan ham differensiallash zarur. Bu kasallik yosh kishilarda va bolalarda uchrab terida, shilliq pardalarda, qorin pardada, mayda qon quyilgan donachalarning paydo bo`lishi bilan boshlanadi. Bu kasallikning uchta: teri, ichak va qorinning old devori taranglashishi va qorin pardaning ta`sirlanishi belgilari yuzaga chiqib, peritonit belgilarini beradi. Bu borada albatta anamneziga e`tibor berish zarur. Nihoyat bizga UTT va ayrim hollarda hatto endoskopik tekshirish - laparoskopiya yordam beradi.

4) Ayrim hollarda yurak infarkti bilan ham differensiallash zarurati tug`iladi. Yurakning cho`qqisi yoki uning orqa devorida infarkt o`chog`i bo`lganida epigastral sohasida kuchli og`riq bo`lib, ko`ngil aynishi, qusish, qorinning old devori taranglashishi bilan o`tadi. Albatta bunday holatlarda EKG qilish, tegishli mutaxassislar bilan maslahatlashish, qo`shimcha diagnostik usullar ishlatish yordam beradi.

Peritonitni qolgan qorin bo`shlig`i a`zolarining o`tkir xirurgik kasalliklari bilan ham differensiallash zarur. Ammo bu kasalliklarda ularni zudlik bilan operatsiya qilish ko`rsatmalari bo`lganligi uchun, ularning asorati asosan peritonitlarga olib kelishini hisobga olib birma-bir ta`kidlab o`tmadik.

B.D. Savchuk (1979) keltirilgan ma`lumotlarga asosan bemorlar peritonit bilan statsionarlarga tushgan paytlarida 82% klinik manzaralari aniq. 18% holatlarda har xil diagnostik qiyinchiliklar tug`dirgan. Ayrim bemorlarda atipik klinik belgilardan tashqari, og`ir yo`ldosh kasalliklar bo`lganida haqiqiy peritonit belgilarini niqoblashi mumkin.

O`tkir peritonitlarni zamonaviy davolash

Tarqalgan peritonitdiagnozi qo`yilgandan keyin qorin bo`shlig`idagi allig`lanishning manbasini aniqlash uchun operatsiya nikechiktirish mumkin emas. Bemorga zudlik bilan oshqozon-ichak tizimini dekompressiya qilish uchun zond qo`yiladi, har soatdagi diurezni aniqlash va operatsiyadan oldingi tayyorlash muolajasi boshlanadi. O`tkir

peritonitlarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik uchta asosiy maqsadni amalga oshirish uchun qilinadi:

Birinchi maqsad- to'qimalar degidratatsiyasini, gipovolemiyani, elektrolitlar balansini buzilishini bartaraf qilish. Buning uchun izotonik poliionli suyuqliklar 1 kg massaga 30-50 ml hisobida infuziya qilish talab qilinadi. Infuzion terapiya glyukozali, oqsilli va kolloid eritmalar quyish bilan davom ettiriladi.

Ikkinchi maqsad- endogen intoksikatsiya va fon kasalliklari sababli organizmda yuzaga chiqqan buzulishlarni medikamentoz korreksiya qilish.

Uchinchi maqsad- o'z vaqtida operatsiyagacha adekvat antibakterial terapiyani boshlashdir. Bu maqsadni amalga oshirishda biz sefalosporinlarning oxirgi avlodi va metronidazol qatoridagi preparatlarni qo'llash maqsadga muvofiq deb o'ylaymiz. Aniq qaysi preparatlarni o'zaro ko'shma holda ishlatishda differensial yondashish kerak. Bunda organizmning funksional holati ma'lum bir shkala bo'yicha (SAPS, SOFA yoki APACHE-I) aniqlangan ballari hisobga olinadi.

Asosan bunday tadbirlarni o'tkir peritonitning toksik va terminal bosqichida tushgan bemorlarda o'tkaziladi. Tayyorlash muddati 2-3 soat atrofida bo'lishi kerak. Bemorga albatta, transnazal zond qo'yilib oshqozon yaxshilab yuviladi. Bemorning ahvoli biroz stabillashgandan keyin operatsiyadan 30-40 minut oldin premedikatsiya qilinadi: 0,1% li atropin 1ml, 2% promedol -1 ml teri ostiga yuboriladi. Operativ davolash o'tkir peritonitlarda radikal bo'lishi kerak. Keng laparotomiya qilinishi, albatta endotraxeal narkoz ostida o'tkazilishi kerak. Peritonitlarda uni chaqiruvchi manbaning xarakteriga qarab laparatomiyaning tegishli variantlari qo'llanilishi zarur. Agar oshqozon yarasining teshilishi, destruktiv xoletsistit, o'tkir pankreatit xavfli bo'lganda yuqorgi - o'rta laparotomiya, o'tkir appenditsit, genikologik kasalliklari ehtimol qilinganida pastki-o'rta laparatomiyasi qilinadi. Peritonitning sababi aniq bo'lmasa o'rta-o'rta laparatomiyasi ma'qul hisoblanadi.

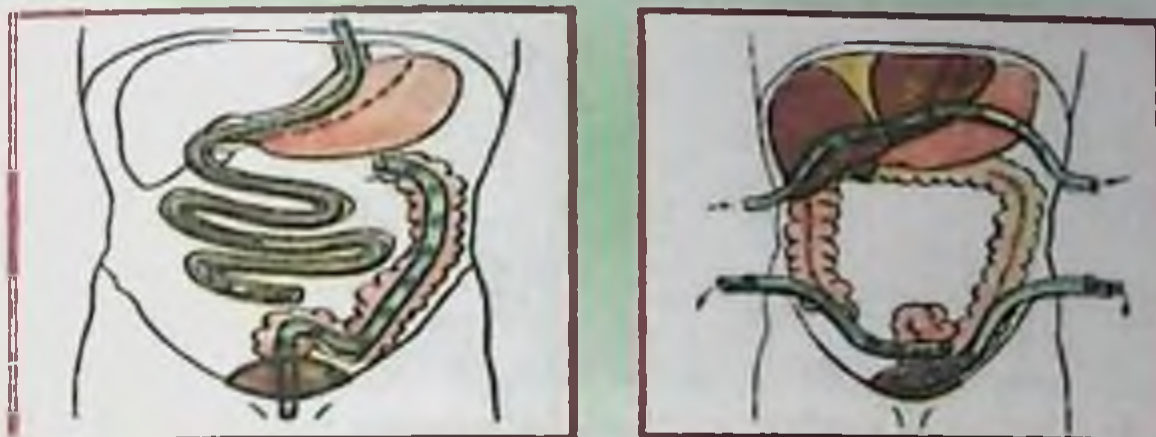
O'tkir yiringli peritonitlar bilan operatsiya qilinganida quyidagi amallar bajarilishi shart:

1. Yiringli ekssudatni evakuatsiya qilish (bu amal asosan elektrosurgichlar bilan amalga oshiriladi);

2. Peritonitning asosiy manbaasini bartaraf qilish

3. Qorin bo'shlig'ini yaxshilab sanatsiya qilish;
4. Qorin bo'shlig'ini drenajlash.

Nazointestinal intubatsiya va qorin bo'shlig'ini drenajlash



95-rasm. a) Ingichka ichaklarni nazointestinal.
b) Qorin bo'shlig'ini drenajlash.

Operatsiyaning hajmi birlamchi peritonitga olib kelgan kasallikning xiliga va peritonitning bosqichiga bog'liq. Destruktiv holatidagi chuval- changsimon o'simtani, o't xaltani albatta olib tashlash zarur. Peritonitning asosiy manbasini yaxshilab bartaraf qilinmasa, operatsiyalardan keyin har xil asoratlar kuzatilishi mumkin. 1980 yilda professor N.N. Kanshin shunday xulosaga kelgan edi: «Peritonitlar paytida operatsiya radikal o'tkazilib, peritonitning manbasini yaxshi bartaraf qilinmasa, qorin bo'shlig'i sanatsiyasi va dializ operatsiya paytida yaxshi o'tkazilmasa, hech qanday infuzion davolash, har qanday antibiotik qo'llash, giperbarik oksigenatsiya, limfasorbsiya, hatto gemasorbsiya bemorni o'limdan qutqara olmaydi».

Xuddi shunday xulosani 1984 yilda professor Niderle ham ta'kidlab 3 ta muhim amal o'tkazilishini yozgan:

1. Peritonitni chaqiruvchi manbani bartaraf qilish;
2. Qorin bo'shlig'ini optimal sanatsiya qilish;
3. Qorin bo'shlig'ini adekvat drenajlash

Gastroduodenal yaralarning perforatsiyasida juda kam holatlarda rezeksiya qilinadi, asosan yaralar tikiladi. Yo'g'on va ingichka ichaklarni tikkanda albatta ichaklar ichidagi bosimni kamaytiradigan stomalar chiqarish lozim. Ichaklar rezeksiya qilinganda albatta «yonbosh-yonbosh» yoki «uchma-uch» anastomozlar qo'yiladi. Peritonit toksik yoki terminal bosqichida bo'lsa teshilgan yoki jarohatlangan ichak uchlari albatta tashqariga chiqariladi, ya'ni stoma qo'yiladi. Ileostomani chiqarish birinchi bo'lib 1879 yilda Vayt tomonidan

«xabatok» shaklida taklif qilgan. Ileostomalar keyinchalik 3-4 oydan keyin yopilishi kerak.



96-rasm. O`tkir yiringli peritonitlarda qorin bo`shlig`ini drenajlash va dializ qilish.

Yiringli peritonitlar bilan bemor operatsiya qilinganda xirurg avvalo bemorning xayotini saqlab qolishni o`ylash kerak. Operatsiyaning hajmini noo`rin kengaytirish ham har xil asoratlarga olib kelishi mumkin. Qorin bo`shlig`ini sanatsiya qilishda iliq izotonik eritmalar, furatsillin, rivanol eritmaları ishlatilib, elektro surgichlar bilan so`rib olinadi. Albatta fibrinoz qoplamalar (ichak devorlaridagi hamda parietal qorin pardadagi) olinishi shart. Ana shu amallardan keyin qorin bo`shlig`i drenajlanadi. Drenaj naylar eng avvalo qorin bo`shlig`ida qolgan suyuqliklarning chiqishiga imkoniyat bersa, operatsiyadan keyingi paytda qorin bo`shlig`ini dializ qilish va antibiotiklar yuborish uchun ham xizmat qiladi.

Peritonal dializning 2 xili mavjud:

1. Yuviq - oqiziladigan
2. Fraksion dializ.

Birinchi holatda qorin bo`shlig`i doimiy ravishda ko`p miqdordagi (bir sutkada 6 litrgacha) suyuqlik bilan yuvilib oqizilib turiladi. Bu usulning ma`lum yetishmovchiliklari mavjud. Bitta drenajdan doimiy suyuqlik quyilib, ikkinchisidan oqib turishida qorin bo`shlig`ida gidroperitonium hosil bo`lib qolishi mumkin va yurak hamda nafas faoliyatining buzilishiga olib keladi. Shuning uchun oxirgi yillarda fraksion dializ ishlatiladi. Peritonal dializ 3-4 kun ishlatilib keyin olib tashlash mumkin. Bu usul asosan tarqalgan peritonitlarning terminal bosqichida ishlatiladi. O`tkir yiringli peritonitlarda qorin bo`shlig`ida tiqindi qoldirish juda chegaralangan holatlarda amalga oshiriladi. Tiqindi asosan peritonitning manbaasini yaxshi bartaraf qilmaganda

yoki biror a'zoni yaxshi tikish imkoniyati bo'lmaganda, gemostaz yaxshi qilinmaganda, abscess bo'shliqlari yorilgan holatlarda shu bo'shliqlarda qoldirish mumkin. Qorin bo'shlig'iga qo'yilgan tiqindi 5-7 kun turishi lozim. Tiqindilar asosan alohida kesmalar orqali qo'yilishi kerak. [Ayrim holatlarda yiring manbasi operatsiya kesmasiga yaqin bo'lganda shu kesma orqali qo'yilishi mumkin].

O'tkir yiringli peritonitlarda ingichka ichaklarni uzun nazaintestenal va yo'g'on ichakni transrektal intubatsiya qilish muhim ahamiyatga ega. Agar ichaklar intubatsiyasi yaxshi qilinsa, ikkala zond uchlari bir-biriga uchrashgan holda tursa, ko'pchilik holatlarda stoma chiqarishga hojat bo'lmay qoladi. Bu zondlar orqali har xil endosorbentlar ham yuborish mumkin.

Qorin bo'shlig'ini yopishdan oldin bitishma kasalligining profilaktikasi maqsadida biz maxsus aralashma ishlatamiz: mezogel 200ml, gidrokartizon 125 mg, 3 g kanamitsin, 20 000 ED kontrikal aralashma qilinib, qorinning hamma qismlari xo'llanadi, vaqtincha drenaj naylar 3-4 soatga bekitilib qo'yiladi. Tarqalgan yiringli peritonitlarda qorin bo'shlig'i ochiq qoldirilishi va har kuni uni yuvib turish usullari ham bor. Bundan yuz yil avval Mikulich va Jan Lui For tomonidan «ochiq qorin» usuli taklif qilingan. 1985 yilda Taxman tomonidan qorinning old devoriga «fermuarlar» tikish va kerakli paytda uni ochib sanatsiya qilish taklif qilingan. Hozirgi vaqtda ana shunday og'ir peritonitlarda rejalashtirilgan sanatsion relaparatomiyalar qo'llanilmoqda.

Sanatsion relaparotomiyaga ko'rsatmalar

1. Peritonitning terminal bosqichi;
2. Operatsiyadan keyingi choklarning sitilib ketishidan hosil bo'lgan peritonitlar;
3. Anaerob peritonitlar;
4. Manbaasi aniqlanmagan peritonitlar (pankreonekroz, rezeksiya qilib bo'lmaydigan oshqozon-ichak tizimining o'sma shishlari);
5. Peritonitning toksik fazasi, ko'p a'zoli etishmovchiligi bilan (peritonitning toksik fazasida 40% holatlarda ko'p a'zoli etishmovchiligi kuzatiladi).

Peritonitlarda o'lim surati keltirilgan ma'lumotlar bo'yicha (B.D. Savchuk 1979): reaktiv bosqichida 6-7%, toksik bosqichida 48-49% va terminal bosqichida 90%ni tashkil qiladi.

1987 yilda bir guruh nemis olimlari yiringli peritonitlarning natijasini bashorat qiladigan peritonitning Manxaymer indeksini berdilar.

Peritonitning Manxaymer indeksi

5-jadval

Xavffaktorlari	Og'irlikni baholash (ball)
Yoshi 50 dan yuqori	5
Ayoljinsi	5
A'zolar yetishmovchiligi	7
Xavfli o'sma shislari	4
Peritonitlarning davom etish muddati (24 soatdan ortiq)	4
Peritonitning manbaasi yo'g'on ichaklar bo'lsa	4
Diffuz tarqalgan peritonit	6
Ekssudat (bitta javob xolos)	
tiniq	0
loyqa - yiringli	6
chirigan - axlatli	12

Ana shu peritonitning Manxaymer indeksiga asoslanib A.S. Ermolov quyidagicha tekshirish o'tkazgan. Peritonitlarning Manxaymer indeksi kattaligiga qarab bemorlarning peritonit natijalarini bashorat qilgan.

6-jadval

Bemorlar guruhi	Indeks kattaligi (ball) soni	Kasallar soni	Sog'aygan	O'lgan
Birinchi guruh	12-20	42	42	0
Ikkinchi guruh	21-29	31	18	13
Uchinchi guruh	30 undan baland	27	0	27

Peritonitning Manxaymer indeksiahamiyatishundaki, indeksiko'rsatkichiyordamidaperitonitlardaharxilxirurgikdavo lashlarnin gnatijalarinibaholashmumkin.

BundantashqariperitonitlarningManxaymerindeksinirejalisanatsionrelapa rotomiyalarningbittakriteriyasisifatidaishlatishmumkin.

Shunday qilib, o`tkir peritonitlarda quyidagi davolash taktikalari qo`llaniladi. O`tkir peritonitni ayniqsa tarqalgan - umumiy peritonit bo`lganda quyidagi taktika qo`llaniladi:

1. Xirurgik operatsiya qilish;
 2. Antibakterial terapiya o`tkazish;
 3. Og`ir modda almashinuvi buzilishini korreksiya qilish;
 4. Oshqozon - ichak tizimi faoliyatini tiklash.
1. O`tkaziladigan xirurgik operatsiyalarni ketma-ketligi
 1. O`rta laparotomiya (har xil variantda) qilish.
 2. Qorin bo`shlig`idagi yiringli ekssudatni evakuatsiya qilish.
 3. Qorin bo`shlig`ini taftish qilish.
 4. Peritonitga olib kelgan manbani bartaraf qilish.
 5. Qorin bo`shlig`ini yuvish.
 6. Parez holatidagi ichaklarni dekompressiya qilish.
 7. Tutqich o`zagiga novokain + antibiotiklar aralashmasini yuborish.
 8. Drenaj-naylar (irrigatorlar) qo`yish.
 9. Qorin bo`shlig`ini maxsus aralashma (mezogel 200ml + gidrokartizon 150mg + 3g kanamitsin+kontrikal+20000ed) bilan ho`llash.
 10. Laparotomiya - yarasini tikish.
- II. Operatsiyadan keyingi davrdagi qilinadigan davolash amallari:
1. Antibakterial terapiya.
 2. Metabolik o`zgarishlarni korreksiya qilish.
 3. Oshqozon ichak tizimi funksiyasini tiklash.

I. Antibakterial terapiya

Yiringli peritonitda antibakterial davolash keng spektrda ta`sir qiladigan antibiotiklar ishlatilishi kerak chunki peritonitlarda kolibatsilyar flora ko`proq ishtirok qiladi. Ko`pchilik holatlarda ichak tayoqchasi va yiring chaqiruvchi stafilokokklar kombinatsiyasi uchraydi. Bunday holatlarda asosan aminoglikozidlar, penitsillin bilan birgalikda hamda grammusbat va grammanfiy floralarga ta`sir qiladigan sefalospalinlar yaxshi ta`sir qiladi. Antibiotiklarni tavsiya ilishda albatta bakteriologik tahlillarga asoslanish kerak.

Bakteriologik - ekspress diagnoz qo'yilguncha vaqtincha antibiotiklar ishlatilishi kerak. Peritonitlarda ishlatiladigan antibiotiklarning sutkalik dozasi juda baland.

1. Penitsillinlar:

- a) benzilpenitsillin 10-15 mln Ed (1 sutkada);
- b) polisintetik (ampitsillin, ampioks) 3-5 g.

2. Aminoglikozidlar:

- a) kanamitsin va monomitsin 2-3g;
- b) gentamitsin 160-240 mg.

3. Sefalosporinlar:

Oxirgi avlodlari: 3-5 g.

Antibiotiklar ko'pincha mushak orasiga yuboriladi. Peritonitning ogir toksik va terminal xolatlarida ularni vena ichiga tomchilab yuborish mumkin.

Antibiotiklar katta dozada ham mikroblarning antibiotiklarga rezistentligini bartaraf qila olmaydi. Shuning uchun har 5-7 kunda antibiotiklarni almashtirish va qo'shma holda yuborish tavsiya qilinadi. Antibiotiklarni katta dozasi yiringli mikroblarni o'ldirsa ham, shartli patogen mikroblarning aktivlashishiga olib keladi (neobligat anaeroblar) va ular o'zlari yiringli ixoroz yallig'lanish chaqarishlari mumkin. Ana shunday hollarda metronidazol 2-3 gramm sutkada ishlatiladi.

II. Metaboliko`zgarishlarni korreksiya qilish

Operatsiyadan keyingi davrda bir sutkada 3-4 litr suyuqlik infuziya qilinishi kerak va bemor kerakli ingredientlar olishi uchun infuzion suyuqliklarni kerakli hajmda tavsiya qilinadi. Bemorlar yiringli peritonit bilan bir sutkada 160-180 g oqsil, 4 g kaliy, 6 g atrofida natriy yo`qotadi. Bemorlarning bir sutkalik energiyaga bo`lgan talabi 2500 - 3500 kkalni tashkil qiladi. Organizmning oqsilga bo`lgan talabini oqsilli gidrolizadlar, aminokislotali aralashmalar quyilishi bilan qondiriladi, chunki ular 1-2 sutka ichida utilizatsiya bo`ladi. Qon plazmasi yoki qonning o`zi oqsil etishmovchiligini kompensatsiya qiladigan moddalar tarkibiga kirmaydi, chunki plazma tarkibidagi oqsil 5-7 kun, quyilgan qon 100-120 kun ichida utilizatsiya bo`ladi. Minerallar yo`qotilishini muvozanatlash elektrolitli eritmalar quyilishi bilan amalga oshiriladi. Organizmdagi energiya balansining to`ldirish ancha qiyin, chunki oqsil past energiya ekvivalentligiga ega, tuzli eritmalar umuman energiya

bermaydi. Shuning uchun ham glyukoza ning konsentrlashgan eritmalari, sorbitol quyiladi. 1 g glyukoza organizmda yonganda 4 kkal energiya beradi. Maxsus yog'li emulsiyalarning 1 g yonganda 9 kkal energiya beradi.

7-jadval

Infuzion davolashning sutkalik tarkibi

Ingredintlar	Soni (ml)	Energiya ekvivalenti (kkal)	So`riladigan narsalarning absolyut soni (g)		
			Oqsil	Kaliy	Natriy
Renger-Lokk	750	-	-	0.31	3.63
Infezol	1000	400	75	2.34	1.80
Aminozin	500	200	30	1.48	0.80
20% li glyukoza insulin 32ED	1000	820	-	-	-
20% li sorbitol	500	410	-	-	-
Jami:	3750	1820	105	4.13	6.27

III. Oshqozon - ichak tizimi funksiyasini tiklash

Peritonitlarda ovqat hazm qilish trakti funksiyasining tiklanishi davolashning yaxshi ketayotganligidan bashorat qiladi. Oshqozon - ichaklar parezini bizning fikrimizcha, operatsiyagacha profilaktika qilish kerak. Operatsiyadan keyingi davrdan vena ichiga 30-40 ml 10% li natriy xlor eritmasini yuborish ancha foydali hisoblanadi. Agar parez holati kuchli bo`lsa mushak orasiga 0,5-1 ml 0,1% li ubretid yuborish yaxshi foyda beradi. Bundan tashqari, 0,1% li prozerin eritmasini 1ml dan mushak orasiga yuborish maqsadga muvofiqdir. Ichaklar harakati tiklangandan keyingina intubatsion zondlar olinishi kerak.

Qo`l va oyoqlardagi chuqur flegmonalar - Chuqur subfassial, fassiyalararo -flegmonalarda yiringli yallig`lanishlar mushaklararo to`qimalar hamda tomirlar atrofidagi bo`shliqlar orqali tarqaladi.

Etiopatogenezi: - Bu flegmonalarning chaqiruvchilari streptokokklar, stafilokokklar, yana ko'k yiringli tayoqchalar, chirishga olib keladigan anaerob mikroblar hisoblanadilar. Flegmonalar seroz shishdan boshlanadi va keyinchalik yiringli infiltratsiyaga va o'z vaqtida yiringli yemirilishlarga aylanib to'qimalarda nekroz- mushaklarda, fassiyalarda va yog' to'qimalarida yuzaga chiqadi. Holatning chegaralanishida bitta yoki bir nechta absesslar hosil qiladi. Qo'llarda bo'ladigan flegmonalar - yelkada bo'ladigan flegmonalar tomirlar-nerv qinlari orqali tarqaladi va bukuvchi va yozuvchi mushaklar qinida hosil bo'ladi. Yelkaning yuqorigi qismida deltasimon mushaklar ostida, pastki qismida esa m.brachiradialis ning qinida joylashadi va tirsak sohasining lateral qismiga tarqala boshlaydi. Bundan tashqari yiringli holat yelkaning fassial bo'shlig'i orqali bilak va tirsak nervlarining qinlari orqali tarqala boshlaydi. Tirsak sohasida flegmona uchta fassial bo'shliq: bukuvchi, yozuvchi va tashqi fassial bo'shliq bo'yicha tarqaladi. Bitta o'rin bilan chegaralanmay flegmona bukuvchi va yozuvchi mushaklarning synovial qinlari orqali tarqaladi. Bunga misol bo'lib qo'lning kaft flegmonalarida Pirogov- Paron bo'shliqlari orqali yiringning bilak sohasiga tarqalishi hisoblanadi.

Oyoqlardagi chuqur flegmonalar: Yuzaki flegmonalar son uchburchagida joylashib chuqur son flegmonasini hosil qiladi. Yuzaki flegmonalar limfa yo'llari orqali chuqur flegmonalarga, hamda son venasi, yuzaki fassiyalar orqali ham o'tishi mumkin. Sondagi chuqur flegmonalar boshqa qo'shni sohalardan ham yiringli moddalarning oqib kelishi mumkin. Chanoq sohasidan keltiruvchi mushaklar orqali chanoqdan oqib kelishi mumkin. Sonning orqa yuzasidagi chuqur flegmonalar dumba sohasida paydo bo'ladi, bunda yiringli yallig'lanish holat to'g'ri ichak atrofidagi to'qimalar orqali tarqalishi ham mumkin.

Boldir sohasidagi chuqur flegmonalar uchta fassial : oldingi, orqa va tashqi qavatlarda hosil bo'lishi mumkin. Oyoqlar panjasi sondagi chuqur mushaklararo bo'shliqlari orqali boldirning tomir-asab bog'lami to'qimalar orqali birlashadi.

Oldingi fassial bo'shliq panja bilan tomirlar orqali birikadi. Shuning uchun ham boldirdagi chuqur flegmonalarda tomirlarni bosib qo'yadi va mushaklarda nekroz hosil bo'ladi. Bu og'ir asoratlar chuqur boldir flegmonalarida oldingi va orqa o'rindagilari kam yordam ko'rsata oladigan fassiyalar va suyaklardan chegaralangan.

Klinikasi va diagnostikasi. Qo'l va oyoqlarning chuqur flegmonasida umumiy xarakterga ega bo'lgan simptomlar rivojlanadi va tarqalgan og'riq, tana haroratining 39-40 °C gacha ko'tarilishi, varaja, umumiy holsizlik, ishtaxaning yo'qligi, behollik, ayrim og'ir holatlarda bemor hushining buzilishi va kasallikning boshlanishi tez bo'ladi. Flegmona tez rivojlanadi, mahalliy simptomlardan shish to'qimalarda taranglik, terida qizarish namoyon bo'ladi. Qo'l-oyoqlarda vena qonning oqib ketishi buzilganligi sababli massiv shish paydo bo'ladi. Flegmona yuzaki joylashganda o'sha soha terisida qizarish, katta shish hosil bo'lib, paypaslaganda flyuktuatsiya aniqlanadi.

Davolash. Boshlanayotgan flegmonaning infiltratsiya davrida davolash konservativ bo'lib, antibiotikoterapiya, fizioterapiya-UVCh, Bernar toki va o'sha qismni immobilizatsiya qilinadi. Agar ko'rsatilgan terapiya yaxshi naf qilmaganda albatta xirurgik yo'l qo'llanishi kerak. Flegmona ochiladi, yiring evakuatsiya qilinib nekroektomiya qilinadi. Yiringdan bo'shalgan bo'shliq sanatsiya qilinadi va drenaj qo'yiladi. Agar bo'shliq katta bo'lsa, yana ancha chuqurda joylashgan bo'lsa, drenaj bilan kontrapertura albatta qo'yilishi kerak, qo'yilgan drenaj orqali bo'shliq har xil antiseptik moddalar (peroksid vodorod eritmasi va boshqa antiseptiklar) bilan yuviladi, nekrotik to'qimalardan tezroq tozalanishi uchun fermentlar (ximotripsin, tripsin, kukumazinx) bilan moyli levamekol+loroben, dermobakter+levomikol, amitsil, aserbin bilan bog'lamlar qo'yiladi.

Qorin parda orqa bo'shlig'i flegmonasi. (Felegmona retroperitonealis)- o'tkir yiringli kasallik bo'lib, bel va yonbosh sohasidagi qorin parda orqasi bo'shlig'ida rivojlanadi. Bu flegmonalar-ko'pincha ikkilamchi hisoblanadi. Flegmonaning asosiy manbai-o'tkir appenditsit, chanoq suyaklari osteomieliti, umurtqalar, buyraklardagi yiringli kasalliklar (buyraklar karbunkuli, pionefrozar, o'tkir pankreatitlar), ichaklardagi o'smalar va ularning yemirilishi, har xil travmalardan keyin rivojlanadi, yallig'lanish holatining lokalizatsiyasiga qarab parakolit, paranefrit, o'ng yonbosh chuqurchasi (chandiqlik ham bo'ladi) abscesslari. Yallig'lanish holati ko'pincha limfogen yo'l bilan tarqaladi.

Yiringli holatning tarqalishida qorin parda orqa bo'shlig'ining anatomik tuzilishi ham muhim ahamiyatga ega. Fassiyalar va tabiiy yoriqlar orqali yiring bir bo'shliqdan ikkinchisiga o'tishi mumkin. Masalan: bel-yonbosh mushaklarining oldingi yuzasi bo'ylab yonbosh

chuqurchasiga, mushak lakunasi orqali chov bog'laminin orqasi bilan songa o'tishi, ayrim og'ir holatlarda qorin bo'shlig'iga, plevra bo'shlig'iga, to'g'ri ichakka yorilishi mumkin.

Klinik belgilari. Qorin parda orqa bo'shlig'i yallig'lanishining boshlanishi ancha noaniq bo'ladi. Eng avvalo yallig'lanishga xos simptomlar paydo bo'ladi- tana haroratining ko'tarilishi, varaja, umumiy holsizlik, infiltrat holati, bosh og'rig'i, keyinchalik mahalliy belgilari - og'riq, shish, paypaslaganda og'riq yuzaga chiqadi. Ana shu belgilarga asosan bemorlarga noto'g'ri diaqnozlar-gripp, ayrim holatlarda tif, paratiflar qo'yilgan.

Eng muhim simptomlardan og'riq bo'lib, ular har xil lokalizatsiyada aniqlanadi, qorin bo'shlig'ining o'ng yoki chap tomonida, yonbosh sohasida, kam holatlarda belda uchrashi mumkin bo'ladi.

Bu holat ko'proq yallig'lanishning lokalizatsiyasiga bog'liq-parakolit, o'ng yonbosh absessi, paranefrit keyinchalik og'riq tarqalgan holatda bo'ladi. Bemorlar yurganda yoki egilganda, o'tirib turishda og'riq sezadilar. Og'riqning irradiatsiyasi-o'tirganda, turish paytida, yonboshga burilganda, oyog'ini ko'targanda va uni aylantirganda kuzatiladi. Ayrim holatlarda palpatsiyada bel mushaklarida og'riq sezadi, yonbosh suyaklari, o'tirgich suyaklari sohasida og'riq aniqlanishi mumkin.

Klinik simptomlari - belda og'riqning aniqlanishi, sonning kontrakturasi - bukilgan holda yoki biror tomonga rotatsiya holatida bo'lib, asosan og'riqning reflektor holati bilan bog'liq bo'ladi. Oyog'ini to'g'rilashga uringanda og'riq sezadi bu bel-yonbosh mushaklarining reflektor qismlari bilan bog'liq ya'ni, "pass-simptom" paydo bo'ladi. Bu simptom asosan yallig'lanish qorin parda orqa bo'shlig'ida ekanligini ko'rsatadi. Qorinni palpatsiya qilinganda to'g'ri mushaklardan tashqarida yoki belda, yonbosh sohasida og'riq aniqlanadi.

Ayrim holatlarda qorinning old devori orqali infiltrat borligi aniqlanadi. Xuddi shunday holat paranefrit bo'lganda qorinning chap yarmida qovurg'alar yoyi ostida aniqlanishi mumkin. Bel mushaklarining taranglashishi yallig'lanishni qorin parda orqa bo'shlig'ida ekanligidan darak beradi. Katta qorin parda orqa bo'shlig'idagi yiringliholatlar borligida ham flyuktuatsiya simptomi

aniqlanmaydi. Bunday holatlarda UTT katta ahamiyatli bo'lib, yiringning yig'ilgan lokalizatsiyasini aniqlashda yordam beradi.

Davolash. Kasallikning boshlanish paytida antibiotikoterapiya, dezintoksiksiya tadbirlari o'tkaziladi. Davolash effekt bermagan holatlarda qo'shimcha tekshirish KT, MSKT qilinadi. Diaqnoz aniq qorin parda orqa bo'shlig'i flegmonasi qo'yilganda - xirurgik davolanadi. Yiringli bo'shliqni ochish uchun qorin pardadan tashqarida kesma qilinadi. Operatsiyaga ko'rsatma-konservativ davolashning natija bermasligi, tana harorati balandligi, varaja, og'riq kuchayib shish paydo bo'lishi, ayrim holatlarda sondagi kontrakturalar hisoblanadi. Operatsiyaning maqsadi-yiringni olish va qorin parda orqa bo'shlig'ini drenajlash. Agar paranefrit topilsa, vertikal holdagi uzun bel mushaklari qirrasini (tashqi) bo'ylab XII qovurg'a sathidan yonbosh suyagi tagigacha kesma qilinadi. Agar yiringning lokalizatsiyasi aniq topilsa Pirogov, Shevkunenko kesmalari qilinadi. Bo'shliq albatta drenajlanadi yoki konturapertura orqali ham qo'yiladi.

O'tkir paraproktit (Paraproctitis) - to'g'ri ichak atrofi to'qimasining yiringli yallig'lanishi. To'g'ri ichak va anal teshigi atrofi to'qimalarining yallig'lanishi o'tkir parapraktit deyiladi. Bu kasallik hozirgi kunda keng tarqalgan bo'lib, hamma xirurgik kasalliklarning 0,5 dan 4% ni tashkil qiladi. Paropraktit 20 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan kishilarda uchrab, erkaklar ko'prok kasallanadi.

Klassifikatsiyasi: Umum qabul qilingan va keng tarqalgan AM Aminiv bo'yicha taklif qilingan klassifikatsiya hisoblanadi.

- I. Etiologiyasi bo'yicha.
 1. Tug'ma
 2. Orttirilgan:
 - a) travmatik. b) simptomatik. d) yallig'lanish sababli.e) o'sma shishli
- II. Anatomik belgilariga asosan.
 1. Nisbiy holda ichaklarda: a) to'liq b) noto'liq (ichki va tashqi).
 2. Tashqi sfinkterga nisbatan: a) sfinkterdan ichkarida b) sfinkter orqali d) sfinkterdan tashqari.
 3. Yallig'lanishning birlamchi lokalizatsiyasiga qarab: a) teri osti b) shilliq parda osti d) ishiorektal e) pelviorektal.
 4. Tashqi va ichki teshiklarning nisbatiga qarab: a) teri, b) marginal, d) teshigi oldingi qirrasiga ochiladi, e) teshigi kriptalardan birida, f) teshigi kriptalardan ichkariga ochiladi.

5. Infeksiyalarning turlariga qarab a) vulgarli, b) anaerobli, d) maxsus infeksiyalar.

Klinik kechishi bo'yicha: a) o'tkir b) surunkali (oqma bilan, oqmasiz, qaytalanuvchi)

Etiologiyasi va patogenezi. Paraproktit pararektal kletchatkaga infeksiya tushishi natijasida vujudga keladi. Parorektal kletchatkaga mikroblar anal kriptalariga ochiladigan anal bezlardan tushadi. Anal bezdagi yallig'lanish jarayoni natijasida uning yo'li bekiladi va sekret oqib chiqishi buziladi. O'tkir paraproktit paydo bo'lishiga moyillik tug'diradigan sabablar orasida to'g'ri ichak distal bo'limi va anal kanal shilliq pardasidagi mayda shikastlar birinchi o'rinda turadi. Gematogen va limfogen yo'llari bilan ham tarqaladi. Ular angina, gripp va har xil yiringli kasalliklardan keyin ham bo'lishi mumkin. Paraproktitlarni chaqiruvchilar - ichak tayoqchasi, tillarang stafilokokklar, anaeroblar, ayrim holatlarda aralash mikrofloralar hisoblanadilar.

Klinikasi: O'tkir paraproktitning har bir formasiga muayyan klinik manzara xos, ayni vaqtda o'tkir paraproktitning turli formalari uchun umumiy bo'lgan ko'pgina simptomlar mavjud. O'tkir paraproktitda boshqa har qanday o'tkir yallig'lanish jarayonidagi kabi, umumiy xolatning buzilishi kuzatiladi: gavda haroratining ko'tarilishi, etning junjikishi, uyquning buzilishi, orqa chiqaruv yo'li va chot sohasida og'riq bo'ladi. Yiring yig'ilgan sayin og'riqlar kuchayadi. Yallig'lanish jarayoni orta borgan sayin orqa chiqaruv yo'lining yonida, yallig'langan tomonda biroz shish paydo bo'lganligi qayd qilinadi. Yiring yig'ilgan sayin og'riqlar kuchayadi, intoksikatsiya orta boradi. Agar yiringni o'z vaqtida ochilmasa, u qo'shni to'qima bo'shliqlariga, to'g'ri ichakka, teri orqali tashqariga yoriladi.



98-rasm. O'tkir paraproktitlar

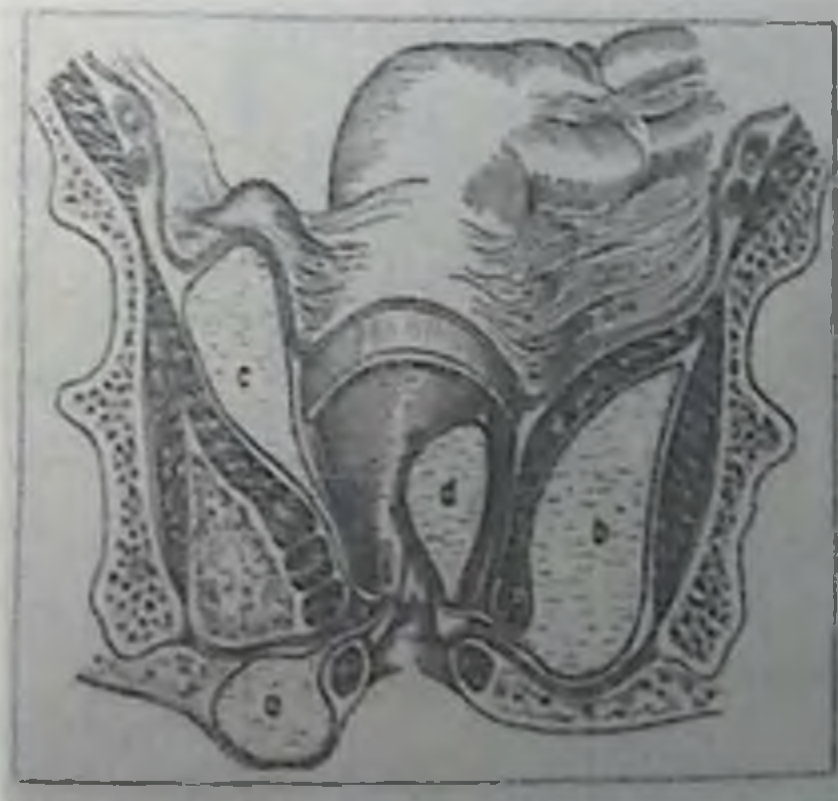
Teri ostidagi paraproktit- eng ko'p uchraydigan formasi, o'tkir boshlanadi. Birinchi sutka mobaynida tana harorati 39 °C gacha ko'tariladi. Teri osti to'qimalarida, anal yorig'i atrofida kuchli og'riqlar paydo bo'ladi. Teri osti to'qimasida, anal teshik yaqinida og'riydigan infiltrat paydo bo'ladi. Uning ustidagi teri qizargan, markazida flyuktuatsiyasi borligi, og'riq ko'payib borib lo'qillaydigan holatga o'tadi.

Bemorlar dumbaning sog'lom tomonini bosib o'tirishga urinadilar. Agar vaqtida operatsiya qilinmasa, yiring 5-7 kun ichida teri orqalio'z-o'zidan yorilishi mumkin.

Ishiorektal (quymich-to'g'ri ichak) paraproktit. Kasallikning boshlang'ich bosqichida og'riq chot ichkarisida, xojat paytida kuchayadigan og'riq paydo bo'ladi. Tana harorati oshadi, intoksikatsiya kuchayadi. Yallig'lanish jarayoni orta borgan sayin orqa chiqaruv yo'lining yonida, yallig'langan tomonda biroz shish paydo bo'lganligi qayd qilinadi.

To'g'ri ichakni zararlangan yon tomonidan barmoq bilan tekshirishda infiltratsiya, birmuncha kechikkan muddatlarda esa infiltratning oshganligi aniqlanadi. Yiring aksariyat teri orqali tashqariga yoriladi.

Shilliq parda ostidagi paraproktit. Paraproktitning bu formasida og'riqlar o'rtacha, xojat paytida birmuncha kuchayadi. Tana harorati subfebril. Paypaslab ko'rilganda yiringli shish sohasida ichak bo'shlig'iga turtib chiqqan infiltrat yoki flyuktuatsiya aniqlanadi. Yiringli infiltrat o'z-o'zidan yorilganidan keyin ko'pincha sog'ayish boshlanadi.

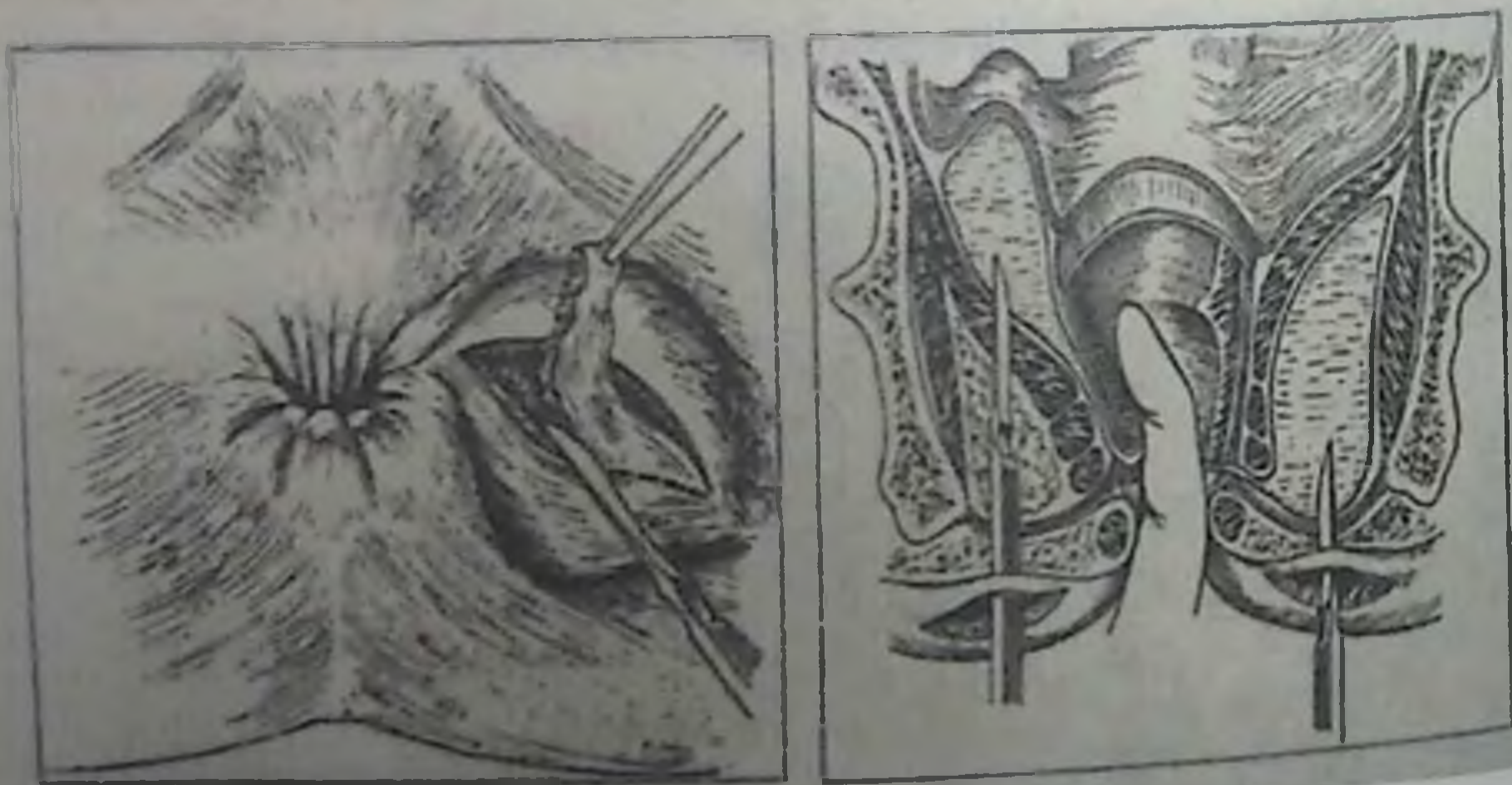


99 - rasm. O'tkir paraproktitlarda yiringning lokalizatsiyasi.

Pelviorektal (chanoq-to'g'ri ichak) paraproktiti. Avvaliga intoksikatsiya belgilari: umumiy loxaslik, xolsizlik, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, bo'g'imlarda qaqshagan og'riq, qorinning pastida og'riq paydo bo'ladi. Orqa chiqaruv teshigi sohasini tashqi ko'zdan kechirishda pelviorektal paraproktitni aniqlab bo'lmaydi. Kasallik boshlanishidan 15-16 kun o'tgach tana harorati gektik bo'lib qoladi, qorin pastidagi og'riqlar kuchayadi. Infiltratning hajmi kattalashadi va orqa chiqaruv teshigini ko'taradigan muskul bo'ylab paydo bo'ladi, ular endi quymich-to'g'ri ichak va teri osti to'qimasi uchun xos bo'lib quyidagi xarakterli simptomlar; chot terisida shish va qizarish bosilganda og'riq paydo bo'ladi. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish vaqtida infiltratni aniqlash mumkin: bunda barmoq bo'rtib chiqqan joyning yuqori chekkasiga yetmaydi.

To'g'ri ichak orqasidagi (rektorektal) paraproktit. To'g'ri ichakda va dumg'azada qattiq og'riq paydo bo'ladi va xojat paytida kuchayadi. Og'riq songa, chotga beriladi. Dum suyagini bosilganda og'riydi. Barmoq bilan tekshirilganda to'g'ri ichak orqa devorining og'rishi va shishib chiqqanligi aniqlanadi.

Paraproktitlarni davolash. Xirurgik operatsiya yiringli bo'shliqni ochish va drenaj qo'yishdan iborat. Operatsiyani vena ichi og'riqsizlantirish bilan, og'riqsizlantirib bajariladi. Yiringli bo'shliqni barmoq bilan yaxshi taftish qilinadi, yiringli bo'shliq vodorod peroksid bilan yuviladi.



100 - rasm. Perianal va ishioriktal abscesslarini ochish.

Bezli a'zolarning yallig'lanishi

Parotit (Parotitis) - quloq atrofidagi bezlar yallig'lanishi.

Etiopatogenezi. Parotitni ko'proq stafilokokklar va assotsiatsiya tartibidagi mikroblar chaqiradi. Infeksiya asosan so'lak bezlari va og'iz bo'shlig'idan o'tadi, so'lak ajralishi kamayganda uning yo'li orqali ko'tariluvchi infeksiya shaklida og'iz bo'shlig'idan o'tadi. Bu holatini kuchsizlangan bemorlarda yoki yuqumli kasalliklari bo'lib, umumiy suvsizlanish bo'lganda, ayrim katta operatsiyalardan keyin rivojlanishi mumkin. Quloq atrofidagi bezlarga infeksiya limfogen yoki gematogen yo'llar bilan o'tishi mumkin. Bezning chiqadigan yo'li yallig'lanadi, shish paydo bo'ladi, so'lak chiqarish buziladi.

Sekretning to'xtab qolishi bezda shish hosil bo'lishiga, keyinchalik yallig'lanishga sabab bo'ladi. Bu holat bezning bo'lmalarida yiring hosil bo'lib, ular bir-biri bilan qo'shiladi va bezning kapsulasining erib ketishiga olib keladi. Agar o'z vaqtida davolanmasa, har xil oqmalar bo'yinda, chakka sohasida, tashqi eshituv yo'lida paydo bo'ladi.

Klinik belgilari. Bez atrofida og'riq, keyinchalik bez kattalashib shish paydo bo'ladi, paypaslaganda og'riqli, tana harorati 39-40 °C gacha ko'tariladi. Bemorlarda chaynash xususiyati buziladi, og'riqli bo'ladi, shish kattalashib, terisi qizaradi va flyutuatsiya paydo bo'ladi. Bemorning umumiy axvoli og'irlashadi, shish lunjga, jag' osti sohasiga, bo'yinga tarqalishi mumkin. Og'ir sharoitlarda yumshoq tanglayga halqumga tarqalib, bemorlar og'zini ochishga qiynaladi. Ayrim bemorlarda yuz asabining parezi rivojlanishi mumkin. Qonda leykotsitoz, neytrofil shakllarining ko'payishi bilan paydo bo'ladi. Yiringlash holati kuchayib flegmona hosil bo'ladi.



101-rasm. Bolalarda parotitlarning lokalizatsiyasi.

Davolash. Parotitning shakliga qarab konservativ yoki operativ davolash mumkin. Vaqtida antibiotikoterapiya'ning o'tkazilishi, fizioterapevtik tadbirlar natijasida qayta rivojlanish bo'ladi. Agar bu usul yordam bermasa, xirurgik yo'l bilan-bezdagi yiringli o'choqni ochish kerak.

Shish paypaslab ko'riladi va terida qilinadigan kesma aniqlanadi. Bunda yuz asablarining ketish yo'llarini bilish kerak. Teridagi kesma ularga parallel holda qilinishi kerak.

Terini va teri osti to'qimasini kesib bez kapsulasi topiladi, kapsula kesilgandan keyin, o'tmas yo'l, barmoq bilan tekshirib kapsula ochiladi. Barmoq bilan yiringli bo'shliq ochiladi, yiring chiqariladi va bo'shliq sanatsiya qilinib drenaj qo'yiladi. Ko'pincha shu operatsiyalarni o'tkazishda yuz asabini jarohatlab qo'yish mumkin. Shuning uchun yarani qo'pol kengaytirish, har xil yarani kengaytirishda ilmoqlar bilan tortish mumkin emas. Operatsiyadan keyingi davrda albatta antibiotikoterapiya va dezintoksikatsion infuzion terapiya qilinadi.

Limfangitlar (lymphangiitis) - yallig'lanish kasalligining asorati sifatida limfa tomirlarining yallig'lanishidir. Mikroblarning hujayralararo bo'shliqlarga va limfatik tomirlarga o'tishi hamma kasalliklarda bo'lishi mumkin, ammo ularning klinik yuzaga chiqishi tomirlarda aniq yallig'lanish holatlari kuzatilganda bo'ladi.

Etiopatogenezi limfangitlarning chaqiruvchisi bo'lib, ko'p holatlarda stafilokokklar bo'ladi, boshqa yiringli infeksiyalar kam uchraydi.

Limfangitlar - bu ikkilamchi kasallikdir. Furunkulyoz, karbunkulyoz, abscesslar, flegmonalar, panaritziyalar va yiringli yaralarning oqimi asoratlaydi. Yuzaki va chuqur limfa yo'llarining yallig'lanishlari bilan yuzaga chiqadi. Limfa tomirlarining devorida va atrof to'qimalarida shish, infiltratsiya, limfotsitozlar yordamida perilimfangitlar rivojlanadi.

Klinik manzarasi. O'tkir limfangitning asosiy yiringli kasalliklarda paydo bo'lishi, o'sha asosiy kasallikning yanada chuqurlashayotgan-ligidan darak beradi. Tana haroratining $39-40^{\circ}\text{C}$ ko'tariladi, varaja tutadi, bosh og'rig'i, terlash, umumiy holsizlik, leykotsitozning ko'tarilishi paydo bo'ladi. Agar to'rsimon limfangit kuzatilganda terida giperemiya saramasga o'xshash, aniq chegaraga ega bo'lmagan, to'rsimon belgili qizarish paydo bo'ladi. Turunkulyar limfangitda giperemiya alohida bir yo'lak hosil qilib yallig'lanish

o'chog'idan limfa tugunlari tomon yo'naladi-(qo'ltiq osti, chov sohasidagi) terida shish paydo bo'ladi. Palpatsiyada limfa yo'llari qalinlashganligi, og'riqli xuddi shnursimon belgilar bilan aniqlanadi. Regionar limfa tugunlari kattalashgan, og'riqli bo'ladi. Agar chuqur limfa tomirlari jarohatlanganida giperemiya bo'lmaydi, qo'l va oyoqlarda og'riq, shish paydo bo'ladi va chuqur palpatsiya qilinganda aniqlanadi.

Davolash. Davolash asosan birlamchi o'choqni bartaraf qilishga qaratilishi kerak ya'ni flegmona, abscesslar ochilishi va ular drenajlanishi kerak, qanday mikrofloraning borligini hisobga olgan holda antibiotikoterapiya tavsiya qilinadi. Agar oyoqlarda kuchli shish bo'lsa, ularni baland ko'targan holda ushlab kerak. Profilaktikasi - o'z vaqtida, radial holda yaraga birlamchi xirurgik ishlov berish, yiringli o'choqlarni bartaraf qilish, antibiotikoterapiya o'tkazish kerak.

Limfadenit(lymphadenitis)- limfa tugunlarining yallig'lanishi. Har hil yiringli yallig'lanish kasalliklarining (yiringli yaralar, furunkul, karbunkul, panaritsiy, saramas, osteomielit, tromboflebit, trofik yaralar) asorati va maxsus infeksiyalar (tuberkulyoz, o'lat, aktinomikoz) sababli yuzaga chiqadi.

Etiologiya va patogenezi. Kasalliklarning chaqiruvchilari bo'lib, yiring chaqiruvchi mikroorganizmlarning limfa tomirlari bo'ylab limfa tugunlariga o'tadi. Ayrim holatlarda mikroorganizmlar gematogen yo'l bilan o'tadi va kontakt yo'li bilan ham o'tishi mumkin. Yallig'lanish holati seroz shish bilan boshlanadi va yiringli shakliga o'tishi, atrof to'qimalarda shish paydo bo'lib, adenoflegmonaga aylanadi.

Klinikasi va diagnostikasi: O'tkir limfadenit limfatik tugunlarning kattalashishi, og'riqli bo'lishi, bosh og'rig'i, holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanadi. Limfadenit bir vaqtning o'zida limfangait bilan birga o'tishi mumkin. Serozli limfadenitda bemorning umumiy axvoli ko'p o'zgarmaydi. Bunda regionar limfa tugunlarida og'riq bo'ladi. Tugunlar kattalashgan, qattiq konsistensiyali, palpatsiya qilinganda atrof to'qimalar bilan yopishgan, terisi o'zgarmagan bo'ladi. Yiringli limfadenit bo'lganda, og'riq kuchayadi, o'tkir kechadi. Terisi giperemiya holatida, palpatsiya qilinganda og'riqli tugunlar aniq paypaslanadi, atrof to'qimalar bilan yopishgan harakatsiz bo'ladi. Terisi giperemiya va uning tarqalishi holatida, tana harorati baland, varaja tutadi, umumiy holsizlik paydo bo'ladi.

Yiringli limfadenit yiringli holatlarning tarqalishiga ya'ni katta bo'shliqlarda yiring hosil bo'lishiga (qorin parda va ko'ks oralig'i bo'shliqlari) olib keladi va ko'pincha sepsis rivojlanishiga sababchi bo'ladi.

Davolash. Boshlang'ich fazasida konservativ davolash: UVCh - terapiya, mahalliy davolash, asosiy kasalliklarni (abscess, flegmona, yiringli oqmalar) davolash, antibiotikoterapiya. Yiringli limfadenitlar - operativ usulda davolanadi: abscessni, adenoflegmonani ochish.

Venalarning yallig'lanishi (phlebitis) - Vena qon tomirlari devorlarining yallig'lanishi flebit (phlebitis) bo'lib, yallig'lanishning bir vaqtning o'zida tromb hosil qilish bilan tromboflebit (thrombophlebitis) deyiladi. Vena qon tomirlari ichki devorning yallig'lanishsiz tromb hosil bo'lishini - flebotromboz (phlebothrombosis) deyiladi.

Etiopatogenezi. Tromboflebitlarning kelib chiqishida yiringli floraning gematogen yo'li bilan vena devorlariga o'tishi yoki atrof to'qimalardagi yiringli kasalliklardan vena devorlariga flegmonalar, abscesslar, osteomielitdan o'tishi mumkin. Bundan tashqari venaning ichki devori masalan kateterlar uzoq vaqtda turganlarida jarohatlanib aseptik yallig'lanishi mumkin.

Tromboflebitlarning rivojlanishi uchun eng muhim quyidagi faktlar:

- 1) qon oqishining sekinlashishi
- 2) qon tarkibining o'zgarishi
- 3) qon tomirlar devorining (ichki) jarohatlanishi
- 4) asab- trofik va endokrin buzilishlari, allergik reaksiyalar
- 5) infeksiya

Tromboflebit ko'pincha vena qon tomirlarining varikoz kasalligida, gemorroj, o'smalar, operatsiyadan keyingi chanoq a'zolarida uzoq kateterlar turganlarida, jarohat va yaradorlikda, vena ichiga antibiotiklar va xar xil konsentratsiyali suyuqliklar quyilganda hosil bo'lishi mumkin.

Vena qon tomirlarining ichki devorlari yallig'langandan tashqari endoteliyasi jarohatlanganda va qonning ivishi tizimi faoliyati oshganda, fibrinoliz ingibitorilarining sintezi pasayganda, (natriy geparinning va fibrinoliz aktivatorlarining) qonning ivishi tizimiga tasir qilib ularining pasayishiga olib keladi.

Venalardagi yallig'lanish holatining rivojlanishi ikki yo'l bilan rivojlanishi mumkin: ichki qavatida (endoflebit) yoki venaga atrof

to'qimalardan (periflebit) o'tishi mumkin. Vena tomirining devorining hamma qavatining yallig'lanishi bo'lganda panflebit rivojlanadi. Endoflebitda venaning endoteliyasida infiltratsiya polimorf – yadroli leykotsitlar tomonidan paydo bo'ladi, ularga trombositik massalar kelib yopishadi, ammo tashqi qavatida o'zgarish bo'lmaydi. Periflebitda uning tashqi qavati va ichki qavatida ham o'zgarish bo'ladi, keyin trombozga aylanadi. Yiringli tromboflebitda vena devoridagi trombotik massada mikroblar koloniyasi bo'ladi. Bu holat tromboflebitda infeksiyaning tarqalishida sababchi bo'ladi, xar xil to'qima va a'zolarida yiringli o'choqlar hosil bo'lishida sababchi bo'ladilar – demak sepsis rivojlanadi. Tromboflebitning oxirgi natijasi vena tomirlarida skleroz hosil qiladi, tromb hosil bo'lishi va qo'shuvchi to'qima atrofidagi tomir asab tizimida paydo bo'lishiga olib keladi. Agar tromb vena devorida joylashsa unda tomir o'tkazuvchanligi tiklanishi mumkin, agar obturatsion tromb hosil bo'lganda vena obliteratsiya bo'ladi va uning yorig'i o'tkazuvchanligi to'liq tiklanmaydi.

Klinik belgilari: tromboflebitlar oyoq venalarida, chanoq va gemorroidal venalarda ko'proq paydo bo'ladi. Qo'l venalarida, darvoza, ichaklar va bosh miya venalarida uchraydilar. Bemorlarni tekshirganda shu kasallikka olib keladigan faktorlarni aniqlash kerak. Bu faktorlar qon oqimi tezligining pasayishi, qonning tarkibiy o'zgarishi, eng ichki qavatining jarohatlanishlari kiradi. Bunday holatlar ko'pincha ayollarda operativ tadbirlar o'tkazilganda – bachadonda, buyrak va siydik yo'llarida, son suyagining bo'ynidan singanida uchraydi. Vena qoni turg'unligi bemorlar uzoq muddatli yotish holatida, yurak yetishmovchiligida, homiladorlikda bo'ladi. Bunda infeksiya manbai bo'lib, qorin tifi, pnevmoniya, gripp, septik holatlar hisoblanadi. O'tkir tromboflebitlarda diagnoz qo'yish uncha qiyinchilik tug'dirmaydi. Bemorlarda og'riq, vena qon tomirlari bo'ylab qattiqlashish kuzatiladi. Og'riq yurgan paytda, aktiv va passiv harakatlarda kuchayadi. Tana harorati oshadi, oyoqlarda qattiq infiltrat paydo bo'ladi va og'riq, terida giperemiya va shish paydo bo'ladi.

Davolash: o'tkir davrida konservativ davolanadi: tinchlik, yallig'lanishga qarshi va antikoagulyantlar (asetilsalitsilat kislota, fenilbutizon, rutozid, geparin bilan bog'lam), fizioterapevtik tadbirlar (UVCH-tripsin bilan, kaliy yodid bilan elektroforez), oyoqlarni elastik bint bilan bog'lanadi. Operatsiya qilishga ko'rsatma bo'lib, tromb teri osti venasining trombozi bo'lganda, yiringli tromboflebit ya'ni sepsisga

xavf bo'lganida hisoblanadi. Operatsiyaning maqsadi trombozga uchragan venani bog'lash yoki uni kesib olishdir.

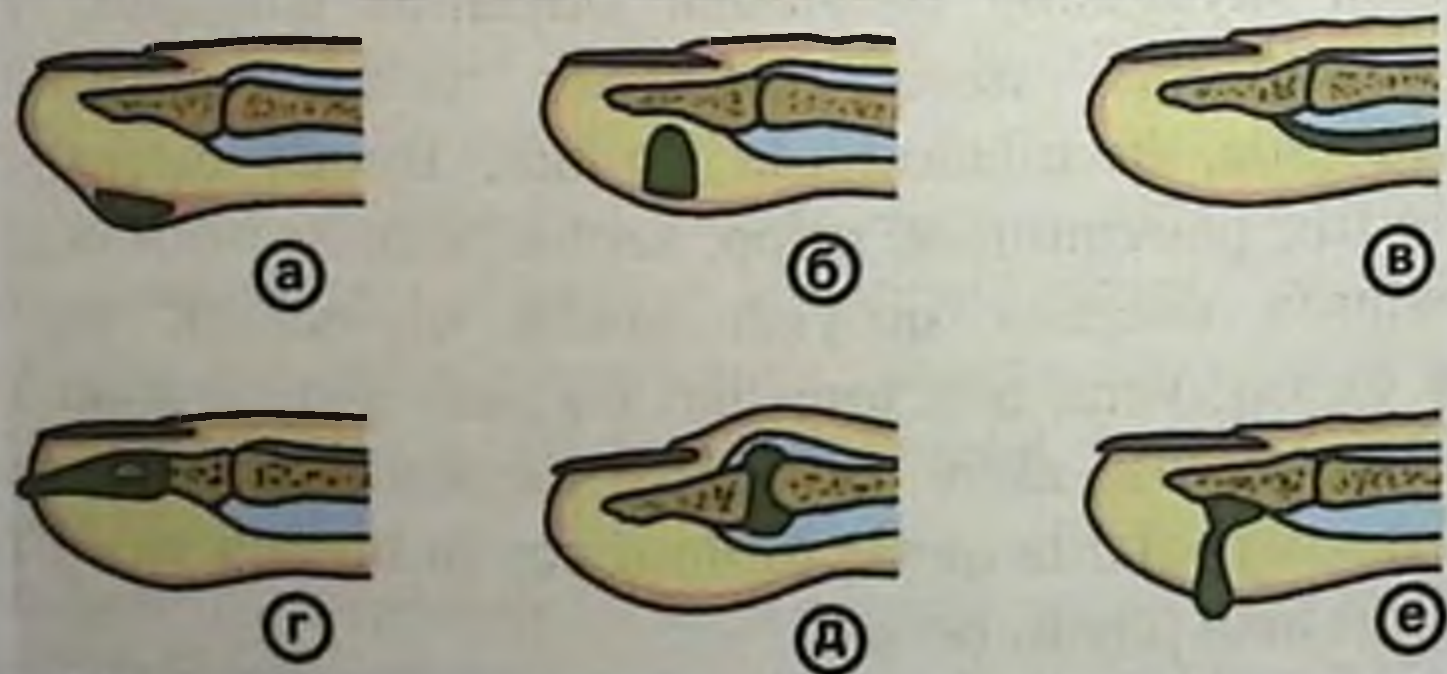
Panjaning yiringli kasalliklari

Panaritsiy (panaricium) - Barmoq to'qimalarining o'tkir yiringlashi deyilib, katta barmoqning yallig'lanishi, oxirgi, o'rta kaft bo'shlig'ining va panjaning tashqi yuzasi flegmonasi. Barmoq va panjadagi o'tkir yiringli kasalliklari ambulator xirurgiyada eng muhim o'rinni egallaydi, ular 15-18% dan 20-30% gacha uchraydi. Jismoniy mehnat qiladigan kishilarning 8-10% da barmoq va panjaning yiringli yallig'lanish kasalliklari uchraydi. Xar xil barmoqlarda bo'ladigan mikrotravmalar keyinchalik panaritsiy va panja flegmonalariga olib keladi. Xirurglarga qatnaydigan birlamchi kasallarning 15% dan 31% i panaritsiyalar va panjalardagi flegmonalar bilan uchraydi. Shu kasallardan 60% i shu kasalliklarning asoratlari bilan paydo bo'ladilar. Buning asosiy sababi poliklinikada xirurglar tomonidan qilinadigan operatsiyalarning radikal emasligi. 23-37% bemorlar qaytadan operatsiya bo'lmoqdalar, shulardan 8-8,5% bemorlar nogiron bo'lib qolmoqda.

Tasnifi: Panaritsiy

4. Yuzaki formasi: a) teri b) teri osti v) timoq atrofi g) tirnoq osti panaritsiysi

5. Chuqur shakli: a) paylar b) suyak v) bo'g'im g) pandaktilit



102-rasm. Panaritsiyalarning lokalizatsiyasiga qarab turlari.

Panjaning yiringli kasalliklari.

1. Teri va teri osti yiringli kasalliklari: teri absessi (namin) a) qadaqli absess b) barmoqlar oralig'i (komissural flegmona) g) kaftning aponevroz usti flegmonasi.

2. Fassial – to`qima bo`shlig`i yiringli kasalliklari a) kaft o`rta bo`shlig`i flegmonasi b) tenor flegmonasi g) gipotenor flegmonasi

3. Panjaning tashqi yuzasi yiringli kasalliklari: a) teri osti flegmonasi b) aponevroz osti flegmonasi

Etiologiya va patogenezi: panaritsiylarni asosiy chaqiruvchilari stafillokoklar va kam holatlarda boshqa infeksiyalar hisoblanadi. Infeksiyalarning kirish darvozasi bo`lib, xar xil panjadagi mikrotravmalar (ukol, tiralishlar, ezilishlar) hisoblanib, infeksiyalarning kirishida va uning rivojlanishida-har xil mayda paraxaning, mayda oyna, metall bo`laklarining yot jism sifatida kirishi muhim hisoblanadi. Yot jismlar atrofida shish, yiringli infiltratsiya to`qimalarda paydo bo`ladi, shundan keyin yiringli infiltratsiya paydo bo`ladi. Hosil bo`lgan yiringning tarqalishiga to`qimalarning tuzilishiga, ular tashqarigami yoki ichkariga chuqur to`qimalarga tarqalishi mumkin. Demak pay, bo`g`im, suyak panaritsiylar paydo bo`ladi. Og`ir holatlarda yallig`lanish butun barmoq to`qimalariga (pandaktilit) tarqaladi. Ammo shunday holatlarda o`z vaqtida operatsiya qilish bunday yallig`lanish holatini to`xtatish mumkin.

Panjaning anatomik tuzilishining alohida xususiyatlari. Panjaning anatomik tuzilishi bo`yicha va uning bajaradigan har xil funksiyalari jihatidan ham teri tuzilishlari odam tanasidagi qolgan qismlaridan farq qiladi. Panjaning tashqi yuzasidagi terisi elastik holda bo`lib, ular yengil kengayadi va har xil burmalar hosil qilish qobiliyatiga ega. Teri osti to`qimasi juda kuchsiz rivojlangan va asosan siyrak qo`shuvchi to`qimadan iboratdir. Uning kaft sohasida teri qattiq va pay aponevrozi bilan mahkam yopishgan, tuklari yo`q, yog` bezlaridan ham holi. Kaft sohasidagi teri osti to`qimasi ko`p sonli vertikal joylashgan to`qimalar tolalari orqali terisini aponevroz bilan birlashtirgan. Shuning uchun ham bu qismda teri osti yog` to`qimasi malum bir bo`laklar holatida bo`ladi. Qo`shuvchi tuzilmasining shu tolalari terini aponevroz bilan bog`lashi va yog` to`qimasining alohida mayda bo`laklarga bo`linishi kaftning jarohatlarida infeksiyalarni tashqi yuzasidan ichki qavatlariga o`tkazishi va yiringlashning keng tarqalishiga sababchi bo`ladilar. Shuning uchun ham panja va barmoqlardagi yiringli yallig`lanish holatlari tez muddat ichida paylarga va suyak to`qimalariga o`tib ketishi mumkin.

Panjaning kaft sohasida yuzaki va chuqur joylashgan fassiyalari mavjud. Uning yuzaki fassiyasi teri osti va yog' qatlamida joylashgan. Kaft sohasidagi aponevroz pay tolalaridan tashkil topgan bo'lib, uchbursaksimon qattiq konsistensiyali shaklni tashkil qiladi va uning radial va ulnar qirralaridan qo'shuvchi to'qimadan iborat tortmalari 3 va 5 kaft suyaklariga borib yopishadi. Ana shu tortmalar kaftni 3 ta bo'lakka bo'ladi: thenar, hypothenor va kaftning o'rta bo'shlig'iga. Shu bo'shliqlardagi komissural teshiklar (yoriqlar) orqali kaft panjasining tashqi yuzasiga aloqa qiladi. Ana shu yoriqlar orqali yallig'lanishlar panjaning tashqi yuzasiga tarqalishiga mumkin. Kaft fassiyasining chuqur paylari barmoqlarni bukuvchi paylar tagida mushaklar bilan panjaning tubini tashkil qiladi. Chuqur fassiyalar, suyaklar orasidagi mushaklar va barmoqlarni bukuvchi paylar bilan chuqur to'qimalar (bo'shlig'ini) panja oralig'ini tashkil qiladi. Shu oraliq orqali karpal ariqlar orqali yiring bilakdagi to'qima bo'shlig'iga tarqaladi. Ya'ni bu bo'shliqni Pirogov-Parona bo'shlig'i deyiladi. Ayrim holatlarda yiring distal qismga yo'nalib kanal orqali kaft o'rta bo'shlig'idagi yiring chuvalchangsimon mushaklar orqali 2-5 barmoqlarning tashqi yuzasiga, 2-4 barmoqlar aro bo'shliqqa tarqaladi. Karpal kanal panjaning kaft qismi va bilak orasidagi bog'lovchi vositasini o'ynaydi va ular orqali o'rtalik nerv va barmoqlarni bukuvchi paylari o'tadi. Shu bo'shliq orqali panjaning chuqur arterial yoyi o'tadi, uning yuzaki bo'shlig'idan yuzaki kaft yoyi, barmoqlar arteriyasi hamda o'rta nervi o'tadi. Bundan tashqari kaft sohasida tashqi va ichki fassial o'rinlar bor. Uning ichki o'rindig'i 5-suyakning haqiqiy fassiyasi va uning oldingi yuzasi joylashgan, fassial chegara bilan (hypothenor) mushagi bo'ladi, hamda radial arteriyasining chuqur shoxobchasi va nervi o'tadi. Tashqi fassial o'midagi hosilasi bo'lib, thenor va 3-barmoqning haqiqiy fassiyasi va tashqaridan 1-barmoqning yon yuzasi bilan chegaralanadi. Bundan tashqari tashqi va kaft sohasi panja mushaklarining payi sinovial qinlariga ajratiladi. Kaft sohasida yuzaki joylashgan bukuvchilarining umumiy qinlari va 1-barmoq uzun bukuvchi mushaklari paylari qinlari, 2 va 4 barmoqlarning pay qinlari joylashadi. Ana shu ikkita qinlar kaft kanalini to'ldiradi. Radial paylar qini 1 barmoqning uzun bukuvchilari 2-3 sm bigizsimon o'simtaning proksimal qismidan boshlanadi va uzun bukuvchilar payning 1 barmoq tirnoq falangi asosida uchrashgan joyida tamom bo'ladilar. Tirsak sohasidagi 3 va 5 barmoqlar bukuvchilari pay

qini radial qinlariga qaraganda ancha keng hisoblanadi. Pastki falanga qo'shilmalar sinovial qinlari proksimal qismida qopchalar hosil qiladi va ular qisqarib 5-barmoqning tirnoq falangiga yopishadi. Kaft sohasidagi 2 va 4-barmoq pay qinlari bir-biridan alohidalangan, ular pastki falang asosidan boshlanib tirnoq falanglar asosida tutashadilar. Sinovial qinlar yiringli holatlarning patogenezida muhim o`rin egallaydilar. Parietal va visseral pardalari orasidagi yallig`lanish holatlari paylarning nekroziga olib keladi. Chunki ularga qon olib keladigan tomirlar faoliyati to`xtaydi. Shunday holatlarda o`z vaqtida pay qinlarini ochadigan operatsiyalar paylarni qon bilan ta`minlovchi tomirlarni saqlab qolishi mumkin, shu bilan barmoqlar va panja faoliyatini tiklash mumkin.

Klinik belgilari: boshlang`ich (seroz infiltrativ) va yiringli (yiringli-nekrotik) bosqichlariga bo`linadi. Qo`llarning yiringli-yallig`lanish kasalliklarida umumiy va mahalliy belgilari mavjud: shish, giperemiya, og`riq, tana haroratining ko`tarilishi, a`zolar funksiyasining buzilishi kabilar kiradi. Vaholanki barmoqlar va panjalarning yallig`lanish kasalliklari maxsus belgilarga ega. Panjalardagi teri osti to`qimalarining yallig`lanishlarida palpatsiya bilan og`riqning lokalizatsiyasini aniqlash mumkin. Boshqa ko`p belgilari (giperemiya, shishning aniq yuzaga chiqishi) panjaning tashqi yuzasida yallig`lanish bo`lganda aniqlanadi. Ana shunday holatlar ko`pincha diagnostik xatoliklarga olib keladi. Shu sababli noto`g`ri kesmalar qilinishi nafaqat davolash muddatining cho`zilishiga, hatto erta va kech hosil bo`ladigan funksional asoratlarga olib kelishi mumkin. Shuning uchun ham panja va barmoqlarning anatomik tuzilishining alohida xususiyatlarini yaxshi bilish lozim, negaki noto`g`ri kesmalar qilib qo`ymaslik kerak.

A



B



103-rasm. A) Panaritsiya umumiy ko`rinishi. B) Panaritsiyani operatsia qilish.

Teri panaritsiysi - panaritsiyning bu turida ekssudat epidermis tagida joylashib uni teridan ajratib yuboradi. Undagi ajralma seroz, yiringli va gemorragik xarakterga ega bo'lishi mumkin. Ayrim holatlarda teri panaritsiysi ham tana haroratining ko'tarilishi, limfadenit va limfangit belgilarini beradi, bu o'z navbatida virulent infeksiya borligini ko'rsatadi.

Teri osti panaritsiysi - panaritsiyning bu turi ancha keng tarqalgan yiringli-yallig'lanish turiga kiradi. Ko'pchilik kasallar barmoqlarining bu xil yallig'lanishlarining birinchi kunlarida, kam holatlarda vrachlarga murojaat qiladilar. Teri osti panaritsiysida yiringlar bor joyda og'riq aniqlanadi. Og'riq asta sekinlik bilan kuchayadi, pulsatsiyalanuvchi va qattiq lo'qillashgan holatga o'tadi. Giperemiya teri qoplamasida kam uchraydi. Barmoqni juda sinchiklab tugmasimon zond bilan palpatsiya qilinganida, yiringli o'choqning joyini aniqlash mumkin. Doimiy og'riq bo'lganligi uchun bemorlar ahvoli uncha yaxshi bo'lmaydi. Qo'shuvchi to'qimadan iborat tortmalar teri osti yog' qatlamiga o'tib terini suyak pardasi bilan bog'laganligi sababli yiringli holat shishning tarqalishiga qo'ymaydi. Teri osti panaritsiysida yiringli holat chuqur to'qimalarga tarqala boshlaydi.

Paronixiya - tirnoq atrofidagi g'ovning yiringlashi bo'lib, og'riq, shish va giperemiya bilan boshlanadi. Ko'rik paytida tirnoq atrofida g'ovning tirnoq plastinkasidan baland bo'lishi kuzatiladi. Palpatsiya qilinganda og'riq sezadi. Ko'pchilik holatlarda yiring tirnoq osti to'qimasiga tarqaladi, bemorlar ishlash qobiliyatini yo'qotadi.

Tirnoq osti panaritsiysi - bunda yiring tirnoq osti plastinkasida yig'iladi va tirnoqni o'z o'rnidan ko'chishiga olib keladi. Tirnoq osti panaritsiysida terida shish va giperemiya deyarli rivojlanmaydi. Asosiy belgisi tirnoq falangida pulsatsiyalanuvchi og'riqning paydo bo'lishidir. Tirnoq plastinkasi palpatsiya qilganda yoki perkussiya qilganda ham og'riq sezadi.

Bo'g'im panaritsiysi - panaritsiyning bu shakli ko'pincha barmoqning falangalari orasida va pastki falangalar orasida travmalar bo'lganida ko'proq uchraydilar, chunki bo'g'imlar yupqa yumshoq to'qimalar bilan qoplangan. Yallig'lanishning seroz fazasida ham intensiv og'riqlar paydo bo'ladi, yallig'langan bo'g'im shishadi va urchuqsimon ko'rinishga ega bo'ladi. Palpatsiya qilinib barmoqni shu bo'g'imda bukishga harakat qilinganda qattiq og'riq paydo bo'ladi. Mahalliy haroratning ko'tarilishi kuzatiladi. Shish va giperemiya

barmoqning tashqi yuzasida bo'ladi. Agar bo'g'im punksiya qilinganda juda ko'p bo'lmagan loyqa suyuqlik topiladi. O'z vaqtida yaxshi davolanish o'tkazilmasa yallig'lanish boylamlarga, tog'ay va suyak qismlariga o'tadi va bo'g'imda patologik harakat va krepitatsiya paydo bo'ladi.

Suyak panaritsiyasi - bu holat ko'pincha ikkilamchi bo'ladi, ya'ni patologik holat yumshoq to'qimalardan o'tadi. Bu holatda teri osti panaritsiyalarini ochganda ham qisqa muddatli yaxshilanish bo'lishi mumkin, ammo to'liq tuzalish bo'lmaydi. Og'riq doimiy bo'lib, yaradan yiring aralash mayda suyak bo'lakchalari ajralishi mumkin. Falanga qalinlashadi, palpatsiya qilinganda juda og'riqli bo'ladi. Rengenogramma qilinganda suyak to'qimasida o'zgarish ya'ni yemirilish kuzatiladi. Bunday o'zgarishlar 2 chi hafta oxiri va 3-haftaning boshlanish davrida topiladi. Klinik ko'rinishiga qarab operativ davolashni o'tkazish kerak.

Pay panaritsiyasi - teri panaritsiyasi ko'pincha tendovaginitlarning rivojlanishiga sababchi bo'ladi. Chunki infeksiya'ning tarqalishi barmoqlarni bukuvchi paylar qiniga va paylarga o'tadi. Bemorlar ahvoli og'irlashadi, pulsatsiyalanuvchi og'riq kuchayadi, shish paydo bo'ladi. Barmoqlar o'z faoliyatini yo'qotadi va yarim bukilgan holatni oladi. Barmoqni yozishga harakat qilinganda og'riq kuchayadi. Tugmasimon zond bilan paypaslaganda paylar proeksiyasi bo'yicha og'riq seziladi. Tendovaginitlar paydo bo'lganda operatsiya'ni kechiktirish juda xavfli hisoblanadi. Paylarning qon tomirlaridan judo bo'lishlari, paylarni ekssudat bilan bosilib qolishi ularni nekroz holatiga olib keladi.

Pandaktilit - bu barmoqlarning hamma to'qimalarining yallig'lanishidir. Bu ancha og'ir o'tadi, intoksikatsiya aniq yuzaga chiqadi (bosh og'rig'i, tana haroratining ko'tarilishi) regionar limfangit, kubital va qo'ltiq osti limfandeniti paydo bo'ladi. Pandaktilit sekinlik bilan rivojlanadi. Buning asosiy sababi virulent infeksiyalarining barmoqlar to'qimalariga o'tishi asosan yaradorlik bo'lganda kuzatiladi. Vaholanki pandaktilit teri osti panaritsiyasidan keyin ham rivojlanadi. Pandaktilitning rivojlanishi bilan og'riq kuchayadi, intensivligi oshadi, azob beruvchi og'riq kuchayadi. Shishgan barmoqlar ko'k-qoramtir rangga o'tadi. Yallig'lanish ho'l yoki quruq nekroz ko'rinishida rivojlanadi. Barmoqlarni harakatlantirganda og'riq kuchayadi. Operatsiyadan keyin yaradan yiringli modda ajraladi, granulyatsiya

oqish rangda hayotsiz ko`rinadi. Pandaktilitlarda shubhasiz tezda qilingan operativ davolash yiringli yallig`lanishni to`xtatishi mumkin.

Panja flegmonasi - panja flegmonasining mahalliy belgilaridan shish va giperemiya, panja funksiyasining buzilishi, mahalliy harorat va paypaslaganda og`riq kuzatiladi.

I barmoq flegmonasi: birinchi barmoqning baland yuzalari (thenor) flegmonasi shish paydo bo`lish bilan boshlanadi. O`tkir og`riq, to`qimalardagi taranglashish, birinchi barmoqda harakatning chegaralanishi, kaft sohasidagi burmalarning yallig`lanishi thenor flegmonasi uchun asosiy belgilardir. Yiringli ekssudat birinchi suyaklar orasida mushaklar orqali panjaning tashqi yuzasiga tarqaladi. Ayrim holatlarda qo`shuvchi to`qimalardan iborat ajratib turuvchi to`siq erib ketib yiring thenor sohasidan kaft bo`shlig`iga tarqalishi mumkin va o`rta kaft flegmonasiga aylanadi.

V barmoq flegmonasi: jimjildoq flegmonasi (hypothenor) ko`pincha intoksikatsiya belgilarisiz rivojlanadi. Unda ham shish, giperemiya va to`qimalar taranglashishi, paypaslaganda hypothenor sohasida og`riq va beshinchi barmoqni harakatlantirganda og`riq kuchayadi.

Komissural flegmona - kaftning distal qismida joylashadi, infeksiyalarning kirish darvozasi bo`lib, kaft sohasidagi yoriqlar, teridagi sugallarning II-IV panja va falanga qo`shilmalarida joylashishi hisoblanadi. Ana shunga asoslanib bu flegmonalarni – sugal abscesslari yoki “*namin*” deyiladi. Flegmona og`riq, shish bilan boshlanadi va panjaning distal qismida joylashadi. Bu flegmonada barmoqlar yarim bukilgan holatda bo`lib, ularni yozganda og`riq kuchayadi, chunki kaft aponevrozi taranglashadi. Aponevrozdagi qiyshiq yoriqlar orqali yiring kaftdan panjaning tashqi yuzasiga tarqalishi mumkin va chuqur barmoqlarni bukuvchi paylarga ham ta`sir qiladi. Infeksiya`ning tarqalish ehtimoli kaftning proksimal qismiga tarqalib o`rta kaft bo`shlig`iga o`tishi mumkin.

O`rta kaft bo`shlig`i flegmonasi - bu flegmona rivojlanganda yiring kaft aponevrozi va yupqa fassial plastinka orasida to`planadi. Kasallik aniq intoksikatsiya belgilari bilan yuzaga chiqib, tana harorati oshadi, bosh og`riq, periferik qonda o`zgarishlar paydo bo`ladi. Kaftning o`rta qismida shish paydo bo`lib, u ko`tariladi, terisi taranglashadi, burmalar yassilanadi, ammo flyuktuatsiya`ni aniqlash imkoniyati bo`lmaydi. Paypaslaganda yiringlash sohasida og`riq sezadi. Panjaning

tashqi yuzasida shish paydo bo'ladi, II-V barmoqlar yarim bukilgan holatda aktiv harakatlar qilinganda aponevroz taranglashishi natijasida og'riq kuchayadi.

U-simon flegmona - bir-biriga qo'shiluvchi yoki u-simon flegmonalar panjalar sohasidagi eng og'ir yiringli yallig'lanishlar kasalligiga kiradi. Bu flegmona I va V barmoqlarning yiringli tendovaginiti sababli yiringli ekssudatning radial yoki ulnar sinovial qopchalariga tarqaladi. Ko'pincha yallig'lanish holati avvalo bitta sinovial qinda boshlanadi. Agar infeksiya juda virulentli bo'lsa va noradikal xirurgik operatsiyalar qilinganda ekssudat sinovial qopchalar devorini eritib ikkinchisiga o'tib ketadi.

Bu flegmona kuchli intoksikatsiya, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, holsizlik bilan boshlanadi. Panjada shish paydo bo'ladi, terisi ko'kimtir qora rangga o'tadi, paypaslanganda og'riqli. Barmoqlar chap tomonga bukilgan, harakatlantirilganda qattiq og'riq bo'ladi. Paypaslanganda eng kuchli og'riq I va 5-barmoqning bukuvchi paylari sohasida bo'ladi. Agar yiring Pirogov bo'shlig'iga o'tsa og'riq bilakning distal qismida paydo bo'ladi. Yiringli I va 5-barmoqlar tendobursitlar paydo bo'lganda yiringli yallig'lanish holat o'rta kaft bo'shlig'iga thenar yoki hypothenar yoriqlari orqali o'tadi, keyinchalik yiring chuvalchangsimon mushaklari orqali panjaning tashqi yuzasiga o'tib katta yiringli nekrotik o'choq hosil kiladi. Flegmona juda erta xirurgik yo'llar bilan ochilganda ya'ni operatsiyadan keyin panjaning funksional holatining buzilishi yo'qoladi.

Panjaning tashqi yuzasi teridagi flegmonasi - Bu flegmonaning rivojlanishida shu sohadagi teri qoplamasining har xil travmalari sabab boshlanadilar. Bunda yoyilgan shish, to'qimalarda giperemiya bo'lib, yiringli o'choqning chegarasini aniqlash ancha qiyin. Agar juda e'tibor bilan paypaslanganda to'qimalarning yumshaganligini aniqlash mumkin.

Panjaning tashqi yuzasi aponevrozidagi flegmonasi - Bu flegmona panjaning tashqi yuzasida travmalar ya'ni aponevrozni teshib o'tuvchi sanchilgan yaralarida uchraydi. Flegmonaning bu turida qattiq infiltrat aniqlanadi, shish, panjaning tashqi yuzasida giperemiya paydo bo'ladi. Ayrim hollarda kaft sohasidagi yiringli holatlarda yiringli infeksiya limfa yo'llari va chuvalchangsimon mushaklar orqali tashqi yuzasidagi shish bilan kaft sohasidagi yallig'lanish belgilari-shish, giperemiya, og'riqli holatlar bilan birga o'tadi.



104-rasm. Panja flegmonasi

Furunkul va karbunkuli - Panja furunkul barmoqlarning tashqi yuzasida shish va giperemiya, paypaslanganda og'riq va nekrotik sterjenning borligi anik simptomlaridan hisoblanadi. Karbunkulda bu simptomlar kuchliroq rivojlanib bir nechta nekrotik sterjen aniqlanadi va intoksikatsiya bilan o'tadi.

Davolash. Yallig'lanishning seroz infiltrat fazasida spirtli vannachalar, elektroforez - tripsin va ximotripsin bilan, antibiotikoterapiya, UVCh-terapiya qilinadi. Bemorlarning birinchi uyqusiz tungi o'tkazishlari og'riq bilan operatsiya qilishga ko'rsatma bo'ladilar. Bundan tashqari yallig'langan joyni bilganda og'riq, qattiq shish va atrofdagi to'qimada shish borligi aniqlanadi. Xirurg albatta panjaning o'rta nerv mushak shoxchalarining topografiyasini yaxshi bilishi kerak. Bu nervning jarohatlanishi I barmoq funksiyasini buzadi. Panjaning o'rtalik nervi terining proksimal qirrasini bo'ylab joylashgan va thenar sohasini kaftning o'rta qismidan ajratib turadi. O'rtalik nervning birinchi mushak shaxobchasi o'tadigan zonasi bu ta'qiqlangan zona bo'lib, shartli chiziqlar orasida joylashgan birinchi chiziq distal teri burmasining radial qirrasidan 5-barmoqning tirsak qirrasigacha o'tkazilgan chiziq hisoblanadi. Ikkinchisi I past va katta ko'p burchakli suyakning bo'g'im yorig'idan uchinchi barmoqlararo oraliqqacha o'tkazilgan chiziq -uchinchi chiziq I falanga bo'g'imidan kaftning gorizontal tirsak tomonigacha o'tkazilgan chiziq.

Ta'qiqlangan sohaning distal zonasini uchinchi va ikkinchi chiziqlarining tutashgan qismi bir-biriga teng tomonlarga hosil bo'lgan soha hisoblanadi. Ana shu zonada operatsiya qilishda juda ehtiyot bo'lish kerak. Teri osti, tirmoq va o'rta falanga teri osti panaritsiyasida operatsiya Oberst-Lukashevich usulida o'tkazuvchi anesteziya o'tkaziladi. Bunda avvaldan barmoqlar asosiga tasma qo'yiladi va

qonsiz bemalol nekrotik to'qimalarni olgan holda o'tkazish mumkin. Og'ir shaklli panaritsiyalarda vena ichi anesteziyasi bilan panja va Pirogov bo'shlig'i flegmonalarida operatsiya qilinadi. Yiringli holatning tarqalishiga qarab bir va ikki tomonlama kesmalar qilish mumkin. Agar kaft sohasidagi abscesslar ochilganda albatta yarani drenajlash kerak. Eng foydali drenaj naylar qo'llanilsa yaralarni yuvib turish mumkin bo'ladi.

Teri osti va tirnoq osti panaritsiyalarida joyidan ko'chgan epidermis va tirnoq plastinkasi olinadi va 3 % perekis vodorod eritmasi bilan yuviladi.

Payli panaritsiyalarda uning qinlarini ochish uchun juft parallel kesmalar qilinadi va albatta drenaj qo'yiladi. Flegmonalarni ochilganda va 5-barmoqlar sinovial qinlari drenajlanadi va albatta Pirogov- Paron bo'shlig'i ham ochiladi va drenaj naylar qo'yiladi. 2 va 5-barmoqlar pandaktilitida, infeksiyalar rivojlanib ketganida har xil davolash usullari yordam bermaganida barmoqlar ekzoartikulyatsiyasi qilinadi. 1-barmoq pandaktiliti bo'lganda barmoqni ekzoartikulyatsiya qilishga shoshilmaslik kerak. Chunki bukish-yozish harakatlari yo'qolganda barmoqning qarama-qarshi qo'yish faoliyatini saqlab qolishi mumkin. Vaholanki busiz odam amaliyot faoliyati pasayib ketadi.

Suyaklarning, bo'g'imlarning va shilliq bo'shliqlarning yiringli kasalliklari

Osteomielitlar-bu infeksiyon kasallik bo'lib, suyak to'qimasi, suyakning iligi, kompakt qismi, suyak usti pardasi va ayrim holatlarda atrof to'qimalarining yiringi yallig'lanishidir. Uzun naysimon suyaklarda 83-84 %, yassi suyaklarda 8-10,5 %, qisqa naysimon suyaklarda 5-6,5 % uchraydi. Bemorlarning 33-38 % son suyagiga, 30-33 % katta boldir va 6-9 % yelka suyagida osteomiyelit rivojlanmaganligi aniqlangan.

O'tkir osteomiyelitda birlamchi o'chog'i oqma hosil qilish bilan suyakning metafizi va kamroq holatlarda epifiz qismidan boshlanadi. Buning sababi qon bilan ta'minlanishiga bog'liqdir. A. Bobrov (1889) va E. Lekser (1894) teoriyalari bo'yicha suyakning metafiz qismida qon aylanish sekinlashadi va yiringli infeksiyalarning chaqiruvchilari cho'kib qoladilar.

Etiopatogenezi. Osteomielit-bu polietilogik kasallik bo'lib, har xil nomaxsus infeksiyalar bilan chaqiriladigan kasallik, ko'pincha

stafilokkoklar, kamroq holatlarda streptokokklar, pnevmokokklar, enterobakteriyalar ham chaqiruvchilar tarkibiga kiradi. Umuman 10-15 % osteomielitlarni mikroblar chaqiradi. Maxsus mikroblar ham chaqirishi mumkin - tuberkulyoz tayoqchalari, qorin tifi, oqish spiroxetalar, zamburug'lar ham chaqiradi. Agar kishi organizmida furunkul, karbunkul, yiringli sinusitlar, tonzillit, flegmona, abscesslar, saramas kabi yiringli o'choqlar bo'lsa qon orqali infeksiya suyak iligiga kiradi va yallig'lanish chaqiradi. Osteomielit ko'pincha o'g'il bolalarda, o'spirinlarda uchraydi. Yallig'lanish holati uzun naysimon suyaklarda - son, yelka va boldirda uchraydi. O'tkir gematogen osteomiyelit 70 % holatlarda bolalarda uchraydi.

Osteomielitni keltirib chiqaradigan xavf omillari

1. Bolalar suyaklaridagi qon bilan ta'minlanishi alohida xususiyatlariga ega. Suyaklarning diafiz qismi magistral qon tomirlari bilan ta'minlanadi, uning metafiz va epifiz qismlari to'rsimon, mayda qon tomirlari va kapillyarlar bilan ta'minlanib mikroorganizmlarning cho'kib qolishiga moyil hisoblanadi. Bu holat Bobrov va Lekserning emboliya teoriyasi hisoblanadi.

2. Organizmning biologik va immunologik alohida xususiyatlari osteomielitning rivojlanishida muhim ahamiyati bor. Organizmning aniq bir reaksiyasi mavjudligida bakteriemiya va mikroblarning suyak iligiga tushganda yallig'lanish holatlarini chaqiradi. Bunday faktorlarga organizmning sensibilizatsiyasiga olib keluvchi-aseptik yallig'lanish, infeksiyon kasalliklar, organizmda oqsillarning parchalanishiga olib keluvchi sabablar va har xil boshqa allergik holatlar kiradi. Bu adabiyotlarda C.M. Derijanov teoriyasi deyiladi.

3. Moyil sabablar- bularga suyaklarning travmasi, organizmning umumiy qarshilik xususiyatining pasayishi, charchash, infeksiyon kasalliklar asorati, gipovitaminozlarkiradi. Osteomielitlarning rivojlanishida nogemotogen yo'llar ham bor. Bunda mikroorganizmlar suyak iligiga tashqaridan - ekzogen, o'qotar qurollari bilan yaralanganda, keng miqdorda yumshoq to'qimalarning ezilishi, ochiq sinishlar bo'lganda uchraydilar. Mahalliy rivojlangan yallig'lanish qon aylanishining buzilishi ya'ni stazga, tomirlar tromboziga va suyaklardagi oziqlanish holati buzilib nekroz paydo bo'ladi. Gemotogen osteomielitdan tashqi faktorlar natijasida rivojlangan osteomielitdan farqi yallig'lanish holati suyak iligida va suyak pardasidan ham hosil bo'lishi mumkin.

Sekvestrlarning hosil bo'lishi birlamchi yoki travmalardan keyin va ikkilamchi suyaklarda nekroz bo'lib, osteomielitlardan keyin paydo bo'lishi mumkin.

Gematogen osteomielitlar- yallig'lanish suyak iligidan boshlanadi-giperemiya, shish paydo bo'ladi. Keyinchalik yiringli infiltratsiya flegmona paydo bo'ladi. Bu davrda tomirlar trombozi va suyaklarda nekroz yuzaga chiqadi. Osteon Gavers kanallari orqali yiringli yallig'lanish tashqariga tarqaladi va periostit kuzatiladi. Suyak usti pardasi tagida yiringning yig'ilib qolishi natijasida suyak pardasi osti absessi hosil bo'ladi. Suyak pardasining yemirilishi natijasida yiring tashqariga atrofi to'qimasiga tarqalib paraossal flegmona paydo qiladi. Keyinchalik yallig'lanish teri va teri osti to'qimalariga o'tadi, hosil bo'lgan flegmona va absesslar o'zicha yorilib oqma hosil qiladi.

Qon tomirlardagi trombozlar suyakning oziqlanishini buzib suyakning kompakt qismida yallig'lanish chaqiradi-ostit, keyinchalik nekroz paydo bo'lib, sekvestr paydo qilib u asta-sekinlik bilan kuchaya boshlaydi. Sekvestrlar kortikal, total va markaziy bo'lishi mumkin. Bir vaqtning o'zida proliferatsiya'ning boshlanishi periostal qavatlanishiga olib keladi, ayrim hollarda suyaklanish-ossifikatsiya paydo bo'ladi. Ossifikatsiya boshlangandan keyin granulyatsiya to'qimasi paydo bo'lib, sekvestrlar qutisini hosil qiladi. Sekvestrlar, sekvestrlar qutisi va oqma hosil bo'lishi bu holatning surunkali shaklga o'tganligidan darak beradi, ya'ni ikkilamchi surunkali gematogen osteomielit boshlanadi. Suyakda bo'ladigan bu o'zgarishlar yallig'lanishning har xil muddatlarida paydo bo'lishidir. Periostit 1,5-3 haftada, sekvestrlar 1-2 oydan keyin o'tkir osteomielitlarning birinchi rentgenologik belgilari, periostal o'zgarishlar o'rtacha 2 haftadan keyin paydo bo'ladi.

Osteomielitlarning tasnifi.

I. Etiologiyasi bo'yicha:

1. Maxsus osteomielit
2. Nomaxsus osteomielit

II. Infeksiyalar tarqalishining yo'li bo'yicha:

1. Gematogen

2. Nogematogen: a) travmatik. b) o'qotar qurollar. s) kontakt.d)

operatsion.

III. Klinik oqimi bo'yicha

1. gematogen: a) o'tkir (toksik, septikopiemiya, mahalliy shakllari)

2. nogematogen : a) o'tkir. b) surunkali.

O'tkir gematogen osteomielit - Kasallikning og'irligiga, patalogik holatning rivojlanish tezligiga, tarqalishiga va boshqa faktorlariga qarab o'tkir gematogen osteomielitlar uchta klinik oqimiga ega:

1. Toksik umumiy reaksiya bilan o'tadi.
2. Septikopiemik oqimida ikkilamchi infeksiyon destruktiv o'choqlar hosil qilish bilan rivojlanadi.
3. Mahalliy yengil shakli.

Toksik shakli- septik intoksikatsiya bilan tezlikda o'tuvchi shakli bo'lib, birinchi soatlarda rivojlanib bir necha soat ichida o'lim holatiga olib kelishi mumkin. Hatto bu shaklida suyakning o'zida va atrof to'qimalarida o'zgarishlar rivojlanishga ulgurmaydi.

Septikopiemik shakli- bir nechta suyaklarda yiring destruktiv o'zgarishlar qisqa muddatda rivojlanib og'ir holatga o'tadi, qisqa vaqt ichida ichki a'zolarida abscesslar jigarda, o'pkada va buyraklarda hosil bo'ladi. Bakteremiya rivojlanib suyaklarda osteomielitik o'choqlar paydo bo'ladi va tez fursatda o'limga olib keladi.

Mahalliy shakli- bu mahalliy shakli yuqorida keltirilgan shakllarga qaraganda yengil o'tadi, yiringli-intoksikatsiya jarayonlari kuchsiz rivojlanadi, suyaklarda bitta yiringli destruktiv o'choq paydo bo'ladi.

Mahalliy o'zgarishlar umumiy infeksiyon holatlardan ustun bo'ladi va bu shakli aksariyat holatda surunkali shaklga o'tadi.

Toksik shakli- juda kam uchraydi, ko'pchilik bemorlarda mahalliy gematogen shaklida o'tadi.

Kasallikning rivojlanishida gematogen osteomielitlarda quyidagi mahalliy o'zgarishlar uchraydi - yiringli ekssudat ko'pincha 2 ta yo'l bilan tarqaladi.

Suyak iligi kanali va suyakning diafizar qismiga osteon kanali orqali (Gavers kanali) suyakning yuzasiga tarqaladi. Suyak usti pardasi tagida yiring yig'ilib va pardani suyakdan ajratib yuboradi. Yiringli yallig'lanish suyak atrofiga o'tadi va flegmona hosil qiladi, keyinchalik tashqariga oqma hosil qilib teshiladi, ayrim hollarda paraossal flegmonalar asosiy manbadan ancha uzoqda teshilib yiringli oqma yo'li hosil qiladi. Bunday holatlar chanoq suyagi, umurtqalar va son suyagi singanlarida paydo bo'ladi. Yiringning suyak kanaliga tirkalib suyakning kompakt qismini jarohatlaydi va suyak pardasi joyidan ko'chib, suyak to'qimasida qon bilan ta'minlash buziladi va nekroz yuzaga chiqib sekvestr paydo bo'ladi. Intoksikatsiyaning rivojlanishi

birlamchi osteomielitiko'choqning paydo bo'lishiga va yumshoq to'qimalariga o'tishi bilan oqma hosil bo'lishiga va xirurgik yo'l bilan paraossal flegmonalarini ochishga bog'liq bo'ladi.



105 - rasm. O'tkir gematogen osteomielitlarning rivojlanish bosqichlari.

Klinik manzarasi. O'tkir gematogen osteomielitlar bilan kasallangan bemor suyaklarida birdaniga boshlangan o'tkir og'riq ko'proq katta bo'g'imlar sohasida paydo bo'ladi. Og'riq juda qattiq bo'lib, bemorlar yig'laydi, qichqiradi, uyqusi buziladi va kichik harakat qilganda ham og'riq kuchayadi. Bemorlarda umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, tana haroratini oshishi, varaja, ishtahaning yo'qligi kuzatiladi.

O'tkir gematogen osteomielitlar bilan asosan bolalar, o'smirlar, o'g'il bolalarda 3-5 marta qiz bolalarga qaraganda ko'proq uchraydi. Kasallik ayrim hollarda birdaniga boshlansa, ammo ayrim bemorlarda 1-2 kun umumiy noxushlik kuzatiladi.

Bemorlarning anamnezida kasallikka olib keluvchi faktorlar - oyoqlarning lat yeyishi, sovuqda qolish, angina o'tkazganligi, yiringli faringit, karioz tishlari borligi, yiringli holatlar-furunkul, panaritsiylar, yaralar borligi ahamiyatlidir. Ana shu holatlar gematogen osteomielitning kelib chiqishiga manba bo'lib hisoblanadi. Bemorlarni ko'rik vaqtida umumiy yiringli intoksikatsiya belgilari - holsizlik, adinamiya, tormozlanish, yopishqoq ter, teriqoplamlari oqargan, hansirash, taxikardiya 110-120 ta puls, yurak tonlarining yaxshi eshitilmasligi, sistolik shovqin paydo bo'ladi, jigar va talog'i kattalashadi, qayt qilish, ichaklar parezi, buyraklari sohasida og'riq, Pasternaskiy simptomi musbat bo'ladi. Oyoqlari yarim bukilgan holda bo'ladi, faol va passiv harakatlarda jarohatlangan tomonda og'riqli va chegaralangan bo'ladi. Bemorlarni ko'rik paytida tovonga sekin urib ko'rilganda suyaklarda og'riq paydo bo'ladi. Suyaklarning metafizida og'riq bo'lsa bu osteomielitning boshlanishi belgisidir. Keyingi davrlarda suyaklarning kasallangan sohalari terisida taranglanish,

infiltratsiya va giperemiya kuzatiladi. Paypaslanganda yumshoq to'qimalarda infiltratsiya aniqlanadi, mahalliy harorat paydo bo'ladi.

O'tkir gematogen osteomielitlarning o'tib ketgan vaqtida flegmona belgilari: shish, terisi giperemiya, flyuktuatsiya aniqlanadi. Ayrim holatlarda bemorlar flegmonalarning o'z-o'zidan yorilishi bilan tugallanadi. Agar protsess nomotadil holatda rivojlanganda 3-4 hafta o'tgandan keyin suyaklarda patalogik harakat ya'ni suyaklarda nekroz rivojlanib patalogik sinish yuzaga keladi. Birlamchi o'choq metaepifizar zonada bo'lsa unga yaqin bo'g'imlar yallig'lanish holatlariga uchraydi, ya'ni artrit belgilari paydo bo'ladi. Bo'g'im konturlari yassilanadi, flyuktuatsiya, harakat hajmi pasayishi, og'riq, diagnostik punksiya qilinganda yiring topiladi. Mana shu mahalliy simptomlar orqali diagnoz qo'yish mumkin. Ammo diagnostik qiyinchilik yumshoq to'qimalar yiringli holatga tortilmaguncha yengil hisoblanadi. Agar o'tkir gematogen osteomielitlarda yumshoq to'qimalarda yiringli holat bo'lganda diagnoz qo'yish qiyinlashadi. Bunda diagnostik punksiya eng muhim diagnostik usuldir.

Suyakning metafiz qismidan punksiya (osteoperforatsiya) qilinishi kerak. Punksiyada yiringdan tashqari suyak iligi kanalida bosim oshadi 300-400ml suv ustunigacha oshadi. Normada 50ml suv ust teng.

Diagnostikasi. O'tkir gematogen osteomielitga xos leykotsitoz $20.0-10^9/l$, neytrofillar soni oshadi, gemoglobin miqdori pasayadi, disproteinemiya rivojlanib, albumin fraksiyasi kamayadi, α_1 - α_2 globulinlar ko'payadi. Siydikda oqsil, leykotsitlar, silindrlar paydo bo'ladi.

Septikopiemiya rivojlansa bakteriuriya kuzatiladi. Rentgenologik o'zgarishlar 12-14 kunlarda paydo bo'ladi. O'tkir gematogen osteomielitlarga erta tashhishlashda radionukleid va ssintigrafiya ham yordam beradi.

O'tkir gematogen osteomielitlarni differensiyalash: - revmatizm, travmalar asoratlari, suyak tuberkulyozi, tif kasalligida suyaklardagi o'zgarishlar bilan o'tkazilishi kerak. Revmatizmida mayda bo'g'im jarohatlanadi, osteomielitda bitta bo'g'im jarohatlanadi. Revmatizmida bo'g'imda seroz suyuqlik topilsa, osteomielitda yiring aniqlanadi. Osteomielit suyakning -metafizida, revmatizmida epifizda jarohat paydobo'ladi. Tuberkulyozda - oyoqlardagi mushaklar atrofiyasi, osteoporoz, rentgenda - eriyotgan shakar belgisi paydo bo'ladi.

Davolash. Gematogen osteomielitlarni davolash kompleks holda o'tkaziladi: xirurgik va konservativ davolash amalga oshiriladi.

Paraostal flegmonalar bo'lganda xirurgik yo'l bilan ochiladi, osteoperforatsiya qilinadi. Operatsiyadan keyin yara drenajlanadi va immobilizatsiya qilinadi.

Optimal xirurgik davolash- erta dekompressiya qilish, suyakda bir nechta frezali teshiklar qilish, yumshoq to'qimalarni batamom ochish kerak. Frezali teshiklar orqali suyak kanaliga drenaj naylar qo'yiladi va sanatsiya qilinadi. Drenaj orqali 7-10 kun davomida antiseptik moddalar bilan yuviladi. Konservativ davolash- antibiotikoterapiya, immunoterapiya, dezintoksikatsion tadbirlar, moddalar almashinuvini korreksiya qilish. Immunoterapiya - passiv immunizatsiya (giperimmunosantistafilokokkli plazma, stafilkokk gamma-globulini). Stafilkokk anatoksini, bakteriofaglar va nomaxsus immunizatsiya- prodigiozan, lizotsim, dioksidmetiltetragidropirimidin va desensibilizatsiyalovchi preparatlar qilinadi.

Surunkali gematogen osteomielitlar - kelib chiqishida o'tkir gematogen osteomielitning asorati sifatida paydo bo'lishida bir nechta sabablari bor. Ularning eng bosh sababchisi o'tkir gematogen osteomielitni davolashning kech o'tkazilishi va yiringli manbalarni to'liq drenajlamaslik hisoblanadi. Bu asosan suyak usti pardasini to'liq bor uzunligi bo'yicha kesmaslik va frezali teshiklarni yetarli daraja keng qilmaslik va mayda teshiklardan yiringning yaxshi oqib chiqmasligidir. Yana muhim xatolardan antibiotiklarni patogenlarga ta'sirchanligini aniqlamasdan qo'llash va ularni sababsiz erta kursiy davolashini to'xtatishdir. Bundan tashqari surunkali shakliga o'tishida patomorfoloqik o'zgarishlarga ya'ni to'la sekvestr hosil bo'lib, osteomielitik bo'shliq osteoliz o'rnida hosil bo'ladi. Bu holat 2-3 oydan keyin kasallik boshlangandan keyin paydo bo'ladi.

Klinik belgilari: Surunkali osteomielitning klinikasi 2 fazadan-residiv va remissiya fazasidan iborat. Patogen floralarning kuchsizlangan organizmda, sovuqda qolish, travmalar sababli surunkali osteomielit qo'zg'alish beradi- residiv fazasi boshlanadi. Antibiotiklar bilan davolash natijasida o'ziga o'zicha yallig'lanish holati o'tib ketadi va remissiya fazasi boshlanadi. Ana shunday fazalarning o'zgarishi ko'p marta qaytalanishi mumkin. Surunkali osteomielitga xos asosiy belgilardan quyidagilar mavjud: residivli o'tishi, sekvestrlarning hosil bo'lishi, yiringli oqmalarining paydo bo'lishi, osteosklerozlarning kuzatilishi.

Surunkali osteomielitning residiv davrida – bemorlar ahvoli yomonlashadi: umumiy holsizlik, kuchsizlik, bosh og'rig'i, tana harorati

ko'tariladi, terlash, varaja, oyoqlarda og'riq va oqma paydo (yiringli) bo'ladi. Ayrim holatlarda osteomielit o'choqlarida shish, giperemiya, kuchli og'riq, yumshoq to'qimalarda infiltratsiya, keyinchalik flyuktuatsiya simptomi paydo bo'ladi va oqma ochiladi. Oqma yangi joyda paydo bo'lishi mumkin. Yiring oqib chiqib ketgandan keyin bemorlar ahvoli yana yaxshilanadi, ko'p belgilar o'tib ketadi va qayta remissiya fazasi boshlanadi. Keyinchalik bu faza yana residiv berishi mumkin. Shunday qilib surunkali osteomielitga xos bu fazalarning doimiy qaytalanib turishi mumkin.

Demak surunkali gematogen osteomielitda – surunkali yiringli intoksikatsiya davom etaveradi, bu holat qonda o'zgarishlarga (leykotsitoz, ECHTning ko'tarilishi, disproteinemiya) va buyraklar funksiyasini buzadi.

Diagnostikasi: Bemorlarning anamnezida oldin o'tkir gematogen osteomielit o'tkazganligi yoki suyaklar sinishi va uning yiringli asoratlari borligi muhimdir.

Eng muhimi kasallikning residivi va remissiya davrining davomiyligini, oqma orqali suyak bo'laklari chiqqanligini aniqlash zarur. Mahalliy o'zgarishlarni aniqlashda, yumshoq to'qimalardagi infiltratsiya, terisida giperemiya va uning tarqalishi, flyuktuatsiya siptomining borligini aniqlash zarur. Oqmani zond bilan tekshirib, uning lokalizatsiyasini, uning faoliyatini aniqlash mumkin.

Diagnostik muhim ahamiyatga ega- rentgen bilan tekshirishdir. Bunda sekvestrning borligi, osteomielitik bo'shliqning holatini, surunkali periostit, suyaklardagi osteomielitik jarohtning hajmini aniqlashdir. Juda muhim axborotni- fistulografiya orqali olish mumkin. Ssintigrafiya - yallig'lanish borligini aniqlashda yordam beradi. Bu usulda surunkali osteomielitni suyaklardagi o'sma, shishlardan differensiallashda o'ta muhim hisoblanadi. O'tkir osteomielitlarda birinchi kun ko'plarda rentgenografiya yaxshi informatsiya bermaydi, radioizotop tekshirishlar to'qimalardagi yallig'lanishni aniqlashda ko'proq foydalidir. Suyaklar to'qimasidagi mayda sekvestrlarni, osteomielitik o'choqlarni va atrof tuzilmalar to'g'risida aniq ma'lumotni kompyuter tomografiya beradi. Albatta mikrofloraning antibiotiklarga sezgirlini aniqlash, spesifik va nomaxsus immunobiologik reaktivligini o'rganish muhimdir.

Ko'pincha surunkali osteomielitlarda stafilokokklar, grammanfiy mikroflorali monokulturalar aniqlanishi yana antibiotiklarga chidamli bir necha mikroblar assotsiyatsiyalari uchraydi. Surunkali osteomielitlarda

stafilokokklarning antitoksik titri va nomaxsus immunobiologik reaktivligi susaygan: komplement titri, leykotsitlarning fagotsitar aktivligi, T- limfotsitlar bor.

Davolash: Xirurgik davolashga- surunkali osteomielit bilan ko'rsatma bu sekvestrlar, yiringli oqma, suyaklarda osteomielitik bo'shliqning borligi, osteomielitik yaralar, yolg'on bo'g'imlar hosil bo'lib, ularning malignizatsiya berishi, residivlar sonining shishi, og'riqli sindromlar, intoksikatsiya va tayanch-harakat tizimidagi faoliyatining buzilishi, surunkali yiringli infeksiyaning hayotiy muhim a'zolarga asoratlar berishidir. Operatsiyaga qarshi ko'rsatma- bu buyrak yetishmovchiligida (amiloidoz hosil bo'lsa), yurak tomir yetishmovchiligida, nafas yetishmovchiligida. Surunkali osteomielitlarda radikal operatsiya- bu nekrektomiya qilishdir. Bunda atrof yumshoq to'qimalari bilan birga surunkali yallig'lannish o'chog'ini bartaraf qilishdir. Radikal operatsiyani keyingi etaplarda suyak bo'shliqlarini sanatsiyasi va bo'shliqni plastika qilishdir. Xozirgi vaqtda plastika uchun mushak laxtug'i qon bilan ta'minlanadigan oyoqcha hosil qilgan holda qo'llaniladi. Ayrim holatlarda autogen va konservatsiya qilingan suyak to'qimalari, xondroplastin (konservatsiya qilingan tog'ay), juda kam holatlarda teri plastikasi ishlatiladi. Bundan tashqari biopolimerlar: kollagen so'rg'ich (gubka), har xil kleyli kompozitsiyalar, biopolimerli plomba. Bu materiallar tarkibida suyak to'qimasi regeneratsiyasini aktivlashtiradigan materiallar bor.

Operatsiyadan keyin yaraga drenaj naylar qo'yilib 7-15 sutka mobaynida antiseptik moddalar bilan yuvib turiladi.

Nekrektomiya qilingandan keyingi davrdagi davolash quyidagi pritsiplarga asoslanishi kerak:

1. Anibiotikoterapiya
2. Immunoterapiya
3. Mahalliy, fizioterapevtik muolajalar-UZ terapiya, elektroforez.

Albatta operatsiyadan keyingi davrda infuzion-transfuzion davolash ham o'ta muhim: qon va qon preparatlarini, oqsilli qon o'rmini bosuvchi moddalar, elektrolitik suyuqliklar, immunoterapiya, osteomielitik holat bor oyoqlarni immobilizatsiya qilish va davolash fizkulturasini qilinishi kerak.

Birlamchi- surunkali osteomielitlar boshlanishidan surunkali tus oladi. Ularning klinik kechishi atipik holatga o'tadi. Osteomielitlarning bu turiga :absess Brodi, Garrening sklerozlovchi osteomieliti, Ollye albuminozli osteomieliti kiradi.

Suyak ichi Brodi abssessi. Bu abssessda suyakning ko'mik qismi zararlanadi, keyinchalik abscess rivojlanib bo'shliq paydo bo'ladi. Bu bo'shliqda yiring seroz yoki gemorragik suyuqlik va ayrim holatlarda to'qima detritlari bo'ladi. Bunday abscesslarni asosan stafilokokklar chaqiradi. Asosiy lokalizatsiyasi katta boldir suyagining proksimal qismida bo'ladi. Bu osteomielit ko'pincha kam virulentli infeksiyalar va organizmning reaktiv qobiliyati past bo'lgan kishilarda uchraydi.

Kasallikni klinik manzarasi har xil. Shu suyakka bosganda og'riq sezilishi mumkin, yoki xavo (sovuq) o'zgarganda, jismoniy yuklama ko'payganda og'riq paydo bo'lishi mumkin. Boshqa yiringli o'choqda deyarli yuzaga chiqadigan belgilari bo'lmaydi, tana haroratining ko'tarilishi, varaja va boshqa simptomlari bo'lmaydi. Ayrim holatlarda o'sha sohada terida qizarish, tana haroratining ko'tarilishi, og'riq, harakat qilganda og'riqning kuchayishi kuzatilishi mumkin. Shunday holat yillab davom etishi mumkin. Ko'rikda deyarli aniq informatsiya olib bo'lmaydi. Rentgen-qilinganda suyakning metafiz qismida 2-2.5 smli bo'shliq aniqlanadi, atrofida sklerotik to'qima paydo bo'ladi. Asosiy davolash usuli-xirurgik yo'ldir. Suyakning bo'shliq bor joyini trepanatsiya qilinib yiringni oladi, bo'shliqni qirib tozalaydi. Yarani tikish mumkin yoki mushak laxtasi bilan to'ldiriladi.

Sklerozlangan osteomielit Garre - Osteomielitning bu turi o'tkir osti, og'riqsiz va yallig'lanish belgilarisiz boshlanadi. Bu turda flegmona va oqmalar hosil bo'lmaydi, juda kam holatlarda bo'lishi mumkin.

Klinik kechishi juda sekin, oyoqlarda og'riq, ayniqsa kechasi og'riq bo'lib, tana harorati ko'tarilishi mumkin, ECHT ko'tariladi va leykotsitoz bo'ladi, Rentgenda- uzun naysimon suyaklarda skleroz aniqlanadi. Ana shu skleroz fonida suyaklar to'qimasida siyraklanish aniqlanadi. Suyakning ilik kanali qisqaradi va to'la skleroz bo'lib, qolishi mumkin, diafiz qismi qalinlashadi.

Davolash asosan konservativ – antibiotikoterapiya (linkomitsin, yarim sun'iy penitsillin) elektroforez, UVCh-terapiya qilinadi. Xirurgik davolashni maqsadi mayda osteomielitik suyak bo'laklarini olib tashlashdir.

Albuminozli osteomielit Ollye - Osteomielitning bu turi boshlanishidan yallig'lanish belgilariga ega bo'lmagan holda kechadi. Bemorlarda lokal o'zgarishlar kuzatilishi mumkin, yumshoq to'qimalarida infiltratsiya va kuchsiz terida giperemiya bo'ladi. Yiringning o'rniga osteomielitik o'choqda seroz suyuqlik- oqsilga boy yoki mutsinoz suyuqlik yig'ilishi kuzatiladi. Ana shu suyuqlikni

ekilganda stafilokokklar va streptokokklar topiladi. Infeksiyaning kam virulentlik bo'lishi, ehtimol organizmning immunobiologik kuchi yetarli bo'lishi sababli yiring bo'lmaydi. Ana shunday sekin o'tishi suyakda destruksiya chaqirishi mumkin va ikkilamchi infeksiya qo'shiladi. **Davolash.** Asosiy maqsad albuminoz osteomielit o'chog'ini bartaraf qilish va surunkali yiringli yallig'lanishni yo'qotishdir.

Osteomielitlarni boshqa shakllari

1. Atipik shaklli birlamchi surunkali osteomielitdir. Antibiotikli osteomielit-boshlanishidan sekin kechadi, ko'p bo'lmagan leykotsitoz, ECHT ning ko'tarilishi, flegmona va oqmalar bo'lmaydi. Suyak to'qimasida mayda osteomielitik o'choqlar bo'lib, ular skleroz bo'lgan joylar bilan birga aniqlanadi. Bu kasallik uzoq vaqt antibiotiklar qabul qilishi natijasida osteomielitik paydo bo'lmasdan oldin olinganlarda uchraydi.

2. Tifdan keyingi osteomielitlar. Bu kasallik infeksiyon kasallik o'tkazgan bemorlarda yoki kasallikning oxirida boshlanadi. Kasallik skarlatina, gripp, tif kasalligidan keyin (qorin tifi, toshmalı tif, paratiflar) uchraydi. Kasallik juda sekinlik bilan o'tadi, virulentligi pasaygan. To'g'ri tashxis qo'yish uchun 2 ta holatni: 1) infeksiyon kasallik o'tkazgandan keyin 2) torpid holda (juda sekinlik bilan) o'tishi. **Davolash-** surunkali osteomielitlarni davolash prinsipi asosida olib boriladi.

3. Fibroz osteomielit-osteomielitlarning alohida shakli bo'lib, o'tkir osti kechadi. Bunda suyakning o'zi va uning iligi yallig'lanib destruktiv o'zgarishlarga olib kelmaydi. Bunda suyak iligi qo'shuvchi to'qima bilan qoplanadi, keyinchalik suyak to'qimasi batamom sklerozga va metaplaziyaga uchraydi.

4. Shishsimon osteomielit bu birlamchi surunkali osteomielitning alohida kam uchraydigan shakli hisoblanadi. Bunda kasallik shish infiltrat yumshoq to'qimalarda bo'lib, o'smalarga o'xshash holatni eslatadi. Bemorlar kechasida ham og'riqqa shikoyat qiladi, flegmanoz o'zgarishlar bo'lmaydi, sekvestratsiya va oqmalar ham uchramaydi. Differensial diagnozi qiyin, rentgenda osteogen sarkomaga o'xshash manzarasini beradi. To'g'ri diagnoz qo'yish uchun biopsiya va mikrobiologik tekshirishlar o'tkazilishi kerak.

5. Nogematogen osteomielitlar. Bularning bir necha turi bo'lib, yiringli holatni suyakka va atrof to'qimalarga o'tishi har xil travmalarda,

ochiq travmalarning asoratlanishida (suyaklar sinishi) ya'ni o'qotar qurollar bilan yaralanganda infeksiya tushishi bilan yiringli holatlar rivojlanadi. Osteomielit suyaklarga yaqin to'qimalarga va mushaklarga tarqaladi. Xuddi shunday osteomielit boshlanadi, boldir suyagida saramasning flegmonoz shaklida, suyak panaritsiyalarida, bosh suyagi osteomielitlarida yuzaga chiqadi. Boshning soch qismidagi infeksiyalangan yaralarda aponevroz erib ketib yumshoq to'qimalarga tarqalib ketadi.

Yiringli destruktiv holatlar suyaklarga o'tadi va qo'shni a'zolarga tarqaladi va odontogen osteomielit jag'da va otogenli osteomielit chakka suyagida uchrashi mumkin.

Ochiq jarohlarda bo'ladigan yiringli destruktiv yallig'lanishlar osteomielitga olib keladi va uni **postravmatik osteomielit** deyiladi.

Postravmatik osteomielitlarni- kelib chiqishida nafaqat yaralarning va yumshoq to'qimalarning ifloslanishi hatto ochiq sinishlarda suyaklarning o'zidagi ifloslanishlar ham muhimdir. Bundan tashqari ana shunday travmalarda birlamchi xirurgik ishlovlar, suyak parchalarini metall fiksatorlar bilan mahkamlash ham alohida o'rin tutadi.

Postravmatik osteomielitlarning kelib chiqishi quyidagicha: ochiq sinishlar, yumshoq to'qimalarni katta jarohati, ularning chuqurda joylashishi, qo'lning ifloslanishi, yiringlashi, yiringli yallig'lanishning suyak to'qimasiga suyakning singan qismidan o'tishi. Postravmatik osteomielitning rivojlanishi tana haroratining ko'tarilishi, umumiy ahvolining og'irlashishi va yarada yiringli jarayonning paydo bo'lishi bilan kechadi. Mahalliy o'zgarishlar teri qoplamasining giperemiyasi, yumshoq to'qimalarda shish va yaraning ichidan yiringli moddaning ajralishi bilan xarakterlanadi. Yaradan yiringning ajralishi, uning suyak parchalari bilan bog'liqligi va yiringli oqmaning paydo bo'lishi postravmatik osteomielitni paydo bo'lganligidan darak beradi. Bu vaqtda rentgenologik tekshirishda suyak singan sohasida o'zgarishlar topiladi, osteoporoz va suyak parchalari atrofida bo'shliq ham aniqlanishi mumkin. Agar o'qotar qurollari bilan yaralanganda rentgenda o'q va snaryad parchalari topiladi va ular yiringli jarayonni ushlab turadi. Postravmatik osteomielitlar ham gematogan osteomielit kabi o'tadi: o'tkir davri surunkali holatga o'tadi, remissiya va residiv davrlariga ega bo'ladi. Postravmatik osteomielitlarda yolg'on bo'g'im hosil bo'ladi.

Davolash. Postravmatik osteomielitlarni albatta operativ davolash zarur. Sekvestrlar, nekrozga uchragan suyak parchalari, yiringli granulyatsiya va oqmalar kesib olinishi kerak. Suyaklarga qo'yilgan metall konstruksiyalarni olishga shoshmaslik kerak. Agar ular immobilizatsiya xususiyatini yo'qotganda (intramedullyar osteosintez) yoki suyak katta qismi jarohatlanganda olinadi. Suyaklar singanda o'choqdan tashqari osteosintezlar osteomielit asorati bilan qo'yilganda ular davolash immobilizatsiyasi hisoblanadi. Agar singan suyaklarda bitish xususiyati bo'lmaganda, kompression osteosintez qilinadi. Yolg'on bo'g'imlar bo'lganda ularda surunkali osteomielit bilan kechganda osteomielit bartaraf qilingandan keyin, suyak uchlari sog' to'qimagacha kesilib, autotransplantatsiya qilinishi mumkin. Postravmatik osteomielitlarning profilaktikasi ikkilamchi ochiq yaralarni ifloslanishiga yo'l qo'ymaslik, bunda alohida birlamchi xirurgik ishlov muhim hisoblanadi, ochiq sinishlarda metallo-osteosintezga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarini yaxshi hisoblash zarur.

Yiringli artritlar (arthritis purulenta)- bo'g'imlardagi yallig'lanish holatini yiringli mikroblar tomonidan chaqirilishidir.

Etiopatogenezi. Yiringli artritlarni yiringli mikroblar (floralar) chaqiradi. Bu mikroblar floralarining asosini stafilokokklar va boshqa mikroorganizmlar (streptokokk, pnevmokokk, enterobakteriyalar, gonokokklar va boshqalar) tashkil qiladi. Yiringli artritlar birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Birlamchi infeksiyalar bilan ifloslanish bo'g'imlarning jarohatlarida, ikkilamchi artritlar bo'g'imlarga gematogen yo'li bilan tushadi. Bo'g'imdagi o'zgarishlar yallig'lanishning jarayonlariga bog'liqdir (seroz, yiringli, fibrinoz, chirish). Yallig'lanish holatining butun tog'ayga, epifizning ko'mik qismiga o'tishi, osteoartritning boshlanishini ko'rsatadi. Yallig'lanish bo'g'imlarda ekssudat hosil bo'lishiga olib keladi, giperemiya, shish, sinovial qobiqda leykotsitar infiltratsiya paydo bo'ladi va sinovit rivojlanadi. Bu holat bo'g'imning hamma qismlariga tarqalib- bo'g'im xaltasi flegmonasini paydo qiladi. Yallig'lanishning atrof to'qimalarga tarqalishi paraartikulyar flegmonaning paydo bo'lishiga olib keladi va yiringli oqmalar hosil qiladi. Yiringli-yallig'lanishga o'ta moyil bu tizza bo'g'imi (gonit) hisoblanadi. Chanoq son bo'g'imi (koksit) va yelka (omartrit) bo'g'imlarida ham uchraydi, qolgan bo'g'imlarda kam uchraydi.

Klinikasi va diagnostikasi: O'tkir boshlanadi, kuchli og'riq, bo'g'imda harakat chegaralangan, taranglanish, infiltratsiya va terida

giperemiya, bo`g`imning konturi o`zgaradi. Agar asoratlansa mahalliy flegmona belgilari paydo bo`ladi. Umumiy simptomlariga yiringli intoksikatsiya belgilari: baland harorat, holsizlik, o`zini yaxshi sezmaslik, varaja, terlash, hushining o`zgarishi, rivojlanuvchi anemiya. Yiringli artrit bilan bemorlarni tekshirishda anamneziga- bo`g`imlarda jarohatlar bo`lganligini aniqlash. Agar travma bo`lmasa- bo`g`imga gematogen yo`l bilan infeksiya tushgan bo`ladi. Obyektiv ko`rilganda: bo`g`imlarda yarim bukilgan holat, terisida giperemiya, bo`g`imning konfiguratsiyasi buziladi. Paypaslaganda mahalliy harorat, og`riq, flyuktuatsiya bu bo`g`imda suyuqlik borligini yoki paraartikulyar flegmona rivojlanganligidan darak beradi. Agar bo`g`imda ko`p miqdorda suyuqlik yig`ilganda tizza bo`g`imida- tizza usti qopqog`ining ballotatsiyasi siptomi paydo bo`ladi. Bunday holatlarda bo`g`imni punksiya qilish o`ta muhim hisoblanadi: suyuqlikning xarakteri (seroz, yiringli, yiringli-gemorragik) bo`lishi mumkin. Suyuqlik batamom olinib mikrobiologik va antibiotiklarga ta`sirchanligin aniqlash uchun tahlillar o`tkaziladi. Qonda- leykotsitoz, neytrofillyoz, ECHT ko`tariladi, disproteinemiya bo`ladi. Rentgen tekshirishlarda - bo`g`im yorig`i kengayadi, suyakning bo`g`imga tegishli epifizar qismida osteoporoz paydo bo`ladi.

Davolash. Yiringli artritlarni mahalliy va umumiy davolash mumkin.

Mahalliy:

A) punksiya qilib bo`g`im ichidagi suyuqlikni chiqarish, bo`g`im bo`shlig`ini antiseptik moddalar bilan yuvish, antibiotiklar yuborish. Davolash punksiyasini har kuni yallig`lanish holati to`xtaguncha o`tkazilishi kerak.

B) Oyoqlarni immobilizatsiya qilish(gipsli longeta yoki davolash shinalari orqali)

V) fizioterapiya- UVCh, kvars bilan nurlash, elektroforez- (tripsin, antibiotiklar bilan)

G) yallig`lanish tamom bo`lgandan keyin- davolash fizkulturasi qo`llaniladi.

Umumiy davolash- antibiotiklar (mikrobiologik tekshirish bilan) immunoterapiya, qon quyish, plazma, oqsil gidrolizatlari, qon o`rnini bosuvchi suyuqliklar, dezintoksikatsion terapiya, ratsional oziqlantirish. Xirurgik operatsiyalarga- artrotomiya- qachonki punksiyon usul yaxshi yordam bermasa qilinadi. Artrotomiya- qilinganda ichidagi suyuqlik chiqarilib, fibrinoz qoplamalardan tozalanadi, drenaj nay qoldirilib

antiseptik moddalar bilan yuviladi. Paraartikulyar flegmona bo'lsa uni ochib drenajlanadi va keyingi davolash xuddi yiringli yaralarni davolashdek o'tkaziladi.

Bursit (bursitis)- bu bo'g'imdagi shilliq qopchalarning yallig'lanishidir. Bo'g'im qopchasi shilliq qopi qo'shuvchi to'qimadan iborat, silliq ichki yuzasiga ega bo'lib, endoteliy bilan qoplangan va sinovial suyuqlik ishlab chiqaradi. Ana shu sinovial suyuqlikning yallig'lanishi yiringli bursit deyiladi.

Etiopatogenezi- bursitga olib keluvchilar: stafilokklar, gonokokklar, pnevmokokklar, tuberkulyoz va ichak tayoqchalari. Bo'g'im qopchasiga mikroblar limfatik yo'l bilan yaqinda joylashgan yiringli manbalardan (saramas, flegmona, karbunkul, furunkul, osteomielit) tushadi. O'tkir bursitlarni boshqa kasalliklar (angina, gripp, revmatizm) asoratlari sifatida paydo bo'ladi. Doimiy mexanik travma bo'g'im qopchasining shilliq pardasida reaktiv yallig'lanish chaqiradi va ekssudat (seroz yoki seroz-gemorragik) paydo bo'ladi, terisida bo'lgan yiringli holat (mikrotravmalar) piodermiyalar yiringli bursitga olib keladi. Bu protsessning atrof to'qimalariga tarqalishi flegmona paydo qiladi va yiringli bursitda bo'g'imning shilliq qavati erib nekrozga uchrashi mumkin va yiringning atrof to'qimalariga oqishiga olib ketadi. Natijada katta mushaklararo flegmona paydo bo'ladi, agar juda o'tib ketgan holatlarda uzoq bitmaydigan oqmalar hosil qiladi.

Klinikasi: Paypaslaganda shish, og'riq aniqlanadi, terisida shish, mahalliy harorati bo'ladi, ehtimol flyuktuatsiya aniqlanishi mumkin. Umumiy holsizlik, tana haroratining 38-38.5 °C gacha ko'tarilishi, leykotsitoz kuzatiladi.

Diagnostikasi: Uning tipik yallig'lanish belgilari, bo'g'im bo'shlig'ini punksiya qilish. Ekssudatni olib tashlash, bakteriologik tekshirishlar, maxsus chaqiruvchilarning borligi (gonokokk, burusellyoz tayoqchasi) diagnostikani yengilashtiradi. Asosiy bursitni artritdan ajrata bilish kerak, bursit artritdan bo'g'imda harakatning saqlanib qolishidir.

Davolash. Bo'g'imdagi suyuqlikni tortib olib, antibiotiklar yuborish ayrim holatlarda to'liq davolaydi. Agar ana shu usul yordam bermasa- xirurgik yo'l bilan bo'g'im xaltasi ochiladi, yiring olinadi, keyin yiringli yarani davolash usuli davom ettiriladi.

XII - BOB

SEPSISNING KLINIKASI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH

Sepsis tushunchasi - odam organizmining har xil infeksiyalar (bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar) chaqiradigan tizimli yallig'lanishga javob reaksiyasi natijasida kelib chiqadigan patologik holatdir.

Sepsisning klinik interperitatsiyasi patogeneziga asoslangan holda diagnostik kriteriyalari va klassifikatsiyasi Amerika pulmonologlari kolleji va meditsinada kritik holatlari jamiyatining o'zaro kelishuvi asosida R. Bone rahbarligida quyidagicha taklif qilingan (1992 y Consensus Conference, AQSH)

8-jadval

Sepsisning diagnostik kriteriyasi va tasnifi

Patologik holati	Kliniko-laboratoriya belgilari
Organizmning har xil kuchli ta'sirlovchilariga (infeksiya, travma, operatsiya va hakoza) tizimli reaksiyasi - yallig'lanishga tizimli reaksiya sindromi (SIRS)	Quyidagi 2 va undan ko'p belgi va xususiyatlari Tana harorati $\geq 38^{\circ}\text{C}$ yoki $\leq 36^{\circ}\text{C}$. Yurak qisqarishi soni $\geq 90/\text{min}$ Nafas olish soni $> 20/\text{min}$ yoki giperventilyasiyasi $\text{Pa CO}_2 \leq 32\text{mm.sim.ust}$ Qondagi leykositlar soni $> 12 \times 10^9/\text{ml}$ yoki $< 4 \times 10^9/\text{ml}$ yoki yosh shakli $> 10\%$
Sepsis - mikroorganizmlar invaziyasiga, yallig'lanishga tizimli ta'sir reaksiyasi	2 va undan ko'p infeksiyalar o'chog'i borligi belgilariga yallig'lanish tizimli javob reaksiyasi (SIRS)
Og'ir sepsis	A'zolar disfunktsiyasi, gipotenzivasi, to'qimlar perfuziyasi buzilishi qo'shma holatdagi - sepsis. Uning laktat konsentratsiyasining ko'tarilishi, oligouriya va hushning o'tkir buzilishi bilan sodir bo'lishi
Septik shok	To'qima a'zolar gipoperfuziyasi, arterial gipotoniyani infuzion terapiya bilan bartaraf qilib bo'lmay, katexolaminlar

	tavsiya qilish zarurligidagi sepsis
Qo'shimcha aniqlash ko'p a'zolar disfunktsiyasi sindromi	2 va undan ortiq a'zolar disfunktsiyasi
Refraktor tizimli shok	Adekvat infuziya qilishga qaramay - gipoproteinemiyaning saqlanishi, inotrop va vazopressorlarning qo'llanilishi

1. Sepsis - "diagnozi" 2 ta va undan ortiq SIRS simptomlarining, infeksiyon holatlar borligi fan asosida isbotlanganda (shunga taalluqli va bakteriostatik verifikatsiya qilinishi).

2. **Og'ir sepsis**-og'ir sepsis diagnozi sepsis bilan bemorda a'zolar yetishmovchiligi (sepsis, a'zolar disfunktsiyasi bilan qo'shma bo'lganda, gipotenziya, to'qimalar perfuziyasining buzulishi laktat konsentratsiyasining ko'tarilishi, oligouriya, hushning o'tkir buzilishi) topilganda qo'yiladi.

3. **Septik shok**- og'ir sepsisning to'qimalar va a'zolardagi gipoperfuziyasi belgilari va arterial gipotenziya bo'lib infuzion terapiya bilan bartaraf qilinmagan va katexolaminlar tavsiya qilishga talab qilinganda septik shok diagnozi qo'yiladi.

4. **Sepsis induksiyalashgan gipotoniya** qonning sistolik bosimi 90mm.sim.ust yoki 40mm.sim.ust dan yuqori bo'lishi mumkin, bemorlarda arterial gipertenziasining boshqa sabablari bo'lmaganda: gipotoniya qisqa muddat ichida suyuqliklar induksiya qilishda bartaraf qilinsa.

5. **Ko'p a'zolar disfunktsiyasi** yetishmovchiligi kuzatilganda, og'ir sepsis bilan 2 ta va undan ortiq a'zolar disfunktsiyasi.

6. **Refraktor septik shok**- arterial gipotoniya adekvat infuziya qilinganligiga qaramay saqlangan, inotrop va vazopressorlar yordam qilishi zarurligi. Bundan tashqari sepsis quyidagi keltirilgan kriteriyalar bilan ham klassifikatsiya qilinadi.

Chaqiruvchilarning tabiati asosida: infeksiyaning kiruv darvozasi va lokalizatsiyasi bo'yicha: sepsisni chaqirgan asosiy kasalliklar harakteri bo'yicha: sepsisning o'tkir kechishi va o'tish muddatining davomiyligiga asosan.

I. **Chaqiruvchilarning tabiati bo'yicha:**

a. **Bakterial-zamburuglar (miks, ikkala) sepsis.**

b. **Polibakteriali sepsis.**

v. **Sepsis**- shartli patogen mikroblar-aeroblar (grammusbat va grammanfiy), stafilokokklar, streptokokklar, kolibatsillar, psevdomonadlar.

g. **Sepsis**- patogen mikroblar bilan chaqiruvchilar bilan: mikobakteriyalar, meningokokk, qorin tifi, chuma.

II. Infeksiyani chaqiruvchilarning lokalizatsiyasi va kirish darvozasi:

- tonizillojen
- otogen
- odontogen
- yarali
- ginekologik

Chaqiruvchilarning lokalizatsiyasi ayrim holatlarda uning etiologiyasini ham bildiradi. Agar kirish darvozasi aniq bo'lsa, unda sepsis kriptogen hisoblanadi.

III. Sepsisni chaqirgan asosiy kasalliklarning xususiyati bo'yicha: hamma sepsislar ichida eng ko'p uchraydi yiringli yallig'lanish xirurgik kasalliklarda.

- travmalarda, agar infeksiya tez tarqalib ketsa
- o'tkir pankreatitda asoratlari asosida
- operatsidan keyingi (umumiy xirurgik sepsis)
- yurak va qon tomirlar operatsiyasida keyin (angiogen)
- qorin bo'shlig'ida bo'ladigan operatsiyalardan keyin (abdominal)

IV. Oqimining o'tkirligi va o'tish muddatining uzunligi:

- yashin tezligida (o'tish muddati 1 sutka ichida)
 - o'ta o'tkir (3sutkagacha)
 - o'tkir sepsis (2-3 xaftagacha)
 - uzoq davom etuvchi (3 xaftadan ko'p)
- a) Yashin tezligida o'tuvchi sepsis- klinik belgilari juda tez, bir necha soatlarda.
- b) O'ta o'tkir shaklida bir necha kun talab qilinadi.
- v) O'tkir shaklida bir necha hafta sekinlik bilan o'tadi.
- g) surunkali sepsis- sekin o'tadi, kam o'zgarishlar kuzatiladi, bir necha oy davom etadi.

Retsidivlangan sepsis- qaytalanish davrlari klinik belgilari aniq yuzaga chiqadi, remissiya davrida klinik belgilari yo'qoladi.

O'zaro kelishilgan konferensiyaning qabul qilingan xulosasi bilan aniq yuklama ma'nosiz bo'lgan. "Septitsemiya" "septik-sindrom" va "refraktor septik shok" terminlarni ishlatish tavsiya qilinmaydi.

A'zolar yetishmovchiligini diagnostikasini kelishilgan kriteriyalari bo'yicha o'tkaziladi. Yengil xisoblangan SOFA (Sepsis oriented failure assessment) bu baholash tizimi sepsis paytida SOFA J.L.Vincent tomonidan 1996-yilda tashkil qilingan.

FiO₂- kislород fraksiyasi (gaz aralashmasi). Simptomimetiklar ishlatiladi.

Alohida yalliglanish o'chog'i, sepsis, og'ir sepsis va ko'p a'zolar yetishmovchiligi -bular bitta zanjirning birgaligi bo'lib organizmga mikroorganizmlarning tasirlanishuvi va shuning oqibatida organizmning javob reaksiyasidir.

Tizimli yalliglanishga javob reaksiyasi sindromiga olib keladigan asosiy faktor bu infeksiyalar va sepsisning rivojlanishidir. Shuning uchun bu xolatni sxematik holda tasvirlasak: infeksiya, bakteremiya, virusemiya sepsis har xil jarohatlar—kuyish kasalligi, pankreatitlar va boshka yalliglanishlar bilan o'tadigan kasalliklarda og'ir tizimli yalliglanishga javob beruvchi reaksiya sindromidir.

Sepsisning patogenezi: Sepsis iborasi hozirgi zamonaviy tushunchaga yaqin bo'lib, bundan 2000 yil oldin Gippokrat tomonidan berilgan. Bu iboraning tagida to'qimalarda patologik yemirilishi bo'lib chirishga, kasallikka va o'limga olib kelgan.

Mikroorganizmlarning ochilishigacha ulug' rus xirurgi N.I. Pirogov organizmdagi kasallikka olib keluvchi moddaning paydo bo'lishi va bemor organizmi orasidagi o'zaro bog'liqlik borligini aytgan.

Xirurgik infeksiyaning muammolarini ochishda Lui Pasterning o'rnini kattadir. Ana shundan keyin sepsis muommasi makro va mikroorganizmlar orasidagi o'zaro bog'liqlik muommalariga aylandi.

Keyingi 100 yil ichida xirurgik sepsisning patogenizini mikroorganizmning patogenlik va virulentligi xususiyatlari bilan bog'ladi. Ana shu davrda mikrobiologiya fani rivojlandi va uning erishgan yutuqlari asosida Gans Shotmyuller tomonidan birinchilardan bo'lib sepsisning patogenezida bakteremiya teoriyasi berildi.

Bu kishining fikricha qon aylanish tizimiga patogen mikroorganizmlarning sirkulyasiyasi natijasida sepsisning kelib chiqishida asosiy sabab deb hisoblandi. Shuning uchun ham bakteriyalarni aniqlashning bu patologik holatning diagnostikasida

muhim rol o'ynaydi. Fleming tomonidan 1928-yilda penitsillinning ixtirosi va 1940 - yilda uning ishlab chiqarilishi ayni o'sha eraning davomi hisoblanadi. Antibiotikning ochilishi bu muomma bo'yicha vrachlarning g'alabasi deb tan olindi. Vaholanki mikroorganizmlarning rezistentligi va ularning o'zgaruvchanligi har xil shatmlarning paydo bo'lishi antibiotiklarning yangi xillarini ishlab chiqarishga majbur qildilar. Antibiotiklar erasining boshlanishi XX asrning 40 - 50 yillari desak bo'ladi. Rus patomorfologi I.V. Dovidovskiy sepsisning patogenezida mikroorganizmlarning (rezistentligi) reaktivligi muhim ahamiyatga ega degan muloxazani olg'a surdi. Bu fikrlar vrachlarni ratsional davolashga undaydi, yani bir tomondan yiringli holatni chaqiruvchilarni eradikatsiya qilish va ikkinchi tomondan a'zolar va tizimdagi makroorganizmlardagi o'zgarishlarni korreksiya qilishga undaydi. Shuni aytish kerakki sepsisni davolashda yangi etapning joriy bo'lishi bu o'zgarishlarning korreksiya qilishga undaydi. Shuni aytish kerakki sepsisni davolashdagi etapning joriy etilishi bu sitokinlarning kashf qilinishidir. 1970-1980 yillarda yallig'lanish holatning paydo bo'lishida sitokinlarning sababchi ekanligining ochilishi sepsisning patogenezida yangi qarashlar paydo bo'lishiga olib keldi 1991- yilda Amerikada pulmanologlar kolledjlari o'zaro kelishuv konferensiyasi va kritik meditsina mutaxassislari jamiyati tomonidan taklif qilingan (R. Bone ham mualliflari) termin tushunchalari, sepsisning patogenezi, diagnostikasi va davolashda yangi zamonaviy etap boshlanganligini keltirish zarur. Bu konferensiyada yangi termin va tushunchalar paydo bo'ldi va ular kilinik belgilardan kelib chiqqan holda tushuntirildi.

Yallig'lanish reaksiyasi.Sepsis uchun birlamchi belgilarning sababi bu yallig'lanish holatining birlamchi o'chog'idan o'tishi hisoblanadi. Yallig'lanish holatining to'qimalarda lokal xarakterga ega bo'lib organizmning mikroorganizmlarga himoya javobi hisoblanadi. Bundan asosiy maqsad jarohatlangan to'qimalardagi mikroorganizmlarning o'z vaqtida bartaraf qilishdir. Yallig'lanish holatining xarakteri xususiyatlari komplementlarining aktivlashuvi, qonning ivishishi yoki qonning ivishishiga qarshi kallikrenin hujayra elementlarining endoteliotsitlar, leykotsitlar, monotsitlar, makrofaglar va mediatorlarning ajralishini (gistamin, ivishish faktorlari, sitokinlar) har qanday yallig'lanishlarda ularning birinchi zvenosi bo'lib, hujayralar ichi agressiyasi natijasida sitokinlar ekskretsiyasi oshadi. Bunday xolatninig rivojlanishida erkin kislorod radikallarining mitoxondriyada

ko'tarilishi natijasida bo'ladi. Bu holatning qanday sababdan rivojlanishi bo'lmasin endoteliya hujayralarini ta'sirleydi va yadroli leykotsitlar, monotsitlar (makrofaglar) ko'payadi.

Klinikada kuzatuvda bo'lgan bemor A. 48 yoshda o'tkazilgan operatsiyalar namoyishi.



106- rasm. Bemor Ya. Chap dumba anaerob flegmona. Sepsis. Flegmona ochilguncha bo'lgan bosqichi.



107- rasm. Bemor Ya. anaerob flegmona ochilib nekrektomiya qilingandan keyingi holat.



108- rasm. Bemor Ya. anaerob flegmona ochilgandan keyin yo`naltiruvchi choklar quyilgan bosqichi.



109- rasm. Bemor A. O`tkir yiringli nekrotik anaerob paraproktit. Fassiit. Oraliq flegmonasi. Sepsis. Flegmonani ochish.



110- rasm. Bemor A. O`tkir anaerob flegmonasi, nekrotik fassiit qorinning old devorigacha tarqalgan holati. Sepsis.



111- rasm. Bemor A. Anaerob flegmona yiringli nekrotik fassiit. Yara ko`krak qafasigacha kengaytirildi, nekrektomiya qilindi (mionekroz). Og`ir sepsis.



112- rasm. Bemor A. Yaraga yo`naltiruvchi choklar qo`yish.



113- rasm. Bemor A. to`liq sog`aygandan keyingi holat.

Ana shulardan keyin xirurgik infeksiyalarning mahalliy yallig'lanish holati deb tushunmoq kerak. Yumshoq to`qimalarning lokal yallig'lanishni davolashda quyidagi masalalarni hal qilish kerak.

1. Yiringli holatni birlamchi o`chog'idan tashqariga tarqalishiga yo`l qo`ymaslik kerak.
2. Chaqiruvchilarni irradikatsiya qilish.

Tizimli yallig'lanish reaksiyasining rivojlanish variantlari

Bu tizimli yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishi lokal yallig'lanishning chegaralanish funksiyasining buzilishi va qon oqimiga yallig'lanish paytida hosil bo'ladigan sitokinlar va mediatorlarning tushishi orqali yuzaga keladi. Klinik belgilari quyidagicha: varaja, leykotsitoz, taxikardiya va taxipnoe. Bunday klinik belgilar giperergik tip rivojlanishga xarakterli. Klinitsistlarga juda yaxshi ma'lum giperergik, gipoergik va anergik rivojlanish tiplari ham mavjud.

Hozirgi zamon sepsis bilimining otasi R. Bone ta'kidlaganidek, "Sepsis - bu og'riqli holat patogenezining yangi gipotezasi" degan edi. Bu aytgan so'zda sepsisning patogenezini to'g'risida aytganligi tushiniladi.

Hozirgi vaqtda ma'lum bo'ldiki, katta miqdorda mediatorlar yallig'lanish holatini stimulyatsiya qiladigan va yallig'lanishga qarshi himoya funksiyasini ham bajaradi.

Klinik oqimiga qarab baholashda 4 xil ko'rinishda o'tishi mumkin.

-Og'ir jarohatlar bilan yiringli va kuyish kasalligida, tizimli yallig'lanish reaksiyasi kuzatilmagan bemorlarda, og'irlik darajasini asosiy kasallikning oqimi va prognozi hal qiladi.

-Sepsis bilan yoki og'ir jarohatlar bo'lganda o'rtacha tizimli yallig'lanish reaksiyasi rivojlanganda, bitta yoki ikkita a'zolar disfuksiyasi yuzaga chiqadi ularni adekvat davolash muolajalari o'tkazilganda tezda ahvoli qayta tiklanadi.

-Tizimli yallig'lanish reaksiyasi tez va og'ir rivojlanadi va bemorlarda tezda sepsis yoki septik shok rivojlanganda o'lim holati ancha yuqori bo'ladi.

-Birlamchi yallig'lanish reaksiyasi juda baland bo'lmasa ham, bir necha kun o'tkandan keyin infeksiyon holat rivojlansa va a'zolar yetishmovchiligi kuzatilsa bu guruh bemorlarda ham o'lim surati baland bo'ladi.

Har qanday amaliyotda ishlaydigan xirurg bunday holatlarni bilishi kerak. Yuqoridagi variantlar amaliyotda ko'p uchraydi. Ana shunday ko'p variantlarni yallig'lanishga qarshi mediatorlar faolligiga bog'liqligini qanday izohlash mumkin.

Bu savolga javob berishda tizimli yallig'lanish reaksiyasining R.Bone taklif qilgan gipotezasi orqali tushunish mumkin.

1. Jarohatga yoki infeksiyaga organizmning lokal javob reaksiyasi.

Birlamchi jarohat organizmda yallig'lanishga qarshi mediatorlarning aktivlashishiga olib keladi. Bu javob reaksiyasining asosiy maqsadi-jarohatning hajmiga, ularning lokal chegaralash va keyinchalik bu holatning yaxshi natija bilan tugallanishiga erishish bilan yakunlashdir. Yaxshi natija deyilganda organizmda yallig'lanishga qarshi kompensator holatning rivojlanishi va yallig'lanishni chegaralashni hosil qilish kerak. Yallig'lanishga qarshi mediatorlar il-4, il-10, il-11, il-13, erituvchi retseptor FNO₂, antagonist il-1 rivojlanadi va ko'payadi.

2. Birlamchi reaksiya tizimi: jarohat hajmi katta bo'lib, ahvoli og'ir bo'lsa yallig'lanishga qarshi mediatorlar ko'payib qon oqimiga tushadi va organizmning himoya kuchini nafaqat holatni chegaralash va umuman tizimga qarshi kurashadi. Bu organizmning normal yallig'lanishga qarshi javobi hisoblanadi. Yallig'lanishlarga qarshi mediatorlardan polimorf yadroli leykotsitlar, T va B limfotsitlar, trombositlar qonni ivituvchi faktorlar qatnashadi. Bu holat yallig'lanish holatining yuzaga chiqishini pasaytiradi. Ana shu paytda bo'lgan azolardagi o'zgarishlar qonga yallig'lanishga qarshi bo'lgan mediatorlarning tushishi tez o'zgaruvchan bo'ladi va tezda normallasadi.

3. Massiv tizimli yallig'lanish. Organizmda yallig'lanishga qarshi reaksiyasining susayishi tizimli reaksiyaning kuchayishiga ya'ni tizimli yallig'lanish reaksiyasining kuchayishiga olib keladi.

Bu patologo-fiziologik holatining rivojlanishida quyidagicha o'zgarishlar bo'ladi.

- Endoteliotsitlar disfunktsiyasi rivojlanib mikrotomirlar o'tkazuvchanligi oshadi
- Trombositlar staz va agregatsiyaga uchraydi va mikrotomirlar oqimini blokada qiladi va ishemiyaga olib keladi
- Qonning ivishish tizimi aktivlashadi.
- Chuqur vazodilatatsiya rivojlanadi, hujayralararo bo'shliqda suyuqlik transsudatsiya bo'ladi. Bu o'z o'rnida qonning aylanishiga ta'sir qilib shokning rivojlanishiga asos bo'ladi va a'zolar yetishmovchiligiga olib keladi.

4. Immunosupressiya holatining ko'tarilishi. Haddan tashqari yallig'lanishga qarshi reaksiyasining oshishi har holda kam uchraydigan

holat emas. Bu holatni adabiyotlarda "anergiya", "gipoergiya" kabi terminlar bilan ishlatiladi. Chet el adabiyotlarida "immunoparalich" "immunodefitsitdagi darcha" ham deyiladi. R.Bone iborasi bilan aytilganda "yallig'lanishga qarshi kompensator reaksiyasi" nomlanishi ongli haqiqatga to'g'ri keladi.

Yallig'lanishga qarshi sitokinlarning ko'payishi nafaqat patologik holatlarining ko'payishiga bog'liq bo'lmay yengil yallig'lanish holatlarida ham bo'lib yaradagi holatlarning tamom bo'lishiga kerakdir.

Immunologik disbalans. Ko'p a'zolar yetishmovchiligini ko'p mualliflar immunologik disbalans sindromi deb ataydilar.

Shunday qilib bu fazada yallig'lanishni avj oldiradigan va yallig'lanishga qarshi mexanizmlarining disbalansi yuzaga chiqadi, ana shu holatni quyidagi 3 vaziyatda kelib chiqishi mumkin.

- Agar jarohat, infeksiya, qon oqishlar qancha kuchli bo'lsa har bir holatning birlashishiga tez o'tadi, bu esa tizimli yallig'lanish reaksiyasiga (TYAR) hamda ko'p a'zolarining yetishmovchiligiga olib keladi.

- Bemorlarning ko'pchiligida og'ir kasalliklar mavjud bo'lib ular shu holatlarning rivojlanishiga tayyordirlar.

- Ko'pchilik holatlarda bemorlarda sitokinlar miqdori baland va ularda sepsis tezroq yuzaga chiqadi.

Shunday qilib sepsisning klinik yuzaga chiqishida uning kechish patogenetik asosida yallig'lanish mediatorlarining va yallig'lanishga qarshi mediatorlarining, yallig'lanishga qarshi kompensator reaksiyasining bir-biriga bo'lgan o'zaro munosabati yotadi.

Bunday ko'p faktorli o'zaro bog'liqlarning klinik shaklini yuzaga chiqaradigan ko'p a'zolar yetishmovchiligi darajasini aniqlashda (Sofa) va kelishilgan shkalalar (Apachi) klinik shaklini prezentatsiya qilish mumkin.

Sepsislarning turiga qarab etiopatogenezing alohida xususiyatlari

1. Postravmatik sepsis - bu turiga har xil yaralar, kuyish jarohatidan keyingi olingan jarohatning hajmiga va jarohatning lokalizatsiyasiga qarab aniqlanadi. Yumshoq to'qimalar jarohatlanganida asosan grammusbat koklar, streptokokklar sababchi ekanligi aniqlangan. Chanoq va chanoq a'zolari jarohatlanganda grammanfiy floralar uchrab ularning oilasiga enterobakteriyalar va

anaerob yallig'lanish chaqiruvchi bakterioidlari, fuzobakterialar va klostridialar kiradi.

2. Katta va chuqur kuyish - bilan bemorlarda rivojlanadigan sepsisda - ko'k yiringli tayoqchalari, chaqiruvchilar bo'lib kuyish kasalliklarining asoratlarini kuchaytiradi va oqimini og'irlashtiradi. Bu tayoqchalar muhim nozokomial infeksiyalari bo'lib hisoblanadi.

3. O'pka sepsisi - bu xil sepsislar rivojlanishi og'ir statsionardan tashqi va ichki destruktiv pnevmoniyadan keyin rivojlanadi, asosiy chaqiruvchilari stafilokokklar bo'lib ko'pincha nozokomial pnevmoniyadan keyin rivojlanadi, ya'ni og'ir bemorlarda kuzatiladi, suniy ventilyasiyada yotgan bemorlarda uchraydi. Chaqiruvchilari stafilokokklar bilan birga anaerob grammanfiy bakteriyalar, fuzobakteriyalar, peptostreptokokklar, zamburug'li infeksiyalar ya'ni kandidalar bo'lib hisoblanadi.

4. Angiogen sepsislar - Sepsisning bu turi asosan reanimatsiya va jadal davolashda magistral venalar kateterlari ayniqsa, Seldinger usulida qo'llaniladigan bemorlarda uchraydi. Shuning uchun kateterlarni tez - tez almashtirib turilishi lozim. Oxirgi yillarda antibiotik singdirilgan maxsus kateter bog'lamlari ishlatiladi. Flebitlar, periflebitlar katetrlarning tasirida rivojlanib sepsis chaqirishi mumkin. Chaqiruvchilari stafilokokklar (*S.epidermites*) grammanfiy floralari va zamburug'lar bo'lib hisoblanadi.

Katetrlash bilan bog'liq sepsisning rivojlanish faktorlari :

- kateterning uzoq turishi
- katetrlash xillari: markaziy venalar, pereferik venalar
- venaseksiya qilinib kateter qo'yishlar
- kateterning bo'yin venalariga qo'yishlar
- polixlorvinil kateterlar
- kateterlar bilan har xil manipulyatsiyalar qilish
- tez - tez kateterlardan foydalanishlar
- kateterlarning kattaligi
- katetrlashda aseptika qoidalarining buzilishi
- parenteral oziqlantirishning qo'llanishlari.

5. Kardiogen sepsisning - bu turi asosan intaksikatsion yoki gemodinamik tizimning buzilishlari bilan bo'lib yurak klapanlarining jarohatlanishi sodir bo'ladi. Bir necha o'n yillar oldin uning chaqiruvchisi streptokokklar hisoblanib, asosan aorta klapanlari jarohatlanadi, septik endokardit deb hisoblanar edi. Hozirgi paytda esa

asosan yurakning uch tabaqali klapani jarohatlanmoqda bu asosan narkomaniyaning ko'payishi bilan bog'lamoqdalar. Asosiy chaqiruvchilarning 39 % tillarang stafilokokklar bilan hamda stafilokoklar (epidermatika) orqali kuzatilmoqda.

6. Abdominal sepsislar - bu termin "abdominal sepsisi" amaliyotga oxirgi 15-20-yillar ichida kiritildi. Bu sepsisning rivojlanishida qorin bo'shlig'ida va qorin pardada uchraydigan destruktiv infeksiyon holatning rivojlanishi bilan bog'liqdir. Vaholanki, abdominal sepsisning rivojlanishida destruktiv yoki infeksiyon holatning rivojlanishi bilan tizimli yallig'lanishning rivojlanishi sindromi hosil bo'lishida qaysi birining roli balandligi to'liq aniqlanmagan. Shuning uchun immunologik testlar: tizimli yallig'lanish reaksiyasi (C reaktiv oqsil) -sonli usullari, prokalsitoninning miqdori va interleykin - 6 ni aniqlash miqdori bilan infeksiyaning rivojlanishini aseptik yallig'lanishi ularni farqlash imkoniyatini beradi.



114-rasm. Bemor M. 52 yoshda. Kindik churrasi flegmonasi, qorinning old devori yiringli nekrotik anaerob flegmonaga o'tishi. Sepsis. Flegmona ochilgandan keyingi holat. Qandli diabet II – tip. O'rta og'ir darajasi.

Qorin bo'shligidagi azolarining alohida fiziologik xususiyatlariga qarab ularning patafiziologik o'zgarishlarini hisobga olganda sepsisning rivojlanishi holatiga (infeksiyon yoki noinfeksiyon) qarab klinik

rivojlanishining maxsus xususiyatlariga ega bo'ladi. Adabiyotlarda keltirilishicha qorin bo'shligidagi ekssudatni mikrobiologik tekshirilganda ko'pchilik bemorlarda shartli patogen gospital mikrofloralarning ko'tarilishi, asosan enterogen kelib chiqishi aniqlangan.

Abdominal sepsisga - assotsiatsiyasi bilan etiologiya sabablariga ko'ra quyidagi mikroblar: esherixiyalar - 30 %, klebsiellalar - 14 %, psevdomonadalar - 13 %, proteylar - 10 %, streptokokklar - 8 %, stafilokokklar - 7%, enterobakteriyalar - 7 %, bakterioidlar - 17 % ni tashkil qiladi. Abdominal sepsis bilan og'ir holatlarda chuqur ichaklar parezi bilan antibakterial davolash o'tkazishlar jarayonida oshqozon ichak tizimida chuqur disbakterioz rivojlanishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i va halqum sohasida mikroblar kontaminatsiyasiga uchrab kekirdak, bronxlar, siydik yo'llarida infeksiyaning tarqalishi ikkita asosiy manbadan yuzaga chiqadi: Birinchidan, oshqozon ichak tizimining yuqori qismidagi patogen mikrofloralar bo'lsa, ikkinchisi gospital mikrofloralar bo'lib bemorni o'rab olgan palatalardagi yoki intensiv terapiya bo'limlaridagi infeksiyalardir.

Abdominal sepsis bilan bakterial intoksikatsiyaning kelib chiqishida albatta endogen intoksikatsiyaning roli katta. Bu holatning rivojlanishida bakteriyalar translokatsiyasi va ularning toksinlari oshqozon ichak tizimidan ichaklardagi va qorin pardaning barer funksiyasining buzilishi bilan qorin bo'shlig'iga o'tib ketishi muhim rol o'ynaydi. Shuning uchun ham hozirgi kunda "bakterial translokatsiyasi" termini kiritilmoqda. Demak, endogen mikrofloralarning hali jarohatlanmagan ichaklar devoridan limfa tugunlari barer funksiyasi pasayganda oshqozon ichak tizimidan qorin bo'shlig'iga o'tib ketishi tushuniladi.

Katta operatsiyalar, har xil shoklar, disbakteriozlar paytida katta hajmda mikroorganizmlarning qorin bo'shlig'iga o'tib ketishini ta'minlaydi.

Ichak devorlarining jarohati bo'lmasdan ichak devoridan qorin bo'shlig'iga o'tadigan endogen infeksiyalarning tarkibi:

grammusbat - yonbosh ichakda $0-10^5$, ingichka ichakda -10^9 , yo'g'on ichakda -10^2 , grammanfiy - yonbosh ichakda -10^3 , ingichka ichakda -10^7 , yo'g'on ichakda -10^{10} , anaeroblar - yonbosh ichakda -10^3 , ingichka ichakda -10^7 , yo'g'on ichakda -10^{12} , klostridial

infeksiyalar - yonbosh ichakda - yo`q, ingichka ichakda- 10^4 , yo`g`on ichakda- 10^{11} .

Shunday qilib davolashda bakteriologik tekshiruvlarni to`g`ri yo`lga qo`yish kerak.

7.Yumshoq to`qimalarning yallig`laninishidagi (sepsis) - bu holatda anaerob (klostridiya va noklostridiyalar) mikroorganizmlar qatnashganda, keyinchalik polimorfli floraning qo`shilishi natijasida septik holat rivojlanadi. Biz amaliyotimizda kuzatilgan bu holatlarni qandli diabet kasalliklarida ko`p uchratdik.

8.Urologik sepsis - Siydik yo`llarining yallig`lanishi hozirgi kunda ko`p tarqalgan kasallik bo`lib hisoblanadi. Bemorlarning 40 % da nozokomial infeksiyalari bo`lib grammanfiy infeksiyalar guruhini tashkil qilmoqda. Urologik infeksiyalarini rivojlanishida asosiy faktorlardan biri - siydik yo`llaridagi yot jism (kateter) larning borligi, siydik yo`llaridagi toshlar, siydik chiqaruv yo`llarning pastki qismi obstruksiyalari, rivojlanishi anomaliyalari hisoblanadi. Ko`pchilik holatlarda quyidagi kasalliklarda: qandli diabet, alkogolizm, har xil jarohatlar, surunkali markaziy asab tizimi kasalliklari, immunosupressiv holatlar va surunkali siydik yo`llarining yallig`lanishi kasalliklari ham urologik sepsisga olib keladilar. Sepsisni chaqiruvchi infeksiya bo`lib E.coli va grammanfiy enterobakteriyalar - klebsella proteuslar, psevdomonaslar hisoblanadilar. Ayrim holatlarda urosepsisni grammusbat infeksiyalar - streptococcus fecalis chaqiradi.

Klinik manzarasi urosepsisda juda xarakterli kechadi. Bemorlar holsizlik sezadi, harorati noto`g`ri gektik ko`rinishda bo`ladi. Tana harorati 39 - 40 °C ko`tarilib kuchli terlash bilan o`tadi. Yengil kamqonlik bo`lishi mumkin, siydigi loyqa leykotsitlar soni oshadi. Siydik ekilganda mikroblar soni $10^4 - 10^6$ k/ml teng bo`ladi.

Klinik belgilari. Klinik manzarasi xirurgik sepsisning qaysi a`zolarining jarohatlanganligiga qarab maxsus klinik belgilar rivojlanadi.

O`pka sepsis - Mikroblarning xarakteriga qarab, jarohatlangan a`zoning holatiga qarab – erta rivojlanadigan nafas yetishmovchiligi, har xil qo`shimcha patologik belgilar rivojlanadi.

Kardial sepsis - Septik endokarditning rivojlanishi bilan yuzaga chiqadi – varaja, taxikardiya, taxipnoe, leykotsitozning chapga siljishi reaksiyasi bilan, intoksikatsiya belgilari paydo bo`ladi. Septik

endokarditda asosan uch qopqoqli klapani jarohatlanadi va pnevmoniya tashxisi bilan statsionarlarga tushadilar.

Ana shu pnevmoniya asosida endokardit tashxisi aniqlanadi. Yumshoq to'qimalarning yallig'lanishdagi sepsisning klinik manzarasiga o'xshash klinik manzarasining rivojlanishda klostridial va noklostridial anaerob infeksiyalarning shakliga bog'liq bo'ladi. Klostridial infeksiya ko'proq bo'lganda bemorlarda erta dezorientatsiya, eyforiya, rivojlanuvchi jigar etishmovchiligi va tomirlar ichi disseminatsiyalashgan qon ivishishi yuzaga chiqadi. Nafas olish tizimida yetishmovchilik birlamchi bo'lib rivojlanmaydi. Noklostridial infeksiyalar ko'pchilikni tashkil qilsa ham intoksikatsion holat kam bo'ladi. Vaholanki nafas olish yetishmovchiligi sindromi tez rivojlanib juda og'ir o'tadi.

Diagnostikasi. Sepsis diagnozi ko'pchilik holatlarda kam qo'yiladi yoki juda kech aniqlanadi. Sepsis bilan shug'ullanayotgan olimlar tahriri bilan aytganda sepsisni patofiziologik asoslash va maxsus o'ziga xos kriteriyalari yo'q. Hozirgi kunda tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi kriteriyalarini ro'yxatga olish masalasi juda dolzarb masala hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limida yotgan bemorlarning 18 % da sepsisga xos belgilari topilmagan. Vaholanki ularda bir haftadan keyin sepsisning klinik belgilari paydo bo'la boshlagan. Shuning uchun ham sepsis xolatining polimorfizm va geterogen xususiyatiga ega ekanligini ko'rsatadi va ikkinchi tomondan diagnostikasida aniq kriteriyalar yo'q. Shuning uchun ham xirurgik sepsislarning alohida o'ziga xos klinik manzarasi, infeksiyaning o'chog'i, xolatining lokalizatsiyasiga va mikroflorasining vegetatsiyasiga bog'liq. Diagnostik tadbirlarni o'tkazishda albatda infeksiya o'chog'ini verifikatsiya qilish hamda tizimli yallig'lanish reaksiyasining musbat kriteriyalari borligini aniqlashgan. Shuni ta'kidlash zarurki bakteremiya sepsisning obligant mono belgisi bo'lib hisoblanadi. Shunday qilib infeksiyon xolatning borligida 2, 3 yoki 4 ta klinik belgilari bilan tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi aniqlansa kasallik tarixiga sepsis tashxisi qo'yilishi kerak.

Bemor ahvolini baholash: Sepsis rivojlangan paytda a'zolar va tizimlarda bo'ladigan o'zgarishlarning og'irligini ball hisobida aniqlash qabul qilingan. Hozirgi kunda eng qulay va keng tarqalgan shkalalardan

SOFA (Sepsis oriented faylura assessment) hisoblanadi. Sofa shkalasi Evropa intensiv terapiyasi jamiyati tomonidan J.L. Vinsent raxbarligida ishlab chiqarilgan. Hozirgi paytda Evropa mamlakatlari tomonidan chop qilinayotgan maqollarda ko'proq So'fa shkalasi qo'llaniladi.

9-jadval

A'zolar disfunktsiyasi kriteriyalari (yetishmovchiliklar va bemorlar umumiy ahvolining og'irligi)

Tizim. A'zolar	Klinik-laborator kriteriyalari
Yurak qon tomirlar tizimi	Sistolik AQB ≤ 90 mm.sim.ust. o'rtacha AQB ≤ 70 mm.sim.ust
Siydik chiqaruv tizimi	Siydik ajratishi < 0.5 ml/kg/soat. 1 soat ichida adekvat volemik to'ldirilganda yoki kreatinin 2marta normadan baland.
Nafas olish tizimi	Respirator indeksi $PaO_2/FiC_2 \leq 250$ yoki rentgenogrammada bilateral infiltrat borligi yoki o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi zarurligi (O'SV)
Jigar	Bilirubin miqdorining ko'tarilishi 20 mmol/l dan 2 kun mobaynida yoki transaminazaning 2 marta va undan baland ko'tarilishi
Qon ivish tizimi	Trombositlar soni < 100000 mm ³ yoki 50% ga tushishi (normadan 3 kun mobaynida)
Metabolik disfunktsiya	Ph ≤ 7.3 Asoslar defisiti ≥ 5.0 mEkv/l plazma laktati 1.5 marta normadan baland
Markaziy asab tizimi	Glazgo shkalasi bo'yicha 15 balldan past

A'zolar tizimi yetishmovchiligi sonini aniqlashda noi ko'rsatkichi SOFA bo'yicha a'zolar disfunktsiyasi yo'q.

Sepsisning rivojlanishida gomeostazning o'zgarishida bemorlarning yoshiga ham bog'liq, chunki ularda surunkali patologiyalari bo'lib ularning umumiy ahvoliga ta'sir qiladi va ularni baholashda APACHI II yoki SAPS II shkalasida aniqlanadi.

Infeksion holatning borligini quyidagi belgilar bilan aniqlash mumkin.

1. Oganizmdagi suyuqliklarda leykositlarning topilishi, normada steril holatda qoladi.

2. Yiringli balg'am bilan rentgenografiya qilinganda pnevmoniya belgilarining borligi.

3. Boshqa klinik sindromlar asosida infeksiya holatining borligi ehtimolini aniqlash.

Shunday qilib og'ir sepsis diagnostikasida infeksiion holatni aniqlash kerak (buni tasdiqlashda bakteriyalarning yuzaga chiqishi) tizimli yallig'lanish reaksiyasi 3 yoki undan ko'proq belgilash va SOFA shkalasida bir ball bo'lishi kerak.

Septik shokning asosiy diagnostik belgilaridan arterial gipotenziya (arterial qon bosimining 70 mm sim. ustunidan pastligi) hisoblanadi. Arterial gipotenziya boshqa a'zolarining faoliyatiga tasir qiladi:(markaziy asab tizimi), buyraklar (oligouriya, giperkreatinemiya), jigar (qondagi transamilaza fermentining faoliyati aktivlashadi va miqdori ortadi, giperbilirubinemiya), oshqozon-ichak tizimiga (ichaklar parezi).

Instrumentlar bilan o'zgargan qon aylanishi kriteriyalarini aniqlash

- Aralash venoz qonida kislorod bilan to'yinganligini aniqlash.

CO₂ ni aniqlashda o'pka arteriyasini kateterlash kerak. CO₂ ning balandligi yurakning qon haydash xususiyati, kislorodning ta'minoti, gemogen konsentratsiyasi, arterial qonning kislorod bilan to'yinganligi bilan bog'liq. CO₂ ning pasayishi yurakning qonni haydash faoliyatining buzilishini ko'rsatadi. Bu ko'rsatgich klinik sepsis belgilaridan bo'lib, kislorod yetishmovchiligini buzilishi belgilaridan yuzaga chiqadi.

Laktat konsentratsiyasini aniqlash.

- Giperlaktatemiya sut kislotasining konsentratsiyasi >2 mikro mol/l anaerob hujayra metobolizmining gipoperfuziya natijasida kuchayishini ko'rsatadi.

Sut kislotasining o'pka to'qimalaridagi ko'tarilishi bu o'pkaning o'tkir jarohatlarining borligidan darak beradi, ya'ni o'tkir distress sindromi rivojlanadi. Vaholanki giperlaktatemiya - sepsis va septik shokning og'irligi va prognozida ahamiyatli kriteriyalardan hisoblanadi. Xususan, bu ko'rsatgich boshqa kislorodning transport qilinishini aniqlashda muhim prognostik ahamiyatga ega.

- medaning shilliq pardasida tonometrik pH ni aniqlash va PCO_2 quyosh chigalidagi oksigenatsiyani o'rganishda muhim hisoblanadi. Qon aylanishi patogenezining gepatosplanxlik basseynida buzilishi sepsisning patogenezida va ichak yetishmovchiligi sindromini aniqlashda muhimdir.

- Sepsisda me'daning shilliq va seroz mushak qavatlarida qon aylanishining ta'minlanishi buzuladi. Shilliq pardasida gipooksigenatsiya bo'ladi.

- Oshqozon-ichak tizimi kislorod bilan ta'minlanishining pasayishiga juda ham sezgir hisoblanadi.

- Ovqat hazm qilish traktidagi vorsinkalar gipoperfuziya va gipoksiyaga juda tez ta'sirlanadi.

- Quyosh chigalidagi gipoperfuziya holati sepsis paytida arteriolalarda konstriktsiyaga olib keladi va vorsinkalarning qon bilan ta'minlanishi buziladi.

- Ovqat hazm qilish tizimidagi ishemiya holati enterotsitlarni jarohatlaydi va ichaklarning o'tkazuvchanligining oshishiga, bakteriyalarning lokalizatsiyasi va toksinlarning ko'payishiga olib keladi. Bu holat esa septik ta'sir qiladi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi kelib chiqadi.

Umuman aytganda qon aylanishining va oksigenatsiyasini kompleks aniqlash, sepsis paytida o'rtacha qon bosim, siydik ajratish hajmi, terining holati, markaziy asab tizimi funksiyasi, es-hush holati darajasi va qondagi laktat miqdorini aniqlash muhim hisoblanadi.

Kardiogen sepsis – infeksiyali endokarditni aniqlashda 4 ta kriteriyalari mavjud.

1. Klinik kriteriyalari:

- Katta kriteriyalari: baland varaja tutishi, titrash bilan yangi shovqinlar paydo bo'ladi.

- O'rtacha shovqin dinamikasini aniqlash, nevrologik belgilar, emboliya, splenomegaliya.

- Kichik kriteriyalar: ko'zning muguz pardalarida - gemorragiya, petexiya, muguz pardada dog'.

2. Mikrobiologik kichik kriteriyalar: qonda sepsis chaqiruvchi mikroblar, yurak ichida abscesslar, gistologik tekshirishda embol aniqlanadi.

3. Asboblarni yordamida aniqlanadigan: exokardiografiya qilinganida ko'rinadi.

4. Morfologik tekshirishlar yurak klapanlariga yallig'lanish infiltrat va to'qimalar nekrozi, mikroblar kaloniyasi aniqlanishi mumkin. Infeksiyalangan endokardit diagnozi to'la hamma kriteriyalari aniqlanganidan keyin qo'yiladi.

Sepsisni davolashdagi umumiy prinsip qoidalari.

Ma'lumki yaralarda yuzaga chiqadigan holatlar yallig'lanishning holatini kuchaytiradigan va yaradagi yiringlash holatiga qarshi tizimlar mahalliy va umumiy tizimli holda paydo bo'ladi. Mahalliy yallig'lanishlarda agar bemorda holatni chegaralaydigan, kompensator kuchi yaxshi foyda bermasa, yiringlash mediatorlarining tomirlarga so'rilishi organizmda tizimli yallig'lanish reaksiyasi vujudga keladi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi rivojlanadi. Shunday qilib yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishiga va yallig'lanish asoratlariga sabab bo'ladi. Infeksion o'choqning hajmi, mikroflorasining turi, uning patogen virulentligi va bemorlardagi gipermorbid foni faktorlari organizmda holatning keng tarqalishiga, yiringlashga javob reaksiyasiga, nihoyat tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi rivojlanishi bilan septik shokkacha bo'lgan asoratiga olib keladi. Ana shunday holatda xirurgik taktikani to'g'ri tanlash va uni o'z vaqtida qo'llash muhim hisoblanadi. Noto'g'ri xirurgik taktika va ko'rsatmasiz xirurgik operatsiya hajmining kattaligini faqat qo'shimcha jarohatlashga, xatto bemor ahvolini og'irlashtiradi. Shuning uchun ham tizimli yallig'lanish sindromi va ko'p a'zolar yetishmovchiligida xirurgik taktika ikkita muhim vazifani xal qilishi kerak:

- a) birinchidan yallig'lanish reaksiyasini aktiv profilaktika qilish;
- b) ikkinchidan tizimli yallig'lanish sindrominining septik shok davrida ham kompleks davolash usullarini qo'llashdir.

Xirurgik davolash usullari. Ma'lumki operatsiyadan keyingi yara tasodifan olingan yaralardan farqi shuki, yiringli holatda nekrotik to'qimalarning borligi va yaraning mikroblari ifloslanishidir. Yaralardagi oxirgi ikkita faktor va qon ketishlar, anatomik chuqur o'zgarishlar, posttravmatik yallig'lanishga javob reaksiyasining yuzaga chiqishiga sababchi bo'ladilar. Shu sabablardan kelib chiqqan holda birlamchi xirurgik ishlov berish paytida yiringlardan tozalash, nekrotik to'qimalarni olish va yarani mikroblari infeksiyalardan ximoya qilish kerak. Operatsiyadan keyin yara sohasida kuchli bo'lmagan og'riq, subfebril harorat, birinchi sutkalar davomida uncha bezovtalanishga hojat yo'q hisoblanadi. Bordini operatsiyadan keyingi sohada kuchli og'riq bo'lsa, tana harorati baland bo'lsa, ko'p a'zolar yetishmovchiligi

belgilari yuzaga chiqsa, albatta yara sohasini qayta taftish qilish, infeksiya o'chog'ini topish zarurdir. Agar operatsiyadan keyin bemorda bir necha kun og'riq bo'lsa, subfebril tana harorati, taxikardiya, yara qirralarida shish paydo bo'lsa, qon aylanishida yengil leykotsitoz bo'lganda ham kuzatish mumkin. Bunday holatda har 3 soatda tana haroratini aniqlash, qon va siydik, qonning bioximiyaviy taxlilarini o'tkazib, jigar, buyrak, o'pka faoliyatlarini, qonning ivish xususiyatlarini aniqlab turish lozim. Albatta UTT o'tkazish, bordi-yu yuqoridagi diagnostik usullar o'choqni aniqlashga yordam bermasa, yara atrofini punksiya usuli bilan asosiy o'choqni aniqlash mumkin.

Agar tizimli yallig'lanish reaksiyasi belgilari boshlansa zamonaviy diagnostik usullar UTT, KT, MSKT qilinishi kerak. Operatsiyadan keyingi 3-4 kunda yaxshi effekt bermasligi mumkin. Bunday hollarda diagnostika klinik belgilarga va kichik laboratoriya usullariga asoslanadi. Qorin bo'shlig'ida operatsiya o'tkazilgan bemorlarda shu holat bo'lganda albatta ancha og'ir muammolar tug'diradi. Tizimli yallig'lanish sindromi boshlanganda har 3 soatda tana haroratini aniqlash, umumiy qon analizi, bakteriologik tekshiruvlar (qon, siydikni, balg'amni ekish) qilinishi shart.

Relaparatomiya qilishdan voz kechish uchun juda muhim faktlar bilan tasdiqlash zarur. Qo'shimcha belgilarni ya'ni qorin bo'shlig'ida yiringli holatning borligini tasdiqlash uchun yallig'lanish reaksiyasiga xos mayda belgilarni topish kerak.



A



B

115-rasm. Bemor R. 54 yosh. Bel sohasi inyeksiyadan keyingi yiringli nekrotik flegmonasi. Sepsis. Qandli diabet II - tip.

A) Bel sohasi inyeksiyadan keyingi yiringli nekrotik flegmonasi ochish va nekrektomiyadan keyingi holat.

B) Bemorni sog'aygandan keyingi holati.

4. Morfologik tekshirishlar yurak klapanlariga yallig'lanish infiltrat va to'qimalar nekrozi, mikroblar kaloniyasi aniqlanishi mumkin.

Infeksiyalangan endokardit diagnozi to'la hamma kriteriyalari aniqlanganidan keyin qo'yiladi.

Sepsisni davolashdagi umumiy prinsip qoidalari.

Ma'lumki yaralarda yuzaga chiqadigan holatlar yallig'lanishning holatini kuchaytiradigan va yaradagi yiringlash holatiga qarshi tizimlar mahalliy va umumiy tizimli holda paydo bo'ladi. Mahalliy yallig'lanishlarda agar bemorda holatni chegaralaydigan, kompensator kuchi yaxshi foyda bermasa, yiringlash mediatorlarining tomirlarga so'rilishi organizmda tizimli yallig'lanish reaksiyasi vujudga keladi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi rivojlanadi. Shunday qilib yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishiga va yallig'lanish asoratlariga sabab bo'ladi. Infeksion o'choqning hajmi, mikroflorasining turi, uning patogen virulentligi va bemorlardagi gipermorbid foni faktorlari organizmda holatning keng tarqalishiga, yiringlashga javob reaksiyasiga, nihoyat tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi rivojlanishi bilan septik shokkacha bo'lgan asoratiga olib keladi. Ana shunday holatda xirurgik taktikani to'g'ri tanlash va uni o'z vaqtida qo'llash muhim hisoblanadi. Noto'g'ri xirurgik taktika va ko'rsatmasiz xirurgik operatsiya hajmining kattaligini faqat qo'shimcha jarohatlashga, xatto bemor ahvolini og'irlashtiradi. Shuning uchun ham tizimli yallig'lanish sindromi va ko'p a'zolar yetishmovchiligida xirurgik taktika ikkita muhim vazifani xal qilishi kerak:

- a) birinchidan yallig'lanish reaksiyasini aktiv profilaktika qilish;
- b) ikkinchidan tizimli yallig'lanish sindromining septik shok davrida ham kompleks davolash usullarini qo'llashdir.

Xirurgik davolash usullari. Ma'lumki operatsiyadan keyingi yara tasodifan olingan yaralardan farqi shuki, yiringli holatda nekrotik to'qimalarning borligi va yaraning mikroblari ifloslanishidir. Yaralardagi oxirgi ikkita faktor va qon ketishlar, anatomik chuqur o'zgarishlar, posttravmatik yallig'lanishga javob reaksiyasining yuzaga chiqishiga sababchi bo'ladilar. Shu sabablardan kelib chiqqan holda birlamchi xirurgik ishlov berish paytida yiringlardan tozalash, nekrotik to'qimalarni olish va yarani mikroblari infeksiyalardan ximoya qilish kerak. Operatsiyadan keyin yara sohasida kuchli bo'lmagan og'riq, subfebril harorat, birinchi sutkalar davomida uncha bezovtalanishga hojat yo'q hisoblanadi. Bordini operatsiyadan keyingi sohada kuchli og'riq bo'lsa, tana harorati baland bo'lsa, ko'p a'zolar yetishmovchiligi

belgilari yuzaga chiqsa, albatta yara sohasini qayta taftish qilish, infeksiya o'chog'ini topish zarurdir. Agar operatsiyadan keyin bemorda bir necha kun og'riq bo'lsa, subfebril tana harorati, taxikardiya, yara qirralarida shish paydo bo'lsa, qon aylanishida yengil leykotsitoz bo'lganda ham kuzatish mumkin. Bunday holatda har 3 soatda tana haroratini aniqlash, qon va siydik, qonning bioximiyaviy taxllarini o'tkazib, jigar, buyrak, o'pka faoliyatlarini, qonning ivish xususiyatlarini aniqlab turish lozim. Albatta UTT o'tkazish, bordi-yu yuqoridagi diagnostik usullar o'choqni aniqlashga yordam bermasa, yara atrofini punksiya usuli bilan asosiy o'choqni aniqlash mumkin.

Agar tizimli yallig'lanish reaksiyasi belgilari boshlansa zamonaviy diagnostik usullar UTT, KT, MSKT qilinishi kerak. Operatsiyadan keyingi 3-4 kunda yaxshi effekt bermasligi mumkin. Bunday hollarda diagnostika klinik belgilarga va kichik laboratoriya usullariga asoslanadi. Qorin bo'shlig'ida operatsiya o'tkazilgan bemorlarda shu holat bo'lganda albatta ancha og'ir muammolar tug'diradi. Tizimli yallig'lanish sindromi boshlanganda har 3 soatda tana haroratini aniqlash, umumiy qon analizi, bakteriologik tekshiruvlar (qon, siydikni, balg'amni ekish) qilinishi shart.

Relaparatomiya qilishdan voz kechish uchun juda muhim faktlar bilan tasdiqlash zarur. Qo'shimcha belgilarni ya'ni qorin bo'shlig'ida yiringli holatning borligini tasdiqlash uchun yallig'lanish reaksiyasiga xos mayda belgilarni topish kerak.



A



B

115-rasm. Bemor R. 54 yosh. Bel sohasi inyeksiyadan keyingi yiringli nekrotik flegmonasi. Sepsis. Qandli diabet II - tip.

A) Bel sohasi inyeksiyadan keyingi yiringli nekrotik flegmonasi ochish va nekrektomiyadan keyingi holat.

B) Bemorni sog'aygandan keyingi holati.

Tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromiga olib keladigan belgilar quyidagicha:

1. **Ichaklarning parez holati:** 4 sutka ichida ichaklar parez holati saqlansa qorin bo'shligida yallig'lanish bor.

2. **Giperglikemiya** insulin terapiya muhim bo'lib, giperglikemiyaning saqlanishi sepsisning eng asosiy faktorlaridan bo'lib hisoblanadi. Agar qandli diabet yashirin holda o'tsa, operatsiyadan keyingi giperglikemiyaning sodir bo'lishi sepsisning asosiy belgilaridan hisoblanadi.

3. **Anaerob grammanfiy bakteremiya.** Bac.fragilis ning bakteriologik ekishda topilishi bu anaerob flora o'chog'ining borligidir va abscess hosil bo'lishiga asosiy sababdir.

4. **Arterial gipoksiya.** Bemorlarda surunkali o'pka patologiyasi - pnevmoniya bo'lmasa, bu holatni ko'p a'zolar yetishmovchiligining rivojlanishi deb tushunmoq kerak.

5. **Bilirubinemiya.** Bilirubinemiya progressiv holda ko'tarilishi operatsiyadan keyingi peritonit bilan bemorlarda ko'p a'zolarning yetishmovchiligining rivojlanishidir.

6. **Yurakning patologiyasi** bilan bemorlarda bu holat kuzatilsa, yurak qon haydash faoliyatining ko'tarilishi yuzaga chiqadi, natijada yurak qorinchasining o'tkir taxiaritmiyasi bo'lib, tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromining boshlanganligidan darak beradi. Buning asosiy sababi qorin bo'shlig'ini to'liq sanatsiya qilinmaganligidir.

7. **Poliuriya.** sababli buyraklarda kortikomedulyar qon bilan ta'minlanishida o'zgarishlar bo'ladi va buyraklarning konsentratsion funksiyasi pasayadi. Buning asosiy sababi qorin bo'shlig'i yaxshi sanatsiya qilinmaganligi va adekvat drenajlanmaganligidir. Bu holat tizimda yallig'lanish reaksiyasi sindromi va bu holat buyrak reabsorbsiyasini kamayishiga olib keladi.

8. **Meningial buzulishlar.** bu holat keksa bemorlarda kuzatiladi va bosh miyada gipoksiya sodir bo'ladi va bemor ko'karadi.

9. **Teri osti eventratsiyasi.** operatsiyadan keyingi yaraning yiringlashi nekrotik fassit va ichaklararo abscessning bartaraf qilinmaganligi.

Amaliyotda shunday holatlar uchraydiki, xirurg batamom jarohat o'chog'ini bartaraf qilganiga to'la ishonch hosil qila olmaydi. Bunday holatlar qorinning o'q otar quollar bilan yaralanganida sodir bo'ladi.

Shunday holatlarda operatsiyadan keyingi 2-3 kunlari rejalashtirilgan relaparotomiya qilinadi va peritonitning rivojlanishini kutib turish shart emas.

Hozirgi vaqtda og'ir peritonitlar bilan bemorlarni qayta relaparotomiya qilish eng maqsadli usul hisoblanadi. Bu borada xirurglar orasida diskussiyalar bo'ldiki, relaparotomiyani "rejali" yoki "ko'rsatma" bo'yicha variantlari taklif qilindi. Albatta sanatsion relaparotomiyalar ko'rsatma asosida qilish variantini biz ma'qul deb hisoblaymiz. Bemorlar ahvoriga kompleks baho beriladi, og'ir ahvoldagilar dinamik tekshiriladi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi aniqlanadi. Ana shu kriteriyalarga asoslanib etapli sanatsion relaparotomiya qilinadi.

Antibiotiklar bilan davolash.

Sepsisni antibiotiklar bilan davolash ko'p adabiyotlarda yoritilgan. Oxirgi 20-25 yil ichida katta o'zgarishlar kiritildi. O'zaro kelishuv konferensiyalarning xulosaviy xujjatlarining klinik amaliyotga kiritilishi bilan tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromlarini (sepsis, og'ir sepsis, septik shok) davolashda mutloq yangiliklar paydo bo'ldi. Davolashda yangicha yondashuvlar antibiotiklarni differensial holda ishlatish sxemasi berildi. Ilmiy izlanuvchilar yallig'lanishlar reaksiyasining shakli va fazasiga qarab (SIRS - tizimli yallig'lanish reaksiyasi) sepsis, og'ir sepsis, septik shok antibiotiklarni qo'llashning umumiy qoidalari ishlab chiqildi va ularning effektiv xususiyatlari o'rganildi.

Quyida keltirilgan kasalliklarda tizimli yallig'lanish reaksiyasining klinik belgilarining rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

- O'tkir pankreatit
- Spinal jarohatlari
- Qonoqishlar
- O'pka emboliyasi
- Diabetik ketoatsidozlar
- Miokard infarkti
- Tizimli vaskulitlar
- Tizimli qizil volchanka
- Massiv aspiratsiya

Tizimli reaksiyasi sababini aniqlash uchun keltirilgan diagnostika tadbirlar to'la o'tkaziladi (qon tahlillari), instrumentlar bilan tekshiruvlar (rentgen, UZI) qilinib, asosiy tashxis qo'yiladi. Oxirgi yillarda qon

zardobida prokalsitonin miqdori aniqlanmoqda. Agar tizimli yallig'lanish reaksiyasi diagnozi qo'yilsa va sepsis aniqlansa kelishilgan konferensiyaning chiqargan tashxisi bo'yicha albatta antibiotiklar bilan davolash o'tkazilishi kerak. Antibiotiklar bilan davolashda qanday ko'rsatmalarga asoslanish kerak. Agar sepsis diagnozi tizimli infeksiyon holatning boshlanishi belgilari kuzatilsa antibiotiklarni empirik holatta qo'llash va albatta infeksiyon holatni chaquvchilarni verifikatsiya qilish zarur.

A'zolar yetishmovchiligi (2 ball va undan yuqori holatda SOFA bo'yicha bo'lsa) unda og'ir sepsis diagnozi qo'yiladi va antibiotiklar maxsus tanlab, dezintoksikatsion terapiya qilinadi.

Agar ko'p a'zolar yetishmovchiligi kuzatilganda har bir a'zoga ta'sir qiluvchi antibiotiklarni tanlash zarur, chunki bakteriyalar yemirilganda har xil toksinlar hosil bo'ladi. Masalan, grammanfiy mikroorganizmlar lipopolisaxaridlar (endotoksin) va Teyxol kislotasini grammusbat mikroorganizmlar ajratadi. Bunday toksinlar mikroorganizmlarning yemirilishidan yoki lizis bo'lishida yuzaga chiqib, ko'p a'zolar disfunksiyasiga olib keladi. Antibiotiklarni tanlashda eng kam endotoksin ajratadigan antibiotiklarni tanlash zarur. Hozirgi paytda bu talablarga javob beradigan karbapinemlar (imipinem)dir.

- **SIRS (sistemic inflammatori respons sindromi)** - yallig'lanishiga sistemali javob reaksiya deb nomlanadi.

Shunday qilib qanchalik kasallik og'ir va qanchalik infeksiyaning yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishi kuzatilganda (SIRS-tizimli yallig'lanish reaksiyasi) sepsis, og'ir sepsis, septik shok eng yuqori effekt beradigan va xavfsiz antibiotiklar ishlatilishi zarur. Davolanishni boshlanishida antibiotiklar empirik holatda tavsiya qilinadi. Mikrobiologik tekshiruvlar (grammanfiy, grammusbat, surtma olinadi va gramm usulida bo'yash) har xil biologik suyuqliklardan va drenajlardan chiqadigan suyuqliklardan olish kerak) bu tekshiruvlarni antibakterial terapiya boshlanishidan oldin olish kerak.

Teri va yumshoq to'qimaning yallig'langanida bo'ladigan sepsis

Teri va yumshoq to'qimalarning yallig'lanishi sathiga qarab (terini tashqi yuzasi, teri osti qavati va mushaklar) har xil mikroorganizmlar

qatnashadi va eng ko'p uchraydi. Stafilokokklar va noklostridial anaeroblar (bakteriodlar, penta streptokokklar) ham tashkil qiladi.

Teri va teri osti yog' qatlamini lokal yallig'lanishida (furunkul, karbyonkul, gidroadenitlarda) eng ko'p birinchi yallig'lanish holatini chaqiruvchilar stafilokokklar hisoblanadi.

Davolashni tashkil qilishda teri va teri osti yumshoq to'qimalarning yiringli yallig'lanish kasalligi boshqa kasalliklarning asorati bo'lib masalan onkologik va surunkali kasalliklarni tashkil qiladi. Agar infeksiya sababi surunkali patogen omillar bo'lishi sababli (oyoqlarda, oraliq sohasida, dumbalarda, bo'g'imlarda) asosan grammanfiy tayoqchalari batsillalardan, enterobakteriyalar fonida yuzaga chiqadi. Bu holat albatta antibakterial davolashni tashkil qilishda e'tiborga olinishi kerak.

Bunday yiringli yallig'lanishlarni davolashning natijasi eng avvalo to'laqonli, radikal holatda o'tkaziladigan ikkilamchi xirurgik ishlovning o'tkazilishiga bog'liq. Ayni shu xirurgik ishlardan keyin antibakterial terapiya yaxshi foyda beradi.

Yuqoridagi keltirilgan holatlarda antibakterial davolashda klindamitsin, (linkomitsin) aminoglikozidlar tavsiya qilinadi yoki o'zining yaxshi ta'sirini ko'rsatadigan antibiotiklar kombinatsiyasi - amoksatsillin, klavulon kislotasi bilan va ampitsilin sulfaktam bilan kombinatsiya holatida ishlatish mumkin.

Og'ir sepsisda va septik shokda sefepim kombinatsiyasi bilan (sefalosporinning IV avlodi) metronidazol va ultrospektrli karbopenemlar, imiopenem, meropenemlar tavsiya qilinadi. Kasallikning asosiy sababchisi streptokokklar va klostridiyalar bo'lganida (bakteriologik tekshirishlarga asoslangan) benzil penitsillinning natriyli tuzi 12-24 ml/ed bir sutkada tavsiya qilinadi.

Abdominal sepsisning umumiy xirurgiyadagi asosan peritonitning har xil asoratlari hisoblanadi.

Peritonitlarning klassifikatsiyasi bo'yicha eng ko'p uchraydigan turi ikkilamchi peritonitlar 85-90 % va uchinchi peritonitlar 10-15 % tashkil qiladi. Ikkilamchi peritonitlarning tahminan 15-20 % sepsis bilan asoratlanadi. Abdominal sepsisda infeksiyaning asosiy o'chog'ini birinchi operatsiya bilan bartaraf qila olmaydi.

Abdominal sepsis uch shaklga – peritoneal, pankreatogen va ichak shakllariga bo'linadi, har biri ma'lum klinik belgilar bilan yuzaga chiqadi.

Antibakterial davolashda o'sha sohadagi florani o'rganib tegishli antibiotiklarni tanlash zarur.

Adabiyotlardagi odatiy ma'lumotlarda mikrobiologik tekshirishlar asosida peritonitni chaqiruvchi mikrofloralar berilgan.

E.coli 51 %, klebsiella 14 %, entero bakteriyalar 6 %, proteylar 16 %, psevdomoniyalar 7 %, enterokokklar 17 %, streptokokklar 12 %, stafilokokklar 5 %, bakteroidlar 72 %, klostridial infeksiyalar 27 % tashkil qilgan. Bu ko'rsatgichlar peritonit polimikrogen etiologiyasi bo'lib hisoblanadi va grammanfiy va grammusbat mikroblar keltirilgan.

Abdominal sepsisni chaqiruvchilarining asosiy o'chog'i oshqozon osti bezidagi infeksiyon holat bo'lganida eng saylangan antibiotiklarni tanlash ular maksimal bosuvchi konsentratsiyada bo'lishi shart. Hozirgi paytda bu preparatlar 3 guruhga gidroxinalonlar, sefalosparinlar IV avlodi va karbopenemlar hisoblanadi. Shuning uchun pankreatogen abdominal sepsislarni ftorxinalonlar bilan davolashlari kerak.

Bunga alternativ variantlar sefalosporinlarning IV avlodi sefepim va metronidazol bilan birga tavsiya qilish kerak.

Agar og'ir sepsis pankreatogen xarakterli bo'lsa ko'p mualliflar karbopenemlar (imipenem, meropenem) tavsiya qiladilar. Ular ultra spektrda ta'sir qiladi va oshqozon osti bezining parenximasigacha yetib boradi va lipopolisaharidlarning chiqishini pasaytiradi. Juda yaxshi effekt ftorxinonlarni perfloksatsin, aflosaksinmetronimidazol bilan birga qilinganda uchlamchi peritonit bilan abdominal sepsis shakllanganda davolash ancha yaxshi natija beradi. Bu holat sepsisni chaqiruvchi mikroorganizmlarning spektriga bog'liq. Bunday abdominal sepsisda chaqiruvchilarni polirezistentli stafilokokklar, enterokokklar, ko'k yiringli tayoqchalar va enterobakteriyalar hisoblanadi. Adabiyotlarda va biz ham o'z amaliyotimizda kombinatsiya holatida meropenem, vankomitsin, sefepim va metronidazol qo'llanilganda yaxshi effekt oldik.

Osteomielit sababli rivojlangan sepsis -osteomielitlar har holda ko'pincha sepsis asoratini beradi. Osteomielitlar gemotagen va travmadan keyingi asoratlarda uchraydilar. Osteomielitdan keyingi sepsis asoratlari ko'pincha og'ir bemorlarda uchraydi, gemotogen osteomielitning asosiy sababchilari stafilokokklar, streptokokklar bo'lib enterobakteriyalar bilan kamroq uchraydi. Keltirilgan faktlarga asoslanib aytish mumkinki, aynan osteomielitlarni kasalxonadan tashqari infeksiyalar ham chaqiradilar.

Ularni davolashning asosiy xususiyatlaridan oksotsilin (12 grl sutkada) yoki sefozalin (4 - 8 g bir sutkada), gentamitsin bilan birga tavsiya qilinadi. Ayrim holatlarda linkamitsin, klindamitsin, aminoglikozidlar II avlodi (gentamitsin, tetramitsilin) bilan birga qo'llanilganda yaxshi effekt beradi. Surunkali osteomielitlarni 75% dan ko'proq holatlarda metitsilin rezistentli stafilokokklar chaqiradi va ularni vankomitsin yoki rifampitsin bilan davolash 3-5 haftada yaxshi natija bergan.

Postravmatik osteomielitlarda mikroorganizmlarning spektri boshqacha bo'lib anaeroblar va ko'k yiringli tayoqchalar tashkil qiladi. Shuning uchun ham birinchilar qatorida amoksatsilin, ftorxinolonlar, siprofloksatsin + linkomitsin yoki klindomitsin kombinatsiyasida ishlatganda yaxshi natija ko'rsatadi. Agar rezistentligi kuchli bo'lganda vankomitsin yoki rifampitsin sefalosporinlarning III-IV avlodi bilan yoki ftorxinolonlar bilan kombinatsiya holatida tavsiya qilinadi. Bemorlar ahvoli og'ir bo'lib yiringli holatlar tananing boshqa sohalarida ham uchrasa (septik pnevmoniya, perikarditlar) monoterapiya sifatida sefalosporinlarning IV avlodi - sefipim, vankomitsin yoki metranidazol bilan kombinatsiya qilish kerak. Antibiotiklar bilan davolash uzoq 3-5 hafta davom etishi kerak. Antibiotiklarni to'xtatish kriteriyasi mahalliy holatning yaxshilanishi va bakteriologik verifikatsiyaga asoslanadi.

Nutritsion davolash. Og'ir kritik holatdagi bemorlarni davolashda eng muhim organizmga nutritsion yordam berishdir. Bu davolash usuli ilmiy asoslangan bo'lib organizmning metabolik va funksional holatni yaxshilash asosiy maqsaddir. Ana shunday og'ir bemorlarning oziqa faktorlariga vrachlar tomonidan yaxshi e'tibor qilmasligi organizmning emirilishiga olib keladi. Nutrietiklarni parafarmatsevtiklar qo'llaydilar. Xirurgiya amaliyotida ko'pincha ayrim bemorlar tibbiy yo'l bilan oziqlanishni hoxlamaydilar bunday hollarda ularga sun'iy oziqa beriladi. Ana shu holatlar peritonit, sepsis, politravmalar katta kuyishlar bo'lganda bemorlarda uchrashi mumkin bo'lgan o'zgarishlar va bemorlarning tibbiy oziqa moddalariga bo'lgan talabini qondira olmaydi. Shunday holatlarda ham sun'iy yo'l bilan oziqlantirishga o'tadilar, hozirgi keltirilgan adekvat holdagi sun'iy oziqlantirishni bemorlarga o'z hajmida tavsiya qilishga nafaqat davolashda samara bermay hatto davolashga ketgan harajatlarni kamaytiradi. Sun'iy nutrietli oziqlantirishni parenteral yoki enteral yo'l bilan amalga oshiriladi. Yaralarning yallig'lanishi va operatsiyadan keyin infeksiyon

asoratlarda bemorlarga gipermetabolik katabalizm, ya'ni organizmning energiyaga va plastik materiallarga bo'lgan talabi oshadi. Keyin sepsis paytida energiyaga bo'lgan talab 50- 60 kkal ga, oqsilga 2- 3 gr/kl, (1 sutkalik oshadi) o'rtacha 1 sutkada bemorlar sepsis bilan 30- 35 gramgacha azot yo'qotadi. Bu esa 185 - 220 gr oqsil ekvivalentiga tengdir. Agar shu yo'qotilgan azot miqdori qoplanmasa organizmda 25 gr mushak massasi yemiriladi. Ana shunday giperkatabalizm va autokatabalizm organizmning oqsil energiyasi yetishmovchiligiga olib keladi, organizm oriqlaydi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi sodir bo'ladi.

Giperkatabalizm patofiziologik jihatdan nafaqat energiyaga bo'lgan talabni kuchaytirib qolmay, kislorodga bo'lgan talabni oshiradi va karbonat kislotasining natijada karbon suvlarning sarflanishi oshadi, ammo aktiv gemogenez almashtirib bo'lmaydigan aminopeptidlarning haddan tashqari kamayib ketishiga olib keladi.

1936 - yilda H.O Studley aytgan ediki bemorlar operatsiyagacha 20% dan ko'proq og'irlik vaznini yo'qotsa o'lim 33% ga o'sadi. Agar o'z vaqtida adekvat holda ozuqa berilsa operatsiyadan keyingi o'lim 3,5% teng bo'ladi.

Demak ozuqa moddalarining yetishmovchiligida xirurgik bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlari 6% ga, o'lim esa 11 marta oshadi. O'z vaqtida oziqa berilsa asoratlari 2,3 marta, o'lim esa 7 marta kamaygan.

Oziqa miqdorining yetishmovchiligi odamning himoya kuchiga ta'sir qiladi va operatsiyadan keyingi har xil infeksiyon asoratlari ko'payadi (pnevmoniya, yaraning yallig'lanishi, sepsis). Bemorlardagi trofik holat to'la ta'minlanishi qancha past bo'lsa, organizmda energiya defetsiti yuqori bo'ladi, bemorlarning operatsiyadan keyingi o'lim surati oshadi. Shuning uchun ham bunday bemorlarga nutrietlar yordami kerak bo'ladi.

Bazis nutriet yordamining asosiy funksiyasi bemorning funksional makro-mikro nutrientlarga bo'lgan talabini oral yoki sun'iy (parienteral yoki enteral) yo'llar bilan ta'minlashdir.

Nutriet yordamining asosiy maqsadi dietoterapiya asosida qo'shimcha sun'iy tayyorlangan ozuqani biologik jihatdan yuqori baholanadigan aralashmalar berib tezda klinik effekt olishdir.

Eng avvalo nutrietlar yordamida bemorlardagi mikronutrientlar yetishmovchiligini bartaraf qilish kerak. Bunday tadbirni amalga

o'shishda ratsional saralangan har xil vitamin, minerallar kompleksi va oziqaga qo'shimcha biologik faol qo'shimchalar aralashtirilganda klinik effektivligi oshganligi tasdiqlangan. Giperkatabalizm patofiziologik jihatdan nafaqat energiyaga bo'lgan talabni ko'paytirib qolmay, kislorodga, karbonat kislotasiga bo'lgan talabni ham oshiradi. Natijada karbon suvlarning sarflanishi oshadi, ammo aktiv glikogenez almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalarning haddan tashqari bijg'ishi yuzaga chiqadi. Ana shu holat organizmda alimentar oriqlash oqibatlariga olib keladi.

Shunga asosan og'ir bemorlarda nutriyentlar yordami o'ta aktual hisoblanadi.

1. Nutriyentlar yordamini o'z vaqtida tavsiya qilish.

(tananing oriqlashishini ogohlantirish oson, uni davolashga nisbatan).

2. Nutriyentlar bilan bemorlarni ta'minlash uning alohida talabiga asosan adekvat bo'lishi kerak.

3. Nutriyent yordamini eng muhim muddatda o'tkazish kerak.

Oxirgi yillarda tasdiqlashganki, ichaklar nafaqat ozuqa moddalarning va nutriyentlarning so'rilishiga javob bermay, eng muhim endokrin, immun, mexanik, metabolism, gomeostaz, baryer funksiyalarini ham bajaradi. Shuning uchun ham ichaklar poliorgan disfunksiyaning rivojlanishida markaziy rol o'ynaydi.

Enteral oziqlanish. Enteral oziqlanish nutriyentlar yordamiga nisbatan fiziologik xususiyatga ega darajada steril sharoitlarni talab qilmaydi, amaliy jihatdan bemorlar hayoti uchun xavfli emas, 6-8 marta arzonidir.

Immunoterapiya - sepsisda vena ichiga immunoglobulinlar (Ig G1 IgG IgM) yuborish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Ularning asosiy xususiyati yallig'lanishni kuchaytiradigan sitokinlarning haddan tashqari ta'sirini chegaralashdan iborat. Endotoksinlar va stafilokokklarning superagentlik klirensini ko'tarishdir.

Hozirgi kunda og'ir sepsis va septik shokda immunoterapiya yagona asoslangan usul hisoblanadi. Eng yaxshi natija kombinatsiya holida IgG + IgM bilan pentoglobinni qo'llashdir. Standart dozasi 3 kun mobaynida 3-5 ml/kg sutka hisoblanadi. Eng optimal immunoglobulinni shokning erta fazasida qo'llashdir.

Hozirgi vaqtda ekstrakorporal qonni tozalash usullaridan gemodializ, ultrafiltratsiya, gemofiltratsiya va gemofiafiltratsiyalar qo'llaniladi.

Gemodializ. Bu usul surunkali va aktiv holatlarda o'tkir buyrak yetishmovchiligida keng qo'llaniladi. Gemodinamik holatini o'tkir sepsisda va septik shokda bu usul chegaralangan holatda ishlatiladi.

Oxirgi yillarda ekstrakorporal detoksikatsiya sepsis bilan bemorlarni kompleks davolashda asosan gemofiltratsiya qo'llaniladi.

Gemofiltratsiya sitokinlarning, trombotsitlarning faol faktorlarini, komplementlarni bakteriyalarning translokatsiyasini va ularning toksinlarini bloklaydi, fagotsitozni stimulyatsiya qiladi. Gemofiltratsiya septik immunoparalichni korreksiya qiladi. Sitokinlarni o'z vaqtida chiqarishga endogen ta'sir qiladi. Gemofiltratsiya asosan og'ir sepsis va septik shok bilan o'lim suratinii 30% ga kamaytiradi.

Peritoneal dializ: abdominal sepsis va septik shok rivojlanganda asosan kam effektivligi uchun qilinmaydi.

Oshqozon va ichak tizimidagi o'tkir stresslar sababli xosil bo'ladigan yaralar profilaktikasi

Sepsis paytida hosil bo'lgan stress yaralardan qon oqishlar og'ir asoratlardan biridir. Umumiy o'lim 60-84% ni tashkil qiladi. Profilaktika maqsadida biror bir davolash o'tkazmasa o'lim 52% ni tashkil qiladi.

Profilaktika usullaridan H₂ blokatorlar, antatsitlar o'z vaqtida qo'llanilsa 2 martadan ko'proq holatlarda asorati xavfi kamayadi. Sepsis paytida stress yaralarining hosil bo'lishi faktorlariga uzoq vaqt sun'iy o'pka ventilyasiyasida ushlab, septik shoklarning rivojlanishi, koagulopatiya va gemodinamikaning stabil bo'lmasligidir. Ana shu xavfli yiringli yallig'lanishlar asoratlarini davolashda o'ta muhim tadbir o'z vaqtida ikkilamchi xirurgik ishlovning o'tkazilmaganligi tufayli sodir bo'ladi. Yuqorida keltirilgan xavfi baland bo'lgan bemorlarga H₂ blokatorlar va proton ingibitorlaridan (antatsid preparatlaridan ko'proq effektli) stress yaraning oldini olishda enteral oziqlantirish yani zondni medaning distal qismigacha o'tkazish o'ta muhim hisoblanadi. Antibakterial davolashda klindamitsin, aminoglikozidlar bilan birga tavsiya qilinadi yoki o'zining yaxshi tasirini ko'rsatadigan antibiotiklar kombinatsiyasi amoksatsilin, klavunat bilan va ampitsilin sulfatlarni kombinatsiya xolatida ishlatiladi.

Nostabil dinamika bo'limi. Ana shu xavfi baland guruh bemorlariga va proton ingibitorlaridan qo'llaniladi.

Stresslarni oldini olishda enteral oziqlantirish, ya'ni zondni me'daning distal qismiga o'tkazish o'ta muhim hisoblanadi.

Chet el olimlarining (Kanada) tadqiqotlari bo'yicha H_2 blokator retseptorlari yaradan qon oqimi xavfini pasaytiradi va pnevmoniya kabi xavfli asoratlarni bartaraf qilishi mumkin.

Xulosa o'rnida aytish kerakki sepsis, og'ir sepsis va septik shokda davolash asosiy intensiv holda o'tkazilishi kerak. Intensiv terapiya quyidagilardan iborat:

1. Markaziy vena bosimi 8-12 mm.sim.ust. ga tushganda, AQB - 65 mm simob ustuniga; Siydik ajratish - 0.5 mm/kg soat, gemotakrit 30 % aralashgan vena qoni - saturatsiya 70 % bo'lganda gemodinamik yordam ko'rsatiladi.

2. Respirator yordam; nafas yo'llarida bosim 35 mm simob ustunidan past bo'lsa, inspirator kislorod fraksiyasi 60 % kam, nafas olish hajmi 6 ml/kg bo'lsa.

3. Kortikosteroidlar: "kichikdozada" 200, 300mg/l bir sutkada qilinadi.

4. Aktivlashgan protein S og'ir sepsisda 4 kun mobaynida 24 mkg/kg va ikkita va undan yuqori ko'p tizimda yetishmovchilik bo'lganda qilinadi.

5. Immunokorreksiya (pentaglobin).

6. Chuqurvenalartromboziprofilaktikasi

7. Stress oshqozon ichak tizimida stress yaralar profilaktikasi uchun H_2 -retseptorlar blokadasi - ingibitorlar qilinadi.

8. O'tkirbuyrakyatishmovchiligidabuyraklarnidavolashterapiyasi.

9. Nutriyetlar yordami; energetik oziqlanish 25-30 kkal/kg bir sutkada bemor massasiga qarab buyuriladi.

Tana og'irligi bir sutkada: oqsil 1.3-2 g/kg sutka, glyukoza 30-70 %, oqsilsiz kaloriya hisobidan glikemiyaning 6.1 mmol /l da ushlab. Lipidlar 15-20 % oqsilsiz kaloriya.

XIII - BOB

TERMIK JAROXATLAR, KUYISH

Kuyish umumiy travmalar tarkibida asosiy o'rinni egallaydi. Kuyish ko'p asrlik uzoq tarixga ega bo'lib, uni davolash usullari hozirgi vaqtda klinik meditsinaning oldida turgan muhim muammolaridan biri hisoblanadi. Har kungi maishiy hayotda, ishlab chiqarishda, tinchlik va urush vaqtlarida uchraydigan xar xil halokatlar natijasida kelib chiqadigan katta va chuqur kuyishlar sur'ati ko'paymoqda. Patogenezing og'irligi, davolashdagi qiyinchiliklar hamda o'lim tafsilotining yuqoriligi bu muammoning dolzarbligini ko'rsatadi. Jahon Sog'likni Saqlash Tashkiloti (JSST) ning bergan ma'lumotiga asosan kuyish umumiy travmalarning ichida 2-3 o'rinni egallaydi. Sanoati taraqqiy etgan mamlakatlar (AQSh, Yaponiya) kuyish bilan jaroxatlanish har 100 ming aholining 290-300 tasida uchramoqda. Rossiya federatsiyasida esa har 100 ming axolidan 441 tasida kuzatilmoqda. O'lim ko'rsatkichi kuyish markazlarida yotqizilgan har xil tipdagi kasalliklar orasida 3,8-31,5 % ni tashkil qilsa, og'ir kuyganlarda yuqori bo'lib, 33.3-82.2 % ni tashkil qilmoqda. Oxirgi yillarda har xil texnologik halokatlar, og'ir musibatlar natijasida bir vaqtning o'zida ommaviy kuyishlar sur'ati ko'paymoqda. Bunga misol qilib Chernobil fojiasi, «Komsamolets» suv osti kemasi, Armanistondagi va Turkiyadagi yer qimirlashlar va Boshqirdistondagi katta portlashni keltirishi mumkin.

Xar qanday xalokatlarda hamma moddiy sharoitlari yetarli bo'lgan shaharlarda ham, tibbiy yordam ko'rsatish sog'likni saqlash tizimi sayoz bo'lgan yoki borish qiyin bo'lgan turar joylarda ham sodir bo'lganda tibbiy yordam ko'rsatish muammosi yanada chuqurlashadi.

- Birinchi hospitalgacha bo'lgan etapda: qishloq va shahar aholisiga birinchi tibbiy vrachlik yordami ko'rsatiladi.

- Ikkinchi (hospital) etapda maxsus kuyish bo'limlari va markazlari bo'lmagan qishloq xo'jaligi bilan shug'ullanuvchi tumanlar va shahar aholisiga malakali yordam ko'rsatiladi.

- Uchinchi xal qiluvchi bosqichda, kuygan bo'limlar yoki markazlari bo'lmagan viloyat va shahar aholisiga maxsus tibbiy yordam ko'rsatiladi. Maxsus kuyish bo'limlari va markazlari shahar aholisi uchun ikkinchi davolash evakuatsiya bosqichi hisoblanadi.

Zamonaviy halokat tibbiyotining strategiyasi bo'yicha jaroxatlanish bir vaqtning o'zida ommaviy bo'lsa (tabiat xalokatlari), zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatish 3 bosqichda o'tkaziladi: birinchi bosqich jaroxat olgan joylarda, ikkinchi bosqich jaroxat o'chog'iga yaqinroq joylashgan davolash maskanlarida yoki maxsus tashkil qilingan xonalarda va uchinchi maxsus markazlarda ko'rsatiladi. Vaholanki, xalokat joyida birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishning iloji bo'lmaydi. Kuyganlarni zamonaviy davolash taktikasi birinchi etapida jangovor vaziyatga, halokat o'chog'idagi holatga, halokatning kattaligiga va tibbiy yoram brigadasining imkoniyatiga qarab tubdan o'zgarishi mumkin. Hozirgi vaqtda birinchi yordam ko'rsatish bosqichidan tortib maxsus yordam ko'rsatish bosqichigacha har bir etap uchun tibbiy evakuatsiya vazifalari, tibbiy yordam ko'rsatish hajmi va uning rehabilitatsiyasi aniq ko'rsatilgan. Kuyish jaroxati bilan uning darajasini, diagnostikasini prognozini, davolash usullarini bir xil holga keltirishda hamma davolash maskanlari va tez tibbiy yordam xizmatini tashkil qilishda ishlaydigan vrachlarda bir xil tushuncha va bir xil mezonlarni ishlatishlari uchun zamonaviy kuyishlar tasnifiga asoslanishlari lozim.

Kuyishlar ta'snifi: Termik agentning xarakteriga, lokalizatsiyasiga, kuyish maydoniga va chuqurligiga, kuyish kasalligining kechish davriga, qo'shimcha jaroxatlar (kombinatsiyalangan jarohatlar) ning borligiga qarab qo'shimcha tekshirishlar o'tkazilishi zarur. Bundan tashqari jaroxatlanganlarning yoshi (bolalar, o'smirlar, katta yoshlilar va qariyalar) albatta hisobga olinadi. Termik kuyish bu baland haroratning organizmga va uning to'qimalariga ta'siridan kelib chiqadigan jaroxat turidir. Termik kuyishlar etiologik omillariga qarab olov, issik suyuqlik, bug', issik havo, ko'mir cho'g'i, elektr toki bilan kuyish turlariga bo'linadi. Ularning lokalizatsiyasi (yuzi, panjalari, tanasi, qo'l va oyoqlari), kuygan maydoni hajmiga qarab xar xil bo'lishi mumkin. Kuygan bemorlar ahvolining og'irligi va kelgusidagi bashoratni baholashda kuyish yuzasining hajmi o'ta muhimdir. Shuning uchun to'la bo'lmasa ham ularni zudlik bilan vrachlik yordami ko'rsatish paytida aniqlash zarur. Odam tanasidagi teri hajmi uning uzunligiga bog'lik. Bemorning tana tuzilishi va uning semizligi hisobga olinmaydi. Kuygan yaraning umumiy hajmi butun tana hajmiga nisbatan olinadi va 100 % deb qabul qilingan. Termik kuyishlarning maydonini taxminiy mo'ljal qilishda eng

oddiy, amaliyotda ishlatishga qulay bo'lgan usullar ishlatiladi. Bular «to'qqizlik qoidasi» va «kaft qoidasi» hisoblanadi. «To'qqizlik qoidasi» bo'yicha teri bilan qoplangan tananing maydoni quyidagicha: bosh va bo'yin-9%, har bir qo'l-9% dan (ikkita qo'l 18%), har bir oyoq-18% dan (ikkita oyok 36%), gavdaning old qismi - 18%, gavdaning orqa qismi - 18%, oraliq sohasi va tashqi jinsiy a'zolar - 1%, jami bo'lib 100%dan iborat. «Kaft qoidasi» bo'yicha kuygan odamning kafti taxminan 1% ni tashkil qiladi. Kuyish maydonini aniq ko'rsatish uchun odam tanasi konturlari tushirilgan va segmentlarga bo'lingan maxsus shtamp chizig'i orqali aniqlanadi. Har bir segmenti tana yuzasining 1% ga teng.

Kuyishning chuqurligiga qarab quyidagi 4 darajaga bo'linadi:

I -darajasida terining yuzaki epidermis qavatining qisman kuyishi bo'lib giperemiya va qattiq kuydiruvchi og'riq bilan yuzaga chiqadi.

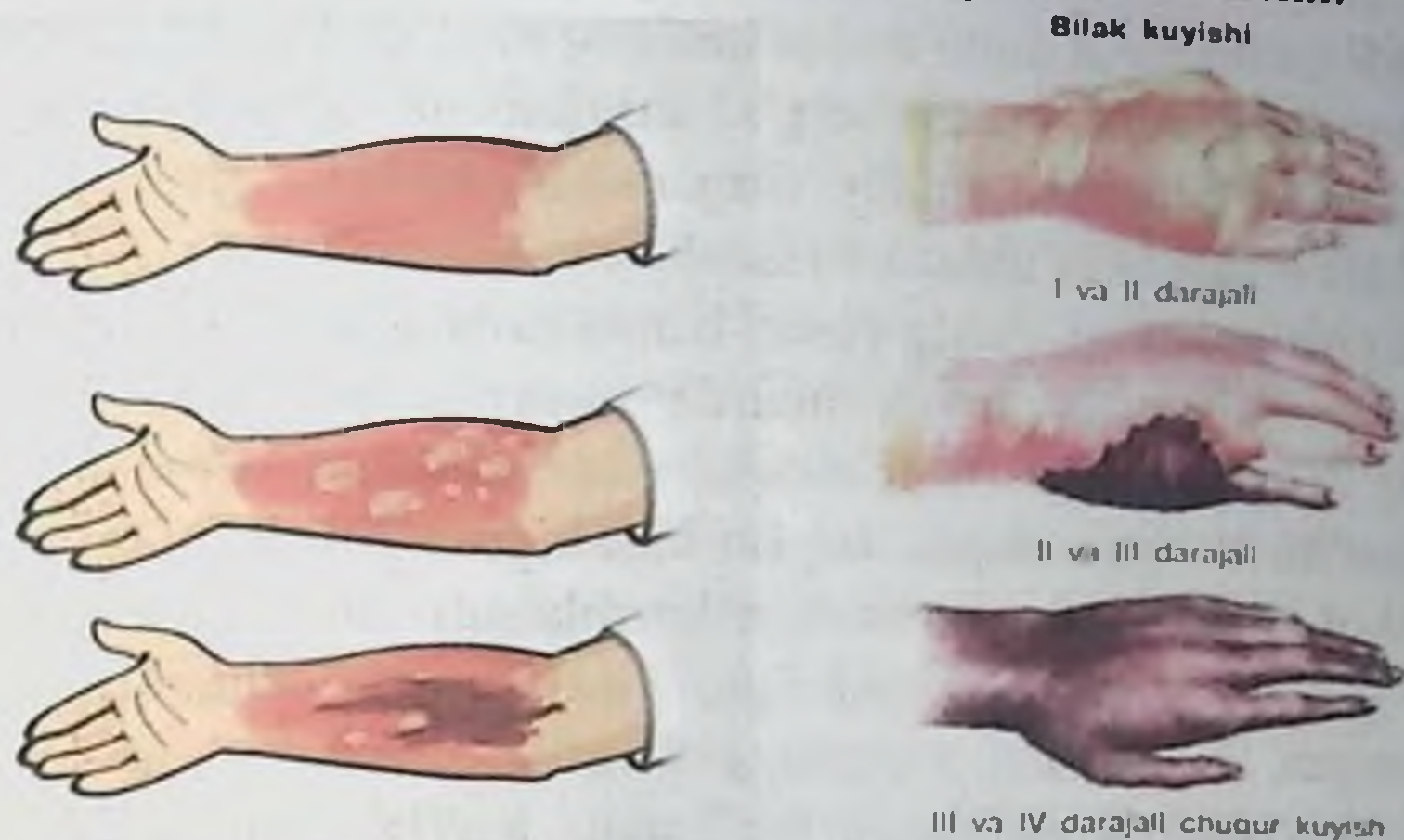
II -darajasida terining epidermis qavati batamom jarohatlanib epidermis o'z o'midan ko'chadi, ichi suyuklikka to'lgan pufaklar hosil bo'ladi (pufakli shakli). Dastlabki ikki-uch kun ichida qattiq og'riq bo'ladi.

III «A» - darajasida epidermis yo'q, xususiy derma qavatining o'suvchi qavatigacha kuyish bo'lib, yumshoq to'qimalari shishgan, taranglashgan, kuygan yuzasi qizg'ish yaltiroq rangda, yupqa, yorqin malla rangdagi strup bilan qoplangan, tomirlar ko'rinmaydi, og'riqli va taktil sezgilar kuchaygan.

III «B» -darajasida terining hamma qavati kuyadi, nekroz hosil bo'ladi, to'q-qizargan-oqish strup bilan qoplangan, tromblashgan venalarlar ko'p ko'rinadi. Strup barmoqlar bilan ushlanganda ular yig'ilmaydi, tagidagi qavat bilan mahkam yopishgan. Og'riq va taktil sezgi yo'qolgan.

IV-darajasida teri tagi yog' qatlam, mushaklar, paylar hatto suyaklar ham kuyishi mumkin. Chuqur qavatlari nekrozi, strup qattiq, qalin, ayrim holatlarda qora rangda yoki tim qora ko'mir rangida. I, II va III «A» darajalar yuzaki kuyishlarga kirib, teri qoplamasi uning tagidagi hujayra elementlarining saqlanib qolganligi uchun o'zicha epitelizatsiya bo'lishi xususiyatiga ega. Birinchi daraja kuyishida bo'ladigan teri giperemiyasi va shishi 2-3 kundan keyin o'tib ketadi, epidermisning yuzaki qavati ko'chadi va birinchi xaftaning oxirlarida kuygan yara bitadi. Ikkinchi daraja kuyganda 3-4 kundan keyin yalig'langan-ekssudtiv holat kamayadi. Yaraning batamom bitib ketishi 10-14

kunlarda kuzatiladi. Kuygan yarada o'zidan keyin chandiq qolmaydi, qizarish va teridagi dog'lar bir necha hafta saqlanishi mumkin.



116-rasm. Termik kuyishlar

Uchinchi (III «A») daraja kuyish yiringlash bilan o'tadi. Yaraning tozalanishi 2-3 hafta davom etadi, batamom bitib ketishi 4-6 hafta ichida sodir bo'ladi. Yara bitgandan keyin turg'un dog' qoladi yoki gipertrofik va kelloid chandiq xosil bo'lishi mumkin.

Uchinchi (III «B») va to'rtinchi (IV) darajali kuyishlar chuqur kuyishlarga kirib, teri qoplamasining tiklanishi juda uzoq cho'ziladi, bitganda ham har xil chandiqlar hosil qiladi va kontrakturalar paydo bo'lishi mumkin. Shuni uchun bu daraja kuyishlarda o'z vaqtida xirurgik operatsiya yordamida auto laxtak bilan plastika qilish kerak.

Uchinchi B darajali kuyishlarda yiringli demorkatsiya yallig'lanish 2-3 hafta davom etadi. Keyin yara asta-sekinlik bilan o'lgan to'qimalardan 3-4 hafta davomida tozalaniladi va mayda donali granulyatsiya bilan qoplanadi. Yara ana shu davrda terini autodermotransplantatsiya qilishga tayyor bo'ladi.

To'rtinchi darajali kuyishda o'lgan to'qimalar juda sekinlik bilan ko'chadi, xususan paylar, suyaklar va bo'g'imlar kuyganda bu holat sodir bo'ladi.

Ko'pincha yiringli asoratlar yuzaga chiqadi. Qo'l va oyoqlarda IV darajali kuyishlarda hatto amputatsiya qilish holati rivojlanishi mumkin. Uchinchi B va to'rtinchi daraja kuyishlarda juda muvaffaqiyatli operatsiya qilingandan keyin ham har xil gipertrofik va kelloid chandiqlar, kontrakturalar va har xil deformatsiyalar qolishi mumkin.

Uchinchi A va B daraja kuyishlarda uning haqiqiy chuqurligini jaroxatdan keyingi birinchi kunlari aniqlash o'ta qiyin bo'lib, taxminiy aniqlanadi va bir hafta xatto undan kechroq muddatlarda strup chegarasi aniq demarkatsiya bo'lganda to'g'ri aniqlash mumkin. Chegaralangan kuyishlarda ko'pincha mahalliy o'zgarishlar bo'ladi, ayrim holatlarda umumiy tez o'tuvchi ta'sirlar ko'rsatish mumkin.

Kuyish kasalligi - o'rta yoshli bemorlarda tana terisining 10-15 % kuyganida rivojlansa, qari kishilarda va yosh bolalarda 5 % tana terisining chuqur kuyishida rivojlanishi mumkin. Vrachlar uchun hospitalgacha bo'lgan etapda kuyish kasalligining birinchi davri, ya'ni kuyish shokini aniqlash o'ta muhim hisoblanadi. Bu xolatning og'irligi kuygan tana terisining xajmiga, kuyishning chuqurligiga va jaroxatlangan kishilarning yoshiga bog'liq. Shunday qilib kuyish kasalligi quyidagi 4 davrlarga bo'linadi: Kuyish shoki (24-48 soat kuygandan keyin davom etadi), o'tkir kuyish toksemiyasi (travmadan keyin 3-7 sutkalarda rivojlanadi), septikotoksemiya (jarohatdan keyin 8-10 sutka va teri qoplamasining tiklanishiga qadar), rekonvalintsensiya (teri qoplamasi tiklangandan keyin yuzaga chiqadi). Kuyish shoki bu sindrom bo'lib, uning asosida (shilliq pardalar) terining termik jaroxati yotadi. Bu holat travma olgandan keyin jaroxatlanganlar organizmida birdaniga rivojlanib, markaziy, regionar va periferik gemodinamikaning buzilishi natijada ko'proq mikrotsirkulyatsiya va modda almashinuvining har xil patologik o'zgarishlariga olib keladi. Gemodinamikadagi o'zgarishlar to'qimalardagi qon bilan ta'minlanish holatining yetishmovchiligi bilan xarakterlanib, qon aylanish markazlashadi, yurakning minutlik hajmi pasayadi va sirkulyatsiyadagi qon hajmining kamayishi kuzatiladi. Plazmaning yo'qolishi va gemokontsentratsiyaning buzilishi kuzatilib diurez pasayadi. Kalla, ko'krak qafasi va nafas yo'llari kuyganda tashqi nafas, organizmda gaz almashinuvining yomonlashuvi, suv elektrolitlar muvozanati, oqsillar, karbon suvlar va yog'lar almashinuvining buzilishi kuzatiladi. Asosiy modda almashunuvi birdaniga ko'tariladi. Kuyish shokiga diagnoz qo'yishda, boshlangich davrlarda oddiy mezonlardan- kuyish maydonining umumiy hajmi va Frank indeksi (FI) dan foydalanish zarur. Kuyishning umumiy maydoni deganda yuzaki va chuqur kuyishlar maydonining umumiy jamlanishi tushuniladi. Frank indeksi yuzaki va chuqur kuyishlar maydonining integral tuzilmasining ma'lum birlikda ifodalanishidir. Frank indeksini hisoblashda har bir yuzaki

kuyishning 1 % i bitta birlik indeksiga, chuqur kuyishning 1 % i uch birlikga teng. Qo'shimcha nafas yo'llari kuyganda uning og'irligiga qarab ekvivalent holda 15-30 Frank indeksining birligiga teng.

Kuyish shokining klinik rivojlanishida yuzaga chiqadigan sog' teridagi va shilliq pardalardagi oqarish, sianoz, tana haroratining pasayishi, taxikardiya, hansirash, diurezning pasayishi, chanqoqlik, ichaklar parezi kabi belgilarga e'tibor berish kerak. Kuyish shokining klinik ko'rinishiga va uning kechish muddatining cho'zilishiga qarab yengil, og'ir va o'ta og'ir shok darajalariga bo'linadi. Yengil shokning nafas yo'llari jaroxatisiz bo'lganda o'tish muddati 24 soatni, ularning birgalikda kuzatilganda 48 soatgacha davom etadi. Og'ir shok 48 soatgacha cho'ziladi. O'ta og'ir shok bir necha soatdan (o'lganlarda) 72 soatgacha (shokdan chiqarilgan kungacha) davom etadi.

Kuyish shokining kelgusidagi bashoratini aniqlashda quyidadagi mezonlar ishlatiladi: Frank indeksi, kuyishning chuqurligi umumiy maydoni, bemorning yoshi hisobga olinadi. Ana shu kriteriyalar asosida kuyish shokining oqibati yaxshi, gumonli va oqibati yaxshi bo'lmasligi mumkin.

Bundan tashqari kuyish shokining prognozini aniqlashda «yuzlik qoidasi» - bemor yoshining sonlari va kuyishning umumiy maydoni soniga qo'shilgan yig'indisi qo'llaniladi. Masalan bemorning yoshi 60 yoshda, kuyish yuzasi 40 %, demak $60+40=100$. Bu o'ta og'ir shok darajasini ko'rsatadi. Nafas yo'llarining jaroxatini aniqlashda bemorning anamneziga va ob'yektiv ko'rikdagi natijalarga asoslanadi. Jaroxatning bu xilida yopiq binoda yong'in chiqqanda, gazlar (benzin, atseton) portlaganda, kiyimlarining alanganishi va yonishida sodir bo'ladi. Yuqori nafas yo'llarining kuyishi olovning ta'siridan, issiq havoni hidlashdan, issiq bug' bilan va gazlangan yopiq binoda qolish kabi holatlarda sodir bo'ladi. Qurum zarrachalarini hidlaganda, har xil zararli gazlar yonganda hosil qiladigan qoplamalar nafas yo'llarining ingalyatsion jaroxatlariga olib keladi. Ana shunday jaroxatlar ayrim kichik olov bilan kuyganlarda ham bo'lishi mumkin. Ko'rik paytida yuzdagi, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasidagi, tomoqdagi, burun bo'shlig'idagi tuklarning kuyishi aniqlanadi va bemorlarda hansirash, yo'tal, tomoqda yutinish paytida og'riq, ovozning xirillashi kabi belgilar yuzaga chiqadi. Bemor balg'amida qurum zarrachalari topiladi. Og'ir holatlarda nafas olish stenotik xarakterda bo'lib, yordamchi nafas mushaklarning ishtirokida amalga oshiriladi. Yongan gaz bilan

zaharlanganda ko'zga ko'rinadigan pardalarda, sianoz-teri qoplamasining oq-ko'kimtir rangdaligi, har xil qaltirashlar va komatoz holatlar kabi klinik belgilar paydo bo'ladi. Nafas yo'llari jaroxatlanishi simptomlariga vrachlar hamma tez tibbiy yordam ko'rsatish etaplarida e'tibor berish kerak. Nafas yo'llarining termoingalatsion jaroxatlari bilan bemorlar maxsus bo'limlarga yoki kuyish markaziga tushganda termoingalatsion travmalarga diagnoz qo'yish uchun qo'shimcha fibrobronxoskopiya va rentgenologik tekshirishlar o'tkaziladi.

Gospitalgacha tibbiy evakuatsiya etapida zudlik bilan vrachlik yordamini ko'rsatish va uni tashkil qilish. Bizning har kungi hayotimizda kuyganlarga zudlik bilan vrachlik yordami gospitalgacha etapda asosan poliklinika tizimlarida (QOP, Med sanchast, shahar travma punktlarida yoki poliklinikalarida), tez tibbiy yordam brigadalari tomonidan ko'rsatiladi. Kuyish bilan jaroxalanganlarning ommaviy tushishlarida maxsus tez tibbiy yordam brigadalari yoki tashkil qilingan tez jalb qilinadigan tibbiy brigadalar tomonidan ko'rsatiladi. Zudlik bilan yordam ko'rsatadigan gospitalgacha bo'lgan etaplarda vrachlarning asosiy tashkiliy vazifalari quyidagicha: Organizmga xaddan tashqari yuklamani oshirmaslik maqsadida suyuqlikning 1/2, 1/3 sutkalik miqdorlari parenteral yuborilganda vena ichiga 2 ml - 1 % furosemid eritmasi yuboriladi va peroral bir tabletka gipotiazid (0,05 g) beriladi. Kuyish shokining yengil darajasi kuzatilgan bemorlarga aylanishdagi qon xajmini to'ldirish, mikrotsirkulyatsiyani va suvsizlanishni pasaytirish maqsadida vena ichiga 400 ml poliglyukin (katta oqimda), keyin laktat 400 ml tomchilab, glyukoza ning 10 % - 200 ml eritmasi (katta oqimda) quyiladi. Keyinchalik infuzion davolash kolloid moddalar yuborish bilan almashtiriladi. Poliglyukin va reopoliglyukin 400 ml dan, 5 % glyukoza eritmasi, laktasol. Ringer eritmasi yoki 0,9 %-400 ml natriy xlor eritmasi tomchilab quyiladi. Og'ir kuyish shoki bilan bemorlarga birinchi sutkada yuqoridagi maqsadni amalga oshirish uchun infuzion davolash boshlanadi: poliglyukin 400-800 vena ichiga keyin reopoliglyukin 400 ml oqim bilan va tomchilab, laktasol 400 ml tomchilab, bundan tashqari miya oziqasini yashilash, yurak mushaklar faoliyatini yaxshilash maqsadida diurezni kuchaytirish uchun 10 % 200 ml oqim bilan glyukoza quyiladi. Shunday holatda, umumiy glukoza miqdori aniqlangan holda uni korreksiya qilish uchun insulin yuboriladi. Keyingi infuzion terapiya kolloid moddalar bilan almashlanib, novokain tomchilab quyiladi va 4%

gidrokorbonat natriy eritmasi tomchilab quyish bilan tamomlanadi. Oligouriya xolati kuzatilganda diurezni stimullash maqsadida qo'shimcha 20 % - 200 ml mannitol eritmasi vena ichiga, yoki laziks 20-40mg sistemaga qo'shiladi. Ikkinchi sutkada-davolashdagi kolloid eritmalarning va suv-tuzli eritmaları quyilishi navbati bilan almashinuvi prinsipi davom etadi. Suyuqliklarni tomchilab quyish tezligi quyidagicha hisoblanadi: tomchining 1 minutlik sur'ati suyuqlik xajmining litriga teng. Bir sutkada quyiladigan suyuqlik xajmi 14 ga ko'paytiriladi. Masalan: 1 sutkada quyiladigan suyuqlik xajmi 2,8 l tashkil qilsa, demak tomchining sur'ati 1 minutda $2,8 \times 14 = 39$. Bir sutkada 5,6 l suyuqlik quyimoqchi bo'lsak $5,6 \times 14 = 78$ tomchi bir minutda quyiladi. Infuzion terapiyani boshlanishidan va tamomlashdan oldin yuqorida keltirilgan medikamentoz moddalar yuboriladi. Undan tashqari, tana xarorati, diurez, pulsning soni, AQB, qo'yilgan bog'lamlar doimo nazoratda bo'lish kerak. Agar yaralarda shish bo'lib bog'lamlar qissa, uni kesib kengaytirish kerak. Ikkinchi saralangan guruh bemorlarga infuzion va shokka qarshi medikamentoz davolashdan tashqari quyidagi tadbirlar qilinadi: oksigenoterapiya, ko'krak qafasi va qo'l oyoqlarda sirkulyar chuqur kuyishlar bo'lganda nekrotomiya (III B, IV darajali kuyganlarda), nafas yo'llarning termoingalyatsion kuyishlarida ingalatsiyon davolash, o'tkir nafas yetishmovchiligi rivojlanganda traxeostomiya qo'yish.

Oksigenoterapiya: Bemorlarda xansirash, teri qoplamasi va ko'rinadigan shilliq pardalarida sianoz bo'lganda gipoksiyani kamaytirish uchun qilinadi.

Bu muolaja tanaffus bilan 30-60 minutdan bir-ikki soat oraliq bilan butun shok davrida kislorod ingalyatori bilan yoki burun teshiklariga kateter qo'yish yordamida qilinadi.

Nekrotomiya - ko'krak qafasi va qul oyoqlardagi sirkulyar chuqur kuyishlarda maxalliy qon aylanishining buzilishiga va nafas olish qiyinlashganda qilinadi. Buning uchun o'lgan to'qimaning proksimal qismida uning distal qismigacha skalpel yordamida o'lgan to'qima qalinligida uzunasiga kesmalar qilinadi. Kesmaning chuqurligi xosil bo'lgan strupning qalinligiga bogliq, bordiyu kesma chuqur bo'lsa qon oqish xollari kuzatilishi mumkin. Shuning uchun doimo xirurgik asboblari: ignalar, tikish uchun iplar, qisqichlar, igna ushlagich tayyor bo'lishi kerak. Qon oqayotgan tomirlar tikiladi nekrotomiyaning oxirida steril konturli bog'lamlar qo'yiladi.



117- rasm. Ikkala son va boldirning III A va III B darajali kuyishi.

Ingalyatsion davolash: Bu davolash turi bronxospazmni bartaraf qilish yoki uni profilaktika qilish uchun o'tkaziladi. Bundan tashqari kuyganlarda nafas yo'llarining jaroxati bilan o'pkada qon aylanishini stabillashtiradi, traxeya bronxial shaxobchalaridagi gipersekretsiya xolatini pasaytiradi.

Ingalyatsiya qilish uchun quyidagi aralashmalar ketma-ket ishlatiladi: 2,4 % eufillin eritmasi 1-5 ml, 4 % gidrokarbonat eritmasi 2ml va 125 mg gidrokartizon. Nafas yo'llari kuyganda ingalyatsion davolashga ko'pincha bronxolitiklar (2.4 % eufillin 5 ml, bir sutkada 2-3 marta) vena ichiga qo'shimcha qilinadi.

Traxeostomiya: Nafas yo'llarida termoingalyatsion jaroxatlar kuzatilganda konservativ davolash yetarli darajada effekt bermasa va sun'iy nafas apparatiga ulashning (nazo yoki rototraxeal intubatsiya) iloji bo'lmasa traxeostomiya qilinadi.

Kuyish shokini davolashda o'tkaziladigan vena ichi infuzion davolash paytida quyiladigan suyuqliklar xajmi doimo nazoratda bo'lishi kerak. Buning uchun bir soatlik ajralgan siydik miqdori, tana xarorati, puls surati va arteriya qon bosimi o'lchab turiladi. Bemorlarning ommaviy tushishlarida infuzion davolash effektivligini nazorat qilish qiyinlashadi (sirkulyatsiyadagi qon xajmi, qon aylanishining minutlik xajmi) va uni aniqlash mumkin bo'lmay qoladi. Diurezni aniqlash uchun siydik maxsus o'lchanadigan flakonlarga yig'iladi. Oligoanuriya yuzaga chiqqanda diuretiklarni qo'llashga ko'rsatma bo'ladi. Bu moddalarning qilinishidan maqsad kuyish shoki vaqtida buyrak yetishmovchiligi, miya va o'pka shishlarini bartaraf qilishdir. Diurez pasayganda 250ml 20% mannitol yoki 40-60 mg laziks

vena ichiga oqim bilan yuboriladi. Ana shu moddalar 30-60 min ichida diurezni 30-50 ml soatga ko'tarmasa, ularni davom ettirish xavfli bo'lib, qon aylanishida ortiqcha yuklama va o'pkada shish paydo bo'lishiga olib keladi. Shokka qarshi davolash samara bermasa (anuriya, qon bosimining tushishi) bemorlarni simptomatik davolashni davom ettirish uchun palataga o'tkazadilar, tana xaroratini nazorat qilish: Gipertermiya ($39-40^{\circ} C$) bulganda vena ichiga (bitta shprida 20 ml bir laxzada 10 ml 2% li amidopirin, 1 ml 20% dimedrol, 1 ml 2% promedol yuboriladi). Bemorning bosh soxasiga muz to'ldirilgan idish yoki sovuq suvda xo'llangan sochiq qo'yiladi. Agar tana xarorati subnormal va normal xolatiga tushsa vena ichiga yurak dorilari (2% - 10 ml sulfokamfokain yoki 1 ml kardiamin yoki 0,06% korglyukon) vena ichiga qilinadi. Bemorda kuchli terlash bo'lsa, infuzion moddalarning miqdorini 800-1200ml gacha, asosan suv-elektrolit eritmaları xisobiga ko'tarish lozim.

Kuygan bemorlarning shokdan chiqish mezonlari: diurezning va qon bosimining mustaxkam normallashuvi, periferik venalar spazmining bartaraf bo'lishi, bemor teri qoplamasining isishi, tana xaroratining ko'tarilishi. Bemorlarni kelgusi maxsus kasalxonalariga ko'chirish uchun ularning transportda olib ketilishi mumkinligini xal qilish uchun shokning tamoman bartaraf bo'lishi belgilarining aniq paydo bo'lishidir.

Kuygan bemorlar ommaviy tushganlarida birinchi vrachlik yordami ko'rsatishlarida kuygan yaralarni tozalash o'tkazilmaydi. Alohida ta'kidlash zarurki, bemorlarga kuyish shoki paytida biror amaliy muolaja (nekrotomiyadan tashqari) qilinmaydi. Qo'shimcha jaroxatlanmaslik uchun kuygan yaralarga aseptik bog'lam eng yaxshisi malhamlar bilan bog'lam qo'ygan ma'qul. Bemorlar shokdan chiqqandan keyin juda ifloslangan yara bo'lsa, qo'yilgan bog'lam tushib ketsagina kuyganlarni bog'lov xonalariga yuboradilar. Kombinatsiyalashgan termo, mexanik jaroxatlanganlarga yuqorida keltirilgan davolash tadbirlariga qo'shimcha xolda qon ketishni to'xtatish, singan suyaklar sohasida anesteziya qilish, chiqqan bo'g'imlarni to'g'irlash, yaralarning infeksiya bilan asoratlanishi profilaktikasi va transportirovka uchun taxtakashlash qilinadi.

Malakali yordam: bu yordam tibbiy evakuatsiyaning II etapi (gospital bo'lib, qishloq aholisi va shaharda yashaydigan kishilar uchun) zudlik bilan vrachlik yordami ko'rsatiladi. Bu etap bir vaqtning o'zida maxsus kuyish bo'limlari yoki markazlari bo'lmaganda va ommaviy

kuyganlar uchun davolash va evakuasiya etapi bo`lib hisoblanadi. Bu etapning tuzilishini markaziy tuman shifoxonasining reanimatsiya, xirurgiya va travmatologiya bo`limlari tashkil qiladi. Katta kuyishlar bilan shok xolatiga tushgan bemorlarni hospitalgacha etapda reanimatsiya bo`limiga, agar bunday bo`lim bo`lmasa, xirurgiya yoki travmatologiya bo`limlardagi aloxida bir palataga joylashtirilib shokka qarshi davolash o`tkaziladi. Markaziy tuman shifoxonasining xirurgiya va travmatologiya bo`limlariga katta yuzaki kuyishlar bilan (II va III-darajasi), yoki yuz-jag`, barmoqlar, panja (oyoqlar) sohasidagi chegaralangan kuyishlar bilan poliklinikalardan yoki jaroxat joyidan to`g`ri kelishlari mumkin.

Xuddi shunday chuqur chegaralangan kuyishlar (III «B»-IV daraja) bilan bemorlar ham hospitalizatsiya qilinadi. Zudlik bilan yordam ko`rsatadigan vrachlar kuyish va kuyish kasalligining patogenezi asoslarini, kuyish jaroxatining diagnostikasi va ularning prinsipini, shok davrida davolashni tashkil qilish va uni davolashni, o`tkir kuyish toksemiyasi va septikotoksemiya davrlarining patogenezi yaxshi bilishlari kerak. Stasionar sharoitida kuyganlarga malakali tibbiy yordam ko`rsatish sharoiti, shok xolatidagi bemorlarga intensiv davolash xajmini kengaytirish yoki infuzion terapiyaga izogen oqsilli preparatlar (albumin eritmasi, nativ va quruq plazma), antigipoksantlar, antiagregantlar, proteoliz ingibitorlari, gormonlar, membrana protektorlarni qo`shimcha tavsiya qilish imkoniyatini yaratadi. O`tkir nafas yetishmovchiligida sun`iy ventilyatsiya o`tkaziladi. Anesteziologik yordam ko`rsatish tubdan kengayadi. Maxsus kuyish markazlariga bemorlarni yuborish ular shok xolatidan chiqqanidan keyin va shu markaz xabarlaridan bemorlarni o`tkazishga ruxsat olingach amalga oshiriladi. Ayrim xolatlarda regionar kuyish markazlari o`zlari maslaxatchi yoki maxsus kuyganlarga yordam ko`rsatish birigadalarini yuborib bemorlar axvolini to`g`ri baxolash, yordam ko`rsatish xajmini aniqlash va kuyish markaziga o`tkazish to`g`risida kelishadilar.

Markaziy tuman shifoxonalarida yuzaki kuygan bemorlar davolanishini boshlaydilar va oxirigacha tamom qiladilar. Ularni davolashda og`riqli sindromning profilaktikasi, yallig`lanishga qarshi, sedativ moddalar qo`llaniladi. Fizioterapiya, kuygan yaralarni tozalash (tushgan paytida) va keyinchalik yaraga suvda eruvchi malhamlardan, foydalanadilar. Antiseptiklar, polimerlardan foydalaniladi. Subdermal

kuyishlar bo'lganda nekrotik to'qimaning tezroq joyidan ko'chishi uchun ximik nekroliz usuli ishlatiladi.

Aholining ommoviy jaroxat olganlarida zudlik bilan yordam ko'rsatishini tashkil qilishda albatta maxalliy, viloyat va Respublika tez tibbiy yordam markazlari xabarlar va sogliqni saqlash tizimi xabarlarini jalb qilinishlari kerak. Zudlik bilan ko'rsatiladigan yordam xajmi ikkinchi etapda yuqorida keltirilgan jaroxatlarni saralash va malakali tibbiy yordam hajmi minimal yoki maksimal bo'lishi, shokka qarshi terapiya o'tkazish va mahalliy davolash uchun vositalar ta'minoti asosida o'tkazilishi usullari saqlanadi.

Kuyganlarga maxsus tibbiy yordam ko'rsatish: Maxsus tashkil qilingan Respublika kuyganlar markazida va bo'limlarda ko'rsatiladi. Bizning viloyatimizda Samarqand shaxar tibbiyot birlashmasidagi viloyat kuyish markazi va R.Sh.T.Yo.I.M Samarqand filialidagi kuyish bo'limlarida amalga oshiriladi. Ayrim og'ir kuygan bemorlar va ularning og'ir asoratlari bilan Respublika Shoshilinch Tibbiy yordam ilmiy markazi (R.Sh.T.Yo.I.M) qoshidagi kuyganlar markazidan foydalanish mumkin.

Davolashning asosiy maqsadi: Chuqur kuyishlar bilan bemorlarning, yo'qotilgan teri koplamasini zudlik bilan tiklash, yuzaki kuyishlarda yaraning tezroq bitishiga erishish, kontraktura va chandiqli deformatsiyalarning oldini olish, kuyganlarni ijtimoiy va mehnat rehabilitatsiyasini o'tkazish. Yengil, og'ir va o'rta og'ir kuyish shoklarida bo'ladigan gipovolemiya va metabolik o'zgarishlarni birinchi sutkada korreksiya qilish, kolloid va suv-tuz eritmali suyuqliklar 1:1,5, 1:2 va 2:1 nisbatda infuziya qilish yo'li bilan amalga oshirilishi kerak. Bunda quyiladigan suyuqliklarning umumiy hajmi 30-50-70-90 va 80-120 ml/kg ni tashkil qiladi. Shok davrining 2-sutkasida gemodinamik va metabolik ko'rsatkichlarning stabillashuviga qarab quyiladigan suyuqliklar xajmi kamayadi yani 1/3 yoki 1/2 ni tashkil qiladi. Ana shu tartibni saqlagan xolda qilinganda birinchi sutkada diurezning soatlik xajmi 69-74 ml/soat va ikkinchi sutkada 69-104 ml/soat bo'ladi. Shokning 48 soatdan keyin chiqish davrida aylanuvchi qon xajmi 74,6-80 ml/kg, Hb - 144-146 g/l, gematokrit 41-45, ph-7,34-7,4 da bo'ladi.

Kuygan bemorlarni kompleks davolash o'tkazilganda antigipoksantlar (sitoxrom-S), antiagregantlar (trental), antikoagulyant (bevosita tasir qiluvchi heparin), proteoliz ingibitorlari (kontirikal, gordoks, traziol), vitaminlar (C, B-6, B-12, A - tokoferol) qo'llaniladi.

Bizning kuyish bo'limimizda oxirgi 4 yil ichida kuygan bemorlar qonida lipidlarning peroksidli oksidlanishi va antioksidantlar xolati yaxshi o'rganilmoqda va shu asosida tokoferol atsetat davolash arsenaliga maxsus kiritilgan. Nafas yo'llari kuyganda diagnoz qo'yish va sanatsiya maqsadida fibrobronxoskopiya, ultratovush bilan ingalyatsiya qilish muhim xisoblanadi.

Ana shunday davolash taktikalari qo'llanilib bizning bo'limimizda 330 bemordan 213 tasini (87 %) shok xolatidan chiqardik. Umumiy o'lim 28-29 % ni tashkil qilmokda. Kuyishlarni maxalliy davolashda eng foydali, amaliyotda keng qo'llaniladigan va kuyganlarga zudlik bilan maxsus yordam ko'rsatishda ham qulay ishlatiladigan antiseptiklardan: 1 % iodovidon eritmasi, xlorgeksidin eritmasining 1:1000, furatsilin 1:5000, 3 % peroksid vodorod eritmasi qo'llaniladi. Bundan tashqari suvda eruvchi malhamlardan 5 % di-unol (antioksidant effekti bilan), 5% li streptotsid linimenti, 1 % va 10 % li sintomitsin linimenti, levomikol va levosin ishlatiladi. Eng yaxshi biologik qoplovchi va nekrotik to'qimalarni joyidan ko'chiruvchi vositalardan o'lik tug'ilgan chaqaloqtar terisi xisoblanadi. Oxirgi yillarda bu terini ishlatish bo'yicha bizning bo'limimizda ma'lum tajribaga egamiz, ammo uni topish juda ham qiyin bo'lmoqda. Ho'l nekroz to'qimalarni joyidan tezroq ko'chishida yaxshi effekt beradigan to'qimali uglerod sorbitlari xisoblanadi (Aut-M). Bu material bakteriostatik, bakterotsid va adsorbsiya qilish xususiyatiga ega.

Oxirgi yillarda shu maqsadda biz kuygan yaralarni maxalliy davolashda ozonoterapiya usulini kirgizganmiz. Maxsus ozonlashtirilgan suyuqlik bilan yarani applikatsiya qilinganda nekrotik to'qimalarning tezroq joyidan ko'chishiga erishilmoqda. Kuygan bemorlarni davolashda yaxshi natija beruvchi va an'anaviy davolash usullarining effektivligini oshiruvchi bir qancha fizik usullar amaliyotga kiritilmoqda. Ana shu usullarga past intensivlikdagi lazer nurlari (NILI), magnito-lazer terapiyasi MLT, infraqizil termoterapiya (IKKT) qonni ultraviolet nuri bilan (UFO) ishlash, ultratovushli ingalyatsiya terapiyasi (UZIT) xar xil vibromassajlar kuygan bemorlar yotadigan palatalarini aeronizatsiya qilish, ayniqsa xavoni ozonlashtirish muxim hisoblanadi. Yuqorida keltirilgan usullarning ko'pchiligi maxsus kuyish markazlarida ishlatilmoqda.

Shunday qilib, hozirgi vaqtda kuygan bemorlarga zudlik bilan vrachlik yordami ko'rsatish yuqori effekt beradigan yangi fizik usullar bilan to'ldirildiki, kuyish kasalligidan keyin rivojlanadigan xar xil asoratlar (pnevmoniya, xar xil infeksiyon asoratlar) o'z vaqtida profilaktika qilinib yaraning bitishini yaxshilamoqda.

Sovuq urish

Past daraja ta'siri natijasida mahalliy (muzlash) va umumiy (sovuq urishlar) yuzaga chiqadi. Umumiy muzlashning tasnifi:

I. Uning chuqurligi bo'yicha

I darajasida - yumshoq to'qimalarda qon aylanishining buzilishi bo'lib reaktiv yallig'lanish paydo bo'ladi.

II darajasida - Terining epiteliy va o'suvchi qavatigacha jarohatlanadi.

III darajasida - Terining hamma qavatlarini nekrozga uchraydi va qisman teri tagi to'qimalari jaroxatlanadi.

IV darajasida - Terida va chuqurda joylashgan to'qimalarda ham nekroz kuzatiladi.

Patogenezi va klinik manzarasi. To'qimalarning jaroxatlanishida sovuqning tasiri bo'lib qolmay, asosan qon aylanishining buzilishidir: tomirlar spazmi, reaktiv yallig'lanish davrida kapillyarlar, mayda arteriyalarda parez rivojlanib qon aylanishi susayadi, qondagi shaklli elementlar staz holatiga keladi va tromb hosil qilishi kuchayadi. Keyinchalik bu holatga tomirlar devoridagi morfologik o'zgarishlar qo'shiladi, endoteliyda shish, nekroz paydo bo'lib qo'shuvchi to'qimalarda o'zgarishlar paydo bo'lib, tomirlarning obliteratediyasiga olib keladi. To'qimalardagi nekrozning paydo bo'lishi ikkilamchi bo'lib sovuq urushning reaktiv fazasida paydo bo'ladi. Tomirlarda yuzaga chiqadigan o'zgarishlar sovuq urushdan keyin obliteratediyalanuvchi kasalliklarga olib keladi. Sovuq urushlar 92-95 % larda qo'l va oyoqlarda uchraydi.

Sovuq urushlarda ikkita:

1. Reaktiv holatgacha (yopiq).
2. Reaktiv ikkinchi davr yuzaga chiqadi.

1. Reaktiv holatgacha bo'lgan davrda yoki gipotermiya davri bir necha soatdan bir necha sutkaga davom etishi mumkin, ya'ni ularni isitish davrigacha.

2. Reaktiv davri jarohatlangan a'zolar va to'qimalarni isitgandan keyin, qon aylanish tiklanguncha bo'lgan davr. Bu davr erta va kechki reaktiv davrlarga bo'linadi. Erta reaktiv davri isitguncha bo'lgan 12-14 soatgacha davom etadi. Bu davrda mikrosirkulyatsiya, tomirlar devorida o'zgarishlar, giperkogulyatsiya va tromblar hosil bo'lishi yuzaga chiqadi. Kech davrida-nekrotik o'zgarishlar paydo bo'lib har xil yiringli yallig'lanish asoratlari yuzaga chiqadi. Bu davrga hos intoksikatsiya, anemiya, gipoplotemiya rivojlanadi.

Sovuq urushlarning chuqurligiga qarab: I, II yuzaki darajalari, III va IV darajalarini chuqur sovuq urushlar guruhiga kirgiziladi.

Sovuq urushning I darajasida asosan qon aylanishining buzilishi bo'lib, ammo nekrotik o'zgarishlari yo'q. To'liq sog'ayish 7-8 kunga borib sodir bo'ladi.

Ikkinchi darajali sovuq urushda terining yuzaki qavatlarida bo'lib uning o'suvchi qavatida o'zgarish bo'lmaydi. Teridagi o'zgarishlar bilan 2 haftadan keyin tiklanadi.

Uchinchi daraja sovuq urushda terining hamma qavatlarida nekroz holati kuzatiladi va terining regeneratsiya bo'lishi mumkin emas. Nekrotik strup joyidan ko'chgandan keyin granulyatsiyalangan yara paydo bo'ladi va chandiq hosil bo'lib bitishi mumkin. Bunday yaralarni teri ko'chirib o'tkazish yo'li bilan davolash ham kerak bo'ladi.

To'rtinchi daraja sovuq urushda nafaqat teri hatto chuqurda joylashgan to'qimalarda nekroz paydo bo'lib, quruq va ho'l gangrena rivojlanadi. Bemorlarni tekshirishda ularning shikoyatlarini, kasallik anamnezini, sharoitini, va qanday sovuqlikning ta'siri bo'lganligini aniqlash kerak (havo harorati, namligi, shamol, jaroxatlanganlarning sovuqda qolgan muddati) va birinchi yordam ko'rsatish hajmini aniqlash lozim.

Reaktiv davrigacha bo'lgan etapdan sovuq urgan joylarda paresteziya aniqlanadi va keyinchalik o'sha sohada uyishish sezgisi yuzaga chiqadi. Og'riq doimiy bo'lmaydi. Teri o'sha sohada oq'ish

rangda paypaslab ko`rilganda sovuq, sezuvchanlik pasayadi, ayrim holatlarda to`liq yo`qoladi, ana shu davrda sovuq urish darajasini aniqlashning iloji yo`q. Sovuq urushni tarqalishi darajasini, ularning hamma belgilari rivojlangandan keyin bir necha kun o`tib aniqlash mumkin.

1 - darajasida bemorlar kuydiruvchi og`riqqa va ularni isitganda yanada og`riq kuchayishga shikoyat qiladi. Terining oqargan joyi asta sekin giperemiya holatiga o`tadi, hamma sezgi va harakatlar saqlanadi.



118-rasm. Sovuq urish I-II darajasi.

2-darajasida terida qichish paydo bo`ladi, to`qimalarda taranglashish bir necha kun davom etadi. Sovuq urgan sohada pufakchalar ikkinchi kundan boshlab paydo bo`la boshlaydi, pufakchalari ichida tiniq suyuqlik bo`ladi. Pufakchalarga tekkizilganda og`riq sezadi.

3- darajasida og`riq uzoq davom etadi va sovuq haroratning uzoq vaqt davomida tasir qilganligi aniqlanadi. Teri ko`kimtir qizg`ish rangda bo`lib paypaslab ko`rilganda sovuqlik aniqlanadi. Terining jaroxatlangan qismida og`riqni sezish yo`qoladi, keyinchalik terida quruq yoki ho`l nekroz paydo bo`ladi, to`qima joyidan ko`chganidan keyin granulyatsiyalangan yara paydo bo`ladi.

4-darajasida jaroxatlangan terisi ko`kargan, oqargan hamma sezgilari yo`qolgan, sovuq olgan sohalarida harorat juda pastligi aniqlanadi. 2-3 kun ichida shish ko`paya boshlaydi. Birinchi kunlari 3 yoki 4 daraja jarohatlarini ajratib bo`lmaydi. Taxminan bir hafta o`tgach shish kamaya boshlaydi va nekroz bo`lgan to`qimada demarkatsiya chizig`i paydo bo`la boshlaydi.

Agar uzoq vaqt 0°C dan $+10^{\circ}\text{C}$ gacha ta'sir qilganda alohida sovuq urish kasalligi "handaq panjasi" paydo bo'ladi. Panjada og'ir kuyish taxtasimon qattiqlashish sezgisi rivojlanadi. Hama sezgilari yo'qoladi panja oqargan paypaslaganda sovuq. Keyinchalik pufakchalar paydo bo'lib ichidagi suyuqlik yiringlaydi va septik holat rivojlana boshlaydi. Odam tanasining sovuq urushida 45% qo'l va oyoqlarida uchraydi. Bunday paytlarda $+18-20^{\circ}\text{C}$ dagi iliq suvga solinadi 20-30 min dan keyin suvning haroratini $39-40^{\circ}\text{C}$ ga oshiradi. Shundan keyin yengil uqalash 70% spirt bilan artilib aseptik bog'lam qo'yiladi.

Sovuq urishni konservativ va operativ davolash mumkin.

Konservativ davolash - asosan infuzion usul bilan: dekstran, mannitol, qon o'mini bosuvchi suyuqliklar spazmolitiklar trombozning profilaktikasi va dezintoksikatsion davolash o'tkaziladi. Antibiotikaterapiya, imunoterapiya albatta o'ta muhim hisoblanadi. - Xirurgik davolash 3-4 darajalarida qo'llaniladi. Nekrozga uchragan teri qoplamasi nekrektomiya qilinadi. Agar nekrozga uchragan teri hajmi katta bo'lsa nekrektomiya qilib teri ko'chirib o'tkaziladi. Bordiyu 4 darajasida konservativ va nekrotomiyalar yaxshi natija bermasa amputatsiya qilish ham mumkin.

Umumiy organizmning muzlashi.

Bu og'ir organizm patologik holati bo'lib 34°C dan past to'g'ri ichakdagi holat 35°C da past bo'lsa yuzaga chiqadi. Bunday holat asosida qon aylanishi buzilishi modda almashinuvlar to'qimalarda gipoksiya paydo bo'lishi bilan sodir bo'ladi.

Umumiy muzlash 3 ta shaklga ega.

1. Yengil shaklida tana harorati $35 - 34^{\circ}\text{C}$ gacha tushadi.
2. O'rtacha shaklida tana harorati $34 - 29^{\circ}\text{C}$ gacha pasayadi
3. Og'ir shaklida 29°C dan past bo'lib $25 - 22^{\circ}\text{C}$ gacha tushsa o'lim kuzatilishi mumkin.

Yengil adinamik shaklida charchash, holsizlik, uyquchanlik paydo bo'ladi. Nutqi o'zgarmaydi, qaltirash holatida pulsi 60-66 marta, AB biroz ko'tariladi 140/100 mm.sim.ust bo'ladi.

Terisi oqargan ko'kimtir rangda, "go'z terisi" dog'lari paydo bo'ladi. To'g'ri ichakdagi issiqlik $35^{\circ}\text{C} - 33^{\circ}\text{C}$ ga pasayadi.



119-rasm. Sovuq urish III-IV darajasi.

O`rtacha og`irlik stupor shaklda hushi ancha o`zgargan, atrof muhitga befarqlik bo`gimlarda harakat og`riqli, nafas olishi 8-12 marta daqiqada, bradikardiya 34-56 marta, kuchsiz, arterial qon bosimi (AB) pasayadi. Terisi oqargan ko`kimsiz rangda, paypaslanganda sovuqlik aniqlanadi. Og`ir talvasa shaklda, hushi yo`q, ko`z qorachig`i kengaygan, nurga ta`siri pasaygan yoki to`la yo`qoladi, qo`l va oyoqlarda tonik titroqlar ularni yozish ancha qiyin bo`ladi. Terisi oqargan, ko`kargan nafas olishi 1 daqiqada 4-6 marta, siyrak yuzaki, pulsi 30-34 marta, arterial bosim juda past ayrim holatda aniqlanmaydi.

Birinchi yordam ko`rsatishda eng muhimi tezda isitish, 36 °C dagi vannaga tushurish asta sekinlik bilan suv haroratini 38-40 °C ga chiqarish (15-20 minut ichida). Tanani isitish 1,5-2 soat davom ettirilib haroratni 35 °C gacha ko`tarish kerak. Ana shu muollaja bilan bir vaqtda yurak qon tomirlari preparatlari, analgetik, antigistamin moddalar yuboriladi. Bemorlarga issiq choy, kofe beriladi. Bemorni isitib olgandan keyingi asorat (bronxit, pnevmoniya, miyya shishi, falajlik, nevritlar, parez, o`pka shishi) ga qashi profilaktika o`tkazilishi kerak.

XIV BOB

Parazitar xirurgik kasalliklari

Odam organizmida hozirgi kunlarda 150 ga yaqin xar - xil gelmentlar va ularning tuxumlari sifatida uchramoqda.

Exinakokkozlar - hayvonlar va odam organizmida uchraydigan lentali gelmentlar exinakokk (*Echinokoccus granulosus*) deb ataladi. Bu parazitlar bir qismi hayvonlar, quyonlar, echki, cho`chqalar organizimida parazitlik qilib pufakchalar shaklida uchraydi. Itlar, bo`rilar, tulkilar, parazitlar bilan kasallangan hayvonlar go`shtini yeb o`zlarini va odamlarni yuqtirish manbayiga aylanadilar. Odam exinakokkozning oraliq xo`jayini bo`lib hisoblanadi. Odamlarga exinakokkning yuqishida asosiy manbayi bo`lib itlar hisoblanadilar. Itlarga yuqishi tabiiy holda bo`lgan exinakokk pufaklari bilan zararlangan hayvon go`shtlarini iste`mol qilish orqali yuqadi. Veterinariya nazorati bo`lmagan holatlarda kasallangan hayvon go`shtlarini har xil joylarga (ariq, qo`zilgan chuqurlar, handaklarga) tashlab ketadilar natijada qarovsiz daydi itlar yeydilar. Bunday faktlarninig aholining kasalanish darajasini va qishloq xo`jalik mollarini exinakokkozlar bilan zararlanishini aniqlab beradi.



120-rasm: Jigar exinakokkozini yuqish yo`llari

Nazoratsiz daydi itlarning ko'payishi, har xil uy hayvonlarni, itlarni (hovli itlar) degelmintizatsiya qilish tartibi buzilganligi sababli aholining zararlanish xavfi oshmoqda.

Ulug' parazitolog olim K.I.Skryabin tabiricha, "Vrachlar odamlarni, veterinarlar butun jamiyatni davolaydi" degan fikri bugungi kun talabiga aylandi.

O'zbekiston Respublikasini exinakokkozlar uchun epidemik zonalarga aylandi, zararlanish darajasi o'rtacha har 1000 aholidan 6 ta kishida exinakokkoz kasalligi uchramoqda. Respublikada bir yilga qilinadigan operatsiyalar soni 1-1.5 mingga yetgan edi. Shulardan asoratlangan shakllari 25-45% bo'lib, o'lim 2.5-7.0% tashkil qilar edi.

Respublikada veterinariya xizmati alohida nazoratga olingandan keyin ancha holat yaxshi tomonga o'zgardi.

Exinakokk gelmenti odam ichaklariga tushgandan keyin o'zining tashqi qobig'idan ajraladi, qon yoki limfa oqimlari bilan xoxlagan a'zolarga o'tirib qoladilar. Darvoza venasi orqali jigarga boradi va 60-70% parazitlar jigarda to'xtab rivojlanadi, qolgan 10-15% ularning tuxumlari kichik qon aylanish tizimiga tushib o'pka kapillarlarida to'xtab qoladi. Shunday qilib bu parazit 70% jigarda, 15% o'pkada va qolgan a'zolarida rivojlanadi.

Exinakokk tuxumining to'xtagan azolarida o'zining so'rg'ichlaridan ajralib yangi shaklga ya'ni gidativ yoki pufakcha hosil qilish shakllariga o'tadi. Exinakokk pufakchali kista shakldagi bo'shliqqa ega bo'lib uning xitin pardasi suyuqlik bilan to'lgan bo'ladi. Pufak juda sekin o'sadi, bir oyda taxminan 1 mm diametiriga kattalashadi. Exinakokk kistasi juda katta 15-20 sm gacha o'sishi mumkin. Kista o'sish jarayonida atrof to'qimalarini, masalan jigar, o'pka to'qimalarini bosishi mumkin. Ana shu bosim natijasida atrof to'qimalarda aseptik yalig'lanish bo'lib fibroz kapsula hosil qiladi. Kistaning ichki yuzasida xitin yani tuxum qobigi bo'lib, undan yangi har xil kattalikdagi (qiz) pufakchalar va sporalar paydo bo'ladi. Ana shu qiz hujayralardan – yangi avlodlari (nabira pufakchalari) skolexlari hosil bo'ladi. Ana shunday ko'p miqdorda pufakchalar va alohida bo'lgan skoleklar juda ham yuqtirishi xususiyati bilan xavfli hisoblanadi.

Bemorlarni o'z vaqtida operatsiya qilmasa katta kistalar yorilib odam organizimdagi atrof a'zolar va to'qimalarga tarqaladi. Ayrim holatlarda exinakokk kistalari yiriklashib, odam organizmida sepsis holatini keltirib chiqaradi.

Klinik manzarasi - bu kasallikning alohida simptomlari yo'q, exinakokk to'qimalarda uzoq yillar 20 - 40 yil o'sishi mumkin.

Exinakokk kasalligining klinik manzarasi asosan 3 ta bosqichda bo'lishi mumkin.

1. **Yuqtirgan vaqtdan birinchi belgilarining yuzaga chiqishigacha bo'lgan davr.** Bu davr har xil muddatga ega, ayrim holatlarda bir necha o'n yillarga cho'ziladi. Bemor ahvoli bu davrda deyarli o'zgarmaydi.

2. **Ikkinchi davrida har xil simptomlar paydo bo'lib, asosan kistaning kattalashishi bilan atrof to'qima va a'zolarga tarqalishi bilan bo'g'liq bo'ladi.** Bemorlar o'tmas og'riqlarga, charchashga, davriy ravishda allergik reaksiyalar paydo bo'lishiga – terida toshma hosil bo'lishi, qusish, ich ketishi kuzatiladi. Ayrim bemorlarda qorinning yuqori qismida shishsimon hosila paypaslanadi va jigarning kattalashishi paydo bo'ladi.

3. **Uchinchi davrda exinakokkning harxil asoratli belgilari paydo bo'ladi.** Yuzaki joylashgan kistalarning yorilishi va ularning qo'shni a'zolarga (oshqozonga, ichaklarga, bronxlarga, o't xaltasiga, jigar ichi o't yo'lariga) va qorin bo'shlig'iga yorilishi mumkin. Ko'pchilik holatlarda exinakokk kistasining yiringlashi paydo bo'lib, organizimda septik holat rivojlanishi mumkin.

Diagnostikasi: Jigar exinakokkozining diagnostikasida UTT o'ta muhim hisoblanadi. Tekshirish paytida jigarga yumaloq shakldagi va uning ichiga suyuqlik borligi, uning ichiga qo'shimcha borligini aniqlash mumkin.

Diagnostika aniqlashda klinik belgilari, anamnezi, labarotoriya tahlillariga ham e'tibor berish kerak. Extimol allergik holatlarning yuzaga chiqishi- allergik dermatit, har xil toshmalarning paydo bo'lishi ham mumkin.

Jigar exinakokkozida katta ahamiyatga ega – rentgenologik tekshirish. Rentgen orqali kistaning holatini, devorining sxemalarini, uning ohaklanish belgilarini aniqlash mumkin. Bundan tashqari exinakokk kistasining bilvosita belgilari: diafragmaning yuqori turishi, oshqozonning, ingichka ichak sirtmoqlarining siljishini aniqlash mumkin. Selektiv angiografiya qilinganda jigar tomirlarining yoysimon qismlari kutikulyar pardasi va qismlarining fibroz kapsulasida kontrast moddaning to'planib qolishi aniqlanadi. Radioizatop skanerlash bilan

jigarda yoysimon to'liqlik defektini aniqlash mumkin. Laparaskopiya qililib jigarda joylashgan (sigmentlari asosida) kista aniqlanadi.

Avvaldan ishlatilib kelgan biologik testlardan: teri ichi Kazoni sinamasi (exinakokk kistasining steril suyuqligi bilan) o'z ahamiyatini yo'qotmagan. Undan tashqari latex agglutinatsiyasi (sun'iy polesterol smola – bu antigenlar adsorbenti), hamda bilvosita gemo agglutinatsiya reaksiyalari ham muhim diagnostik usullardan hisoblanadilar. Oxirgi ikki tekshrish usullari xavfsiz bo'lib, Kazoni sinamasi – og'ir anafilaktik reaksiya berishi mumkin.

Qon tahlilida eozinofilioz (4 % holatlarda uchraydi) ning sodir bo'lishini ham e'tiborga olish kerak, ammo boshqa kasalliklarda ham eozinofilioz bo'lishi mumkin.

Diagnoz qo'yishda Anfilogof sinamasining ham ahamiyati bor: Kistani palpatsiya qilgandan keyin eozinofillar soni ko'tarilishi (agar parazitlar o'lgan bo'lsa bu sinama manfiy bo'ladi).

Davolash: Exinakokkkozlarni doim xirurgik davolash zarur. Operatsiyani iloji boricha erta qilinishi kerak, chunki og'ir asoratlar berilishini hisobga olish darkor.

Operativ davolashda exinakokk kistasining operatsiyalari: to'liq olinish (ideal exinakokkektomiya), yopiq, ochiq va loperaskopiya yo'li bilan qilinadi. Ayrim holatlarda exinakokk kistasini ochmasdan ideal ravishda juda kam holatda bajariladi.

Ko'pchilik holatlarda operatsiya paytida troakar yoki yo'g'on ignalar bilan exinakokk kistasi punksiya qililib, elektr so'rg'ichi bilan bo'shliqdagi suyuqlik so'rib olinadi. Undan oldin suyuqlik tarqalmasligi uchun hamma himoyalsh tadbirlari qilinadi. Fibroz kapsulasi ochiladi, ichidagi suyuqlik yana so'rib olinadi, kistaninig xitin qobig'lari olinadi. Fibroz kapsulasi bo'shlig'i 2 % glitsirinli-formalin suyuqligi bilan yuviladi, keyinchalik kapitanaj qilib tikiladi. Bu usulni Delbe taklif qilgan edi. Hozirgi vaqtda deyarli qo'llanilmaydi.

Agar bo'shliq hajmi katta bo'lsa bir qism charvi bo'lagi oyoqcha hosil qilgan holda bo'shliqqa xuddi tampon sifatida qo'yiladi. Bu usulni A.P.Askerxanov taklif qilgan edi. Hozirgi kunda ayrim xirurglar tomonidan ham qo'llanilib kelmoqda. Qolgan bo'shliqda o't yo'llari ochilib o't oqishi kuzatilganda uni tikish yo'li bilan bartaraf qilish zarur. Exinakokk kistasi yiringlagan bo'lsa, uni albatta drenajlash lozim.

Jigardagi exinakokk kistasini fibroz kapsulasi bilan uni ochmasdan rezeksiya qilib olish, radikal operatsiya hisoblansa ham o'zini oqlamadi.

Buning sababi operatsiyaning haddan tashqari jaroxatli, qon yo'qotish xavfi yuqoriligi va operatsiyadan keyingi o'lim baland ekanligidandir.

Askaridoz (askaridosiz) – ichak gelmentozi hisoblanadi. Chaqiruvchisi yumaloq gelment askaridasidir. Zararlanish manbai odam. Axlat bilan tashqariga chiqariladigan tuxumi tashqi muhitda voyaga yetadi. Ifloslangan sabzavot maxsulotlari, har xil mevalar kishilar tomonidan yaxshi yuvmasdan, gigiyena qoidalarini buzgan holda iste'mol qilganlarida oshqozon va ichak tizimiga tushadi. Askaridaning lichinkasi ichakning shiliq qavati orqali darvoza venasiga, jigarga undan keyin kichik qon aylanish tizimiga tushadi. O'pkaga lichinkalari tomirlar orqali o'tib, branxiolaga keyin bronxlarga, halqum orqali balg'am bilan oshqozonga yutiladi. Undan keyin ichaklarga o'tib jinsiy balog'atga erishadi. Askaridoz – xirurgik davolashni talab qilinadigan kasallikdir.

Bolalarda va o'smirlik yoshidagi kishilarda massiv askaridoz bilan zararlanganlarida askaridalar uyumi ichaklarda – ichak tutilishini berishi mumkin. Bu ichak tutilishi obturatsion ichak tutilishi klinikasini beradi: to'lg'oqsimon og'riq, axlat va havoning chiqmay qolishi, qorin damlashi agar kasallik ancha chuqurlashganda ichak maxsuloti bilan qusish paydo bo'ladi. Rengenografiya qilinganda ichaklarda to'xtab qolgan suyuqliklarning gorizantal sathi aniqlanadi (Kloyber kosachalari). Qorini paypaslaganda og'riqli, shishli hosila aniqlanadi.

Ayni shu xolatda konservativ davolash foyda bermasa xirurgik operatsiya yo'li bilan davolanadi. Operatsiya paytida askaridalar uyumini yengil ushlab yo'li bilan aniqlanadi. Agar uni iloji bo'lmasa entratomiya qilinib askaridalar olinadi, degelmentizatsiya qilinadi. Qorin bo'shlig'iga askaridalar quyidagi asoratlari berishi mumkin.

Appenditsit - chuvalchangsimon o'simtga kirib o'tkir appenditsit kilinikasini berishi mumkin. Operatsiya paytida uni aniqlash tasodifan topilma hisoblanadi.

Jigar va o't yo'llari askaridozi – juda kam uchraydilar. Askaridalar ichakdan o'n ikki barmoq ichak orqali umumiy o't yo'lga tushishi, undan o't pufagiga, jigar o't yo'lari orqali, jigar ichi o't yo'lariga borib – mexanik sariqlik chaqirishi mumkin. Undan keyin uning asoratlari- xolangit, o'tkir xolesistit, jigar absessi yuzaga chiqadi.

O't yo'llari askaridozi bo'lganda - mexanik sariqlik klinikasi rivojlanadi, xolangit va yuqorida keltirilgan asoratlari paydo bo'ladi.

Retrograt xolangiografiya, UTT, KT yordamida aniq diagnoz qo'yish mumkin.

Askaridalar bilan perforatsiya - asosan oshqozon ichak tizimidagi (qizilo'ngachda, oshqozonda, ichaklarda) bo'lib ularning

devorida patalogik o'zgarishlar (yara, shilliq parda nekrozi) paydo bo'ladi. Perforatsiya bo'lganda yiringli peritonitning kilinik belgilari rivojlanadi.

Askaridozlarning og'ir xirurgik asoratlari bo'lgan holda, rejali bo'ladigan xirurgik operatsiyalardan oldin bemorlarning axlatini gelmentlar tuxumining borligiga tekshirish lozim.

Opistorxos (opisthorchosis) - gelmintozlar gepatobiliar tizimidagi va oshqozon osti bezi gelmentozi. Bu kasallik G'arbiy Sibirda, Qozog'istonda, Volga bo'yi, Dnepr, Don atrofidagi mamlakatlarda uchraydi. Opistorxosning chaqiruvchisi Sibir mushuk ikki so'rg'ichlisidir. Asosiy xo'jayini – odam, mushuklar, itlar, tulkilardir. Oraliq xo'jayini – malyuskalar: qo'shimcha xo'jayini – karb baliqlari hisoblanadi. Suvga tushgan axlat bilan gelmentlar tuxumini maluskalar yutib ular ichida lichinkalar hosil bo'ladi. Lichinkalar baliqlarga o'tadi va baliq mahsulotlarini to'liq qaynatmay iste'mol qilinsa odamlarga o'tadi.

Odam jigarida gelmentlar distrofik va nekrobiologik o'zgarishlarni chaqiradi. Eng og'ir va muhim xirurgik asoratlardan teri, yiringli xolangit va jigar absessini paydo qiladi. Jigardagi absess va o't yo'llari yorilib qorin va plevra bo'shlig'iga tushishi mumkin. Natijada peritonit va plevra empiemasi kelib chiqadi. Surunkali opistorxoslar ko'pincha jigar rakiga olib kelishi aniqlangan. Oshqozon osti bezi opistorxosi bilan zararlanganda o'tkir pankreatit rivojlanadi va uning surunkali shaklida oshqozon osti bezi raki paydo bo'ladi.

Asoratlari aloxida klinik belgilarga ega emas. Diagnoz qo'yishda duodenal shirasidagi gelmentlarning tuxumini aniqlash ahamiyati katta.



121-rasm. Opistarxozning yuqish yo'llari

Davolash: Bunday kasallarni operatsiyadan oldin va undan keyin degelmentizatsiya qilish kerak.

Antigelmentik sifatida xlorksil (gekso xlorparaksikol) ma'lum sxema bo'yicha ishlatiladi.

Amyobiaz (Amoebiasis) - Bu kasallikni (*Entamoeba* va *histolitica*) chaqiradi, asosan yo'g'on ichakda jaroxatlanishi ya'ni yara paydo bo'lib va gematogen disseminatsiya bo'lganda ichki a'zolar (jigar, o'pka, miya) ham zararlanib abscesslar paydo bo'lishi mumkin. Bu kasallik O'rta Osiyo va Kavkaz orti mamlakatlarida uchraydi. Infeksiyaning manbayi odam bo'lib, axlati bilan amyobaning sistalarini chiqaradi. Ifloslangan sabzavot, ko'katlar suv orqali oshqozon ichak tizmiga tushgan sistalar tamonidan kasallik chaqiriladi.

Amyoba yo'g'on ichakning shilliq pardasi ostida joylashib uning atrofida yalig'lanish, to'qimalar nekrozi va yara hosil bo'ladi. Ichaklardagi qon tomirlari orqali qonga o'tib butun ichki a'zolarga (jigar, o'pka, miya) tarqaladi va abscesslar chaqiradi. Ayrim holatlarda ichakdagi yaralar perforatsiya bo'lib yiringli peritonit berishi mumkin.

Ichak amyobiazi bakterial dizenteriyaning klinik belgilarini beradi. Ularning umumiy belgilari (sariqlik, holsizlik, umumiy o'zini yaxshi sezmaslik) tez-tez hojatga borish, ichakning shilliq moddasi qon aralash va malina rangli axlatning bo'lishidir. Diagnostik qo'yishda maxsus serologik reaksiya bilan axlatda amyobaning topilishidir.

Asoratlari: Ichakning gangrenasi - yiringli peritonitga olib keladi va bakterial toksik shok (sepsis) berishi mumkin. Ammo peritonit belgilari yaxshi yuzaga chiqmaydi. Ana shunday diagnozi og'ir sharoitda laparoskopiyaga ko'rsatma hisoblanadi. Agar peritonit belgilar topilsa zudlik bilan operatsiya qilinadi. Agar ichakdagi gangrena aniqlansa - uni rezeksiya qilinadi. Ichakda aniq nekroz holati bo'lsa uni tikish xavfli bo'lib, kolostoma shakllantirish kerak. Amyobali kolitlar ko'pincha amyobali granuloma hosil qiladi. Yara atrofida peritoneal yalig'lanish infiltrati paydo bo'ladi. Ko'pincha bu surunkali yalig'lanish bo'lib - nekroz o'choqlari paydo bo'ladi. Bu kasallik ko'richak va ko'taruluvchi yo'g'on ichak qismida uchraydi.

Diagnostikasida- amyobiazning, klinik manzarasiga e'tibor berish va kolonaskopiya qilinishidir. Axlatda amyobaning topilishi bu to'g'ridan to'g'ri amyobiaz diagnostik qo'yishga asos bo'ladi. Amyoba granulomasi - obturatsiyon ichak tutilishi berishi mumkin.

Asoratlanmagan amyoba granulomasi konservativ davolanadi. Agar bu davo yaxshi effekt bermasa va asoratlarni kuzatilganda operativ davolash kerak.

Appenditsitda – agar amyoba sababli bo'lsa, uning shilliq pardasiga yara paydo bo'lib, ikkilamchi infeksiya rivojlanadi. Agar yo'g'on ichakda katta yaralar bo'lganda ichakdan qon oqish kuzatiladi. Konservativ davolash yordam bermasa operativ davolash zarur.

Jigar absessi – bu har holatda ko'p uchraydigan asoratlarga kiradi va 2-10 % holatlarda uchraydi. Bu absessning alohida xususiyatlari shundan iboratki – absess patogen kapsulasi bo'lmaydi va uning ichidagi maxsuloti erib ketgan nekrozga uchragan to'qimalar, suyuq yiring kofe rangli, hidsiz bo'ladi. Agar ikkilamchi infeksiya tushganda yiring o'ta qo'lansa hidli ko'kimtir rangda bo'ladi. Absess jigarning o'ng bo'lmasida 80-90 % uchraydi. Bunday bemorlarning axvoli o'ta og'ir intoksikatsiya, jigar yetishmovchiligi belgilari va ichaklarda amyobiaz belgilarining qaytarilishi bilan yuzaga chiqadi. Bemorlar o'ng qovurg'a osti sohasidagi og'riqqa, o'ng kurakga berilshiga shikoyat qiladi. Paypaslanganda jigarning kattalashishi, og'riq borligi aniqlanadi. Jigar amyobiaz absess tashxisini qo'yishda maxsus tekshirish usullari: Rentgenalogik tekshirishlar, UTT, kompyutor tomografiya yordam beradi.

Diagnozni yanada aniqlashda UTT orqali diagnostik punksiya qilinadi. Punksiya qilganda yiringni topish diagnozni aniqlaydi. Jigar amyoba absesslari, plevra, qorin bo'shlig'iga hatto o't yo'llariga, qorin parda orqa bo'shlig'iga yorilishi mumkin. Jigarning bu absessini konservativ yani antiamyoba, antibakterial, dezintoksikasion davolash o'tkaziladi. Bu davolash effekt bermasa va yorilish xavfi yuksak bo'lganda yoki yorilish kuzatilganda xirurgik davolash zarur.

O'pka absessi. Amyobaning o'pkaga berilshi pnevmoniya yoki o'pka absessining rivojlanishiga va sepsis holatiga olib keladi. Agar antibakterial konservativ davolash effekt bermasa, uni punksiya qilish va yiringni aspiratsiya qilinadi.

Miyaning amyobali absessi – juda kam uchraydi. Diaqnoz qo'yilishida klinik manzarasi va UTT, KT natijasiga asoslanadi. Miya absessining rivojlanishi bilan sepsis asorati sodir bo'ladi.

Amyobiazning xirurgik asoratlarni profilaktika qilishda epidemiologik tadbirlar o'tqazish va ichak amyobiazlarini o'z vaqtida davolash kerak.

Filyaraitoz (filariatosis) –bu gelmentlar bilan chaqiriladi. Xirurgiyada limfa tugunlarini zararlantiradigan gelmentlar guruhiga kiradi.

Bu kasalliklar yer sharining issiq mamlakatlari bo'lgan Afrika, Janubiy Amerika va Janubiy Osiyo mamlakatlarida uchraydilar. Gelmentlar limfa tomirlarida va tugunlarida parazitlik qiladilar. Ularning lichinkalari limfa va qonda bo'ladi.

Invaziya manbayi– odamlar, maymunlar, it va mushuklar hisoblanadilar. Ularning lichinkalari chivinlar, pashshalar orqali tarqaladi. Mikrofilarialarning rivojlanishi 8-40 kunni tashkil qiladi.

Klinikasi: Bu gelmentlarni rivojlanishi limfa tomirlarida limfa oqimini batamom to'xtatadi, hatto ko'proq limfa yo'lida ham to'xtaydi. Limfastazning uzoq davom etishi – “fil oyoq”ning rivojlanishiga olib keladi.



122-rasm: Fil oyoq giperkeratoz shakli. Sepsis.

Kasallik varaja, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik bilan o'tadi. Limfa tugunlari kattalashadi, qattiq konsistensiyali, limfa tomirlari ipsimon, qizil rangli, og'riqli holatga o'tadi. Limfangit oyoqlarning proksimal qismidan distal qismiga tarqaladi. Infeksiyaning kirish yo'li manbayi bo'lmaydi. Limfangit chov va qo'ltiq osti tugunlariga tarqalishi ham mumkin. Odam tanasida qichishi, donachalar xuddi qichitgiga o'xshash toshmalar paydo bo'ladi. Yallig'lanish holati bir necha oy va yillar davom etib, 2-8 yildan keyin yana qaytalanishi mumkin ya'ni ikkinchi bosqichi boshlanadi. Bu bosqichda limfa tomirlarining varikoz kengayishi, limfastaz, tomirlar yorilishi, limforeya (xilyoz diareya) kuzatiladi. Limfa tugunlari kattalashib flegmona, abscesslar paydo bo'lishi mumkin. Kasallikni uchinchi bosqichida – fil oyoq rivojlanadi

bu ko'proq oyoqlarda, yorg'oqda, kam holatlarda qo'llarda uchraydi, sut bezida va vulvalarda uchraydi.

Diagnozi: Klinik manzaralariga va qondagi mikrofilariyalarning topilishiga asosan qo'yiladi.

Davolash: Boshlang'ich davrida parazitga qarshi dietil karbamazin 0,1 grammdan 3- marta beriladi, 7-10 kun davom etishi kerak. Albatta qondan mikrofilariyalarning nazorat qilish kerak. Ikkinchi bosqichida antibakterial terapiya. Abscess, plevra empiemasi, peritonit bo'lganda xirurgik davolash kerak. Bunda asosan fil oyoqda – teri, teri osti bo'shliqlari fassiyalari batamom kesib olinadi. Teridagi deffekt dermaton bilan olingan laxtaglar bilan yopiladi.

Paragonimoz (Paragonimosis) - Bu kasllik gelmentlar bilan chaqirilib asosan o'pka va odam miyasida bo'ladi. Paragonimoz uzoq Sharq, Xitoyda (asosan) Yaponiyada, Koreyada, Filippin, Indokitay, Afrika, Janubiy Amerika mamlakatlarida uchraydi.

Paragominozning chaqiruvchisi – Trematoda paragonimus westermanii hisoblanadi. Asosiy xo'jayinlari, odam, mushuklar, cho'chqalar, itlar, yo'barslar, mangustlar, qo'shimcha xo'jayinlari – krablar va chig'anoqlar. Parazitning tuxumlari balg'am yoki kam holatlarda axlat bilan suvga tushadi, 4-haftadan keyin lichinkasi tuxumdan chiqadi va malyuskalarning (oraliq xo'jayni) tanasiga tushadi va ular serkariylarga aylanadi va malyuskalar organizmidan ajralib baliqlar, krab va chig'anoqlar tanasiga o'tadi. Ana shu krablarni chig'anoqlarni yaxshi qayta ishlanmaganlik natijasida odamlar iste'mol qiladi.

Odamlarning ichaklarida metaserkarilardan hali to'la o'smagan paragonimuslar ichak devorlarini perfaratsiya qilib qorin bo'shlig'iga tushadilar va migratsiya bo'lib diafragma orqali ko'ks oralig'i va o'pkaga tushadi. Ana shu joyda o'tirib qoladi va rivojlanadi. O'pkada zararlangan to'qimasida yallig'lanish paydo bo'ladi va 2-3 oydan keyin paragonimoz kistasi hosil bo'ladi. Bu kista ichida yiring va parazitning tuxumlari bo'ladi.

Bemorlarda eng avvalo abdominal sindromlar- enterit, o'tkir qorin, o'tkir gepatit yallig'lanishlari rivojlanish mumkin. Parazitni o'pkaga o'tishi bilan bronxo-pnevmaniya belgisi yuzaga chiqadi. O'pkada bo'ladigan intoksikatsiyada – taxikardiya, distrofik o'zgarishlar, miokardit kuzatiladi.

O'tkir miya paragonimozida meningitning klinik belgilari paydo bo'ladi. Eng muhim simptomlaridan: qattiq bosh og'rig'i, titroq talvasa sindromi, epilepsiyaga o'xshagan talvasa sindromi, xushini yo'qotish mumkin va sepsis rivojlanadi.

Diagnostikasi: Qorin bo'shlig'i laparaskopiya qilinganda gemorragik, fibrinozno – yiringli suyuqlik topiladi. Shu suyuqlikni mikroskopiya qilinganda gelmentning yosh shakllari topiladi. Bunda anamnezidan endemik o'choqda bo'lish, baliq mahsulotlaridan krablar, go'shtlarini iste'mol qilishni aniqlash kerak. Balg'amning rangi qizil-qo'ng'ir rangda bo'lishi, mikroskopiya qilinganda parazitning tuxumlari topiladi. Albatta - teri ichi sinamasi maxsus antigen bilan qilinadi. O'pkani rentgenalogik tekshirishlarida uning o'rta bo'laklarida diffuz qorong'ulanish belgilari aniqlanadi.

Davolash: Bitinol 10 kun davomida 30-40 mg.kg tavsiya qilinadi, sutkalik dozasi 2-3 marta beriladi. Xirurgik davolashda o'pkani rezeksiya qilish yaxshi natija bermaydi. Bosh miya paragonimozida – xirurgik davolashda ko'rsatma bo'lib kistani olib tashlashdan iborat. Bu holat ruhiy va nevrologik simptomlar rivojlanganda va konservativ davolash natijasiz bo'lganda qilinadi.

XV BOB

MAXSUS XIRURGIK INFEKSIYALAR

Suyaklar va bo`g`inlar tuberkulyozi

Suyak va bo`g`inlar tuberkulyozi ikkilamchi bo`lib xisoblanadi. Bu kasallikda asosan o`pkada, keyinchalik limfatik tugunlarni va seroz pardalarni jaroxatlashi bilan hamma - suyaklar va bo`g`inlarda keyin rivojlanadi. Tuberkulyozning lokalizatsiyalari 10 % ni tashkil qiladi.

Tuberkulyoz kasalliklari bilan uzun naysimon suyaklarning epifizida, barmoq suyaklarining diafizida uchraydi. Suyak-bo`g`inlar tuberkulyozining eng ko`p uchraydigan xili - bu umurtqalarning jaroxatlanishi bo`lib - tuberkulyoz spondiliti - 40 % holatlarda uchraydi.

Chanoq-son bo`g`inida 20 % (tuberkulyoz koksiti, tizza bo`g`inida - tuberkulyoz goniti 15-20 % xolatlarda) uchraydi. Suyak va bo`g`inlarning tuberkulyozida mikobakteriyalar asosiy manbalardan gematogen yo`l bilan rivojlanadi. Tuberkulyoz mikobakteriyasining o`tirib qolgan joyida (tuberkulyoz) do`mboqcha hosil bo`ladi va yallig`lanish suyakning epifiz qismidan uning iligidan boshlanadi. Bu xolat asosan bolalarda boshlanib suyakning shu qismida qon aylanishi ancha sustlashgan. Ana shu holatda birlamchi ostit yoki tuberkulyoz osteomieliti boshlanadi.

Xosil bo`lgan tuberkulyoz do`mboqchasi suzmasimon nekrozga uchraydi, uning atrofida yana yangi do`mboqchalar paydo bo`ladi va ular birinchi do`mboqlar bilan qo`shilib ketadi, katta konglomerat xosil qilib nekrozga uchraydi, uning atrofida granulyasiya paydo bo`ladi, ular ham nekrozga uchraydilar.

Nekrozning tarqalishi suyak to`qimasini jaroxatlaydi va nekrotik to`qima suyakdan ajralib suyak sekvestrini xosil qiladi. Rivojlanayotgan tuberkulyoz o`chog`idagi yallig`lanish bo`g`inlarga o`tib, bo`g`in qopchasida do`mboqlar xosil qiladi. Bu do`mboqlar ham nekrozga aylanib, bo`g`indagi tog`ay qismini emiradi va yaqinda joylashgan suyak to`qimasiga o`tadi. Vaxolanki 5 % holatlarda birlamchi sinovial pardalari jaroxatlanib-tuberkulyoz sinoviti yuzaga chiqadi, ammo bu xolat yaxshi muhitda o`tib, suyaklarning bo`g`in qismida emirilish paydo bo`lmaydi.

Suyak-bo`g`in tuberkulyozining oqimi 3 fazada o`tadi.(P.G.Kornev bo`yicha)

1. Birinchi fazasi-preartrit: artritdan oldingi fazasi-bo`g`in atrofidagi suyakning epifizida o`choq paydo bo`ladi.

2. Ikkinchi fazasi-artrit: suyakdagi yallig`lanish bo`g`inga o`tib, ikkilamchi artrit boshlanadi.

3. Uchinchi fazasi-postartritik: kasallikning stabilizatsiya xolati yoki tugallanish davri.

Suyak-bo`g`in tuberkulyozini fazalarga bo`lish kasallikning klinik manzarasini va davolash tadbirlarini tuzishda yordam beradi. Bunday kasalliklarni tekshirishda umum qabul qilingan chizma asosida o`tkaziladi. Bemorlarning anamnezi aniqlanadi, shikoyati va klinik tekshirishlar o`tkaziladi. Kasallikning boshlanishida ishtaxaning yo`qolishi, charchashlik, ayniqsa jismoniy xarakat qilganda, ozib ketish, subfebril tana xarorati.

Agar shunday xolatda tuberkulin sinamasi musbat bo`lsa-tuberkulyoz umumiy intoksikatsiyasi sindromi deb ataladi. Bemorlardan anamnezini yig`ishda eng avvalo oyoqlardagi funksional faoliyatining buzilishini va undan keyin xarakat qilganda belda og`riq paydo bo`lganligini, keyinchalik chanoq-son va tizza bo`g`iniga o`tishini aniqlash mumkin. Og`riq asosan yurganda paydo bo`lishi, ota-onalarda tuberkulyoz bormi, yo`qligi yoki tuberkulyozning ochiq shakli bilan bemorlar bilan kontakt bo`lganligini, yuqumli kasalliklarni o`tkazganligini aniqlash zarur.

Bemorlarni ko`rganda ularning ozishi, oyoqlarning birida mushaklar atrofiyasi borligi, shilliq pardalari va terisida oqarish topiladi.

Bemorlarni erta rentgenologik tekshirishlar o`tkazilganda - suyak va bo`g`inlar tuberkulyozida suyaklarning meta-epifizar qismida uning ko`mik qismida-osteoporoz, sekvestrlarning yumshoq soyasi-«bir bo`lak qandning erishi» simptomi aniqlanadi. Osteoskleroz va periostit bo`lmaydi.

Tuberkulyoz yallig`lanishi bo`g`inlarga o`tkanda-avval bo`g`in yorig`ining kengayganligi, keyinchalik torayishi, bo`g`in tog`ayida va suyaklarda egri-bugrilik aniqlanadi. Suyak-bo`g`inlar tuberkulyozini surunkali gematogen oteomielit bilan differensiyalash zarur.

Tuberkulyoz spondiliti. Umurtqalar tuberkulyozi suyak tuberkulyozining ko`p uchraydigan lokalizatsiyalaridan xisoblanadi. Asosan bolalar erta yoshligida ko`proq kasallanadi. Amaliyotda 2- va 4-umurtqalar, ko`krak umurtqalari, kamroq xolatlarda bel umurtqalarida

uchraydi. Klinik belgilari kasallikning rivojlanish fazasiga bog'liq xolda yuzaga keladi.

Spondilyozdan oldingi fazasi. Tuberkulyoz umurtqalarning tana qismida rivojlanadi va ularga xos belgilar-tuberkulyoz intoksikatsiyasi paydo bo'ladi: bolaning ishtaxasi bo'lmaydi, ariqlaydi, xar-xil asabiy xolatda bo'ladi, Mantu reaksiyasi musbat, qonida limfotsitoz va eritrotsitlarning cho'kish tezligi (ECHT) oshadi.

Umurtqalar tomonidan klinik belgilar paydo bo'lmaydi. Diagnostika quyishda rentgenografiya qilinganida-osteoporoz va umurtqaning tana qismida destruksiya topiladi.

Spondiloz fazasi. Bu fazasida umurtqalar tana qismida emirilish bo'lib, umurtqalararo disklarga tarqalib, atrof yumshoq to'qimalarni ham qamrab oladi. Bu fazasida tuberkulyozga xos umumiy klinik belgilardan tashqari bola tanasini bukkanda umurtqalar soxasida og'riq va harakatning chegaralanganligi paydo bo'ladi. Klinik belgilaridan ko'rik paytida umurtqalar sohasida qiyshtayish, o'tkir o'simtasi o'sib chiqqan, o'rkach xosil bo'lganligi aniqlanadi. Shu fazada Kornev simptomi-ya'ni tizgin belgisi-bel mushaklarining taranglashishi, ko'krak suyaklari burchagidan zararlangan umurtqaga boradigan tortma paydo bo'ladi, tanani to'g'irlashda, o'tkir o'simtasiga bosilsa og'riq paydo bo'ladi.

Postspandilolitik faza-xolatning to'xtashi bilan xarakterlanadi va absesslar, oqmalar xosil bo'lishi mumkin.

Tuberkulyoz koksiti - ko'proq 3-4 yoshdagi bolalarda uchraydi. Hamma suyak-bo'g'in tuberkulyoz kasalliklarining ichida 20 % ni tashkil qilib, ikkinchi o'rinni egallaydi. Bu kasallik tuberkulyoz intoksikatsiyasi belgilari: og'riq, uning yurganda ko'payishi bilan, bolalar tezda toliqadigan bo'lib qoladi. Asosan og'riq chanoq-son bo'g'inida bo'lib, tizza bo'g'iniga irradiatsiya beradi. Mushaklarda atrofiya boshlanadi. Bolalar majburiy xolatda, oyog'ini yarim bukilgan xolatda ushlashga va og'riqning biroz susayishini sezadi. Chov va dumba soxasidagi burmalar tekislanadi. Ehtimol yiringli oqmalar xosil bo'ladi.

Rentgen bilan tekshirganda chanoq-son bo'g'inining yorig'i qisqaradi. Osteoporoz, son suyagining bosh qismida va bo'g'in bo'shlig'ida emirilish kuzatiladi.

Tuberkulyoz gonit-juda erta yoshli bolalarda uchraydi. Tuberkulyoz goniti suyak-bo`g`in tuberkulyoz kasalligining ichida 3-o`rinni egallab, 15-20 % ni tashkil qiladi.

Periartrit fazasida - suyakning epifiz qismida jaroxatlanish bo`lsa, uning artrit fazasida bo`g`in jaroxatlanadi.

Preartrit bosqichida - asosiy belgisi umumiy intokiksiya sindromi rivojlanib, funksional buzilishlar - bola yurganda oyog`ini sudrab bosadi, oqsoqlanadi, tezda charchaydi, og`riq yo`q.

Artrit bosqichida - bo`g`inda og`riq boshlanadi. Bo`g`inda shish paydo bo`ladi. Terisi silliq, bo`g`in konturi tekis, bo`g`inning umumiy ko`rinishi noto`g`ri shaklni oladi. Bo`g`in qopqoqchasida erkin harakatlanish paydo bo`ladi, uni bosganida ichkariga ketadi, qo`yib yuborganda yana ko`tariladi.

Bolalar oyog`ini bukilgan holda saqlaydi. Yiringli oqmalar kam holatda paydo bo`ladi, oqmadan yiring bilan mayda suyak sekvestrlari chiqa boshlaydi. Kasal oyog`ining son tashqi soxasidagi terisidagi burmasi sog` tomoniga qaraganda qalin-bu Aleksandrov belgisi deyiladi.

Rentgenologik tekshirishlarda suyaklarning bo`g`in qismida osteoporoz, bo`g`in yorigi torayadi, agar kasallik uzoq davom etganda suyaklarning bo`g`in qismida emirilish paydo bo`lishi aniqlanadi.

Qo`l barmoq suyaklarining va oyoq panjasining tuberkulyozi-bu yosh bolalarda birinchi yillarda uchraydi. Barmoqlari qalinlashgan, ularni xarakatlantirganda og`riq sezadi. Terisi qizargan, qalinlashgan, shishgan. Rentgenda-falangalarda osteoporoz va periostal reaksiyalar paydo bo`ladi.

Davolash. Suyak va bo`g`in tuberkulyozini davolash kompleks xolda o`tkaziladi (konservativ va operativ usullar qo`llaniladi). Asosan katta ahamiyatga ega yetarli darajada oziq-ovqatlardayetarli darajada oqsillar, vitaminlar, mikroelementlarning bo`lmasligidir. Juda muhim klimatoterapiyaning ahamiyati bor.

Antibiotikoterapiyada-tuberkulyozga qarshi muxim antibiotiklar (rifampitsin, nikloserin, kanamitsin) va ximik antibakterial preparatlar ham yaxshi ta`sir qiladi. bemorlarning jaroxatlangan joylariga tinchlik berish-suyaklarning har xil deformatsiya bo`lib ketishidan saqlaydi. Shu maqsadda har xil shinalar, korsetlar, gipsli bog`lamalar, gipsli krovatlar qo`llaniladi.

Suyaklarni immobilizatsiya qilish kasallikning tugatilishigacha qo'yiladi. Tuberkulyoz spondilitda korsetni kiyish bir necha yil tavsiya qilinadi.

Davolashning muhim usullaridan biri bu xirurgik davolashdir.

Radikal operatsiya - bu nekrektomiya - tuberkulyoz o'chog'ini umurtqalar tanasidan, suyaklar epifizidan olib tashlash; suyaklarni rezeksiya qilish-suyaklarning bo'g'in qismida emirilish bo'lganida o'sha qismini olib tashlash kerak.

Yordamchi-davolash operatsiyasiga - artrodez-bo'g'inlarda xarakatni to'xtatish, tuberkulyoz spondilitda spondilodez qilinib, suyak transplantatlari yoki metall tuzilmalar yordamida umurtqa fiksatsiya qilinadi. Agar orqa miyaning kisilishi bo'lsa laminektomiya qilinadi.

Korreksiya va tiklash operatsiyalari - bu operatsiyalar a'zolarning funksiyasini tiklash uchun (qo'l va oyoklarni, bo'g'inlarni, umurtqalarni) qilinadi. Odatda bu operatsiyalar yallig'lanish xolati o'tgandan keyin o'tkaziladi. Bularga osteotomiya va trepanatsiya operatsiyalari kiradi.

Tuberkulyoz limfadeniti -limfa tugunlarining tuberkulyoz sababli yallig'lanishi bo'lib, organizmning umumiy kasalligi bo'lib xisoblanadi.

Bunday xolatlarda bolalik yoshlarida birlamchi tuberkulyoz ko'krak ichi limfa tugunlarning jaroxatlanishi bilan qo'shma bo'ladi. Kattalarda noaniq tuberkulyoz fonida limfatik tugunlarning jaroxatlanishi bo'lib, boshqa a'zolarda kam o'zgarishlar bo'ladi. Limfadenit ikkilamchi tuberkulyoz sifatida o'tadi. Tuberkulyoz limfadenitning uchrashi sur'ati tuberkulyozning umumiy ijtimoiy tarqalishiga qarab yuzaga chiqishiga bog'liq. Bolalarda periferik tugunlarida limfadenitning rivojlanishi o'pkadan tashqari aktiv tuberkulyoz shaklida aniqlanadi.

Infeksiyalarning kirish darvozasi bo'lib mindalinalar bo'lib, bunda bo'yin hamda jag'osti limfatik tugunlari yallig'lanish holatiga tortiladilar. Infeksiya limfogematogen yo'l bilan ko'krak ichi limfatik tugunlar, o'pka yoki boshqa a'zolardan o'tadi.

Tuberkulyoz limfadenitining uch shakli mavjud:

1. Infiltrativ
2. Kazeoz (oqma bilan yoki oqma bo'lmaydi)
3. Indurativ shakli.

Klinik manzarasi. Kasallikning o'tkir boshlanishida baland tana xarorati, tuberkulyoz intoksikatsiyasi, limfa tugunlarining kattalashuvi, yallig'lanish-nekrotik o'zgarishlar va perifokal infiltratsiya kuzatiladi.

Tuberkulyoz limfadenitining alohida belgisi bor: periadenit borligi-limfa tugunlarning jaroxatlanishi, bir-biri bilan yopishib konglomerat xosil qiladi va har xil kattalikda bo'ladi. Katta yoshdagi kishilarda kasallikning boshlanishi sekinlik, limfa tugunlari kam kattalashgan va juda kam holatlarda oqma xosil bo'ladi. Eng ko'p holatlarda bo'yin, jag' osti va qo'litiq osti limfa tugunlari yallig'lanadi.

Aniq diagnoz qo'yishda anamnezi-ya'ni tuberkulyoz kasallari bilan yaqin aloqada bo'lishi va reaksiya Mantu - tuberkulinga bo'lgan reaksiya bo'lib - ko'pincha tuberkulyoz o'pkada bo'lsa va boshqa a'zolarida ham bo'lishi mumkin. Muhim diagnostik usullardan ya'ni jaroxatlangan limfa tugunlaridan punksiya qilib biopsiya olishdir. Tugunlarda kalsiyning o'tirib qolishi rentgenda qattiq tortma yumshoq to'qimada paydo bo'ladi va bo'yinda, jag' ostida va qo'litiq osti soxasida kuzatiladi. Tuberkulyoz limfadeniti nomaxsus yiringli limfadenit va limfagranulematoz va o'sma shishlarining to'qimalarga metastazi bilan differensiyalash zarur.

Davolash. Buni davolashda limfadenitning yallig'lanishi xarakteriga, boshqa a'zolarida ham bo'lgan o'zgarishlar hisobga olinadi.

Faol davrida birinchi qator antibiotiklari tavsiya qilinadi: antibiotiklar aminosalitsil kislota bilan etionamid, pirazinamid, etambutol bilan qo'shma tavsiya qilinadi.

Davolash 8-12 yoki 18 oylar davom etadi. Agar yiringlash qo'shilganida keng ta'sir qiluvchi antibiotiklar tavsiya qilinadi. Limfa tugunlarida kazeoz o'zgarishlar kuzatilganda operativ davolash - limfadenektomiya, umumiy tuberkulyozga qarshi davolash bilan oqmalarni kesib olish qilinadi.

Aktinomikoz

Aktinomikoz(aktinomycosis) -maxsus infeksiyon kasallik bo'lib, aktinomitsetlar(nurli zamburuglar) bilan chaqirilib qattiq infiltrat xosil qilish bilan va surunkali o'tishi bilan alohida xususiyatga ega.

Patogenezi. Odamning bu kasallik bilan ifloslanishida og'iz bo'shlig'ining shillik pardalariga, xalkumga, ichaklarga, bronxlarga nurli zamburug'larning chaynash paytida va ular donining nafas

olishda (pichan xar xil o'tlar poyasi bilan) ular nafas yo'llariga ketishi mumkin.

Bu aktinomitsel donalarining qaerda to'xtashi bilan bo'yin-yuzda ichak va o'pka shakllari rivojlanishi mumkin. Zamburug'larning to'qimalarga kirishi bilan yallig'langan granulyoma paydo bo'ladi, taxtasimon qattiqligi va atrof to'qimalarni egallab oladi. Xosil bo'lgan infiltratning ichida yumshalgan o'choq paydo bo'lishi, uning ichida suyuq yiring va zamburug' shingili paydo bo'ladi. Keyinchalik bu infiltrat o'zicha yoriladi va xar xil egri bugri yo'l xosil qilib oqma yoki yara xosil qiladi. Boshlang'ich davrida regionar limfa tugunlari kattalashmaydi, ikkilamchi yallig'lanish paydo bo'lgandan keyin regionar limfa tugunlari kattalashib flegmona, abscess yuzaga chikib regionar limfadenit paydo bo'ladi. Ana shu holatga (infiltratga) tomirlar tortilsa infeksiyaning yanada rivojlanishiga-maxsus aktinomikoz sepsisi paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Aktinomikozning eng ko'p paydo bo'ladigan lokatsiyasi (50 %) yuz va bo'yinda bo'ladi. Infiltrat paski jag' va bo'yinda bo'ladi.

Eng erta yuzaga chiqadigan simptomi-jag' sohasida qattiqlashgan teri tagida xosila, chaynash muskullarida shish, asta-sekinlik bilan teri tagi to'qimasiga, teriga ayrim holatlarda suyaklarga o'tadi. Ana shu davrda juda qattiq, xarakatsiz infiltrat xosil bo'ladi.

SHu davrda uni tuberkulyoz limfadeniti, o'sma shish bilan differentsiallash kerak. Pastki jag'ning burchak qismida, bo'yinda terisi ham jaroxatlangan bo'lib, ko'kimtir-qoramtir rangdagi taxtasimon qattiqlikdagi atrof to'qimalar bilan yopishgan infiltrat paydo bo'ladi. Keyinchalik infiltrat sohasida ko'p sonli yiringli oqma hosil bo'ladi. Yiring suyak, hidsiz, uning tarkibida mayda zamburug'lar donalari bo'ladi.

Aniq tashxis qo'yish uchun yiring mikroskop ostida ko'riladi yoki teridan, infiltratdan, limfa tugunlaridan bioptat olinadi. Agar aktinomikoz shingillari topilsa aktinomikoz diagnozi qo'yiladi. Aktinomikozning ichaklarda eng ko'p uchraydigan qismi-ko'richak, chualchangsimon o'simta hisoblanadi, ingichka va yo'g'on ichakning qolgan qismlarida kam uchraydi.

Ichaklarning shilliq pardalaridagi infiltrat yara hosil qiladi va infiltrat qorinning old devoriga yopishadi, emirilish bosqichida tashqi oqmalar xosil qiladi. Ayrim holatlarda qo'shni a'zolarga: siydik qopiga, buyraklarga, qorin parda orqa bo'shlig'iga ochiladi. Bu infiltratni

appendikulyar infiltrat bilan differensiyallash kerak. O'pka aktinomikozida o'pka to'qimasida granulyoma hosil bo'ladi.

Qattiq infiltrat plevruga, bronxlarga, o'pka tomirlariga tarqaladi. Infiltratning emirilishi natijasida abscess, kaverna va oqmalar xosil qiladi. Bu oqmalar tashqariga ko'krak to'qimalariga tarqalib pnevmoskleroz xosil qiladi. Differensial diagnozni o'pka tuberkulyozi, o'sma shishlar bilan o'tkazish kerak.

Rentgenologik usullar, KT, bronxoskopiya yordamida aktinomikoz diagnozi quyilishi mumkin. Balg'amdan aktinomikoz shingilini topilishi o'ta muxim xisoblanadi.

Davolash - asosan yod preparatlari(kaliy yodid) bilan rentgenoterapiya bilan birga qo'llaniladi. Yuz va bo'yin aktinomikozlarini davolash xar xolda yengil. Agar konservativ davolash effekt bermasa xirurgik davolash kerak. Xirurgik davolash-ichaklar rezeksiyasi yoki o'pka rezeksiyasi konservativ davolash bilan birga o'tkaziladi.

Sibir yarasi(anthrax)

Sibir yarasi(anthrax) - sibir yarasing spirogen tayoqchasi bilan chaqiriladi (*B.anthraxis*). Bu infeksiya odamlarga uy xayvonlaridan, qo'ylar va katta shoxli mollardan o'tadi. Odam organizmiga Sibir yarasi bilan kasallangan mollar bilan kontaktda bo'lsa, ularning terisi va junini qayta ishlashda, go'shtini iste'mol qilganda sodir bo'ladi. Mikroorganizmning kirish joyiga qarab ichak shakli (ovqat bilan tushadi) yoki o'pka (sibir yarasi sporalarining xavo yo'li bilan tushishi) shakllariga bo'linadi. Teri shakli terining timalishi, ukol, qattiq qichishda timash orqali tushadi.

Xirurgiya amaliyotida asosan teri shakli muxim xisoblanadi. Terida ko'pincha karbonkul hosil bo'ladi. Ular tananing ochiq qismlarida-yuzida, bosh qismida, bo'yin qismida (60 %), qo'llarda (25%) holatlarda uchraydi.

Klinikasi. Inkubatsion (2-7 kun) davridan keyin qizil tuguncha paydo bo'ladi, 1-2 sutkadan keyin ular pufakchaga aylanadi, ko'kimtir suyuqligiga ega bo'ladi, atrof to'qimasida shish paydo bo'ladi. Pufakchalar yorilganidan keyin markazida qora nekrotik to'qima va uning atrofida yangi pufakchalar paydo bo'ladi.

Shish tez rivojlanib regionar limfadenit paydo qiladi, intoksikatsiya, baland harorat yuzaga chiqadi va nekrotik to'qima tagida

seroz yoki gemorragik suyuqlik ajrala boshlaydi. Ayrim xolatlarda bemorlar axvoli og'irlashadi va sepsis rivojlanishi mumkin.

Diagnoz. Bakteriologik taxlillar (pufakcha, strup, yara) va klinik ko'rinishiga asosan qo'yiladi.

Davolash. Ichak va o'pka shakllarida infeksiyon klinikalarda davolanadi. Teri shaklida o'lim 2,2 %, yuzda va bo'yinda bo'lganda ancha xavfli. Asosan konservativ davolash zarur. Aseptik bog'lamlar. Faol xirurgiya (karbonkulni ochish, nekrotik to'qimalarni kesib olish) mumkin emas, chunki infeksiya yana generalizatsiya bo'lishi mumkin.

Maxsus davolashda - sibir yarasiga qarshi zardob 50-150 mg 2-3 kun tanaffus bilan, antibiotiklar (siprofloksatsin, benzilpenitsillin, eritromitsin), ximioterapevtik moddalar qilinadi.

XVI- BOB

QON LIMFA AYLANISHLARINING BUZILISHLARI

Qo'l va oyoqlarda qon aylanishlarining buzilishi avvalo arteriya qon tomirlari orqali oqib kelishi yoki qonning vena qon tomirlari orqali oqib kelishining buzilishlari bilan sodir bo'ladi.

Limfa aylanishining buzilishida ham limfa suyuqligining oqib kelishi buzilishi bilan limfa turg'unligi hosil bo'ladi. Bunday holat limfa tugunlarida yoki tomirlarida jaroxatlanish kuzatilganda sodir bo'ladi.

Qon aylanishining va limfa suyuqligining aylanishidagi har xil buzilishlarining sabablari har xildir. Ammo sabablar orqali yuzaga chiqadigan arteriya, vena va limfa aylanishining buzilishi klinik jihatdan ko'p o'xshashliklari mavjud.

Qon va limfa aylanishlarining yetishmovchiliklarining tasnifi:

- I. Arteriyadagi yetishmovchiliklar:
 - a. O'tkir ishemik sindrom (o'tkir arteriya yetishmovchiligi).
 - b. Surunkali ishemik sindrom
- II. Venoz yetishmovchiliklar:
 - a. O'tkir venoz yetishmovchiligi.
 - b. Surunkali venoz yetishmovchiligi.
- III. Limfa aylanishlarining yetishmovchiligi.
 - a) Limfostaz
 - b) Fil oyoq

O'tkir arteriya yetishmovchiligi – arteriya qon tomirlarida bo'ladigan yetishmovchilik, arteriya qon tomirlarining embol yoki tromb bilan bekilib qolishi natijasida kelib chiqadi. Arteriya emboliyasi ko'pincha uning devorida hosil bo'ladigan tromblar sababli paydo bo'ladi. Bunday asoratlar miokard infarktida, yurak klapnlarining nuqsonlarida, yurak aritmiyasida kuzatiladi. Venalarda emboliya bo'lishi boldirning va sonning chuqur venalaridagi, katta teri osti venasida yuqoriga ko'tarilishi, safena femoral venalar quyiladigan joyda hosil bo'lgan tromblar hamda kovak venadagi tromblarning ko'chishi sababli sodir bo'ladi. O'rnidan ko'chib ketgan tromb qon oqimi bilan avval o'ng yurak bo'lmachasiga o'ng yurak qorinchasiga undan keyin o'pka arteriasiga o'tadi. Ayrim holatda embol yurak qorinchasidagi qiyshiq teshik yopilmaganda qon orqali chap yurak qopiga o'tib arterial tizimga o'tishi mumkin. Emboliyaning boshqa kam uchraydigan turidan havo

embaliyasi bo'lib katta kalibrli venalar jarohatigayoki tomirlar ichiga suyuqliklar quyulishiga tehnik hatoliklar bo'lganda uchraydi. Yana bir xili yog'li embaliya bo'libbu turi uzunnaysimon suyaklari singanda uchraydi.

Surunkali arterial yetishmovchiliklar

Arterial qon tomirlarda sekinlik bilan o'tuvchi stenoz va okkluziyalarida surunkali yetishmochilik rivojlanadi. Bunday holatlar obliteratsiyalovchi endoartritlar, Reyno kasalligida, Byurger kasalligida, obliteratsiyalanadigan arterioskleroz kasalliklarida uchraydilar. Arterial qon tomirlarida uchraydigan degenerativ yoki ateriosklerotik o'zgarishlar kasalliklarda rivojlanib arterial qon tomirlar devorlarida o'zgarishlar paydo qilib devori torayib qoladi. Ana shu torayib qolgan joylarida tromb hosil qilib yoki surunkali yoki o'tkir arterial yetishmovchiliklar rivojlanib gangrenalarga olib keladi.

Venoz qon oqimibuzilishining –asosiy sababi oyoq-qo'llardagi venalar trombi yoki tromboemboliyaning paydo bo'lishidir. Surunkali venoz yetishmovchilikda asosan avval o'tkazilgan chuqur venalar tromboflebiti yoki varikoz kasalligidir.

Limfa aylanishining buzilishi-bu kasallik quyidagi har xil kasalliklar sababli rivojlanadi. Limfangit-limfa tomirlarining jarahotlanishlari hamda limfa tugunlarining travmatik, gematoma, chandiqlar, limfa tugunlariga metastazi sababli buzilishlarida uchraydi.

Tomirlar kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish.

Bunday kasalliklarda aniq diagnoz qo'yib ham mavjud qiyinchiliklardan holi emas. Shuning uchun bemorlarni issiq, alohida xonalarda qo'l oyoqlarini simmetrik holatda yaxshilab ko'rish kerak.

Bemorlarda ko'pincha, oyoqlarda o'tkir, holsizlik, charchoqlik, oyoqlarda og'irlik, sezgining buzilishi va shish va terida mayda toshmalar paydo bo'ladi. Yurganda oyoqlarda paydo bo'lgan og'riq, tinchlanganda og'riqning o'tishi arterial qon oqish yetishmovchiligining belgisidan bo'lib, arteriyadagi stenoz yoki okklyuziyadan darak beradi. Bu holatni – oqsoqlik deyiladi. Bu belgining yuzaga chiqishi qon aylanishining buzilishi darajasiga bog'liq. Mushaklarda bo'ladigan og'riqlar-arterial qon aylanishining buzilishining doimiy belgisi hisoblanadi. Paraesteziya, uyushib qolishi, chumoli yurishi belgisi, og'riqni sezmaslik ham arterial qon tomirlar yetishmovchiligi belgisidir.

Oyoq qo'llarda shishning paydo bo'lishi venoz qon aylanishning va limfaning oqib ketishining buzilishidir. Ular doimiy yoki kechqurun ko'payishi ertalab shishning yo'qolishi mumkin.

Obyektiv tekshirish – umumiy ko'rik paytida varikoz kengayishlar bo'lganida ularni tezda aniqlash mumkin.

Bu kasalliklarga hos har xil trofik o'zgarishlar yuzaga chiqadi. Mushaklarda bo'ladigan gipotenziya albatta arterial kasallikning ko'rinishidir. Terilarda bo'ladigan distrofik o'zgarishlar uning silliqlashishi, sochlarning to'kilishi, quruqlashishi, yorilishlar, giperkeratozlarning paydo bo'lishi qon bilan taminlanishining buzilganliklaridan kelib chiqadi. Bundan tashqari terida oqarish, sianoz, belgilari ham muhim diagnoztik ahamiyatga ega.

Qo'l oyoqlarda shishning paydo bo'lishi ularning hajmiga ko'payishi venoz va limfa aylanishining buzilishi belgisi bo'lib ularning lokalizatsiyasi va yuzaga chiqishi, kasallikni og'irlashishiga bog'liq.

Palpatsiya-bir necha belgilarni aniqlashga imkon beradi.

1) Eng avvalo teridagi holatni har xil jihatlarda aniqlash imkonini beradi.

2) Arterial-venoz oqmalar bo'lganda sistolik qaltirashni, flebolitlarni teri orqali kalsinozlashgan va kasallangan tromblarni aniqlash mumkin.

3) Tomirlardagi pulsatsiyani simmetrik holda oyoqlarda solishtirish mumkin.

Perkussiya-bilan gematoma chegaralarini aniqlash mumkin ammo qiyin holat.

Auskultatsiya orqali: o'mrov ustida, chov, kindik, sohalarida eshitib ko'rish mumkin. Arterialarning torayishida – sistolik; arterio-venov oqmalarda sistolo - diastolik shovqinlar eshitiladi.

Ikkala qo'l, oyoqlarda ularning hajmini aniqlash – simmetrik holda tekshirib – shish borligi va davolashda bo'ladigan o'zgarishlarni aniqlash mumkin.

Maxsus tekshirish usullari:

1) Ostillografiya – bu puls tebranishini registratsiya qiladi. Tomirlar devoridagi tebranishlar ostillografik indeks aniqlanadi va uning pasayishi arterial qon aylanishni yetishmovchiligini ko'rsatadi.

2) Reovazografiya – to'qimalarning tomirlarda qon bilan to'lishishini grafik holda aniqlaydi.

3) Doplerografiya – bu ultra tovush orqali qon oqishning holatini, regionar sistolik bosimni, vena klapanlari holatini o`lchaydigan usuldir.

4) Radioizotop diagnostikasi – qisqa muddatli ishlaydigan radionuklidlar yordamida qon oqimini aniqlaydi.

5) Termometriya – elektrotermometr yordamida qo`l bilan oyoqda teri haroratini o`lchaydi. Infraqizil termografiya ham ishlatiladi. Simmetrik holda temperaturani aniqlash, qonning aylanishi holatini aniqlashdir.

6) Rentgenkontrastli arterio -flebo -fimfografiya usuli. Bu usul tomirlarda qonning o`tishi arteriya, vena, limfa tomirlaridagi holati, embol, tromb, klapanlar ularning torayishi, okklyuziyasi aniqlanadi.

7) Kapillyaroskopiya – tirnoq o`rnidagi kapilyarlar orqali mikroskopik tekshirish bo`lib periferik qon oqishini baholaydi.

Arteriya tomirlarida qon o`tkazuvchanligining buzulishlari.

Arteriya qon tomirlaridagi kasalliklari bilan bemorlarda – doimiy qo`l va oyoq terisi oqargan bo`lib arteriya qon oqish yetishmovchiligi belgisi hisoblanadi. Agar bemorlarni qo`l oyoqlarini gorizantal holdan birdaniga vertikal holga o`tkazilganda terisidagi oqarish oq- ko`kimtir rangga o`zgaradi. Terisi quruq, kepaklashishi, tirnoqlarida o`zgarishlar, sochlarning to`kilishi, yengil sinadigan bo`lishi, mushaklarda atrofik belgilari paydo bo`ladi.

Tomirlardagi pulslar kuchsiz hatto yuqolishi mumkin. Oyoqdagi puls: son arteriyasida (a.femoralis) Pupart bog`lamlarining pastki o`rta qismida, tizza osti arteriyasi pulsi – oyoqni tizza bo`g`inidan bukilgan holda tizza osti chuqurchasida, panja (a. doslis pedis) – 1 va 2 barmoqlar sathida suyaklar orasida, boldir orqa (a.tibialis posterior)– ichki tupiq orqasida aniqlanadi. Qo`llarda arteriya tomirlari pulsatsiyasi a.braxialis, a.radialis tomirlaridan aniqlanadi.

Arterial qon oqishlar holatini baholashda maxsus sinamalar ishlatiladi

1. **Oppel sinamasi** – bemor orqaga yotqiziladi, oyoqni 45 gradus burchak hosil qilgan holda ko`tariladi shu holda 1 min davomida ushlaydi, oyoq panjalarining kaft qismida oqarish bo`lsa qon aylanish buzulishi borligi aniqlanadi.

2. **Samuyels sinamasi** – oyoqlar ko'tarilgan holda 20-30 marta boldir – panja bo'g'imida bukish amalga oshirilganda agar panja kaftida oqarish paydo bo'lsa demak arterial yetishmovchilik bor.

3. **Moshkevich sinamasi** – oyoqlar ko'tarilgan holda bemor yelkasiga yetgan holda 5 min ga tasma qo'yiladi. Tasmaolingandan keyin-giperimiya paydo bo'lishi vaqti kuzatiladi. Normada 5-30 sek. dan keyin paydo bo'ladi, obliteratsiyalanuvchi endoarteriitida 3-5 min dan keyin paydo bo'ladi. Bu sinama kasallikning boshlanishi, kompensatsiyasi davrida ahamiyatlidir. Oqsoqlik simptomining boshlanishi bilan subkompensatsiya va dekompensatsiya bosqichlari boshlanadi va bu sinama ahamiyatini yo'qotadi. Teri xaroratinig pasayishi ($0.5-0.7^{\circ}\text{C}$) darajaga tushganda qon aylanishining buzilganligini ko'rsatadi. Ostillografiya pulsning tebranishi xususiyatining (ostillyatsiyaning pasayishi) pasayishi qon oqimining buzilganligi belgisidir. Reografik indeksining pasayishi arterial qon oqishning buzulishidir. Kapillyaroskopiya qilinganda obliteratsiyalanuvchi endoarteriitlarda buralgan (burama burama) to'rsimon kapillyarlarning torayganligi aniqlanadi. Rentgenokonstrast usulda arteriografiya qilinganda tomirlarning ichki qavatining o'zgarganligi va okkulyuziya borligi aniqlanadi.

O'tkir arterial yetishmovchiliklar

Birdaniga paydo bo'lgan arterial qon oqishining to'xtashi natijasida yuzaga chiqqan o'tkir arterial yetishmovchiliklarda – **gangrena tez rivojlanadi**. Arterial qonning to'xtab qolishi ko'pincha travma natijasida – arteriyalarning yirtilishi, tasma bilan qisilishi, operatsiya paytida ularni bog'lab qo'yish, tromb, emboliya sababli tomirlarning bekilib qolishi, ayrim holatlarda havo emboliyasi, yog' parchasi bilan ham yopilib qolishi mumkin.

Emboliya yuzaga chiqqanda ham oyoq va qo'llarda ishemiya holati paydo bo'ladi. Klinik belgilarining paydo bo'lishida tomirlarning katta va kichik kalibriga, bekilgan sathiga, kollateral qon aylanishiga va bekilgan vaqtiga bog'liq bo'ladi. Agar kata tomirlarda emboliya paydo bo'lganda – o'tkir ishemiya klinikasi yuzaga chiqadi va quyidagi faktorlarga bog'liq:

1. Magistral tomirning bekilib qolishi va uning yuqori qismida tomirning cho`zilishi;

2. Hamma arterial tizimda spazmning (reflektor) paydo bo`lishi (qo`l va oyoqlarda), uning shaxobchalarida, kollaterallarda bekilgan joydan pastda kuzatiladi.

3. Bekilgan joydan pastda qon oqimining susayishi va qonning ivishiga qarshi tizimdagi o`zgarishlar sababli tromb hosil bo`lishining davom etishi.

Emboliyaning aniq sathini aniqlash uchun maxsus klinik tekshiruvlar: teri termometriyasi, ostsillografiya, reografiya, angiografiya o`tkaziladi.

Magistral tomirlarda tromboemboliyaning klinik oqimi bo`yicha 3ta bosqichga bo`ladilar: (Savelyev V.S)

I. **Ishemiyaning I bosqichi**– funktsional buzilish bosqichi. Bu bir necha soat davom etib, qo`l va oyoqlarda juda qattiq og`riq bilan boshlanadi. Teri qoplamasi oqaradi, ushlab ko`rilganda sovuq. Periferik tomirlarda puls aniqlanmaydi. Og`riqli va taktil sezgilari saqlanadi, faol harakat bo`g`inlarda saqlanadi. Kasallikning bu bosqichida qon aylanish to`la tiklanishi mumkin.

II. **Chegaralangan organik o`zgarishlar bosqichi.** Og`riq va taktil sezgilari yo`qoladi, bo`g`inlardagi faol va passiv harakatlari juda chegaralangan, mushaklarda kontraktura boshlanadi. Terisi ko`kargan. Bu bosqichning davomiyligi 12-24 soat. Tomirlar o`tkazuvchanligi tiklangandan keyin qo`l va oyoqlarni saqlab qolish mumkin, ammo to`la o`z funksiyasini yo`qotadi yoki chegaralangan bo`lib qoladi.

III. **Nekrotik bosqich bo`lib,** gangrena rivojlanadi. Emboliyadan 24-48 soatdan keyin boshlanadi. Bu bosqichda qo`l va oyoqlar to`la hamma sezgilarini yo`qotadi va ehtimol harakat ham yo`qoladi. Magistral tomirlar o`tkazuvchanligi tiklanganda ham, qo`l va oyoqlarda rivojlanayotgan gangrenani to`xtatib bo`lmaydi. Ayrim holatlarda demarkatsiya sathi pasayadi va amputatsiya sathi aniqlanadi.

Qo`l va oyoqlarda ishemiya bosqichlarini aniqlash uni davolash usullarini tanlashga yordam beradi. I va II bosqichlarida arteriyalardagi qonning o`tishini radikal holda tiklash zarur. III bosqichida – ya`ni nekrotik bosqichida davolash befoyda. Ammo bemor hayotini saqlab qolish uchun amputatsiya qilinishi kerak.

Klinik manzarasi. Bu kasallik belgisi emboliyaning boshlanish vaqti bilan to'g'ri keladi va og'riqli sindrom bilan boshlanadi. Og'riq birdaniga boshlanadi. Og'riqning o'tkir xarakterligi nafaqat arteriya tomirining bekilib qolishi bilan, hatto kollateral tomirlarda reflektor spazm bo'lishi bilan ham bog'liq bo'ladi. Og'riq— birinchi va doimiy emboliya uchun simptom bo'lib hisoblanadi. Og'riq shunchalik kuchli bo'lishi mumkinki, hatto bemorlar shok holatiga tushib qoladilar. Og'riq ko'pincha oyoq va qo'llarning distal qismida, ayrim holatlarda embol bo'lgan sohada boshlanib keyin distal qismga tarqaladi. Agar avval ivishish, terida murcha yurgandek sezgi paydo bo'lishi, paresteziya, qo'l-oyoqlarda sovuqlik sezish va keyinchalik og'riqning paydo bo'lishi arteriyaning embol bilan to'liq qoplanmaganligidan darak beradi. Arteriyalarda qoning to'liq o'tmay qolishi, ikkilamchi tromb hosil bo'lishi bilan ishemiya rivojlanishi mumkin. Kasallikning bunday kechishi o'n bemordan bittasida katta arteriyalari tromboemboliyasida uchraydi. Juda tez nevrologik simptomlar rivojlanadi: og'riqdan keyin birdaniga uyushish, murcha yurishi sezgisining paydo bo'lishi, undan keyin hamma sezish xususiyatining yo'qolishi bilan biroz vaqt o'tgach mushaklarda harakat yo'qoladi. Bemorlar tromboemboliya bilan umumiy ahvoli yomonlashadi. Bunday kasallik ko'pincha yurak-qon tomir kasalligi bilan og'rikan bemorlarda uchraydi. Puls tezlashadi, sianoz- lablarda, shilliq pardalarda boshlanadi, hansirash, arterial bosim tushadi, shok rivojlanadi. Qo'l-oyoqlarni ko'rganda, terisi oqargan, ko'kimtir dog'lar bilan qoplanadi (marmar rangli teri). Dog' paydo bo'lgan joylar murda terisini eslatadi. Terisi ushlab ko'rilganda sovuq, ayniqsa periferik sohalarda aniqlanadi, teri harorati past- sog' tomoniga qaraganda 2-3 darajaga farq qiladi. Og'riq va taktil sezgilari yo'qoladi. Bemorlar ko'zlarini yumgan holda terisiga o'tmas narsa tekkanligini yoki igna sanchganligini aniqlab beradi. Agar terida shu holat buzilsa, demak to'qimalarda qaytarib bo'lmaydigan o'zgarishlar bo'lganligini ko'rsatadi. Periferik arteriyalarda puls yo'qoladi. Pulsning yo'qolishi va o'tkir ishemiya manzarasi bilan katta diagnostik ahamiyatga ega. Harakatning yo'qolishi barmoqlardan boshlanadi, avval chegaralangan keyinchalik to'liq falajlik paydo bo'ladi.



123-rasm. Panja tomirlari pulsatsiyasini aniqlash.

Davolash. Bu kasallikda birinchi yordam arterial tromboemboliya bo'lganda og'riqsizlantiruvchi preparatlar yuborish, qo'l-oyoqlarni immobilizatsiya qilib, muz to'ldirilgan idishlar bilan o'ralgan holda tezga xirurgiya bo'limiga yuborish kerak. Arterial tromboemboliya bilan bemorlarni davolash individual bo'lib, embolning lokalizatsiyasiga, kasallikning vaqtiga, ishemiya bosqichiga bog'liq. Konservativ davolash bilan birga, 1,5-2 soat ichida operatsiya qilish zarur. Konservativ davolash erta bosqichlarida kasallik boshlanishdan 6 soatgacha o'tganda bemorlarning og'ir ahvolda ekanligida, emboliya mayda arteriyalarda bo'lganda va operatsiyaga tayyorlash maqsadida qilinadi.

Konservativ davolash:

1. Antikoagulyantlar (geparin natriy, antikoagulyantlar bilvosita tasiri, fibrinolitiklar (streptokinaza, streptodekaza).
2. Antiseptik terapiya- tomirlarni kengaytiruvchi qamallar.
3. Kollaterallarni yaxshilaydigan tadbirlar qilinadi (Bernard toki, vakuum-apparati).

Xirurgik davolash. Radikal operatsiyalar- embolektomiya, arteriyalar plastikasi, tomirlarni shuntlash va operatsiyalar tomirlardagi o'tkazuvchanlikni tiklash maqsadida qilinadi. Palliativ-operatsiyalar kollateral qon aylanishlarini yaxshilash, magistral tomirlar o'tkazuvchanligini tiklamasdan qilinadi. Bu operatsiyalarga simpatektomiya kiradi. Agar gangrena rivojlangan bo'lsa, amputatsiya qilinadi.

Surunkali arterial o'tkazuvchanlikning buzilishi

Surunkali arterial o'tkazuvchanlikning yo'qolishi patologik holat bo'lib, arterial tomirlar torayishi sekinlik bilan o'tib, qo'l-oyoqlardagi ishemiyaga olib keladi. Bundan tashqari quyidagi kasalliklarda ham yuzaga chiqadi:

1. Obliteratsiyalanuvchi endoarteriit, obliteratsiyalanuvchi trombangit (Byurger kasalligi), Reyno kasalligi. Bu kasalliklarni-obliteratsiyalanuvchi endoarteriit deb ataladi. Reyno kasalligi bu qo'llar tomirlarida uchraydi. Byurger kasalligida bir vaqtning o'zida mayda yuzaki venalar jaroxatida uchraydi (migratsiyalanuvchi tromboflebit).

2. Obliteratsiyalanuvchi ateroskleroz- buning asosida aterosklerotik holatlar bo'lib, tomirlarning torayishi va obliteratsiyalanuvdir. Bu kasalliklar uchun umumiy belgilar- surunkali arteriyalar yetishmovchiligi ya'ni **ishemik sindromining** rivojlanishidir.

Obliteratsiyalanuvchi endoarteriitlarning asosiy simptomlaridan-bu og'riq. Eng erta simptomlaridan, oqsoqlik bo'lib, qo'l va oyoqlardagi qon aylanishining ko'rsatkichi bo'lib hisoblanadi. Bemorlarning boldir mushaklarida, panjasida og'riq paydo bo'ladi va bemorlar to'xtashga majbur bo'ladilar. Biroz og'riq o'tgandan keyin yana yurishni davom ettiradi. Bu simptomlarning rivojlanishiga qarab oyoqlardagi ishemiyaning holatini aniqlash mumkun.

I darajada – 500 m yurgandan keyin og'riq boshlanadi.

II darajada – 200 m dan keyin og'riq paydo bo'ladi.

III darajada – 20-30 m va tinch holatda ham og'riq bo'ladi.

IV darajada – nekroz va gangrena boshlanadi.

Surunkali arterial yetishmovchilikda 4 bosqichda bo'ladi.

1) **Kompensatsiya** – bemorlar tez charchashga shikoyat qiladilar, mushaklarda og'irlik, oyoq panjalarida sovuq sezish, 200-500 m yurgandan keyin oqsoqlash, mushaklarda kuchsizlik, barmoq uchlarida igna sanchgandek holatlar paydo bo'ladi.

2) **Subkompensatsiya** – ya'ni, ishemiyaning o'tib ketishi holati paydo bo'ladi. Bemorlar oyoq panjalarida va barmoqlarida sovuq sezishlari, oqsoqlikning aniq belgilari paydo bo'ladi. Terisi oqargan va harorati pasaygan. Tinch holatda ishemiya belgilari pasayadi. Agar yaxshi davolansa, ehtimol kompensatsiya holatiga o'tadi.

3) **Dekompensatsiya** – qon aylanishi buzilib, trofik o'zgarishlarga olib keladi. Bemorlar nafaqat yurganda, hatto tinch o'tirganlarida ham

og'riq sezadilar, uyqusizlik paydo bo'ladi. Og'riq barmoqlarda, oyoq panjasining ostki sohasida tashqi soxasida ham og'riq bo'ladi. Bemorlar to'shakda yotib qolishga majbur bo'ladilar, ko'pincha ular oyoqlarini kravatdan osiltirib o'tirsalar og'riq biroz kamayadi. Terisi oqargan, quruq, ko'kargan dog'lar paydo bo'ladi, mushaklar atrofiya holatida. Panja tomirlarida puls aniqlanmaydi. Barmoqlarida qoramtir-ko'kimtir dog'lar paydo bo'lib, shishgan va qalinlashadi.

4) **Gangrena-ishemiya bosqichi** simptomlari aniq, og'riq juda qattiq va doimiy, chidab bo'lmaydigan darajada bo'ladi. Oyoq panjasida shish, ko'kargan, barmoqlari ko'kargan-qora rangda, burishgan-quruq gangrena paydo bo'ladi. Agar infeksiya aralashsa, ho'l gangrenagao'tadi.

Obliteratsiyalanuvchi ateroskleroz

Obliteratsiyalanuvchi ateroskleroz— obliteratsiyalanuvchi ateroskleroz umumiy aterosklerozning mahalliy ko'rinishidir. Bu kasallik ko'pincha ishemik sindromga ya'ni, oyoqlardagi surunkali arterial yetishmovchilikka olib keladi. Bu kasallik 50 yoshdan baland va chekuvchilarda ko'proq uchraydi. Ularning anamnezida – qandli diabet, xolesterin almashinuvining buzilishi, avitaminoz, oyoqlarning uzoq sovuqda bo'lishi ham ahamiyatli. Asosan katta arteriya qon tomirlari – aorta bifurkatsiyasi, yonbosh, son, tizza osti arteriyalari ko'proq jarohatlanadi. Qo'l tomirlari deyarli bu patologik holatlar bilan kasallanmaydilar. Bu kasallar anamnezida koronar (infarkt miokardi) va miya qon tomirlari buzilishi, gipertoniya kasalligi aniqlanadi. Son arteriyasida puls deyarli aniqlanmaydi, ammo oyoq panjasida nekroz hamma vaqt ham bo'lmaydi.

Angiografiya qilinganda, tomirlarda egri-bugrilik, proksimal qismida okklyuziya aniqlansa, **Rentgenogrammada** – tomirlarning ohaklanishi kuzatiladi.

Obliteratsiyalanuvchi endoarteriit – surunkali tizimli neyrodistrofik tomirlar kasalligi bo'lib, oyoq arteriyalarining segmentli okklyuziyasi bilan xarakterlanadi. Kasallik oyoqlardagi mayda arteriya qon tomirlarining jarohati bilan boshlanadi. Ayrim holatlarda qo'l tomirlarda bo'lishi mumkin. Asosan erkaklar (97%) 20-40 yoshlarda kasallanadi.

Etiopatogenezi. Bu endoarteritlarning etiologiyasida ko'pchilik klinikistlar neyro-reflektor faktorlariga va autosensibilizatsiya bilan bog'laydilar. Bunday qarashlari oyoqlarning uzoq vaqt sovqotishi, oyoqlardagi sovuq urishlar, uzoq vaqt chekishlar, oyoqlarning doimiy ravishda sovuqda bo'lishi ham bu kasallikning rivojlanishiga olib kelishini ko'rsatadi.

Patologik o'zgarishlarning asosida—endoarterit kasalligida tomirlarning torayishi va keyinchalik tromboz hosil bo'lishi yotadi. Boshlang'ich stadiyasida endoteliyaning ajralishi—*kapillyar angiomatoz* ichki pardasida paydo bo'ladi. Keyinchalik o'rta pardasining gipertrofiyasi paydo bo'ladi, ichki elastik membranasi qalinlashadi. Vena tomirlarida ham shu holat rivojlanib, arteriovenoz anastamozlarida gipertrofiya paydo bo'ladi. Anamnezida bu bemorlarda asab ruxiy zo'riqish, chekish, oyoqlarni sovuq olishi, hatto sovuq urishi aniqlanadi. Kam holatlarda koronar va miya qon aylanishining buzilishi, gipertoniya kasalligi va qandli diabet aniqlanishi mumkin.

Klinik manzarasi. Kasallikning boshlang'ich paytlarida oyoq panjasining I barmoqlarida — sovuq sezish, og'riqni sezish holati paydo bo'ladi. Boldirning tashqi yuzasi terisidan tuklari tusha boshlaydi. Ammo shu holatlarda bemorlar vrachlarga bormaydilar. Keyinchalik oyoqlarda chumoli yurgandek sezish, uyushish, sababsiz charchash seza boshlanadi. Ayrim holatlarda, jismoniy yuklama bo'lsa, spastik og'riqlar boshlanadi. Bemorlar issiqlikni yaxshi ko'tara olmaydilar: og'riq paydo bo'ladi, oyoqlarda og'riq yuzaga chiqadi. Ko'pincha bu bemorlar timoqlarida zamburug'lar, panaritsiya bo'lishi mumkin. Boldir mushaklarida ishemiya bo'lishi sababli, yurganda oqsoqlik paydo bo'ladi. Kasallikning rivojlanishi bilan, qon aylanishning buzilishiga olib keladi. Og'riq doimiy bo'lib, kechalari kuchayadi, bemorlar kechasi uxlamaydigan bo'lib qoladi. Oqsoqlik kuchayadi — og'riq tufayli ko'proq bemorlar yurishdan to'xtaydilar. Oyoqlarda sovqotish, oyoq panjalarida kuyish hissi, uyushish paydo bo'ladi. Ko'rganda terisi ko'k-qoramtir rangga o'tadi, barmoqlar atrofiya holatida, panjalari shishadi, tirnoqlar plastinkasi qalinlashadi, deformatsiya bo'lib terilarida chuqur yorilishlar paydo bo'ladi. Bu **pregangrenoz** bosqichi deyiladi. Ana shu bosqichda trofik yaralar paydo bo'ladi — ular uncha kattab bo'lmay og'riqli bo'ladi. Panja arteriyalarida puls yo'qoladi, hatto tizza tagi va son arteriyalarida ham pasayadi, barmoqlarda nekroz paydo bo'la

boshlaydi. Nekrotik holatlarning rivojlanishi gangrenaga olib keladi. Og'riq doimiy simptom bo'lib qoladi.

Angiografiya qilinganda tomir devorlari silliq bo'lib, periferik tomirlarda torayish paydo bo'ladi.

Byurgerning obliteratsiyalanuvchi trombangiti – bu obliteratsiyalanuvchi endoarteriitlarning bir shakli hisoblanadi. Byurger trombangitiga xarakterli belgilarining: bemorlar yoshlari – 30-35 yoshgacha, kasallik progressiyalanish va regressiya berish xususiyatiga ega. Bemorlarda sensibilizatsiya va allergiya reaksiyalari aniqlanadi. Doimo rivojlanayotgan ishemiya holati bu kasallikning simptomlaridan (arterial yetishmovchilik) va migratsiyalanuvchi tromboflebitdir. Kasallik umumiy allergik reaksiya bilan – tana haroratining ko'tarilishi, qon tarkibida o'zgarishlar bo'ladi, arteriya va venalarda tizimli-o'choqli o'zgarishlar bo'ladi, teri, mushaklarda, suyak, asab tizimida va ichki a'zolarida har xil o'zgarishlar aniqlanadi. Vena tomirlarida o'zgarishlar bo'lib, flebit va tromboflebit rivojlanadi va ho'l gangrenaga olib keladi.

Davolash. Obliteratsiyalanuvchi ateroskleroz kasalligi bo'lgan bemorlarga qon tomirlarni kengaytiruvchi dorilar qo'llaniladi. Tromboz kuzatilganlarida antikoagulyantlar, sanatoriya-kurort davolash buyuriladi. Chegaralangan arteriyalar stenozini hosil bo'lganda, endovaskulyar – **tomirlar dilatatsiyasi** qilinadi, alohida ballonli kateterlar orqali o'tkaziladi. Agar okklyuziya magistral arteriyalarda bo'lganida–protezlash, shuntlash operatsiyalari, agar gangrena bo'lganida–amputatsiya qilinadi.

Obliteratsiyalanuvchi endoarteriitlarda yallig'lanishga qarshi, allergik, tomirlarni kengaytiruvchi, og'riqni qoldiruvchi, hamda ganglioblokatorlar, gormonal preparatlar, fizioterapiya (UVCH-terapiya, Bernar toki, elektroforez), sanatoriya va kurort davolash qo'llaniladi.

Xirurgik davolash usullaridan– simpatektomiya (bel, ko'krak simpatektomiyalari). Agar gangrena bo'lsa amputatsiya qilinadi.

Vena qon aylanishi yetishmovchiliklari

O'tkir vena yetishmovchiligi sindromi. Bu sindrom oyoq va qo'llardagi chuqur vena tomirlarida o'tkir bekilib qolishi natijasida hosil bo'ladi. Bu kasallikning asosiy sabablari – tromboz, tromboflebit,

yaradorliklar, katta venalarni bog'lab qo'yish bilan vena qon oqib ketishini to'xtatib qo'yishdir.

O'tkir venoz yetishmovchiligi yuzaki venalarning trombozi, tromboflebitida yuzaga chiqmaydi, asosiy venoz qon oqib ketishi chuqur venalar orqali oqib ketadi, yuzaki venalar esa kengkommunikant venalar tarmoqlarini hosil qilishi bilan kompensatsiyaga olib keladi. Yuzaki venalar tromboflebitida yallig'lanish belgilari yuzaga chiqadi. Qachonki magistral venalarda o'tkazuvchanlik buzilsa, o'tkir venoz yetishmovchilik paydo bo'ladi. Qo'l sohasida—o'mrov osti va qo'litiq osti venalarida, oyoqlarda—umumiy son va yonbosh venalarida aniqlanadi. Son venasiga o'tkir tromboz yoki tromboflebit bo'lganda, oyoqlarda shish va terisida sianoz kuzatiladi.

O'tkir tromboz magistral chanoq va son venalarida kuzatilganda, chov sohasida sonning ichki yuzasi bo'ylab og'riq paydo bo'ladi. Aniq shish oyoqlarda, oraliq sohasida, qorinning old devori pastki qismida kuzatiladi. Palpatsiya qilinganda chov va yonbosh sohalarida og'riq borligi aniqlanadi. Oyoq terilarida sut rangli oqarish, agar tromboz magistral chanoq va sonda kuzatilganida *oq flegmaziya (phlegmasia alba dolens)* yani venoz gangrena paydo bo'lib, o'limga olib kelishi mumkin. Agar chanoq va oyoq hamma venalarining total trombozi bo'lganida og'ir venoz yetishmovchilik rivojlanib — *ko'k flegmaziya (phlegmasia caerulea dolens)*, ya'ni venoz gangrena paydo bo'lib, o'limga olib keladi. Kasallik juda o'tkir, to'satdan chov, son va oyoqlarda qattiq og'riq, tezda oyoqlarda massiv shish, oraliq, dumbada paydo bo'ladi. Terisi ko'kargan, ushlab ko'rilganda sovuq, qoramtir-ko'kimtir dog'lar epidermisning ajralishi bilan, pufaklar (gemorragik suyuqlik bilan to'lgan) paydo bo'ladi. Bu belgilar gangrenaga xosdir. Tezda sezgilar shu sohalarda yo'qoladi. Arteriyalarda pulsatsiya aniqlanmaydi. Bemorlar ahvoli og'ir- kuchli holsizlik, nafasi tezlashgan, baland tana harorati, pulsi tez, kuchsiz, AB juda tushgan. Bunda septik shok qo'shilishi mumkin va 4-8 soat ichida venoz gangrena rivojlanishi mumkin.

Oyoqlardagi surunkali venoz yetishmovchiligi sindromi

*Oyoqlardagi surunkali venoz yetishmovchiligi sindromi (OSVYS)*ga olib keluvchi bir qator patologik holatlar mavjud bo'lib, shulardan vena tomirlari varikoz kengayishi va postrombotik sindromlar

hisoblanadi. Vena tomirlari kasalligi bilan 9-20 % yuqori yoshdagi Yevropa aholisi xastalanib, 0,5-2 % bemorlarda trofik yara hosil bo`ladi. Odamlarning ko`pchiligini 40-60 yoshli kishilar tashkil qiladi.

Surunkali venoz yetishmovchiligining asosida vena qonining oqib ketishi xususiyatining buzilishi bo`lib, varikoz kasalligining sekin rivojlanishi yoki o`tkir venoz yetishmovchiligining asorati sifatida hamda chuqur venalar tromboflebitida paydo bo`lishidir.

Posttrombotik sindromida vena qonining oqib ketishi rekanalizatsiyasi bo`lgan chuqur venalar orqali yoki kollaterallar va shundan yuzaki venalar orqali noto`g`ri qon oqishi ya`ni kommunikant venalardagi klapanlar yetishmovchiligi hosil bo`lishi bilan bog`liqdir. Vena qon oqishining buzilishi natijasida hosil bo`lgan qon turg'unligi stazga, suyuqlikning to`xtab qolishiga, to`qimalarda shishning paydo bo`lishiga va bular o`z navbatida **trofik o`zgarishlarga** olib keladi. Bu hammasi to`qimalarda modda almashinuvi buzilishlarini keltirib chiqaradi.

Surunkali venoz yetishmovchiligi og`riqning, to`qimalarda shish, trofik buzulishlar, trofik yaralar paydo bo`lishi bilan yuzaga chiqadi.

Venalarning varikoz kengayishi

Varikoz kasalliklarining patogenezida chuqur venalardagi ektaziya va boldir kommunikant venalarining yetishmovchiligi bo`lib, chuqur venalardan qonning patalogik holda (qayta) yuzaki venalarga o`tishidir. Bu kasallikning ham rivojlanishiga tasir qiladigan vena devorlaridagi va klapanlaridagi qattiq elastik holatining buzilishi (tug`ma harakterli) xisoblanadi. Tomirlar ichi bosimining oshishi, uzoq yurushlar oyoqlardabo`lishi, og`ir ish bajarishi vena qonining oqib ketishi qiyinlashishi bu qorin bo`shlig`ida bosimning oshishi (ich qotishlar, xomiladorlik) agar tug`ma moyillik bo`lganlarda vena tomirlainning yorig`i kengayib ketadi. Kengaygan venalar va ulardagi klapan yetishmovchiligi (chuqur venalarning) retrograd qon oqishiga olib keladi va kominikant venalarning kengayib va klapanlar yetishmovchiligi qonning yuzaki venalarga reflyuks bo`lishiga olib keladi. Bu gipertenziya holati alohida tugunlar paydo bo`lishiga olib keladi. Ana shu sababli surunkali venoz yetishmovchiligi paydo bo`lib, mikrosirkulyatsiya buzilishiga olib kelib, trofik yaralar xosil bo`ladi. Keyinchalik boldir va sonning orqa venalarida uncha ko`rinarli

bo'lmagan kengayishlar paydo bo'la boshlaydi. Paypaslaganda venalar yumshoq yengil puchlanadi. Dekompensatsiya boshlanganda bemorlar venalarining kengayishi bilan og'irlashishi, tez charchash paydo bo'ladi. Shu simptomlar gorizantal xolatga o'tganda yo'qoladi. Ayrim paytlarda og'riq va qaltirash asosan boldir mushakalarida boshlanadi. Paydo bo'ladigan qon aylanishining buzilishi asta sekinlik bilan trofik o'zgarishlarga olib keladi. Trofik o'zgarishlar ko'pincha terida зуд (qichish) paydo bo'ladi. Obektiv ko'rilganda uncha aniq bo'lmagan yoki aniq rivojlangan varikoz kengayishlar aniqlanadi. Ular taranglashgan va qattiq elastik konsetratsiyali, kengaygan venalar bo'shatilgandan keyin teri va fatsiyada chuqurcha paydo bo'ladi. Venalar bo'yicha terida pigmentatsiya paydo bo'ladi. Boldir va oyoq panjasida shish paydo bo'ladi. Rivojlangan surunkali venoz yetishmovchilik nekroz xosil bo'lishiga olib keladi, nekroz ko'chgandan keyin boldirning orqa yuzasida trofik yara paydo bo'ladi. Yara atrofida giperkeratoz hosil bo'ladi. Klapanlarning funksional xolatini aniqlashda har xil tekshirishlar (barmoq va tasma sinamalari, doplerografiya, flebografiya infraqizil termografiya) orqali qilinadi.

Venoz sistemasidagi o'zgarishlarni aniqlashda **kontrastli flebografiya**-qo'llaniladi. Bu usul bilan chuqur venalardagi o'tkazuvchanlikni aniqlashdan tashqari chuqur va kommunikant venalarning klapanlari va kollateral qonning oqib ketishi xolatini aniqlash mumkin. Boshqa qo'shimcha tekshirishlardan venoz bosimni o'lchash (flebotometriya), teri termometriyasi, kapillyaroskopiya, limfografiya, teplovizor reo-va pletizmografiya, radioizotop flebografiya, infra qizil termografiya va suyuq kristallar bilan o'tkaziladi. Varikoz venalar kengayishida konservativ davolash mumkin (massaj, vanna suvda suzish, elastik bint ishlatish) skleroterapiya. Agar varikoz kengayishi to'liq shakllangandan keyin - xirurgik davolash kerak: trofik yaradagi defektni erkin teri autotransplantatlari bilan yopish kerak.

Posttromboz sindromi: bu sindrom – o'tkazilgan o'tkir chuqur venalar trombozi sababli rivojlanadi. Ko'pchilik bemorlarda venoz klapanlarining yemirilishi va paravazal fibrozlar sababli paydo bo'ladi. Mushak-venoz nasos funksiyasi buziladi – ya'ni chuqur venalardan qon yuzaki venalarga qayta oqishi kuzatiladi va teridagi venalarning ikkilamchii kengayishlariga olib keladi. Bu o'z holatida venalar kengayishini yuzaga chiqaradi, arteriolo venul shuntlanishiga (qonning

arteriolalardan venulalarga o'tishi) olib keladi. To'qimlarda ishemiya xolatining kelib chiqishi sababliga yuzaki venalar kengayadi. Terilar yupqalashadi, shochlar to'kiladi, yengil jarohatlanadigan bo'lib qoladi va trofik yaralar paydo bo'ladi.

Postromboflebetik sindromlarda bemorlar tez charchashga, oyoqlarda og'irlik, boldir mushaklarida tirishishlar, oyoqlarda shish paydo bo'ladi. Shishlar har xil lokalizatsiyalarda bo'lishi mumkin, asosan trombozning satxiga bog'liq, ammo panjaning distal qismidagi shish tromboz qanday lokalizatsiyada bo'lmasin paydo bo'ladi. Oyoqlardagi shish qon aylanishining tiklanishi bilan (chuqur venalarda rekanilizatsiya bo'ladi va kollaterallar rivojlanishi) pasayishi mumkin, ammo kompensatsiyalangan ikkilamchi yuzaki venalarning kengayishi boshlanadi. Shish yanada kuchayadi, teridagi to'qimalari qalinlashadi, yuzaki venalar kengayadi. Bunday holat trofik yaralarning kengayishiga olib keladi. (Boldir son chanoq) chuqur venalarda qonning o'tishi buzilganida bemorlar elastik cho'lki kiyolmaydilar. Agar songa tasma qo'yilganda va (bemorlar gorizontal xolatda yotgan holda va oyoqlari elastik bintlar bilan bog'langanda 20-30 minutdan ko'p yuraolmaydilar, kuchli yoriladigan darajadagi og'riq paydo bo'ladi. Bu xolat chuqur venalarda o'tkazuvchanlikning yo'qligidir.

Limfa aylanishlar yetishmovchiligi

Limfaning oqib ketishida kelib chiqadigan har xil buzilishlar limfa tomirlardagi va limfa tugunlaridagi o'tkazuvchanlikning buzilishi sababli rivojlanadi.

Limfa aylanishning birlamchi yetishmovchiliklari limfa tizimidagi har xil nuqsonlar sababli rivojlanadi, amaliyotda bunday xolat juda kam uchraydi. Limfastazlar ko'pincha orttirilgan bo'ladilar ular operatsiyalardan keyin yallig'lanishlar, parazitar kasalliklari, o'sma shishlarining metastazi, gematomlar sababli paydo bo'lishi mumkin. Limfa oqimining ana shunday buzilishlari ikkilamchi xisoblanadi.

Limfa oqimining buzilishidan piodermiya (terining yiringli kasalliklari), saramas, limfadenit, trofik yaralar, maxsus yallig'lanish kasalliklari (tuberkulyoz, sifilis) va ayrim limfa tomirlari anomaliyasida ham uchraydi.

Saramas kasalliklari boshlanishida limfa tomirlari kengayadi, keyin limfa tomirlari deformatsiya holatiga o'tadi, agar yallig'lanish

retsdiv xolatiga o'tganda tomirlardagi hosil bo'lgan chandiqli to'qima obliteratsiya bo'lib limfa oqimini buzadi va shish boshlanadi. Bunday xolatlar ko'proq onkologiya amaliyotida uchraydi. Limfa tugunlarini olish operatsiyalarida va opreatsiyalar, nur bilan tasir qilish natijasida limfa oqimi to'xtaydi. Masalan: mastektomiya qilinganida, kichik chanoq va jinsiy a'zolar operatsiyalarida qo'ltiq osti, chov limfatik tugunlari olinadiva limfa oqimiga tasir qiladi. Hosil bo'lgan limfa oqimidagi tomirlar turg'unligining kengayishiga klapanlarning funksional yetishmov-chiligiga olib kelib natijada limfa suyuqligi pastda joylashgan limfa tomirlariga o'tadi. Bu holat yana limfa turg'unligini kuchaytradi. Limfa tomirlarining drenaj holatini buzib to'qimalarda shish kuchaya boshlaydi.

Klinik belgilari: limfa tomirlardagi tug'ma patologiyalar erta yoshdagilarda, hamda balog'atga yetgan bollarda uchraydi. Ularda oyoq panjalarida va boldir, sonida qalinlashadi va kosmetik defekt hosil bo'ladi.

Limfa yo'llarining travmatik jaroxatlarida (o'sma shishlarida limfa tugunlari olinadi) shish operatsiyadan keyin 2 kunda paydo bo'lishi va tezda rivojlanishi va mutloq limfastaz 6-8 hafta davomida rivojlanadi. Mahalliy yalig'lanishlar bo'lganda asosan saramas kasalligida shish tez kuchayadi, 5-7 kun o'tgandan keyin yallig'lanish o'tib shish yo'qoladi. Vaholangki keyingi yallig'lanish holatining retsidivi limfastazni va shishni kattalashtiradi va "fil oyoq" shakllanadi.

Filyariatozlarda holat limfoangit va limfadenitdan bilan boshlanib, shish paydo bo'ladi, "fil oyog'i" paydo bo'lguncha shish saqlanadi. Shishdan tashqari bemorlarda limfa tugunlari kattalashadi. Ular shishga, oyoqlarida xajmi kattalashayotganiga, jismoniy yuklamada oyoqlarda og'irlik sezish, yallig'lanish borligiga, ekzema, trofik yaraga, terining qalinlashganligiga, rangining o'zgarishiga shikoyat qiladilar.

Limfostaz yoki fil oyoq bilan bemorlarni ko'rganda oyoqlar hajmi kattalashgan hatto yorg'oqlarda ham katta shish borligi aniqlanadi. Kasallik boshlanashida terisi silliq, yaltiroq xolda bo'ladi "Fil oyoq" shakllangandan keyin terida papillamatoz, rivojlangan giperkeratoz, saramas kaslligida ekzema, yaralanish paydo bo'ladi.

Oyoqlardagi shishni, venoz yetishmovchiligida bo'ladigan shishdan farqlash zarur. Fil oyoqda terisi oqargan, venoz shishda ko'kimtir, atrofiya, pigmentatsiya paydo bo'ladi. Bemorlarni oyoqlaridagi og'riq bezovta qiladi. Limfa oqimi buzilganda oyoqlarda

venalarning varikoz kengayishi bo'lmaydi. Anamnezida venoz shishlarda o'tkir chuqur tromboflebitlar bo'lganligi aniqlanadi. Limfastazda shish qattiq konsistensiyali, bosib ko'rilganda barmoq izi qolmaydi. Eng muhim tekshirish usuli limfografiya xisoblanadi.

Davolash. Davolashda eng muxim limfaaylanishning buzulishiga olib keladigan kasalliklarni davolash o'ta muhimdir. Bular saramas, tuberkulyozlardir. Boshlang'ich (qaytarish mumkin) davrida limfostazni davolash fiskulturasi, massaj, ish rejimini o'zgartirish – oyoqda uzoq turmaslik, oyoqlarga bosuvchi bog'lamlar qo'yish. Fizioterapevtik davoga balchiq, serovodorodli vannalar. Limfa oqimini tiklash uchun xirurgik usulda davolashga mikroxirurgik usul bilan limfa tizimi bilan vena tizimiga anastamozlar qo'yish kerak. Agar fil oyoq to'liq shakllangan bo'lsa plastik operatsiyalar, ya'ni chandiqli uzgargan oyoq to'qimalarini to'liq kesib olib teridagi yog' qatlamidan batamon ajratadi. Olingan teri laxtagini fatsiyalar ustiga plastika qiladilar. Klinikamizda bunday operatsiyalar qilingan yaxshi natijalar bergan. Bunday operatsiyalar oyoqlarda va jinsiy azolarda qilinadi.

Nekrozlar, gangrena, trofik yaralar, oqmalar, yotoq yaralar

Nekroz – tirik organizmning bir qismi yoki to'la organizm to'qimalarining o'lishi.

To'qimalarning nekrozi tashqi muhit tasirida ham bo'lishi mumkin: baland xarorat yoki juda past (sovuq) xarorat, ximik moddalar, nur, elektr energiyasi (biz termik kuyiyishlarni aloxida berdik). Mexanik travmalar, to'qimalarning ezilishi va bosilishi. Ana shufaktorlar ta'sirida to'qimalar yoki azolar o'lishi mumkun (birlamchi nekroz). Bundan tashqari maxalliy qon aylanishining buzilishi trombozlar, emboliya tomirlar obliteratediyasi natijasida nekrozlar paydo bo'ladi (ikkilamchi nekroz). Nekrozga trofik innervatsiyalarning buzilishi asab jaroxatlari siringomieliya va prokaza (maxov) kasalligida ham kuzatiladi.

Nekrozlar koagulyatsion yoki quruq (kuyganda, quruq gangrenlarda) va kollikvatsion yoki ishqorli suyuqliklar bilan kuyganda ho'l gangrena paydo bo'ladilar. Nekrozning aniq belgilari to'qimalar o'lgandan keyin 4-6 soat ichida paydo bo'ladi. Agar nekroz yuzaki joylashgan bo'lsa (terida) asta sekinlik bilan joyidan ko'chadi va o'rni yara paydo bo'ladi. To'qimalardagi nekroz keng maydonda bo'lsa

ulardan xosil bo'lgan (to'qimalar yemirilganda) toksinlar organizmga so'rilishi natijasida intoksikatsiya sodir bo'ladi.

Gangrena (irish)—nekrozning bir turi hisoblanadi. Gangrena qon aylanishining buzilishi natijasida to'qimalar yoki hamma azolarning o'lishidir. Gangrenaning asosiy sababi tashqi va ichki faktorlar ostida kelib chiqadigan og'ir qon aylanishining buzilishidir. Tashqi faktorlarga katta masofada to'qimalarning ezilishlari bo'lib tomirlar hamda a'zolarning bosilishidir (masalan) gipsli boglamdan qisilishi yoki ichaklar o'ralib qolganda tomirlar bosilib qoladi. Uzoq vaqt tasma bilan qisib qolish, tomirlaning trombozi va emboliyasi, obliteratedsiyalanuvchi arteroskleroz, obliteratedsiyalanuvchi endoarteriitlar ham gangrenaga olib keladi. Gangrenaning asosiy sabablaridan ko'pincha o'tkir yoki surunkali holda arteriyallarning o'tkazuvchanligining buzilishlari xisoblanadi.

Gangrenalar quruq va ho'l turlarga bo'linadi.

1. Quruq gangrenalar o'lgan to'qimalarning tez qurub qolishi (mumifikatsiya), infeksiyalar rivojlanib ulgurmaydi.

2. Ho'l gangrenalarda to'qimalardagi nekroz kollikvatsion yani irishinfeksiyasining qo'shilishi natijasida sodir bo'ladi va og'ir intoksikatsiya bilan o'tadi. Yemirilgan to'qimalar ko'kimtir-qizqish rangda yoki qora rangda bo'lib juda qo'lansa hidli bo'ladi. Gangrenaning rivojlanishida o'tkir qon aylanishining to'xtashi bilan kuchli og'riq bilan o'tadi. Og'riq tomirlar qisilgandan keyingi soxada paydo bo'ladi. Qo'l-oyoqlarning tashqi ko'rinishi tez o'zgaradi: oppoq ko'rinadi keyinchalik marmar ko'kimtir ranga o'tadi, sovuq, teri sezgisi o'zgaradi. Quruq gangrena paydo bo'lganda nekroz bo'lgan to'qima tezda quriydi, aniq demarkatsiya chizig'i sog' va o'lgan to'qima orasida paydo bo'ladi. Terisi tezda qorayadi intoksikatsiya ko'pincha bo'lmaydi, bo'lsa ham juda sezilarli bo'lmaydi.

Xo'l gangrenada bemorlar axvoli og'rilashadi, aniq intoksikatsiya belgilari yani infeksiyalar (chirish) qo'shib, yemirilgan to'qimalar maxsuloti qonga so'riladi. Tana xarorati ko'tariladi, qaltirash, chanqonlik, taxikardiya, terisi quruq bo'ladi. Nekroz bo'lgan soxada (oyoq panjasida yoki boldirning pastki qismida) terisida ko'kimtir qora qizil rangli dog'lar paydo bo'ladi, gemorragik suyuqlik bilan to'lgan pufaklar xosil bo'ladi. Qo'l va oyoqlar shishib ketadi, to'qimasi ko'kimtir qora rangda bo'lib qulansa hid paydo bo'ladi. Nekroz bo'lgandan aseptikbog'lam qo'yish kerak.

Davolash. Hamma nekrozlar kesilib (nekrotomiya) va uni olib tashlash (nekrektomiya) amalga oshiriladi. Nekrotomiya qilishda nekroz bo'lgan yuzaning hajmiga bog'liq, agar nekrotik to'qima yuzasi katta bo'lganda parallel kesmalar qilinadi va antiseptik moddalar bilan bog'lam qo'yiladi. Buning natijasida intoksikatsiyani pasaytiradi. Nekrektomiya o'lgan nekrotik to'qimalari batamom kesib olinishidir. Agar o'lgan to'qimalar demarkatsiya bo'lishi to'liq bo'lmaganda proteolitik fermentlar (ximik nekrektomiya) bilan bog'lam qo'yiladi. Fizik usulda ultratovush, lazer nurlanish (fizik nekrektomiya) bilan ham qilinadi. Agar ho'l nekroz juda rivojlanib, intoksikatsiya holati kuchaya boshlasa amputatsiya qilinishi kerak.

Trofik yaralar bu nekrozning bir shakli bo'lib teridagi yoki shilliq pardadagi difekt juda bitishi qiyin xususiyatiga egadir. Nekroz to'qima o'z o'rnidan ko'chgandan keyin yara xosil bo'ladi. Trofik yaralanining kelib chiqish sabablari:

1. Har xil travmalar tasirida (kuyish -ximik, termik, nur, elektr toki bilan), sovuq urushlar, katta laxtakli yaralar.
2. Qon va limfa aylanishining surunkali buzilishlari (surunkali arterial va venoz yetishmovchiligi fil oyoq).
3. Asab tizimi kasalliklari (periferik asablarning jaroxatlari, siringomieliya, orqa miya yalig'lanishlari, **tabes dorsalis**)
4. Modda almashinuvining buzilishi (qandli deabet, avitaminoz).
5. Tizimli kasalliklar (kallogenoz, qon kassalligi)
6. Yuqumli kasalliklar (tuberkulyoz, sifilis, moxov, saramas, chuqur mikroplar)
7. O'sma shishlar (rak va uning yemirilishi).

Bu kasalliklarning sabablari ko'p bo'lishiga qaramasdan trofik yaralarning-umumiy belgilari oziqlanishdagi bo'lgan to'qimalardagi o'zgarishlar (trofika) va ularning yemirilishi (nekroz) bir xildir. Trofik o'zgarishlar maxalliy (tomirlar yetishmovchiligi, tramatik ta'sirlar, o'sma shishlarning yemirilishi), umumiy (tizimli kasalliklar, modda almashinuvininf buzilishlari) sabablariga ega.

Xirurgik amaliyotda trofik yaralar qo'l va oyoqlarda qon aylanishining buzilishi (surunkali arteriyal va venoz yetishmovchiliklari) sababli paydo bo'ladilar. Trofik yaralar bilan bemorlarni tekshirishda uning sababini aniqlash davolash taktikatsini tanlashga yordam beradi. Ko'rik vaqtida yaraning hajmi, shakli, uning qirralari va tubi xolatini aniqlash zarur. Uning qirralari tekis, notekis, qattiq, tubida nekrotik

to`qimalar yoki yiringli madda borligini aniqlash mumkin. Trofik yaralarning kelib chiqish sabablariga ko`ra klinik belgilar har xil bo`lishi mumkin.

Aterosklerotik yaralar ko`pincha qari yoshdagi kishilarda bo`ladi, lokalizatsiyasi boldirning pastki uchligida panjasida har xil shaklda bo`lishi mumkin. Granulatsiyasi sekinlashgan oqish rangda, qirralari qalin, notekis-surunkali arterial yetishmovchiligi belgilari mavjud bo`ladi.

Varikoz trofik yaralar xajmi katta ko`pincha ichki tupiq soxasida bo`ladi. Yara chuqur qalinlashgan, atrofi skleroz xolatida, qora dog`lar teisida aniqlanadi.

Posttromboflebitik yaralar-boldirning ichki yuzasi bo`ylab joylashadi, surunkali venoz yetishmovchilik, posttromboflebitik sindromlarda shish paydo bo`ladi. Uning xajmi bir necha santimetrdan gigant kattalikda bo`lishi mumkin. Yara yuzaki joylashgan bo`lib, yassi qirralariga ega, granulatsiyasi juda sust. Yara atrof terisi shishgan, qalinlashgan skleroz holatida (indurativ sellyulit).

Nurlanish sababli trofik yaralar- nur terapiyasidan keyin yoki tasodifan nurlanishdan keyin xosil bo`ladi. Teridagi o`zgarishlar: o`choqli pigmentatsiya, aniq qizil teleangiektaziya, sochlari to`kilgan, terisida atrofiya. Yaralar chuqur yumaloq yoki qiyshiq shaklda ko`riladi. Notekis, tubi mushaklarga hatto suyakgacha yetadi.

O`sma shishlarning yemirilishidan xosil bo`lgan trofik yaralar ancha chuqur, atrof to`qimalar bilan yopishgan, qirralari notekis, qalinlashgan, egri-bugri, uning tubida nekrotik to`qima mavjud.

Trofik yaralarni diagnoz quyish qiyin emas, ammo uning sababini aniqlash ancha qiyindir.

Shuning uchun ham bunday bemorlarni yaxshilab tekshirish talab qilinadi.

Agar trofik yara uzoq vaqt davom etganda uning qirralari qattiq-kallyoz yaralar deyiladi, bunday yaralardan albatta biopsiya olish zarur.

Davolash: trofik yaralarni kompleks davolash zarur. Davolanishni o`tkazishda albatta 3 ta asosiy tamoyilga e`tibor berish kerak.

1. Patogenetik xususiyatlarini xisobga olgan xolda: qon aylanishini tiklash (oyoqlarda varikoz kengaygan venalarni kesib olish, oyoqlaridagi arteriyallarni plastika qilish), chandiqli o`zgargan to`qimalarni olib tashlash.

2. Mahalliy davolash bilan yaralarning yiringli – nekrotik to'qimalardan tezroq tozalashni va yiringli infeksiyasini bartaraf qilishga qaratilishi kerak. Shuning uchun fermentlar, vakum qo'yish, uning qirralarni kesib olish kerak. Fizoterapiya, yarani tezroq bitkazuvchi moddalar ishlatiladi. Ayrim xolatlarda autodermoplastika qilish ham kerak.

3. Trofik yaralarni kompleks davolash: vitamenoterapiya, yetarli darajda oziqa moddalari, anabolik holatni kuchaytiruvchi moddalar qo'llaniladi.

Oqmalar. Oqma – (fistula) to'qimalardagi patologik xolatdagi yo'l bo'lib, epiteliy yoki granulatsiya bilan qoplangan tor kanal tabiiy yoki patologik bo'shliqlar bilan tananing tashqi yuzasi yoki bo'shliqlarning o'zaro bog'lanishlarini hosil qiladi.

Oqmalar uning kelib chiqish sabablariga, tuzilishga, oqmadan ajraladigan suyuqlik xarakteriga, oqmaning tashqi muxitga munosabatlariga asosan tafsiflanadi. Ularning kelib chiqishi har xil. Oqmalar tug'ma (embrional buzilishlar, rivojlanish nuqsonlari) va orttirilgan yani travmalar, o'sma shishlar, yalig'lanish kasaliklari (patologik oqmalar), operatsiyadan keyin tashqi va ichki oqmalarni shakllantrish (suniy qo'yilgan oqmalar). Operatsiya paytida batamon yoki oraliq etaplarida qo'yiladigan gastrostoma, entro - va kolostoma, epitsistomalar qo'yiladigan oqmalar mavjud.

Oqmalarning tuzilishi bo'yicha – epitelizatsiya bo'lgan nayli oqmalar ularning devori epiteliy bilan qoplangan; labsimon – ichki bo'sh a'zolar shilliq pardalaridagi epitelizatsiya – teri qoplamasiga o'tadi. Granulatsiyalangan oqmalar devori granulatsiya bilan qoplangan. Epitelizatsiya bo'lgan oqmalar ko'pincha tug'ma, granulatsiyalanuvchi oqmalar orttirilgan, labsimon oqmalar – suniy quyilganlarga kiradi.

Oqmalarning tashqi muxitga nisbatan – ichki oqmalar (patologik yo'l ichi bo'sh a'zolari bir bir bilan bog'laydi), tashqi oqmalar – (oqma yo'li a'zoni tashqi muxit bilan bog'laydi).

Oqmalardan ajralayotgan suyuqliklar xarakteriga asosan – yiringli, shilliqli, so'lakli, o'tli, siydikli, axlotli, suyuqli turlarga bo'linadi.

Orttirilgan oqmalar asosan travmadan keyin shakllanadilar: endoskopiya paytida jarohatlanadi, bujlash paytida; yot jismlar bilan jaroxatlanish; ximik moddalar yoki nur tasirida; operatsiya paytida ichki a'zolari jaroxatlash; qon bilan taminlashni operatsiya paytida

jaroxatlash; yiringli holat bilan azolar devorlari yemirilishi, o'sma shishlar natijasida va yot jismlar tasirida xosil bo'ladigan oqmalar.

Patologik anatomiyasi:

Agar oqma yo'li granulyatsiyalar bilan qoplansa, reperativ regeneratsiya natijasida oqma o'zicha yopilishi mumkin. Ularning sababini bartaraf qilish kerak bo'ladi xolos, oqma yo'li granulyatsiyalar bilan qoplanadi, granulyatsiya yetilgandan keyin chandiq xosil bo'ladi oqma yo'li obliteratsiya bo'ladi.

Labsimon va epitelizatsiya bo'lgan oqmalar epiteliya bilan qoplanganda ular – teri epidermisiga o'tadi. Bunday oqmalar o'zicha bitmaydilar. Oqmadan ajralayotgan (a'zolardan kelayotgan suyuqlik) maxsulot teriga tushadi va uni tasirlaydi, matseratsiya paydo bo'ladi, atrof terisi qizarib yaralanadi. Xuddi shunday xolat duodenal, ingichka ichak va pankreatik oqmalarda paydo bo'ladi.

Oqmalar tashqi xalqasi, har xil uzunlikdagi kanal va ichki xalqasidan iborat. Ayrim oqmalarning kanali bo'lmaydi, birdaniga teriga chiqib, lab xosil qiladi. Labsimon oqmalar to'liq bo'lib a'zolardan (ichaklardan) chiqayotgan suyuqlik tashqariga chiqadi. Noto'liq oqmalarda qisman suyuqlik oqma orqali chiqadi. Oqmalar uzunligi har xil bo'lishi mumkin, ular ko'pincha to'qimalarning qalinligiga bog'liq. Oqmalar bitta yoki bir nechta bo'lishlari mumkin.

Klinik belgilari: oqmalarning klinik yuzaga chiqishida maxalliy (oqmaning borligi, lakolizatsiyasi, tuzilishi, ichidan ajraladigan suyuqliklarning harakteriga) va oqmalarga olib kelgan kasaliklarning simptomlari(travma, kasallik rivojlanish nuqsonlari) ga egadirlar.

Oqmalar bilan bemorlani tekshirish:

1 . Shikoyatlari: oqmaning borligi, ajralayotgan suyuqlikning xarakteri va miqdori, ovqat istemol qilishi, defekatsiya va peshob bilan bog'liqligi.

2 . Anamnezi: ogriqlar tug'ma yoki orttirilgan bo'lishi ularning xosil bo'lishi sabablari (travma, operatsiya va boshq.).

3 . Umumiy ko'rik: oqmaning lokalizatsiyasi, tuzilishi (naysimon, labsimon) ajralayotgan suyuqliklarning miqdori va xarakteri.

4 . Labaratoriya va instrumental tekshirishlar: zond bilan, rentgenalogik (fistulografiya, fistuloskopiya) endoskopik tekshirishlar.

Oqmalardan ajralayotgan suyuqlik (ichak maxsuloti, o't, siydik, ovqat mahsulotlari, axlot va boshqalar), o'ta muhim klinik simptomlar xisoblanadi.

Qizilo`ngach – nafas yo`llari oqmalarida aniq simptomlar: qo`zg`alish holatidagi yo`tal, ovqat iste`mol qilinadigan yoki suyuqlik qa`bul qilinganlarida har xil tuyilib qolishlar, yo`talning paydo bo`lishidir.

Diagnostikasi. Tashqi oqmalarini aniqlash uncha og`ir emas. Oqmadan ajratilgan suyuqlikning qaysi azodan ajralyotganini bilish mumkin. Eng muhimi oqma atrofi terisini yaxshi tekshirish, yalig`lanish, tasirlanishini, yaralanishlarini aniqlash zarur. Diagnostik maqsadda bemorlarga har xil bo`yovchi moddalar ichkizish va qancha vaqtda ularning oqma orqali chiqishini aniqlash kerak.

Ayrim xolatlarda oqmalardan ajralayotgan suyuqliklar tarkibini tekshirish ham mumkin. Asosan bemorlarni rentgenologik usulda fistulografiya qilinadi. Agar ichki azolardagi holatlarni bilish uchun rentgenokontras suyuqliklar ichkizib rentgenografiya qilinadi. Oqmalarning lokalizatsiyasini aniqlashda endoskopik usul ham qo`llaniladi (gastro-kolono-bronxo-sistoskopiya)

Davolash: tashqi oqimalarni davolashda asosan 3 ta qoidaga asoslanish kerak:

- 1 . Mahalliy davolash
- 2 . Umumiy davolash
- 3 . Operatsiya usuli bilan oqmani bartaraf qilish.

Maxalliy davolashda oqma atrof terini himoya qilish. Oqmadan ajraladigan yiring, siydik, o`t suyuqligi, ichak yoki oshqozon suyuqligi bo`lishini etiborga olgan holda atrof terini ximoyalash, yiringlash xolatini bartaraf qilish zarur. Bunda har xil moylar, lassar pastasi, kley B-2, B-6, silikon pastalari polimerlaydigan plyonkalar oqma atrof terisiga qo`yiladi. Har xil kukunlar xolatidagi moddalarni sepish ham mumkin. Terini mexanik himoyalashda – obturatorlar, maxsus aparatlar qo`llaniladi. Oqma atrofini antiseptik suyuqliklar bilan yuvish kerak. Granulatsiyalanovchi oqmalar mahalliy usul bilan davolanganda o`zicha yopilishi mumkun. Epitelizatsiya va labsimon oqmalarni operativ usulda – kesib olish, oqma hosil bo`lgan a`zoni rezeksiya qilishga to`g`ri keladi.

Yotoq yara (decibitus) bosilish natijasida qon aylanishining buzilishi natijasida yumshoq to`qimalarda nekroz xosil bo`lishi.

Bemor uzoq muddatga yotoq xolatida bo`lganda va ayrim og`ir kasalliklar sababli kuchsizlangan bemorlarda yumshoq to`qimalarning to`shak oqliqlariga suyakdagi bo`rtmalar orqali uzoq bosilishida yumshoq to`qimalarda qon aylanishining buzilishi natijasida paydo

bo'ladi. Yotoq yaralar belda, dumg'oz sohasida, kurak suyaklari atrofida, ensa suyagi, tovonda, tirsak, katta to'piq soxalarida paydo bo'ladilar. Yotoq yaralar innervatsiyalarning buzulishida (orqa miya travmasida), chanoq a'zolarining funksiyasining buzilishlarida ham uchratiladi. Yotoq yara ichki a'zolarida (o't xaltadagi tosh bosilib qolishda, uning bo'ynida tiqilib bosilishida) ham paydo bo'ladi. Keyinchalik o't xalta yoriladi va peritonit rivojlanishi mumkin.

Uzoq vaqt qorin bo'shlig'ida drenaj nayining turishi ichak devorini bosib nekrozga olib kelishi yoki (SO`V) sun'iy o'pka ventilyatsiyasida turganda kekirdak devorlarida nekroz paydo bo'lishga olib keladi.

Yotoq yaralarini davolash ancha og'ir muammo hisoblanadi.

Nekroz bo'lgan yumshoq to'qima mexanik, fizik, ximik usullarda nekrektomiya qilinadilar. Ko'pincha operativ yo'l bilan nekrotik to'qimalar kesib olinadilar va umumiy davolash (to'qimalardagi reparativ va regenerativ xolatni kuchaytirish o'tkaziladi).

Yotoq yarani profilaktika qilish o'ta muhim muammodir. Bemorlar uzoq muddatda yotganlarida ularni tez- tez xolatlarini o'zgartirish, bosilgan to'qimalarni himoya qilish, rezinali aylanmalar qo'yish, to'shaklarda har xil burmalarni yo'qotish kerak. Yotoq yara xosil bo'lishi mumkin joylarni har kuni 2 marta kamforali spirt bilan ishlanib, kukun va pudralar sepish kerak. Oxirgi yillarda yotoq yaraga qarshi matraslar qo'llanilmoqda.

Qorin bo'shlig'iga qo'yilgan har xil drenajlar o'z vqtiga olinishi, agar sun'iy nafasda uzoq yotilishi kuzatilganda traxeostoma qo'yish kerak.

Gipsli bog'lamlar qisqanda ularni bo'shatish va qayta qo'yish kerak.

Umuman yotoq yaralarning asosiy profilaktikasi – bemorlarni juda yaxshi parvarish qilish kerak.

XVII BOB

O'SMA SHISHLAR

O'sma shishlari (a'zolarida o'zicha paydo bo'ladi, o'shma shishlar polimorfik tuzilishida va chegaralangan holda rivojlanish kabi alohida hususiyatga egadirlar.

O'sma shishlar keng tarqalgan kasalliklar guruhiga kiradilar. Butun jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga ko'ra har yili xavli o'sma shishlar bilan 6 mln kishi kasallanib va 5 mln kishi o'lmoqda (Yevropada 1,7 mln kishi). Eng rivojlangan mamlakatlarda ham xavli o'sma shishlar bilan kasallanganlar soni yurak qon tomirlari kasalliklaridan keyingi o'rinni egallamoqdalar.

Onkologik kasalliklar orasida o'pka raki, oshqozon, prostate bezi, yo'g'on ichaklardaeng ko'p uchraydi. Erkaklarning 75% da xavli o'sma shishlar o'pkada, oshqozonda, prostata bezida, yo'g'on va to'g'ri ichaklarda va terisida aniqlanmoqda. Erkaklar o'sma shishlar bilan ayollarga nisbatan 1,5 marta ko'proq xastalanmoqda.

Etiologiyasi va patogenezi. Xozirgi kungacha o'sma shishlarining kelib chiqishida aniq bir konsepsiya yo'q. Oldingi taklif qilingan ko'pchilik nazariyalar hozirgi kunda ham o'z ahamiyatini yo'qotmadilar. Masalan R.Virxov bo'yicha o'sma shishlarning kelib chiqishida to'qimalarga uzoq muddatda ta'sirlochi moddalarning ta'siri degan bo'lsa va o'sma shishlarini embrional sabablarini D.Kongeym ko'rsatdi. Oxirgi teoriya bo'yicha mexanik va ximik ta'sirlovchi moddalar ta'sirida organizm to'qimalaridagi "uxlayotgan" embrional hujayralar tezlik bilan ko'paya boshlaydi, natijada atipik hujayralarning shish hosil qilishini chaqiradi. Bundan tashqari L.Zilberning virusnoimmunogenitik teoriyasibo'yicha viruslarning hujayralarga kirishi onkogen sabab hosil bo'lishga olib keladi va hujayralarning normada bo'lishini buzadi. Ximik va fizik onkogen faktorlar viruslarni faollashtiradi.

Xozirgi paytda o'sma shishlarning kelib chiqishida polietiologik teoriya, ularning ko'p sababli ekanligini tatbiq qilmoqdalar: kanserogen moddalarning ta'siri deb hisoblamoqdalar, genetik faktorlar, shish chaqiruchi viruslarning ta'siri. Bu etiologik faktorlarning unisi yoki bunisi har xil shishlarning rivojlanishida ahamiyati bordir.

Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST) bergan ma'lumoti bo'yicha 90% xavfli o'sma shishlar to'satdan tashqi onkogen faktorlar

bo'ladi. Yotoq yaralar belda, dumg'ozda sohasida, kurak suyaklari atrofida, ensa suyagi, tovonda, tirsak, katta to'piq soxalarida paydo bo'ladilar. Yotoq yaralar innervatsiyalarning buzulishida (orqa miya travmasida), chanoq a'zolarining funksiyasining buzilishlarida ham uchratiladi. Yotoq yara ichki a'zolarida (o't xaltadagi tosh bosilib qolishda, uning bo'ynida tiqilib bosilishida) ham paydo bo'ladi. Keyinchalik o't xalta yoriladi va peritonit rivojlanishi mumkin.

Uzoq vaqt qorin bo'shlig'ida drenaj nayining turishi ichak devorini bosib nekrozga olib kelishi yoki (SO'V) sun'iy o'pka ventilyatsiyasida turganda kekirdak devorlarida nekroz paydo bo'lishga olib keladi.

Yotoq yaralarini davolash ancha og'ir muammo hisoblanadi.

Nekroz bo'lgan yumshoq to'qima mexanik, fizik, ximik usullarda nekrektomiya qilinadilar. Ko'pincha operativ yo'l bilan nekrotik to'qimalar kesib olinadilar va umumiy davolash (to'qimalardagi reparativ va regenerativ xolatni kuchaytirish o'tkaziladi).

Yotoq yarani profilaktika qilish o'ta muhim muammodir. Bemorlar uzoq muddatda yotganlarida ularni tez- tez xolatlarini o'zgartirish, bosilgan to'qimalarni himoya qilish, rezinali aylanmalar qo'yish, to'shaklarda har xil burmalarni yo'qotish kerak. Yotoq yara xosil bo'lishi mumkin joylarni xar kuni 2 marta kamforali spirt bilan ishlanib, kukun va pudralar sepish kerak. Oxirgi yillarda yotoq yaraga qarshi matraslar qo'llanilmoqda.

Qorin bo'shlig'iga qo'yilgan har xil drenajlar o'z vaqtiga olinishi, agar sun'iy nafasda uzoq yotilishi kuzatilganda traxeostoma qo'yish kerak.

Gipsli bog'lamlar qisqanda ularni bo'shatish va qayta qo'yish kerak.

Umuman yotoq yaralarning asosiy profilaktikasi – bemorlarni juda yaxshi parvarish qilish kerak.

XVII BOB

O'SMA SHISHLAR

O'sma shishlari (a'zolarida o'zicha paydo bo'ladi, o'shma shishlar polimorfik tuzilishida va chegaralangan holda rivojlanish kabi alohida hususiyatga egadirlar.

O'sma shishlar keng tarqalgan kasalliklar guruhiga kiradilar. Butun jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga ko'ra har yili xavli o'sma shishlar bilan 6 mln kishi kasallanib va 5 mln kishi o'lmoqda (Yevropada 1,7 mln kishi). Eng rivojlangan mamlakatlarda ham xavli o'sma shishlar bilan kasallanganlar soni yurak qon tomirlari kasalliklaridan keyingi o'rinni egallamoqdalar.

Onkologik kasalliklar orasida o'pka raki, oshqozon, prostate bezi, yo'g'on ichaklardaeng ko'p uchraydi. Erkaklarning 75% da xavli o'sma shishlar o'pkada, oshqozonda, prostata bezida, yo'g'on va to'g'ri ichaklarda va terisida aniqlanmoqda. Erkaklar o'sma shishlar bilan ayollarga nisbatan 1,5 marta ko'proq xastalanmoqda.

Etiologiyasi va patogenezi. Xozirgi kungacha o'sma shishlarining kelib chiqishida aniq bir konsepsiya yo'q. Oldingi taklif qilingan ko'pchilik nazariyalar hozirgi kunda ham o'z ahamiyatini yo'qotmadilar. Masalan R.Virxov bo'yicha o'sma shishlarning kelib chiqishida to'qimalarga uzoq muddatda ta'sirlochi moddalarning ta'siri degan bo'lsa va o'sma shishlarini embrional sabablarini D.Kongeym ko'rsatdi. Oxirgi teoriya bo'yicha mexanik va ximik ta'sirlovchi moddalar ta'sirida organizm to'qimalaridagi "uxlayotgan" embrional hujayralar tezlik bilan ko'paya boshlaydi, natijada atipik hujayralarning shish hosil qilishini chaqiradi. Bundan tashqari L.Zilberning virusnoimmunogenitik teoriyasibo'yicha viruslarning hujayralarga kirishi onkogen sabab hosil bo'lishga olib keladi va hujayralarning normada bo'lishini buzadi. Ximik va fizik onkogen faktorlar viruslarni faollashtiradi.

Xozirgi paytda o'sma shishlarning kelib chiqishida polietiologik teoriya, ularning ko'p sababli ekanligini tatbiq qilmoqdalar: kanserogen moddalarning ta'siri deb hisoblamodalar, genetik faktorlar, shish chaqiruchi viruslarning ta'siri. Bu etiologik faktorlarning unisi yoki bunisi har xil shishlarning rivojlanishida ahamiyati bordir.

Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST) bergan ma'lumoti bo'yicha 90% xavfli o'sma shishlar to'satdan tashqi onkogen faktorlar

ta'sirida paydo bo'ladilar demoqdalar. 10% holatlarda genetik faktorlar va viruslar ta'sirida paydo bo'ladi degan fikrlar bor.

Kelib chiqishiga qarab fizik onkogen faktorlar: ionizatsiya, nurlanishlar, ximik-polisiklik aromat hidli uglevodorodga (benzipirin, benzidin) bo'linadilar. Benzpirintamoki tutunida, smolada, dvigateldan chiquvchi gazlarida aniqlangan.

Xavfli o'sma shishlar onkogen faktorlarning ma'lum muddat o'tkanlaridan keyin ham (latent davri-15-20 yil) paydo bo'lishi mumkin. Asosiy kriteriyalar bo'yicha o'sma shishlar uch turga bo'linadilar: o'sgan to'qimaning turi, lokalizatsiyasi, uning tarqalishi xususiyatiga qarab morfologik mohiyatiga ega. O'sma shishlarning o'sgan to'qimalariga qarab: epiteliadan o'sgan shishlar, qo'shuvchi to'qimalardan, mushak, tomirlar, asablar va aralash turlari. A'zolarning jarohatlanishi bo'yicha: o'pka o'sma shishi, oshqozon, teri va suyaklar va boshqalarga bo'linadilar.

O'sma shishlarning o'sishi alohida xususiyatlari va tarqalishiga asosan xafsiz va xavfli o'sma shishlarga bo'linadilar.

Xavfsiz shishlarga: epitelial (adenoma), mushaklardan o'sadigan (mioma), ko'chuvchi to'qimadan (fibroma), tog'aydan (xondroma), yog' to'qimasidan (lipoma), va asab to'qimasidan (nevrinoma) o'sadilar.

Xavsiz o'sma shishlar. Bu shishlar kapsulasi borligi uchun ularni atrof to'qimalardan ajratib turadi, ekspansiv sekin o'sadi va atrof to'qimalarga o'sishi kuzatilmaydi. Bu shishlar olib tashlangandan keyin metastaz bermaydilar va retsidivi ham yo'q. Xavfsiz o'sma shishlarning ayrim noxush asoratlari ular katta hajmda bo'lib hayoti muhim a'zolarni bosib qolishi (miyani, katta tomirlarni, asab o'qlarini, bronx, traxealarni, o't yo'llarini, siydik yo'llarini) mumkin.

Xavfli o'sma shishlar.- bularda kapsulasi bo'lmaydi, tez va infiltrativ o'sish beradi, atrof to'qimalarga va a'zolarga tarqalishi mumkin, metastaz limfa va qon tomirlar orqali har xil a'zolarga berishi mumkin. Bu shishlar olingandan keyin- retsidiv beradi. Xavfli shishlarning alohida xususiyati organizmning umumiy holatiga ta'siri, rak intoksikatsiyasini beradi va holsizlikka olib keladi.

Qo'shuvchi to'qimadagi o'sadigan xavfli o'sma shish sarcoma, limfasarkoma, osteosarkoma, angiosarkoma, miosarkoma va boshqalardir. Agar epitelial to'qimalarda paydo bo'lsa (cancer) deyiladi. Xavfli o'sma shishlarning 95%- rak, 5%-sarkomaga to'g'ri keladi.

Rak oldi kasalliklari: xafli o'sma shishlar surunkali kasalliklardan va uzoq vaqt travmatizatsiya bo'lgan to'qimalardan rivojlanishi mumkin. Bunday kasalliklarga trofik yaralar, oqmalar, surunkali kallyoz oshqozon yarasi, anasid gastritlar, oshqozon kasalliklari, mastopatiya, papilloma, tug'ma pigment dog'lar, bachadon bo'yni eroziyasi. Bu kasalliklar bilan bemorlar doimiy ravishda vrachlar nazoratida bo'lishi shart. Ularning orasida o'z vaqtida operatsiya qilish bu shishlar profilaktikasidan biri hisoblanadi. Onkologik kasalliklar bilan bemorni tekshirish xavfli o'sma shishlarni o'z vaqtida aniqlash ularni davolashning asosiy omillaridandir.

Anamnezi: Bemorlarni anamneziga yaxshi e'tibor berish, o'sma shishlarning ma'lum viloyat yoki tizm, a'zolarida borligi to'g'risida fikr tug'iladi. Shuning uchun bunday bemorlarga maqsadli savollar bilan uni aniqlay bilish kerak. Juda muhim bemorlarning yashash sharoiti, har xil zararli odatlari to'g'risida ma'lumot olish. Bunda rak kasalligining epidemiologiyasini: teri raki janubda, o'pka raki sanoat zonasida yashaydigan kishilarda uchraydi. Har xil zararli odatlar masalan: tamaki chekish yoki uni chaynash konserogen faktorlarga kiradi. O'sma shishlarning boshlang'ich davrlarida deyarli shikoyati bo'lmaydilar. Shuning uchun bemorlarga har xil qo'shimcha savollar bilan kam yuzaga chiqadigan belgilarini aniqlash mumkin. Katta ahamiyatga ega kishilarda kichik belgilar sindiromini aniqlash, erta bosqichlarida bemorlar deyarli og'riqqa shikoyat qilmaydilar, ishlash qobilyati susayadi. Ana shunday shikoyatlar vrachlarda onkologik shubha uyg'otishi mumkin.

Onkologik ehtiyotkorlik:

1. Xavfli o'sma shishlarning erta yuzaga chiqadigan belgilarini vrachlar bilishi shart.

2. Rak oldi kasalliklarini bilish va ularni davolash to'g'risida bilmga ega bo'lish.

3. Agar onkokasalliklarga xavf tug'ilganda bunday bemorlarni zudlik bilan onkologik davolash maskanlariga yuborish zarur.

4. Xohlagan mutahassisga bemorlar onkokasalliklarga xavfi bilan kelganda albatta sinchiklab tekshirish lozim.

5. Atipik yoki xavfli o'sma shishlarning oqimi to'g'risida bilish va ularni o'tkazib qo'ymaslik kerak.

Obektiv tekshirishlar:

Obektiv ko`rikda-palpatsiya, auskultatsiyaga asoslanadi. Oldingi yillardagi vrachlar bemorning holatiga, tashqi ko`rinishiga qarab shishlarning lokalizatsiyasini asosan rakning o`tib ketgan shakllarini aniqlay olgan. Ayrim bemorlarda tashqi ko`rinishi, normal holati xatto umumiy massasiga asosan o`sma shishlar borligini xatto taxmin qilib ham bo`lmaydi.

Xavfli shishlarda oldingi erta boshlangan sindromlar o`ta muhim ahamiyatga ega. Eng aniqlash mumkin bo`lgan belgilardan teri epiteliasida, shilliq pardalarda paydo bo`ladigan sindrom plus to`qima. Bu xolatni visual va optik asboblardan orqali aniqlash mumkin.

Tipik misollardan: leykoplakiya (oq dog`lar), shilliq pardalarni yopuvchi epitelialarda palpator o`zgarishlar aniqlanmaydi. Terida har xil xafsiz shishlar (papilloma, polip, tug`ma dog`lar) konsistensiyasiga va rangiga qarab aniqlanishi mumkin.

Patologik ajralmalar sindromi - qonsimon moddalarning shishlarda bo`lishi mumkin, alohida ancha o`tib ketgan shishlarda, rakda aniqlanishi mumkin.

Funksiyasining buzilishi sindromi-o`sma shishlar bilan anatomik va funksional o`zgarishlar shu kasallik bilan jarohatlangan a`zolarida yuzaga chiqadi. Masalan: o`n ikki barmoqli ichakda o`sma shish bo`lsa, tezda sariqlik paydo bo`ladi. Agar yo`g`on ichaklarda bo`lganda, ichak tutilishi ancha holatning o`tganligidan darak beradi.

Og`riq- shishlar uchun xarakterli emas. Agar o`sma shishlar tomirlarda va asab tizimlarida joylashganda albatta og`riq yuzaga chiqadi. Og`riq o`sma shishning qo`shni a`zolariga tarqalib ularni tortishi, asab tizimi infiltratsiyasida va a`zolar funksiyalari buzilganda kuchayadi. Agar yo`g`on ichaklarda bo`lsa to`lg`oqsimon og`riq, to`g`ri ichakda bo`lsa tenezm paydo bo`ladi.

Kattaligi-o`sma shishlar millimetir va santimetrlarda hisoblanadi.

Shakli: o`sma shishlarda ularning shakliga qarab xafsizmi (yaxshi sifatli) yoki xavfli (yomon sifatli) shish ekanligini aniqlash mumkin.

Konsistensiyasi: Uning qalinligi, qattiq yoki yumshoq konsistensiyasiga qarab yumshoq konsistensiya- xavfsiz o`sma shishlarda (poliplar, lipoma) aniqlansa, xavfli o`smalarda qattiq konsistensiyalar ya`ni qo`shuvchi to`qimalardan o`sganligi bilan harakterli taxtasimon qattiqlik rak kasalligiga xos belgidir.

Harakatchanlik- bu 2 xil o`ziga (faol) va biror ta'sir orqali sust holda bo`ladigan xarakatlar. Shishning xarakatini teriga va mushaklarga nisbatan ekanligini aniqlash mumkin.

1) O`ziga o`zi o`sma shish xarakati-qorin bo`shlig`idagi biror harakatchan a`zoda joylashsa ya`ni bemor holatini o`zgartirganda, yutinganda (zob), mushaklar qisqarganda mushaklardagi shishlarda bo`ladi.

2) Sust harakatlar – vrachlar xarakatini aniqlaydilar. Agar infiltrativ o`sgan shishlarni joyidan qo`zg`atib bo`lmaydi. Bu o`ta xavfli shish ekanligidan darak beradi. Metastatik shishlarni-kindikka berganda, tuxumdonlarda (Krukunberg shishi), Virxov metastazi (metastaz limfa tugunlariga o`mrov suyagidan yuqorida) aniqlanadi, oshqozonning xavfli rakida bo`ladigan uzoq metastazlaridir.

Agar kattalashgan va g`adir – budurli jigar, qorinda astsit paypaslansa o`sma qorin bo`shlig`i a`zolarining o`ta xavfli o`sma shishidir. Bu belgilar topilganda va rak tashxisi qo`yilsa IV stadiyasi deb tushunmoq kerak.

Palpatsiya – o`sma shishlarida palpatsiya o`ta muhim hisoblanadi, shishning sirtqi to`qimalarga munosabati bilan, konsistentsiyasi, chegarasi, flyuktuatsiyasi va og`riq borligini aniqlaydi. Metastaz beradigan ko`p shishlar (o`pka raki, prostata bezi raki, sut bezi) suyaklarga beradi. Shuning uchun ham suyak sistemasini yaxshi tekshirish kerak. Agar shish to`g`ri ichakda, og`iz bo`shig`ida, burun halqumda joylashganda barmoq bilan tekshirish uning hajmi, kattaligi, shakli, harakati, konsistensiyasini aniqlash mumkin. Hamma ayollarda qachonki o`sma shishlarga taxmin bo`lganda ularni bimanual tekshirish kerak.

Qo`shimcha tekshirishlar:

Diagnozni aniqlash uchun o`tkaziladi:

1. Endoskopik tekshirishlar
2. Gistologik – diagnostik (mazok-, punktatni gistologik tekshirishlar).
3. Morfologik tekshirishlar – biopsiya
4. Rentgenologik tekshirishlar (rentgenoskopiya, rentgenografiya, tomografiya, angiografiya, limfografiya)
5. Radionuklid diagnostikasi (skanerlash, stintigrafiya)
6. Exografiya – UTT
7. Kompyuter tomografiya

8. Laboratoriya tekshirishlar (qonning morfologiyasini, fermentlarini, mahsus sinamalar o'tqazish.

Onkologik extiyotkorlik hamma vrachlar uchun qayerda ishlamasin juda muhim.

Klassifikatsiyasi:

Klinik tasnifi bo'yicha 4 ta xavfli o'sma shishlar bosqichi bor:

I-Bosqichi - shish lokal harakterga ega, chegaralangan, a'zolar devoriga o'smagan, metastazlari yo'q.

II-Bosqichi - shish katta hajmda, a'zolar devoriga yopishgan, ammo a'zo devoridan chiqmagan, yakka metastazlari bor (regionar limfa tugunlariga bergan).

III-Bosqichi - shish katta hajmda, shish yemirilgan holda, a'zolarning hamma devorlariga o'sgan, regionar limfa tugunlariga metastaz bergan.

IV-Bosqichi - uzoq limfa tugunlariga metastaz bergan. Qo'shni a'zolarga ham o'tgan.

TNM tasnifi:

T – tumor birlamchi o'sma shishining hajmi 4 ta bosqichi bor T1 dan T4 gacha.

N-nodula, limfa tugunlarning jarohatlanish xolati.

N0- metastaz yo'q; N1 – regionar limfa tugunlariga metastaz bor. N2- ikkinchi qator limfa tugunlariga metastaz bergan. N3- uzoqdagi limfa tugunlariga metastaz bergan.

M- (metastasis) a'zolarga metastaz berganligi.

M0- metastaz yo'q. M1- metastaz bor.

G-(gradus)o'sma hujayralarning o'ta xavfliligi va differentsiatsiyasi

G1- past. (yuqori differentsialangan shish).

G2- o'rtacha.(past differensialangan shish).

G3- baland.(differensialanmagan shish).

P-(penetratsion)-gistologik kriteriya,bo'lib a'zolar devori ichiga chuqur kirganligi:

P1- rak shilliq pardaga infiltratsiyasi bo'lgan. P2- rak shilliq parda osti qavatiga infiltratsiya bergan. P3- rak subseroz qavatgacha tarqalgan.

P4- shish seroz qavatigacha etgan va a'zo devoridan tashqariga chiqqan.

TNMGR- tasnifi bo'yicha: T1-4N0-3M0-1, G1-3P1-4.

T-kriteriyasi o'sma shishlar uchun har hil a'zolarga o'ziga xos xususiyatlari bor:

Ichak raki uchun T1- shish ichak devorining bir qismini egallagan. T2- shish ichak devorining yarim qismini egallagan. T3- shish devorini batamom egallab, ichak tutilish belgilarini chaqirgan. T4- ichakni batamom egallab, sirkulyar qisgan, obturatsion tutilishi yuzaga kelgan.

Sut bezi uchun: T1- shish 2sm gacha, T2- shish 2-5 sm, sut bezi terisi tortilgan. T3- shish 5-10 sm teri bilan yopishgan ko`krak devoriga yopishgan, yaralanish bor; T4- shish 10 sm terisi jarohatlangan, ko`krak devoriga yopishgan, yemirilish bor.

O`sma shishlarni davolashning umumiy printsiplari

Xavfli o`sma shishlar bilan bemorlar zudlik bilan davolanishi kerak. Xavfsiz shishlar kosmetik maqsadda defekt bo`lganda, biror a`zoning funksiyasiga ta`sir qilganda yoki rak oldi kasallik topilganda davolanadilar.

Xavfli o`sma shishlarni davolash - Xirurgik, nur, ximioterapiya va gormonal-terapevtik.

Asosiy davolash usuli xirurgik usuldir. Masalan: sut bezi rakida, bachadon va tuxumdonlar rakida. Xirurgik davolash albatda nur va ximioterapiya bilan qo`shma bo`lishi kerak. Ana shunday kombinatsialangan davolash operatsiyagacha va undan keyin nur berish bilan o`tadi. Xirurgik davolash ayrim xolatlarda shart emas. Xirurgik davolashga qarshi ko`rsatma bo`lib-operatsiya qilolmaslik, yani katta metastazlar borligi, bemorning ahvoli ko`tara olmaslikdir. Onkologik operatsiyalarni o`tzazishda ablastik- operatsiya sog`lom to`qima sathida o`tzazilishi kerak. Bunda jarohatlangan a`zo butun atrof to`qimalarni avvaldan qon-tomir va limfa tomirlarni bog`lagan holda bir bo`lak qilib (o`sma shishni yormasdan) olib tashlashdir. Bundan tashqari xirurgik usul antiblastik qonunga ham rioya qilishdir. Operatsiya paytida elektropichoklarning ishlatilishi, lazer ultra tovush bilan shishni va regionar metastaz bergan joyni batamom olish nurlash operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyin bu usullar qo`llaniladi. Vena ichiga, arteriyaga va o`sma shishlarga qarshi preparatlar operatsiyadan oldin va undan keyin qo`llaniladi.

Radikal operatsiyalar - operatsiya vaqtida kombinatsiya holatida hamma shish o`sib ketgan to`qimalar va a`zo batamom atrof to`qimalar bilan birga olib tashlanadi. Hozirgi radikal operatsiyalarni

o'tqazishda zonal printsipi qo'llaniladi. Demak bitta zonadagi hamma a'zolar va to'qimalar olib tashlanadi.

Palliativ - o'sma shishlar bilan to'qimalar va a'zolarning ma'lum bir qismi olinadi, metastaz bergan qismi qoladi. Bu majburiy operatsiyalar o'sma shishlarning asoratlarida (masalan: o'smalar yemirilib qon oqishlar yoki oshqozon perforatsiyasi, xuddi shuningdek ichaklarda bo'lishi mumkin) qilinadi. Bu operatsiyalar asoratlarini bartaraf qilish uchun bajariladi, o'sma shishlar qoladi (gastrostomiya-qizilo'ngach rakida, traxeostomiya-halqum rakida qilinadi).

Nur terapiya - Hozirgi kunga bu terapiya usuli keng qo'llanilmoqda. Bemorlarning yarmidan ko'prog'i nur terapiyasini olmoqda. Pastki labning rakida, bachadon bo'yni, teri raklarida nur terapiyasi kompleks davolashning bir bosqichi sifatida qo'llanilmoqda.

Xirurgik davolashda ham operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyingi davrda ham kombinatsiya holida nur terapiya qo'llaniladi. Bundan tashqari nur terapiyani ximiya va gormonal terapiyalar bilan kombinatsiya holatida ishlatish mumkin. O'sma shishlarida nurni tashqi, bo'shliqlar ichi yoki to'qimalar ichiga qo'llash mumkin. Tashqi nurlanish gamma-terapiya sifatida radiaktiv preparatlar yordamida qilinadi. Bo'shliqlar ichi nurlanishlar og'iz bo'shlig'i, siydik qopi, yuqori jag'ga qo'yish mumkin.

To'qimalar ichi nur terapiyasida izotoplar ishlatilib igna kabi yoki kapsula to'qimalarga shish olingandan keyin qo'yiladi (masalan: mastektomiyadan keyin).

Ximioterapiya - Odam organizmiga tarqalib ketgan o'sma shishlarida (o'pka rakida, sut bezi va oshqozon ichak rakida) ximioterapiya ishlatiladi. Ammo ximioterapiya xirurgik va nur terapiyalarning o'rni bosa olmaydilar. Ximioterapiya xirurgik operatsiyalar bilan kombinatsiya holatida tuxumdonlar rakida yaxshi effekt beradi. Ximioterapiya yaxshi ahamiyatga ega tizimli onkologik kasaalliklarni davolashda- leykozda, limfogranulemotozda. O'sma shishlarning eng erta bosqichlarida yani xirurgik yo'l bilan olib tashlash imkoniyati bo'lganda ximioterapiya ishlatilmaydi.

Quyidagi guruh ximioterapiya preparatlari ishlatiladi:

1. Sitostatik preparatlar: siklofosomid, teotep, xloretilaminouratsil, vinblastin, vinkrinstin. Bu o'sma shish hujayralarning o'sishining to'xtatadi, ularning mitotik faolligini to'xtatadi.

2. Antimetabolitlar - bu preparatlar rak hujayralarining modda almashinuviga ta'sir qiladi ular purinlarning sintezini bostiradi (merkaptopurin) yoki ferment tizimiga ta'sir qiladi (floruratsil, tegafur) yoki foliev kislotasiga o'tishi holatiga ta'sir qiladi (metotreksat).

3. O'sma shishlariga qarshi antibiotiklar: zamburug'lar yoki mikroorganizmlar tomonidan sintez qilinadigan preparatlar: doktinomitsin, rufokromomitsin.

4. Gormonoterapiya: gormonlarga qaram o'sma shishlarni davolashda gormonoterapiya qo'llaniladi. Erkaklar jinsiy gormoni yoki androgenlar (testosteron yoki metiltestosteron) sut bezini rakini davolashda ishlatiladi. Bu gormonlar xirurgik yoki nur bilan ayollarni sterilizatsiya qilishda sut bezi rakida qo'llaniladi.

Onkologik yordamni tashkillashtirish -

Onkologik kasallarga yordam berishda asosan ularni dispanser kuzatuvini tashkillashtirishdir. Mamlakatimizda maxsus onkologik maskanlari tashkil qilingan: onkologik kabinetlar (poliklinikalarda), dispanserlar (tumanlar, shaharlar, viloyatlar), ilmiy-tekshirish instituti. Bu onkologiya tekshirish institutida erta tashhis qo'yish va ularni davolash muammolari bilan shug'ullanadilar.

Aholiga onkologik yordam ko'rsatishni tashqil qilishning asosiy masalalari

1. Onkologik kasalliklarning profilaktikasi.
2. Erta diognoz qo'yib profilaktik ko'riklar o'tqazish bu o'sma shishlarni erta aniqlashning bir usuli hisoblanadi.
3. Onkologik bemorlarni xirurgik usullar, nur terapiyasi, ximioterapiya, kombinasiyalashgan terapiyalarni bilan davolash.
4. Davolashdan keyin onkologik bemorni kuzatish.
5. Juda o'tib ketgan onkologik bemorlarni simptomatik davolash.
6. Vrachlarning kvalifikasiyasini oshirish va mutaxassisliklarni o'tqazish.
7. Tashkiliy-metodik (uslubiy) ishlarni va onkologik tashkilotlar ustidan nazorat qilishni tashkillashtirish.
8. Aholi orasida rakka qarshi oqartuv ishlarni olib borish.

XVIII BOB

PLASTIK XIRURGIYANING TARIXI VA HOZIRGI ZAMONAVIY HOLATI

To`qimalar va organlarning shakli va funksiyasini tiklash bilan shug'ullanadigan jarrohlik sohasi plastik yoki rekonstruktiv jarrohlik deb ataladi. Plastik jarrohlikning vazifasi tug'ma yoki orttirilgan shikastlanishlar, kasalliklar, jarrohlik aralashuvlar natijasida yuzaga keladigan va funksional yoki anatomik o'zgarishlarni keltirib chiqaradigan nuqsonlarni bartaraf etishdan iborat. Hatto qadimgi Hindistonda ham, burun nuqsonini tiklash uchun, teridan olingan uzun laxtakni peshona terisidan oladi. Bu usulni Yevropaliklar "Burunning Hindlarcha plastika usuli" nomi bilan qo'llaganlar. Hozirgi kunda ham bu usulni "Burun plastikasining Hindcha usuli" deb yurutilmoqda. XV asrgacha Italiyada burunning plastik jarrohlik usuli paydo bo'ldi, bunda yelka sohasining terisidan laxtak olingan. Bu usulni eski Italiya usuli nomi bilan yuritilmoqda. N.I. Pirogov (1852) oyoq osteoplastik amputatsiyasi texnikasini ishlab chiqdi. V.P. Filatov (1917) ko'chib yuruvchi teri poyasini (Filatov poyasi) transplantatsiyasini taklif qildi. Z.Ru va P.A. Gertsen (1907) ingichka ichakning sirtmog'i bilan qizilo'ngachning antitorakal plastika usulini kiritdi. Hozirgi kunda plastik jarrohlikda yetakchi o'rinni egalladi, tibbiyotda yangi yo'nalish paydo bo'ldi - organ va to`qimalarni transplantatsiya qilish usuli paydo bo'ldi. Uning vazifasi, faqat jarrohlik muammolaridan tashqari, organlar va to`qimalarni saqlash (konservatsiyasi) va ularning mosligi muammolari ham yuklatildi.

Plastik jarrohlik turlari.

Transplantatsiya qilingan to`qimalar yoki organlarning manbaiga qarab transplantatsiyaning quyidagi turlari ajratiladi.

1. Autogen transplantatsiya - donor va qabul qiluvchi bitta shaxs.
2. Izogen transplantatsiya - donor va qabul qiluvchi bir xil egizaklar.
3. Singenik transplantatsiya - donor va qabul qiluvchi birinchi darajali qarindoshlardir.
4. Allogen transplantatsiya - donor va qabul qiluvchi bir xil turga mansub (odamdan odamga transplantatsiya).

5. Ksenogenik transplantatsiya - donor va qabul qiluvchi har xil turlarga mansub (hayvonlardan odamlarga transplantatsiya).

6. Azolar va to'qimalarni protezlash - sintetik materiallar, metallar yoki boshqa noorganik moddalardan foidalangan holda ishlatiladigan azolar va to'qimalarni protezlash. Hozirgi kunda eng keng azolar va to'qimalarni protezlash, autoplastika va protezlash qo'llaniladi. To'qimalarning mos kelmasligini bartaraf etishdagi qiyinchiliklar tufayli ksenoplastika (yurak bioklapanlari, tomirlar ksenotransplantatsiyasi, embrion to'qimalar) qo'llanilmoqda.

To'qimalarning plastika turlari

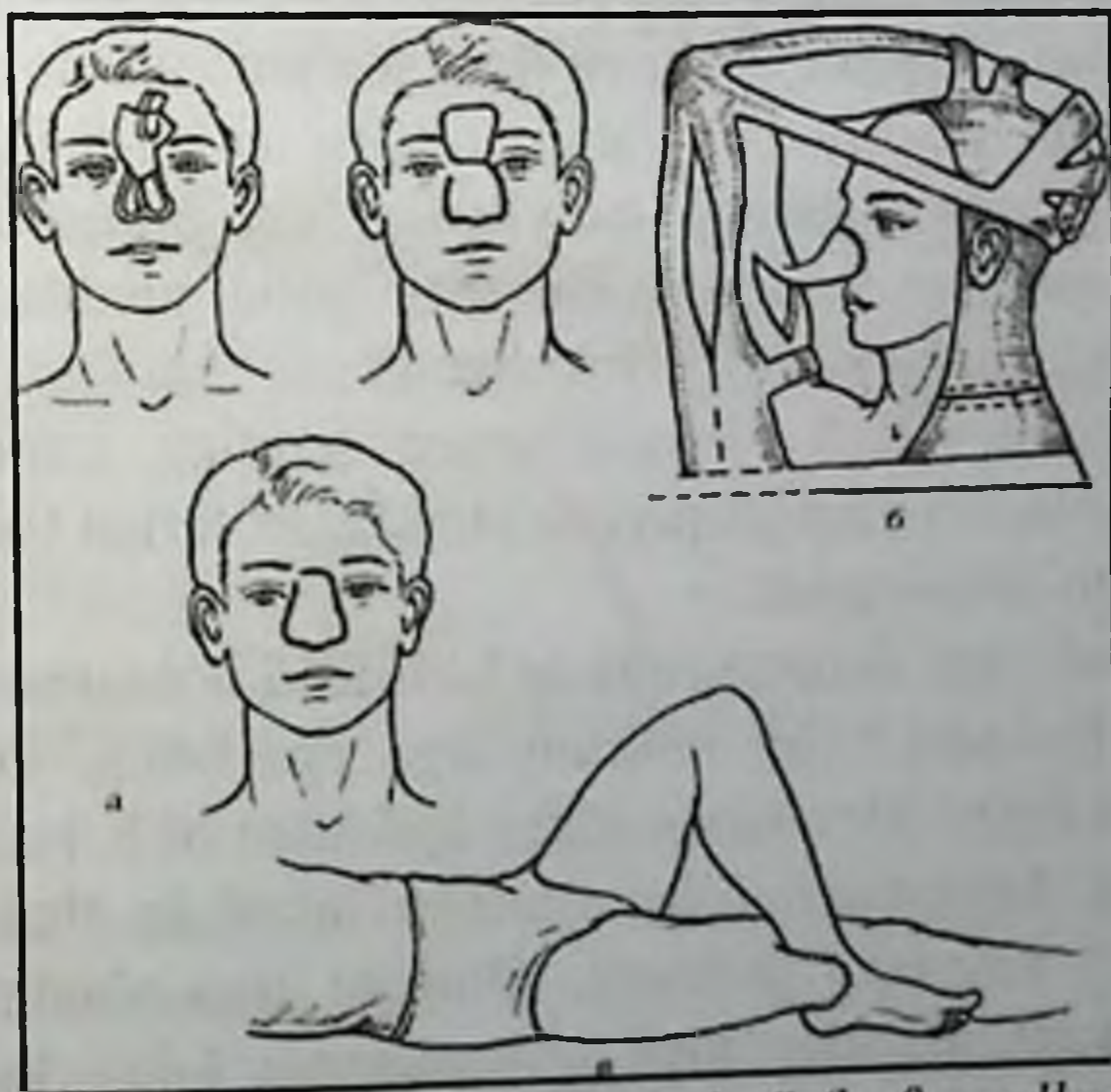
To'qimalarni ko'chirib o'tkazishda ularni ona to'qimasidan batamom - to'liq ajratish kerak - buni erkin plastika yoki transplantatsiya deyiladi.

To'qimalarni plastika qilish turlari.

1. To'qimalar va a'zolarini transplantatsiya qilish - ularni tananing bir qismidan boshqasiga yoki bir a'zodan boshqasiga ko'chirish.

2. Replantatsiya - zararlangan to'qimalar va a'zolarini asl joyiga (bosh terisi, uzilgan oyoq - qo'llari yoki ularning bo'laklari) o'tqaziladi.

3. Implantatsiya - to'qima yoki hujayralarni yaqin sohalarga ko'chirib o'tkaziladi.



124-rasm. "Hindcha" (a) va "italyancha" (b, f) usullar yordamida bolalar terisi qopqog'i bo'lgan plastmassa

Erkin bo'lmagan plastika - oyoqcha bilan teridan laxtak olinib, laxtak yangi o'tkazilgan joyda to'liq tutib ketmaguncha oziqa keladigan oyoqcha uzulmaydi.

Teri plastikasi – bu ko'p tarqalgan to'qimalar plastikasiga kiradi. Ko'pincha autoplastika (erkin) to'qimalarni ko'chirishda ishlatiladi.

Erkin terini ko'chirish. Plastikaning bu turi o'zining 154 yillik tarixiga ega. 1869 yilda birinchi marta, J.L. Reverden tirsak sohasidagi bitmaydigan granulyatsiyalangan yaraga bir nechta mayda teri bo'laklarini o'tkazdi. Keyinchalik S. Shklyarovskiy (1870), A.S. Yatsenko (1871), CM. Yanovich - Chainskiy (1871), shuningdek, J.S. Devis (1917) granulyatsiyalangan yaralar yuzasiga mayda teri bo'laklarini o'tkazish usullarini takomillashtirgan.

Yatsenko-Reverden usuli. Skalpel yoki ustara yordamida lokal behushlik ostida sonning, bilakning yoki qorin old devorining tashqi yuzasidan qalinligi 0,3-0,5 sm bo'lgan mayda transplantatlar (epidermisning ingichka qatlami) kesiladi va yaraga o'tkaziladi. Yaraga 8-10 kun davomida transplantat bilan yaraga yog'li bog'lam qo'llangan. Xozirgi kunda bu usul qo'llanilmaydi.

Yanovich-Chainskiy-Devis usuli: transplantatlar terining barcha qatlamlarini o'z ichiga oladigan tarzda tayyorlanadi, chunki to'liq qalinlikdagi transplantatlar autolizga uchramaydi va joyidan siljimaydi. Teri bo'laklari granulatsion yaraga shaxmat usulida joylashtiriladi.

Thirsh usuli. Ustara yoki o'tkir pichoq yordamida 2-3 mm qalinlikda, 4-5 sm uzunlikda teridan transplantant olinadi. Bu olingan epidermal transplantant yaraga qo'yiladi. Teri olingan yaraga 6-10 kunga atseptik boglam bosiladi. Bu usul uzoq muddat bitmaydigan yarani davolashga ancha yaxshi effekt beradi.

Lauson-Krause usuli. Transplantant terining butun qalinligida olinadi va granulatsion yaraga quyilib chekkalari teriga tikiladi. Hozirgi vaqtda bu usul qo'llanilmaydi.

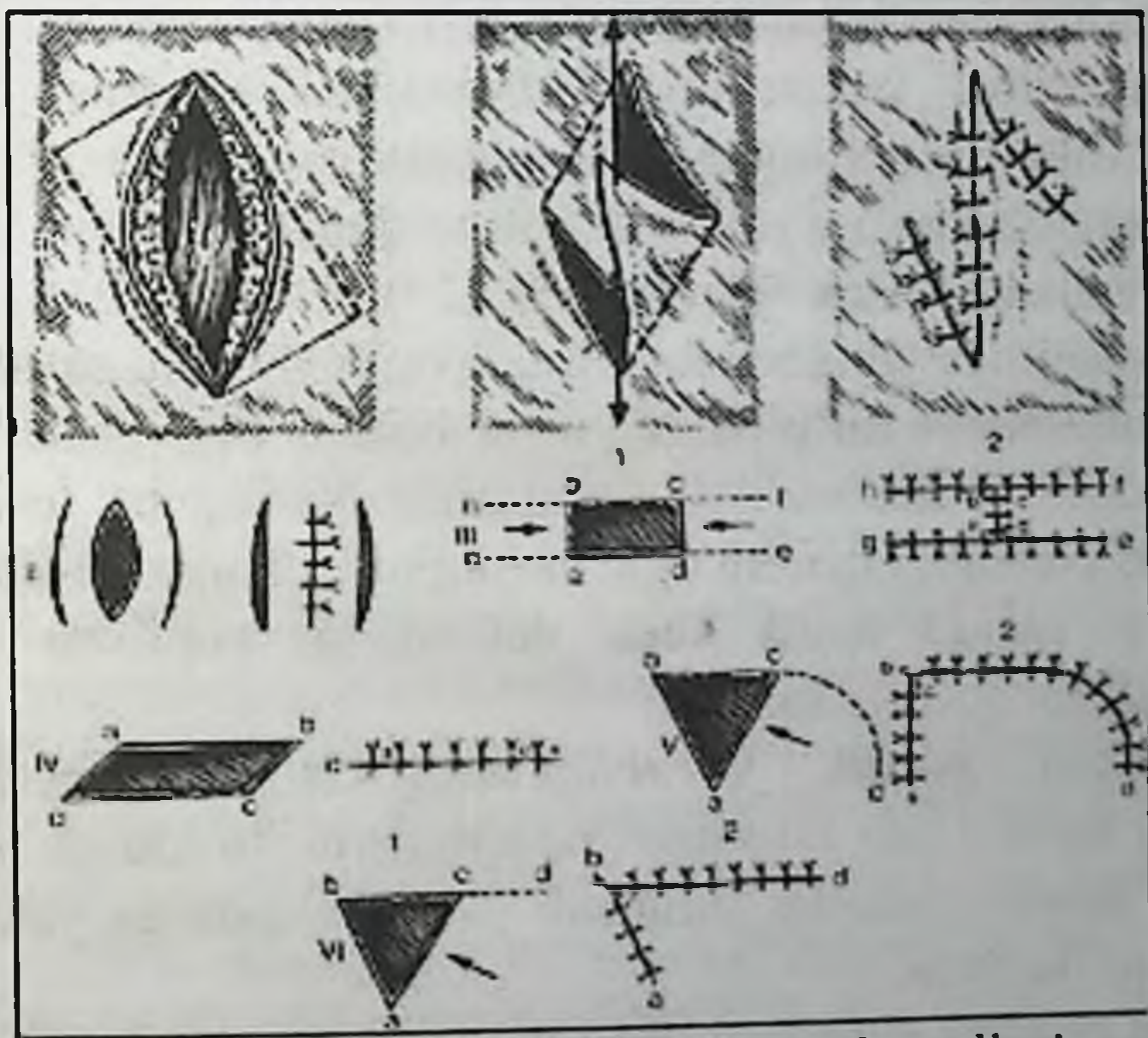
Klinik amaliyotga dermatomning kiritilishi hohlagan qalinlikda va kattalikda transplantant olish imkoniyatiga ega boldi. Oxirgi yillarda elektrodermaton bilan bir etapda katta loskutlar olib keng defektlarni yopish mumkin. Dermatom bilan olingan laxtakda shaxmat tuzilishi bo'yicha mayda kesmalar qilinadi. Olingan transplantat hajmi 3-6-martaga kengayadi. Bunday turli transplantant bilan katta hajmdagi yaralarni yopish mumkin.

Erkin bo'lmagan teri plastikasi. Bu usulda teridan oziqlantirish uchun oyoqcha hosil qilgan holda teri va teri tagi yog' qatlami bilan birga laxtak olinadi. Laxtakning oyoqcha qismi ancha keng bo'lishi kerak, chunki qon bilan taminlanishi kerak.

Mahalliy teri plastikasi. Atrof to'qimalarini joyidan siljitish bilan bajariladi. Atrof to'qimalar terisi defektini tikish bilan chegaralanadi.

Yengillashtiruvchi kesmalar - bilan teri defektidan bir necha santimetr uning qirralaridan kesilib yara qirralarini yaqinlashtirish mumkin. Z-simon plastika teridagi qo'pol, chandiqli deformatsiyalarini tiklashda qo'llaniladi. Chandiqli to'qimalar kesib olinib teri laxtagi tashkil qilinadi.

Aylantiradigan tilsimon laxtak - sog' tuqimalardan olinib uning joyidan qo'zg'atib defekt yopiladi. Hindlar usulida burunni plastika qilish, uzoq masofadan teri laxtagini siljitish usuli bilan, atrofida sog' tog'qima defekt bolmaganida qo'llaniladi.



125-rasm. Teri defektlarini yopish usullari.

N.V. Sklifosovskiy tomonidan taklif qilingan ko'priksimon plastika usulida barmoqlardagi, teri defektini yopish mumkin. Donor soxasi bo'lib qorinning old devori yoki tirsak soxasi terisidan foydalaniladi. Donor sohasidagi terisida ikkita parallel ravishda kesma qilinadi, ular orqasida teri mobilizatsiya qilinadi va "ko'prik" tashkil qilinadi. Ana shu "ko'prik" tagiga barmoq tagidagi defektga

joylashtiriladi. Ajratilgan laxtak defektni yopadi. Bu laxtakni bitishi 10-15- kun davom etadi. Ana shu muddat o'tgandan keyin laxtakni oziqlantiruvchi oyoqchasi kesiladi.

Migratsiyalanuvchi laxtak - tananing uzoq qismidan etapli ravishda teridagi defektga olib keladi.

Poyasimon laxtak - teridagi laxtak qirralari tikiladi va naysimon poya - chemadon ushlagichi yoki "Filatov" poyasi hosil qilinadi. Qorinning old devori terisida ikkita parallel kesmalar mushak fastsial qatlamigacha qilinadi. Teri yog' laxtagi tikiladi. Laxtak olingan teri o'mi tikiladi. Laxtakning uzunligi uning kengligiga 3:1 hajmni tashkil qiladi. Taxminan 10-14-kun o'tgandan keyin poyada qon tomirlari paydo bo'ladi, 4 hafta o'tgandan keyin poyani oxiri kesiladi, qo'lga tikiladi va 10 - 14 kun o'tkach teridagi defektga laxtak tikiladi.

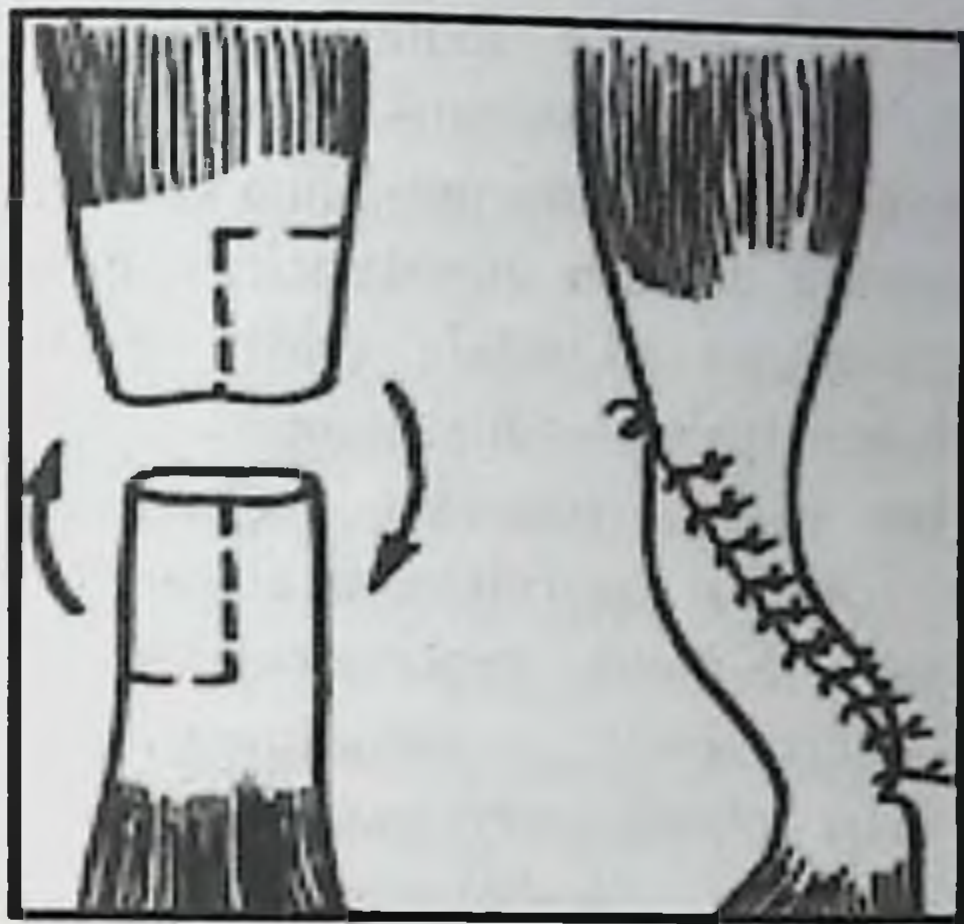
Terining allotransplantatsiyasi - Bu usul katta hajmdagi kuyishlarda terining allotransplantatsiyasi qilinadi yoki bemorlarning og'ir holatlarida (intoksikatsiya, sepsis) holatlarida qo'llaniladi. Yoki autoplastika qilish imkoniyati bo'lmaganida ishlatiladi. Yangi va konservativ qilingan teri allotransplantatlar kuyish kasalligining erta bosqichida (14-21-kunlar) yoki nekrotik to'qimalarni kesib olinganidan keyin qo'llaniladi. Qisqa vaqt ichida (2 - 3 hafta) katta hajmdagi transplantatlar bilan yopish bemorlarning og'ir ahvolini yaxshilaydi.

Brefoplastika - Bu o'lik tug'ilgan bolalar (6-oygacha tug'ilgan) terisini ko'chirib o'tkazish. Allotransplantatsiyaning bu turida albatta donor bu retsipientning izoserologik mosligini e'tiborga olish kerak.

Hozirgi vaqtda terida katta defektlarini yopishda erkin teri transplantatsiyasi qo'llanilmoqda.

Mushaklar plastik jarrohligi. Mushaklarni oyoqchasi bilan ko'chirib o'tkazish suyaklardagi bo'shliqlarni to'ldirish maqsadida qollaniladi. Bunday holatlar surunkali osteomiyelitlarga yoki bronxial oqmalarda qo'llaniladi.

Pay va fastsiya plastikasi. Paylarni ko'chirib o'tkazish yoqotilgan fastsialarni tiklash uchun qo'llaniladi hamda paralich bo'lgan mushaklar funksiyasini tiklashda ishlatiladi. Paylarni plastikasi birlamchi choklar bilan ularning yirtilishida qilinadi. Fastsiyalarni plastika qilish plastik xirurgiyada qo'llaniladi.



126-rasm. Pay plastikalari.

Sonning keng fastsiyasida olingan laxtak bilan bo`g`imlar kapsulasini, bosh miyaning qattiq pardasi defektini yopishda, to`g`ri ichak sfinkterini shakillantirishda qo`llaniladi.

Suyak plastikasi. Yo`qotilgan funktsiyalarini, a`zolarning kosmetik shakllarini tiklashda suyaklarning ko`chirib o`tkazilishi – bosh suyagi defektini bartaraf qilishda qo`llaniladi. Erkin bo`lmagan suyak plastikasini N.I. Pirogov 1852-yil osteoplastic amputatsiyani oyoqlarning tayanch funktsiyasini tiklash maqsadida qilindi. P.Gzitsi va I.K. Shimanovskiy boldirning osteoplastik operatsiyasini ishlab chiqdi. Osteotomiya “Rus qulfi” usuli bilan N.V. Siklifosovskiy tomonidan suyaklar fragmentlarini fiksatsiyalashda qo`lladi.

Erkin suyak plastikasi auto-allotransplantatsiyasi ishlatilmoqda. Autotransplantatsiya suyak fragmentlari bilan singan suyaklar konsolidatsiyasi sustlashganda, yolg`on bo`g`imda, surunkali osteomiyelitlarda suyaklar defektlerini to`ldirishda ishlatiladi.

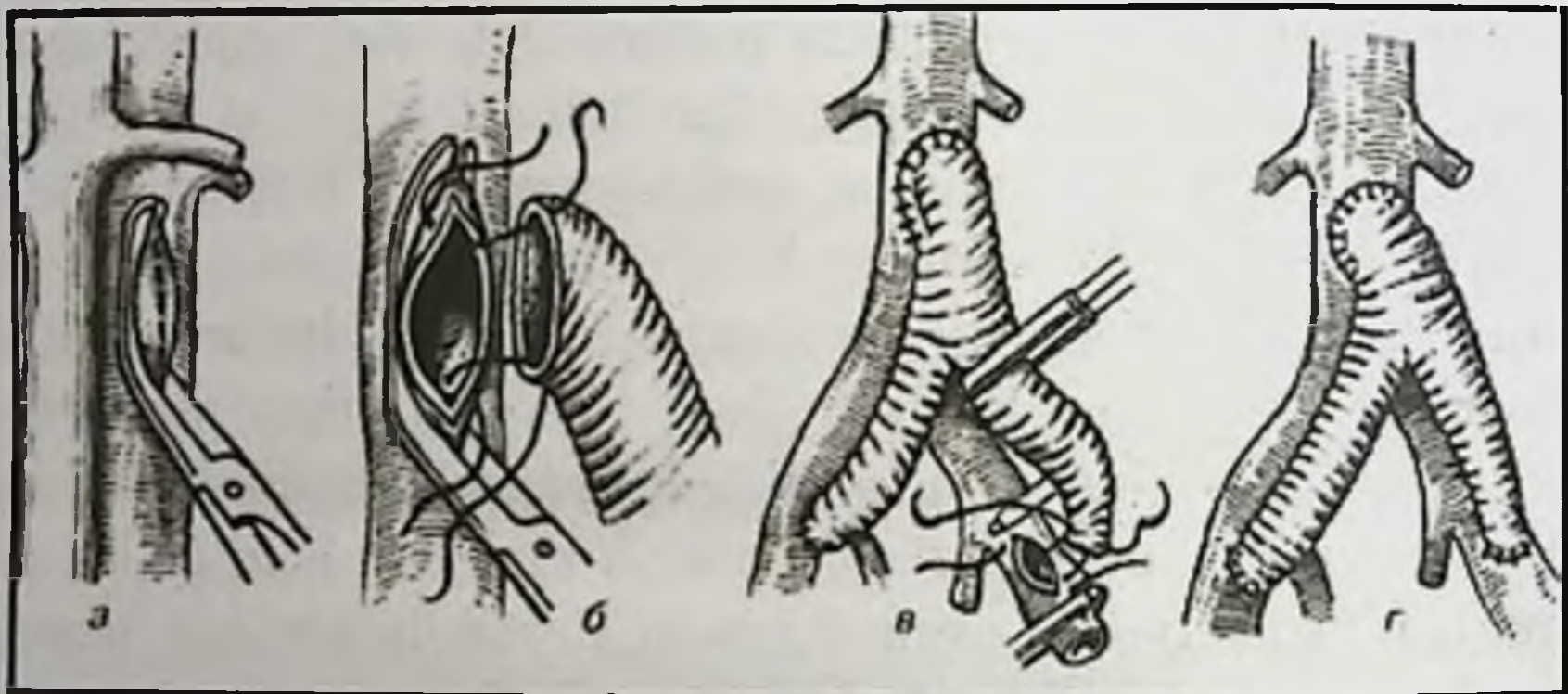
Suyak allotransplantatsiyalari liofilizatsiya yoki tez muzlatish bilan (70°C dan - 196°C - gacha) konservatsiya qilinadi. Ko`chirib o`tkazilgan allotransplantant 2-3-yildan keyin so`riladi.

Nerv plastikalari. Bu xirurgik operatsiyaning maqsadi jarohatlangan asab o`qining uchlarini tiklash va regeneratsiya xolatini kuchaytirishdir. Periferik nervlarni operatsiya qilish birlamchi va ikkilamchi bo`ladi. Birlamchi – asablarning travmalarida, birlamchi xirurgik ishlovda travmadan keyin 12-soatgacha muddatda o`tkaziladi shu muddat o`tgandan keyin ikkilamchi operatsiyalar qollaniladi

azoning qo'shuvchi to'qimadan iborat qavatiga uning "kabeliga" tegmagan holda yoki 6/0 - 7/0 atravmatik ignalar bilan tikiladi.

Qon tomir plastikasi. Azolarni qon bilan taminlashni aylanishlarini tiklash bugungi kunning dolzarb masalalaridan biridir. Buning uchun tomirlar o'tkazuvchanligini tiklashda oddiy qo'llar yoki mexanik (apparatlar) bilan choklar qo'yish ishlatilmoqda.

Mikroxirurgiya usulida tomirlar o'tkazuvchanligini 1-2 mm gacha tiklanmoqda. Tomirlar xirurgiyasida autotransplantantlar vena va arteriyalardan olinadi. Sintetik protezlar-dakron, teflon, florlonlar ishlatilmoqda. Arteriyalarni almashtirishda avtovenalardan foydalaniladi. Tomirlar plastikasida muhim o'rinni protezlash keng qo'llanilmoqda. Alohida holatlarda konservatsiya qilingan allotransplantantlar (kindik tomirlari) yoki ksenotransplantantlari qo'llanilmoqda.



127-rasm: Arteriyalarni protezlash.

A'zolar va to'qimalarning transplantatsiyasi

Oxirgi yillarda azolar va to'qimalar transplantatsiyasi katta ahamiyatga ega bo'lmoqda. Dunyo bo'yicha eng ko'proq holatlarda buyrak transplantatsiyasi o'tkazilgan, yurak, jigar va oshqozon osti bezi transplantatsiyasi o'tkazilmoqda. Transplantatsiyadan keyingi kuzatuv muddati buyrak transplantatsiyasidan keyin 30-35 yil, yurak 18-20 yil, jigar 12-15 yil, oshqozon osti bezi 5-6 yilni tashkil etmoqda. Bizning mamlakatimizda buyrak va jigar transplantatsiyasi qilinmoqda.

A'zolar allotransplantatsiyasi donordan bosh miya travmasi bilan o'lganlardan yoki juft azolardan (buyrak) ota va onalar yaqin qarindoshlardan olinmoqda.

To`qimalar va azolarni konservatsiya qilish - transplantatsiya qilish uchun odam to`qima va a`zolari baxtsiz hodisalar natijasida (travma) yoki to`satdan o`lganlar (miokard infarkti) dan olinganlar yaroqli hisoblanadilar.

A`zolar va to`qimalarni spid, xafli o`sma, shishlar, malariya, tuberkulyoz, siflis kabi kasalliklardan o`lganlarniki konservatsiya qilishga yaramaydilar. Donorlarni ichki azolari olingandan keyin tez fursatda olinishi, to`qimalari (terisi, payi, ko`z qorachig'i) birinchi 6-soat o`lgandan keyin olinishi shart. To`qima va a`zolar maxsus xonalarda aseptika qoidalariga rioya qilingan holda olinadi.

1. Olingan to`qima va a`zolar antiseptik holatda saqlanadi yoki antibiotikli eritmalarda, keyinchalik sovutilgan eritmalarda, retsipientning plazmasi yoki qonida.

2. Zudlik bilan muzlatish -183°C dan -273°C gacha. Keyinchalik -25°C dan -30°C gacha haroratda saqlanadi).

3. Liofilizatsiya (muzlatish keyinchalik quritish va vakumlash) suyaklarni konservatsiya qilish uchun ishlatiladi.

4. Parafinga botirish aldegidlar (farmaladegid)ga botiriladi. Maxsus konteinierlarda to`qima va azolar laboratoriyalardan klinikalarga maxsus eritmalarda 4°C ga olib kelinadilar. To`qima va a`zolarning to`liq yashab ketishi autotransplantatsiyada, bir tuxumli egizaklardan olingan azolarda kuzatiladi. Allo - yoki ksenogen ko`chirib o`tkazilganlarda ajralib ketishi - transplantatsion immunitet reaksiyasi paydo bo`lganda yuzaga chiqadi.

Transplantatsion immunitet reaksiyasi transplantantning egasiga qarshi bo`lib, retsipientda 7-10-kun muddatda o`tkazilgandan keyin uzilib ketishidir. Transplantatning joyidan ko`chib ketishiga asosiy sababchi immun tizimidir, T-killerlar muhim hisoblanadi va realizatsiyasida makrofaglar va T-limfositlar ham qatnashadi. To`qimalarni transplantatsiya qilgandan keyin 4-5 kun ichida bitaboshlaydi, ana shu doirada retsipient immunokompanenti begona antigenga identifikatsiya davrini o`tkazadi. 4-5 kundan boshlab o`tqazilgan to`qimada mikrosirkulyatsiya buzilaboshlaydi, shish rivojlanadi. O`tqazilgan a`zoda mononuklealalar invaziyasi boshlanadi. T-limfositlar sitotoksik xususiyatini paydo qilib, B-limfositlar antitela hosil qiladi va natijada allotransplantat yoki kserotransplantatlar joyidan ko`cha boshlaydi.

Qayta allotrasplantatsiya bir turdagi donordan olinib qilinganda ham transplantatsion immun reaksiyalar ikki marta tezroq paydo bo'ladi, chunki organizm sensibilizatsiyaga uchragan bo'ladi.

Zamonaviy immunologik kontseptsiyada to'qimalarni va a'zolarni ko'chirib o'tkazilganida T va B – limfotsitlarning o'zaro subpopulytsiyasi bilan o'zaro tasiri ahamiyatni va T-limfotsitlar subpopulytsiyasi muxim ro'lni o'ynaydi (helperlar, killerlar va suppressor hujayralar).

Har bir tirik organizm immun statusiga ega va tipik immun moslik donorda va retsipientda tashkil qilishga ega. Ana shu genetika qoidasiga asosan, har qanday individ HLA – sublokus antigeniga ega bo'lib to'qima mosligi antigeniga taalluqli hisoblanadi. Ular hujayralar membranasi joylashgan.

Replantatsiya - Oyoq va qo'llarning uzulib tushganligida ularni 6 soat travmadan keyin 4°C da saqlanganda va ular tomirlariga perfuziya qilinib replantatsiya qilish mumkin.

Birlamchi xirurgik ishlovdan keyin suyak tiklanadi, vena va arteriya plastika qilinadi, shundan keyin asab, mushak, pay, fassiya, teri tikiladi. Operatsiyadan keyingi davrda travmatik toksikoz sindromi profilaktika qilinadi.

Buyrak transplantatsiyasi - Bunga ko'rsatma bo'lib buyraklar faoliyatining buzilishi va uremiyaning paydo bo'lishidir. Buyrak geterotopik holatda retroperitoneal yoki yonbosh chuqurchaga joylashtiriladi. Qon aylanishi donor buyragining tomiri yonbosh arteriyasini (umumiy), va bemor venasiga anastamoz orqali ulanadi siydik yo'li siydik qopiga ulanadi. O'tkazilgan buyrakning o'z o'rnidan ko'chishi belgisi bo'lib – qonda limfotsitlarning paydo bo'lishidir.

Jigar transplantatsiyasi - Bunga ko'rsatma bo'lib jigar sirrozi, o'smalar, chaqaloqlarda o't yo'llari atreziyasi hisoblanadi.

Jigar qorin bo'shlig'ining o'ng tomoniga ortotopik transplantatsiya qilinadi. Geterotopik transplantatsiyasi qorin bo'shlig'ining boshqa qismiga joylashtiriladi.

Yurak transplantatsiyasi - Yurakning og'ir etishmovchiligida, kardiomiopatiyada, (korreksiya qilib bo'lmaydigan), ikki kamerali yuraklarda, o'ng qorin chasi atreziyasi kasalliklari transplantatsiya qilishda ko'rsatma bo'ladilar.

Yurak operatsiyasini o'tkazishdan oldin ko'p eksperimentlar o'tkazilgan. Masalan L.Korelli (1905), V.P.Demichov (1946-1960),

A.Kantorovets lar o`tkazgan ekspreimentlarni qayta o`tkazganlar. 1964 yilda Missisipi shtatida Dj. CHardi- 68 yoshli bemorga shimpanze yuragini ksenotransplantatsiya qilgan. Yurak ortotopik holatda (olib tashlangan a`zo o`rniga) implantatsiya qilinadi va sun`iy qon aylanish sharoitida o`tkaziladi.

Yurakning joyidan ko`chishi boshlanishidan oldin eng avvalo EKG (tahikardiya, ekstrasistoliya, tish voltajining pasayishi) da o`zgarishlar aniqlanadi.

Endokrin bezlar transplantatsiyasi

Hozirgi vaqtda qalqonsimon bezi, gipofiz, buyrak usti bezi, moyak, oshqozon osti bezi transplantatsiyasi qilinmoqda. Bezlarning erkin ko`chirish operatsiyalari ancha oldin boshlangan. Endokrin bezlarni qon tomirli oyoqchalar yordamida qilinganlarida ularning funktsiyalari saqlanadilar. Bu bezlar transplantatsiya uchun birinchi 6- 10 soat o`tgandan keyin olinishi kerak. Ular olingandan keyin maxsus suyuqliklar bilan yuviladi va -196°C haroratda saqlanadi.

Oshqozon osti bezining tana, bo`lmasi, dum qismlari yonbosh chuqurchalarida joylashtiriladi.

Bu muammolarning texnik jixatdan transplantatsiyasi masalasi hal qilingan, ammo mutlaq muaffaqiyatlari to`qimalar mosligi hal qilingandan keyin ma`lum bo`ladilar.

ABDULLAYEV S.A., SHERBEKOV U.A., DUSIYAROV M.M

UMUMIY XIRURGIYA

Darslik

Guvohnoma raqami: G/000188-2023

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhah — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 6.12.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 4

Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 29,06 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 51/2024

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

