

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

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich, Shavazi Ramiz Nuraliyevich,
Umedov Xushvaqt Alisherovich, Xursanov Yoqubjon Erkin o‘g‘li,
Amonov Xudoyberdi Ravshanovich, Ismati Odiljon Obidivich

**XIRURGIK KASALLIKLAR:
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH
ASOSLARI**

O‘quv qo‘llanma

Bilim soxasi- Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta’minot 0500000

Ta’lim soxasi- Sog‘liqni saqlash 0510000

Samarqand - 2025

UO'K: 617-089(075)

X 55

KBK: 54.54 ya73

*Ruziboyev S. A., Shavazi R. N., Umedov X. A., Xursanov Y. E.,
Amonov X. R., Ismati O. O.*

Xirurgik kasalliklar: Diagnostika va davolash asoslari
*[Matn]: O'quv qo'llanma / Samarqand davlat tibbiyot universiteti –
Samarqand.: "STEP-SEL" MChJ nashriyoti, 2025 -172 bet.*

“Xirurgik kasalliklar: Diagnostika va davolash asoslari” o‘quv qo‘llanmasida xirurgik kasalliklarni tekshirish usullari va semiotika keltirilgan. Shuningdek asosiy kasalliklar klinik kechishi va ularni davolash usullari yoritilgan.

Ushbu qo‘llanma Tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalariga dars o‘tish dasturi asosida tuzilgan bo‘lib, a‘zo va tizimlarning anatomik – fiziologik xususiyatlariga doir bo‘lgan hozirda mavjud va yangi ma‘lumotlarni ketma – ket yoritgan, shuningdek har xil joyda joylashgan xirurgik kasalliklarning etiologiyasi va patogenezi, diagnostika usullari, kompleks davolash usullari va operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olish usullari keng bayon qilingan.

“Xirurgik kasalliklar: Diagnostika va davolash asoslari” o‘quv qo‘llanmasi xirurgik kasalliklar fanidan bakalavriatning davolash ishi 5510100 va kasb ta‘limi -5111000 fakultetlari 3,4,5,6 kurs talabalari uchun mo‘ljallangan.

Taqrizchilar:

Sherbekov U.A. – SamDTU professori, tibbiyot fanlari doktori.

Davlatov S.S. – BuxDTI professori, tibbiyot fanlari doktori.

*O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universitetining
2025–yil 29–noyabrdagi A/F 519-sonli buyrug'iga asosan chop etishga
ruxsat etilgan. Ro'yxatga olish raqami G/000531-2025*

ISBN: 978-9910-587-98-6

© Ruziboyev S. A., va boshq. 2025
© "STAP-SEL" MChJ nashriyoti. 2025

MUNDARIJA

KIRISH	5
Xirurgiyaning rivojlanish tarixi.....	7
I BOB	20
1.1. Xirurgik bemorlarni tekshirish usullari	20
1.2. Me'da va 12-barmoqli ichaklarni tekshirish usullari	29
1.3. Yo'g'on ichaklarni tekshirish usullari.....	33
1.4.To'g'ri ichakni tekshirish usullari	34
1.5.Aseptika va antiseptika.....	35
II BOB	78
2.1. Jarohatlar tushunchasi	78
2.2. Jarohatlar tasnifi, etiologiyasi va klinik kechishi	80
2.3. Qorin bo'shlig'ining ochiq jarohatlari	86
2.4. Jarohatlar diagnostikasi va davolash	88
2.4. Yiringli jarohatlar.....	95
2.5. Yiringli jarohatlarni davolash.....	96
III BOB.....	106
3.1. Terining gistalogiyasi anatomiyas fiziologiyasi.....	106
3.2. Termik kuyishlar tushunchasi tasnifi	118
3.5. Kuyish turlari va davlash usullari.....	130
Mavzuga oid testlar	143
Mavzuga oid savollar	150
MAVZULARGA OID AMALIY KO'NIKMALAR.....	152
Adabiyotlar ro'yxati:	168

FOYDALANGAN QISQARTMALAR RO'YXATI

QB	- qon bosimi.
II	- ishonchli interval.
O'IBI	- o'n ikki barmoqli ichak.
OIT	- oshqozon - ichak trakti.
QBI	- qorin bo'shlig'i indeksi.
O'SSH	- o'pka sun'iy shamollatish.
QBTSI	- qorin bo'shlig'ini takrororiy sanasiya indeksi.
MI	- Mang'eym indeksi.
BMQAKB	- bosh miyada qon aylanishining keskin buzilishi.
ITVRB	- intensive terapiya va reanimasiya bo'limi
RPI	- relaparotomiyaning prognostik indeksi.
MXKI	- mutlaqo xavfni kamaytirish indeksi.
NXKI	- nisbatan xavfni kamaytirish indeksi.
SRO	- S - reaktiv oqsil.
DZBBS	- davolanish zarur bo'lgan bemorlar soni.
NGND	- nazorat guruhidagi natijalar darajasi.
AGND	- asosiy guruhdagi natijalar darajasi.
YUQCH	- yurak qisqarishi chastotasi.
TYJR	- tizimli yalig'lanishga javob sindromi.
PESH	- poliorgan etishmaslik shkalasi.
VYoL	- vakuum-yordamchi laparostomiya.
BA	- belgi aniqligi.
BS	- belgi sezuvchanligi.
BO'S	- belgilarning o'ziga xosligi.

KIRISH

Keyingi yillarda xirurgiya fanining rivojlanishi zamirida, ilgari faqatgina yirik ilmiy markazlar imtiyozi hisoblangan ko'pgina murakkab diagnostika uskunalarning – rentgen televizion qurilmalar, ultratovush yordamida va endoskopik tekshiruv uskunalari xizmatidan nafaqat yirik klinikalar foydalanish, balki viloyat va tuman kasalxonalarini amaliyotiga keng miqyosda kirib kelishi, yangidan yangi diagnostik uskunalari (angiografiya, kompyuter tomografiya, doplerografiya va b.) xizmatidan keng ko'lamda foydalanish, burun tasavvur qilish qiyin bo'lgan yangi texnologiyalarning shiddat bilan kirib kelishi va ular bilan bog'liq bo'lgan endoxirurgik va miniinvaziv operatsiyalar uchun moslama yoki uskunalari taraqqiyoti yotadi.

Albatta, bularning barchasini, etakchi omil – jarrohlik sohasida olib borilayotgan tinimsiz ilmiy izlanishlar, ular natijalarini jahon ilm ahli orasida namoyon etish, ular tajribasiga tayangan holda takomillashtirish, yuqori samarali jarrohlik amaliyotlari usul va uslublarini ishlab chiqish va ularni amaliyotga keng tadbiiq etishsiz, tasavvur qilish qiyin. Binobarin, bugungi kun torakal, qon tomir va endokrin xirurgiyasi nafaqat surunkali kasalliklarda, balki ushbu tizimlarning o'tkir kasalliklarida, hamda murakkab tug'ma va orttirilgan patologiyalarda ham torakoskopik operatsiya uslublaridan foydalanish, ko'pgina boshqa surunkali va o'tkir xirurgik kasalliklarida kichik yoki kam invaziv operatsiya taktikasini qo'llash maqsadga muvofiq bo'lib, kundan kun odat tusiga aylanib bormoqda. Bundan tashqari, xirurgiya sohasida yangidanyangi yo'nalishlar paydo bo'lishi, oldingi qo'llanmalarda ularning ifoda etilmagani, yangi qo'llanmani yaratish va ushbu masalalarni ham unga kiritish zaruratini yuzaga keltirdi.

Bugungi kunga kelib, yurtimizda umumiy amaliyot shifokorlari uchun xirurgik kasalliklar bo'yicha chop etilgan barcha qo'llanmalarni qaytadan ko'rib chiqib, ularga shu ixtisoslikning bugungi holati va kelajagini inobatga olgan holda, o'zgartirishlar va to'ldirishlar kiritish ehtiyoji tug'ildi. Talabalarga dars berishdagi qat'iy izchillikka rioya qilgan holda, ilmiy asosda tabobatning bu murakkab sohasida insoniyat

to'plagan tajribalarni ularga etkazishga harakat qilindi. Zero undan, bugungi kun talabalari foydalanib, ertangi kunda aholiga davr talabiga munosib ravishda xizmat ko'rsatishlari lozim bo'ladi.

Shu qatorda, 50 yildan beri faoliyat olib borayotgan fakultet va gospital jarrohligi klinikasining boy tajribasi ham e'tiborga olingan. Ushbu asarni yaratishda bevosita hissa qo'shgan shogirdlarga, muallif ulkan minnatdorchilik bildiradi. Qo'llanmani yozishda, mualliflar xirurgiyaga oid mavjud ma'lumotlarni bayon etgani holda, kasalliklarni aniqlash va davolashning yangi usullari bilan tanishtirishga harakat qildilar.

Bu borada o'lkamiz olimlarining qo'shgan ulkan hissalarini haqida ham so'z yuritishga urindik. Bularning hammasi, bo'lajak jarrohlarning yangi avlodini tarbiyalashga va ularning xalqimizga malakali xizmat ko'rsatishiga yordam beradi degan umiddamiz

Xirurgiyaning rivojlanish tarixi

Xirurgiya fani juda qadim zamonlarda yuzaga kelgan. Ibtidoiy odamlar o‘z-o‘ziga va bir-birlariga yordam ko‘rsatar ekanlar, chamasi, nayzaning o‘tkir uchini va yoy o‘qini tanadan chiqarib olish yo‘lini bilganlar, qon oqayotgan jarohatni qisib, qon ketishini to‘xtata olganlar, jarohatni davolash uchun o‘simliklarning barglaridan va yo‘sin (mox) dan foydalanganlar. Arxeologik qazilmalarning materiallari shundan dalolat beradiki, paleolit va mezolitning so‘nggi bosqichidagi davrda ibtidoiy odamlar tosh pichokq yordamida bosh suyakni paypaslab kasal joyni aniqlash va davolash (trepanatsiya), qo‘l yoki oyoqni kesib tashlash kabi murakkab operatsiyalarni amalga oshirganlar. Miloddan 6000-7000 yil oldingi ibtidoiy jamiyatda «yovuz ruh»ni haydash uchun bosh suyakni trepanatsiya qilishgan. Ko‘plab kasalliklarni davolash uchun terini skarifikatsiya qilishgan, hayvonlar shoxi yoki tosh nay yordamida qon olganlar.

Miloddan avvalgi 4000-2000-yillarda Misr, Hindiston, Assuriya, Babil va Xitoyda xirurgiya gullab yashnagan iqtisod va madaniyat bilan bir vaqtda rivojlanib, ma‘lum yutuqlarga erishdi.

Qadimgi Misrda qo‘l yoki oyoqni kesish, qovuqdagi toshlarni olib tashlash, bichish (haramdagi xizmatchi yigitlar axta qilingan) kabi operatsiyalar qilingan. Misrliklar jarohatlarni davolashda sharob, asal va yog‘dan foydalanishgan; suyak singanda to‘r bog‘ich bilan mahkam bog‘lab qo‘yganlar. Og‘riqni qoldirish uchun afyun va mehriqiyoh ildizini qo‘llaganlar.

Qadimgi Hindistonda vrachlarni tayyorlash uchun hatto dorilfunun va maktablar bo‘lgan, ularda boshqa fanlar qatorida anatomiya o‘qitilgan. Chechak, kuydirgi, moxov kasalligi, saramas, sil, so‘zak, chilla yara (ekzema) kasalliklarini hind vrachlari ta‘riflab berishgan. Qon oqishini to‘xtatish uchun qisib turuvchi bog‘ichni qo‘llashgan yoki jarohatga qaynoq yog‘ quyishgan. Hind vrachlari miloddan 1500-yil ilgari xirurgik ignalardan foydalanishgan; ular to‘qimalarni tikish texnikasini ishlab chiqishgan, buning uchun zig‘ir tolasidan eshilgan iplardan va qildan foydalanishgan. Hind vrachlari yuzga yaqin xilma-xil

xirurgiya asbob anjomlaridan (qisqich, iskana, arra, bujlar, ignalar) foydalanishgan, ularni ishlatishdan avval o‘simliklar shirasi, sovun ko‘pirtirilgan qaynoq suv hamda alangada qizdirish yo‘li bilan zararsizlantirganlar. Hindistonda xirurgik texnika birmuncha rivojlangan, hatto kiyin va xavfli tug‘ruq, hollarida vrachlar ona qornini yorib bolani olishni (kesarevo secheniye) amalga oshirishgan. Ayniqsa, burun teri plastikasining (rinoplastika) hind uslubini alohida ta‘kidlab o‘tish zarur: bu uslub hozirgi paytgacha deyarli o‘zgarmagan holda qo‘llaniladi. Qadim Hindistonda xirurgiya juda qadrlangan. Mashhur hind vrachi Sushrut (miloddan avvalgi IX asr) shu munosabat bilan bunday deb yozgan edi: «Xirurgiya tibbiyotning barcha sohalari ichida birinchi va asosiy o‘rinni egallaydi, u xudoning in‘omi bo‘lib, shon-sharaflarga ko‘milgandir». Sushrut o‘z asarlarida yallig‘lanish belgilarini ta‘riflab bergan, holbuki bu belgilarni Ovrupoda Sels nomi bilan bog‘laydilar.

Shunday qilib, biz tibbiyotning dastlabki manbalarini Qadimgi Hindiston va Qadimgi Misrdan topamiz. Misrda vrachlar hatto qisman ixtisoslashgan ham edi. Yunon tarixchisi Gerodot (miloddan avvalgi 500 yil) Misrda bo‘lgach, u yerda vrachlar ayrim a‘zolarning (ko‘z, tish, bosh, qorin va boshqalar) kasalliklari bilan shug‘ullanishlari haqida yozgan edi. Ayni paytda, tibbiyot din ta‘sirida bo‘lib, uning rivojlanishiga diniy bid‘atlar, urfodatlar, xurofot, yolg‘on yashiqlar to‘sqinlik qilardi. Odamlarni davolash bilan odatda rohiblar va kohinlar shug‘ullanar va to‘plangan bilimlar maxfiy ravishda avloddan avlodga yetkazilardi.

Assuriya va Bobilda (Mesopotamiya) miloddan avvalgi 2500-2000 yilda operatsiyalarni amalga oshirgan va jarohatlarni davolagan vrachlar bo‘lgan. Qadimgi Babil va Nineviyada olib borilgan arxeologik qazilmalar vaqtida topilgan sopollardagi mixxat bilan yozilgan yozuvlar Mesopotamiyadagi xirurgik faoliyat to‘g‘risidagi ma‘lumotlar manbaidir. Bazalt toshga mixxat bilan yozilgan Xammurapi qonunlari (miloddan avvalgi 2250-yil) eng muhim yodgornomalardan biridir. Unda, masalan, ko‘z gavharining xira tortishini (katarakta) muvaffaqiyatli operatsiya qilgan vrach xizmatiga yarasha mukofot

olishi, bordiyu, bemor o'lsa yoki ko'rish qobiliyatini yo'qotsa, xirurgning qo'li kesilishi aytilgan. Usha vaqtlardagi bronzadan yasalgan xirurgik asboblari Mesopotamiyada xirurgik texnika yuqori darajada bo'lganidan dalolat beradi.

Miloddan taxminan 4000 yil ilgari Xitoyda tibbiyotni rivojlantirish to'g'risida buyruq chiqarilgan. Xitoy xalq tibbiyoti necha yuz yillardan beri davolash uchun akupunktura (igna bilan davolash), kuydirish, o't-o'lanlarning shifobaxsh xususiyatlaridan foydalanib keladi. Mashhur xitoy xirurgi Xua-Tu (141-203 yy.) bosh suyak trepanatsiyasini va laparotomiyani o'tkazgan, singan suyaklarni davolagan. U operatsiya vaqtida og'riqni qoldirish uchun afyun, nasha va mehriyoh ildizini qo'llagan. Xitoyda qilingan kashfiyotlar Ovrupoda ko'pincha noma'lum bo'lgan yoki unutib yuborilgan. Masalan, miloddan 2000 yil ilgari xitoy vrachlari qon aylanishi to'g'risida tasavvurga ega bo'lganlar; sil, miyaga qon quyilishi va qoqshol Rarbiy Ovrupodan ming yil ilgari xitoy vrachlari tomonidan ta'riflab berilgan. Shunday bo'lsada, xitoy tibbiyoti, shu jumladan, xirurgiyasi anatomiya ma'lumotlariga tayanmagan edi, chunki o'liklarni yorib ko'rish qat'iy taqiqlangan edi. Shuningdek, tajribalar ham o'tkazilmagan, shu sababli, inson vujudi a'zolarining tuzilishi va faoliyati to'g'risidagi tasavvur mavhumligicha qolgan. Xitoy tibbiyotining nazariy asoslari, umuman olganda, sodda va ko'pincha noto'g'ri bo'lgan. Masalan, ko'pdan ko'p kasalliklarning paydo bo'lishi muayyan yil fasllari bilan bog'liq, deb tushunilgan. Kasallikni davolash uchun organizmdagi qarama qarshiliklar kurashi to'g'risidagi nazariya asos qilib olingan edi. Shu tufayli Xitoyda qarama qarshi holatlar bilan davolash to'g'risidagi ta'limot vujudga kelgan: mijozi issiq odamlarni sovuq narsalar bilan va aksincha, charchashni dam olish bilan davolaganlar.

Grajdandlar urushining mashaqqatli yillaridayoq ko'pgina mashhur xirurglar xalq bilan birga bo'lgandilar. S.I.Spasokukotskiy, S.P.Fyodorov, V.A.Oppel, P.A.Gersen, A.V.Vishnevskiy va boshqalar inqilobgacha bo'lgan Rossiya xirurglarining ilg'or an'alarini davom ettirdilar.

S.I.Spasokukotskiy (1870-1943) Smolensk zemstvo kasalxonasidan kelib, Moskva universitetidagi kafedrani boshqardi. U Rossiyada aseptikaga asos solgan olimlardan biri edi; Spasokukotskiy Kochergin metodi bo'yicha operatsiyadan oldin jarroh qo'llarini 0,5 % nashatir spirt eritmasi bilan operatsiyaga tayyorlash metodi ma'lum. S.I.Spasokukotskiy me'da-ichak va torakal xirurgiyasiga asos solganlardan biridir. S.I.Spasokukotskiyning «O'pka va o'pka pardasining (plevraning) yiringli kasalliklari xirurgiyasi» monografiyasi shu paytgacha o'z ahamiyatini yo'qotgani yo'q. S.I.Spasokukotskiy xirurglarning katta avlodini tarbiyalagan.

S.P.Fyodorov (1869-1936) o'ttiz yil davomida rus xirurglarining peshqadami bo'lib keldi. S.P.Fyodorovning o't yo'li va buyraklar xirurgiyasi sohasidagi asarlari olam shumul shon shuhrat qozondi, ular shu paytgacha o'z ahamiyatini yo'qotganicha yo'q. V.N.Shamov, N.N.Yelanskiy, A.V.Smirnov, P.YA.Stradin S.P.Fyodorovning shogirdlari edilar.

V.A.Oppel (1872-1932) harbiy-dala xirurgi sifatida mashhur edi. U reduksiyalashgan qon aylanishi to'g'risidagi ta'limotni, shuningdek, epinefektomiya texnikasini ishlab chiqdi. V.A.Oppel mamlakatimizda endokrinologiya xirurgiyasining asoschisi hisoblanadi. S.S.Girgolav, M.N.Axutin, S.I.Banaytis, N.N.Samarin, P.N.Napalkov. V.A.Oppelning shogirdlari edilar.

I.I.Grekov (1867-1934) ajoyib abdominal xirurg edi. Uning to'g'ri ichak xirurgiyasi bo'yicha ilmiy ishlari keng jamoatchilikka ma'lum; u ichaklarni zaruriyat tug'ilib qolganda operatsiya qilish texnikasini ishlab chiqqan. I.I.Grekov uzoq yillar davomida «Jarrohlik axborotnomasi» («Vestnik xirurgii») oynomasiga muharrirlik qildi, endilikda bu oynoma uning nomi bilan atalgan.

A.V.Martinov (1868-1934) 1910 yildan boshlab Moskva universitetining hospital xirurgiyasi klinikasiga rahbarlik qildi. Uning asosiy ilmiy ishlari qorin bo'shlig'idagi a'zolar, o't yo'li va qalqonsimon bezlar xirurgiyasiga bag'ishlangan. A.V.Martinov Moskvadagi rus xirurglari jamiyatini ta'sis etgan. A.V.Martinovning maktabidan

V.R.Braysev, A.M.Zabludovskiy, I.G.Rufanov, S.D.Ternovskiylar yetishib chiqqan.

P.A.Gersen (1871-1946) onkologlarning Moskva maktabining asoschisi hisoblanadi. U ingichka ichakdan foydalangan holda qizilo'ngachning ko'krak oldi plastikasini (Ru.Gersen-Yudin metodi), perikardektomiyani, miya churralari operatsiyasining texnikasini tadqiq qilgan. P.A.Gersenning shogirdlari orasida ayniqsa B.V.Petrovskiy, A.N.Shabanov, YE.L.Berezov ajralib turadi.

A.V.Vishnevskiy (1874-1948) mahalliy anesteziyaning tashviqotchisi, ushbu metodni qo'llashda o'ziga xos yangi yo'l ochgan xirurg sifatida mashxurdir. U infiltratsion va o'tkazuvchi anesteziya texnikasini ishlab chiqqan. A.V.Vishnevskiy, shuningdek, harbiy dala xirurgiyasi va neyroxirurgiyaning rivojlanishiga katta hissa qo'shgandir.

Shifokorlar, birinchi navbatda jarrohlar Ulug' Vatan urushining og'ir yillarida fashizm ustidan g'alaba qozonishga katta hissa qo'shdilar. Ushbu davrda mamlakatimiz xirurgiyasining rivojlanishiga N.N.Burdenko, Yu.Yu.Djanelidze, S.S.Yudin, N.N.Petrov, P.A.Kupriyanov, A.N.Bakulev katta hissa qo'shganlar.

N.N.Burdenko (1876-1946) Ulug' Vatan urushi yillarida Armiyaning bosh jarrohi edi. U N.I.Pirogov tomonidan o'rtaga tashlangan harbiy dala xirurgiyasi ta'limotini ijodiy rivojlantirishni davom ettirdi, evakuatsiya bosqichlarida jarohatlarni davolash texnikasini tadqiq qildi. Ulug' Vatan urushi davrida yaradorlarga jarroxlik yo'li bilan yordam ko'rsatish a'lo darajada tashkil etilgan edi: yaradorlarning 73 % safga qaytarildi, bunday hol dunyodagi boshqa bironta armiyada ko'rilmagan edi. N.N.Burdenko vatanimiz neyroxirurgiyasining asoschisi hisoblanadi.

Yu.Yu.Djanelidze (1883-1950) vatanimizda yurak xirurgiyasiga asos solgan. U kuyish tufayli jarohatlanish muammolari ustida astoydil ishladi, teri plastikasini takomillashtirish uchun ko'pgina ishlarni amalga oshirdi, chiqqan yelka va son suyagini o'rniga solishning original usulini ishlab chiqdi. Yu.Y.Djanelidze Ulug' Vatan urushi davrida Harbiy dengiz flotining bosh jarrohi edi.

S.S.Yudin (1891-1954) ovqat hazm qilish a'zolarining bilimdoni va ularni operatsiya qilishning mohir ustasi edi. Uning me'dada rekonstruktiv operatsiyalar o'tkazish va qizilo'ngach plastikasi to'g'risidagi monografiyasi mashhurdir. U jarrohlarning ajoyib maktabini barpo etgandi. (B.A.Petrov, D.A.Arapov, B.S.Rozanov, P.I.Androsov va b.).

N.N.Petrov (1876-1964) onkologiya sohasida katta xizmat ko'rsatdi. U hozirgi paytda qo'llanilayotgan rakka qarshi kurash sistemasini ishlab chiqdi hamda kuchli onkologiya maktabini yaratdi (S.A.Xoldin, A.I.Rakov, F.G.Uglov va boshqalar). N.N.Petrov rinoplastika metodining, shuningdek, yaralarning bitishi va to'qimalar transplantatsiyasi bo'yicha asarlar muallifidir.

P.A.Qupriyanov (1883-1963) Leningrad xirurglari maktabining taniqli namoyandasidir. U harbiy dala, o'pka va yurak-tomirlar xirurgiyasi, shuningdek, anesteziologiyaning rivojlanishiga muhim hissa qo'shdi. U xirurglarning yirik maktabini vujudga keltirgandi (I.S.Qolesnikov va A.P.Kolesovlar, V.I.Burakovskiy va boshqalar).

A.N.Bakulev (1870-1967) S.I.Spasokukotskiyning iste'dodli shogirdi, mamlakatimizda yurak tomirlar va o'pka xirurgiyasini vujudga keltirganlardan biridir. Yurak-tomirlar xirurgiyasi institutiga asos soldi, Tibbiyot Faning prezidenti bo'lgan. A.N.Bakulev yirik xirurgiya maktabining asoschisidir (A.A.Vishnevskiy, A.V.Gulyayev, V.S.Savelyev, YE.N.Meshalkin va boshqalar).

Yiringli xirurgiya va kechiktirib bo'lmaydigan abdominal xirurgiyaning rivojlanishida. N.V.Sklifosovskiy, S.S.Yudin, B.S.Rozanov, I.G.Rufanov, V.S.Savelyev, V.I.Struchkov, M.I.Kuzin (Moskva), shuningdek, Yu.Yu.Janelidze (Peterburg) A.A.Shalimov (Qiyev) katta xizmat ko'rsatishdi.

Plastik xirurgiyada V.P.Filatov (Odessa), N.A.Bogoraz (Qiyev), Yu.Yu.Djanelidze va A.A.Limberg (Peterburg), S.S.Yudin (Moskva) va boshqalar «ko'chib yuruvchi teri poyasini» taklif qilishgan.

O'pka xirurgiyasi, asosan, S.I.Spasokukotskiy, L.Q.Bogush, D.N.Bakulev, V.I.Struchkov, M.I.Perelman (Moskva), F.G.Uglov,

I.S.Kolesnikov (Peterburg); N.M.Amosov (Kiyev), T.M.Qoriyev (Toshkent) kabi olimlarning xizmatlari tufayli rivojlandi.

Yurak-tomirlar xirurgiyasi faqat Ulug' Vatan urushidan keyingi yillardagina rivojlandi. Ushbu sohaning eng ko'zga ko'ringan vakillari A.N.Bakulev, A.A.Vishnevskiy, N.I.Krakovskiy, V.I.Burakovskiy, B.V.Petrovskiy, B.A.Qonstantinov, V.S.Savelyev, A.V.Pokrovskiy (Moskva), P.A.Kupriyanov, A.P.Kolesov, S.L.Libov, A.B.Zorin (Peterburg), N.M.Amosov (Kiyev), YE.N.Meshalkin (Novosibirsk), B.A.Korolyov (Gorkiy), A.M.Marsinkyavichyus (Vilnyus) va YU.I.Bredikis (Kaunas), V.V.Vohidov, SH.I.Karimov (Toshkent) lardir. Hozirgi paytda sun'iy qon aylanishi sharoitlarida va chuqur gipotermiya ostida yurak sohasida g'oyatda murakkab operatsiyalar amalga oshirgan.

Xirurgiyaning fan sohalari ichida birmuncha yoshi organlar transplantatsiyasi (ko'chirib o'tkazish) va mikroxirurgiya bizning mamlakatimizda keyingi 1015 yil mobaynida shakllandi. Buyraklar (B.V.Petrovskiy, V.I.Shumakov, O'.O.Oripov) va yurak muvaffaqiyatli ravishda transplantatsiya qilinyapti; mexanik yurak modeli ishlab chiqilgan (A.A.Vishnevskiy, V.I.Shumakov). B.V.Petrovskiy va V.S.Krilov (Moskva) mamlakatimizda mikroxirurgiya sohasiga barakali hissa qo'shganlar.

Qadimiy boy madaniyati va taraqqiy topgan tibbiyoti bo'lgan O'zbekistonda xirurgiya fani o'zining ko'p asrlik tarixiga ega. Buxorolik ulug' hakim, buyuk komuschi olim, yirik faylasuf va iste'dodli shoir, «Tib qonunlari», «Kitob ashshifo» singari olamshumul asarlar muallifi Abu Ali ibn Sinoning (Ovropoda Avitsenna nomi bilan mashhur, 980-1037 yy.) boy ilmiy merosi fikrimizning yorqin dalilidir. Biroq, Chingizxon bosqini davrida madaniyat va fanning inqirozga yuz tutishi, O'rta Osiyo xalqlarining o'z ozodligi yo'lida arab va boshqa bosqinchilarga qarshi ko'p asrlik kurashi, o'zaro kelishmovchiliklar, din va jaholat parastlikning hukmronligi tibbiyotning rivojini sekinlashtirdi. Lekin shuni ham unutmaslik kerakki, bizning davrimizgacha saqlanib kelgan birinchi manbalar bilan ishlashni bilmaslik va ular bilan ishlash imqoniyatining yo'qligi (O'rta Osiyo olimlarining ko'pgina birinchi manbalari ko'lyozmalari London, Berlin, Misr, Bayrut, shuningdek

Sankt-Peterburg kutubxonalarida saqlanadi) haqiqatni bilishga doir bilimlarimizni cheklab qo‘ygan. Shunga qaramay, yuqorida eslatib o‘tganimizdek, Sharq tabobatining ilmiy asoschilaridan bo‘lgan Ibn Sino o‘zining «Tib qonunlari» kitobida og‘riq va og‘riqsizlantirish, shikastlanishlar, yiringli yallig‘lanish jarayonlari va jarohatlar sohasida o‘zining chuqur bilimlarini namoyish eta olgan. Tibbiyotga oid asarlarida (ularning soni 40 dan oshadi), xususan «Tib qonunlari»da Ibn Sino butun O‘rta asrlardagi Ovro‘po va Sharq tabobatining o‘zigacha bo‘lgan asosiy yutuqlarini umumlashtirib va tizimga solibgina qolmay, balki o‘zining sermashaqqat shaxsiy tadqiqotlari natijalari bilan boyitib, ularni ko‘p jihatdan rivojlantirishga ham muvaffaq, bo‘ldi. Tibbiyot tarixi bilimdoni, olim V.D.Petrovning e‘tirofi bo‘yicha, «Tib qonunlari» o‘z davrida odamning sog‘lig‘iga va kasalliklariga taalluqli bilimlarni to‘la to‘kis o‘ziga qamrab olgan butun bir tibbiy qomusdir».

Turkiston o‘lkasini istilo qilganidan keyin chor Rossiyasi sog‘liqni saqlashni rivojlantirishga juda kam e‘tibor berdi, chor hukumati shu maqsadlar uchun nihoyatda kam mablag‘ ajratar edi.

Turkistonda birinchi davolash muassasasi 1861 yilda Toshkentda ochilgan harbiy lazaret (1870 yilda u harbiy gospitalga aylantirilgan) edi. 1872 yilda Samarkandda 20 o‘rinli shahar kasalxonasi ochilgan. Keyingi yillarda Kattaqo‘rg‘on, Farg‘ona, Marg‘ilon, Qo‘qonda (1883), Petro Aleksandrovska (To‘rtko‘l, 1886) shifoxonalar ochilgan.

1903 yilning 15 aprelida Toshkentda Qizil Qrestning xirurgik kasalxonasi, 1906 yilda esa Toshkent shahar kasalxonasi qoshida xirurgik bo‘lim tashkil etilgan edi.

1913 yildan boshlab Toshkent viloyatining Pskent tumanida ishlagan O‘zbekistonning keksa vrachlaridan biri A. P. Spiridonov o‘sha davrdagi xirurgik yordam ahvoli to‘g‘risida shunday yozadi: «Qizil Krestda P.F.Borovski ishlagan edi, u Toshkentda va hatto butun Sirdaryo viloyatida (hozirgi Toshkent va Sirdaryo viloyatlarining xududi) yagona xirurg bo‘lgan. Hamma joydan uni so‘rab kelishar edi, chunki boshqa viloyatlarda xirurglar yo‘q edi...»

1917 yil 7 sentabrda hukumat dekreti bo‘yicha Turkiston (hozirgi Toshkent davlat) dorilfununi tarkibida tashkil qilingan tibbiyot fakulteti

O'rta Osiyoda oliy tibbiy ta'limning vujudga kelishiga zamin hozirladi. 1930-40 yillarda Samarqand, Dushanbe, Bishkek, Ashgabat, keyinchalik esa Andijon, Buxoro va Nukusda tibbiyot oliy o'quv yurtlari tashkil etildi.

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

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

P. F. Sitkovskiy (1883-1933) Turkiston universiteti tibbiyot fakultetining tashkilotchilaridan biri, davolash fakultetining birinchi dekani, fakultet xirurgiyasi kafedrasining tashkilotchisi hisoblanadi. U sariq kasalligida operatsiyadan keyingi qon oqishlarni o'rganishga (qon ivishiga) katta hissa qo'shgan, qon ivishini o'rganish uchun koagulometr ixtiro qilgan. Olim o'tkir appenditsitning klinik belgisi «Sitkovskiy belgisi»ni tasvirlagan, ketgutga yod bug'lari bilan ishlov berish usulini taklif qilgan. P.P.Sitkovskiy shuningdek O'zbekistonda jag'yuz va plastik jarrohlikning tashkilotchisi, Toshkent ilmiy xirurgiya jamiyati va «Turkistonning tibbiy tafakkuri» degan birinchi tibbiy oynoma tashkilotchisi sanaladi. Uning klinikasidan professorlar G.A.Ilyin, V.K.Yasich, P.P.Sarenko, dotsentlar V.M.Paradoksov, F.YA.Sokolov, L.M.Obuxova va boshqalar yetishib chiqdi.

Toshkent davlat tibbiyot instituti umumiy xirurgiya kafedrasini N.S.Pereshivkin tashkil qilgan (1920-1933 yillarda kafedraga mudirlik

qilgan, u «Plastik sistoskopiya atlasini»ning muallifidir, Oʻrta Osiyoda endemik buqoqni oʻrganishni boshlab bergan, Turkistonda urologiya yordamiga asos solgan va tashkilotchilik qilgan. Uning shogirdlari D.L.Vvedenskiy, G.A.Rotenberg, E.A.Frakman va boshqalardir.

Atoqli olim professor V.F.Voyno Yasenetskiy (1877-1961) 1917 yildan boshlab Toshkent shahar kasalxonasining bosh vrachi va xirurgi boʻlgan, topografik anatomiya bilan operativ xirurgiya kafedrasini tashkil qilgan (1920-1923 yy.), uning «Yiringli jarrohlik ocherklari» nomli ilmiy asari Davlat mukofotiga sazovor boʻlgan, u regionar anesteziyani, uch shoxli nervni etil spirti bilan ogʻriqsizlantirish metodikasini ishlab chiqqan.

Bolalar xirurgiya kafedrasining tashkilotchilari prof. YA.V.Quzmich (1937-1947 yy.) va prof. K.X.Tagirov (1947-1972 yy.) bu sohani rivojlantirishga katta hissa qoʻshganlar.

Anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasining asoschisi va 20 yildan buyon unga rahbarlik qilib kelayotgan prof. V.Ye.Avakovning ham xizmati katta.

Samarqand tibbiyot institutida hospital xirurgiya kafedrasini prof. S.P.Shilovsev (1934-1939 yy.), keyin prof. G.B.Monashkin (1939-1949 yy.), fakultet xirurgiyasi, kafedrasini prof. B.Ye.Pankratov (1934-1945 yy.), prof. A.V.Sushevskiy, umumiy xirurgiya kafedrasini prof. A.A.Kozirevlar (1932-1936 yy.) tashkil qilganlar.

Samarqand tibbiyot institutining operativ xirurgiya bilan topografik anatomiya kafedrasining tashkilotchisi va birinchi kafedra mudiri prof. A.V.Sushevskiy (1887-1951) edi, u kafedrani 1932-1938 yillarda boshqargan, 1938-1972 yilgacha prof. G. N. Aleksandrov (1905-1972) mudirlik qilgan.

Prof. S.A.Boruxov shu institut anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasining tashkilotchisi va hozir ham kafedra rahbaridir. Bolalar jarrohligi kafedrasini prof. M.Ahmedov 1966 yilda tashkil qilgan.

1931 yilda Oʻzbekiston ortopediya va travmatologiya ilmgohi tashkil etilib, unda Oʻzbekistonda shu ixtisoslashgan xizmatni rivojlantirishga katta hissa qoʻshgan prof. B.I.Berliner, O.Sh.Shokirov, N.M.Shomatov va boshqalar koʻp yil samarali mehnat qilganlar.

Ayniqsa Ulug' Vatan urushi yillarida nogironlarga ortopedik-travmatologik yordam berish bo'yicha talaygina ishlar qilingan. Tibbiyot institutlari qoshida ortopediya va travmatologiya kafedralarining ochilishi mutaxassislar yetishtirib berish bilan birga tibbiyot fanining bu sohasini rivojlantirishga imqon bergan.

O'zbekistonda qon quyish xizmatining tashkilotchisi prof. V.Q.Yasevich (1894-1965) hisoblanadi, uning «O'rta Osiyo xalqlarida qon gruppasini o'rganishga doir materiallar» nomli doktorlik dissertatsiyasi respublikadagi hamma gematologlar uchun dasturul amal qo'llanma hisoblanadi.

1933 yil 1 sentabrda Toshkentda Markaziy qon quyish stansiyasi tashkil etilgan bo'lib, u Moskvadagi Markaziy qon quyish institutining filiali bo'lib qolgan. 1940 yilda Markaziy qon quyish stansiyasi O'zbekiston gematologiya va qon quyish ilmgohiga aylantirilgan.

O'zbekistonda xirurgiyaning rivojlanish tarixida respublika xirurglarining I syezdi (Toshkent, 1965 yil, dekabr), so'ngra O'rta Osiyo respublikalari va Qozog'iston xirurglarining I syezdi (Toshkent, 1979 yil, 1617 yanvar) yirik voqyealardan bo'lib qoldi. Bu ikkala syezdning tashkilotchisi O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi, professor O'ktam Oripovich Oripov hisoblanadi. 1986 yilda Toshkentda xirurglarning 31 syezdi bo'lgan. Xirurglarning bu katta anjumanlari dastlabki olimlar o'rniga hozirgi vaqtda ko'p qirrali ixtisoslashgan xirurgik yordamni va xirurgiya fanini rivojlantirayotgan istedadli yoshlar, shu jumladan milliy kadrlar yetishib chiqqanligini ko'rsatdi. 1974 yilda Butun ittifoq xirurgiya ilmiy markazi Toshkent filiali (hozirgi O'zbekiston Respublikasi sog'likni saqlash vazirligining Toshkent xirurgiya ilmiy markazi) ning ochilishi respublikamiz xirurgiyasi tarixida muhim voqyea bo'lib qoldi. Bu markazga O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi Vosit Vohidovich Vohidov uzoq yillardan buyon mohirlik bilan rahbarlik qilib kelgan.

O'zbekistonning jarrohlik bo'yicha ko'zga ko'ringan olimlari I.I.Orlov, S.A.Ma'sumov, M.P.Postolov, M.A.Ashrapova, S.M.A'zamxo'jayev, SH.I.Karimov, F.G'.Nazirov va b.) jigar sirrozlari

va portal gipertenziya muammolarini ishlab chiqishga barakali hissa qo‘shdilar.

Turkistonda endemik buqoq muammolarini o‘rganishga prof. N.S.Pereshivkin tashkilotchilik qilgan edi. Bu masalani ishlab chiqishda S.A.Ma’sumov, O‘zbekiston Respublikasi FA akademigi Ye.X.To‘raqulov, prof. R.Q.Isloimbekov, R.Yu.Omirov, A.Saidxonov va boshqalar katta hissa qo‘shdilar.

Tomirlar xirurgiyasining rivojlanishi O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vazirligining 1 klinik kasalxonasi bazasida birinchi ixtisoslashgan bo‘lim tashkil etilgandan keyin boshlandi. Hozirgi vaqtda ixtisoslashgan xizmatning bu yo‘nalishini professor Shavkat Ibrohimovich Karimov va uning shogirdlari, Toshkent xirurgiya ilmiy markazining tomirlar xirurgiyasi bo‘limni (akad. V.V.Vohidov va xodimlari), limfatik tomirlar xirurgiyasini prof. S.U.Jumaboyev (Andijon) muvaffaqiyatli rivojlantirdi. Tomirlar mikroxirurgiyasi ham tez sur‘atlar bilan o‘tib borayapti. (prof. M.Yunusov).

Tomirlar xirurgiyasida qo‘lga kiritilgan yutuqlar tufayli akademik O‘.O.Oripov, prof. D.L.Arustamov, Sh.I.Karimov, N.P.Pak buyrakni muvaffaqiyatli ko‘chirib o‘tkazishgan (1972 yil 12 sentabr) bo‘lsa, hozir buyrakni ko‘chirib o‘tkazish va gemodializ respublika markazi ochilgan.

Respublikada transplantatsion immunologiya sohasi keng rivojlandi (O‘.O.Oripov va xodimlari), Rossiya immunologiya ilmgohining direktori, Rossiya MFA akademigi prof. Rahim Musayevich Hayitovning (Samarqand tibbiyot institutini tamomlagan) katta yordami va ishtirokida Respublika immunologiya ilmgohi tashkil etildi.

O‘t yo‘llari, jigar va me‘da osti bezi patologiyalari muammosi P.F.Borovskiyan boshlab hamavaqt xirurglarning diqqat e‘tibori markazida bo‘lib kelgan: o‘t-tosh kasalligi va uning asoratlarini o‘rganishga akademik O‘.O.Oripovning ilmiy maktabi eng katta hissa qo‘shgan. Uning boshchiligida qandli diabetni yangi usulda davolash ham yo‘lga qo‘yildi.

Yangi yo‘nalish endo-biliar xirurgiyani prof. SH.I.Karimov va uning shogirdlari ishlab chiqdi. Ushbu kafedrada ilmiy laboratoriya

bilan birga tarqalgan yiringli peritonitni patogenetik davolashning eksperimental va klinik jihatlari muvaffaqiyatli o'rganilmoqda.

Hozirgi zamon endoxirurgiyasi jadal rivojlanib bormoqda. Xirurgiyaning rivojlanishida fiziologik va profilaktik yo'nalishga amal qilinishi faqat a'zolar funksiyasini to'la saqlab qolishni ta'minlabgina qolmay, balki davolash, kosmetika va estetika talablariga ham mos keladi.

Aholiga malakali yordam ko'rsatishda xirurgiyaning asosiy prinsiplari quyidagilardir:

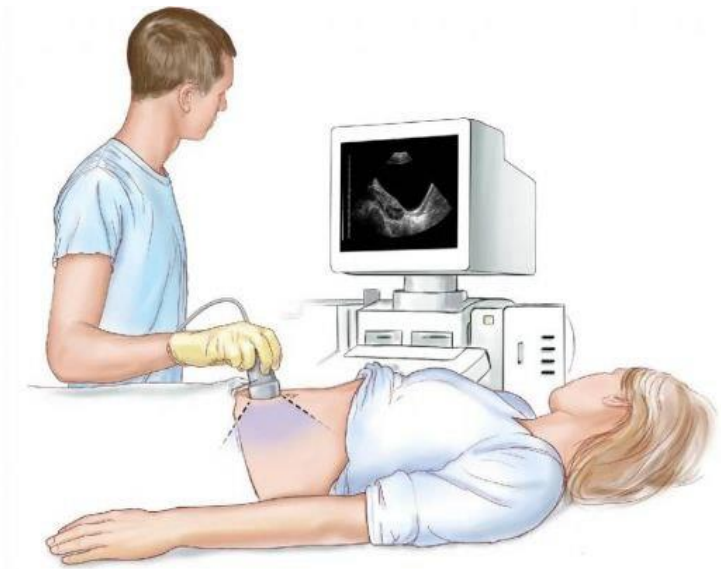
1. Mamlakat aholisini asosan bepul xirurgiya yordami bilan ta'minlash.

2. Xirurgiya bo'limi bo'lgan tuman va markaziy kasalxonalarini tashkil etish yo'li bilan aholiga umumxirurgik yordam ko'rsatilishini yanada yuqori pog'onaga ko'tarish.

3. Shahar va viloyat (jumhuriyat) kasalxonalarida aholini ixtisoslashtirilgan va yuqori malakali xirurgiya yordami bilan ta'minlash, maxsus ilmiy tadqiqot institutlari va markazlarini tashkil etish.

4. Xirurgiya amaliyotida profilaktik yo'nalishga amal qilish.

I BOB



1.1. Xirurgik bemorlarni tekshirish usullari

Laborator tekshirishlar: Laborator tekshiruvlar o‘z ichiga gematokrit va gemoglobinni aniqlash, leykositlar, eritrositlar soni, leykositlar formula, EChT, qon guruhi va rezus moslik, jigar va oshqozon osti bezi fermentlari, bilirubin va uning fraksiyalari, qonda elektrolitlar va siydik umumiy analizini aniqlashni o‘z ichiga oladi.

Qon umumiy tahlilida qon ketishda eng ahamiyatliligi eritrotsitlar, gemoglobin va gematokritni pasayishi, leykotsitoz esa yallig‘lanish jarayoni payti kuzatiladi. Shuni yodda tutish lozimki, barcha o‘zgarishlar travmadan keyin bir necha soatdan so‘ng kelib chiqadi. Hattoki og‘ir qon yo‘qotishning boshida qonning qizil tanachalari ko‘rsatgichi me‘yorida bo‘lishi mumkin. Buyrak travmasida siydik umumiy tahlilida gematuriya, me‘da osti bezi shikastlanishida amilazuriya kuzatiladi. Qonning bioximik tahlili abdominal travmada spetsifik emas.

Instrumental tekshirishlar: Instrumental noinvaziv diagnostik eng oddiy usul bu oshqozonga zond o‘rnatish va siydik qopini katetirizatsiya qilishdir.

Ultratovushli diagnostikada qorin bo‘shlig‘ida erkin suyuqlikni mavjudligini, parenximatov a‘zolar yorilishini (taloq, jigar, buyraklar,

oshqozon osti bezi), qorin parda orti gematomasini aniqlash mumkin. Ayrim hollarda erkin gazni ham aniqlash mumkin.

Fibrogastroduodenoskopiyada oshqozon va o'n ikki barmoq ichak shikastlanganligini aniqlashi mumkin. Tekshirish jaryonida oshqozonni puflab shishirishni imkoni bo'lmasligi yoki qorinda to'satdan og'riqni paydo bo'lishi perforatsiya mavjudligidan darak beradi. Endoskopiyadan so'ng diagnozni tasdiqlash uchun erkin gazni aniqlash maqsadida obzor rentgenografiya o'tkazish mumkin.

Qorin bo'shlig'ini obzor rentgenografiya va rentgenoskopiyasi diafragma gumbazlari ostida erkin gazni, plevra bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligini, diafragma harakatini, qorin bo'shlig'idagi suyuqlikni (agarda 500-700 ml atrofida bo'lsa) aniqlash imoniyatlarini beradi. Ichakning qorin parda orti qismi shikastlanganida qorin parda ortida gazning kichik pufakchalari ko'rinadi. Oshqozon va o'n ikki barmoq ichakni perforatsiyasini aniqlash maqsadida kontrastli tekshirish usullari ham qo'llaniladi (faqat suvda eriydigan kontrastlar qo'llaniladi). Bu vaqtda kontrastni erkin qorin bo'shlig'iga yoki qorin parda orti sohasiga oqishi kuzatiladi.

Kompyuter tomografiya eng informativ diagnostika usuli bo'lib, qorin shikastlanishini xarakteri, joylashuvi va hajmini aniqlash imkonini beradi hamda shu orqali ratsional davolash taktikasini tanlashda muhim hisoblanadi. Ammo, gemodinamikani nostabilligi, davom etuvchi qon ketishda shikastlanganlarda KT o'tkazishni iloji bo'lmaydi. Shuning uchun ushbu tekshirish usulini qo'llashda asosiy kriteriya uning informativligi va tez bajarilishi sababli organizm faoliyatidagi tez o'zgaradidan parametrlar uni shikastlangan bemorlarda qo'llashni chegaralab qo'yishi mumkin.

Siydik qopi va uretrani yorilishiga gumon qilinganda *sistografiya va ko'tariluvchi uretroografiya* o'tkaziladi. Bu vaqtda suvda eriydigan 15% li kontrast ham qo'llaniladi. Rentgenogramma 2 proeksiyada qilinadi: to'g'ri va qiyalama. Diaqnoz kontrast moddani qorin bo'shlig'iga va siydik qopi atrofiga oqib chiqishiga qarab aniqlanadi. Undan tashqari siydik qopi shikastlanganligini aniqlash maqsadida Zeldovich probasi ham qo'llaniladi. Buning uchun siydik qopiga kateter qo'yilib suyuqlik

yuboriladi, yuborilgan suyuqlikdan ko‘proq miqdorda siydikni ajralib chiqishi siydik qopini qorin parda ichi qismini yorilganligidan darak beradi (Zeldovich probasini musbat fenomini). Agarda siydik qopiga suyuqlik yubora turib UTT qilinganda suyuqlikni qorin bo‘shlig‘iga o‘tib ketishi kuzatilsa unda siydik qopini qorin parda tashqari qismi shikastlanganligidan darak beradi. Buyraklar va siydik yo‘li shikastlanganligiga gumon qilinganda **ekskretor urografiya** bajariladi. Bu vaqtda vena ichiga 60-80 ml urografin yuboriladi va sxema bo‘yicha qorin bo‘shlig‘i suratga tushiriladi. Arterial qon bosimi 90/60 simob ustunidan past bo‘lganda ekskretor urografiya vaqti etarlicha ma’lumot olib bo‘lmaydi.

Jarohatni qorin bo‘shligiga teshib kirilganligiga shubha qilinganda jarohat kanalini tekshirish maqsadida **vulnerografiya usulini** qo‘llash mumkin. Bu vaqtda mahalliy og‘riqsizlantirish ostida jarohatning chekkasiga kiset chok qo‘yilib jarohatga kateter kiritiladi va chok kateter atrofidan bog‘lanadi. Kateter orqali suvda eriydigan kontrast modda yuborilib ikki proeksiyada rentgenografiya qilinadi. Agarda jarohat kiruvchi bo‘lsa kontrast qorin bo‘shlig‘iga oqib kiradi.

Yirik davolash muassasalarida parenximatoz a‘zolari shikastlanganligini inkor etish maqsadida shoshilinch **angiografiya amalga** oshiriladi. Angiografiya buyraklar shikastlanishida ko‘proq informativlidir. Qorin parda orti gematomasida qon ketish manbasini aniqlash maqsadida intaroperatsion angiografiyani bajarish mumkin.

Invaziv instrumental diagnostika usuliga laparotsentez, laparoskopiya, diagnostik laparotomiyalar kiradi.

Laparotsentez ichki a‘zolar shikastlanishi klinik kartinasi noaniq bo‘lib inkor etib bo‘lmaydigan holatlarda bajariladi, ayniqsa kraniotsrebral travma va alkogoldan kuchli mastlik holatlarda. Laparotsentez va «qidradigan» kateter usuli qo‘yidagicha bajariladi. Maxalliy og‘riqsizlantirish ostida o‘rta liniya bo‘yicha kindikdan pastdan kundalang yo‘nalishda teri 0,5-1 sm kesiladi.

Teridagi jarohatning yuqorigi qismi qalin sintetik ip bilan tikiladi yoki sapkaga olinadi, bu holat aponevrozni ko‘tarilishiga imkon to‘g‘diradi. So‘ngra troakorni yuqori va chapga yo‘naltirilib aylanuvchi

harakat yordamida qorin oldingi devori teshiladi. Stilet sug'irib olinadi. Agarda troakor trubkasi orqali qon, o't yoki ichak mahsuloti kelsa qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanganligi muqarrar ekanligi o'z isbotini topadi. Agarda troakor trubkasi orqali hech narsa chiqmasa, u holda u orqali uch qismidan 3-4mm gacha bir nechta teshik qilingan qon quyish uchun sistemaning trubkasi kiritiladi.

Kateter jigar, taloq, chap yonbosh kanal, kichik chanoq bo'shlig'i, o'ng yonbosh kanal qarab yo'naltiriladi. Agarda ushbu manipulyasiyada hech narsa olinmasa, u holda peritoneal lavaj bajariladi. Buning uchun qorin bo'shlig'iga 1 l izotonik eritma yuboriladi va uning qaytib chiqishi bo'yicha vizual baho beriladi. Dinamik kuzatuv maqsadida qorin bo'shlig'ida drenaj qoldiriladi va 4-6 soatdan so'ng qayta lavaj o'tkaziladi.

Diagnostik laparoskopiya 95 - 99% holatlarda diagnozni to'g'ri aniqlashda yordam beradi, ammo uni bajarishni hamma vaqt ham imkoni bo'lmaydi. Qarshi ko'rsatmalarga quyidagilarni kiritish mumkin: qorinni kuchli damligi, qorin oldingi devorida ko'plab chandiqlarning mavjudligi, bemorning shok bilan bog'liq bo'lgan o'ta og'ir holati, ko'krak qafasini, bosh miyani shikastlanganligi hamda diafragmani shikastlanganligiga gumon qilingan holatlarda (pnevmooperitoneum zaruriyati mavjudligi sababli).

Metodika quyidagidan iborat. Kindikdan yuqoridan, yoki xuddi laparotsentezdagidek, Veresh ignasi yordamida pnevmoperitoneum hosil qilinadi (10-12 mm. Hg. bosimda), D 10 troakor kiritiladi. Stilet chiqarib olingach laparoskop kiritiladi va qorin bo'shligidagi suyuqlikka, qorin parda reaksiyasiga, ingichka ichak kovuzloqlari holatiga baho beriladi. Qorin bo'shligi ko'rib bo'lingach videolaparoskopik manipulyasiyani davom ettirish maqsadga muvofiqligi yoki laparotomiyaga o'tish hal etiladi. Konversiyaga o'tishga ko'rsatma bo'lmasa qo'shimcha D5 troakorlar kiritiladi.

Laparoskop: Qorin bo'shlig'i a'zolarini reviziya qilish parietal qorin parda jarohatini (qorinni ochiq jarohatida) va jarohatga yaqin turgan qorin bo'shlig'i a'zolarini ko'rishdan boshlanadi. Keyin birin ketin jigar, taloq, oshqozon, ingichka ichakning barcha qismi, kundalang

chambar ichak, qorin parda orti gematomasini mavjudligi, joylashuvi, hajmiga baho beriladi. Oshqozonni ko‘rish kardiyadan 12 barmoq ichak tomon davom ettiriladi. Bunda 12 barmoq ichak sohasini e‘tibor bilan ko‘rish muhim hisoblanadi. Gematoma, emfizema, shu sohadagi konversiyaga o‘tishga ko‘rsatma hisoblanadi. Shubha paydo bo‘lganda FEGDS qilish mumkin yoki oshqozonga nazogastral zond orqali bo‘yok (metil ko‘ki) yuborish mumkin.

Ingichka ichakni reviziya qilish usuli.

Endoqisqich orqali ichakni ushlab olish usuli: Ingichka ichakni reviziya qilish ileosekal burchakdan boshlanadi, chunki videoparoskopiya payti Treys bog‘lamini topishdash ko‘ra yonbosh ichakni aniqlash osonroq amalga oshiriladi. Ileosekal o‘tish joyini ko‘rish uchun bemorga o‘ng yonini yuqoriga burib Fovler holati beriladi. Ko‘pchilik holatlarda shuni o‘zi ko‘r ichak gumbazi bilan yonbosh ichakni boshlanishini ko‘rish uchun etarli bo‘ladi. Ingichka ichak ushlab yuzasi keng bulgan yumshoq ikkita qisqichlar yordamida (ichak devoriga shikast etkazish ehtimolini kamaytirish uchun) ketma-ketlikda cho‘ziladi va barcha tomonlari qiyshik optika yordamida ko‘zdan kechiriladi. So‘ngra ko‘tariluvchi ichak va kundalang chamber ichakni oldingi qismi, katta charvi yuqoriga olingach kundalang chamber ichakni orqa qismini ko‘rishga imkoniyat to‘g‘iladi. Chamber ichakning chap egik joyi taloqning pastki qirrasini bilan bog‘langanligi va traksiya qilishni iloji yo‘qligi (taloqni travmasi yuzaga kelishi mumkin) sababli uni reviziya qilish murakkab. Shuni ta’kidlash lozimki, hattoki «ochiq» operatsiya vaqti ham chamber ichakning chap egik joyi reviziyasi muayyan qiyinchilik to‘g‘diradi. Chamber ichakni ko‘rish uning pastga tushuvchi va sigmasimon ichakni ko‘rish bilan yakunlanadi. Albatta (hattoki shikastlanish bo‘lmasada) qorin bo‘shlig‘i reviziyadan so‘ng drenajlanishi shart: kichik chanoq bo‘shlig‘i, ochiq travmalarda qo‘shimcha ravishda parietal qorin parda jarohati sohasiga drenaj nay qo‘yilishi lozim. Drenaj trubka uchun teshik sifatida troakor uchun o‘ng yonbosh sohadan qilingan teshik ishlatiladi va zaruriyat to‘g‘ilganda chap yonbosh sohadan qo‘yiladi. Drenajlash uchun ikki bo‘shliqli №6 silikon trubkalar ishlatilganligi maqsadga muvofiq.

Agarda qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlaganligi aniqlansa u holda qo'shimcha ravishda lozim sohalari ham drenajlanadi (jigar va chap diafragma osti sohalari).

Diagnostik (probal, eksplorativ) laparotomiya eng ma'lumotli hisoblanadi, ammo bir vaqtda eng travmatik usul ham hisoblanadi, shuning uchun ham bu usul, qachonkim boshqa biror tekshirish usuli orqali diagnoz aniqlashni iloji bo'lmagan taqdirdagina qo'llanilishi lozim.

O't yo'llarini tekshirish usullari. O't pufagi va o't yo'llarining diagnostikasi avvalo bemorlarning shikoyatlarini, anamnezni va organizmni fizik usullar bilan tekshirish natijalarini o'rganishga asoslanadi.

Bemorlar quyidagilarga eng ko'p shikoyat qiladilar: og'riq, dispepsiya, istma, et junjikishi, teri qichishi, sariqlikdir. Anamnezni aniqlashda bemorda ilgari sariqlik va jigar hamda o't pufagining o'tkir kasalliklari, sanchiq xurujlari bo'lgan-bo'lmaganiga ahamiyat berish zarur, ular bu organlarning (surunkali xolesistit, xolangit va o't-tosh kasalligi) shu kasallikni boshlab bergan bo'lishi ehtimol. Fizik tekshirish usullaridan bemorni ko'zdan kechirish, paypaslab ko'rish, perkussiya, auskultatsiyadan foydalaniladi. Ular anatomik va funksional o'zgarishlar to'g'risida tushuncha hosil qilishga imkon beradi va ko'pincha bemorni davolash jarayonida o'ning xolati dinamikasiga baho berishda asosiy usullardan sanaladi.

Jigarni funksional tekshirish bu organning spesifik faoliyatini, masalan, pigment, zararsizlantiruvchi, oqsil hosil qiluvchi, farmakometabolizm kabi vazifalarni aks ettiradi.

Biliar kasalliklarni diagnostika qilishda rentgenologik tekshirish ko'p xollarda hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi.

Bemor qornini bosib yotganida olingan su'rat jigarning o'lchamlari, shakli va joylashuvi va undagi yirik strukturaviy o'zgarishlar to'g'risida ma'lumot berishi mumkin.

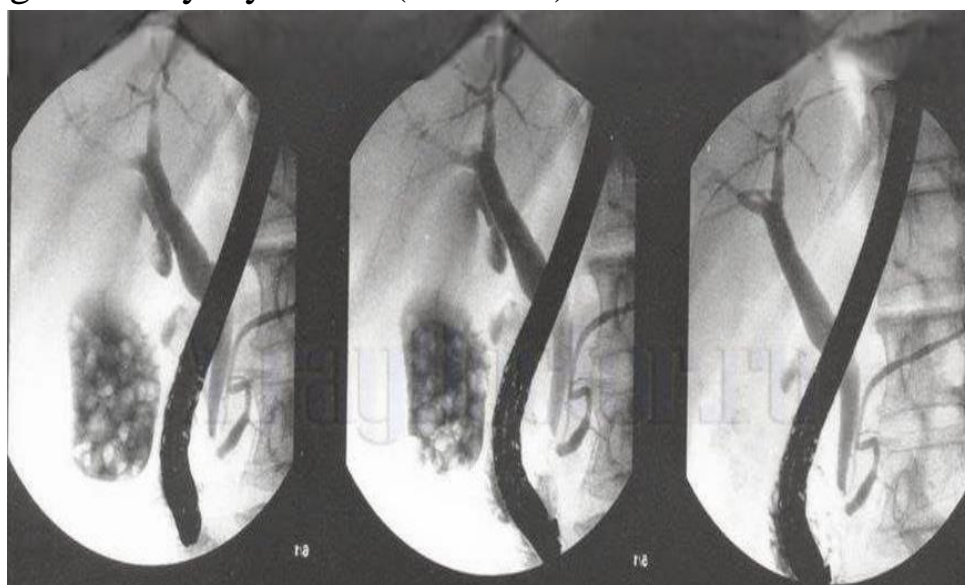
Xoleografiya. Xoleografiya usuli jigarning o't yo'llariga tushganda organ - yod saqlaydigan moddalar ajratish qobiliyatiga asoslangan bo'lib, ularning rentgen kontrast tasvirini olishga imkon beradi. Vena

ichi xolesistoxolangiografiyasi o't pufagining holatidan qat'y nazar, uning qisqarish funksiyasi buzilganda, pufak yo'li blokadasida, shuningdek xolesistektomiyadan keyin pufak olib tashlanganda o't yo'llarining rentgen kontrast tasvirini olishga yordam beradi (rasm.1.1).



Rasm.1.1. Xoleografiya.

Teri orqali xolesistografiya qilish. Kattalashgan o't pufagi punksiya qilingandan va kontrast modda yuborilgandan keyin o'ni rentgenologik tekshirishdan iborat. Operatsion xolangiografiya xirurgik operatsiyalar vaqtida o't yo'llarini rentgen kontrast tekshirishdan iborat. Xozirgi sharoitlarda bu tekshiruv o't yo'llaridagi operatsiyalarda albatta o'tkaziladigan bosqich xisoblanadi, chunki u diagnostika sifatini oshirib, asoratlar sonini kamaytirishga va xirurgik davolash natijalarini yaxshilashga imkoniyat yaratadi (rasm.1.2).



Rasm.1.2. Xolesistografiya

Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (RPXG) - Fater surg'ichiga yoki duodenoskopiyada biliar anastomoz og'ziga kiritilgan kateter yordamida kontrast modda yuborishdan iborat (rasm.1.3).



Rasm.1.3. Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERP)

Teri orqali jigar orqali xolangiografiya (TOJOX) jigar ichidagi o't yo'llarini punksiya qilish, ularga kontrast modda yuborish va keyin rentgenologik tekshirishni o'z ichiga oladi. Odatda teri orqali xolangiografiyani mexanik sariqlikda o'tkaziladi: bu usul o't yo'llarida obturatsiya borligini tasdiqlash, uning joyini aniqlash va sababini bilishga imkon beradi. Tekshirish uchun ingichka po'lat ignalar va rentgentelevizion moslamalardan foydalanish tufayli bu metodika keng tarqaldi.

O't yo'llarini manometrik tekshirish - xolangiomanometriya ularga suyuqlik yuborilgandan keyin bosim ko'rsatkichlarini aniqlashdan iborat, bu o't chiqaruvchi yo'lning funksional qobiliyati va o'tkazuvchanligi to'g'risida xulosa chiqarish imkoniyatini beradi.

Jigar o't yo'llarini ultratovush bilan tekshirish. O't pufagini ultratovush bilan tekshirishda juda qimmatli ma'lumot olish mumkin, bu ularda konkrementlar yoki yangi xosil bo'lgan tuzilmalar borligini aniqlash imkonini beradi (rasm.1.4).



Rasm.1.4. Ultratovush tekshiruvi

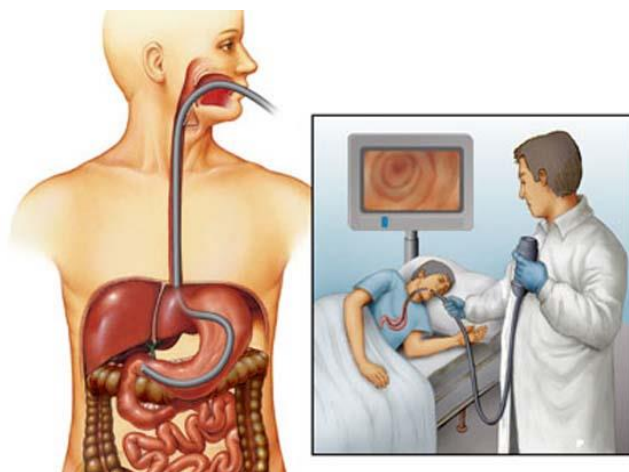
Jigarni radioizotop tekshirish - uning radioaktiv moddalarni yutish xususiyatiga asoslangan. Shunga asoslanib, jigarning radioaktiv preparatni yutish dinamikasi bo'yicha funksional holati aniqlanadi va radioaktiv preparatning jigar to'qimalariga taqsimlanishiga doir morfologik xususiyatlari o'rganiladi.

O't yo'llarini endoskopik tekshirish usullari. Xirurgiya amaliyotida laparoskopiyani aksariyat jigarning o'chokli zararlanishi, o't yo'llari saratonini aniqlash maqsadlarida, shuningdek sariqlikni differensial diagnostika qilishda qo'llanishga to'g'ri keladi (rasm.1.5).



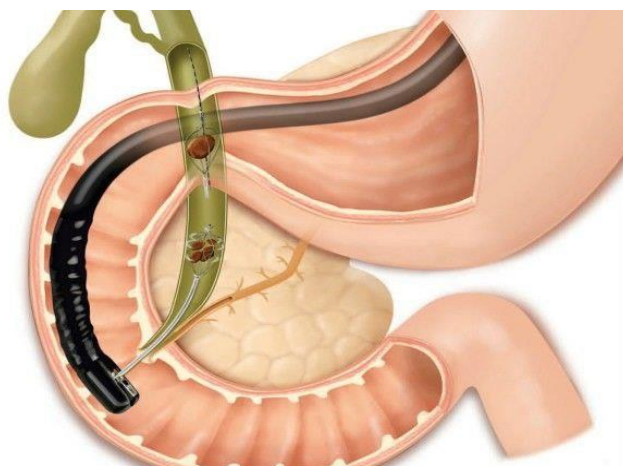
Rasm.1.5. O't yo'llarini endoskopik tekshirish

Duodenoskopiya - katta duodenal so'rg'ich xolatini tekshirish, o'n ikki barmoq ichak patologiyasini istisno qilish imkoniyatini beradi (rasm.1.6).



Rasm1.6. Duodenoskopiya

Xoledoxoskopiya – operatsion diagnostika usullari qatoriga kiradi va tekshirishning muhim bosqichi xisoblanadi (rasm.1.7).



Rasm.1.7. Xoledoxoskopiya.

1.2. Me'da va 12-barmoqli ichaklarni tekshirish usullari

Me'da shirasi analizi. Tekshiruv nahorda o'tkaziladi. Me'da ingichka zond bilan zondlanadi va yig'ilgan suyuqlik aspiratsiya qilinadi. So'ngra 1 soat mobaynida suyuqlikni doimiy aspiratsiya qilib, kislotaning bazal ishlanishi tekshiriladi. Kislotaning bazal ishlanishi ko'rsatkichlari bo'yicha vagus tonusi va uning sekretor apparatga ta'siri to'g'risida bilvosita xulosa chiqarish mumkin. Maksimal gistamin (pentagastrin) testi — sekresiyani o'rganishning eng ahamiyatli usullari: me'da shirasining ajralishi bo'yicha shilliq parda patomorfologiyasi holatiga baho berish mumkin. Gistaminning qo'shimcha ta'siri bo'lishi

mumkinligini hisobga olib, oldindan antigistamin preparatlar yuboriladi. Me'da suyuqligi 1 soat ichida (0,024 mg/kg dozada gistamin yuborilgandan keyin 30 minut o'tgach) aspiratsiya qilinadi. Sekresiya hajmi, umumiy kislotalik va ozod xlorid kislota titrlash birliklarida, xlorid kislota debiti mmol/soat hisobida quyidagi formula bo'yicha aniqlanadi:

$$\text{NSL debiti} = \frac{\text{me'da shirasi hajmi(ml)} \times \text{NS1 titr birligi}}{1000}$$

Maksimal gistamin (pentagastrin) testlarining quyidagi normativlari farq qilinadi: soatlik ajralishi – soatiga 180 - 220 ml; kislotaning bazal ishlanishi –soatiga 18 - 20 mmol; yoshi ulg'aygan va keksa odamlar uchun ular birmuncha past - soatiga 15 - 20 mmol. Normada bazal sekresiya ko'rsatkichlari: soatlik ajralishi - soatiga 50 - 100 ml; kislotaning bazal ishlanishi - soatiga 4,5— 5,5 mmol.

Me'da yarasida sekresiya ko'rsatkichlari normosid yoki gipoatsid, 12- barmoqli ichak yarasida – giperatsid (soatiga 40 - 45 mmolgacha), sekresiyaning birmuncha yuqori ko'rsatkichlarida (gipersekretorlar) Zollinger - Ellison sindromi bo'lishi mumkinligi hakida o'ylash lozim (bunday hollarda zardob gastrinini o'rganish zarur).

Xollander insulin testini qo'llanishda 10 kg tana og'irligiga 2 TB hisobidan venaga insulin yuboriladi, unda me'da shirasini 2 soat ichida yig'iladi (har 15 minutda 8 porsiya). Test qondagi qand miqdorini nazorat qilgan holda o'tkaziladi. Bu testni qo'llanish adashgan nervning me'da sekresiyasiga ta'sirini tadqiq qilish imkonini beradi. Biroq, u Key testiga qaraganda kam ma'lumot beradi, uni hozirgi vaqtda ham qo'llaniladi. Yoshi ulg'aygan va keksa odamlarda me'da sekresiyasini tekirishda Key testi bilan chegaralanish lozim.

Radiotelemetriya va pH-metriya. Birinchi usulda me'daga rN muhiti o'zgarishini qayd qiladigan mitti kapsula - radiouzatgich o'rnatiladi, u ma'lumotni qabul qilib qayd etadigan moslamaga uzatadi va lentaga egri chiziq ko'rinishida yoziladi.

Bernar zondi (1968) bilan rN ni intragastral aniqlash usuli ham bor. Bu usul bemorlar uchun og'irroq bo'lsada, biroq rN ni tanada ham, antral bo'limda ham birdaniga aniqlashga imkon beradi.

Aspiratsion usul bilan me'da shirasida rN ni aniqlash o'rtasidagi muhim farq shundaki, birinchi holda NSL tekshiriladi, ikkinchisining yordamida esa rN ning haqiqiy qiymatlari bevosita me'da devorida uning turli bo'limlarida bir vaqtning o'zida aniqlanadi. Bu usullar bir-biriga raqobatchi emas, balki biri ikkinchisini to'ldiradi. Yoshi ulgaygan va keksa odamlarda, shuningdek og'ir yotgan va zaiflashgan bemorlarda bu usullardan bittasini qo'llash mumkin.

Me'da va 12-barmoqli ichakning yara kasalligi patologiyasidagi rejali va shoshilinch xirurgiyada tekshirishning rentgenologik usullariga - obzor rentgenografiya (ozod gaz borligini aniqlashda yara teshilganiga shubha bo'lganda yoki yara perforatsiyasida), pnevmogastrografiya (shubhali hollarda me'daga 2—3 l gaz insulyasiya qilinib takror rentgenografiyada) katta ahamiyat beriladi.

Me'da va 12-barmoqli ichakni kontrast rentgenologik tekshirish. Me'da va 12-barmoqli ichakni kontrast rentgenologik tekshirish nahorda o'tkaziladi. Bunda bariy sulfat qabul qilishdan oldin me'dada evakuatsiya yoki gipersekresiya buzilishlari sodir bo'lganidan dalolat beradigan talay mikdordagi suyuqlikni aniqlash mumkin, uni zond bilan chiqarish kerak. Ozroq mikdordagi bariy aralashmasi qabul qilingandan so'ng shilliq parda reliefi aniqlanadi, so'ngra "tig'iz" to'ldirishda shakli, joylashishi, katta-kichikligi, konturlari, so'riluvchanligi, bo'shalishning borishi va boshlanish muddatlari, patologik o'zgarishlar (to'lish nuqsonlari, «tokcha» simptomi), gaz pufagi holati, uning deformatsiyasi, og'riq nuqtalari aniqlanadi. Dinamik, flyuorografik, kinematografik tekshiruv elektron-optik o'zgartirgichdan foydalanib olib borilganda me'da motorikasini, uning turli bo'limlarini va evakuatsiya muddatlarini qayd qilish mumkin (rasm.1.8).





Rasm. 1.8. Me'da va 12-barmoqli ichakni kontrast rentgenologik tekshirish.a.b.

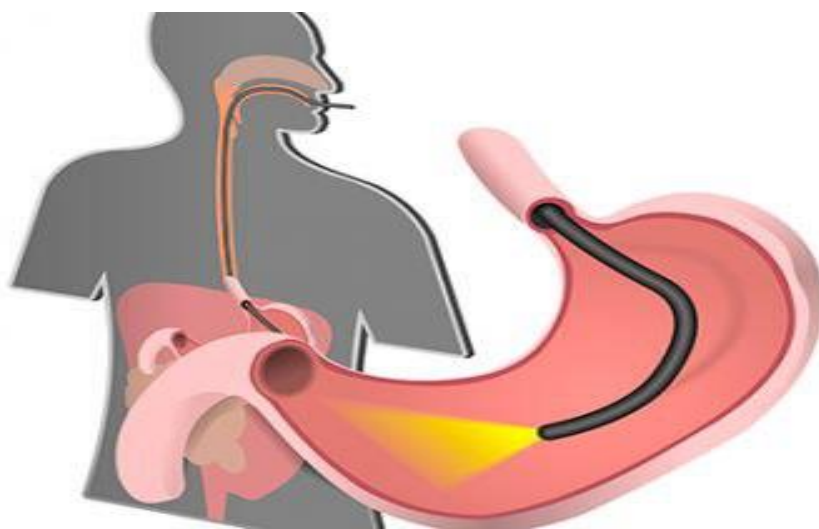
Qator hollarda ikki va uch marta kontrastlashdan foydalaniladi. Ikki marta kontrastlash ikkita variantda qo'llanilishi mumkin:

- 1) me'daga kontrast aralashma va gaz kiritish;
- 2) me'daga gaz kiritish va pnevmoperitoneum holatida tomografiya o'tkazish.

Uch marta kontrastlash - bu me'daga gaz kiritish, pnevmoperitoneum va kontrast aralashma ichirishdan iborat.

Duodenografiya 12-barmoqli ichak holatini batafsil o'rganish uchun (asosan pankreatobiliar sohasi holatini va jarayonini o'rganish uchun) o'tkaziladi.

Gastroduodenofibroskopiya — me'da va 12-barmoqli ichak tomonidan patologiyani aniqlashning eng ko'p ma'lumot beradigan usuli bo'lib, fibrotolali optika yordamida o'tkaziladi. Ertalab nahorda bajariladi, biroq shoshilinch hollarda zarurat bo'lganda sutkaning har qanday vaqtida me'da bo'shalishidan so'ng o'tkazilishi ham mumkin (rasm.1.9).



Rasm. 1.9. Gastroduodenofibroskopiya

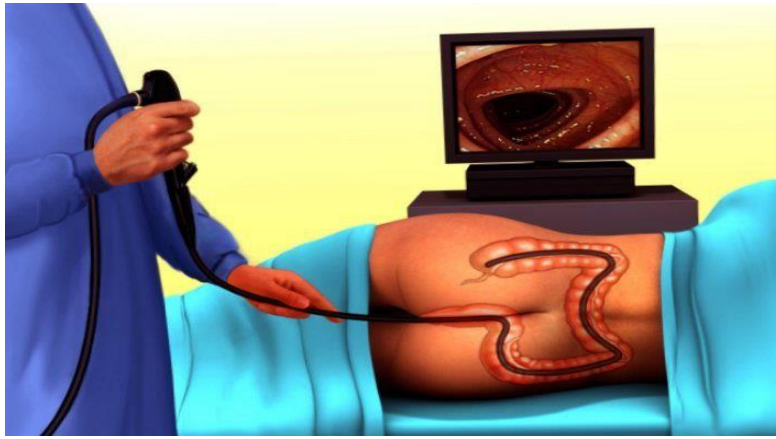
Tekshirishning bu zamonaviy turlari yordamida shilliq pardada bo'lgan har qanday arzimagan o'zgarishlar: eroziya, yirtilish, yara, boshlang'ich bosqichdagi o'smalar aniqlanadi, biopsiya qilish imkoniyati borligi xavfli o'smalar va me'da yarasini differensial diagnostika qilishda bu usulning nihoyatda qimmatli ekanligini ko'rsatadi. Bu usul operatsiya qilingan me'da shilliq pardasi, choklar, ingichka ichak holati to'g'risida etarlicha aniq tasavvur beradi. Bu usul me'dada kam shikastlaydigan alternativ operatsiyalar qilishga, operatsiyadan keyingi erta davrda davo tadbirlari (qon ketishini to'xtatish, to'siq, sohasiga zondlar kiritish va boshqalar) o'tkazishga imkon beradi. Laparoskopiya shubhali hollarda yara perforatsiyasini qorin bo'shlig'ining boshqa a'zolari patologiyasidan differentsiatsiya qiladi, xavfli jarayonning tarqalganligini aniqlab beradi, biopsiya olishga imkon beradi.

1.3. Yo'g'on ichaklarni tekshirish usullari

Yo'g'on ichak kasalliklarida rentgenologik tekshirish to'g'ri diaqnoz qo'yish uchun ob'ektiv ma'lumotlar beradigan asosiy usullardan biri hisoblanadi. Kontrast moddani peroral yuborish ichakning motor funktsiya-sini va ileosekal klapan xolatini o'rganish uchun maqsadga muvofiq.

Irrigioskopiya (retrograd kontrastlash) ichakning xolatini, shaklini va uzunligini aniqlash, o'smalar, poliplar, kolit, divertikulyoz va boshqa kasalliklarni aniqlash maqsadida qo'llaniladi.

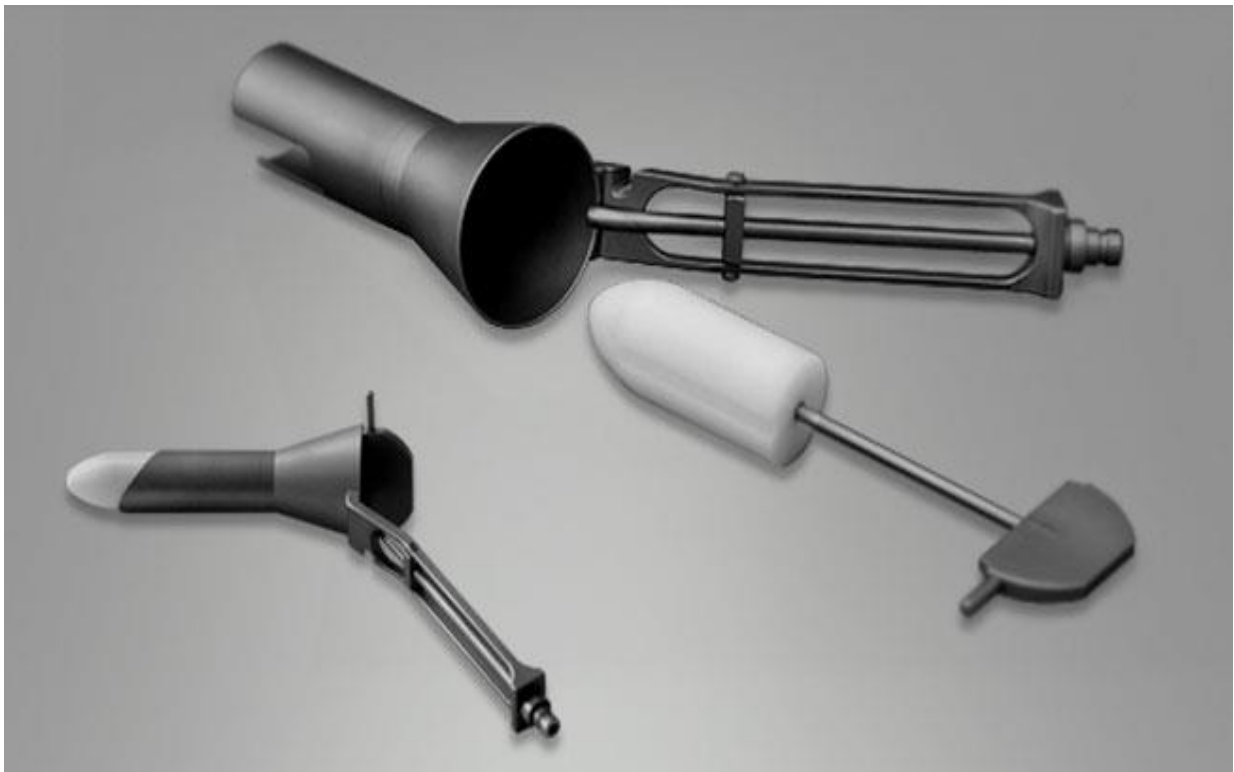
Kolonoskopiya — bu yo'g'on ichakni endoskopik tekshirish usuli bo'lib, yo'g'on ichak patologiyasida diagnostik imkoniyatlarni birmuncha kengaytiradi. Najasni va ichak aralashmalarini koprologik tekshirish, me'da-ichak yo'llarining turli bo'limlaridagi funksional va organik zararlanishlar to'g'risida xulosa chiqarishga imkon beradi (rasm.1.9).



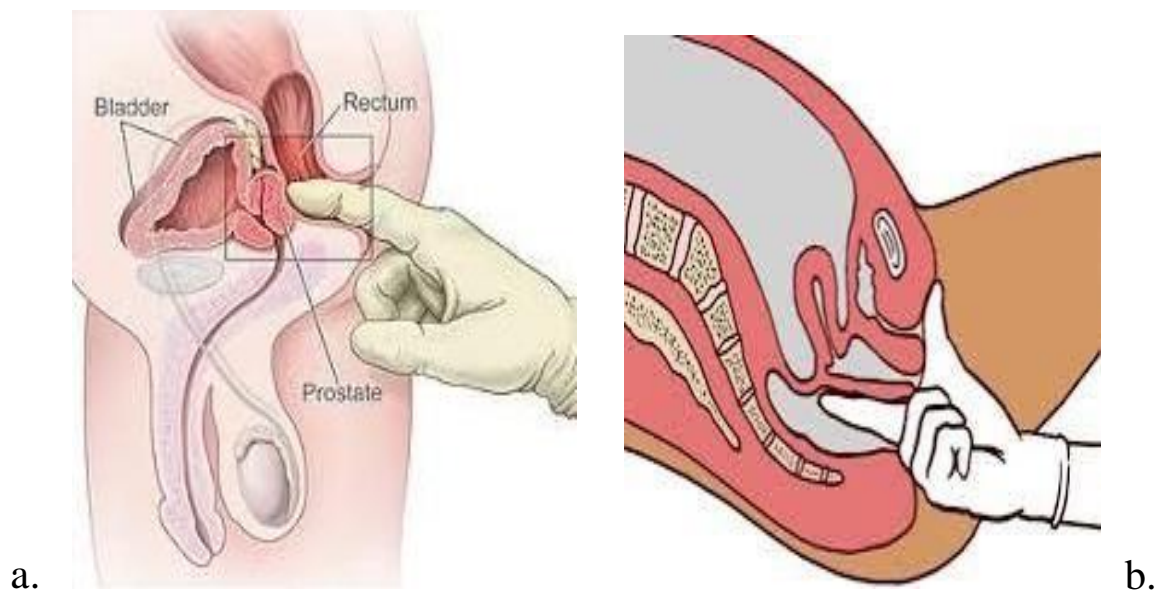
Rasm.1.9. Kolonoskopiya

1.4. To‘g‘ri ichakni tekshirish usullari

Anoskop yordamida bu patologik hodisalarni vizual ko‘zdan kechirsa bo‘ladi, rektoromanoskopiya esa yo‘g‘on ichakning yuqorida joylashgan bo‘limlarini va hatto sigmasimon ichakdagi patologiyani ham ko‘rish mumkin (rasm.1.10).



Rasm.1.10. Anoskop



Rasm. 1.11. To‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish.a.b.

To‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish. Eng oddiy va muhim tekshiruv usuli hisoblanadi, uni bemor yonboshi bilan yotganda, tizza-tirsagiga tiralib turgan holatida yoki cho‘kkalab turgan holatida bajargan ma‘qul: to‘g‘ri ichakdagi o‘σμα, yot jism, shilliq osti paraproktiti, gemorroy, to‘g‘ri ichak oqmalari, duglas bo‘shlig‘i chandiqlarini paypaslab ko‘rish mumkin (rasm.1.11).

1.5.Aseptika va antiseptika

Aseptika va antiseptika xirurgiyaning ajralmas qismi bo‘lib, operatsiyalar, bog‘lam almashtirishlar va kasalliklarni davolash bilan bevosita bog‘liq. Xirurgik bo‘limlarda ishni tashkil etishning asosi aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilishdan boshlanadi.

Xirurgiya rivojlanishining asosiy bosqichlari aseptika va antiseptika usullarining kashf etilishi bo‘lgan. Chunki aseptika va antiseptika paydo bo‘lishidan oldin bemorlarning ko‘pchiligi asl kasallikdan emas uning asoratlaridan o‘lim topishgan. Buyuk olim M.I. Pirogov Qrim urushi yillari shunday deb yozgan edi: «Shuni ta‘kidlash mumkinki, yaradorlarning ko‘pchiligi jaroxatning o‘zidan emas, balki gospital infeksiyadan vafot etishadi». Venger vrachi I.F.Zemmelveys 1847 yilda tug‘ruqdan keyingi sepsisning sababi bo‘lib tuqqan ayolni

qo‘l bilan bachadon ichi tekshirishi vaqtida vrachning «murda zaxrini» kiritilishi hisoblanadi deb ta’kidlangan edi. U akusherlar qo‘lini xlorli oxak eritmasi bilan yuvishini taklif qildi va asoratlarni sonini birmuncha kamaytirdi. Ingliz xirurgi Djordj Lister operatsiyadan keyingi bemorlar o‘limining sabablarini o‘rganar ekan, bu asoratlarga operatsion jarohatga tushgan bakteriyalar sababchi degan xulosaga keladi va antiseptika usulini tashkil kiladigan chora-tadbirlar tuzilishini ishlab chiqadi. Shundan keyingina nafaqat xirurgiya, balki butun tibbiyotning rivojlanishi yangi bosqichga ko‘tarildi. Shu yuqorida ko‘rsatilganlarni hisobga olgan holda aseptika va antiseptika qoidalarini nafaqat xirurglar, shuningdek barcha mutaxassislikdagi shifokorlar, feldsherlar yaxshi bilishlari kerak.

Fan ichida aseptika va antiseptika bo‘limida olinadigan bilimlar xirurgiyaning barcha bo‘limlarida, chunonchi xirurgik bo‘limda ishni tashkil etish, ochiq va yopiq jaroxatlar, xirurgik infeksiya bo‘limlarida jarohatlarga to‘g‘ri ishlov berish, shifoxona ichi infeksiyasini bartaraf etish, sterilizatsiyani to‘g‘ri amalga oshirish uchun zarurdir. Shuningdek, aseptika va antiseptika qonun-qoidalarini bilish boshqa fanlardan odam anatomiyasi, gistologiya, biologiya, biofizika, OXTA, travmatologiya, akusherlik va ginekologiya, shoshilinch xirurgiya va barcha tibbiyot fanlarida o‘rganiladigan bilimlarni to‘ldirish uchun muhim zamin bo‘lib hizmat qiladi.

Aseptika bu jaroxatga infeksiya tushishining oldini olishga qaratilgan chora – tadbirlar yig‘indisi.

Tarixiy izoh. Antiseptikaga asos solingandan so‘ng 25 yil o‘tgach jaroxatga tegadigan barcha jismlarni sterillashga asoslangan yangi usul paydo bo‘ldi.

Aseptikaning oltin qoidasi – Jaroxat bilan kontaktda bo‘ladigan xamma narsa steril bo‘lishi shart.



Rasm.1.12. E.Bergman

Aseptika va antiseptikaning asoschi-lari bo‘lib nemis xirurgi E.Bergman (5-rasm) va uning Shogirdi K.Shimmelbush hisoblanadi (rasm.1.12).

1890 yil Berlinda bo‘lib o‘tgan xirurglar kongressida Bergman jaroxat infeksiyasi bilan kurashishning yangi usuli xaqida ma’ruza qildi va aseptik Sharoitda operatsiya o‘tkazgan bemorlarni misol tarikasida keltirib o‘tdi. Kongressda raislik qilayotgan Djozef Lister E.Bergmanni yutuq bilan tabriklab, aseptika usulini xirurgiyaning ajoyib yutug‘i bulganini ta’kidladi.

Aseptikaning asosini jaroxatga aloqasi bo‘lgan asbob uskunalarni, tikish materiallarini, oqliklarni sterillash tashkil qiladi. Ushbu qonunlarni amaliyotga tadbiiq qilish uchun mikroorganizmlarning asosiy manbaini bilishimiz kerak.

Hayotda **endogen** – ya’ni organizmning o‘zida, hamda **ekzogen** – organizmdan tashqarida bo‘ladigan mikroorganizmlar uchraydi.

Endogen infeksiyalar tana terisida, Shilliq pardalarda, oshqozon – ichak yulida va yuqori nafas yo‘llarida uchraydi. Ular jaroxatga to‘g‘ridan – to‘g‘ri yoki qon hamda limfa suyuqligi orqali tushadi.

Ekzogen infeksiyalar esa havo, havo – tomchi (gapirganda, aksirganda), kontakt (notoza asboblarni tegib ketishi) yo‘li va jarohatda abadiy yoki vaqtinchalik qoldirilgan tikuv material, drenajlar orqali (implantatsion – ko‘chib o‘tgan) yuqishi mumkin. Bulardan tashqari «mudroq» infeksiya ham tafovut qilinadi, ya’ni hamisha organizmda uchraydigan, ammo kasallik chaqirmagan mikroorganizm ma’lum vaqt o‘tgach kishi organizmi immuniteti pasaysa kasallik chaqirish qobiliyatiga ega bo‘lib qoladi. Misol uchun operatsiya muvaffakiyatli tugab bemor kasalxonadan chiqib ketadi, 5 – 6 oy o‘tgach, operatsiyadan keyingi chandiiq yiringlashi yoki oqma yara paydo bo‘lishi mumkin.

Kontakt (tegib ketish) yo‘li bilan yuqadigan mikroorganizmlarni yo‘qotishning birdan-bir usuli, jarohatga tegishi mumkin bo‘lgan barcha narsalarni sterillashdir. Buning uchun operatsion oqliklar, bog‘lov va tikuv materiallari, qo‘lqoplar, asboblar, xirurg qo‘llari va operatsion maydon sterillanishi kerak. Tikish uchun ishlatiladigan kapron, ipak, ketgut va boshqalarni sterillash ham kontakt ham implantatsion infeksiyalarni oldini olishda ahamiyatlidir.

Sterillizatsiya – mikroblar va ularning sporalarini yo‘qotish demakdir. Sterillizatsiyaga turli xil usullar: kuydirish, quruq issiqlik, cho‘g‘lantirish, qaynatish, avtoklavlash, ximiyaviy moddalar bilan tozalash tufayli erishish mumkin. Bog‘lov materiallarini, asbob uskunalar va choyshablarni sterillash 4 bosqichdan iborat bo‘ladi:

1 bosqich – materiallarni sterillashga tayyorlash

2 bosqich – materiallarni joylashtirish

3 bosqich – sterillash

4 bosqich – sterillangan materiallarni saqlash

Sterillashning ko‘plab usullari bo‘lib, quyida ularning har biriga ta’rif berilgan.

Bug‘ bilan bosim ostida sterillash.

Bu usul bilan choyshablar, bog‘lov materiallari va xirurgik asboblar sterillanadi.

1,1 atm bosim ostida (120° S) 45 daqiqa, 2 atm bosim ostida (134° S atrofida) 20 daqiqa davomida sterillanadi. Sterillashdan oldin materiallar issiq bug‘ kirishiga mo‘ljallangan kichik teshiklari bor maxsus metal bikslarga solinadi. Biks dastasiga sterillanayotgan material va sterillash sanasi yozilgan yorliq yopishtiriladi va avtoklavga joylashtiriladi (rasm.1.13).



***Rasm.1.13. Avtoklav
Quruq xavo bilan sterillash.***

Maxsus havoli sterilizatorlar (SS-200, SS-1, ShSS-80, ALV-IV va boshqalar) da amalga oshiriladi. Bu sterilizatorlarda xavo 140 – 200 ° S gacha qizdiriladi. 200° S da instrumentlar 40 daqiqa, 180° S da – 60 daqiqa, 160° S da esa – 150 daqiqa davomida sterillanadi (rasm.1.14).



Rasm.1.14. Havoli sterilizatorlar

Sovuq sterillash (ximiyaviy sterillash).

Bu usul ximiyaviy antiseptik eritmalar yordamida amalga oshirilib, asosan o‘tkir tig‘li xirurgik asbablari, rezina buyumlarini sterillashda qo‘llaniladi. Bunda buyumlar 96% li etil spirti (2 soat), 6% li vodoroda perokisi (6 soat yoki 3 soat 50 ° S xaroratda), 4,8% li pervomur eritmasi (S – 4 preparati, 15 daqiqa), 1% li dezokson – 1 eritmasi (45 daqiqa), 1 – 2% li beta-propionlakton eritmasi (1 soat), 2 – 3% li lizol eritmasi, 40 ° S gacha qizdirib (1 – 2 soat), mertiolatning suvli eritmasi (1:2500, 30 daqiqa), diotsid eritmasi (1:100) yoki 10% li karzolin D eritmasi (60 daqiqa), Karzoleks-Bazik kabi antiseptiklarga solib qo‘yiladi (rasm.1.15).



Rasm. 1.15. Instrumentlarni «sovuq» (ximiyaviy) sterillash.

Gaz bilan sterillash. Bu usul endoskopik apparatlarning optik tizimini, sun'iy qon aylanish apparatini, elim buyumlarni va ketgutni sterillashda qo'llaniladi. Gaz polietilen qadoqqa yaxshi kirib, u erdagi xavoning o'rnini egallaydi. Sterilizatsiya etilen oksida va metilbromidning 1:2,5 nisbatdagi aralashmasi bilan 50 – 60 ° S xaroratda va 80 – 100% namlikda qog'oz yoki pergamentli paketlarda 6 soat davomida amalga oshiriladi. Bunda GGD – 250 va boshqa turdagi gazli sterilizatorlardan foydalaniladi (rasm.1.16).



Rasm. 1.16. Gazli sterilizatorlar

Gazli sterilizatorbar bo'lmagan xolda formaldegitning etil spirtidagi 40% li eritmasi bilan paraformalinli sterilizatorlarda yoki og'zi maxkam yopilgan germetik idishlarda 80° S haroratda 3 soat davomida sterillash mumkin.

Gamma – nurlar bilan zamonaviy xirurgiyada qo'llaniladigan turli biologik preparatlar va to'qimalar sterillanadi. Nurlantirish ularning xususiyatlarini o'zgartirmaydi. Bu usulda sterillash gamma – nurlar erkin o'ta oladigan germetik polietilen yoki qog'oz peketlarda amalga oshiriladi (rasm1.17).



Rasm. 1.17. Gamma-nurli sterilizatorlar

Sterillikni nazorat qilish. Sterillikni nazorat qilish doimiy amalga oshirilib borilishi kerak.

Termik nazorat uchun ma'lum xaroratda suyuq xolatga o'tadigan kukunsimon moddalardan foydalaniladi.

Bular: *oltingugurt* – 111-120°S,

antipirin – 113°S,

rezorsin – 110-119°S,

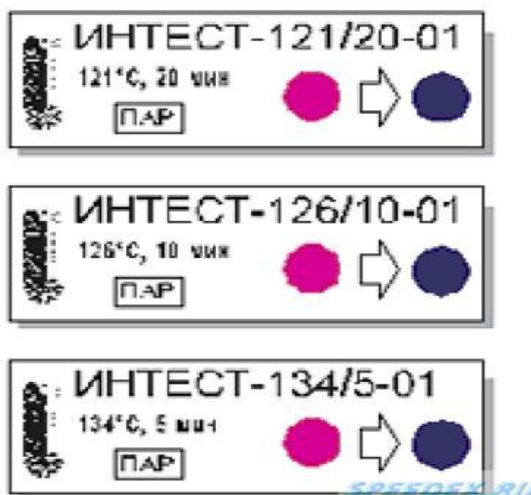
benzoy kislota – 121°S,

mochevina – 132°S,

fenatsetin – 134 - 135°S kabi moddalardir.

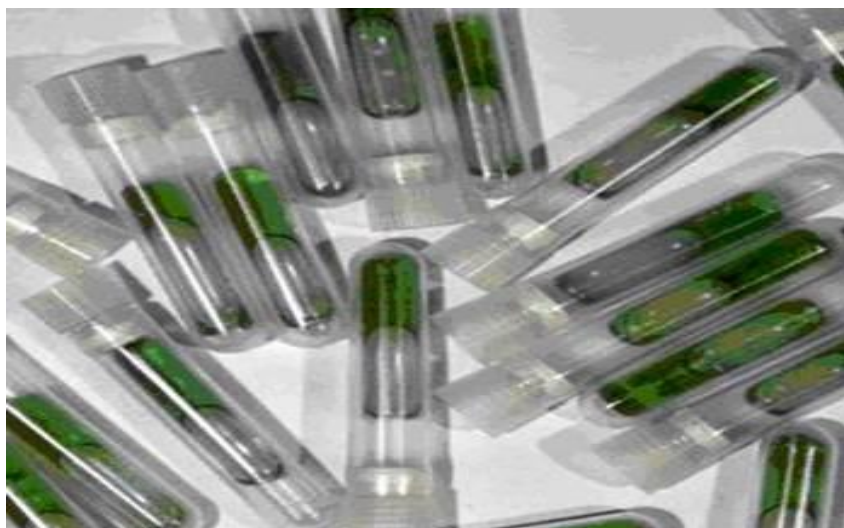
Ular probirkalargaga solinib (0,5 – 1 ml dan), paxtali tampon bilan berkitilib, bikslarga joylanadi. Kukunning kompakt massaga aylangani steristerilizatsiyaning ishonchli bajarilganidan dalolat beradi.

Ba'zi xolatlarda ximiyaviy usullar (Mikulich usuli) dan foydalaniladi. Oq qog'ozchalarga «sterillangan» so'zi yozilib, kraxmat eritmasi bilan ishlov beriladi va qurutiladi, Shundan so'ng Lyugol eritmasi bilan ishlov beriladi. Kraxmalning yod bilan bog'lanishi natijasida qog'ozchalar ko'k rangga kiradi. Tayyor bo'lgan qog'ozchalar bikslarga joylanadi. Srerilizatsiyadan so'ng yodnig parlanib ketishi natijasida qog'ozchalardagi «sterillangan» so'zi yana ko'rinadigan bo'ladi (rasm.1.18).



Rasm.1.18. Sterillikni nazorat qilish uchun ishlatiladigan indikatorlar

Sterillikni nazorat qilishning aniq usuli bakteriologik tekshirish hisoblanadi. Buning uchun bog‘lov materiallari va oqlishlaridan ekma olinadi yoki biologik test o‘tkaziladi. Shu maqsadda yana mikroorganizmlarning ma‘lum patogen bo‘lmagan kulturasi (senna tayoqchalari) solingan probirkalardan foydalaniladi. Bu probirkalar bikslarning tubiga solib qo‘yiladi. Sterilizatsiya amalga oshirilgandan so‘ng ular bikslardan olinib, laboratoriyaga jo‘natiladi. Mikroblarning ko‘paymaganligi sterilizatsiyaning yaxshi amalga oshirilganidan va avtoklav ishining ishonchliligidan dalolat beradi. Bog‘lov materiallari va oqliklaridan xar 10 kunda 1 marotaba ekma olish kerak (rasm.1.19-1.20).



**Rasm. 1.19.
Sterillikni
nazorat qilish
uchun bikslarga
solinadigan
probirkalardagi
patogen
bo‘lmagan
mikroblar.**



Rasm.1.20. Oziq muxitiga bakteriologik ekma ekish orqali sterillikni aniqlash

Implantatsion infeksiyaning oldini olish uchun tikuv iplari, drenajlar, Shtiftlar, endoprotezlar, allo- va geterotransplantatlarni sterillash kerak.

Dezinfeksiya – bu xonalarda, idishlarda, kiyimlar, tibbiy asboblar, bog‘lov materiallari va boshqalarda infeksiyon kasalliklar chaqiruvchilarini yo‘qotishga qaratilgan chora tadbirlar yig‘indisi. Tibbiy asboblar dezinfeksiyasi natriy gidrokarbonatning 2% li eritmasida 15 daqiqa mobaynida qaynatish, xloramining 1% li eritmasiga 30 daqiqa mobaynida solib qo‘yish, yoki 3% li vodorod peroksidi va 0,5% li yuvuvchi vosita aralashmasiga 80 daqiqaga solib qo‘yish vositalarida amalga oshiriladi.

Sil qo‘zg‘atuvchisini yo‘qotish uchun instrumentlar 5% li xloramin eritmassiga 4 soat yoki 6% li vodorod peroksid eritmasiga 3 soatga solib qo‘yiladi.

Infeksiyon hepatit qo‘zg‘atuvchisini yo‘qotish uchun instrumentlarni 3% li xloramin eritmasiga yoki 6% li vodorod peroksid eritmasiga 1 soatga solib qo‘yiladi.

Gazli gangrena va qoqshol qo‘zg‘atuvchilarini yo‘qotish uchun esa instrumentlarni 6% li vodorod peroksid eritmasiga 90 daqiqaga solib qo‘yiladi.

Dezinfeksiyadan so'ng har bir buyum oqar suvda 30 daqiqa mobaynida chayiladi. Sterilizatsiyadan oldin instrumentlarga sterilizatsiya oldi ishlov berish kerak.

Sterilizatsiya oldi ishlov berish bosqichlari.

I bosqich – yuvuvchi vosita eritmasida ivitish:

a) «Biolut» yuvuvchi vositasidan foydalanilganda instrumentlarni 40° S haroratda 15 daqiqaga ivitib qo'yiladi;

b) vodorod peroksidini yuvuvchi vositalar ("Progress", "Marichka", "Astra", "Lotos") bilan birga qo'llaganda instrumentlarni 50° S haroratda 15 daqiqaga ivitib qo'yiladi;

c) v) vodorod peroksidini yuvuvchi vositalar ("Lotos", "Lotos-avtomat") va korroziya ingibitorlari (natriy oleat) bilan birga qo'llaganda instrumentlarni 50° S haroratda 15 daqiqaga ivitib qo'yiladi;

II bosqich – har bir buyumni 30 daqiqa mobaynida uyotka yoki paxta – dokali tampon yordamida yuvuvchi vositada yuvish.

III bosqich – oqar suvda chayish (agar "Biolut" yuvuvchi vositasidan foydalanilgan bo'lsa – 3 daqiqa, "Progress" dan foydalanilgan bo'lsa – 5 daqiqa mobaynida, "Astru" va "Lotos" dan foydalanilgan bo'lsa – 10 daqiqa mobaynida yuviladi).

IV bosqich – 30 daqiqa mobaynida har bir instrumentni distillangan suvda yuvish.

V bosqich – quritish Shkafida 85° S haroratda namligi to'liq yo'qolguncha quruq havo yordamida quritish.

Termostabil va termolabil tibbiy instrumentlarga sterilizatsiya oldi ishlov berishda zamonaviy samarali dezinfeksiyalovchi vositalar: Bodefen (qon, oqsil, ajralma va yog'dan tez tozalaydi), biom, blanizoldan foydalaniladi.

Sterilizatsiyaoldi ishlov berilishidan so'ng uning samarasini tekshirib ko'rish kerak. Shu maqsaddu quyidagi sinamalar o'tkaziladi:

Benzidinli sinama. 1 – reaktiv (0,5 – 1% li benzidin digidroxlorid eritmasi va 3% li vodorod peroksid eritmasi bir xit nisbatda aralashtiriladi) va 2 – reaktiv (probirkaga 5 ml 5% li sirka kislotasi solinadi, 0,025 g benzidin sulfat qo'shiladi va benzidin to'liq eriguncha asta sekinlik bilan aralashtiriladi, 5 ml 3% li vodorod peroksidi

qo‘shiladi) tayyorlanadi. Nazorat qilinuvchi instrumentga 2-3 tomchidan 1- va 2 – reaktivlardan tomiziladi. Reaktiv rangining ko‘k – yashil rangga kirishi sterilizatsiya oldi ishlov berilishining noto‘liq bajarilganidan dalolat beradi. Demak instrumentda oqsil qoldiqlari, ya‘ni qon, yiring yoki boshqalar qolgan.

Ortoto'luidinli sinama. 1 – reaktiv (5 – 10 ml 4% li ortoto'luidinning 96% li etil spirtidagi eritmasi va 50% li sirka kislotasi bir xil nisbatda aralashtiriladi va 5 – 10 ml distillangan suv qo‘shiladi) va 2 – reaktiv (probirkaga 5 ml 50% li sirka kislotasi solinib, 0,025 g ortoto'luidin qo‘shiladi va to‘liq eriguncha asta sekinlik bilan aralashtiriladi, so‘ng 5 ml 3% li vodorod peroksidi qo‘shiladi), yoki 3 – reaktiv (1% li ortoto'luidin eritmasi va 3% li vodorod peroksidi bir xil nisbatda aralashtiriladi) tayyorlanadi. Nazorat qilinayotgan instrumentga pipetka yordamida 2 – 3 tomchidan 2-reaktiv yoki 3-reaktivdan tomiziladi. Agar instrumentga 1-reaktivdan 2 – 3 tomchi tomizilsa, bu joyga yana 2 – 3 tomchi 20% li vodorod peroksidi surish kerak bo‘ladi. Agar reaktivning rangi ko‘k – yashil rangga kirsam, sinama musbat hisoblanadi. Bu esa instrumentda oqsil qoldiqlari – qon, yiring yoki boshqalar qolganligidan dalolat beradi.

Azopiramli sinama. Instrumentga azopiram surtiladi. Reaktiv rangining o‘zgarishi – instrumentda qon qoldiqlari borligidan dalolat beradi.

Fenolftaleinli sinama. Nazorat qilinayotgan instrumentga pipetka yordamida 1 – 2 tomchi 1% li fenolftaleinning spirtli eritmasi surtiladi. Agar reaktiv pushti rangga kirsam, sinama musbat hisoblanadi va bu instrumentda yuvuvchi vosita qoldig‘i qolganligidan dalolat beradi.

Xirurg qo‘liga ishlov berish

Qo‘lga ishlov berish – kontakt infeksiyani profilaktika qilishning muxim usulidir. Turli qo‘lga ishlov berish usullarining asosida 3 ta muxim jarayon yotadi:

1. Qo‘llarni steril Shyotka va sovun yordamida mexanik tozalash.
2. Dezinfeksiya – qolgan bakteriyalarni antiseptik vositalar yordamida yo‘qotish.

3. 70% yoki 90% li etil spirti yordamida qo‘l terisini oshlash.

Axamiyatli jarayonlardan biri qo‘l yuvishning ketma – ketligidir. Avvaliga Shyotka va sovun yordamida chap qo‘l har bir barmog‘ining kaft yuzasi, so‘ng esa orqa yuzasi, oralari va tirnoq yotoqlari yuviladi. Xuddi Shu tartibda o‘ng qo‘l barmoqlari yuviladi. Keyingi bosqichda avval chap, keyin o‘ng qo‘l kaftining, va nihoyat bilaklarning orqa va oldingi yuzalari yuviladi. Yana bir marotaba tirnoq yotoqlari Shyotka bilan ishqalab yuviladi. Sovun ko‘pigi oqar suvda yuviladi. Bunda suv oqimi barmoqlardan tirsakka qarab yo‘nalgan bo‘lishi kerak.

Fyurbringer usuli – qo‘llar issiq suvda Shyotka bilan sovunlab 10 daqiqa mobaynida yuviladi. So‘ng qo‘llar steril kalfetka bilan artilib, 3 daqiqa mobaynida 70% li etil spirti bilan ishlov beriladi. 0,5% li simob dixloridi bilan 3 daqiqa mobaynida ishlov berilgach, barmoq uchlariga yodning spirtla eritmasi surtiladi.

Alfeld usuli – qo‘llarning har biri 5 daqiqadan oqar suvda Shyotkalab yuviladi. Qo‘llarni yuvish vaqtida kaft qismi bilak qismidan yuqoriroqda bo‘lishi kerak. So‘ng qo‘llar steril sochiq bilan artilib, 5 daqiqa mobaynida 96% li etil spirti bilan ishlov beriladi. Tirnoq yotoqlariga yodning spirtli eritmasi surtiladi.

Spasokukotskiy – Kochergin usuli. Qo‘lni yuvish uchun mo‘ljallangan quruq tog‘oraga 5 ml 96% li spirt quyib, yoqiladi. Tog‘orani har tomonga qiyshaytirib, uning ichki satxi kuydiriladi. Tog‘oraga 1 l distillangan suv quyiladi va 5 ml nashatir spirti (0,5% li nashatir spirti eritmasi) quyiladi. Shunday eritmada qo‘lni 2 ta tog‘orachada 3 daqiqadan yuviladi. Qo‘lni oldin Shyotka bilan sovunlab yuvish Shart emas. Qo‘lni amalda toza bo‘lishining o‘zi kifoya qiladi. Yuvish texnikasi: 1) steril salfetka bilan avval har qaysi barmoqning kaft, so‘ngra chap panjaning kaft va kaft orqa yuzasini, so‘ngra o‘ng qo‘lniki, Shundan so‘ng chap, keyin o‘ng qo‘lning bilak oldi qismini va nihoyat bilaklar yuviladi, keyin qo‘llarni xuddi Shu tariqa va yana 3 daqiqa mobaynida boshqa tog‘orachada yuviladi; 2) qo‘l steril sochiq bilan quritiladi; 3) qo‘lni 96% li spirtga ho‘llangan salfetka bilan 5

daqiqa mobaynida artiladi; 4) teri burmalari va tirnoq yuzalariga yodning 5% li spirtidagi eritmasi surtiladi.

Xlorgeksidin biglyukonat bilan qo'llarga ishlov berish. Xlorgeksidin 20% li suvli eritma ko'rinisha 500 ml li Shisha idishlarda ishlab chiqariladi. Qo'llarga ishlov berish uchun 0,5% li spirtli eritmasidan foydalaniladi. Preparat eritmasini 70% li etil spirti bilan 1:40 nisbatda aralashtirish kerak. Avval qo'llar sovun bilan yuviladi va steril sochiq bilan artiladi, so'ng 0,5% li xlorgeksidin biglyukonat eritmasida namlangan paxtatampon bilan 2 – 3 daqiqa mobaynida ishlov beriladi. Shuningdek novoklens (novosol) – 4% li xlorgeksidin glyukonatning spirtli eritmasi ham qo'llaniladi.

Qo'llarga degmin eritmasi bilan ishlov berish. Qo'llar 3 daqiqa mobaynida yuvilib, yaxshilab chayilgandan so'ng steril sochiq bilan artiladi va 1% li degmin eritmasida namlangan ikkita tampon bilan (har biri bilan 3 daqiqadan) ishlov beriladi.

Qo'llarga S – 4 (pervomur) eritmasi bilan ishlov berish. S – 4 preparati quyidagicha tayyorlanadi: Shisha idishga vodorod peroksidi va chumoli kislotasi (1 l eritma uchun 17,1 ml 30 – 33% li vodorod peroksidi, 6,9 ml 100% li va 8,1 ml 85% li chumoli kislotasi) solinib aralashtiriladi. Idish sovuq suvga 1 – 1,5 soatga solib qo'yilib, Shisha tiqin bilan maxkam yopiladi va chayqab turiladi. Amaliyotda S – 4 preparatining 2,4% li eritmasidan foydalaniladi.

Avval qo'llar suv va sovun bilan 1 daqiqa mobaynida yuviladi, so'ng suv bilan yaxshilab chayiladi va steril sochiq bilan artiladi va 1 daqiqa mobaynida emallangan idishga solingan S-4 preparati bilan ishlov beriladi. Shundan so'ng qo'llar steril sochiq bilan artib, quritiladi va qo'lqoplar kiyiladi.

Qo'llarga ritosept bilan ishlov berish. Avval qo'llar 2 daqiqa mobaynida iliq oqar suvda steril Shyotka bilan sovunlab yuviladi va steril sochiq bilan artiladi. Shundan so'ng ikki marotaba 2 daqiqadan ritosept eritmasida namlangan steril sochiqchalar bilan ishlov beriladi.

Diotsid eritmasi bilan ishlov berish. Diotsid – suvda eruvchi oq kukun. Uzoq muddat saqlangan diotsid qo'ng'ir tusga kiradi va qo'lansa xid tarata boshlaydi. Shuning uchun uning tarkibiy qismlari aloxida –

aloxida tabletkalar ko‘rinishida chiqariladi. Qo‘llarga 3 daqiqa davomida diotsid eritmasida namlangan steril sochiqchalar bilan, so‘ng yana 2 daqiqa mobaynida 96% li etil spirti bilan ishlov beriladi

Agar qo‘llarga suvsiz ishlov berilishi kerak bo‘lsa, quyidagi usullar qo‘llaniladi.

Braun usuli – qo‘llarga 10 daqiqa mobaynida 96% li etil spirti bilan ishlov berish.

Zabludovskiy usuli – qo‘llarga 5% li spirt – tanin bilan 2 – 5 daqiqa mobaynida ishlov berish.

Serigel bilan ishlov berish. Serigel – bakteritsid hususiyatga ega yopishqoq suyuqlik. Ochiq havoda tez quriydi. Qo‘llarga serigel bilan ishlov berilganda, ularda plyonka (steril «qo‘lqop») hosil bo‘ladi.

Quruq kaftlarga 5 ml serigel quyilib, 8 – 10 daqiqa mobaynida tez – tez ishqalagab surtiladi. Eritma barmoqlar, kaft old va orqa yuzalari hamda bilak bo‘g‘imini qoplashi kerak. Shundan so‘ng qo‘llar, barmoqlarni bir – biriga tekkizmagan holatda 2 – 3 daqiqa mobaynida quritiladi. Bu plyonka spirda namlangan tampon yordamida osonlik bilan artiladi.

Novosept bilan ishlov berish. Qo‘llar novoseptning 3% li suvli eritmasi bilan 2 – 3 daqiqa mobaynida yuviladi.

Qo‘llarni yuvish uchun maxsus ultratovushli vannalar yaratilgan. Buning uchun qo‘llar 1 daqiqa mobaynida antiseptik eritmaga solib turilab, undan ultratovush to‘lqinlar o‘tkaziladi.

Qo‘llar va teriga ishlov berish uchun yana quyidagi zamonaviy dezinfeksiyalovchi eritmalar qo‘llaniladi:

Sterilium – bakteritsid va fungitsid ta’sirga ega bo‘lib, OIV, gepatit B va herpes viruslarini inaktivirlaydi. U uzaytirilgan ta’sirga ega bo‘lib, kasbiy dermatozlar chaqirmaydi.

Sterilium virugard – yuqumli kasalliklar Shifoxonalarida qo‘llaniladi.

Baktolin – Bazik – antiseptik qo‘shimchalarga ega emulsiya bo‘lib, qo‘lga ishlov berishda effektiv vosita hisoblanadi. U sovun va ishqor saqlamaydi, gipoallergik.

Yuvuvchi vositani surtish usulida qo‘lning xirurgik antiseptikasi

1 – bosqich. Qo‘llarni yuvuvchi vosita bilan yuvib, yaxshilab chayish (15-rasm. a).

2 – bosqich. Qo‘llarni yaxshilab bir marotaba foydalaniladigan sochiqlar bilan quritish. (15-rasm. b).

3 – bosqich. Dozator yordamida (tirsak bilan dastakni bosib) antiseptik vositani quruq kaft chuqurchasiga quyish (15-rasm. c).

4 – bosqich. Birinchi navbatda qo‘l kaft va barmoqlari, so‘ng esa bilak va tirsak bukilmalarini antiseptik vosita bilan namlash (15-rasm. d).

5 – bosqich. Antiseptik vosita aloxida porsiyalarda ishlab chiqaruvchi tomonidan ko‘rsatilgan vaqt mobaynida qo‘llarga suriladi. Bunda qo‘l kaftlari tirsak bukilmalaridan yuqorida turishi kerak (15-rasm. e).

6 – bosqich. Antiseptik vosita surilgandan so‘ng sochiq ishlatmasidan, qo‘llarning qurishini kutish kerak. Shundan keyingina qurigan qo‘llarga qo‘lqoplar kiyiladi (rasm.1.21).



a



b



d

c



e

f

Rasm.1.21. Yuvuvchi vositani surtish usulida qo‘lning xirurgik antiseptikasi bosqichlari

EN 1500 ga muvofiq qo‘llarga antiseptiklar bilan ishlov berish

1 – bosqich: barmoqlar bir – biriga jipslangan holda kaft kaftga ishqalanadi

2 – bosqich: o‘ng qo‘l kafti chap qo‘lning orqa yuzasiga va chap qo‘l kafti o‘ng qo‘lning orqa yuzasiga ishqalanadi

3 – bosqich: kaft kaftga kesishgan barmoqlar bilan ishqalanadi

4 – bosqich: barmoqlarning tashqi tomoni qarama – qarshi qo‘l kaftida kesishgan barmoqlar bilan ishqalanadi

5 – bosqich: chap qo‘l katta barmog‘ini o‘ng qo‘l yopiq kafti bilan aylana harakatlar yordamida ishqalash va teskarisiga ishqalash kerak

6 – bosqich: o‘ng qo‘l yopilgan barmoq uchlarini chap qo‘l kaftiga ishqalash va teskarisiga ishqalash kerak



a.



b.



c.



d.

e.

f.

Rasm.1.22. EN 1500 ga muvofiq qo‘llarga antiseptiklar bilan ishlov berish

Qo‘l terisiga ishlov berishda yana **AXD-2000, xospisent, xospidermin, betadin, braunozol** kabi antiseptiklardan foydalaniladi.

Ammo hech qaysi bir usul qo‘llarning to‘liq antiseptikasini ta‘minlay olmaydi. Qo‘llarning to‘liq sterilligini faqat rezina qo‘lqoplar ta‘minlab beradi. Rezina qo‘lqoplar birinchi marotaba rossiyalik xirurg Sege-Menteyfel (1884), ipakligi Mikulich (1897) va yupqa rezina qo‘lqoplar Fridrix (1898) tomonidan taklif etilgan. Hozirda vinil, tabiiy kauchuk (lateks) va nitrildan tayyorlangan qo‘lqoplardan foydalaniladi (rasm.1.22).

Qo‘lqoplar qo‘yidagi usullar bilan sterillanadi:

- a) avtoklavda (1,1 atm, 120 ° S, 20 daqiqa);
- b) natriy gidrokarbonatsiz suvda 15 daqiqa mobaynida qaynatish;
- c) 15 daqiqa 2% li xloramin eritmasiga yoki 30 – 60 daqiqa 1:1000 nisbatdagi sulema eritmasiga solib qo‘yish;
- d) gamma-nurlar yordamida.

Operatsion maydonni tayyorlash

Operatsiyani aseptik Sharoitlarda bajarish uchun operatsion maydonni operatsiyaga tayyorlash muxim o‘rin tutadi.

Operatsion maydonni tayyorlash. Operatsiyadan oldin bemor gigienik vanna yoki dushga tushiriladi. Bemorning ichki kiyimlari va choyshab, yostiq jildlari alishtiriladi. Operatsion maydon zonasini

operatsiya kuni ustalarda (yaxshisi quruq usul bilan) qiriladi. Undan soʻng Shu soxani etil spirti bilan artish maqsadga muvofiq boʻladi. Operatsion maydonni obrabotka kilishning bir necha usullari bor.

Filonchikov-Grossix usuli. 5 - 10% li yodning spirtli eritmasini 4 marta albatta quyidagicha surtishdan iborat:

- 1) operatsion maydonni steril oklik bilan bekitilgunga kadam keng mikiyosda obrabotka kilish (2 marotaba);
- 2) steril oklik bilan bekitilgandan sung obrabotka kilish (kesishdan oldin);
- 3) chok solishdan oldin jaroxat chetlarini obrabotka kilish;
- 4) chok solishdan keyingi obrabotka.

Agar teri nozik bulsa va bolalarda kuyishni oldini olish uchun yod eritmasini spirt bilan kisman artib olinadi.

Xozirda 10% li yoddan ishlov berish taʼqiqlangan. Uning oʻrniga qoʻyidagi vositalardan foydalanish tavsiya etilgan: taninning 5% li eritmasi, pikrin kislotasi, serigel, 1% li brilliant yashili, 1% li yodonat eritmasi, 4% li yodopiron eritmasi, 2,4% li pervomur eritmasi.

Xozirgi davrda operatsion maydonga ishlov berish uchun Kutasept G, Kutasept F, yodobak, betadin, braunozal kabi zamonaviy vositar qoʻllanilmoqda. Ular bakteritsid, fungitsid i virulitsid (lipofil viruslar, OIV, gepatit B virusiga) xususiyatga ega boʻlib, sil mikobakteriyalariga ham nobud qiluvchi taʼsir koʻrsatadi.

Bakkal usuli terisi nozik kishilarda kullaniladi. Operatsion maydon brilliant yashilining 1% li eritmasi bilan obrabotka kilinadi.

Performat kislota bilan obrabotka kilish. Tayyorlash usuli yukorida bayon kilingan. Bu xolda spirt va yod kullanilmaydi.

Operatsion maydonni obrabotka kilish uchun 1% li degmin eritmasi va 1:30 konsentratsiyadagi degmitsid, Shuningdek 1% li rokkal eritmasidan foydalanish mumkin.

Bemorni operatsiyaga tayyorlashda, operatsion maydon soxasida yiring yigilgan joy bulsa, planli operatsion bajarmay turish lozim.

Operatsiya uchun xirurg, uning assistentlari va operatsion meditsina xamshirasi maxsus kiyimlar kiyadi. Kupchilik xirurgik muassasalarda

meditsina xodimlari salat rangidagi yoki xavo rang maxsus engil kiyim kiyadilar.

Operatsion blok – operatsiya va uni ta'minlash uchun o'tkaziladigan jarayonlar bajariladigan maxsus xonalar yig'indisidir.

Operatsion blok binoning aloxida qanotida joylashgan bo'lib, xirurgik bo'lim bilan koridor orqali aloqada bo'lishi, yoki ko'p qavatli binoning aloxida qavatida joylashgan bo'lishi kerak.

Yiringli xirurgik bo'limlar boshqa xirurgik bo'limlardan ajratilgan bo'lishi maqsadga muvofiq. Agarda buning imkoniyati bo'lmasa, «toza» va «yiringli» operatsiyalar bajarilishi uchun alohida – aloiha operatsion xonalar tashkil etilishi lozim.

Sterillik darajasiga qarab hududlar:

1. Steril rejim hududi

(operatsion xona, operatsiya oldi xonasi va sterilizatsiya xonalari kiradi)

2. O'tkir rejim hududi

3. Cheklangan rejim hududi

4. Umumiy rejim hududi

Operatsion blok ishining tartibi unga kirish – chiqishni cheklashni nazarda tutadi. Steril tartib ho'dudida faqat operatsiyada ishtirok etuvchi xirurglar, ularning assistentlari, operatsion hamshiralar, anesteziologlar va ularning hamshiralari, hamda operatsiya xonasida joriy tozalashni amalga oshiradigan farrosh bo'lishi kerak. Steril tartib hududiga talabalar va amaliyotchi vrachlar kirishiga ruxsat beriladi.

Operatsion blokda ishlaydigan xodimlar boshqa bo'lim xodimlaridan rangi bilan farq qiladigan maxsus kiyimda bo'lishlari kerak.

Operatsion blok sterilligini nazorat qilish vaqt vaqti (oyiga 1 marta) bilan operatsiya xonasi devorlari, Shifti va jixozlaridan ekma olish, hamda xona xavosini bakteriologik tekshirish orqali amalga oshiriladi.

Mikroorganizmlar havoda va jixozlar yuzasida kamdan kam holatlarda erkin ko'rinishda bo'ladi. Ular asosan mikroskopik chang zarrachalariga birikkan holatda bo'ladi. Shuning uchun xam operatsion

xonadagi changlarni tozalab artish va xonaga chang kirishining oldini olish maqsadga muvofiqdir.

Operatsiya xonasini tozalashning quyidagi turlari bor:

- 1. dastlabki**
- 2. joriy**
- 3. operatsiyadan keyingi**
- 4. yakunlovchi**
- 5. umumiy (generalnaya)**

Operatsiya boshlanishidan oldin barcha buyumlar, jixozlar, deraza tokchalariga kechasi bilan o‘tirib qolgan chang nam sochiq bilan artib chiqiladi (dastlabki tozalash). Operatsiya davomida pastga tushgan salftka, Sharik, xirurgik asboblari yig‘ishtirib olinadi (joriy tozalash). Operatsiyalar oralig‘ida bemor operatsiya xonasidan chiqarilgach, choyshablari va xirurgik asboblari yig‘ishtirib olinadi, operatsiya stoli antiseptik eritma bilan namlangan sochiqcha bilan artib chiqiladi va steril choyshab yoziladi, pol nam lattalar bilan artib chiqiladi (operatsiyadan keyingi tozalash). Ish kuni tugagach yakunlovchi tozalash amalga oshiriladi. Bunda Shift, devorlar, deraza tokchalari, barcha buyumlar va jixozlar, hamda pollarni dezinfeksiyalovchi eritma bilan artiladi. So‘ng bakteritsid lampa yoqib qo‘yiladi.

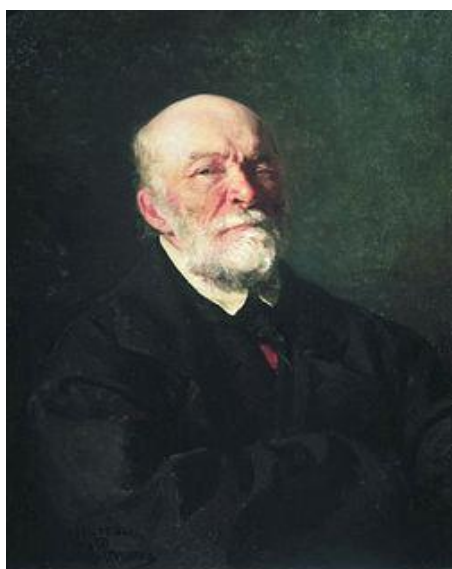
Hafta oxirida operatsiya xonasini umumiy tozalash amalga oshiriladi. Bu operatsiya xonasini dezinsiya qilishdan boshlanadi: xona Shifti, devorlari, barcha jixozlar, hamda poliga dezinfeksiyalovchi eritma sepiladi va artib olinadi. Shundan so‘ng umumiy nam tozalash amalga oshiriladi va bakteritsid ultrabinafsha lampalar yoqib qo‘yiladi. Operatsiya xonasi axlat, ichak maxsulotlari bilan ifloslanganda yoki anaerob infeksiya (gazli gangrena) bilan kasallangan bemorda operatsiya o‘tkazilgandan so‘ng navbatdan tashqari umumiy tozalash amalga oshiriladi.

Talabalarning mashg‘ulotni chuqurroq o‘zlashtirishi, kritik fikrlashga o‘rgatish uchun dars vaqtida «Aqliy hujum» pedagogik texnologiyasidan foydalanamiz. «Aqliy hujum» usuli aseptika va antiseptikaning mavzusini muhokama qilishda muammoli masalalarni hal qilish uchun qo‘llaniladi. O‘yin davomida o‘rtaga muammo

tashlanadi, talabalar Shu muammoni hal qilish uchun o‘z fikrlarini bildirishadi. Bunda talabalarning fikrlari sifatigagina emas, soniga ham e‘tibor qilinadi. O‘yin yakunida talabalarning bergan javoblariga ko‘ra xulosa qilinadi.

Antiseptika – jaroxat, patologik o‘choq yoki umuman organizmdagi mikroorganizmlarga qarshi kurashishga qaratilgan chora tadbirlar yig‘indisi.

Tarixiy izoh. Jaroxatlar yiringli asoratlarning etiopatologik faktorlarini to‘g‘ri baxolagan olim Shubxasiz M.I. Pirogovdir (rasm.1.23).



Rasm.1.23. M.I. Pirogov

Qrim urushi yillari (1853 – 1856 yy.) buyuk olim Shunday deb yozgan edi: «Shuni ta’kidlash mumkinki, yaradorlarning ko‘pchiligi jaroxatning o‘zidan emas, balki gospital infeksiyadan vafot etishadi».

...Shunday vaqt keladiki, travmatik va gospital infeksiyani chuqur o‘rganish jarroxlik faniga yangi bir rivojlanish yo‘lini ochib beradi ...

Shunday qilib M.I. Pirogov yiringli-septik kasalliklarning etiologiyasida mikroorganizmlarning tutgan o‘rni aniqlangunga qadar, chaqiruvchi faktor atrof muxitda, jarrox qo‘llarida, instrumentlarda, parvarish buyumlarida bo‘lgan qandaydir ko‘rinmas, organik narsalar ekanligi xaqida xulosaga keldi.

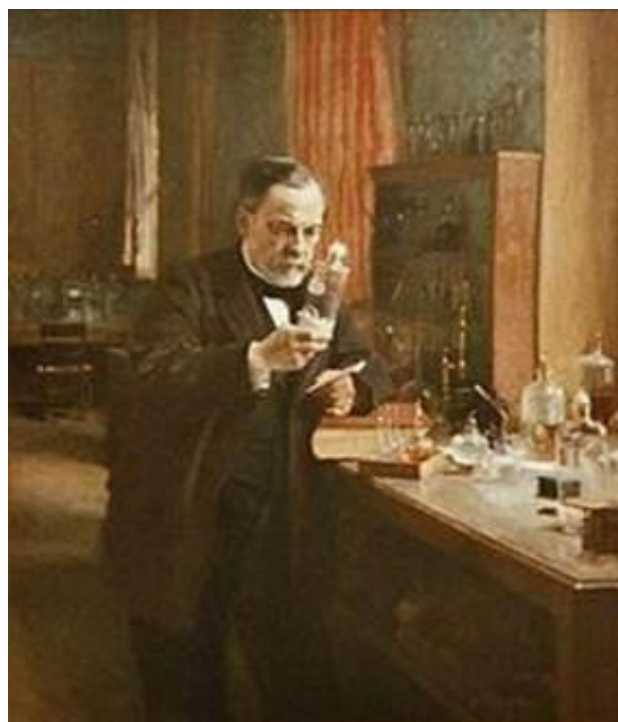


Venger vrachi I.F.Zimmelveys 1847 yilda antiseptikani amalda qo‘llay boshladi (rasm.1.24). U tug‘ayotlan ayolning tug‘ruq yo‘llarini, akusherning qo‘llarini, instrumentlar va tug‘ruq yo‘llari bilan kontaktda bo‘lgan barcha vositalarni xlorli oxak eritmasi bilan ishlov berishni taklif etdi. Bu usul akusherlik klinikasida o‘limni uch barobarga kamaytirdi.

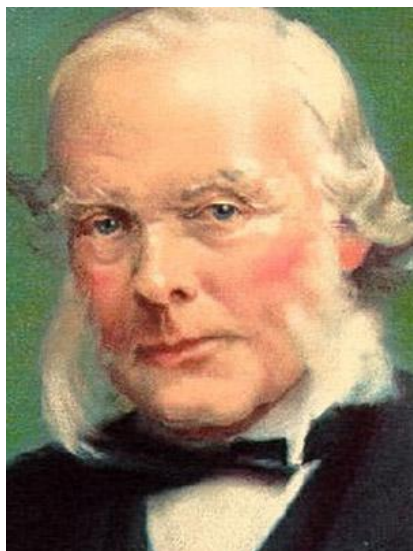
Rasm.1.24. I.F.Zimmelveys

Xirurgiyada antiseptika usullarining ishlab chiqilishiga 1863 yil Lui Paster tomonidan bijg‘ish va chirish jarayonlarining ochilishi ilmiy asos bo‘lib xizmat qildi.

Lui Paster bu jarayonlarni spetsifik mikroorganizmlar chaqirishini kashf etdi (rasm.1.25).



Rasm. 1.25.Lui Paster



Rasm. 1.26. Djozef Lister

Ingliz xirurgi Djozef Lister operatsiyadan keyingi bemorlar o'limining sabablarini o'rganar ekan, bu asoratlarga operatsion jaroxatga tushgan mikroorganizmlar sababchi degan xulosaga keldi va 1867 yil antiseptika usullarini tashkil qiladigan chora – tadbirlar yig'indisini ishlab chiqdi (rasm.1.26).

Operatsion xonaga maxsus apparat yordamida karbol kislota eritmasi purkalar edi (rasm.1.27).



Rasm. 1.27. Operatsion xonaga maxsus apparat yordamida karbol kislota eritmasi purkalmogda

1. Xirurgik instrumentlar, chok va bog'lov materiallari, Shuningdek xirurg qo'li 2 – 3% li karbol kislota eritmasi bilan dezinfeksiya qilinar edi.

2. Operatsion maydonga 2 – 3% li karbol kislota eritmasi bilan ishlov berilgan.

3. Operatsiyadan so‘ng operatsion jaroxat 5% li karbol kislota Shimdirilgan maxsus bog‘lama bilan yopilgan.

Lister usulining amaliyotga tadbiiq etilishi bilan xirurgiya rivojlanishining antiseptik davri nomi bilan ataluvchi yangi bosqichiga qadam qo‘yildi. Biroq Lister antiseptika usulining ijobiy tomonlari bilan bir qatorda salbiy tomonlari xam kuzatila boshlandi. Operatsiya xonasi xavosidagi karbol kislota bug‘laridan nafas olish tibbiy personal va bemorning zaxarlanishiga, xirurg qo‘lini 2 - 3% li karbol kislota eritmasi bilan qayta ishlash terini kuchli ta’sirlantirishiga, operatsion jaroxatga qo‘yilgan karbol kislota eritmasi Shimdirilgan bog‘lama mikroblarni o‘ldirishi bilan bir qatorda to‘qimalarning keng nekroziga ham sababchi bo‘ldi.

Mikrobiologiyaning keyingi rivojlanishi natijasida mikroorganizmlarni yuqori xarorat ta’sirida ham o‘ldirish mumkinligini isbotladi. Xirurglar Subbotin M.S. va E.Bergman xirurgik instrumenlar, operatsion choyshablar, bog‘lov va chok materiallardagi mikroblarni qaynoq suv va bug‘ bilan yo‘qotish mumkinligini isbotlab berdilar. E.Bergman va uning Shogirdi Shimmelbush xirurgiyada aseptikani ishlab chiqishdi. 1980 yilda Berlinda o‘tkazilgan xirurglar X xalqaro kongressida E.Bergman dokladidan so‘ng aseptika to‘liq tan olindi. Dastlabki yillarda aseptikani amaliy xirurgiyada antiseptik vositalarsiz faqat o‘zini qo‘llash uning kamchilik tomonlarini ham ochib berdi. Antiseptik vositalardan vos kechish o‘zini oqlamadi. Ximiyaning rivojlanishi bilan kam zaharli antiseptik vositalar yaratildi, bu esa aseptikani turli antiseptik vositalar bilan birga qo‘llashga imkon yaratdi.

Antiseptikaning quyidagi usullari mavjud:

1. *Mexanik antiseptika*
2. *Fizik antiseptika*
3. *Ximiyaviy antiseptik*
4. *Biologik antiseptika*

Bu antiseptik usullarning bir nechitasi birgalikda bajarilishi *aralash antiseptika* deb nomlanadi.

Mexanik antiseptika. Jaroxatda bakteriyalar rivojlanishining oldini olishda mexanik usullar bilan mikroblar uchun oziq muxit bo'lishi mumkin bulgan nekrozlangan to'qimalarni, yot jismlarni jaroxatdan olib tashlashning ahamiyati katta. Buning uchun jaroxatga birlamchi xirurgik ishlov beriladi va birlamchi xirurgik chok ko'yiladi: jaroxat qirralari va devorlari tubiga qadar sog'lom to'qima chegarasida kesib olinadi va to'qima butunligi chok qo'yilib tiklanadi.

Jaroxatga mexanik ishlov berish usulini 1836 yil A.A.Charukovskiy qo'llay boshlagan.

Fizik antiseptika. Jaroxatda bakteriyalar rivojlanishiga noqulay Sharoitlar tug'dirish, ularning toksinlari va o'qimalar parchalanish maxsulotlari so'rilishini kamaytirishga qaratilgan fizikaviy omillarni qo'llash fizik antiseptikani tashkil qiladi.

Fizik antiseptikaning asosiy vazifasi – jarohat ajralmasining bog'lamaga chiqishi va so'rilishi gigroskopiklik hodisaga asoslangan, bu tibbiy dokaning o'zicha jaroxat ajralmasini (ekssudat) ni Shimib olish xususiyati orqali amalga oshadi. (M.Ya.Preobrajenskiy, 1894).

Fizik antiseptika turlari qo'yidagi jadvalda keltirilgan (1.1. jadval).

Yiringli yaradan yoki bo'shliqdan ekssudatni faol usulda chiqarish usuli **drenajlash** nomini olgan. U drenaj naychalar yordamida amalga oshiriladi. **Drenaj naychaning** eng ko'p tarqalgan turi har xil uzunlikda va kengikdagi doka pilikcha hisoblanadi.

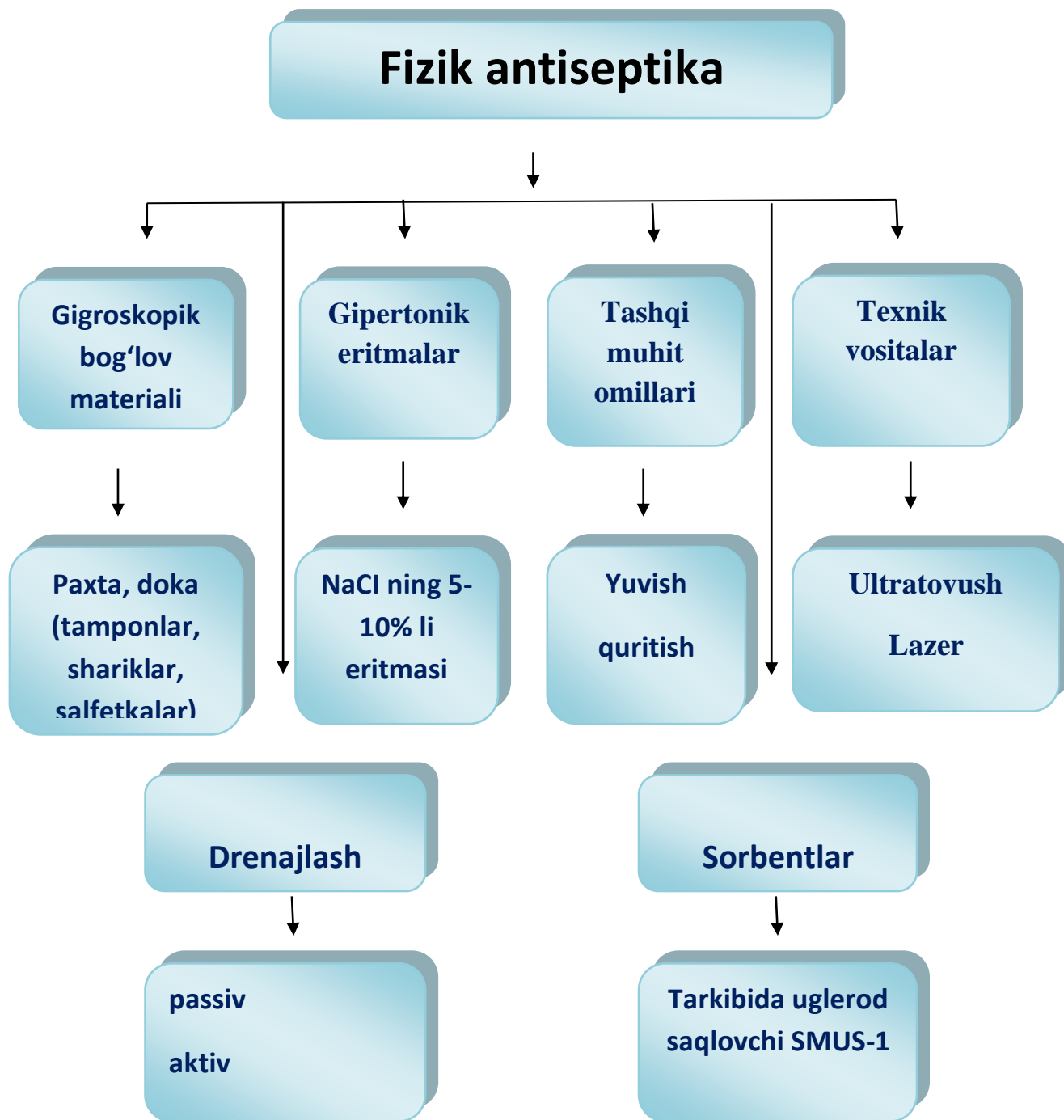
Yiringli yara yoki bo'shliqlarni drenajlash uchun drenaj naycha sifatida rezina naycha va pilikchalar ishlatiladi. Bazan klinik amaliyotda jaroxatlarni drenajlash uchun rezina va doka drenajlar birgalikda ishlatiladi.

Doka ishlatish uning gigroskopik hususiyati borligiga va bu hususiyatning **natriy xloridining gipertonik (5-10%) eritmasi** Shimdirilganida kuchayishiga asoslangan. Jaroxat bo'shlig'ida siyrak joylashgan doka drenaj uning chekkalarini ochib, yiringning to'planishiga to'sqinlik qiladi. Drenajlanganda jaroxatdagi ekssudat passiv (bog'lamga, jaroxatda Byulau drenajiga) va faol-vakkum Redon drenajiga chiqishi mumkin.

Jaroxatlarni ochiq usulda davolash, ultrabinafsha nurlari, lazer nurlari va ultratovush ishlatish xam fizik antiseptikaga kiradi.

1.1. jadval:

Fizik antiseptika turlari.



Jaroxatlarni ochiq usulda davolashda to'qimalarning qurishi hisobiga mikroblar rivojlanishi uchun noqulay Sharoit tug'iladi, ayniqsa jaroxat yuzasi maxsus apparatlar yordamida yaratiladigan abakterial muxit Sharoitida bo'lsa.

Drenaj naychalar

Jaroxatlardagi to'plangan yiring va umuman jaroxat suyuqligini chiqarib yuborish uchun fransuz xirurgi Shassanyak tomonidan taklif qilingan qizil kauchukdan yasalgan yon teshikchalari bo'lgan naychalar ishlatiladi.

Oldinlari Shishadan, alyuminiydan, qalaydan yasalgan naychalar ishlatilgan. Xozirgi davrda drenajlarni ishlatish cheklangan bo'lib, asosan tananing suniy qilingan yoki tabiiy bo'shliqli jaroxatlariga nisbatan ishlatiladi. Masalan, plevra bo'shlig'ida ko'p miqdorda yiring yig'ilishi – empiemada plevra bo'shlig'iga drenaj naycha o'rnatiladi va so'ruvchi apparatga ulanadi. Undan tashqari drenaj naychalar dori vositalari bilan kamaytirib bo'lmaydigan umumiy Shishlarda ham ishlatila boshlandi. Odatda naychalar yo'g'on-ingichkaligiga qarab 16 raqamda tayyorlanadi. Ularni dezinfeksiya qilishga suvda yuvish (silkitish bilan), sulemaning 0,5% eritmasiga 3 hafta davomida solib qo'yish bilan erishiladi. Drenaj naychalarning yon teshikchalari (aylanasining 1/3 qismidan oshmasligi lozim) bevosita o'rnatishdan oldin qaychilar yoki maxsus qirqqichlar yordamida qilinadi. Uncha kata bo'lmagan jaroxatlar, oqmalar va boshqalarga drenaj naychalarning o'rniga, uzunasiga kesilgan naychalardan yasalgan tarnovchalar o'rnatiladi. Drenaj naychalar u yoki bu tomonga siljib ketmasligi uchun jaroxat yuzasiga biror usulda mahkamlanadi.

Byulau drenaji (G. BULAU, 1835-1900, nemis Shifokori) – naysimon drenaj yordamida plevra bo'shlig'idan suyuqlik va havoni chiqarish usuli bo'lib, u ko'krak qafasi devori orqali troakar yordamida o'rnatiladi va tutash idishlar tamoyilida ishlaydi. Drenajning tashqi uchida rezina qo'lqopdan yasalgan klapan bo'lib, havoning qayta kirishiga tusqinlik qiladi.

Eng ko'p tarqalgan drenaj turlariga Redon drenaji kiradi.

Ultrabinafsha nurlari bakteritsid tasir qiladi, immunitetni stimullaydi va jaroxatlardagi tozalanish, regenratsiya jarayonlarini jadallashtiradi.

Past energiyali lazer nurlari to‘qimalardagi kimyoviy reaksiyalarni, qizil va infraqizil nurlanishga bo‘lgan sezgirlikni o‘zgartiradi.

Boshqa fizik omillardan klinik amaliyotda **diadinamik tok (bernar toki), xar xil antiseptik vositalarni elektroforez qilish, rentgenoterapiya** keng ishlatilishga joriy kilindi.

Ultratovushning bakteriotsid tasiri kavitatsiya jarayoni – mikroob xujayrasiga bosim impulsining tovush tezligidan yuqori tezlik bilan tasir qilishiga asoslangan.

To‘qimalarda lazer nurining yuqori energiyasi ostida quyidagi o‘zgarishlar sodir bo‘ladi:

- 1) harorat keskin oshib, termik kuyishni eslatadi;
- 2) qisqa vaqt davomida qattiq va suyuq moddalarning gazsimon holatga o‘tishi natijasida xujayra ichi va to‘qima ichi bosimi keskin ortadi, yani «portlash samarasi» sodir bo‘ladi;
- 3) elektr ko‘rsatkichlarni, solishtirma og‘irlikni, to‘qimalar dielektrik o‘tkazuvchanligini o‘zgartiruvchi elektr maydon paydo bo‘ladi, natijada ularning yuzasida toksinlarning so‘rilishiga to‘sqinlik qiluvchi, steril koagulyasion parda paydo bo‘ladi.

Lazer nurlari

Tibbiyotda lazer nurlarining ikki - yuqori va past energiyali turi ishlatiladi.

Yuqori energiyali lazer nurlari quyidagi tasirlarga ega:

To‘qimalardagi harorat bir necha yuz gradusga etadi. To‘qimalarda kuzatiluvchi o‘zgarishlar termik kuyishni eslatadi;

To‘qimlarda paydo bo‘ladigan «portlash samarasi» - «zarba oqimi» qattiq va suyuq moddalarning bir laxzali gaz xolatiga o‘tishi natijasida sodir bo‘ladi. Buning natijasida esa xujayra va to‘qima ichi bosimi keskin oshadi;

Lazer nurlari yuqori energiyasi to‘qimalarda elektr maydoni paydo bo‘lishiga olib kelib, elektr ko‘rsatkichlarini, solishtirma og‘irligi, dielektrik o‘tkazuvchanlik va boshqalarni o‘zgarishi ko‘rinishida elektrokimyoviy samaraga sabab bo‘ladi. Natijada to‘qimalar yuzasida

steril koagulyasion parda paydo bo‘lib, toksinlarni so‘rilishiga va infeksiyaning tarqalishiga to‘sqinlik qiladi.

Past energiyali lazer atayin to‘qimalardagi reaksiyalarni o‘zgartiradi.

Kam quvvatli lazer qizil va infraqizil nurlanishga sezgir kimyoviy reaksiyalarning optik katalizatori rolini o‘ynaydi.

Monoxromatik qizil rang yallig‘lanishga qarshi va qon tomirlarni kengaytiruvchi tasir ko‘rsatadi, modda almashuv jarayonlarini yaxshilaydi, suyak ko‘migi va taloqdagi yosh xujayralar kupayish jarayonini, qon tomirlarining o‘sishi va rivojlanishini tezlashtiradi.

Abakterial boshqariluvchi muhit — jaroxat va kuyishlarni ochiq davolash usuli bo‘lib, yara jarayoni uchun mo‘tadil, lekin jaroxatda ko‘payuvchi mikroblar uchun noqulay bo‘lgan steril muhit va mikroklimat yaratishga asoslangan. Abakterial boshqariluvchi muhit Sharoitida davolash faol xirurgik muolajalar bilan hamkorlikda (jaroxatdagi xayotga layoqatini yo‘qotgan to‘qimalarni kesib olish, munosib drenajlash) olib borilib, keyinchalik jaroxat yuzasi choklar yordamida yoki teri plastikasi yo‘li bilan bekitiladi. Abakterial boshqariluvchi muhit uchun maxsus aeroterapevtik qurilmalar yaratilgan. Atmosfera havosi aeroterapevtik qurilmalarda filtrlangandan keyin kichik dispers changdan, mikroblardan ozod bo‘ladi va sterilga aylanadi. Keyinchalik harorat, bosim, havo oqimi kattaligi va uning nisbiy namligi har bir bemor uchun alohida sozlanadi. Abakterial boshqariluvchi muhitning barcha fizik omillari oshiqcha arterial qon oqimini kamaytiradi, venoz qon oqimini tezlashtiradi, to‘qimalar Shishini yo‘qotadi. Shu tariqa jaroxat yuzasida yumshoq, osongina olinadigan qoplama paydo bo‘ladi. mikroblari bo‘lgan qoplamani muntazam ravishda olib tashlash jaroxatni tozalanishiga olib keladi. Abakterial boshqariluvchi muhitda davolash grammanfiy patogen mikroflora ko‘payish darajasini qisqa vaqtda (5-7 sutka) 4 – 6 baravariga kamaytiradi. Jaroxatdagi 1 g to‘qimaga to‘g‘ri keluvchi mikroob tanachalarining soni keskin kamayadi.

Ximiyaviy antiseptika.

Ximiyaviy antiseptika – jaroxatda, patologik o‘choqda, yoki bemor organizmida va o‘choq atrof muxitidagi mikroblarni kimyoviy moddalar bilan yo‘qotishga aytiladi. Bakteriotsid yoki bakteriostatik ta’sirga ega bo‘lgan turli ximiyaviy moddalarni qo‘llash Kimyoviy antiseptikani tashkil qiladi. Ximiyaviy antiseptiklarning umumiy va mahalliy ta’siri mikroorganizm va uning to‘qima xujayralari uchun etarlicha xavfsiz va mikroblar uchun o‘ldiruvchi bo‘lishi kerak. Antiseptikalar mikroblarga oksidlovchi, odsorbsiyalovchi, oksillarni denaturatsiyalovchi, degidrotatsiyalovchi va boshqa ta’sirlarga ega. Hozirgi vaqtda ko‘p sonli antiseptiklar qo‘llaniladi. Quyida keltirilgan gruppalardagi moddalar xammadan ko‘p ma’lum.

Ximiyaviy antiseptiklarning asosiy guruxlari

Galoidlar guruxi

Xloramin B. 1-3 % li eritmasini qo‘llarni, metal bo‘lmagan instrumentlarni, kateter, drenajlar va perchatkalarni dezinfeksiyalash uchun qo‘llaniladi.

Yod. Yodning 5-10% li spirtli eritmasi - kuchli antiseptik vosita bo‘lib, bakteriotsid, bakteriostatik, kuydiruvchi va oshlovchi ta’sirga ega.

Yodonat. 1% li eritmasi operatsion maydonga ishlov berishda qo‘llaniladi.

Yodopiron. 0,1 % li eritmasi xirurg qo‘liga ishlov berishda, 1% li eritmasi operatsion maydonga ishlov berishda, 0,5-1% li eritmasi esa yiringli jaroxatlarni davolashda qo‘llaniladi.

Lyugol eritmasi (yod – 1 qism, kaliy yodit – 2 qism, suv – 17 qism). Ketgutni sterillash, bakteriya tashuvchilarda tomoq va xalqumni artishda ishlatiladi. Tireotoksik buqoq bilan bemorlarni operatsiyaga tayyorlashda 10 – 15 tomchidan 2 maxal ichkariga tavsiya qilinadi.

Yodobak. Preparat Shilliq pardalar, teri, jaroxatlar, yara, yotoq yaralar, operatsion maydonga ishlov berishda qo‘llaniladi. Bakteriotsid, sporotsid va virulitsid xususiyatga ega. Sil mikobakteriyalarini o‘ldirish xususiyatiga ega.

Xloran, xlorantoin. Bu dezinfeksiyalovchi eritmalar tayyorlashga mo'ljallangan poroshok yoki tabletka ko'rinishidagi vosita.

Yodditserin. Yiringli infeksiyani davolashda qo'llaniladi.

Oksidlovchilar

Vodorod peroksidi. Vodorod peroksidining 3% li suvli eritmasi jaroxatlarga ishlov berishda qo'llaniladi. 6% li eritmasi esa xirurgik instrumentlarni dezinfeksiyalashda qo'llaniladi.

Kaliy permanganati. Bu kuchli oksidlovchi. Suvli eritmalarini og'izni chayish, oshqozanni yuvish, yiringli jaroxatlarga ishlov berish (0,1 – 0,5%) va kuyishlarni davolashda (2 – 5%) qo'llaniladi.

Og'ir metal tuzlari

Sulema eritmasi (1:1000 – 1:2000) kuchli bakteriotsid ta'sirga ega. Ipakni sterillashda, terini, choyshablar, kiyimlar, qo'lqoplar, metal kateterlar, bemorlar parvarishi jixozlarini dezinfeksiya qilishda qo'llaniladi.

Simob oksitsianidi – dezinfeksiyalovchi vosita bo'lib, 1:1000 va 1:5000 nisbatda siydik pufagini yuvishda, optik instrumentlar, sistoskop, rektoskop, laparoskoplarni dezinfeksiya qilishda qo'llaniladi.

Diotsid. Diotsidning 1:5000 nisbatdagi eritmasi qo'lga ishlov berishda qo'llaniladi. 1:1000 nisbatdagi eritmasi Tikuv iplari (ketgut), jixozlar, instrumentlarni sovuq sterillashda qo'llaniladi.

Kumush nitrat. 0,1 – 0,2% li eritmasi jaroxatlarni va yiringli bo'shliqlarni yuvishda, 1 – 2% li eritmasi yara va yoriqlarni davolashda, 5 - 10% lisi esa ortiqcha granulyasiyani kuydirishda qo'llaniladi.

Protargol. 1-5% li eritmasi urologik amaliyotda Shilliq qavatlariga surtish uchun qo'llaniladi.

Kollargol (kolloidli kumush). 0,2-1% li eritmasi jaroxatlarni davolashda qo'llaniladi. 2% li eritmasi esa sepsisda vena ichiga yuboriladi.

Noorganik kislota va ishqorlar

Borat kislotasi. 2-3% li suvli eritmasi ko'k yiring tayoqchasi bilan infitsirlangan, yiringli jaroxatlar, oqmalar, bo'shliqlarni yuvishda qo'llaniladi.

Nashatir spirti eritmasi. 0.5% li eritmasi mikroblarga qarshi va sporatsid ta'sirga ega. Spasokukotskiy – Kochergin usulida xirurg qo'liga ishlov berishda qo'llaniladi.

Natriy gidrokarbonat eritmasi. 2% li eritmasi qaynash xaroratini 104-106°S gacha oshiradi, meditsina instrumentlarini sterillashda qo'llaniladi. 1% li nashatir spirti va 3% li vodorod peroksidi bilan aralashmasi esa drenajlar va kateterlarni zararsizlantirishda qo'llaniladi.

Spirtlar

Etil spirti. 70% li eritmasi dezinfeksiya qilishda, 96% li eritmasi esa xirurg qo'llarini oshlashda, steril ipakni saqlashda, o'tkir tig'li instrumentlarni dezinfeksiya qilishda qo'llaniladi.

Aldegidlar

Formaldegid eritmasi yoki formalin (36,5-37,8% formaldegid saqlovchi suvli eritma). Kuchli bakteritsid ta'sirga ega. Rezina qo'lqoplar, drenajlar, tibbiy instrumentlarni dezinfeksiya qilishda qo'llaniladi.

Lizofom. 40 qism formalin, 40 qism kaliyli sovun, 20 qism etil spirtidan tashkil topgan. Dezinfitsirlovchi va dezodorirlovchi ta'sirga ega. 1-3% li eritmasitibbiy instrumentlarni va xirurg qo'llarini dezinfeksiya qilish uchun qo'llaniladi.

Karzoleks – Bazik. Bu vosita termolabil va termostabil tibbiy asboblarni dezinfeksiya qilish uchun mo'ljallangan.

Fenollar

Fenol, yoki karbol kislotasi. 2-3% li eritmasi drenajlar, kateterlar, qo'lqoplar, tibbiy asboblarni dezinfeksiya qilishda qo'llaniladi.

Lizol. 10% li eritmasi choyshablarni dezinfeksiya qilish, operatsion va bog'lov xonalarini artishda, 1-3% li eritmasi esa qo'llarni dezodoratsiya qilishda qo'llaniladi.

Qayin qatroni. Dezinfeksiya qilish xususiyatiga ega bo'lib, jaroxatlarni davolashda qo'llaniladigan Vishnevskiy malxami tarkibiga kiradi.

Pikrin kislotasi. 5% li eritmasi terini dezinfeksiya qilishda qo'llaniladi.

Ixtiol. 5-20% li malxam, Shuningdek Shamchalar ko‘rinishida qo‘llaniladi. Yallig‘lanishga qarshi ta’sirga ega.

Uch tarkibli eritma (Krupenin eritmasi). Tarkibi: karbol kislota (3 g), natriy korbonat (15 g), formalin (20 g), distillangan suv (100 g). O‘tkir tig‘li asboblarni, elim buyumlarni, polietilen naychalarni sterillashda qo‘llaniladi.

Organik kislotalar

Salitsil kislota. 1-2% li spirtli eritmasi, 2-5% li upa va 1 – 10% li malxamlari antiseptik vosita sifatida qo‘llaniladi.

Pervomur (S – 4 preparati). 2,4% li eritmasi qo‘llarga va operatsion jaroxatga ishlov berishda qo‘llaniladi. 4,8% li eritmasi bilan qo‘lqoplar, xirurgik asboblari va tikuv iplari sterillanadi.

Bo‘yovchi moddalar

Brilliant yashili. 1-2% li suvli yoki spirtli eritmasi ketgutni sterillash, operatsion maydon va jaroxat yuzasiga ishlov berishda qo‘llaniladi.

Etakridin laktat (rivanol). 0,05-0,1% li suvli eritmasi piodermiyani davolashda qo‘llaniladi.

Metilen ko‘ki. 1-3% li spirtli eritmasi yuzaki jaroxatlarga ishlov berishda va piodermiyani davolashda qo‘llaniladi.

Detergentlar

Serigel. Qo‘lga ishlov berishda qo‘llaniladi.

Degmitsid. 1% li eritmasi qo‘lga va operatsion maydonga ishlov berishda qo‘llaniladi.

Xlorgeksidin. Xlorgeksidin biglyukonatning 20% li suvli eritmasi ko‘rinishida ishlab chiqariladi. Qo‘lga ishlov berishda 5% li spirtli eritmasidan foydalaniladi.

Rokal. 1:1000 nisbatdagi eritmasi xirurg qo‘liga ishlov berishda, 1% li eritmasi operatsion maydonga ishlov berishda, 1:1000 nisbatdagi eritmasi xirurgik asboblarga ishlov berishda, 10% li eritmasi rezinali qo‘lqoplarni sterillashda qo‘llaniladi.

Tabiiy kelib chiqishga ega organik moddalar

Xlorofillipt. Yiringli jaroxatlarni davolashda qoʻllaniladi. 1% li spirtli eritmasi 1:5 nisbatta 0,25% li novokoin eritmasi bilan aralashtiriladi.

Nitrofuran unumlari

Furatsilin (0,1 g va 0,02 g li tabletkalar koʻrinishida ishlab chiqariladi). 0,02% li suvli eritma yoki 0,066% li spirtli eritma koʻrinishida yiringli jaroxatlarni davolashda va 0,2% li malxam koʻrinishida degidratatsiya fazasidagi jaroxatlarni, yotoq yaralarni, kuyishlarni davolashda qoʻllaniladi.

Furazolidon (trioxofurin, 0,05 g li tabletkalar). Ichish uchun.

Furagin. Ichish uchun 0,05 g li tabletkalar koʻrinishida ishlab chiqariladi.

Furadonin. Ichish uchun 0,05 g li tabletkalar koʻrinishida ishlab chiqariladi.

Klinik amaliyotda Shuningdek **nitrofurantoin, aponitrofurantoin (nifurantin), nifurtoinol (levantina), nifuroksazidlar** qoʻllaniladi.

Sulfanilamid preparatlar

Sulfanilamidlar aktiv mikrobg qarshi vositalar xisoblanadi.

Ular bakteriostatik taʼsirga ega, ammo yuqori konsentratsiyalarda bakteriotsid taʼsir koʻrsatishi mumkin.

Terapevtik taʼsiriga koʻra sulfanilamidlar 2 guruhga boʻlinadi:

1) tizimli infeksiyalarda qoʻllaniladigan va ichkariga buyuriladigan preparatlar;

2) ichak infeksiyalarida qoʻllanadigan preparatlar: sulgin, suksinilsulfatiazol, srtalazol, salitsilazosulfapiridin va boshqalar.

Taʼsir davomiyligiga koʻra:

1. *Qisqa muddatli taʼsirga ega vositalar:* **norsulfazol** (0,5 g li tabletkalar), **norsulfazol-natriy** (5% li eritma), **sulfazin** (0,5 g li tabletkalar), **sulfadimezin** (0,5 g li tabletkalar), **sulfatsil-natriy** (30% li eritma), **sulfafurazin** (0,5 g li tabletkalar), **etazol** (0,25 va 0,5 g li tabletkalar), **etazol-natriy** (10% va 20% li eritma).

2. *O'rta muddatli ta'sirga ega vositalar:* **sulfametoksazol** (0,5 g li tabletka), **sulfazimozin** (0,5 g li tabletka), **sulfafenazol** (0,5 g li tabletka).

3. *Uzoq muddatli ta'sirga ega vositalar:* **sulfadimetoksin** (madribon; 0,2 va 0,5 g li tabletkalar), **sulfametoksin** (0,5 g li tabletka), **sulfapiridazin-natriy** (10% li eritma), **sulfamonometoksin** (0,5 g li tabletka), **sulfalen** (kelfizin; 0,2 g li tabletka), **sulfalen** (18,5% li eritma). **Trimetoprim**.

Sulfanilamidlar shuningdek malxamlar ko'rinishida xam qo'llaniladi: 10% li streptotsidli malxam va boshqalar.

Xinoksalinlar

Dioksidin. 1% li suvli eritmasi yiringli jaroxatlarni yuvishda, 5% li malxami esa kuyishlar va trofik yaralarni davolashda qo'llaniladi. Sepsisda 0,5% li eritmasi vena ichiga tomchilab yuboriladi (preparat 5% li glyukoza yoki natriy xloridning izotonik eritmasiga aralashtirib yuboriladi).

Xinoksidin. Yiringli yallig'lanish jarayonini davolashda qo'llaniladi.

Nitronidazol unumlari

Metronidazol (0,25 va 0,5 g li tabletkalar, 0,5 g li Shamchalar, 100 ml li flakonlarda 500 mg metronidazol saqlovchi eritmalar ko'rinishida ishlab chiqariladi).

Naftiridinlar va xinolinlar

Nevigramon (nalidiksovaya kislota, negrali; 0,5 g li kapsula va tabletkalar ko'rinishida). Siydik chiqarish yo'llarining infeksiyalarida qo'llaniladi.

Gramurin (oksolinovaya kislota: 0,25 g li tabletkalar). Siydik chiqarish yo'llarining infeksiyalarida qo'llaniladi.

8-oksixinolin xosilalari

Xlorxinaldol (kvezil, xlorxinaldin; 0,1 g li tabletkalar). Intestopan (0,2 va 0,04 g li tabletkalar). Ichak infeksiyalarida qo'llaniladi.

5-NOK (nitroksolin, nibiol, nitroks; 0,05 g li tabletkalar). Siydik chiqarish yo'llarining infeksiyalarida qo'llaniladi.

Yallig‘lanishga qarshi ta’sirga ega bo‘lgan preparatlar.

Dimeksid (10 va 25 ml li ampulalarda, 50 va 100 ml li flakonlarda chiqariladi). 20 - 30% li dimeksid eritmasi chuqur kuyishlar va jaroxatlarni davolashda, 25 - 50% li eritmasi kompresslar uchun, 10 - 15% li eritmasi mikroklizmalar uchun qo‘llaniladi.

Mefenamin natriyli tuzi (0,1 - 0,2% li suvli eritmasi yoki 1% pasta ko‘rinishida chiqariladi).

Antiseptik ta’sir ko‘rsatuvchi boshqa vositalar

Sterilium – qo‘llarni xirurgik va gigienik dezinfeksiya qiluvchi vosita. Bakteritsid va fungitsid ta’sir ko‘rsatadi. Gepatit V virusi, herpes virusi, rotavirus, odam immuniteti tanqisligi virusi (OIV)ni inaktivirlash xususiyatiga ega. Sil mikobakteriyalarini o‘ldiradi.

Sterilium virugard – qo‘llarni dezinfeksiya qiluvchi vosita. Bakteritsid, fungitsid va virulitsid ta’sirga ega (OIV, hepatit V virusi va boshqalar...). Sil mikobakteriyalarini o‘ldiradi.

Kutasept – operatsion maydonga operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyin ishlov berishga mo‘ljallangan (rang berilgan) vosita. Bakteritsid, fungitsid, virulitsid ta’sirlarga ega. Sil mikobakteriyalarini o‘ldiradi.

Kutasept F – teri va jaroxatga operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyin ishlov berishga mo‘ljallangan (ranglanmagan) vosita. Bakteritsid, fungitsid, virulitsid ta’sirlarga ega.

Yodobak – teri, Shilliq pardalar va boshqalarni dezinfeksiya qilish uchun vosita. Bakteritsid, fungitsid, sporotsid va virulitsid ta’sirga ega. Sil mikobakteriyalarini o‘ldiradi.

Baktolin Bazik – qo‘llar va tanani yuvishga mo‘ljallangan universal vosita. O‘zida sovun va ishqor saqlamaydi.

Biologik antiseptika

Biologik antiseptikaning asoschisi Lui Paster.

Bakteriotsid yoki bakteriostatik ta’sirga ega bo‘lgan turli biologik moddalarni qo‘llash biologik antiseptikani tashkil qiladi. Biologik antiseptiklarning umumiy va mahalliy ta’siri makroorganizm va uning to‘qima xo‘jayralari uchun etarlicha xavfsiz va mikroblar uchun o‘ldiruvchi bo‘lishi kerak.

Biologik antiseptiklarga **antibiotiklar**, **bakteriofaglar** va **anatoksinlar** kiradi. Ular jaroxat va uning atrofida bakteriyalar rivojlanishiga noqulay Sharoit yaratib, toksinlar va to‘qimalar parchalanish maxsulotlarining so‘rilishini kamaytiradi.

Bu guruhga yana **proteolitik fermentlar** ham kirib, ular o‘lgan to‘qimalar, fibrin va yiringni eritib, jaroxatning tezroq tozalanishiga yordam beradi, Shuningdek Shishni kamaytiradi va yallig‘lanishga qarshi ta’sir ko‘rsatadi.

Antibiotiklar biologik antiseptiklar hisoblanib, ular mikrobu xujayralari moddalar almashinuvining turli bosqichlariga ta’sir ko‘rsatadi.

Antibiotiklarning quyidagi guruhlari mavjud.

Ftorxinollar

Oksoflatsin (tarivid, zinotsin, menefloks; 0,2 g li tabletkalar).

Pefloksatsin (abaktal, peflobid; 0,5 g li tabletkalar; 0,4 g pefloksatsin saqllovchi 5 ml li ampulalar).

Siprofloksatsin (arfloks, afenoksin, ifitsipro, sifloks, layprokvin, sifran, sipronal; 0,25; 0,5 va 0,75 g li tabletkalar; 0,2% li eritma 50 va 100 ml li flakonlarda; 1% li eritma 10 ml li ampulalarda, 5% li glyukoza eritmasiga qo‘shib yuboriladi). Klinik amaliyotda Shuningdek lomefloksatsin xam qo‘llaniladi.

Penitsillin guruhi

Benzilpenitsillinning natriyli (kaliyli) tuzi (250000, 500000 va 1000000 TB li flakonlarda chiqariladigan kukun).

Benzilpenitsillinning novokainli tuzi (300000, 600000 va 1200000 TB li flakonlarda chiqariladigan kukun).

"**Novotsin**" benzilpenitsillinning novokainli va natriyli tuzining aralashmasi (300000, 600000, 1200000 va 2400000 TB li flakonlarda kukun ko‘rinishida ishlab chiqariladi).

Bitsillin-3 (300000, 600000, 900000 va 1200000 TB li flakonlarda kukun ko‘rinishida).

Bitsillin-5 (1500000 TB li flakonlarda kukun ko‘rinishida).

Fenoksimetilpenitsillin (0,1 va 0,25 g li tabletka, flakonlarda 0,3, 0,6 va 1,2 g li kukun).

Oksatsillin natriyli tuzi (flakonlarda 0,25 va 0,5 g kukun, 0,25 va 0,5 g li tabletka ko‘rinishida).

Dikloksatsilin natriyli tuzi (flakonlarda 0,125 va 0,25 g kukun ko‘rinishida, 0,25 g kapsulalar).

Ampitsillin (0,25 g tabletka va kapsula, suspenziya tayyorlash uchun flakonlarda 5 g kukun ko‘rinishida chiqariladi).

Ampitsillin trigidrat (0,25 va 0,5 g li tabletka va kapsula ko‘rinishida).

Ampitsillinning natriyli tuzi (flakonlarda 0,25 va 0,5 g kukun).

Ampioks-natriy (flakonlarda 0,1, 0,2 va 0,5 g kukun).

Karbenitsillinning dinatriyli tuzi (flakonlarda 1 g kukun).

Unazin (sulfabaktam va ampitsillin aralashmasi; flakonlarda 0,75, 1,5 va 3 g kukun ko‘rinishida).

Azlotsillin (flakonlarda 0,5; 1,0; 2,0; 4, 5 va 10 g kukun ko‘rinishida).

Amoksitsillin (1 g li tabletka, 0,25 va 0,5 g kapsulalar).

Amoksiklav (amoksitsillin + klavulanat; 0,375 va 0,625 g li tabletkalar, flakonlarda 0,6 va 1,2 g kukun ko‘rinishida chiqariladi).

Sefalosporinlar guruhi

Sefaloridin (seporin; flakonlarda 0,25; 0,5 va 1,0 g kukun ko‘rinishida).

Sefalozin (reflin, kefzol, sefazolin bioxemi; flakonlarda 0,25; 0,5; 1,0 va 2,4 g kukun ko‘rinishida).

Sefalotin natriyli tuzi (keflin; flakonlarda 0,5; 1 va 2 g kukun ko‘rinishida).

Sefaleksim (sporideks); 0,25 g li kapsulalar va 0,5 g li tabletkalar, flakonlarda 2,5 g kukun ko‘rinishida (suspenziya tayyorlash uchun).

Sefuroksim (zinotsef, sefogen, zinat; flakonlarda 0,75 g li kukun ko‘rinishida).

Sefuroksim-aksetil (flakonlarda 0,75 g kukun ko‘rinishida).

Sefotoksin (flakonlarda 0,5 va 2 g kukun ko‘rinishida).

Seftriakson (rotsefin, oframaks; flakonlarda 0,25 g kukun ko‘rinishida).

Sefoperazon (medotsef; flakonlarda 0,5 – 1,0 g kukun ko‘rinishida).

Seftazidim (fortum; flakonlarda 0,25; 0,5; 1 va 2 g kukun).

Sefpiram (flakonlarda 2 g kukun ko‘rinishida).

Oframaks (flakonlarda 0,25 va 1 g kukun ko‘rinishida).

Sefobid (flakonlarda 1 va 2 g kukun ko‘rinishida).

Zinatsef (flakonlarda 250 mg kukun ko‘rinishida).

Aminoglikozidlar

Neomitsin sulfat (1 va 0,25 g li tabletkalar, flakonlarda 0,5 g kukun ko‘rinishida, 0,5% va 2% malxam).

Monomitsin (flakonlarda 0,25 va 0,5 g kukun ko‘rinishida, 0,25 g li tabletkalar).

Kanamitsina sulfat (flakonlarda 0,5 g kukun ko‘rinishida, ampulalarda 5 - 10 ml 0,5% li eritma ko‘rinishida).

Gentamitsina sulfat (flakonlarda 0,08 g kukun ko‘rinishida, 1 va 2 ml li ampulalarda 4% li eritma).

Tobramitsin (brulamitsin; flakonlarda 40, 50, 75 va 80 mg kukun ko‘rinishida).

Sizomitsin sulfat (1 ml li ampulalarda 5% li eritma).

Monomitsin (flakonlarda 0,25 va 0,5 g kukun ko‘rinishida, 0,25 g li tabletkalar).

Amikatsin (2 ml li ampulalarda).

Neogelazol (neomitsin saqllovchi aerosol).

Sofradeks (neomitsin saqllovchi ko‘z va quloq tomchilari).

Garozon (5 g li malxam, 5 ml flakonax tomchilar, gentamitsin saqllovchi).

Makrolidlar

Eritromitsin (0,1 va 0,25 g li tabletkalar).

Eritsiklin (0,25 g li kapsulalar).

Oleandomitsin fosfat (0,125 g li tabletkalar).

Oletetrin – kombinirlangan preparat (oleandomitsin fosfat + tetratsiklin; 0,125 va 0,25 g li tabletkalar, 0,25 g li kapsulalar).

Makropen (400 mg li tabletkalar).

Klaritromitsin (250 mg li tabletkalar).

Linkomitsin guruhi

Linkomitsin gidrobromid (30% li eritma 1 ml li ampulalarda, kapsulalarda 0,5 g kukun).

Klindamitsin (0,25 va 0,075 g li kapsulalar).

Streptomitsin guruhi

Streptomitsin sulfat (flakonlarda 0,25 va 0,5 g kukun ko‘rinishida).

Streptomitsin xlorkalsiyli kompleks (flakonlarda 0,1; 0,2 va 0,5 g kukun ko‘rinishida).

Levomitsetin guruhi

Levomitsetin (0,25 va 0,5 g li tabletkalar, 0,25% li ko‘z tomchilari, malxam "Levomekol", "Levosin", aerosol "Levovinizol").

Levomitsetin stearat (0,25 g li tabletkalar).

Levomitsetin suksinat (flakonlarda 0,5 va 1 g li eruvchi kukun).

Sintomitsin (sintomitsin linimenti).

"Iruksol" (o‘zida levomitsetin saqlaydi).

Tetratsiklin guruhi

Tetratsiklin (0,05 va 0,25 g li tabletkalar, 0,1% li ko‘z malxami).

Tetratsiklin gidroxlorid (0,1 g li tabletkalar, ko‘z uchun malxam, flakonlarda 0,1 g kukun ko‘rinishida va 0,25 g li kapsulalar).

Oksitetratsiklin digidrat (0,25 g li tabletkalar, "Oksizon" malxami).

Oksitetratsiklin gidroxlorid. "Poksizon" malxamini, "Oksitsiklazol", "Oksikort", "Geokorton-sprey" aerosollarini tayyorlash uchun qo‘llaniladi.

Xlortetratsiklin gidroxlorid (10 g malxam, ko‘z uchun malxam).

Morfotsiklin (flakonlarda 0,1 va 0,15 g kukun ko‘rinishida).

Metatsiklin gidrokslorid (0,15 va 0,3 g li kapsulalar).

Doksitsiklin gidrokslorid (vibramitsin, 0,05 va 0,1 g li kapsulalar).

Rifampitsinlar

RifampitsinSV (rifotsin; 125 va 250 mg asosiy modda saqlovchi 1,5 va 3 ml li ampulalar, 500 ml asosiy modda saqlovchi 10 ml ampulalarda).

Rifampitsin (beneritsin; 0,05 va 0,15 g li kapsulalar).

Tienamitsinlar

Tienam (imipenema va silastin natrining kombinatsiyasi), sutkalik me'yor 1 – 2 g.

Aztreonam (flakonlarda 0,5 – 1 g kukun ko'rinishida).

Meropekam (flakonlarda 0,5 va 1 g kukun ko'rinishida).

Zamburug'larga qarshi antibiotiklar

Nistatin (500 000 TB saqlovchi tabletkalar, 30 va 50 g li malxam).

Levorin (500 000 TB saqlovchi tabletkalar, 30 va 50 g li malxam).

Levorin natriyli tuzi (flakonlarda 200 000 TB kukun ko'rinishida, ingalyasiya qilish va chayish uchun).

Amfoteritsin V (flakonlarda 50 000 TB kukun ko'rinishida, vena ichiga yuborish va ingalyasiya uchun, Shuningdek malxam ko'rinishida).

Amfogleyukamin (100 000 TB li tabletkalar).

Mikoseptin (50 000 TB li tabletkalar).

Ekonazol (10 g - 1% li krem).

Mikonazol ("daktarin" malxami 15 g li tyubiklarda).

Mikrospor® (bifonazol; 10 g krem).

Lamizil® (terbinafin; 125 va 250 mg li tabletkalar, 1% li krem).

Klotrimazol (15 g krem).

Turli guruh antibiotiklari

Ristomitsin sulfat (flakonlarda 100 000 va 500 000 TB kukun ko'rinishida).

Fuzidin-natriy (0,125 va 0,5 g li tabletkalar).

Dietanolamin fuzinat (flakonlarda 0,25 va 0,5 g kukun ko‘rinishida).

"Fuzidin" geli 2% (15 g tyubiklarda).

"Prefuzin" geli (15 g alyumin tyubiklarda).

Polimiksin – M sulfat (500 000 TB li tabletkalar, flakonlarda 500 000 va 1 000 000 TB kukun ko‘rinishida, 10 va 30 g tyubiklarda malxam).

Polimiksin – V sulfat (flakonlarda 25 va 50 mg kukun ko‘rinishida, mushak orasiga yuborish uchun).

Gramitsidin (2% li spirtli eritmasi, gramitsidinli pasta).

Gramitsidin S (0,5 mg - 1500 TB li tabletkalar).

Proteolitik fermentlar.

Xayvonlardan olinadigan (**tripsin, ximotripsin, ribonukleaza**), bakteriyalardan olinadigan (**streptokinaza, terilin, kolagenaza, ribonukleaza, iruksol, asperaza**) va o‘simliklardan olinadigan (**papain, bromelain**) proteolitik fermentlar mavjud. Proteolitik fermentlarni maxalliy (jaroxatga), mushak orasiga, suyak ichiga yuborish, ingalyasiya ko‘rinishida va endobronxial qo‘llash mumkin.

Aktiv va passiv innunizatsiya

Organizmning ximoya xususiyatlarini kuchaytirish va immunitetni oshirish maqsadida aktiv va passiv innunizatsiya qo‘llaniladi.

Aktiv immunizatsiya uchun anatoksinlar (stafilokokkli, qoqsholga qarshi), passiv immunizatsiya uchun xirurgik infeksiya qo‘zg‘atuvchilariga qarshi antitela saqlovchi preparatlar (antistafilokokkli gamma-globulin, qoqsholga qarshi gamma-globulin, qoqsholga qarshi zardob) qo‘llaniladi. Organizmning rezistentligini oshirib, jaroxatda regeneratsiya jarayonlarini kuchaytiruvchi vositalarga interferon, prodigiozan, lizotsim, levamizol, T - aktivin va timalin, mielopid, tarkibida immunoglobulin IgG, IgM va IgA saqlovchi kompleks immunoglobulinli preparat kiradi.

Aralash antiseptika.

Klinik amaliyotda ko‘pincha bir nechta antiseptik vositalarning birgalikda ishlatilishi va bir necha xil antiseptika usullarining birgalikda qo‘llanishi kuzatiladi. Bu esa bemorlarni davolash samaradorligini oshiradi. Chunki ko‘p xolatlarda bitta antiseptika usulini qo‘llash bilan to‘liq samaradorlikka erishish qiyin bo‘lgadi va Shunda antiseptikaning boshqa turlarini kompleks qo‘llash eng afzal usul hisoblanadi.

Aralash antiseptika hozirga davrda amaliyotda juda ko‘p qo‘llaniladi. Masalan:

1. Jaroxatga birlamchi ishlov berish jarayonida nekrotik to‘qimalar kesib olinadi (mexanik antiseptika);
2. Jaroxat yuzasiga ultratovush bilan ishlov beriladi (fizik antiseptika);
3. Yiringli yaralarga doka tamponlar kiritiladi (fizik antiseptika);
4. Ularni bor kislotasi eritmasi bilan Shimdiriladi (kimyoviy antiseptika);
5. Antibiotiklar ishlatiladi (biologik antiseptika).

Antiseptiklarni qo‘llash usullari:

- Enteral qo‘llash-antiseptik moddalar me‘da - ichak tizimi orqali yuboriladi.
- Tashqi (yuzaki) qo‘llash - antiseptik moddalar jaroxatlarga kukun, mazli va eritmali Shaklda qo‘llaniladi.
- Bo‘shliqlarga yuborish- antiseptik moddalar bug‘im, qorin yoki plevra bushlig‘iga yuborish orqali.
- Parenteral qo‘llash-vena yoki arteriyaga yuborish yo‘li bilan.
- Endoskopik qo‘llash - o‘pka absessi bo‘shlig‘iga bronxoskop orqali, qizil o‘ngach, me‘da va o‘n ikki barmoq ichakga fibrogastroskop orqali.

II BOB



2.1. Jarohatlar tushunchasi

Jarohatlanish - xar qanday mexanik ta'sir natijasida teri yoki shilliq qavatlar butunligi buzilishi bilan kechadigan patalogik jaryon xisoblanadi..

Jarohatlanishlar xirurgiyaning hozirgi kungacha keng tarqalgan patalogik holatlaridan biri bo'lib qolmoqda.

Jarohatlanishlarda hayot uchun muhim ko'plab a'zolarining mavjudligi, ularning anatomik tuzilishining spetsifikasi, qon tomirlar bilan ta'minlanishi va innervatsiyasining o'ziga xosligi, ichak ichidagi patogen floraga boy mahsulotning bevosita yaqinligi, haddan tashqari faol fermentlar ishlab chiqaruvchi a'zolarining mavjudligi – bularning hammasi travma payti massiv ichki qon ketishga, peritonitni tez rivojlanishiga va a'zolar va to'qimalarda qaytarib bo'lmaydigan o'zgarishlarni vujudga kelishiga olib keladi.

Jarohatlanishlarda, odatdagidek bemor umumiy ahvolidan og'irligi, ichki qon ketish, shokning vujudga kelishi, davolash natijasini operativ aralashuv vaqti bilan yaqqol bog'liqligi, operatsiya jarayonining murakkabligi, operatsiya-dan so'ngi davrda esa bemorni davolash sarmashaqqatligi bilan farq qilib turadi.

O‘z vaqtida 1939 yilda G. Mondor shunday deb yozgan edi: «Shikastlangan bemorni ko‘rish uchun kelgan birinchi vrach shuni bilishi kerakki, uning oldida bajarilishi lozim bo‘lgan uchta vazifa mavjud: 1) shokga qarshi chora-tadbirlarni o‘tkazish; 2) shikastlangan ichki a‘zoni - ichki qon ketish sababini aniqlashi; 3) kovak a‘zoni shikastlanganligini, ya‘ni bunchalik tez rivojlangan peritonitning sababini aniqlashi lozim bo‘lgan. U yana qanday shikastlanish mavjudligidan qat‘iy nazar, barchasi faqatgina xirurgik kompetensiyasiga tegishli ekanligi va zudlik bilan kechiktirib bo‘lmaydigan yordam talab etilishini, peritonitmi yoki ichki qon ketish – barchasi bemor hayoti uchun o‘lim bilan xavf solinayotganligini va har bir daqiqa bemor taqdirini hal qilishini bilishi lozim».

Jarohatlanishlar regionga bog‘liq holda tinch zamon travmasida 1,5-36,5% ni tashkil etadi va ayni zamonda uning uchrash sur‘ati hamda og‘irligi shiddat bilan o‘sib bormoqda. Shikastlanganlarning asosiy qismini mehnatga layoqatli yoshdagi erkaklar tashkil qilib, bu holat muammoni yanada dolzarbligini oshiradi.

Keyingi 20 yil ichida jarohatlanishlar strukturasi yo‘l-transport hodisalari, yuqoridan yiqilib tushish, texnogen katastrofa va tabiat xodisalarining doimiy ortib borishi hisobiga jiddiy o‘zgarishlar vujudga keldi.

Hozirgi zamonda jarohatlanishlar xarakterli tomonlaridan biri bemorlarda shikastlanishning ko‘pligi va og‘irligi, unda gomeostazni qo‘pol buzilishi va organizmda hayot uchun muhim a‘zolari funksiyalarini buzilishi bilan kuzatilishi natijasida o‘limning yuqoriligi 25-65% va letallikni pasayishi kuzatilmayotganligi va shu bilan bir qatorda operatsiyadan so‘ngi davrda asoratlarning ko‘pligidir - 35-83%. Shu bilan birgalikda ko‘pchilik shikastlangan bemorlar umum xirurgik profildagi bo‘limlarga yotqiziladi, ushbu bo‘limdagi vrachlar esa bu kategoriyadagi bemorlarga har doim ham etarli darajada tibbiy yordam ko‘rsatish tajribasiga ega emaslar. Buning natijasida esa muammoni eng muhim masalalarini echishda yaxlit taktik ko‘rsatmaning yo‘qligi, albatta bemorlarda diagnostik va davolash jarayonlarida xato kamchiliklar kelib chiqishiga sabab bo‘ladi.

2.2. Jarohatlar tasnifi, etiologiyasi va klinik kechishi

Jarohatlar xar qanday mexanik ta'sir natijasida teri yoki shilliq qavatlar butunligi buzilishidir.

Jarohatlar klassifikatsiyasi:

1. Zarar etkazishiga ko'ra:

- xirurgik
- urush bilan bog'liq
- tasodifiy

2. Rivojlanish mexanizmiga ko'ra:

- urilgan
- chopilgan
- kesilgan
- tirnalgan
- yirtilgan
- bosilgan
- tishlangan
- majaqlangan
- o'q-otar
- aralash

3. Chuqurligiga ko'ra:

- yuzaki (teshib kirmagan)
- bo'shliqqa teshib kirgan:

a) ichki organlarni zararlamagan

b) ichki organlarni zararlagan

4. Anatomik lokalizatsiyasi:

- Yuz, bo'yin, ko'krak qafasi jarohatlari.
- Yumshoq to'qimalar, suyaklar, qon-tomirlar, nervlar

jarohatlari.

5. Soniga ko'ra:

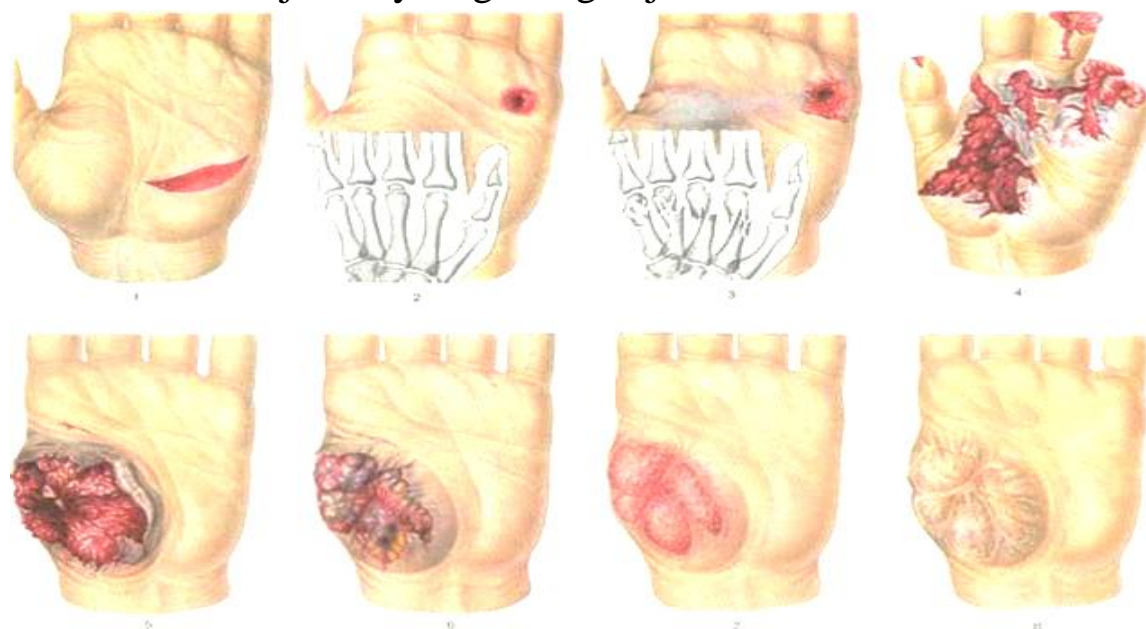
- bitta
- ko'p
- kombinatsiyalashgan

6. Zararlanish darajasiga qarab: aseptik, bakterial zararlangan, ifloslangan.

7. Murakkabligiga qarab: oddiy, murakkab.

8. Asoratlariga qarab: asoratlangan, asoratlanmagan.

Kombinatsiyalashgan jarohatlar- mexanik jarohatlanish yuqori va past xarorat, ximiyaviy moddalar, radioaktiv moddalar yoki boshqa ta'sirlavchi kuch natijasida yuzaga kelgan jarohatlardir.



Rasm. 2.1. 1-4. Jarohat turlari: 1. Kesilgan jarohat. 2. Suyak butunligi buzilishisiz chopilgan jarohat. 3. O'q otar quroldan etkazilgan jarohat. 4. Tishlangan-uzilgan jarohat. 5-8 Jarohatning ikkilamchi bitishi. 5. Tishlangan jarohat. 6. Jarohatning tozalanishi va granulyatsion to'qima bilan qoplanishi. 7. Granulyatsion to'qima bilan qoplangan jarohat. 8. Chandiq xosil bo'lishi.

Kesilgan jarohatlar to'qimalarga birorta kesgir narsa- pichoq, shisha, temir va xokazo) ta'sir qilganda paydo buladi. Jarohatning teridagi cheti tekis, ostidagi tuqimalarga odatda kam shikast etadi, jarohat ochiq bo'ladi, qonab turadi. Boshqa jarohatlarga qaraganda birmuncha yaxshi tuzaladi (rasm.2.1).

Shilingan jarohatlar – kesilgan jarohatning bir turi, bunda teri va teri osti kletchatkasi ostida yotgan tuqimalardan ko'chib chiqqan bo'ladi. Bunday jarohatlar chiziq bo'yicha xarakat qilayotgan kesuvchi predmetdan shikastlanish yoki terining teri osti kletchatkasi bilan ko'chishi oqibatida yuz berishi mumkin.

Chopilgan jarohatlar- o'tkir va og'ir (bolta, qilich va xokazolar) bilan urilganda xosil bo'ladi. Ostida yotgan tuqimalarning anchagina shikastlanishi kuzatiladi. Birmuncha sekin bitadi.

Sanchilgan jarohatlar- sanchadigan o'tkir buyumlar (bigiz, mix, nayza va xokazolar) sanchilishidan xosil bo'ladi. Jarohatlar teriga ozroq shikast etishi va ichkarida yotgan organlar xamda tuqimalar (yirik qon tomirlar, o'pka, yurak, jigar va xokazolar)ning ko'proq shikastlanishi bilan xarakterlanadi. Tashqariga qon kam chiqadi, biroq chuqur joylashgan tuqimalardan ko'p miqdorda qon oqishi mumkin. Bunday jarohatlar g'oyatda xavflidir. Davo qilishda ichki organlarga shikast etgan-yetmaganligini aniqlash maksadida jarohat kanalini keng ko'lamda reviziya kilish talab etiladi.

Chopilgan-kesilgan jarohatlar-chopilgan va kesilgan jarohatlarning qo'shma turi. Xam tashqi, xam ichki tomondan anchagina qon oqishi bilan xarakterlanadi. Davolash taktikasi chopilgan jarohatlardagi kabidir.

Urilgan jarohatlar- birorta to'mtoq buyum (tayoq, tosh va xokazolar) bilan urilganda paydo buladi. Ular yumshoq to'qimalarning anchagina majaqlanishi va ozroq qonashi bilan xarakterlanadi. To'qimalarning og'ir majaqlanishi sababli jarohat chetlarining jonsizlanishi kuzatiladi. Infeksiya osonlikcha qo'shiladi, yiringlanish yuz beradi. Jarohatni xirurgik tozalashda yashab ketmaydigan to'qimalarni batamom olib tashlash talab qilinadi.

Yulingan jarohatlar- urib olingan jarohatlrga yaqin turadi. Odatda mashinalar va mexanizmlarning xarakatlanadigan qismlaridan vujudga keladi. O'lchamlari katta, chetlari notekis bo'ladi, osonlikcha infeksiya tushadi. Uzoq muddat mobaynida turli asoratlar bilan bitadi.

Tishlangan jarohatlar- odam yoki xayvonlarning tishlashidan sodir buladi. Teri va ostida joylashgan to'qimalarga ancha shikast etadi. Jarohat xamisha infeksiyalangan buladi. Kech va ko'p asoratlar bilan bitadi.

O'q tegishidan yuz bergan jarohatlar- o'q otadigan quroldan zararlanish natijasidir. O'q, sochma o'q, snaryad parchasi kabilardan yuz berishi mumkin. Jarohatlaydigan snaryad, masofaga va xokazolarga ko'ra turli-tuman xarakterda bo'ladi. O'q yoki snaryad parchasidan ro'y

bergan jarohatlar ayniqsa og‘ir kechadi. Bu jarohatlar teshib o‘tgan, bunda jarohatlovchi buyum tana qismidan teshib o‘tib, kirish va chiqish teshiklari bo‘ladi (kirish teshigi chiqish teshigidan kichik) va berk (faqat kirish teshigi bo‘lib, jarohatlovchi buyum to‘qimalarda qoladi) bo‘ladi.

O‘q tegishidan vujudga kelgan jarohatda quyidagilar farq qilinadi:

1) Jarohat kanali zonasi - unda nekrotik to‘qimalari, o‘q parchasi, kiyim parchalari va shu kabilar buladi;

2) Shikastlangan nekroz zonasi - to‘qimalarning mexanik yoki temperatura ta’sirida shikastlanishi natijasida xosil bo‘ladi;

3) Molekulyar silkinish zonasi - ko‘zga ko‘rinadigan o‘zgarishlar kuzatilmaydi, biroq shu zonada to‘qimalar qarshiligini pasaytiradigan nekrobiotik o‘zgarishlar bo‘ladi.

Zaxarlangan jarohatlar – jarohatning zaxarlovchi modda (iprit, lyuizit va boshqalar) tushgan xar qanday turidir. Zaxarlovchi modda jarohat teshigi orqali organizmga tez so‘rilib, og‘ir oqibatlariga olib keladi. Davolash – yuvish, antidotlar qo‘llash, jarohatni birlamchi xirurgik tozalashdan iborat.

O‘qning nechog‘li ichkariga kirishiga ko‘ra:

1) Teshib kirmaydigan - bunda bo‘shliq (qorin pardasi, plevra, bug‘imning sinovial pardasi)ning barer bo‘shlig‘i shikastlanmaydi;

2) Teshib kiradigan (barer to‘sig‘i shikastlanadi) jarohatlar bo‘lishi mumkin.

Tasodifan yuz beradigan xamma jarohatlar, jumladan o‘q tekkan jarohatlar xam birlamchi infeksiyalangan hisoblanadi. O‘q tekkan jarohatlar, bundan tashqari tuqimalarga ko‘p shikast etishi bilan o‘tadi. Bu esa ularning bitish sharoitlarini qiyinlashtiradi.

Tasodifan yuz bergan jarohatlar - ularga jarohatlarning yuqorida sanab o‘tilgan xamma turlari kiradi, ular odatda birlamchi infeksiyalangan va ataylab qilingan (operatsion) – aseptik bo‘ladi.

Infeksiyaning tushish darajasi buyicha aseptik va infeksiya tushgan jarohatlar farq qilinadi. Ikkilamchi infeksiyalangan jarohatlar-odatda operatsion jarohatlar bo‘lib, noto‘g‘ri parvarish qilinganda (meditsina xodimlarining yoki bemorlarning aybi) bilan ular jarohat paydo bo‘lishidan bir necha soat yoki kun o‘tgach infeksiyalanishi mumkin.

Shikastlantiruvchi agentning xarakteri bo'yicha tasnisi

- mexanik travma – mexanik energiya ta'siri natijasida vujudga keladi. Asosan aynan mexanik travma natijasida shikastlangan bemorlar xirurglar faoliyatining diqqatida bo'ladi (har xil turdagi jarohatlar, avtomobildan avariya tufayli olingan travmalar, yuqoridan yiqilganlar va b.);

- termik travma – yuqori (kuyishlar) va past (sovuq urish) temperaturaning ta'sir etishi natijasida hosil bo'ladi. Shikastlanishlarning ushbu ko'rinishlarida tibbiy yordam kombustsiologlar tomonidan ko'rsatiladi;

- ximik travma – ko'plab ximik birikmalar bilan kontakt sodir bo'lganda yuzaga keladi. Jiddiy ravishda mulohaza qilinganda, ximik preparatlar bilan zaharlanish (jumladan dori-darmonlar bilan ham) ximik travma hisoblanadi.

Ammo xirurglar kuydiruvchi suyuqliklar (kislota va ishqorlar) ta'siri oqibatlarini, hazm trakti a'zolari nekrozi va ushbu a'zolarining chandiqli o'zgarishlari bilan xam ishlashga to'g'ri kelishi mumkin;

- nurli travma – nurli energiya ta'sirida hosil bo'ladi;

- kombinatsiyalashgan travma – ikki va undan ortiq energiyani birikishi natijasida inson organizmiga shikastlanish etkazilishi.

Ushbu tushunchani to'g'ri talqin qilishini tavsiya etamiz, chunki ko'pchilik qo'llanmalarda bu termin «qo'shma travma» sinonimi ko'rinishida noto'g'ri ishlatiladi. Sababi xirurglar asosan mexanik travmalar bilan shug'ullanishadi. Bundan buyon biz faqat mexanik travmani klassifikatsiyasini ko'rib chiqamiz.

Shikastlanishning tarqalganligi bo'yicha klassifikatsiyasi (masshtabligi):

- qorinning izolatsiyalangan travmasi – agarda jabrlanganda qorin travmasidan boshqa shikastlanishlar bo'lmasa. Bu vaqtda o'lim 5-20% tashkil etadi. Bitta va ko'p miqdordagi travma (ko'plab sanchib kesilgan jarohatlar) tafovut qilinadi;

- qo'shma travma – qorin travmasi bilan jabr ko'rgan bemorda boshqa shikastlanishlarning ham mavjudligi. Ko'pincha kranioserebral

hamda qorin travmasi birgalikda uchraydi, kam holatlarda qorin travmasi va

- tayanch-suyak apparati travmalari, qorin va ko'krak qafasi travmalari uchraydi. Bu hollarda o'lim 50-90% gacha etadi. Bir vaqtda ko'krak qafasi va qorinning travmasi eng og'ir travma hisoblanadi.

- torakoabdominal travma – hamma vaqt diafragmani shikastlanishi mavjud bo'ladi. Torakoabdominal shikastlanishlarda bir vaqtda ko'krak qafasi va qorinni shikastlanishida diafragmani ushbu jarayonga qo'shilmaganligini aniqlash lozim.

Shikastlanishlarni xarakteri bo'yicha tasnifi

Qorinning barcha shikastlanishlari ikki katta guruhga bo'linadi: yopiq (qorinning to'rtmtoq travmasi) va ochiq (qorin travmasi).

Yopiq jarohatlar (qorinning to'rtmtoq travmasi)

Qorinning yopiq shikastlanishida qorin oldingi devorida teri qoplamasining yoki tashqi shilliq qavatlarini butunligi (jarohat) buzilmagan bo'ladi. Bu vaqtda terida shilinishlar va teri ostiga qon qo'yilishlar bo'lishi mumkin.

Qorin yopiq travmasi qoringa to'rtmtoq predmet bilan urilganda, qorinni qisilishida, yuqoridan tushib ketishda rivojlanadi (katta travma). Shikastlanishning qo'yidagi turlari tafovut qilinadi:

- qorin bo'shlig'i a'zolarini shikastlanishisiz (mushaklar lati va qorin oldingi devori gematomasi);

- qorin bo'shlig'i a'zolarini shikastlanishi bilan:

- *kovak a'zolari shikastlanishi bilan;*

- *parenximatoz a'zolari shikastlanishi bilan;*

- qorin parda orti bo'shlig'ini shikastlanishi bilan:

- *kovak a'zolari shikastlanishi bilan;*

- *parenximatoz a'zolari shikastlanishi bilan;*

- *qon tomirlar shikastlanishi bilan.*

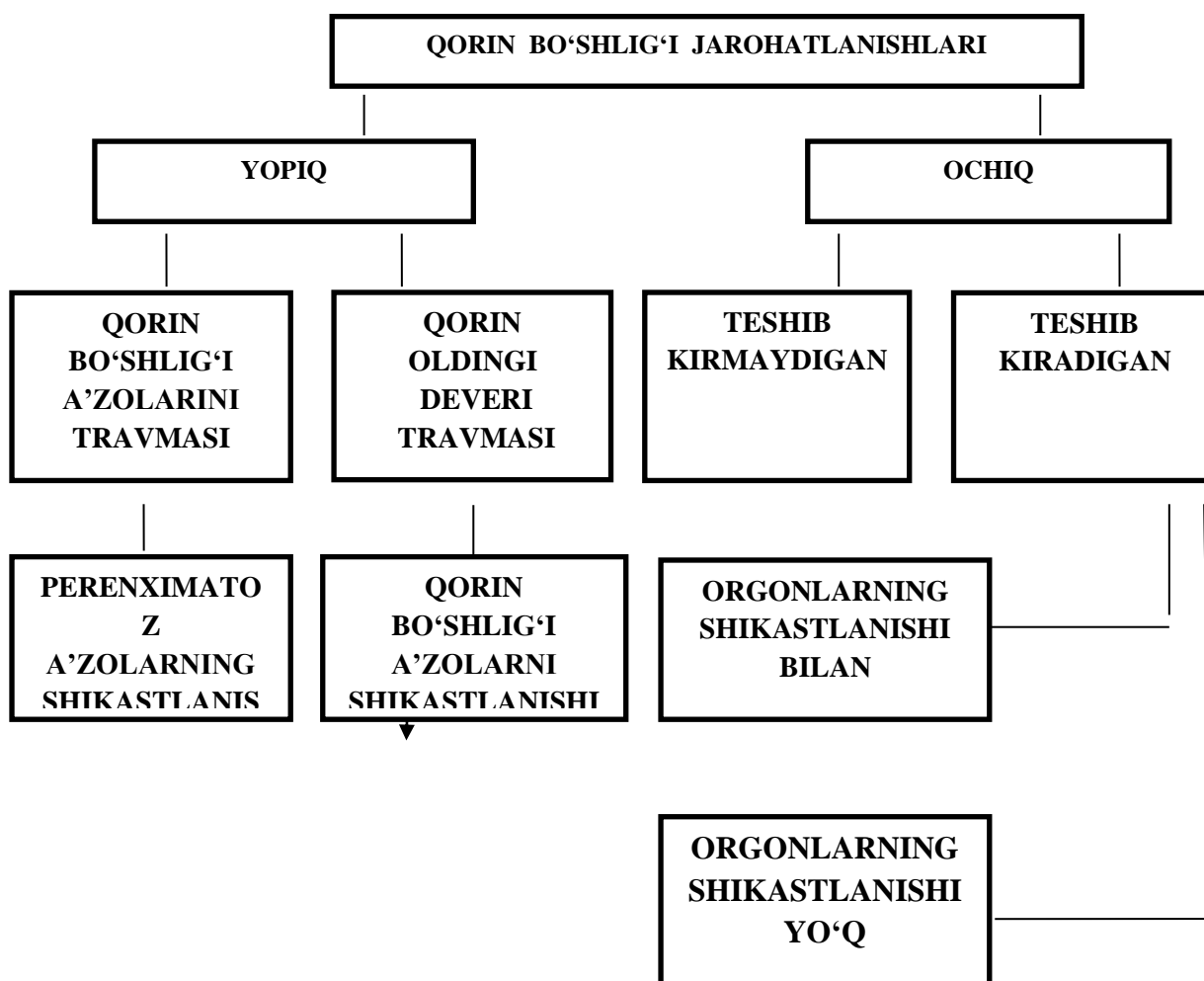
Kovak a'zolar shikastlanishlari o'rtasida lat eyish, yirtilishlar, butunlay uzilish, ezilishlar tafovut qilinadi.

Parenximatoz a'zolar shikastlanishlari kapsulasining yaxlitligi buzilmasdan (kapsula osti va markaziy gematomalar) va butunligini buzilishi bilan ham bo'lishi mumkin (yirtilishlar, uzilishlar, a'zoni bir

qismini uzilishi va ezilishi). Kapsula osti gematomalar a'zoni ikki bosqichli yorilishiga olib kelishi mumkin. Ayrim hollarda og'ir travmalar payti a'zoni oyoqchasidan va bog'lab turuvchi apparatidan uzilishi kuzatiladi. Tos suyaklari va umurtqa pog'onasini shikastlanishi natijasida qorin parda orti gematomasi vujudga keladi. 2.1.jadval.

QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING OCHIQ VA YOPIQ JAROATLANISHLARI TASNIFI

2.1-jadval.



2.3. Qorin bo'shlig'ining ochiq jarohatlari

Ochiq travmani absolyut belgisi jarohatning mavjudligidir. Ochiq shikastlanishlar sovuq, o'q otar qo'rollar va ikkilamchi snaryadlar bilan etkaziladi. Barcha qorin travmalarining 20 dan 45% gacha ulushi ochiq travmalarga to'g'ri keladi. Kelib chiqish mexanizmi, jarohat etkazuvchi

predmetni xarakteri va to‘qimalarning shikastlanishiga qarab jarohatlar lat eyish, suqilgan, kesilgan, chopilgan, tishlangan, archilgan, yirtilgan, o‘q otar qo‘roldan shikastlanish va ularning birga qo‘shilib kelishlariga bo‘linadi.

- lat egan jarohatlar - to‘mtiq predmetdan qattiq zarb eyish natijasida vujudga keladi.

- suqilgan jarohatlar – uch qismi o‘tkir bo‘lgan asbobni tanaga tiralgan payti teriga kirib, yumshoq to‘qimalarni ikki tomonga suradigan ta’siri natijasida sodir bo‘ladi. Teridagi o‘lchami kichik bo‘lsada jarohat kanalini anchagina chuqurligi bilan xarakterlanadi.

- kesilgan jarohatlar – tana yuzasida lezviyani ilgarilab harakatlanishi natijasida hosil bo‘ladi. Ular katta ko‘lamli, cho‘ziqli va chiziqli yo‘nalishda bo‘ladi. Jarohatning chetlari ko‘pincha tekis.

- chopilgan jarohatlar - o‘tkir tig‘li og‘ir qurol bilan va katta ta’sir yo‘li bilan hosil qilingan jarohat, kesilgan jarohatlardan farqli o‘laroq, asbobning harakati pichoqqa nisbatan perpendikulyar bo‘ladi. Jarohatni katta kuch bilan etkazilganligi sababli to‘qimalarni keng miqiyosda shikastlanishi bilan xarakterlanadi.

- tishlangan va archilgan jarohatlar – uy sharoitida, ko‘pincha modaga aylangan urishqoq zotli itlarni hamda katta mushuk vakillarini (pantera, yaguar, yo‘lbars, sherlar) boqish bilan bog‘liq holda uchraydi. Agarda jarohat qorin oldingi devorida joylashgan bo‘lsa qorin oldingi devorida anchagina katta defekt va ichki a’zolari o‘rnini qoplab bo‘lmaydigan shikastlanishi bilan kuzatilishi mumkin.

- yirtilgan jarohatlar – ko‘pincha ishlab chiqarish jarayonida olingan yoki YTH oqibatida vujudga keladigan travma. Bunaqa jarohatlar ko‘pchilik holatlarda juda travmatik va ifloslangan bo‘ladi.

- o‘q otar qo‘roldan shikastlanishlar orasida qo‘yidagilar tafovut qilinadi: sochma o‘qli, o‘q va snaryad parchasi orqali etkaziladigan jarohatlar. Ular teshib o‘tuvchi, bir tomoni yopiq va tegib o‘tgan bo‘lishi mumkin. A’zo va to‘qimalar shikastlanishini og‘irligi, ko‘p miqdorligi, keng ko‘lamligi bilan xarakterlanadi. O‘q tufayli olingan jarohatlarda shikastlanish o‘qning chiqish teshigi tomon hajmini ortib borishi bilan

ajralib turadi. Snaryad parchasini ta'siri natijasida eng katta shikastlanish kirish teshigi tomonda kuzatiladi.

Kirmaydigan va kiradigan jarohatlar:

Qorin bo'shlig'ining barcha jarohatlari qorin pardani shikastlanganligiga bog'liq holda qo'yidagilarga bo'linadi:

- *qorin bo'shlig'iga kirmaydigan;*

- *qorin bo'shlig'iga kiradigan.*

Kiradigan jarohatlar o'z navbatida qo'yidagilarga bo'linadi:

• qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanmagan jarohat;

• qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishi bilan jarohat:

- *kovak a'zolar shikastlanishi bilan;*

- *parenximatoz a'zolar shikastlanishi bilan.*

• qorin parda orti bo'shlig'i shikastlanishi bilan jarohat:

- *kovak a'zolar shikastlanishi bilan;*

- *parenximatoz a'zolar shikastlanishi bilan;*

- *qon tomirlar shikastlanishi bilan.*

Qorin bo'shlig'i a'zolarini *yakka va ko'plab* shikastlanishlari tafovut qilinadi. Agarda a'zoda bitta jarohat bo'lsa, shikastlanish monofokal deyiladi, agarda bir nechta bo'lsa, polifokal. Terminologik jihatdan polifokal shikastlanish ko'plab shikastlanish bilan bir xil ahamiyatli.

2.4. Jarohatlar diagnostikasi va davolash

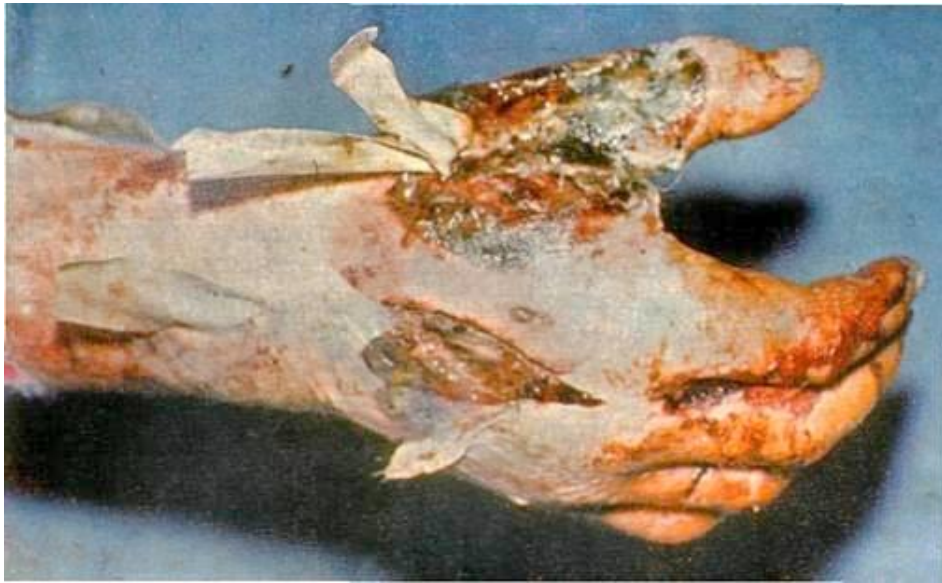
Jarohatlarni kechish jarayoni M.I.Kuzin buyicha:

I. Yallig'lanish bosqichi (1-5 kun). Bu bosqichning 2 ta davri bor:

a) qon-tomirlarda o'zgarishlar davri.

b) jarohatning nekrotik to'qimadan tozalanish davri.

Yallig'lanish fazasi bevosita shikastdan so'ng yuz berib, bir necha sutka davom etadi. Yallig'lanish alomatlari bilan o'tadi. Jarohat suyuqligining oqib chiqishi uchun sharoitlar (jarohatni kesish, drenajlash, gipertonik eritmalar qo'llash) vujudga keltirish zarur. (rasm.2.2).



Rasm.2.2. Yallig‘lanish bosqichi

II. Regeneratsiya fazasi. Shikastlanish olgandan 6-14 sutka davom etadi.

Jarohatning tozalanish, yallig‘lanishning kamayishi, yashab ketmaydigan to‘qimalar va fibrinlar lizisi, granulyatsiya hosil bo‘lishi ro‘y beradi. Granulyatsion tuqima hosil bo‘lishi uchun sharoitlar (antiseptik eritmalar, maz bog‘lamlar, bog‘lamni kam yangilash) yaratish zarur. (rasm.2.3)



Rasm. 2.3. Regeneratsiya fazasi.

III.Chandiq xosil bo‘lish va epitelizatsiya fazasi - jarohat nuqsonini berkitadigan epitelial to‘qima hosil bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Ayni vaqtda granulyatsion tuqimadan chandiqli to‘qima hosil bo‘ladi. Aktiv xarakatlar, issiq muolajalar, maz bog‘lamlar

qoʻllaniladi. Xar bir fazaning davom qilish muddati jarohat xarakteriga, davolash usullariga, organizmning umumiy xolatiga va infeksiya borligiga bogʻliq. (rasm.2.4)



Rasm.2.4. Chandiqlik xosil boʻlishi va epitelizatsiya fazasi

Jarohatlarni birlamchi bitishiga qarshilik qiladigan omillar:

Maxalliy faktorlar:

- ✓ Qirgʻoq nekrozi;
- ✓ Koʻkarish;
- ✓ Qirgʻoqlarni notekisligi;
- ✓ Yot jism va gematoma borligi;
- ✓ Jarohatni yiringlashi.

Umumiy faktorlar:

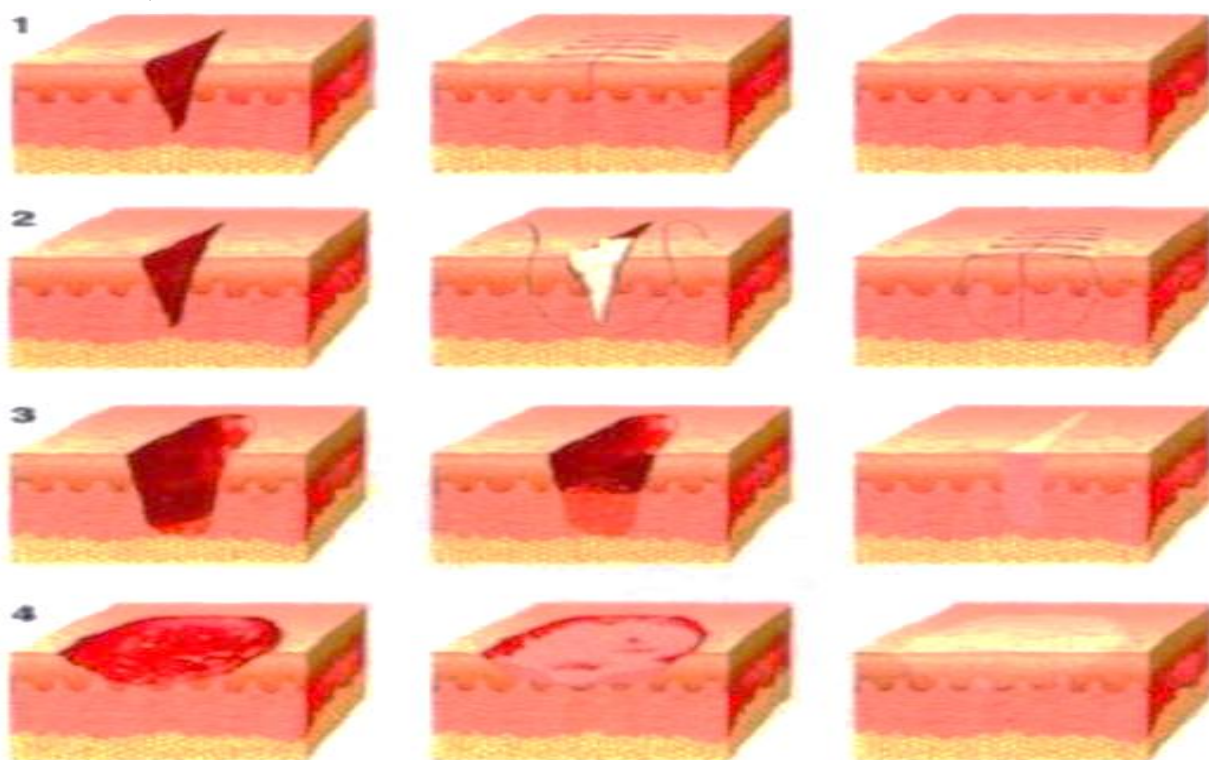
- ✓ Qoʻshimcha kasalliklar (anemiya, oʻsma) borligi;
- ✓ Moddalar almashtiruvining buzilishi (oqsil, uglevod, avitaminoz);
- ✓ Qari yoshdagi kishilarda;
- ✓ Gormonal disbalans;
- ✓ Umumiy yiringli infeksiya (sepsis);
- ✓ Jarohat joyini qon bilan kam taʼminlanishi;
- ✓ Immunitetni pasayishi (SPID bilan kasallangan).

Jarohat bitishining turlari.

Jarohatlarning uch xil klassik bitishi farqlanadi:

1. Birlamchi tortilib bitishi
2. Ikkilamchi tortilib bitishi
3. Jarohatning po'st ostidan bitishi.

Birlamchi tortilib bitish jarohat chekkalari bir-biriga tegib (choklar, bosib turadigan bog'lam), jarohatda infeksiya rivojlanmaganda va yashashga layoqatsiz to'qimalar juda kam bo'lganda ro'y beradi. Jarohat taxminan 6 sutkalarda bitib, ingichka chiziqli chandiqli qoladi. (rasm.2.5)



Rasm.2.5. Jarohatlarning bitish turlari:

1-2. Birlamchi bitish; 3. Ikkilamchi bitish; 4. Jarohatning po'st ostidan bitish.

Jarohatning birlamchi bitishi quydagilarga bog'liq:

- Infeksiyaning yo'qligi;
- Jarohat qirg'og'ining tekis va yumshoqligi;
- Jarohatda yot jism, gematomaning yo'qligi;
- Nekrozga uchragan to'qimalarning yo'qligi;
- Bemor organizmining immun tizimi qoniqarliligi.

Jarohatlarni ikkilamchi bitishi sharoitlari:

- ✓ Jarohat chetlarini ko'karishi;

- ✓ Jarohat chetlarini notekisligi;
- ✓ Jarohatga infeksiya tushishi;
- ✓ Jarohatda yot jism va gematoma bo'lishi.

Ikkilamchi tortilib bitish jarohat ochiq, unda yiringlanish bo'lganda ro'y beradi. Jarohatning yashab ketmaydigan to'qimalardan tozalanishi, yallig'lanishning yo'qolishi, granulyatsiyalar paydo bo'lishi, chandiqli to'qima xosil bo'lishi va epitelizatsiya qayd kilinadi.

Ikkilamchi tortilib bitish-uzoq davom etadigan protsessdir (bir necha haftaga cho'ziladi). Bunda dag'al chandiqli qoladi. U burushganda bo'g'im kontrakturasi yuz berishi (jarohat bo'g'im soxasida joylashganda) va gavdaning shu soxasi deformatsiyaga uchrashi mumkin.

Jarohatning po'st ostidan bitishi. Teri yuzaki shikastlanganda jarohat soxasiga chiqqan qon va limfa tuq jigar rang po'st (strup) xosil qiladi. Po'st ostida bitish protsessi jarohat regeneratsiyasining umumiy prinsipi buyicha birmuncha tezroq boradi, chunki po'st jarohatni infeksiyadan va shikastdan saqlaydigan biologik bog'lam vazifasini bajaradi.

Jarohatlarning klinik belgilari.

Maxalliy:

- Jarohat qirg'oqlarini xolati (tekis, notekis, ko'kargan, qizargan);
- Jarohatdan qon ketish (turiga qarab);
- Jarohatdagi og'riq (turiga bog'liq, joylashish joyiga ko'ra)

Jarohatlarni umumiy belgilari:

Jarohatni og'irligiga bog'lik (engil, o'rta, og'ir):

- Jarohat intoksikatsiyasi (jarohatga tushgan moddaga qarab);
- Og'riq shoki (og'ir jarohlarda o'tkir tomir etishmovchiligi kelib chiqadi, o'lim xolatigacha olib keladi);
- O'tkir qon ketish (o'rta va og'ir jarohatlar gemorragik shokka olib keladi);
- Xayotiy organlarning zararlanishi (o'pka, yurak, jigar, taloq).

Jarohatlanganda birinchi yordam:

Jarohatlanganda birinchi yordam ko'rsatish negizini qon oqishini vaqtincha to'xtatish (bog'lam, jugut) va infeksiya tushishining oldini olish (bog'lam qo'yish oldidan jarohat chekkalariga yod eritmasi surtish) prinsipi tashkil etadi. Jarohatga bog'lam qo'yishda individual bog'lov paketidan foydalanish tavsiya qilinadi. Vaqtincha qon to'xtatish va transport immobilizatsiyasi tegishli bo'limlarida bayon etilgan qoidalar asosida bajariladi. Bemorni davolash muassasasiga etkazish zarur.

Vrach kelguncha beriladigan yordamni meditsina xamshirasi yoki feldsher kursatadi. Xodisa yuz bergan joyda birinchi yordam to'g'ri berilgan bo'lsa, uni takrorlash tavsiya etilmaydi va bemorni ixtisoslashgan davolash muassasasiga olib boriladi. Bordi-yu, birinchi yordam berilmagan yoki noto'g'ri bajarilgan bo'lsa, jarohat zonasini kengroq ochish, jarohat chekkasidagi junlarni qirish va shu erga yod surtish, ko'rinib turgan yot jismlarni olib tashlash, jugutni qayta bog'lash va aseptik bog'lam qo'yish zarur. So'ngra bemorga qoqsholga qarshi zardob yuborish, uni ixtisoslashgan davolash muassasasiga jo'natish kerak.

Jarohatlarni davolash.

Jarohat yuzasini tozalash va birlamchi chok solish. Manipulyatsiyalarning bu turlarini kichikroq yuza jarohatlari (lat eyish, teri ekskoriatsiyasi) bo'lgan bemorlarda yoki chekkalari tekis, ifloslanmagan va chuqur joylashgan jarohatlarda bajariladi.

Jarohat atrofidagi junlar qiriladi, terisi spirt bilan artiladi va yod eritmasi surtiladi. Bemorda faqat teri ekskoriatsiyasi bo'lsa, aseptik bog'lam qo'yiladi. Bunday xollarda bakteriatsid ta'sirga ega bulgan BF-6 elimi ishlatiladi va bog'lam qo'yilmasa xam bo'ladi.

Jarohatni birlamchi xirurgik tozalash. Jarohatni birlamchi xirurgik tozalash ososida jarohat chekkalari, devorlari va tubini sog'lom to'qimalargacha kesish xisobiga uni aseptik jarohatga aylantirish prinsipi yotadi.

Shikastlangan soxa va uning og'ir – engilligiga qarab birlamchi xirurgik tozalash maxalliy yoki umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Ichki tomondan ketgut chok solish va terini ipak bilan

choklash yordamida jarohat chekkalarini bir-biriga yaqinlashtiriladi. Jarohat chekkalariga antibiotiklar qo'yiladi. Jarohatni birlamchi xirurgik davolashni jarohatlangandan so'ng dastlabki soatlarda bajarish kerak. Chuqur kamgaklar va infeksiya rivojlanish xavfi bo'lgan jarohatlar drenajlanadi, yordamchi choklar solinadi va umuman choklanmaydi, jarohatni esa aseptik bog'lam bilan berkitiladi. Yallig'lanish xodisalari bo'lmaganda 3-5 sutka o'tgach chok solinadi. Jarohat yiringlagan xollarda yallig'lanish xodisalari tugagandan keyingina uni tikib qo'yish mumkin. Bu vaqtga kelib jarohatda granulyatsiyalar paydo buladi. Ular kesiladi va chok tikiladi (ikkilamchi tikilgan chok).

Yuz, til, qo'l panjasi jarohatlanganda, ya'ni kon ta'minoti yaxshi soxalarda jarohat chekkalari minimal darajada kesilib, choklar solinadi va zarurat bo'lganda, immobilizatsiya qilinadi. Jarohatni birlamchi xirurgik tozalashdan so'ng u normal bitayotganda choklar 7-8 sutkada sug'irib olinadi.

Jarohatga BXI berishning asosiy turlari:

- *Ertax BXI berish* –jarohat olgandan so'ng 24 soat ichida.

- *Kechiktirilgan BXI berish*-24-48 soatdan so'ng.

Kechki BXI berish- jarohatlanishdan 48 soatdan so'ng beriladi.

Jarohatga BXI o'tkazilmaydigan xolatlar:

- Yuzaki tiralgan, shilingan jarohatlar;

- Chegarasi 1 sm dan oshmaydigan yuzaki jarohatlar;

- To'qimalar chuqur zararlanmagan ko'plab kichik jarohatlar (masalan urilgan jarohat);

- Ichki organlar, nerv va qon-tomirlarni zararlamagan sanchilgan jarohatlar;

- Yumshoq to'qimalarga yuzaki tegib o'tgan o'q otar quoldan etkazilgan jarohatlar.

Jarohatlarga qo'yiladigan chok turlari.

Jarohatda granulyatsion to'qima rivojlanguncha qo'yiladigan chok – birlamchi chok deyiladi. Bunday jarohatlar birlamchi bitadi.

Birlamchi chok turlari:

- Birlamchi erta chok-birlamchi xirurgik ishlov berilgandan so'ng qo'yiladigan chok;

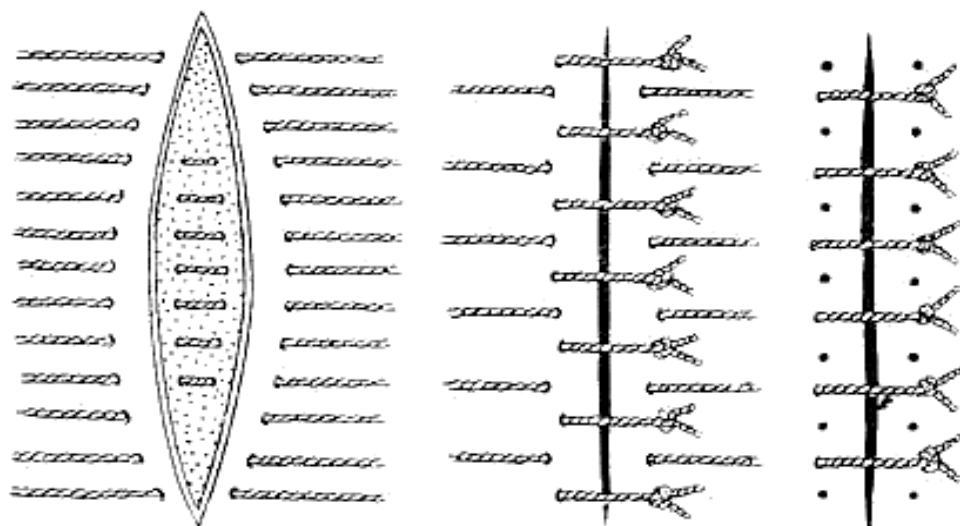
- Birlamchi kechiktirilgan chok – yiringli yallig‘lanish bo‘lmasa BXI dan 1-5 sutka o‘tgach qo‘yiladi.

– Pravizor (yaqinlashtiruvchi) – jarohat defekti katta bo‘lsa jarohat qirg‘oqlarini yaqinlashtirish uchun qo‘yiladi.

Agar granulyatsiya qoplagan jarohatda yiringlash xavfi bo‘lmasa ikkilamchi chok qo‘yiladi:

- Ikkilamchi erta chok – granulyatsiya qoplagan jarohatga 6-21 sutkalarda;

- Ikkilamchi kechki chok – chandiqli to‘qima kesib olinib, jarohat qirg‘oqlari tekislanib qo‘yiladigan choklar (21 sutkadan so‘ng).(rasm.2.6).



Rasm. 2.6. Yaqinlashtiruvchi choklar.

2.4. Yiringli jarohatlar

Jarohatning mikrobdan ifloslanishi. Xar qanday tasodifiy jarohatlanishda jarohatga mikroblar tushib ifloslanadi. Mikroblari flora jarohatga jarohatlovchi qurol, kiyim parchalari, teri chekkalaridan tushadi. Jarohatda infeksiya rivojlanishi uchun mikrofloraning emirib, qon aylanishi va innervatsiya buzilgan bo‘lishi, organizmning ximoya kuchlari pasayishi talab etiladi. Infeksiya rivojlanishi uchun sharoitlar noqulay bo‘lganda mikroflora nobut bo‘lishi mumkin.

Jarohatning yiringlashi. Jarohatdagi yiringli jarayon muayyan klinik manzara: jarohat chekkalarining qizarishi, ularning shishuvi, kattiqlashishi, maxaliy va umumiy temperaturaning ko‘tarilishi,

lo'qqillovchi og'riq, gavdaning shu qismi funksiyasi buzilishi bilan xarakterlanadi. Jarohatdagi yallig'lanish eksudati yiringli xarakterga ega bo'ladi (ko'p miqdordagi leykotsitlarning chiqishi xisobiga). Berk jarohatda yiringli modda to'qimalararo bo'shliqlar bo'yicha tarqalib, katta yiringli kamgaklar xosil qiladi.

Jarohatga infeksiya tushishi kritik darajasi ko'rsatkichi 1g to'qimada 10^5 donaga teng. Yiringlagan jarohatlarni davolash yiringini okib chiqishi uchun qulay sharoit yaratish va antibakterial terapiyadan iborat.

Yiringli jarohatlar klinikasi.

Jarohat soxasida organizmning maxalliy reaksiyasi:

- a) shish (tumor);
- b) qizarish (rubor);
- v) og'riq (dolor);
- g) maxalliy tana xarorati oshishi (color);
- d) funksiyaning buzilishi (functio laesa);
- e) ba'zan jarohatdan yiringli suyuqlik ajralishi.

Yiringli jarohatlar asoratlari.

- 1. Ikkilamchi qon ketish.
- 2. Yuqori isitma.
- 3. Sepsis.
- 4. Gipertrofik va keloid chandiqlar.

2.5. Yiringli jarohatlarni davolash.

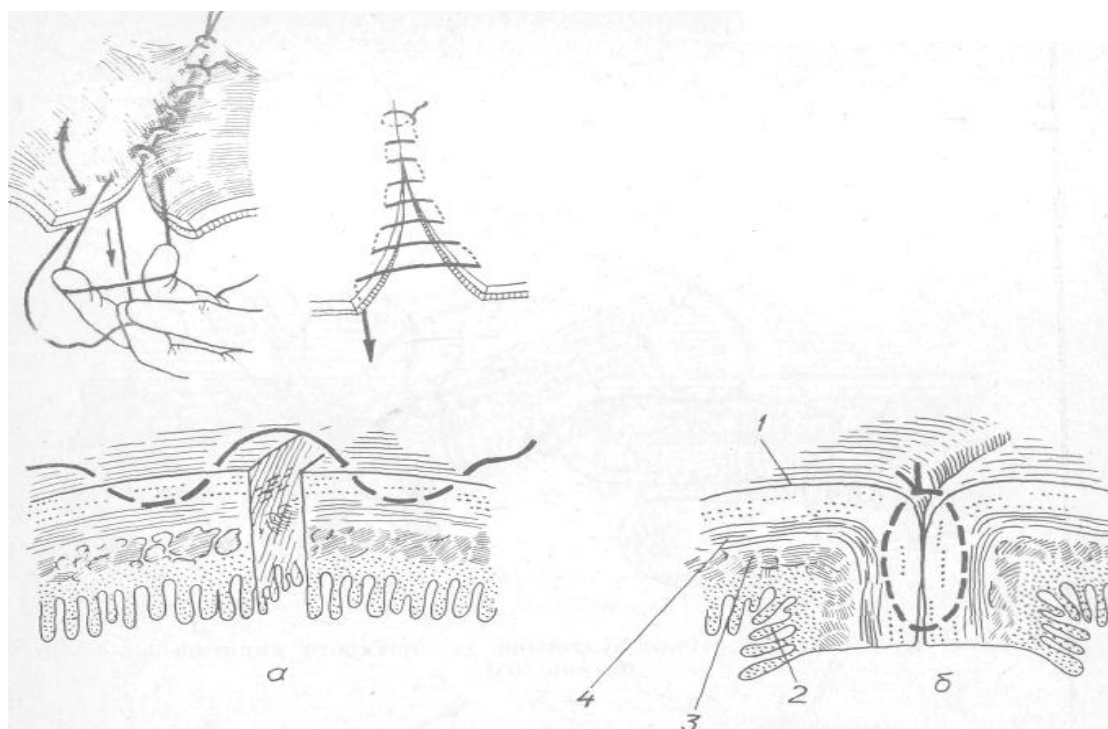
Mahalliy davolashdan tashqari hozirgi paytda infeksiyani yo'qotish va organizmning himoya kuchlarini oshirish uchun umumiy davolash usullari ko'llaniladi.

1. Jarohatda tabiiy jarayonni hisobga olgan holda davolash vaqtini qisqartirish hamda yaxshi funksional natija olishga qaratilgan bo'ladi.

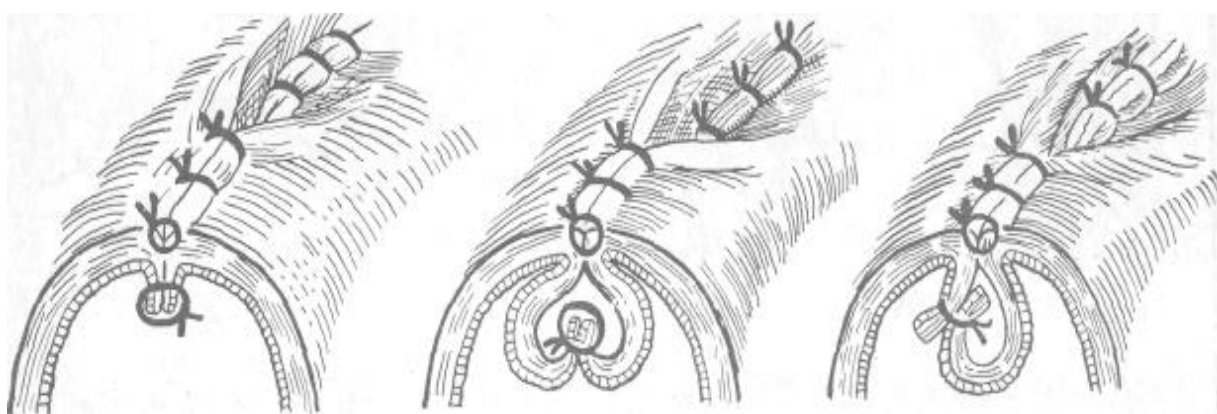
Jarohatdagi jarayonni klinik tekshirishdan tashqari, jarohat suyuqligini bakteriologik nazorat qilish, antibiotikogramma mikroblifiloslanishlar miqdorini aniqlash kerak. infeksiya 1 g jarohat to'kimasida 10^5 - 10^6 (undan ham ko'proq) mikrob tanalari bo'lganda rivoj topadi.

2. Ultratovush, vakuum va suyuqlik bilan pulsatsiya usuli ikkilamchi xirurgik ishlashda yaxshi natija beradi.

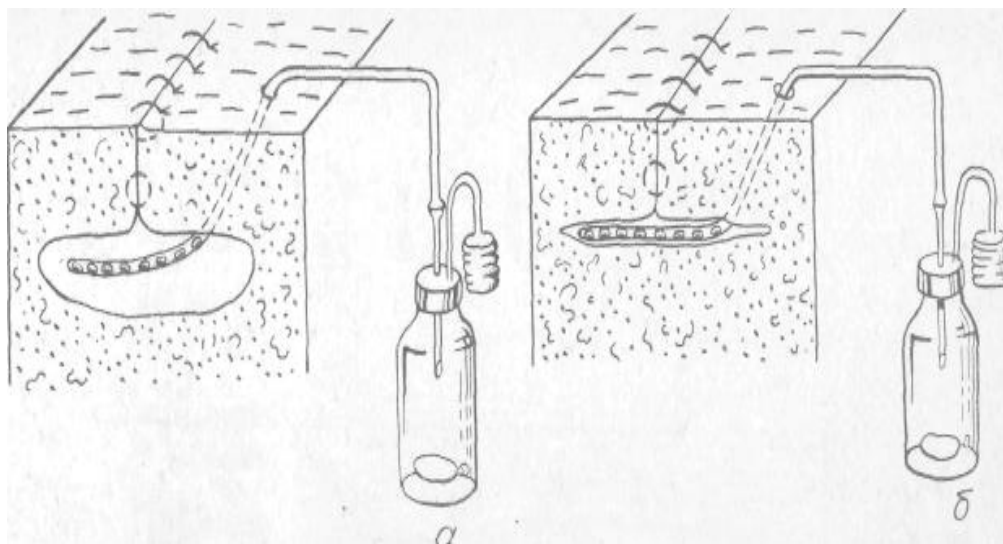
3. Yiringli jarohatni aktiv drenajlash. Jarohatda manfiy bosim hosil qilib antibakterial moddalar bilan yiring tortib olinadi. Jarohatda mikroblar soni 1 mkl da 10 gacha kamayganda, bemor ahvoli yaxshilanishi va jarohat suyuqligi tozalanishi bilan drenajlash to'xtatiladi. Drenaj operatsiyadan keyin 8—14 kunda klinik, bakteriologik tekshirishlardan so'ng olinadi (rasm.2.8).



Rasm.2.8. Me'da-ichak yo'liga qo'yiladigan choklar, teshuvchi va seroz.



Rasm.2.9. Seroz choklarning uch xil usuli.



**Rasm. 2.10. Redon usulidagi vakuum drenaj.
Flakonda (a) vakuum hosil bo‘lgan (b).**

4. Yiringli jarohatga chok qo‘yish quyidagilarga bo‘linadi:
kechiktirilgan birlamchi (xirurgik ishlashdan keyin 2—4 sutkada bajariladi):

erta ikkilamchi (xirurgik ishlashdan 2 hafta o‘tgach granulyatsiyali jarohatga qo‘yiladi):

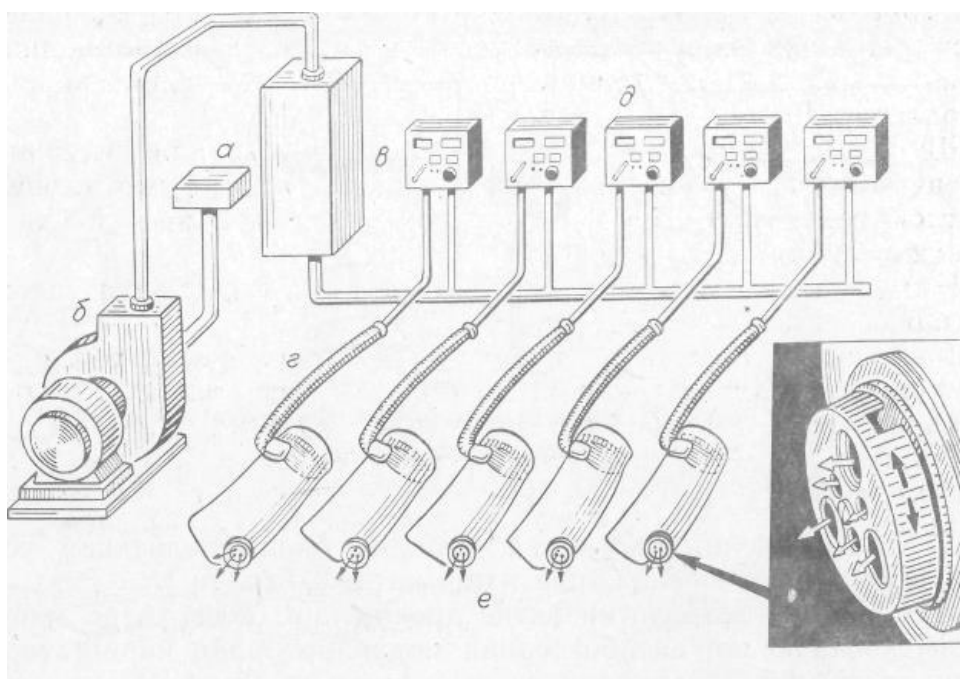
kechki ikkilamchi (3—4 hafta va undan ham kechroq).

5. Jarohat infeksiyasining ximioterapiyasi. Unga asosan antibiotiklar kiradi. Ular mikroblarga sezgirligi bo‘yicha ko‘llanishi kerak. Yarim sintetik penitsillin (ampitsillin, pentreksil, oksatsillin) va sefalosporin (sefaloridin, kefzol, sefaleksin) aminoglikozidlar bilan (gentamitsin, kanamitsin, amikatsin) birga qo‘llanganda yaxshi natija beradi.

Antibiotiklardan tashqari, sintetik antimikrob preparatlar (dioksidin, metronidazol, furagin) va sulfanilamidlar ko‘llaniladi. Ular aorta tomiriga yoki endolimfatik yuborilishi ham mumkin.

Jarohatning birinchi fazasida mahalliy davolashda proteolitik ta’siri bo‘lgan moddalar (ximiotripsin, terrilitin, fibrinolizin, lidaza, iruksol), detergentlar (10% detergent — novokainli suyuqlik, «Ayna» kir yuvish kukuni yoki 3 % vodorod peroksid kuyib), 50—70% dimeksid, 0,1 — 1 % dioksidlar eritmasi, 0,1 % furagin eritmasi, 0,02 % xlorgeksidin suyuqligi).

Jarohatning ikkinchi fazasida granulyatsion to‘qimani zararlantirmaslik uchun antiseptik moddalarni moy asosida ishlatiladi, ko‘pincha Vishnevskiy va Shostakovskiy malhami, oblepixa va na‘matak moylari qo‘llaniladi.



Rasm. 2.11. Redon usulidagi vakuum drenaj.
Flakonda (a) vakuum xosil bo‘lgan (b).

6. Degidratatsiya fazasida granulyatsion devor hosil bo‘lgach, lazer qo‘llanilib, u bilan nekrektomiya qilinadi.

7. Yiringli jarohatlar giperbarik oksigenatsiya (GBO) yoki oksigenoterapiya qilinadi. 150, 60-90 min davomida 1,5-3 atm da 5-YU seansgacha, har kuni bajariladi, u gaz almashinuvini, granulyatsiyani kuchaytiradi.

8. Yiringli jarohatlarni va ifloslangan ochiq sinishlarni bog‘lamsiz mahalliy va umumiy chegaralash bilan abakterial muhitni vujudga keltirib davolash yaxshi natija berdi. (ATU - 3, ATU - 5, klinatron). Izolatorida 20-40° isitilgan, soatiga 40-60 marta doimiy tozalanib turuvchi 5-50 simob ustuni bosimida havo zararlangan sohaga ta’sir qilib davolaydi (rasm).

Granulyatsiya qiluvchi jarohat yiringdan va fibrin kavatidan tozalangach, izolatorga bir necha kunga qo‘yiladi.

9. Jarohat infeksiyasining immunoterapiyasi.

Xirurgik infeksiyaning immunoterapiyasi organizmning ma'lum immunologik o'zgarishlarini hisobga olgan holda bajariladi. Masalan, sepsisda antitelolar tanqisligi (immunoglobulinlar) ro'yobga kelsa, umumiy yoki T - V limfotsit subpopulyatsiyasi faollashadi.

Bemor organizmining himoya kuchlari kamayganda gomeostazni korreksiya qilish uchun oqsil almashinuvini normallashtirish maqsadida yuqori kaloriyalı ovqatlar beriladi, oqsil preparatlari, anabolik gormonlar (retabolil 1 ml har haftada) yuboriladi. Oqsil almashinuvini va fagotsitozni yaxshilash uchun pirimidin va purin unumlari, bakterial asosga ega bo'lgan polisaxaridlar (prodigiozan) - mushak ichiga yuboriladi.

Shuningdek giperimmun plazma (antistafilokokkli, ko'k yiringlatuvchi tayoqchaga qarshi) 4-8 ml/kg (250-300 ml), gammaglobulin (antistafilokokkli) 5 ml mushak ichiga 4-6 marta har kuni yoki kun ora yuboriladi.

Immunitetning hujayra mexanizmini kuchaytirish uchun granulotsitlar va limfotsitlar eritmasi yuboriladi.

T-limfotsitlar sistemasini kuchaytiruvchi preparatlarga immunomodulyatorlar -levamizol (dekaris) va timusning aktiv preparatlari kiradi (ATF6, Taktivin, timalin, timozin).

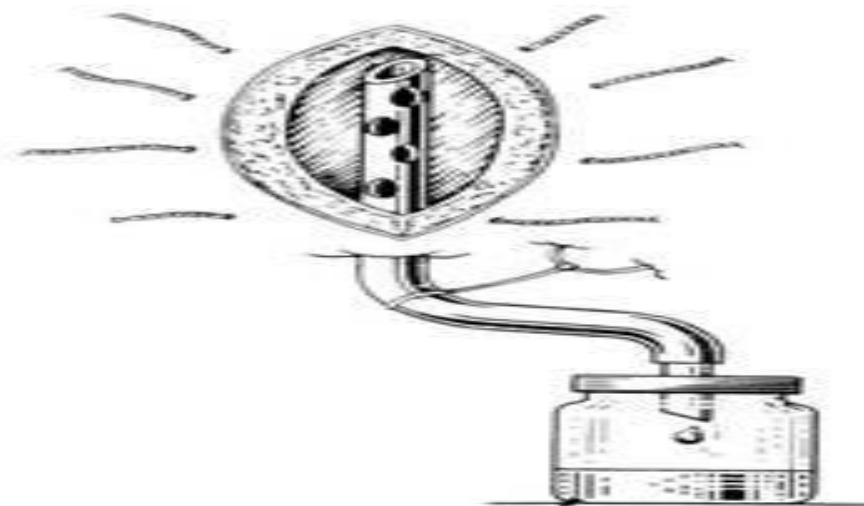
Timalin va Taktivin mushak ichiga 20-10 mg dan 5-10 kun, timozin-10 mg 3 hafta davomida yuboriladi. Levamizolni sutkasiga 3 kun davomida 3-4 kurs bilan bemor ahvoriga qarab yuboriladi.

Keyingi yillarda immunoterapiya tezlashtirilgan diurez, gemabsorbsiya, plazmaferez davolash usullari bilan olib boriladi.

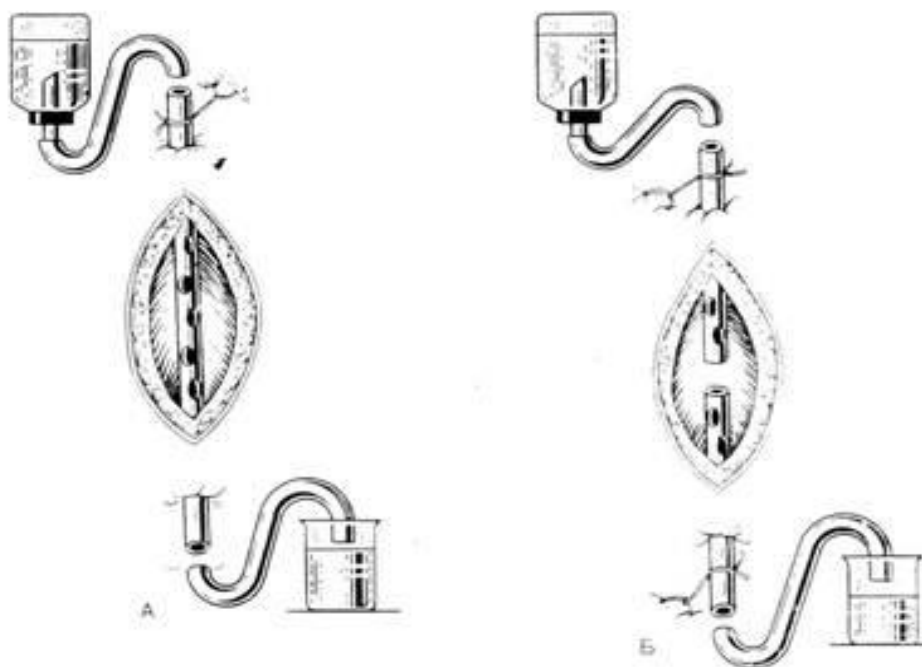
Xirurgik davosi radikal xirurgik ishlov berishdan iborat: Yiringli bo'shliqlar va o'choqlarni ochish;

- Yot jismlarni olish, sog'lom to'qimagacha radikal nekrektomiya bajarish;

- Jarohatni adekvat drenajlash



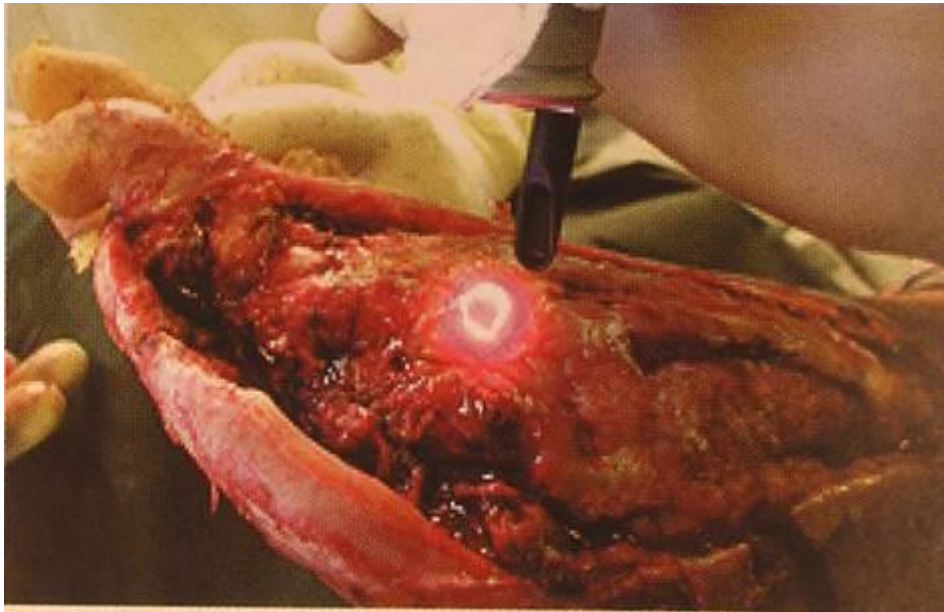
Rasm.2.12. Jarohatni PXV nay yordamida passiv drenajlash.



Rasm.2.13. Jarohatni yuvuvchi drenaj yordamida tozalash.

Jarohatga xirurgik ishlov berishning takomillashgan usullari:

- Vakuumli ishlov berish;
- Ultratovushli kavitatsiya;
- Lazeroterapiya;
- Krioterapiya.



Rasm.2.14. Jarohatga neon-geliyli lazer yordamida ishlov berish.



Rasm.2.15. Jarohatga ultra-tovushli kavitatsiya bilan ishlov berish.

Yiringli jarohatlarni maxalliy davolash

1. Yallig‘lanish fazasida Jarohat suyuqligining oqib chiqishi uchun sharoitlar (jarohatni kesish, drenajlash, gipertonik eritmalar qo‘llash, levosin, levomekol, dioksidin mazi, proteolitik fermentlar, sorbentlar) vujudga keltirish zarur. (rasm.2.15).

2. Regeneratsiya fazasida granulyatsion tuqima xosil bo‘lishi uchun sharoitlar (antiseptik eritmalar, mazli boglamlar, bog‘lamni kam

yangilash, sintomitsin, tetrasiklin metiluratsil mazlari, salkoseril, aktovegin, pantestin, streptonitol) yaratish zarur.

3. Epitelizatsiya fazasida aktiv xarakatlar, issik muolajalar, mazli bog‘lamlar va fizioterapiya usullari (UVCh, UFO, elektro-fonoforez va boshqalar) qo‘llaniladi. (rasm 2.12-2.13)



Rasm. 2.16. Abakterial muxitni yaratadigan uskuna (ATU – 5).



Rasm.2.17. ATU-5 apparati yordamida oyoqni izolyatsiya qilish.

III. Umumiy davolash:

1. Yiringlash jarayonini yuzaga keltiruvchi qo‘zg‘atuvchilar kulturasini aniqlab, ularni antibiotiklarga sezgirligini baxolash va adekvat antibiotikterapiyani o‘tkazish.

2. Dezintoksikatsion terapiya:

- Tuzli eritmalarini quyish;
- Forsirlangan diurez;
- Ekstrakorporal detoksikatsiya usullarini qo‘llash.

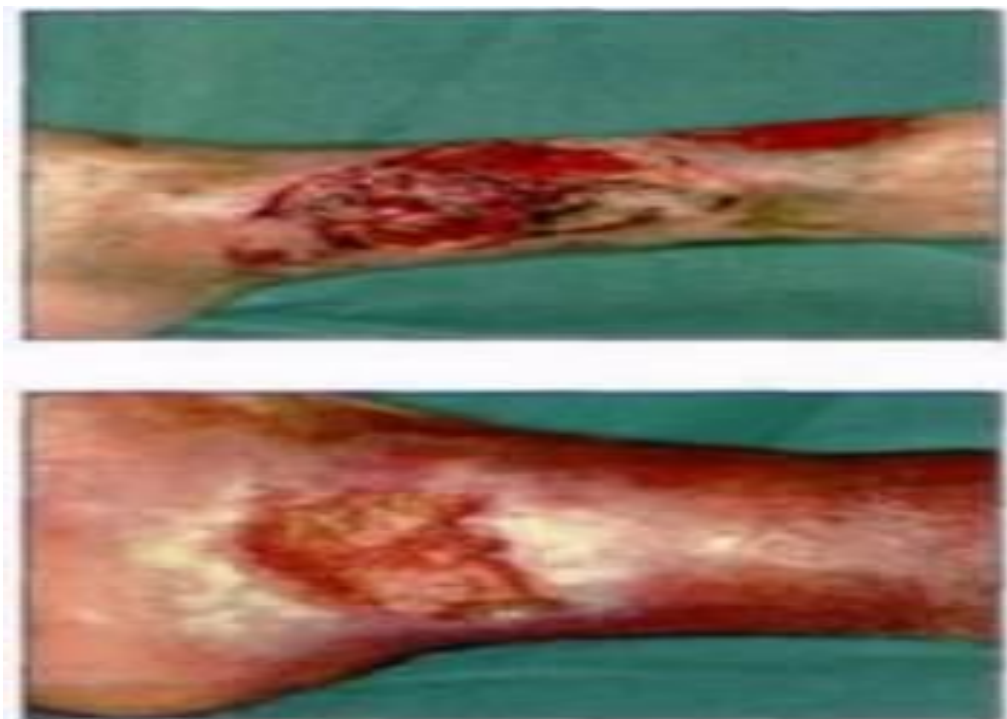
3. Immunokoreksion terapiya - spesifik va nospesifik

4. Yallig‘lanishga qarshi terapiya.

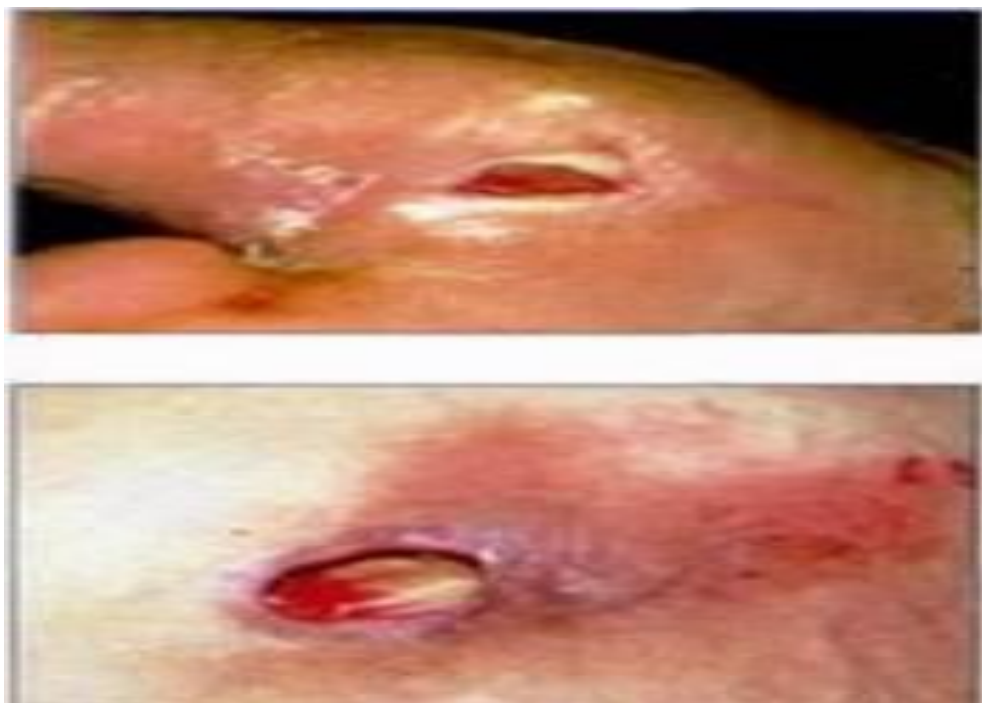
6. Simptomatik terapiya. (rasm 2.16-2.17)

Surunkali jarohatlar xaqida umumiy tushunchalar.

So‘nggi vaqtlarda jarohatlar tasnifida “surunkali jarohatlar” termini tushunchasi paydo buldi. Surunkali jarohat- adekvat davolashga qaramasdan 8 xafta davomida ikkilamchi bitadigan jarohatlardir. O‘tkir jarohatlarni birlamchi xirurgik ishlov berish o‘tkazilmasa surunkali jarohatlarga o‘tib ketishi mumkin. (rasm.2.18)



Rasm.2.18. Surunkal jarohatlar. Atero-venoz yetishmovchilik natijasida yuzaga kelgan jarohatlar



Rasm.2.19. Surunkali jarohatlar

Surunkali jarohatlarni kechish simptomatikasi xar xil. Ularni davolashda quydagilarga e'tibor berish lozim:

- Iloji boricha jarohat soxasida qon aylanishi va mikrosirkulyatsiyani yaxshilash;

- Surunkali jarohatning o'tkir davrida xirurgik yo'l bilan jarohat sanatsiyasi, keyinchalik jarohat kechish jarayoni bosqichiga qarab patogenetik davolash zarur. (rasm.2.19).

III BOB



3.1. Terining gistalogiyasi anatomiyas fiziologiyasi

Odam terisi butun gavnani berkitib turuvchi qoplam bo‘lib qolmay, balki barcha ichki a‘zolar bilan cham barchas boglanib, qator muxim vazifalarni bajaradi. Odam sogligi, yurak, qon tomnrlar, endokrin nerv sistemalari funksiyalari bilan bir qatorda, terining funksiyasi, xususiyatiga xam boglik. Terining barcha xususiyatlarinn o‘rganish uchun dermatologiya soxasidagi mutaxassis teri anatomiyasi, gistologiyasi va fiziologiyasini albatta bilishi zarur.

Teri gistalogiyasi. Katta yoshdagi odam terisining umumiy satxi 1,5—2 m², qalinligi tananing turli joyida turlicha bo‘lib, 0,5 mm dan 2 mm gacha, kaft va tovonda 4 mm gacha etadi. Odam terisi butun badanni qoplab, ogiz, burun, siydik chiqarish kanali, anus soxasida shillik pardalarga aylanadi. Ogirligi gavda ogirliginiig 16 - 18% ini, teri osti yog qavatisiz esa 5% ni tashkil qiladi. Terining 70 % suv, 30% oqsillar (kollagen, elastin, retikulin), uglevodlar (glyukoza, glikogen,

mukopolisaxaridlar), lipidlar, mineral tuzlar (natriy, magniy, kalsiy) va fermentlardan iborat.

Teri o‘ziga xos rang va tusga ega bo‘lib, u donador va muguz qavatlarning qalinligiga, tomirlarning yuza joylashishiga, shu bilan birga melanin pigmentining ko‘p-ozligiga qarab belgilanadi. Terining rangi tashqi va ichki omillar ta‘sirida o‘zgarib turishi mumkin, Teri yuzasi odatda notekis, unda son-sanoqsiz egatcha, burma va chuqurchalar bo‘lib, ular bir-biri bilan kesishgan joylarda uchburchaklar, rombiklar shaklini xosil qiladi. Panjalarning dorsal yuzalarida bular ayniqsa yaqqol ko‘rinib turadi. Barmoqlarning kaft yuzalarida teri patchalari konsentrik aylana shaklida joylashgan. Bu shakllar xar bir shaxsda o‘znga xos naqshlarni xosil qiladi. Shaxsni aniqlashda (daktiloskopiya) odatda shu naqshlarning izidan foydalaniladi.

Odam terisi 3 qoplamdan iborat.

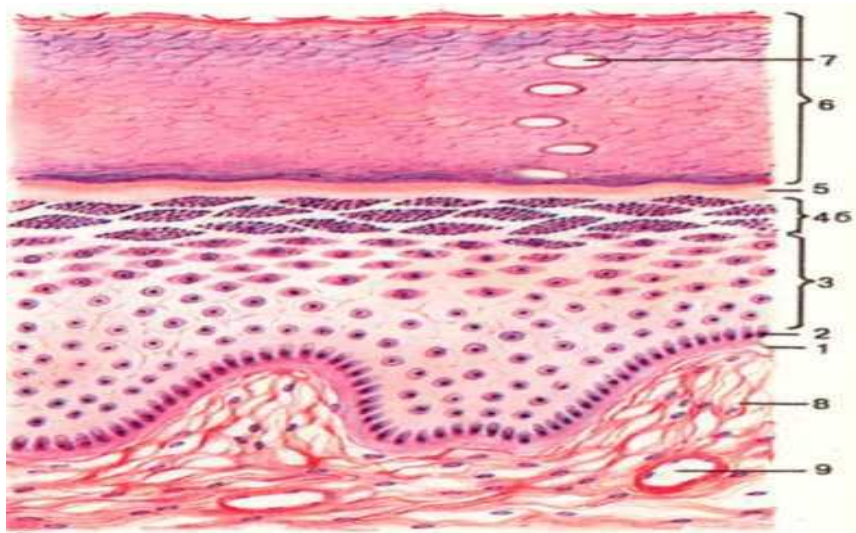
I. Tashqi qavat - epidermis (epitelial qavat).

II. O‘rta qavat - derma (xususiy yoki asl teri qavati).

III. Quyi qavat - gipoderma (teri osti yog‘ qavati).

I. Epidermis - teri qoplaminig tashqi qavati hisoblanib, ko‘p qavatli muguzlanuvchi (shoxlanuvchi) epiteliylardan tashkil topgan va dermadan bazal membrana orqali chegaralanib turadi. Bazal membrana ildizsimon o‘simtalardan tashkil topgan bo‘lib, epidermis va hamda derma qavatini maxkam bog‘lab turadi. Epidermisning qalinligi teri qoplamasining har xil joylarida turlicha bo‘ladi, ya‘ni kaft yoki tovonda epidermis qalin (fiziologik giperkeratoz) bo‘lsa, qovoqda, yuzda, jinsiy a‘zolarida yupqa bo‘ladi. Epidermis besh qavatdan iborat (rasm.3.1).

1. Bazal qavat (stratum basale)
2. Tikansimon qavat (stratum spinosum)
3. Donador qavat (stratum granulosum)
4. Yaltiroq qavat (stratum lucidum)
5. Muguz qavat (stratum corneum).



Rasm.3.1. Ko‘p qavatli yassi muguzlanuvchi epiteliy.

1. Bazal membrana; 2. Bazal qavat; 3. Tikanaksimon qavat; 4. Donador qavat; 5. Yaltiroq qavat; 6. Muguz qavat 7. Havo pufakchalari; 8. Biriktiruvchi to‘qima; 9. Qon tomir.

Bazal qavat (stratum basale) pastdan derma bilan nozik argirofil tolalarga boy bazal membrana orqali chegaralanib turadi va bir qator bo‘ychan, yirik silindrsimon hujayralardan (keratinotsitlar) tashkil topgan. Epidermis hujayralari (keratinotsitlar) asosan bazal qavatda ikkiga bevosita bo‘linish (mitoz) yo‘li bilan ko‘payadi. Natijada bitta hujayradan ikkita yangi hujayra paydo bo‘ladi. Keyinchalik yangi paydo bo‘lgan hujayralar muguz qavat tomon siljib borib, yuqori joylashgan qavatlarda biokimyo (differentsiallanish va muguzlanish) jarayonlariga uchrab, eski hujayralar o‘rnini egalab, yangilanib boradi. Shu tufayli epidermisdagi hujayralar har bir qavatda differentsiallash va muguzlanish jarayonlariga duchor bo‘lib, muguz qavatning yuzasida o‘z faoliyatini tugatadilar va fiziologik ravishda organizmni tark etadilar. Keratinotsitlar tarkibida xromatinga boy tuxumsimon yadro va bazofil xususiyatga ega bo‘lgan sitoplazma bor. Keratinotsitlar hujayralar immunitetini sekretsiya mediatorlari (limfokinlar) interleykinlar ishlab chiqishiga va V- limfotsitlarni aktivlash va antigen - antitelo reaksiyasiga olib kelish xususiyatiga ega. Bazal qavatning hujayralari yonida oq o‘simtali epidermotsitlar (Langergans hujayralari) mavjud. Bu hujayralar yuzasida HLA-Dr malekulalar bor va ular boshlang‘ich

immun himoya vazifasini bajaradi. Allergen organizmga tushganda (Langergans hujayralari) T- hujayralarni antispetsifik moddalarni ajrab chiqishiga sabab bo'ladi. Bazal qavatda asab tolasi tarmoqlari Merkel hujayralari mavjud. Merkel hujayralari taktil sezgini qabul qilish xususiyatiga ega. Bazal qavati hujayralarning sitoplazmasida adenozintrifosfataza, ishqorli va nordon fosfataza, xolinesteraza fermentlari va mitoxondriya, Goldji apparati, ribosomalar, vakuolalar mavjud va bu hujayralarda tinmay mitotik aktivlik kuzatiladi. Bazal hujayralar o'zaro desmosomalar orqali birikadi. Yadro atrofida organellalar va desmasomalar yoki tonofibrillalar joylashgan. Bazal qavatda melanin sintez qiluvchi hujayralar (melanotsitlar) mavjud. Melanotsitlarning asosiy vazifasini melanin donachalari bajaradi va ular melanotsitlar yadrosining apikal qismida joylashgan. Melanotsitlar bilan bazal qavat keratinotsitlar nisbati 1:11 teng. Melanin donachalari terining barcha yuzasida bir xil miqdorda emas. Terining rangi pigment donachalarning miqdori, faoliyati, quyosh nurining ultraviolet nuri va organizmda sodir bo'layotgan biokimyo jarayonlarga bog'liq. Oqmag'iz kishilarda pigment biroz kam, qoramag'iz kishilarda esa uning aksini, pigment ko'proq bo'ladi. Melanin pigmenti organizmni quyosh nurining zararli ta'siridan saqlab turadi.

Tikansimon qavat (*stratum spinosum*) bu qavat bazal qavat ustida joylashgan bo'lib, pastki qismi 3-5 qavat kubsimon va yuqori qismi rombsimon hujayralardan iborat. Hujayralarning yadrosi katta, yumaloq, pufaksimon, xromatinga kam va och bo'yaladi. Tikansimon qavatida hujayralarning mitoz jarayonini kuzatishimiz mumkin. Shuning uchun bazal va tikanaksimon qavatlar o'suvchi yoki Malpigi kavati deb ataladi. Bazal qavatdan to donador qavatgacha hujayralarni o'tishi 26 kundan 42 kungacha davom etadi. Tikanaksimon qavatda juda ko'p sitoplazmatik o'simtalar mavjud. Bu qavat hujayralari sitoplazmasida tonofibrillalar yaxshi rivojlangan va ular desmosomalarga tutashib ketgan. Hujayra sitoplazmasining chetki yuzalarida tutamlar hosil qilib joylashgan tonofilamentlar aniqlangan. Elektron mikroskopda ko'rilganda desmosoma sohasida hujayralar sitoplazmalaridan bir-biriga tomon yo'nalgan bo'rtmalar (hujayralararo ko'prikchalar) kuzatiladi. Bu

bo'rtmalar plazmolemma bilan qoplangan bo'lib, elektron zich hujayralararo joylashgan sementlovchi modda yordamida o'zaro birikadi. Tonofibrillalar va desmosomalar epiteliy hujayrasining mustahkamligiga javob beradi. Epidermis hujayralari shu qavat hisobiga 19-20 kun ichida yangilanib boradi va hech qanday chegarasiz keyingi donador qavatga o'tadi.

Donador qavat: (stratum granulosum) 1-2 qator (3-4 qator kaft va tovonda) rombsimon shaklga ega bo'lgan polimorfli yadroli hujayralardan tashkil topgan. Bu qavatda hujayralar degeneratsiyaga uchraydi. Eleidin qavatda yaqinlashgan sari hujayralar yassilanib, romb shakliga ega bo'ladi. Keratinotsitlar yadrosi tarkibida mitoxondriyalar, DNK va RNK miqdori kamayadi. Hujayralar yadrolari, metoxondriyalar, ribosomalar, va boshqa organoidlarini dezintegratsiyasi tonofibrillyar - keratogiallin strukturali donachalarni kelib chiqaradi. Hosil bo'lgan hujayra protoplazmasidagi keratogialin mahsuloti epidermal o'sish faktori sekretsiyasini pasaytirib, polipeptidlar, keylonlar, mitotik bo'linishni to'xtaydigan moddalar yig'ilishiga olib keladi.

Hujayralar sitoplazmasidagi keratogialin (donalar) moddasi ishqoriy anilin bo'yoqlari bilan yaxshi bo'yaladi. Shu qavatning pastki qismida ayrim hujayralarning mitoz jarayonini kuzatamiz va yuqori qismida esa hujayralar shoxlanishi (muguzlanishi) kuzatiladi. Donador qavat sitoplazmasining markazida keratinosomlar yoki Odland tanachari mavjud. Keratinosomlarda faollashgan fermentlar; nordon fosfataza, nukleozid fosfataza, esterazani kuzatamiz. Bu fermentlar lizosoma vazifasini bajaradi. Shuning uchun terining rangi xira tusli bo'ladi va bu qavat shilliq pardalarda bo'lmaydi.

5- yoshgacha bo'lgan bolalarda donador qavatning hujayralari yassilanmagan va ularning yadrosi mitotik aktivligini yuqotmagan.

Epidermisning pastki uchta qavat, ya'ni bazal, tikansimon va donador qavatlar yig'indisi Malpigi yoki o'suvchi qavat deyiladi.

Yaltiroq qavat (stratum lucidum). Bu qavat donador qavat ustida joylashgan bo'lib, 1-3 qator yassi cho'zinchoq rombsimon hujayralardan tashkil topgan. Yaltiroq qavatning hujayralarida yadro bo'lmaydi,

protoplazmasi suvsiz, ular o'z strukturasi ega emas, ammo hujayralar protoplazmasida oqsil moddalar kuzatiladi. Oqsil moddalar mikroskop tagida yaltiroq yog' va elimsimon moddalarni eslatadi. Shuning uchun bu modda eleidin deb nomlanadi.

Muguz (shox) qavat(stratum corneum). Bu qavat epidermisning eng yuqori qavati hisoblanib, 3-4 qator yadrosiz bir-biri bilan zich joylashgan hujayralardan tashkil topgan. Muguz qavatning tarkibida keratin moddasi bor. Ular fibrillalardan tashkil topgan bo'lib, muguz qavatning pastki qismida joylashgan hujayralarni ushlab turadi. Muguz qavatning yuza qismida muguz qavat plastinkalari unchalik zich joylashmagan va asta-sekin ko'zga ko'rinmay ko'chib tushib turadi (fiziologik qipiqanish). Muguz qavatning qalinligi terining turli sohalarida har xil bo'ladi. Kaft va tovonda (fiziologik giperkeratoz) qalin bo'lib, yuz, qovoq, olotning boshchasi sohalarida yupqa bo'ladi

Epidermisda qon tomirlar bo'lmaydi. Oziqlanishi limfa va qon plazmasi orqali amalga oshadi. So'rg'ichsimon qavatda joylashgan qon va limfa tomirdan diffuz yo'li bilan bazal qavat limfa va qon plazmasini surib oladi. Suyuqliklar hujayralar orasidagi yoriqlar orqali, hujayraaro aylanmalarga tushib, tinmay harakat qilib aylanib yuradi. Shu jarayon tufayli epidermisda modda almashinuvi sodir bo'ladi.

Epidermis bilan derma orasidagi chegara notekis, to'liqinsimon chiziqqa o'xshagan bo'ladi va tortmalar orqali dermaga chuqur kirib boradi. Ular orasida terining biriktiruvchi to'qimasi - derma xaltumlari bo'lib, ular so'rg'ichlar deb ataladi.

II. Asl teri. Derma (cutis propria) asosan, pishiq biriktiruvchi to'qimalar (kollagen va elastik tolalardan), kam miqdorda ammorf va asosiy moddalardan (gistiotsitlar, semiz hujayralar), qon, limfa tomirlar, asab tolalari va muskullardan tashkil topgan. Bu qavat terining asl qismi bo'lib, bazal qavat ostida yumshoq chegaralanmagan biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan. Dermada bir-biri bilan aniq ajralmagan ikkita qavat tafovut etiladi:

So'rg'ichsimon qavat (stratum papillare). So'rg'ichsimon qavat epidermis ostida joylashgan bo'lib, siyrak tolali shakllanmagan biriktiruvchi to'qimadan tashkil topgan. Shu biriktiruvchi to'qima

epidermisga botib kirib, so'rg'ichlar hosil qiladi. So'rg'ichlar shakli va kattaligi terining turli zonalarida har xil bo'ladi. So'rg'ichning uzunligi qo'l va oyoq kaftlarida, ayollarning sut bezi surg'uchi sohasida ular ancha uzun (200-300 mk) bo'lsa, yuz, peshona terisida juda qisqa (25-30 mk) bo'ladi.

So'rg'ichsimon qavat to'qimasini kollagen, elastik va argirofil (retikulin) tolalar tashkil qiladi. Ular bir-biri bilan chatishib ketgan dastalar ko'rinishida bo'ladi. Bu tolalar terining normal turgorini ta'minlaydi.

Bu qavat to'qimasida biriktiruvchi tolalar bilan birga fibroblastlar, makrofag, melanofor, plazmatik va semiz hujayralar mavjud. Bu erda mushak hujayralarining alohida tutamlari uchraydi. Bu mushaklarning ayrimlari sochni tiklovchi mushak hisoblanadi. Dermaning so'rg'ich qavatida qon, limfa tomirlari, asab tolalari va erkin, hamda kapsulali nerv oxirlari ko'p uchraydi. So'rg'ichsimon qavat qon tomirlari hisobiga terining epidermis qismi oziqlanadi.

To'rsimon qavat (stratum reticulare). Bu qavat zich biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan bo'lib, unda yo'g'onligi va yo'nalishi bo'yicha kollagen tolalar xilma-xil to'r hosil qiladi. Bu qavatda qayishqoqlik va qattqlik berib turish bilan bir qatorda, uni mayin qiladigan qayishqoq tolalar (elastik va argirofil) ham bor. Qayishqoq tolalar bir-biriga chirmashib, kollagen tolalar bilan bir xil yo'nalish olib, to'r hosil qiladi. Qon tomirlari va ter bezlari atrofini argirofil tolalar o'rab turadi. Soch follikulalari atrofini esa kollagen va elastik tolalar to'r kabi o'rab, xaltacha hosil qiladi. Bu qavat to'qimasida hujayrali elementlar fibroblastlar, makrofaglar, gistiotsitlar, semiz hujayralar, limfotsitlar va leykotsitlarni kuzatish mumkin. Shu bilan birga dermada o'ziga xos pigmentli hujayralar - melanofaglar ham bor.

Terining asl qavatida soch ildizi, yog' bezlari, mimika muskullari, qon tomirlar, asab tolalari va asab oxirlari, teri osti yog' qatlami (gipoderma) bilan chegaradosh qismida esa ter bezlari joylashgan.

III. Gipoderma (teri osti yog' qatlami). Bu qatlam yog' hujayralari to'la katakchalardan iborat, ular yog' hujayralari tutamini o'rab turuvchi tolalarda ko'plab qon tomirlar, asab tolalari va asab

oxirlari joylashadi. Teri osti yog' qatlami badanning turli qismlarida har xil qalinlikda bo'lib, ayniqsa qorin va dumba sohasida qalin bo'ladi. Bosh terisida va elkada 2-10 mm ni tashkil etadi. Ko'z qovoqlari terisida, tirnoq plastinkalari tagida esa umuman bo'lmaydi. Teri osti yog' qatlami odamning tanasini har xil mexanik ta'sirlardan saqlaydi, u organizm uchun yog' zaxirasi hisoblanadi, haroratni mo'tadil ushlab turishda ishtirok etadi.

Terining embriogenezi. Gastrulyatsiya tugagandan so'ng embrion yuzasini bir qavat yassi, yupqa nomukammal ektodermal hujayralar qoplaydi. Odam terisi embriogenezning birinchi oylari davomida ektodermadan hosil bo'lgan bir qavatli kubsimon epiteliydan iborat bo'lsa, 2-oyning boshlarida yoki o'rtalarida ana shu bir qavatli hujayralarning ayrimlari yuqoriga siqib chiqarilib, periderma deb ataluvchi yupqa, yassi hujayralar qavatini hosil qiladi. Uning ostidagi bazal membrana qavati mezodermaga yaqin joylashgan mayda ektodermal hujayralardan tuzilgan bo'ladi. Rivojlanishning dastlabki davrlarida bir xil tUSDagi hujayralar birlashib, qavatlar hosil qilishidan desmosomalar shakllanadi. Ikki oylik davrida teri qo'l va oyoq kaftlarida 2-3 qator, panjalararo burmalarda, og'iz va jinsiy teshikchalarda 4-5 qator hujayralardan tuzilgan bo'ladi. Hujayralarning joylashuviga qarab ularning shakli va kattaligi turlicha bo'ladi. Embrional taraqqiyotning ikkinchi oyi oxirlarida odam homilasining tashqi qoplovchi qavatlarida epidermis va dermani aniq ajratish mumkin. Embriogenezning 8-9 haftalarida ayrim joylarda ikki qavatli, ayrim joylarda uch qavatli hujayralardan tuzilgan epidermis hosil bo'ladi. Hujayralarning qayta taqsimlanishi natijasida oraliq qatlam shakllanadi. Bu qavat hujayralari gorizontaal yunalishda uzunasiga joylashib, kuchli vakuollashgan bo'ladi. Bazal qavat hujayralari prizmatik shaklga ega bo'lib, sitoplazmasi oqish va apikal qismiga joylashgan sharsimon yadrolardan iborat bo'ladi. Uning derma bilan bo'lgan chegarasi so'rg'ichsimon tuzilmalar hosil qilmaydi va mayda tishsimon ko'rinishdagi tuzilmalardan tashkil topgan bo'ladi.

Tashqi qavat uzunchoq, yadrosi yassi bo'lgan hujayralardan iborat bo'ladi. Barcha qatlam hujayralari o'z tarkiblarida glikogen moddasini

tutib, aniq chegaraga ega bo‘ladi. Keyingi rivojlanish 15 davri 8 haftadan 26 haftagacha bo‘lgan vaqt davomidan iborat bo‘lib, u 3 bosqichga ajratiladi. Rivojlanishning 8-11 haftalari davomida peridermal qavat hujayralarining aktiv mitotik bo‘linishlari natijasida oraliq qavat hujayralari shakllanadi. Embriogenezning 11-haftasida epidermisning bazal qavatiga melanotsit hujayralari kirib keladi va ularning salmog‘i tez ortib ketadi. Ikkinchi bosqichda, ya’ni 12-15 haftalar davomida peridermal hujayralar tashqi yuzasida globulyar o‘simtalar hosil bo‘ladi. Keyingi 16-26 haftalar davomida muguzlanish jarayonini eslatuvchi peridermal hujayralar involyusiyasi va yadro tutuvchi o‘simtalarning uzilishi kuzatiladi. Lekin bu jarayon davomida keratogialin va keratin fibrillalari hosil bo‘lmaydi. Rivojlanishning 3-oyi davomida bazal qavat hujayralari mitoz yo‘li bilan kuchli ravishda bo‘lina boshlaydi. Ana shu yo‘l bilan epidermis o‘sa boshlaydi va 12- haftalarga kelganda, epidermis 4-5 qavat hujayralardan iborat bo‘lib qoladi. Shu davrdagi bazal qavat germinativ qavat, deb yuritilib, uning hujayralari zich, yaxshi bo‘yaluvchan sitoplazmaga va chegaraga ega bo‘ladi.

Rivojlanishning 4-oyi davomida bazal qavat hujayralari baland prizmatik shaklga ega, sitoplazmasi bazofil bo‘lib, glikogen miqdori kamayadi. Yuqori qavatdagi hujayralar poligonal shaklda bo‘lib, glikogen tutuvchi oksifil sitoplazmaga ega bo‘ladi. Shu bilan bir vaqtda yuqori qavat hujayralarida keratin moddasi to‘planadi. Keratin hujayrada xususiy donadorlikni va yuqori qavat hujayralarida tig‘izlikni ta’minlaydi. Keratinizatsiya jarayoni asosan ko‘proq tasirotlarga uchraydigan qo‘l-oyoq kaftlari terisida kuzatiladi. Shuni ham aytish kerakki, kaftlar terisi epidermis qavatining qalin bo‘lishi embrionda tasirotlarning kuchayishidan oldinroq ham kuzatiladi. Homila rivojlanishining 4-5 oylarida qo‘l-oyoq kaftlari epidermisi nafaqat ko‘p qavatli (bazal, tikanakli, donador, yaltiroq va qalin keratinlashgan), balki har bir qavat bir-biridan aniq ajralib turadi. Ana shu rivojlanish davrida donador qavat hujayralari sitoplazmasida gistokimiyaviy uslublar yordamida mayda, qoramtir bo‘yaluvchi keratogialin donachalarini aniqlash mumkin. Yaltiroq qavat hujayralari keratogialinning kimyoviy o‘zgarishdan hosil bo‘lgan gomogen yarim suyuq modda eleidinni

tutadi. Eng yuqori joylashgan qavat bu vaqtda muguzlanishning eng oxirgi mahsuloti-keratin tutuvchi, bir-biriga zich joylashgan 16 hujayralardan iborat bo'lib, keratin miqdorining ko'payishi bilan namoyon bo'ladi. Homiladorlikning oxirgi haftalarida homila tana terisi deyarli o'zgarmaydi. U faqat derma hisobiga biroz qalinlashadi, teri hosilalarining rivojlanish jarayoni susayadi yoki butunlay to'xtaydi. Ma'lum bo'lishicha, epidermis rivojlanishining tezligiga iqlim va geografik sharoitlar ham ta'sir ko'rsatadi. Issiq va quruq sharoitli iqlimda, masalan, Markaziy Osiyo sharoitida epidermis qavatining etilishi holati odatdagi muddatlarga qaraganda 2-3 hafta oldin bo'ladi.

Ma'lumki, epidermisga nisbatan derma qavatining gistogenezi birmuncha kam o'rganilgan. Homilaning ikki oylik davriga qadar dermada yadro tutuvchi eritrotsit orolchalari, ko'plab mayda qon tomirlari va mezenxima hujayralari to'plami sifatida namoyon bo'ladi. Amorf asosiy modda ko'p miqdorda bo'lib, unda glikogen turidagi ShIK-musbat moddalar, muko- va glikoproteidlar kuzatiladi.

Embrional davrning 2-haftasi oxiri va 5-oylari boshlarida mezenxima hujayralari fibroblastlariga aylanib, ancha vaqt davomida mukammallashgan holda qoladi va uch xil: dendritik o'simtalarga ega yulduzsimon hujayralarga, kalta o'simtali mayda hujayralarga va yumaloq hujayralarga ajratadi. Shu davrga kelib, epidermis atrofida quyuc joylashuvchi, ingichka argirofil tolalari hosil bo'ladi. Epidermis va derma orasidagi chegara notekis konturga ega bo'ladi, argirofil tolalar soni esa ortib boradi va to'r shaklidagi ko'rinishni hosil qiladi.

Homilaning 3,5-4 oylik davrida ingichka bo'lgan kollagen tolalar paydo bo'lib, ular teri yuzasiga nisbatan parallel joylashadilar. Biriktiruvchi to'qima tolalari tuzilishini va yoshga nisbatan ular xususiyatlarini o'rgangan L.D.Marsinkevich tadqiqotlariga ko'ra, embrional hayotning 6-oylariga kelib, biriktiruvchi to'qima tolalari aniq kollagen va elastik tolalarga ajraladi. Kollagen tolalar etilishning asosiy belgisi bo'lib, ular diametrining 20 nm dan 35 nm gacha progressiv kattalashuvi hisoblanadi. Kollagen tolalarning ko'payishi argirofil tolalar sonining kamayishiga olib keladi. Bu davrda derma ko'plab faol bo'lgan fibroblastlarni, labrotsitlarni, melanoblastlarni, makrofag va

Merkel hujayralarini tutadi. Merkel hujayralari hajmi keratinotsitlarga nisbatan katta bo'lib, yumaloq shaklga va oqish 17 sitoplazmaga ega bo'ladi. Ular homiladorlikning 2-yarmida epidermisga yaqin bo'lgan so'rg'ichli qavatida, soch va teri bezlari atrofida kuzatiladi. Odam homilasida elastik tolalar asosan homiladorlikning oxirgi oylarida ko'proq bo'ladi.

Teri anatomiyasi. Teri odam tanasini tashqi tomondan qoplab turadigan a'zo bo'lib hisoblanadi. U murakkab tuzilishga ega. Katta yoshdagi odam terisining umumiy yuzasi 1,5-1,6 m² ni tashkil etadi. Terining qalinligi (teri osti yog' qavatidan tashqari) 0,5-1 mm. Teri odam tanasining ba'zi sohalari (og'iz, burun, orqa chiqaruv teshigi, siydik yo'li va qin) asta-sekin shilliq qavatlariga aylanadi. Teri rangining ko'rinishi tana sathining u yoki bu sohasidagi to'qimalarning turi, qon tomirlari bilan ta'minlanish darajasi, teridagi maxsus rang beruvchi modda - melaninning miqdoriga bog'liq. Teri sathida turli-tuman shaklga ega bo'lgan maydonchalar va pushtalarni kuzatish mumkin. Bu maydoncha va pushtalar terining u yoki bu sohasida katta yoki kichik, uzun yoki qisqa bo'lsa-da, ma'lum bir yo'nalishda tortilgandir. Bu manzara qo'l va oyoq kaftlarida yaxshi va sezilarli darajada kuzatiladi. Ayniqsa, qo'l va oyoq kaftlaridagi yonma-yon yo'nalishga ega bo'lgan do'mboqcha va pushtalar har xil shaklda bo'lib, har bir insonda har xil bo'ladi. Shuning uchun ikki marta takrorlanmaydigan bu chiziqchalar va yo'nalishlar ba'zi odamlarning shaxsini aniqlashda, ya'ni bir-biridan ajratishda muhim belgi bo'lib hisoblanadi. 19 Odam tanasining deyarli barcha teri sohalari sochlar bilan qoplangan. Faqatgina terining ayrim joylaridan (qo'l kafti, oyoq kafti, labning qizil hoshiyasi, zakar boshchasi, katta va kichik uyatli lablarning ichki yuzalaridan) sochlar chiqmaydi. Teri uchta asosiy qavatdan iborat: ustki qavat (epidermis) va asl teri (dermis, cutis propria) va teri osti yog' qavatlaridan (hypoderma, tela adiposa) iborat. Terining ustki qavati epiteliy to'qimasidan tashkil topgan. Epidermis teri sathining turli sohalari turlicha rivojlangan bo'ladi, shuning uchun ham mazkur qavatning qalinligi turlicha ko'rinishda bo'ladi. Qo'l va oyoq kafti sohalari qalin, yuqori qovoq va jinsiy olat qalpog'i terisi sohalari esa juda yupqa ko'rinishda bo'ladi.

Teri ustki qavati hujayralari epidermotsitlar, deb ataladi. Mazkur hujayralarning asosiy qismi keratin moddasini ishlab chiqaradi va terining po'st tashlashida ishtirok etadi, shu sababli bu hujayralar keratinotsitlar, deb ataladi. Epidermisda boshqa vazifalarni bajaruvchi hujayralar ham bor. Bularga teriga rang beruvchi melanin moddasini ishlab chiqaruvchi melanotsitlarni, sezish vazifasini bajaruvchi Merkel hujayralarini, fagotsitoz xususiyatiga ega bo'lgan Langergans hujayralarini misol qilib ko'rsatish mumkin.

Sochlar (pili) terini turli sohalarida turlicha qoplagan. Ular epidermis hosilasi bo'lib, teri usti qismi va ildizi tafovut qilinadi. Ildizi (radix pili) teri ichida joylashib, sochning o'suvchi kengaygan qismi soch piyozchasini (bulbi pili) hosil qiladi. Soch ildizi biriktiruvchi to'qimali qopcha ichida yotadi. Bu qopcha ichiga moy bezlarining chiqaruv nayi ochiladi. Uni sochni ko'taruvchi mushak (m. arrector pili) o'raydi. U qisqarganda moy bezini siqadi va soch tikkayadi. Sochning rangi uning tarkibidagi pigmentga bog'liq. Soch tarkibida havo pufakchalari paydo bo'lib, pigment yo'qolsa soch oqaradi.

Tirnoqlar (unguis) epidermisni dag'allashishidan paydo bo'ladi. U tirnoq o'rnida (matrix unguis) yotadi. Bu tirnoqni o'suvchi qismi hisoblanadi. Tirnoqda tirnoq yorig'ida joylashgan ildizi (radix unguis), tanasi (corpus unguis) va tirnoq o'rnidan tashqarida joylashgan erkin chekkasi (margo) tafovut qilinadi. Tirnoqni ildizi va yon tomonidan chegaralagan teri burmalarni tirnoq bolishlari (vallum unguis) deyiladi.

Teri hosilalariga ter, yog' va sut bezlari kiradi.

Ter bezlari (glandulae sudoriferae) oddiy naysimon bez bo'lib, dermani chuqur qavatida yotadi. Ularning uzun chiqaruv nayi teri yuzasiga ter teshigi bo'lib ochiladi. Ter bezlari terida bir xil tarqalmagan. Ular qo'ltiq osti, chov sohalari, qo'l va oyoq kaftida ko'p bo'lsa, glans penis va lab jiyaklarida bo'lmaydi. Ter bezlari suyuqlik bilan birga turli modda almashinuvda hosil bo'lgan moddalarni ajratadi va termoregulyatsiyada katta ahamiyatga ega.

Yog' bezlari (**glandulae sebaceae**) tuzilishi jihatidan oddiy alveolyar bezlar turkumiga kirib so'rgichsimon va to'r qavat chegarasida

yotadi. Ularning naylari soch qopchasiga ochiladi. Qo‘l va oyoq kaftida moy bezlari yo‘q.

Sut bezi (**glandula mammaria**) juft a‘zo bo‘lib, ter bezlarida takomil etgan sut ishlab chiqarishiga moslashgan. U III-VI qovurga sohasida katta ko‘krak mushagini ustida joylashgan. Bezning o‘rta qismida so‘rg‘ichi (**papilla mammaria**) bo‘lib, uchida 10-15 ta sut naychalari (**ductus lactiferi**) bo‘ladi. So‘rg‘ich atrofidagi soha so‘rg‘ich yoni doirasida (areola mammae) va so‘rg‘ichda pigment ko‘p bo‘ladi. Sut bezining tanasi 15-20 ta bo‘laklardan (**lobi glandulae mammariae**) iborat bo‘lib, ular o‘zaro yumshoq tolali birlashtiruvchi to‘qima va yog‘ to‘qimasi bilan ajragan. Bularni sut bezini ko‘taruvchi boylam (**lig. suspensoria mammaria**) deb ataladi. Bez bo‘laklari murakkab alveolyar bez tuzilishiga ega bo‘lib, so‘rg‘ichga nisbatan radiar joylashgan. Ularning chiqaruv nayi sut bezi so‘rg‘ichi uchiga ochiladi.

Yangi tug‘ilgan qiz bolaning sut bezi uncha takomil etmagan bo‘ladi. U qiz bola balog‘atga etgan davrida kattalashadi. Homiladorlik davrida bez to‘qimasi o‘sib takomillashadi.

3.2. Termik kuyishlar tushunchasi tasnifi

Kuyish bu (Combustio) - Organizimga kimyoviy, fizikaviy, termik ta‘sir natijasida teri yoki shilliq qavatlar butunligi buzilishi bilan kechadigan patologik xolatdir.

Hozirgi vaqtda dunyoda kuyishning og‘ir darajalari bilan jaroxatlanganlarni davolash, tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri bo‘lib qolmoqda, bu esa mazkur patologiyadan o‘limning ko‘rsatgichining yuqoriligi va asoratlarni rivojlanishi bilan ifodalanadi. Yevropa davlatlar va Xitoy Davlatida bir yilda 1,5 millionga yaqin insonlar kuyish jaroxatidan azob chekadilar. Rossiya Federatsiyasida yiliga kuyish jaroxati bilan 500000 ga yaqin patologik holatlar qayd qilinadi, ulardan 30-40 % gospitalizatsiyaga muxtoj. Ukraina Davlatida yiliga 200000 ga yaqin insonlar kuyish bilan jaroxatlanadi. O‘zbekiston Respublikasida kuyish oqibatida har yili 8000 dan ziyod bemorlar

ro'yxatga olinadi. Kuyish jaroxati bilan gospitalizatsiya qilingan bemorlarning 25–35% yuqori nafas yo'llari ingalyatsion zararlanishlari, yuz va bo'yin yuzaki va chuqur kuyishlari, qo'l va oyoqlarni yuzaki va chuqur kuyishlari 35-40% hollarda bilan birga kuzatiladi, ularning 40-50% turli xil o'pka asoratlaridan vafot etadi.

Og'ir kuyish bilan jaroxatlangan bemorlar kuyganlarning umumiy strukturasi 40% ni tashkil etadi, shu bilan birga yuqori nafas yo'llarining ingalyatsion zararlanishi bilan birgalikda yuz, bo'yin kuyishi 20% dan 84% gacha kuzatiladi, o'lim kuyish chuqurligining maydoni, bemor yoshi va ingalyatsion zararlanishlar borligiga qarab 9,7% dan 100% gacha o'zgarib turadi. Ingalyatsion zararlanishning qo'shilishi mazkur toifadagi bemorlarda infeksiyon asoratlarini sezilarli darajada oshishiga va kasallik oqibatlarini yomonlashishiga olib keladi.

Xozirgi vaqtda Rossiya Davlatining kombustiologiya markazida MKB-10 ning uch darajali tasnifi ishlatiladi, shu bilan birga praktikada MKB-10 va A.A.Vishnevskiyning klassifikatsiyasida chuqurligiga qarab ikkita klassifikatsiyasi qullaniladi, ya'ni to'rtta darajasi va III chisi A va B darajalarga bo'linadi. Kuyishning yuzaki va chuqur turlarida davolash taktikasi bir biridan farq qiladi. Statsionarga yotqizilgan bemorlarning 60-80% chegaralangan kuyish hisoblanadi. Erta tangelsial nekrektomiya xamda jarohatga ishlatiladigan zamonaviy qoplamalar dermabraziya gipertrofik chandiqlar paydo bo'lishini kamaytiradi, shu bilan birga funksional aktiv va kosmetik sohalarda bu juda o'rinli hisoblanadi.

Tahlillar natijalari shuni ko'rsatib turibdiki, yuz, bo'yin, qo'l va oyoqlar soharining chuqur kuyishini asosan ochiq olovdan, yopiq binolarda qolib ketishi oqibatida (60-65%) kuyish jaroxati kelib chiqadi. Buning natijasida (45-60%) da kombinatsiyalashgan nafas yo'llarining ingalyatsion zararlanishi bilan birga kechadi. Shuni inobatga olgan holda dastlab, yuz va bo'yin sohadagi kuyishlarda, keltirib chiqargan omilga e'tibor qaratiladi.

Yuza soharidagi chuqur kuyishlarni davolash muammosi kosmetologiya va rekonstruktiv plastik jarrohligining eng murakkab muammolaridan biri bo'lib qolmoqda, bu estetik va funksional jihatdan yuzning alohida ahamiyati bilan bog'liq. Yuzning chuqur kuyishi

boshqa kuyishlardan sezilarli og'ir kechishi va funksional buzilishlarning yuqori darajasi bilan ajralib turadi. Yuza sohalarning chuqur kuyish jaroxatidan keyingi asoratlar (kelloid chandiqlar, pigmentativ o'zgarishlar, ko'z olmasidagi kontrakturalar, og'iz sohasining mikrostomiyasi, quloq suprasining xondrit holatidan keyingi konfiguratsiyasining o'zgarishi va bo'yin kontrakturasi hamda estetik buzilishilar) nafaqat jismoniy nuqsonlar, balki og'ir psixologik travma sababi hamdir.

Asosan yopiq binodagi yong'in, bosim ostida chaqnash tufayli kechadigan olovli tasirov tananing ochiq sohasi bo'lgan yuz va bo'yin sohasiga to'g'ridan-to'g'ri og'ir termik tasiri ko'rsatishi oqibatida terisining chuqur termik zararlanishiga olib keladi. Bu kuyish jarohatlari asosan binolardagi isitish tizimining texnik nosozligi, balonda saqlanuvchi propan gazlarning ochiq qolishi, gaz kondensatidan noo'rin foydalanishlar, suitsid holatlarda, harbiy harakatlar vaqtida ko'pincha bosh va yuz, bo'yin hamda qo'l kafti sohalari chuqur kuyish jarohatlari kuzatiladi.

Termik kuyish boshqa kuyishlardan ko'proq uchraydi. Mahalliy kuyishning kuchi va kengligini darrov aniqlasa bo'ladi. To'qimaning 52°S dan ortiq qizishi oqsillarni qaytarib bo'lmas koagulyatsiyaga uchratadi. Kuyish issiqlik nuri (quyosh nuri, ultrabinafsha nurlanish, ochiq yong'in), qizigan havo (issiq gazlar), to'g'ridanto'g'ri issiq narsalarga tegish (kaynok suv, qaynoq suv bug'i, kaynayotgan yog' va boshqalar, suyuq metall sochmalari) yoki alanga (yong'indagi temperatura $2000^{\circ} - 3000^{\circ}\text{S}$ gacha) ta'sirida vujudga keladi. Kuyishdan shikastlanganlar umumiy xirurgik kasallarning 2 % ini tashkil qiladi.

Birinchi o'rinda kuyishga alanga (45 % benzin va tez alanga oluvchi suyuqliklar, gaz) sabab bo'ladi, keyin qaynoq suv yoki bug' (35%), issiq ovqat yoki suyuqliklar qabul qilinishi (10%), cho'g'latilgan narsalar (7 %) va boshka omillar (quyosh nurlari va b.). Ko'pincha oyoq kuyishdan shikast topadi (47%), kalla, qo'l va tananing boshqa qismlari bir xil miqdorda zararlanadi.

Kuyish tasnifi. Kuyish chuqurligini aniqlashda uning darajasiga ahamiyat beriladi. M.Buaye 1814- yilda uch darajani taklif qilgan. 1960 yilda xirurglar anjumanida 4 darajali tasnif taklif qilindi:

I - daraja - yuzaki epidermal kuyish.

II - daraja - teri yuqori qavatining kuyishi.

IIIA - daraja - ba'zi joylardagi kuyish terining butun qavatini egallaydi, ba'zi joylar faqat yuqori qavatini.

IIIB - daraja - kuyish terining hamma qavatini, qisman teri osti yog' kletchatkasini egallaydi.

IV - daraja - chuqur to'qimalarning, ya'ni pay, suyak mushaklarining kuyishi (to'qimalar nekrozi, ko'mirga aylanishi).

Klinikada I - IIIA darajada kuyish - yuzaki, IIIB - IV darajasi chuqur kuyishga kiradi

3.2. Termik kuyishlar klinikasi, diagnostikasi va davolash

Klinikasi: Kuyish klinikasini aniqlashda mahalliy va umumiy belgilar farq qilinadi. Katta bo'lmagan kuyishda umumiy belgilar unchalik ahamiyatli bo'lmasa, keng maydon zararlanganda esa kuyish kasalligi kelib chiqadi. Mahalliy belgilar kuyish darajasiga bog'liq bo'ladi.

Kuyishning mahalliy ta'sirotlari. Kuyishning zararlash chuqurligiga karab to'rt darajaga bo'linadi.

I darajali kuyishda teri 50-70 gradusda bo'lgan jismlar va suyuqliklar bilan kontaktda bo'lganda kuzatiladi. Bunda kuyish terining yuza qavatlarini qamrab oladi. Birinchi darajali kuyish unchalik ham xavfli emas. Bunday darajadagi kuyishda teri sohasi qizaradi, kuchli achishadi va og'riydi. kuyish aseptikali yallig'lanish bilan kechadi. Yuqori harorat ta'sir qilgan joy kuchli qizaradi va shishadi. Termik agent tomir nervlari ta'sirlashi natijasida tomirlarni kengaytiradi (vazodilyatatsiyaga uchraydi), shu davr ichida mo'rtlashgan tomirlar devori orqali plazma to'qimalar oralig'iga chiqadi, sezuvchi nerv tolalari orqali kuchli og'riq paydo bo'ladi. Bir necha kundan so'ng bu belgilar

yo‘qolib, teri qo‘ng‘ir rang oladi, teri pigmentatsiyasi o‘zgarmaydi, I darajali kuyishga quyoshdan kuyish misol bo‘la oladi (rasm.3.3).



Rasm. 3.3. I-darajali kuyish

II darajali kuyish, terining 70-100 gradusdagi jismlar bilan kontakda bo‘lganda kuzatiladi. Shu darajadagi kuyishga nafas yo‘llarining har qanday kuyishlarini kirg‘azish mumkin. Terining yaqqol ko‘rinadiga qizarishi va bir-ikki soatlardan keyin pufakchalar paydo bo‘lishi, ularning ichi suyuqlik bilan to‘lishi yuzaga keladi. Pufaklarning yorilishi (o‘zi mustaqil, mexanik ta’sirlarsiz) dan keyin terida qizil dog‘ saqlanib qoladi. Odatda jarohatning bitishiga ikki hafta vaqt sarfalanadi, albatta jarohatga infeksiya qo‘shilmagan bo‘lsa, kuyishda yallig‘lanish jarayoni kuchliroq bo‘ladi, kaiillyarlar yanada kengayadi, teri devorlari o‘tkazuvchanligi oshib, shish kattalashi. (rasm.3.4).



Rasm.3.4. III-darajali kuyish

Terining epidermal qavati zararlanganda, ammo kuyish soʻrgʻich teri chuqur zararlanmaydi, pufakchalardagi suyuqlik avvaliga steril boʻlib, tez ifloslanishi, ogʻriq 3-4 kun davom etishi mumkin. Pufakchalar hajmi har xil boʻlib, kichiklari birbiriga qoʻshilib kattalashadi. Ular kuyishdan soʻng paydo boʻlishi mumkin yoki bu davr dastlabki 6 soatni tashkil qilishi mumkin. Kuyishning bitishi epiteliy regeneratsiyasidan vujudga kelib, chandiqsiz bitadi. II darajali kuyish qaynoq suv yoki bugʻ taʼsirida yuzaga keladi.

III darajali kuyish. Bu darajali kuyishda teri toʻqimalari va mushaklarning kuchli zararlanishi, ularning anatomik va funksional buzilishlari kuzatiladi. Keng hajmdagi soha kuyganda oqibat koʻpincha oʻlim bilan tugaydi. Kuyishning shu darajasida, jarohat olgan bemorda kuyish shoki kelib chiqadi, chunki bemor juda kuchli, chidab boʻlmaydigan ogʻriqni his qiladi, buning natijasida es-hushini yoʻqotadi va atrof muhitni his qilmay qoʻyadi. Shok holatida qon bosimi tushib ketadi, pulslar soni ortadi. Bunday holat yogʻ, bugʻ, qaynoq suv bilan teri sohasining 10 foizdan 30 foizgacha jarohatlanishidan kelib chiqadi. Zararlangan terida chuqur yaralar paydo boʻladi, teri tiklanganda yaqqol namoyon boʻluvchi chandiq qoladi. Ayrim hollarda bemor nogiron boʻlib qoladi. Qizigan buyumlar yoki alanganing bevosita taʼsiridan nafaqat yuz va boʻyin terisini, balki uning chuqur qavatlari ham zararlanadi. III darajali kuyishda terining hamma qavatidan oʻtib, soʻrgʻich qavati ham shikastlanadi. Terining baʼzi bir joylari pufakchalar bilan qoplanib, ular rangsiz, qoraroq va timqora boʻladi. Shikastlangan joyda giperesteziya paydo boʻladi. Oʻlgan toʻqimalar qorakoʻtir hosil kilib, u tirik toʻqimalardan ajraladi va demarkatsion chiziqni hosil qiladi. Agar kuyish zonasida shish boʻlsa, bu holda kasallik engil koʻchadi, jarohat orolchaorolcha boʻlib, oʻzoʻzidan bitadi va terini koʻchirib oʻtkazishga hojat boʻlmaydi.



Rasm.3.5. III a- kuyish

IIIa darajali kuyish, agar jarohat yiringlamasa, granulyatsiya hisobidan nozik chandik bilan bitadi (rasm.3.5).

IIIb darajali kuyishda terining so'rg'ich qavatidan tashqari, teri osti yog' kletchatkasi ham zararlanadi. Teri oq kulrang bo'lib, giposteziya va anesteziya ro'yobga keladi. Bu darajadagi kuyish qo'pol keloid chandiqlar hosil qiladi (166 rasm). Keng kuygan chandiqlar o'rtasida uzoq vaqt bitmaydigan yaralar hosil bo'ladi, atrofida sklerotik to'qimalar, bu yaralarda ko'pincha xavfli o'sma karsinoma paydo bo'ladi (rasm.3.6).



Rasm.3.6. IIIb-darajali kuyishi.

Yuzaki kuyish bilan chuqur kuyishni igna sanchib aniqlasa bo'ladi, chuqur kuyishda og'riq sezilmaydi.

IV darajali kuyishda chuqur to'qimalar, hatto suyaklar ham zararlanadi. Bu jarohatlar o'zi bitmaydi, to'qimalar qora, ko'mirga aylanadi, chuqur nekrektomiyani, amputatsiyani talab qiladi. Erta

yoshdagi bolalar oʻrtasida yuza sohalari terisi chuqur termik zararlanishi sandalga boshi, yuz sohasi bilan tushib ketish oqibatida, qarovsiz qoldirilgan oʻspirin yoshdagi bolalar orasida gaz plitasidan notoʻgʻri foydalanishlar natijasida kelib chiqqan boʻlib, ulardagi kuyish jarohatlari yuza sohasida kuyishi 25-30% ni tashkil etadi. Suyultirilgan gaz, yani propan gazi havodan ogʻir boʻlganligi sababli toʻplanish xususiyatiga ega boʻlib, bosim ostida chaqnash oqibatida kuyish jarohati olishiga sabab boʻladi. Bosim ostida olovli chaqnash oqibatida har doim terining chuqur zararlanishi bilan xarakterlanadi (rasm.3.7).



Rasm.3.7. IV-darajali kuyish

1. Igna sanchib tekshirish:

Igna sanchganda ogʻriq boʻlsa III a, sezilmasa III b darajali.

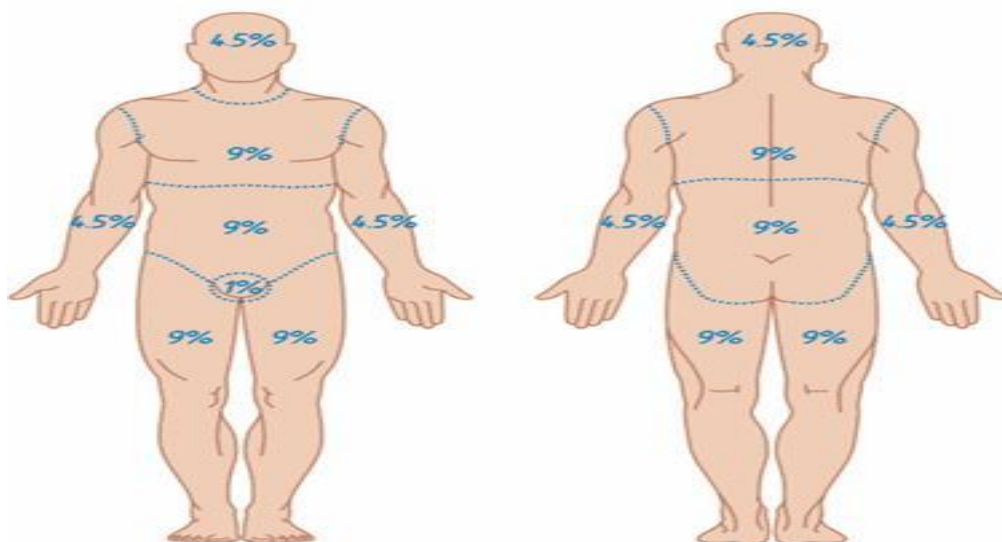
2. Tuk sinovi, IIIa da tuk olinmaydi, IIIb da tuk engil olinadi.

3. Ultratovush va SVCH termoskop «Istok» apparati bilan kuyish chuqurligini aniqlash mumkin.

Quyish sathini aniqlashning har xil usullari bor.

Zararlangan teri sathini aniqlash uchun A. Uolles taklif qilgan toʻqqiz qoidasi koʻproq ishlatiladi: kalla va boʻyqin - 9 %, qoʻl 9 %, oyoq - 18 %, tana oldingi qismi - 18 %, orqa qismi - 18 %, oraliq sathi - 1 % (7-rasm). Shuningdek kaft qoidasi bor, kishining kafti tanasining 1 % maydonini tashkil qiladi. Kishi tanasining umumiy sathi 16000 sm² ga tengdir. Uni hisobga olib, Postnikov (1949) kuyish sohasiga steril

sellofan qo'yib, kuygan sathni aniqlash sxemasini ishlab chiqqan (rasm,3.8).



Rasm.3.8. Kuyishda to'qimaning chuqur shikastlanishi.Kuyish satxini (to'qqiz qoidasi) aniqlash.

3.3. Kuyish kasalligi klinikasi, diagnostikasi va davolash

Kuyish kasalligi. Kuyish kasalligining belgilari bemor tanasining 15 % dan ko'proq sathi zararlanganda paydo bo'ladi. Tananing 100 % hajmi kuyganda kritik holat ro'y beradi va davolash foyda bermasligi mumkin. Kritik holat I darajali kuyishda 100%, II - Sha darajali kuyishda 30 % hollarda ham paydo bo'ladi. Ko'pincha nafas yo'llarining zararlanishi ham og'ir o'tadi.

Kuyish kasalligining og'ir kechishida ko'shimcha shikastlar, sinishlar, nurdan shikastlanish, bosh miya shikasti kabilar katta rol o'ynaydi.

Kuyish kasalligida to'rt bosqich farqlanadi.

- kuyish shoki:
- o'tkir toksemiya:
- septikotoksemiya yoki sepsis:
- rekonvalessensiya:

Kuyish shoki - kuyish paytidan boshlanib, shikastlanishdan so'ng 1-2 sutka davom etishi mumkin. Bunda erektil faza kuchli kechadi. Haddan tashqari ko'p nerv retseptorlarining ta'sirlanishi natijasida og'ir

hollarda o'limga olib kelishi mumkin. Bir necha soat o'tgach nohush bo'lib, bemor atrof muhitga befarq bo'ladi, klonik tirishish va deliriy yuzaga keladi.

Shok paydo bo'lishi qonni tananing chekka joylaridan ichki organlarga yig'ilishiga olib keladi, bu esa aylanib yuruvchi qon hajmini kamaytiradi. Plazmaning kuygan to'qimalarga chiqishi aylanib yuruvchi qon hajmini yanada kamaytiradi. Qon tomirlaridan suyuqlik yo'qotilishi kuyishdan boshlab 8 soat ichida eng baland nuqtasiga etadi. Qonning suyuq hajmi (kuygan joyda to'planib qolgan) qon aylanishiga ko'shilolmaydi, bu hol osmotik va elektrolit turg'unlikni buzadi, gormonlar o'zgarishi paydo bo'ladi.

Shokni davolash, travmatik shokni davolashga o'xshasada, ayrim tafovutlari bor. Kuyishda plazma tezda rqib chiqib shish vujudga keltiradi. Birinchi soatlarda keng kuyishda plazma miqdori qonda 25-30 % kamayadi. Bu hol qonni kuyuqlashtiradi, «soxta» gemoglobin va gematokrit oshadi. Qon aylanish hajmi kamayganligi va gemoliz mavjudligi to'qima gipoksiyasini keltirib chiqaradi. Shuning uchun kuyishning birinchi soatlaridayoq oksigenoterapiya o'tkazish, yangi qon o'rnini bosuvchi preparatlar quyish zarur. Avval bemor og'riqsizlantirilishi kerak: unga osoyishta sharoit yaratish kerak. Shuning uchun ma'lum vaqtgacha birlamchi xirurgik yordamni to'xtatib turish maksadga muvofiq. Dastlabki 3 soatda 1,5 l gacha yangi qon yoki plazma, shu miqdorda izotonikeritma, 5-10 % glukoza yoki laktosolni vena tomiriga yuboriladi. Ko'ngilsiz voqea ro'y bermasa shok toksemiya bosqichiga o'tadi.

Toksemiya bosqichi- bu bosqich 2-3 kundan keyin kuchayadi va 1-2 hafta davom etadi. Bemorda isitma ko'tariladi, behollik oshadi, ko'zlari kirtayib qoladi. Teri rangsizlanib, akrotsianoz avj oladi. Boshi og'riydi, ko'ngli aynib, qayt qiladi, ishtahasi yo'qoladi. Gemoglobin miqdori kamayib leykotsitoz, ECHT oshishi kuzatiladi. Gipoproteinemiya kuchayadi, qonda azot miqdori oshadi, gipoglikemiya va atsidoz bo'ladi. Siydikda oqsil va qonning shaklli elementlari aniqlanadi.

Qon aylanishining buzilishi, gipoksiya og‘ir asoratlarga olib keladi, to‘qima va a‘zolarining gipo va anoksiyasi hayotiy organlar (buyrak, jigar) parenximasini zararlantiradi, gaz almashinuvi buzilib atsidoz, oqsillar katabolizmi kuchayadi, buyrakdan sutkasiga 150 g oqsil haydab chiqariladi.

Qon aylanish hajmining kamayishi organizmni suvsizlantiradi, siydik ajralishini kamaytiradi, keyinchalik u butunlay to‘xtaydi. Shuning uchun kuyishdan so‘ng birinchi kunlari albatta diurezni nazorat qilish kerak. Siydikning kam ajralishi prognozning yomonligini ko‘rsatadi.

Buyraqdagi o‘zgarishlar bilan bir qatorda jigar parenximasida qo‘pol shikastlar - distrofiya va o‘choqli nekrozlar vujudga keladi. Oshqozonichak yo‘lining shilliq qavatida qon quyilish o‘choqlari paydo bo‘lib, gemorragik eroziv gastrit, oshqozon va o‘n ikki barmoq ichakda o‘tkir yaralar hosil qiladi.

Kuyish shoki toksemiya astasekin o‘tganligi sababli davolash birinchi soatlarda boshlanib, 10-14 kungacha davom etadi.

Evans usuli bo‘yicha dastlabki 48 soatda (plazma - qon) kolloid eritmalar teng holda, shu miqdorda 5 % glukoza eritmasi yuboriladi. Venaga quyilayotgan suyuqlik 10 l dan oshmasligi kerak, uning yarmi birinchi 8 soatda, qolgani birinchi sutka davomida teng miqdorda tomirga yuboriladi. Suyuqlik tomchi yoki fraksion usulda quyilishi kerak. 3-4 sutkadan so‘ng ichishga berilayotgan suyuqlik kifoya qiladi, ammo u kuniga 100-200 ml plazma olib turishi kerak, agar rekonvalessentning plazmasi bo‘lsa yana ham yaxshi. Bemorga antibiotiklar, vitaminlar, yuraktomirlar faoliyatini yaxshilovchi moddalar ham yuborilishi zarur.

Septik (septikotoksiya) bosqich- kuyish kasalligining 2-3 haftasida rivojlanadi. Kuyish kasalligi infeksiya bilan kechadi, sepsis asorati paydo bo‘ladi. Sepsis yoki septikotoksiya yuqori harorat, qaltirash, umumiy holsizlanish bilan kechadi. Bemor ozib ketadi, ishtahasi va uyquasi buziladi. Leykotsitoz va neytrofilyoz oshadi. Qon kuyilishiga qaramay, gemoglobin pasayadi. Kuyish jarohati atrofida boshlangan epiteliylanish to‘xtaydi. Granulyatsiya to‘qimasi jonsizlanadi, qoraqo‘tir ostida yiring to‘planadi. Bemorlar infeksiyaga

moyil bo'lib, jarohat atrofida yiringli to'plamlar va flegmonalar paydo bo'ladi. Yarachaqalar vujudga keladi. Buyrakjigar etishmovchiligi, suvsizlanish, atsidoz, gipoproteinemiya, oksidlanish jarayonida o'zgarishlar kuchayadi. Bu bosqichda terini ko'chirib o'tkazish yordam bermaydi, ko'chirib o'tkazilgan teri bitmaydi.

Septik bosqichida mahalliy davolash va bemorni parvarish qilish alohida o'rinda turadi. Septik holatni davolashda anemiya, gipoproteinemiya va gipoavitaminoz xalakit beradi. Shuning uchun kuygan bemorlarga yuqori kaloriyali, oqsilga, vitamanga boy ovqatlar berilishi zarur.

Plazma va qon preparatlarini yuborish davom ettiriladi. Haftada 1-2 marta qon quyiladi. Mikrofloraga karab antibiotiklar beriladi. Xirurgik yordam - nekrektomiya kilinadi, davolash vannalari bilan bir qatorda o'z vaqtida teri ko'chirib o'tkaziladi. Agar kasallik yaxshi kechadigan bo'lsa, rekonvalessensiya bosqichiga o'tadi.

Rekonvalessensiya bosqichi- paydo bo'lish davrlari kuyishning chuqurligi va kengligiga hamda davolash, kasallikni parvarish qilishga bog'liq bo'ladi. Rekonvalessensiya bosqichi boshlanganini bemorning tashqi ko'rinishidan bilsa bo'ladi: bemorning harorati pasayib, ishtaha paydo bo'ladi, gemogrammada leykotsitoz va ECHT ko'rsatkichlari pasayadi, eritrotsit va gemoglobin miqdori tushishi, oqsil tanqisligi to'xtaydi. Jarohatning yiringlashi tugab, granulyatsiya kuchayadi va epiteliylanish boshlanadi. Terini ko'chirib o'tkazish yaxshi natija beradi. Davolash fizkulturasiga va reabilitatsiyaga keng ahamiyat beriladi. Kuyish jarohatlari bitgandan so'ng, ularning chuqurligiga qarab, nozik yoki qo'pol chandiqlar hosil bo'ladi (qontrakturalar). Ularni fizioterapiya yo'li bilan yumshatilmasa, rekonstruktiv operatsiya qilinadi.

Kuyishning og'irligini bilish uchun bir qancha prognostik testlar mavjud. Ulardan eng ko'p ishlatiladigani Frank indeksidir (IF). U quyidagicha aniqlanadi.

IF - $Sy + 3 \cdot Sr$, ya'ni Syu yuzaki kuygan soha (I - III a %), Sr chuqur kuygan soha (III b - IV %), 3 - kuyish chukurligini hisobga olish uchun taklif qilingan koeffitsiyent IF - 30 % bo'lsa, prognoz yaxshi, 30 dan 60

% gacha nisbatan yaxshi, 61 dan 90 % gacha mavhum va 91% ortishi yomon prognoz hisoblanadi. Masalan, alanga bilan kuygan bemorda yuzaki kuyish tana sathini 20 %, chuqur kuyish 20 % ni tashkil etdi, unda IF - 20+320-80 %, ya'ni prognozi mavhum.

Shoshilinch holatlarda «100» uslubidan foydalansa bo'ladi, ya'ni bemor yoshi+kuygan soha %. Jamlangan son 60 gacha bo'lsa, bu bemorda prognoz yaxshi, 61-80 orasida - nisbatan, 81 - 100 mavhum, 100 dan ortig'i ko'ngilsiz hol bilan tugashi mumkin.

Birinchi yordam odatda kamdankam tibbiyot xodimlari tomonidan bajariladi. Bu holda asosiy vazifalardan biri zararlangani yong'indan olib chiqish, yonayotgan sohani o'chirish yoki kuyayotgan kiyimni echib olishdir. Kiyimni tez o'chirmoq darkor, buning uchun shikastlanganni choyshabga tez o'raladi, yoki bu maqsad uchun qalin matoni ishlatga ham bo'ladi. Quygan joydan kiyimlar kesib olinadi, dastlabki 20 daqiqada kuygan sathlar sovuq suv bilan chayiladi, yoki botirib turiladi, Bu yordam ta'sirida og'riq kamayadi, travmatik shokning oldi olinadi. Keyinchalik kuygan joylar spirt bilan artilishi mumkin. So'ngra kuygan sathni toza choyshab yoki uzunasiga qirqilgan, iloji bo'lsa, dazmollangan kiyimkechak bilan o'raladi. Quruq, imqon boricha sterillangan bog'lam ishlatilgani ma'qul. Keyingi vaqtlarda birinchi yordam sifatida metall bog'lamlar metall folga yaxshi yordam bermoqda. Shuningdek maxsus aerezollar (olazol, amprovizol pantenol, oleol - ko'pik hosil qiluvchi aerezol+senovokain+dioksidin) va og'riq qoldiruvchi moddalar ishlatiladi.

3.5. Kuyish turlari va davlash usullari

Chuqur kuygan jarohatlarni davolashda quyidagi vazifalar bajarilishi darkor:

1. Infeksiyaning oldini olish.
2. Qisqa vaqt ichida nekrotik to'kimalarni olib tashlash, uni teri transplantati yoki biologik bog'lovlar bilan bekitish.

Davolash avval birlamchi xirurgik ishlashdan boshlanadi: keng kuyganda narkoz yordamida bajariladi. Ishdash va davolashda kuygan

sohaning chuqurligi va jarohatning tarqalganiga ahamiyat beriladi. Bu o‘rinda jarohatni ikkilamchi infeksiyadan avaylashga ahamiyat beriladi, bu esa aseptikaga qattiq rioya qilishni talab etadi.

Birinchi darajali kuyishda jarohat atrofi 70 % spirt bilan artiladi yoki paxta bo‘lakchasi bilan ehtiyotkorona yuviladi. Jarohat yuzasiga baliq moyi, 5 % sintomitsin emulsiyasi yordamida bog‘lam qo‘yiladi. Yuzadagi kuygan soha ochik, holda davolanadi, ko‘pincha sterillangan paxta moyi ishlatiladi. I darajali kuyish bir hafta ichida chandiksiz bitadi.

II va IIIa darajali kuyishda jarohat atrofi spirt bilan dezinfeksiya qilinadi, ba’zida furatsilin yoki boshqa antiseptik bilan yuvish mumkin. Kichik pufakchalar o‘z holicha qoladi, kattalari esa teshib suyuqligi chiqarib yuboriladi yoki steril instrumentlar bilan kesib olinadi, keyin ma’kul bir davolash usuli qo‘llaniladi (rasm.3.9).



Rasm.3.9. Kuygan jarohatni yopiq usulda davolash

Davolash bog‘lami ostida davolash (yopiq usul). Yopiq davolash usulida kuygan jarohat ustiga 5 % sintomitsin emulsiyasi, vazelin yoki paxta moyi, yoki to‘qimaga salbiy ta’sir qilmaydigan dorivor moddalar bilan bog‘lab qo‘yiladi. Keng tugunli doka, ximioterapevtik moddalardan tayyorlangan jele yoki kremlar surtilib qo‘yilsa, ijobiy

natija beradi. Bog‘lamni 10-14 kun o‘zgartirmay tursa ham bo‘ladi. Agar infeksiya tushmasa II darajali kuyish ikki haftada, II 1a darajalisi esa 3-4 haftada bitadi. Yopiq usul qo‘loyoq shikastlanganda, hajmi uncha katta bo‘lmagan jarohatlar uchun ma‘quldir.

Epiteliylanish boshlanguncha tozalanish fazasida suvda eruvchan polietilenglikol (PEG) dan tayyorlangan surtma dori qo‘llanilgani yaxshi. PEG o‘ziga namni yaxshi shimadi (gidrofil), ekssudatni jarohatdan eliminatsiya qiladi, undagi nekrotik to‘qimalarni eritadi. A.V.Vishnevskiyning surtma dorisini jarohat epiteliylanishi paytida ishlatgan yaxshi, chunki undagi yog‘ asosi suyuqlikni shimish qobiliyatiga ega emas.

Ximioterapevtik moddalarni o‘z ichiga olgan krem va jele qontakt ta‘sirga ega, shuning uchun kritik davr - 3-5 kun ichida borlamni ochmasdan ko‘llash mumkin. Flora sezgirligiga qarab surtma dori tarkibiga har xil antibiotiklarni qo‘llash mumkin (gentamitsin, xlorofenikal, sulfanilamidlar).

Yuzaki kuyishlar (I - IIIa) ochiq jarohatlar bo‘lib, qoraqo‘tirni berkitib turadi va u qoraqo‘tir ostida 2-3 haftada bitadi.

Infeksiya tushgan kuyish pufakchalari kesib olinadi, og‘riq beruvchi teri sathiga yuqorida kayd kilingan surtma dorilardan ishlatiladi.

Ochiq - bog‘lamsiz davolash usuli yuz va tana jarohatlarini davolashda qo‘l keladi. Ochiq metodda birlamchi xirurgik ishlashda pufaklar kesib olinadi.

Bog‘lamsiz davolash usulida infraqizil nuri bo‘lgan maxsus palatalarga o‘rnatilgan aeroterapevtik uskundan (ATU) foydalaniladi, u 30-32°S isitilgan vertikal havo yo‘nalishiga ega (ATU- I). Qoraqo‘tir keyinchalik demarkatsion chiziq hosil bo‘lgach, operatsiya yo‘li bilan olib tashlanadi. Bu palatalarda II va III darajali kuyishlar tez epiteliylanishga uchraydi. Tibbiyot xodimlari bu palatalarga steril xalat, qo‘lqop va maskalarda kiradi.

ATU da davolash plazma yo‘qotishning oldini oladi, katabolik jarayonlarni, kuyish jarohatlarining infeksiyalanishini kamaytiradi, suvelektrolit balansini tartibga soladi.

Jarohat tez orada quritilganda chuqur nekrozni xirurgik yoki kimyoviy nekrektomiya qilish tezlashadi. Buning uchun qoraqo'tirga 40% salitsil kislota surtmasidan 200-250 g qo'yiladi, bu uni 2 sutka ichida granulyatsion to'qimadan qonsiz ko'chirishga olib keladi.

Kuyishni davolashda quyidagi terapevtik tadbirlarga rioya qilish kerak:

1. Ximiyaviy yoki xirurgik nekroektomiyani, mexanik jarohat antiseptikasini barvaqt bajarish lozim, chunki 7 kundan so'ng chuqur to'kimalardan mikroblar o'sishi ko'payadi, 17 kundan keyin esa qonda paydo bo'ladi (septitsemiya).

2. Mikroblarni ximioterapevtik moddalar (antibiotiklar, sulfanilamidlar) va ATU yordamida kamaytiriladi.

3. Lokal ATU3,5 ishlatilganda qo'loyoqlarni baland vaziyatda saqlash lozim.

4. Jarohat yuzasini tezroq spontan epitelizatsiya qildirish, yoki autoteri, geterogen to'kimalar ko'chirib o'tkazish.

5. Yuqori kaloriyali oqsil, vitaminlarga boy parhyez.

6. Gipoproteinemiya va anemiyaning oldini olib, terining himoya plastik xususiyatini oshirish.

Chuqur kuyishlar (IIIb va IV darajalari) «yopiq» shikastlar hisoblanadi, chunki nekrotik kavat zararlangan yuzani berkitib turadi. Bu o'lik to'qima qavati tirik to'qimadan ajralmaguncha intakt bo'lib turadi. Nam qoraqo'tirda esa mikroorganizmlarning soni haddan tashqari ko'payib ketadi. Jarohatga grammanfiy mikroblar to'planishi qoraqo'tir rangini qo'ng'irga aylantirib, badbo'y yiring hosil qiladi va bog'lam ko'kyashil tusga kiradi. O'lgan to'kima septikotoksemiya va sepsis keltirib chiqaradi.

Nekrotik to'qima ko'chgach va erigach ochik jarohat hosil qiladi, terini ko'chirib o'tkazishga zamin tayyorlaydi.

Kuygan jarohatga terini ko'chirib o'tkazish usullari. Autodermoplastika uchun donor sath etarli bo'lishi kerak. Olinayotgan teri parchasining kalinligi 0,2 dan 0,4 mm gacha bo'lishi kerak. Bundan qalinroq teri parchasi katta harakat sezuvchi sathlarga, tovon kaft yuzasiga o'tkaziladi(rasm.3.10.a,b.c.).



a.



b.



s.

Rasm.3.10.a,b,s- Teri autodermoplastikasi

Tirsh (1886) usuli - teri ingichka va uzun parchalar qilib kesib olinadi. Kuyish sathi keng bo'lsa, autoplastik material kam bo'ladi, shuning uchun «aloka markasi» usulida kichik to'rtburchak qilib kesib olingan teri parchalari birbiridan 1 - 1 1/2 sm oralig'ida o'tkaziladi.

Alloplastikada autodermoplastikadan farqli o'larok, gomoteri ishlatiladi, sovutilgan steril holatda uzoq turadi. Hozirgi vaqtda ko'proq aralashgan - autoalloplastika ishlatiladi. Bu Movlel Djekson (1952-1954) usuli deyiladi. Teri parchalari uzunuzun qilib yoki markaga o'xshatib granulyatsiyalashgan jarohatga ko'chirib o'tkaziladi. Bu holda gomoteri ma'lum vaqtdan keyin lizisga uchraydi, autotransplantat esa biri ikkinchisining tomoniga o'sib, yaxlit epitelial koplam hosil qiladi.

Vaqtincha biologik yopqich uchun qo'yilgan jarohatga ksenotransplantat ishlatiladi, buning uchun ko'pincha cho'chqa terisidan foydalaniladi.

Ba'zan yuz va yuqori nafas yo'llari kuyganda (qaynoq sun, bug' yoki gaz) halqum tez shishib, nafas qisganda traxeostomiya xirurgik davolash sifatida qo'llaniladi.

Qo'loyoq to'qimalari qorako'mir bo'lganda tirik to'qima chegarasida amputatsiya qilinadi.

Nurdan kuyishlar. Ionli nurlanish ta'sirida organizmda o'tkir va surunkali hamda mahalliy (lokal) va umumiy shikastlar kuzatiladi. O'tkir nurdan shikastlanishlar to'rt darajali bo'ladi.

1. Erta eritema. Birinchi kuni uning belgilari ma'lum bo'ladi, 2-3 haftadan so'ng teri quriydi, engil pigmentatsiya bo'ladi, soch butunlay to'kiladi.

2. Eritematoz dermatit. Bu belgi terining o'tkir yallig'lanishini ko'rsatadi, og'riq, kuyish belgilari, pigmentatsiya paydo bo'ladi, soch to'kiladi.

3. Bullyoz dermatit. Nurlanishdan so'ng bir hafta o'tgach, og'riq paydo bo'lib, rangsiz pufakchalar paydo bo'ladi, epidermis ko'chib, soch to'kiladi. 6-12 kun davomida terining bitishi mumkin, ammo oylab davom etishi ham mumkin.

4. Gangrenozli dermatitda 2-3 sutkadan so'ng qichitadigan eritema paydo bo'ladi. So'ngra epidermis nekrozga uchraydi. Yiringli

bo'shliklar hosil bo'lib, ularni faqatgina plastik operatsiya bilan yopish mumkin.

Terining surunkali shikastlanishi oylab davom etadi, u rentgen nurlarining kamkam ta'siridan paydo bo'lib, ko'pincha qo'l va panjalar zararlanadi. Ular rentgen dermatitlarini paydo qiladi, rentgen yaralari (yiring to'plamlari) prekarsinoma hosil bo'lguncha 10 yildan 15 yilgacha vaqt o'tadi. Nurdan shikastlanishning yana bir asorati genlarga ta'sir qilib, ularni mutatsiyaga olib keladi va irsiy kasalliklarga sabab bo'ladi.

Nurdan shikastlanishlar keng to'lqin spektriga ega bo'ladi, atom bombasi yoriladigan bo'lsa, yorug'lik, issiqlik energiyalari birgalikda ko'shma shikastlarni keltirib chiqaradi. Radioaktiv moddalar portlash natijasida radioaktiv chang sifatida nafas, me'daichak shilliq kavatlariga ta'sir kilib mahalliy nurdan shikastlanishlarni ro'yobga chiqaradi. Umumiy reaksiya sifatida beta, gamma va rentgen nurlari, yuqorida qayd qilingandek, nur kasalligiga sababchi bo'ladi, uning klinikasi nurlanish ekspozitsiyasiga bog'liqdir.

Klinikasi. 500 rad (5 gr) (grey) dan ortiq nur o'limga olib keladi, 200 dan 500 rad gacha (2,5 gr) o'rta darajadagi nurlanish kasalligiga sabab bo'ladi. Birinchi kunlari ko'ngil aynish, holsizlik paydo bo'ladi. 2-3 haftada o'tkir nur kasalligi paydo bo'ladi. Kasallik qon yaratilishini buzadi, petexial qon kuyiladi, asoratlar paydo bo'ladi, bemor isitmalaydi. Butun tana 250 rad nurlanganda o'lim 50 % ni tashkil qiladi, yoki 2-3 oyda tuzalishi mumkin. Bir necha soatda 200 rad (2 gr) nurlanilsa, engil o'tkir nur kasalligi paydo bo'ladi. 100 rad (1 gr) odatda shikoyatlarga sabab bo'ladi. Keyinchalik nurlanish kumulyatsiya bo'lib, xronik kasallik keltirib chiqarishi mumkin. Nur kasalligining klinikasi murakkab bo'lib, ko'p tomonlari hali aniqlanmagan.

Mahalliy shikastlar 2 haftadan, latent davrdan keyin paydo bo'ladi. Jarohat bitishi asoratsiz o'tishi mumkin. Nur kasalligi avj olganda yallig'lanishga reaksiya pasayadi, nekrozning biologik lizisi cho'ziladi, yiringlash xavfi oshadi. Jarohat bitishining ikkinchi fazasida reparativ jarayonlar cho'ziladi. Hosil bo'lgan granulyatsiya tez qonaydi, nekrozga

uchraydi. Epiteliylanish to‘xtaydi, jarohat bitsa, katta chandiq, ko‘pincha kelloid hosil qiladi.

Davolash. Qo‘shma shikastlarda nekrektomiya erta, birinchi haftalarda bajariladi, operatsiyani nur kasalligi avjiga chiqmasdan suyak iligi depressiyasi tugagach, 6-10 haftalarda bajarish mumkin bo‘ladi.

O‘tkir nur kasalligini davolashda suyak iligini transplantatsiya qilinadi, odatda katta odamda 1500 ml suyak iligi borligini hisobga olib, 500 ml ilik ko‘chirib o‘tkaziladi.

Oftob urishi. Oftob urishi organizmga uzoq vaqt quyosh nuri ta’sir qilishidan vujudga kelib, odatda tananing umumiy kizishi va terining mahalliy kuyishi bilan kechadi. Quyosh nuri infraqizil, ko‘k, binafsha va ultrabinafsha aktiv quyosh spektriga ega bo‘lib, ularning ta’siri qariyalar va bolalarda ayniqsa kuchli o‘tadi.

Klinikasi. Oftob urishining ta’siri latent davridan so‘ng ro‘yobga kelib, bosh aylanishi, tomir urishining tezlashi, rang ko‘rishning buzilishi kuzatiladi (atrofdagi ashyolar yashil yoki qizil bo‘ladi), keyinchalik qo‘lchoqlar titraydi, ter chiqishi tezlashadi. Bemor befark yoki haddan tashqari aktiv bo‘ladi, hushdan ketib, qon bosimi kamayadi. Bu hol boshlanishda bemor yuzi qizarib, keyin oqarib ketadi. Miyada o‘choqli shikastlar paydo bo‘ladi, tutqanoq ro‘yobga keladi.

Oftob urishda patologoanatom miya shishi va giperemiyasini, qon quyilishini, ba’zida seroz meningitni topadi.

Davolash. Shikastlangan soya, salkin joyga yotqiziladi, boshiga sovuq kompress ko‘yiladi, yurak tomir faoliyatini yaxshilovchi preparatlar qilinadi, suyuklik ichiriladi.

Issiqlik urishi. Termoregulatsiyaning buzilishiga olib keluvchi o‘tkir kizish issiklik urishiga sabab bo‘ladi. Ko‘pincha issiq, havo aylanishi iloji bo‘lmagan xonalarda, yuqori namlik bo‘lganda ro‘yobga keladi. Yurak xastaligi, qon bosimi baland bo‘lgan, semiz kishilar bunga moyil bo‘ladilar.

Klinikasi. Charchash, bosh og‘riq, yurak atrofida yomon hissiyot bo‘lishi erta belgilaridir. Tomir urishi, nafas olish tezlashadi, bemor terlaydi. Qon bosimi kamayib, siydik kelmaydi. Tana harorati oshib,

mushaklar tirishishi mumkin. Nafas olishi qiyinlashib, koma vujudga keladi.

Davolash. Shikastlanganni salqin joyga yotqiziladi, toza havo beriladi. Boshiga va katta tomirlar oldida muzli pufaklar qo'yiladi. Yuraktomir sistemasini yaxshilovchi dorilar qilinadi, antigistamin, kortikosteroidlar beriladi, ba'zida reanimatsiya harakatlarini bajarish tavsiya qilinadi.

Kimyoviy kuyishlar. Kimyoviy kuyishlar ba'zi bir kimyoviy moddalarning (kislota, ishqor, og'ir metallar tuzi, fosfor) bevosita tanaga ta'siri natijasida ro'yobga keladi. Kimyo sanoati keng taraqqiy qilganligi sababli bu shikast ishlab chiqarish travmalari orasida 12 % ni tashkil qiladi. Ba'zida tasodifan kimyoviy modda ichilganda yoki suikasdlik maqsadida ovqat hazm kilish organlari, avvalo qizilo'ngach kuyishi mumkin. Nafas olish yo'llari kuyishi jangovar zaharlovchi moddalar qo'llanilganda (iprit, lyuizit, tatun) kuzatiladi. Klinikasi bo'yicha kimyoviy va termik kuyishlar birbiriga o'xshaydi, oldiniga eritema va shish (I darajali), pufakchalar (II), teri nekrozi (III) va chuqur to'qimalarning zararlanishi (IV) kuzatiladi,

Kislota va og'ir metallar tuzi to'qimalarga tez ta'sir kilib, ulardan suvni tortib oladi va oqsillarni ivitadi (koagulyatsiya), shuning uchun kislotadan kuyishda chuqur to'qimalarga etib borishi qiyinlashadi. Qoagulyatsiyali nekroz paydo bo'lib, qoraqo'tirga aylanadi, uning rangiga qarab kimyoviy moddaning turini bilsa bo'ladi. Sulfat kislotadan nekrozga uchragan to'qima qora, nitrat kislotadan esa sarg'ish rangda bo'ladi. Agar kislota konsentratsiyasi kuchli bo'lsa, nekroz darrov vujudga keladi, kuchsizrok bo'lsa, latent davri bo'ladi. Benzin va kerosin I - II darajali kuyishga sabab bo'lib, kuchli ogriq bilan kechadi. Og'ir metallar tuzi (simob, kumush va shunga o'xshash) kislotalarga yaqin ta'sir qiladi. Kasalxonalarda operatsiyadan keyin yod aralashmalari ta'sirida kuyish (I II darajali) ro'yobga keladi. Ishqorlar (o'yuvchi kaliy, kaustik soda) to'kimadan suvni tortib oladi, oksillarni parchalaydi va yog'larni eritib sovun hosil qiladi. Ishqorlar oksilni ivitmagani - denaturatsiya kildirmagani uchun chuqur to'qimalarga kiradi, qoraqo'tir qalin, bo'sh va yumshoq bo'ladi. Ishkorlar nekroz

hosil qiladi, oqsilni parchalash natijasida toksik mahsulotlar hosil bo'lib, og'ir intoksikatsiyaga sabab bo'ladi. Fosfor, napalm va pirogen (fosforni o'z ichiga oladi) dan kuyish juda chuqur bo'ladi, chunki teriga tushgan bu moddalar yonishda davom etadi. Jarohatdan sarimsoq piyoz hidi keladi, u kulrang parda bilan qoplanadi. Keyinchalik serozyiringli suyuqlik hosil kiladi va chukur nekrozlarga sabab bo'ladi. Ular og'ir intoksikatsiyani keltirib chiqaradi va 2-3 kundan keyin o'tkir jigarbuyrak etishmovchiligi yuzaga keladi, sariqlik va anuriya boshlanadi.

Iprit (dixlordietil sulfid) terida 2 daqiqa turib, keyin so'riladi, yog'da eriydi va hujayralarga kiradi. Latent davrdan keyin bir necha soat davom etuvchi teri eritemasi paydo bo'ladi, 24-48 s dan so'ng seroz suyuqligi bo'lgan pufakchalar yuzaga keladi. Agar ipritning dozasi kam bo'lsa, pufakchalar yo'qolishi bilan birinchi haftalarda bitadi. Qonsentrlangan iprit ta'sir kilsa, chuqur nekroz va yaralar hosil qiladi, ayniqsa yog' va teri bezlari, ko'p ta'sirlanadigan joylar ko'proq zararlanadi.

Iprit jarohatga tushsa, gorchitsa yoki yonayotgan rezina hidiga mos hid hosil qiladi. Jarohat atrofida bir necha soat ichida shish va eritema paydo kiladi, infeksiya ko'shib, bemorda apatiya, ko'ngil aynish, qayt kilish, bosh og'rig'i bo'ladi. Og'ir hollarda komadan ko'ngilsiz voqyea sodir bo'lishi mumkin.

Lyuizit (xlorvinildixlorarsin) ipritga o'xshash ta'sir qiladi.

Lyuizit jarohatga tushganda kuchli og'riq paydo qiladi, jarohat kulrang bo'lib, keyinchalik sarg'ish qo'ng'ir rangga bo'yaladi, geran hidini beradi, kuchli qon ketadi, umumiy zaharlanish belgilari bo'ladi.

Davolash. Birinchi yordam: 5-10 minut davomida oqayotgan suv bilan yuviladi, keyin neytrallovchi moddalar bilan tozalanadi; kislotadan kuyganda 2 % natriy gidrokarbonat yordamida yuviladi, ishqorni esa 1-2 % uksus, bor yoki limon kislotalar bilan neytrallanadi, quruq bog'lam qo'yiladi.

Fosfordan kuyganda yonayotgan narsalar pinset bilan olib tashlanadi. Kuchli suv oqimi bilan yuviladi, neytrallash uchun 5 % li sulfat, 2 % soda eritmasi va 0,1-0, 2 % kaliy permanganat qo'llaniladi. Maxsus pastalar - AF, AF - 20, VIP - 21 ishlatsa ham bo'ladi. Fosfordan

kuyganda surtma dori, yog‘li bog‘lamlar ishlatish mumkin emas, chunki u fosforning so‘rilishiga olib keladi, intoksikatsiyani kuchaytiradi.

Iprit tomchilari uni neytrallovchi 10% xloramin, 70 % spirtidagi eritma bilan paxta yordamida artiladi. 0,1-0, 2 % kaliy permanganat, vodorod sulfatli spirt yoki xlorli ohak bo‘tqasidan foydalansa bo‘ladi. Ochiq jarohatlarni 2 % xloraminning suvli eritmasi bilan yuvish mumkin. Lyuizitni spirt, benzin, efir, xloraminli spirt, kuydirilgan magneziya bilan artib tashlasa bo‘ladi. Ko‘pincha Lyugol eritmasi ham ijobiy ta‘sir qiladi. Qo‘shma ta‘sir bo‘lgan hollarda jangovar zaharli moddalardan yaxshi sanitariya tozalash ishlari o‘tkazilgandan so‘ng ixtisoslashtirilgan xirurgik ishlov bajariladi.

Teri atrofi maxsus neytrallovchi moddalar bilan dezinfeksiya qilinadi. Jarohatni kesib olishda asboblari tez-tez o‘zgartirib turiladi.

Chaqmoq urishi. Ilgari elektor travmalar tabiatdagi elektr manbai - chaqmoqdan ro‘yobga kelar edi. Birinchi yordam yuqorida qayd qilinganday bajariladi. Chaqmoq urishi og‘ir o‘tishi ham mumkin: qo‘loyoq qorako‘mirga aylanishi, tanadan ajralib ketishi ham mumkin. Og‘ir chaqmoq urishlar xirurgik travmatologik bo‘limlarda, ba‘zan reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limlarida davolanadi.

Elektrdan shikastlanish va davolash

Sanoat, kishlok xo‘jaligida va kundalik hayotda elektrlashtirishni ko‘p qo‘llash elektr tokidan shikastlanishlar sonini ko‘paytirib yubordi. Elektr simlarining ikkala qutbini ushlaganda tokdan shikastlanish ro‘yobga keladi, bu boshqa kuyishlardan farq qiladi. Elektr tokining ta‘sir qilishi uning kuchiga, kuchlanishi va ta‘sir davomlilikiga bog‘lik bo‘ladi. Elektr tokining turi (doimiy, o‘zgarib turuvchi, uch fazali) unchalik ahamiyatga ega emas. Mahalliy tok (220 v, 40-60 Gs/s) doimiy tokdan xavfliroq. U tok bilan qontakt bo‘lganda organizmda omik qarshilik paydo kildiradi. Qishi terisining qarshiligi bir necha yuzdan to ikki million om gacha etadi. Terining qarshiligi kancha kam bo‘lsa, tok ta‘siri shunchalik chukur va xavfli bo‘ladi.

Elektr toki termik, kimyoviy va mexanik shikastlarga sabab bo‘ladi. Elektr energiyaning issiqlikka aylanishi (Joul issiqligi) termik kuyishni keltirib chiqaradi. Intensiv termik reaksiya (volt yoyi) ta‘sirida organizm

ko'mirga aylanishi mumkin. Elektr toki metall orkali odamga o'tadigan bo'lsa, metallizatsiya holati ro'y berib, to'qima metallning mayda parchalaridan zararlanadi. Mis simidan shikastlanganda zararlangan soha sariqqo'ng'ir, temir simidan esa kulrang tusga kiradi.

Elektr tokining ta'siri natijasida elektroliz (bug' yoki gaz hosil bo'lishi) ro'yobga kelib, suyakda fosfor tuzlari eriydi; bu «marvarid»ga o'xshash eritemaga sabab bo'ladi. Yuqori kuchlanishdagi shikastlanish nafaqat terini, balki mushak va suyaklarni ham zararlantiradi. Mushak ko'chadi tunnel paydo bo'lib, qon talashadi. Bu o'zgarishlar tokning kirish, shuningdek chikish joyida ham ro'y beradi.

Yuqori kuchlanishdagi elektr toki shokni keltirib chiqaradi, u yuraktomirlar sistemasida fibrillyatsiyaga, nafas olish va nerv sistemasida o'zgarishlarga sabab bo'lib, o'limga olib keladi. Klinikasi mahalliy va umumiy belgilarga ega.

Elektr tokidan shikastlangan sohada sarg'ishqo'ng'ir yoki kulrang kuyish jarohatlari ro'yobga keladi. Ular odatda katta bo'lmasdan 2-3 mm, o'rtasi past va atrofi do'mboqcha kabi (tok nishonalari) ko'tarilib turadi. Termik kuyishdan farkli ravishda elektrdan kuyishda giperemiya va og'riq bo'lmaydi. Bu belgilar tok chiqish joyida mavjud bo'lishi mumkin. Chuqurligini aniqlash kiyin, ba'zida mushak, nerv, qon tomirlari, suyaklari zararlanishi, tok o'tgan sohada tunnel yoki bo'shliqlar paydo bo'lishi mumkin.

Yuqori voltli tokta'sir qilsa, kapillarlar falajga uchraydi, chaqmoq belgilari ro'yobga keladi, kapillarlar rasmi daraxtsimon bo'lib, bosganda, massaj qilinganda yo'qoladi. Chaqmoq belgilari bir necha kundan so'ng yo'qoladi.

Umumiy belgilari har xil bo'ladi, u tokning ta'sir kilish davriga bog'liq, Yengil hollarda qo'rquv, darmonsizlik, hushdan ketish, ko'ngil ayaynish bo'ladi. Og'ir hollarda shok belgisi, chala o'lim holatiga sabab bo'ladi. Shikastlanganda nafas olishning to'xtashi, yurak fibrillyatsiyasi yuzaga keladi. Kasallarda charchash, kamquvvatlik, ko'rish qobilyatining buzilish hollari kuzatiladi. Qonda leykotsitoz SOE oshdi, siydikda oqsil, eriatrotsitlar paydo bo'ladi.

Elektrotravmada o'lim tez yoki bir necha kundan keyin yuz beradi.

Davolash. Birinchi yordam shikastlanish ro‘y bergan joyda davom ettiriladi, shok va chala o‘lik holatidan to nafas olish, yurak faoliyati yaxshilanmaguncha reanimatsiya davom ettiriladi.

Tokdan shikastlanganga yordam beruvchi odam birinchi navbatda shaxsiy xavfsizlik qoidalarini bajarishi lozim. Yurak qorinchalari fibrillyatsiyaga uchragan bo‘lsa, defibrillyatsiya, sun‘iy nafas oldirish yo‘llari (og‘izdan og‘izga, burundan og‘izga), yurakni tashqi massaj qilish, yuraktomirlar faoliyatini yaxshilovchi preparatlar qo‘llanadi.

Mavzuga oid testlar

1. Kimiyaviy sterillashga kiradi:

- a) *antiseptik eritmalar bilan sterillash
- b) nurli sterilizatsiya
- c) qaynatish
- d) avtoklavlash

2. Xirurgik infeksiya bilan kurashishga yo'naltirilgan kompleks tashkiliy ish nomlanadi:

- a) *antiseptika
- b) aseptika
- c) dezodoratsiya
- d) defolyatsiya

3. Xirurgik infeksiyaning manbalarini ko'rsating:

- a) *ekzogen va endogen
- b) xavo-tochi va endogen
- c) kontakt yoki implantatsion
- d) kontakt va endogen

4. Xirurgik ishlov berishdan keyin qaysi muddatda provizor chok bog'lanadi?

- a) *Yarada yallig'lanishning belgilari yuq, 3chi kunda
- b) Yara chetlari infiltratsiya bulgan, 3chi kunda
- c) Yarada bir oz yallig'lanishning belgilari bor, 5chi kunda
- d) Yara chetiga qon quyilgan, 5chi kun

5. Xloreksidin-biglyukonat bilan jarrox qo'liga ishlov berish vaqti ?

- a) *3 min
- b) 1 min
- c) 5 min
- d) 10 min

6. Xlorgeksidin biglyukonat eritmasida xirurg qo'liga ishlov berish davomiyligi ?

- a) *1 min.
- b) 30 sek.

- c) 2 min.
- d) 3 min.

7. Operatsion blokdagi zonalarga kirmaydi ?

- a) *bo'sh steril zona
- b) qisman rejim zonasi
- c) qat'iy steril zona
- d) steril zona

8. Operatsion blok joylashishi kerak ?

- a) *Binoning oxiridan pastki qavatida
- b) Binoning 1-qavatida
- c) Binoning oxirgi qavatida
- d) Binoning istalgan qavatida

9. Operatsion maydonga ishlov berishda yodonatning qanday kotsentratsiyasi ishlatiladi?

- a) *1%
- b) 0.5%
- c) 3%
- d) 5%

10. Operatsion xona necha kunda kamida 1 marotaba umumiy tozalanishi

kerak ?

- a) *7-10 kunda
- b) 2-3 kunda
- c) 10-14 kunda
- d) 20 kunda

11. Operatsion xonada havoning optimal harorati ?

- a) *22-25° S
- b) 18°S dan past
- c) 25-30°S
- d) 30-35° S

12. Operatsion xonalar havosining bakteriologik nazorati utkaziladi ?

- a) *Haftasiga bir marta

- b) Kuniga bir marta
- c) Oyiga bir marta
- d) Yarim yilda bir marta

13. Operatsion xonani mukammal yig'ishtirish o'tkaziladi ?

- a) *xaftada bir marta
- b) kun yakunida
- c) operatsiya boshlanishidan oldin
- d) operatsiya vaqtida

14. Operatsion xonaning derazalarini qaysi tomonga qaratish to'g'ri ?

- a) *Shimoliy-g'arb
- b) Janub
- c) Sharq
- d) Janubi-sharq

15. Operatsiya oldi xonasi qaysi zonaga kiradi ?

- a) *nisbiy sterillik
- b) absolyut sterillik
- c) chegara rejimi
- d) umum shifoxona rejimi zonasi

16. Operatsiya xonasida nechta steril zona bor ?

- a) *4
- b) 5
- c) 3
- d) 2

17. Operatsiya xonasida qaysi yig'ishtirish usuli bo'lmaydi ?

- A) *uzlyuksiz
- B) taxminiy
- C) joriy
- D) yakuniy

18. Operatsiya xonasini ishdan so'ng yig'ishtirish o'tkaziladi ?

- a) *batamom
- b) joriy
- c) mukammal
- d) yakuniy

19. Operatsiya xonasini ish boshlanishidan oldin yig'ishtirishga aytiladi ?

- a) *ertalabki (dastlabki)
- b) yakuniy
- c) xar kunlik
- d) taxminiy

20. Operatsiya xonasini joriy yig'ishtirish o'tkaziladi ?

- a) *operatsiya vaqtida
- b) operatsiya boshlanishidan oldin
- c) kun yakunida
- d) xar operatsiyadan keyin

21. Qaysi variantda boshning yopiq tramasi ko'rsatilgan?

- a) Tashqi qon ketish
- b) Davom etadigan qon ketishi
- c) Bosh asosi sinishi
- d)* Bosh ichi gematomasi

22. Qaysi jarohatda anaerob infeksiya rivojlanishi uchun sharoitlar yaratiladi?

- a) Chopilgan
- b) Tishlangan
- c) Yirtilgan
- d) *Yaralangan (o'q otar quoldan)

23. Jarohatlanishning qaysi bosqichida yallig'lanish mediatorlari ajralishi yuz beradi?

- a) Yalig'lanish
- b) Regeneratsiya
- c) Degidratatsiya
- d) *Chandiq xosil bo'lishi

24. Jarohatlanish protsessining qaysi bosqichida proliferatsiya yuz beradi?

- a) Yallig'lanish

- b) *Regeneratsiya
- c) Chandiqlik xosil bulishi
- d) Regidratatsiya

25. Xirurgik ishlov berishdan keyin qaysi muddatda provizor chok bog'lanadi?

- a) Yara chetlari infiltratsiya bulgan, 3chi kunda
- b) Yarada bir oz yallig'lanishning belgilari bor, 5chi kunda
- c)* Yarada yallig'lanishning belgilari yuq, 3chi kunda
- d) Yara chetiga qon quyilgan, 10chi kun

26. Qaysi jarohatlarda ikkita zona fark kilinadi?

- a) Kesilgan
- b) *Chopilgan
- c) Xamma jarohatlarda
- d) Yirtilgan

27. Qaysi jarohat uchun katta chuqurlik va to'qima atrofi kam jarohatlanishi xos?

- a) *Kesilgan
- b) Tishlangan
- c) Yirtilgan
- d) Sanchilgan

28. Qaysi jarohat turida terining va ter osti qavatining qatma-qat jarohatlanishi kuzatiladi?

- a)* Kesilgan
- b) Chopilgan
- c) Sanchilgan
- d) Skalperlengan

29. Taranglashgan pnevmotoraks nima bilan ifodalanadi?

- a) Asfiksiya
- b) Anemiya
- c) *Yurak etishmasligi
- d) Xamma javob to'g'ri

30. Provizor chok bu-...?

- a) Granulyatsion tukima xosil bulgandan sung kuyiladigan chok

- b) *Granulyatsion tukima xosil bulishidan oldin kuyiladigan chok
- c) Jarohatni boglamasdan kuyiladigan chok
- d) Tugri javob yuk

31. Kaysi jarohatda anaerob infeksiya rivojlanishi uchun sharoitlar yaratiladi?

- a) Chopilgan
- b) Tishlangan
- c) Yirtilgan
- d) *Lat egan

32. Jarohatlanishning qaysi bosqichida yallig‘lanish mediatorlari ajralishi yuz beradi?

- a) Yalig‘lanish
- b) Regeneratsiya
- c) Degidratatsiya
- d) *Chandiq xosil bo‘lishi

33. Jarohatlanish protsessining qaysi bosqichida proliferatsiya yuz beradi?

- a) Yallig‘lanish
- b) *Regeneratsiya
- c) Chandiq xosil bulishi
- d) Regidratatsiya

34. Taranglashgan pnevmotoraks nima bilan ifodalanadi?

- a) Asfiksiya
- b) Anemiya
- c) *Yurak etishmasligi
- d) Xamma javob to‘g‘ri

35. Oshqozon-ichak sistemasi kuyganda kuyish shokida quyidagi klinik kartinalardan qaysi biri bo‘ladi?

- a) *ko‘p bora qayt qilish
- b) ichaklar parezi
- c) to‘g‘ri javob a) b).
- d) qon ivitmasidagi bilirubin miqdorini oshishi

36. Kuyish shokidagi qaysi belgilar jigar patologiyasi haqida darak beradi

- a) giperglikemiya
- b) *qon ivitmasidagi bilirubin miqdorini oshishi
- c) protrombinemiya
- d) transaminaza aktivligi oshishi

37. Kuyishda tovonni qaysi qismi ko'proq zararlanadi

- a) tovon bukuvchi barmoqlar paylari
- b) tovon suyagi
- c) axillov payi
- d) *tovon yozuvchi barmoqlar paylari

38. Kimyoviy kuyish chuqurligiga klasifikatsiyasi nechta darajadan iborat

- a) *ikki daraja
- b) uch daraja
- c) to'rt daraja
- d) termik kuyishlarga analog tarzda

39. Kuygan qismlarni amputatsiyasiga absolyut ko'rsatma

- a) oxirlar ezilganda
- b) o'tkir yiringli artrit
- c) * travma kelib chiqqanda yoki oxirlarni butunlay kuyishida
- d) termik zararlanish zonasini kamaytirish maqsadida va intoksikatsiyani pasaytirish maqsadida

40. Yuzni kuyishida aloxida belgilariga

- a) *ko'zni kuyishi
- b) nafas a'zolari kuyishi bilan
- c) o'tkir psixozlar rivojlanishi bilan
- d) o'tkir psixozlar rivojlanishi bilan

Mavzuga oid savollar

1. Kuyish shokida droperidol 1 kg massa tana vazniga qancha yuboriladi?
2. Kuyish shokida kislota-ishqor muvozanati BE -15 mekv/l, ph – 7,29 bo‘lganda jabrlanuvchiga nima yuborish kerak?
3. Kuyish shokiga harkterli?
4. Ko‘rsatilganlardan qaysi biri kuyish shokida ko‘proq axborotga ega?
5. Gemotokrit va gemoglobin tekshiruvi kuyish shokida har nechi soatda utkaziladi?
6. Kuyish shokida atsidozni korreksiya qilish uchun yuborish kerak? Kuyish shoki (o‘rta yoshdagi aholida) chuqur kuyish nechchi % ni tashkil qilganda kelib chiqadi?
7. Kuyish shokida jigar funksiyasini buzilishiga sabab?
8. Quyidagidan tashqarinafas olish sistemasi buzilishiga olib keladi?
9. Kuyish toksemiyasini birinchi klinik belgisi bo‘lib hisoblanadi?
10. Kuyganlarga birinchi yordam ko‘rsatishda quyidagilar kiradi?
11. Jarohatlar tushunchasi, tasnifi.?
12. Ularni bir-biridan farqi?
13. Jarohatlarning klinik belgilari?
14. Jarohatlarni farqlash?
15. Tishlangan jarohat belgilari?
16. Uning asorati?
17. Quturishga qarshi emlash?
18. O‘q tekkan jarohat klinikasi?
19. Birlamchi xirurgik ishlov berish?
20. Birlamchi xirurgik ishlov berish uchun jihozlar?
21. Jarohatni birlamchi bitishi?
22. Jarohatni ikkilamchi bitishi?
23. Jarohatni umumiy davolash?
24. Jarohatni maxalliy davolash?
25. Jarohatni asoratlari?
26. Teshilgan jarohat klinikasi?

27. Unga birlamchi xirurgik ishlov berish?
28. Yuzdagi jarohatga birlamchi xirurgik ishlov berish?
29. Shikastlanish tasnifini ayting?
30. O'tkir shikastlar bilan bemorlarni tekshirishning uziga xos tomonlarini kursating?

MAVZULARGA OID AMALIY KO'NIKMALAR

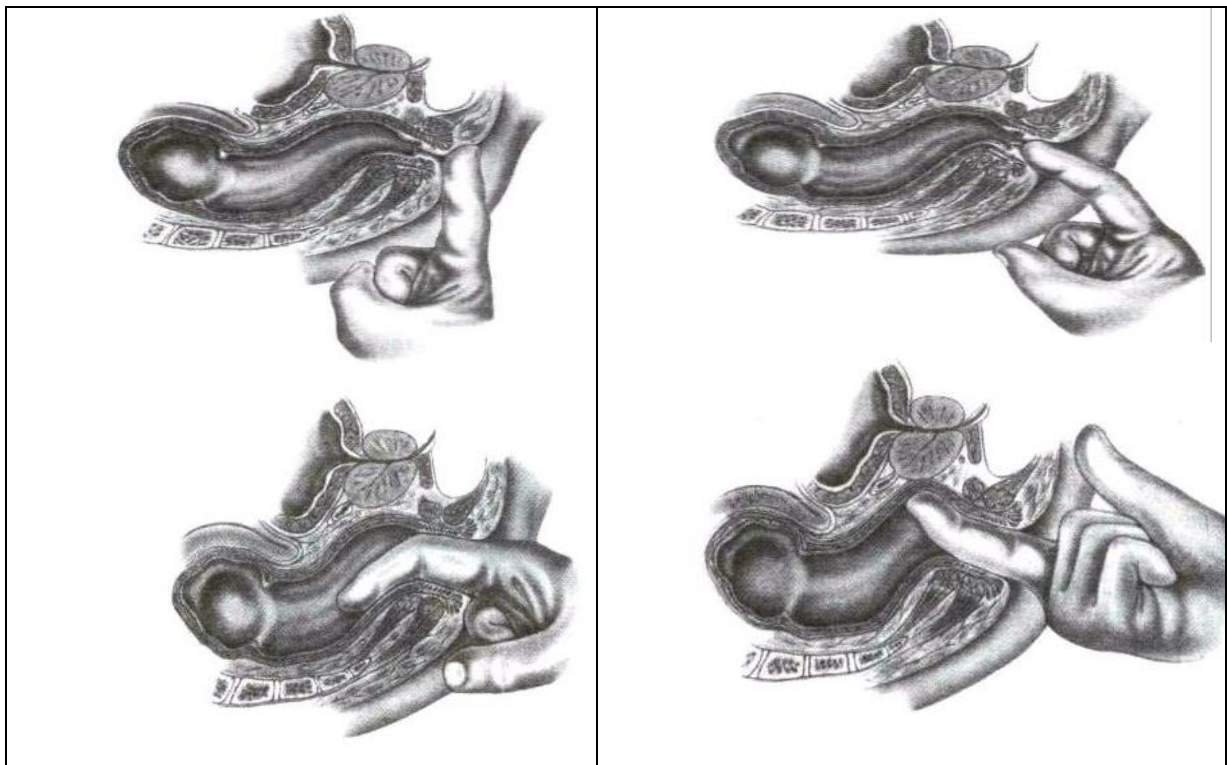
TO'G'RI ICHAKNI BARMOQ BILAN TEKSHIRISH

Maqsad: kichik chanoq a'zolari va to'g'ri ichak kasalliklari diagnostikasi.

Ko'rsatma: to'g'ri ichak kasalliklari, funksiyasining buzilishi, o'tkir ichak tutilishi, qorin bo'shlig'i a'zolari kasalliklari, ginekologik patologiya.

Jihozlar: rezinali qo'lqop va vazelin, antiseptik eritma, dokali o'ramcha o'.

Bajarilish bosqichlari
1. Rezina qo'lqop kiyiladi.
2. Bemor holati – tizza-tirsak, yonbosh va yelka qoringa bukilgan holatda.
3. Tashqi chiqaruv sohasi ko'zdan kechiriladi – gemorroy, o'sma va yoriq bor-yo'qligi.
4. Ikkinchi barmoqqa vazelin surtiladi va barmoq anal teshigiga kiritiladi, bemor yengil kuchanib turadi.
5. To'g'ri ichak aylanmasiga tekshiriladi, og'riqli soha yoki o'smali hosila aniqlanadi (o'lchami, harakatchanligi, konsistensiyasi, to'qimalarga aloqasi – tashqi sfinkter, prostata bezi yoki bachadon ortiqlari bilan).
6. Manipulyatsiyadan keyin barmoqda ajralma bor-yo'qligi tekshiriladi (yiring, qon, shilliq).
7. Qo'lqop yechiladi.



TERMİK KUYISHDA AMBULATOR YORDAM

Maqsad: birinchi tibbiy yordam.

Ko'rsatma: kuyish.

Jixozlar: narkotik bulmagan analʼgetiklar, steril choyshab.

Bajarilish bosqichlari
1. Jaroxatlovchi faktor ta'siridan ozod qilish.
2. O'choqdan olib chiqish.
3. Sovuq suv bilan tozalash.
4. Ogriqsizlantirish.
5. Kiyimlarni kesish yoki olib tashlash.
6. Yarani sovuq suv bilan tozalash.
7. Bemorni steril choyshab bilan urash.
8. Lokal kuyishda boglam qo'yish.
9. Zambilga yotqizish.
10. Statsionarga transportirovka qilish.

SOVUQ URGANDA AMBULATOR YORDAM

Maqsad: birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

Ko'rsatma: tananing sovuqqotishi.

Jixozlar: termoizolyasiyali boglam.

1- usul

Bajarilish bosqichlari
1.Tananing sovuqqotgan qismlarini qo'l bilan ishqalash.
2.Quruq termoizolyasiyali boglam qo'yish (boglam bilanssellofanli plyonka yopilgan paxta-dokali tampon qo'yiladi, ustidan yumshoq bintli boglam yoki ipak mato).
3.Oyoq-qo'llarda immobilizatsiya o'tkazish.
4.Zudlik bilan shifoxonaga yotqizish.

2- usul

Bajarilish bosqichlari
1. Tananing sovuqqotgan qismlarini qo'l bilan ishqalash.
2. Tananing sovuqqotgan qismini boshlanishida 18 ⁰ S suvga botiramiz, keyinchalik suv xaroratini 38 ⁰ S gacha ko'taramiz. Quruq salfetka bilan quritiladi.
3.Sovuqqotgan soxaga aseptik boglam qo'yiladi.
4.Oyok qo'llarni mustaxkamlovchi boglam yoki shina bilan immobilizatsiya qilish.
5.Jabrlanuvchiga issiq choy yoki kofe ichirish
6.1% li 1 ml dibazol eritmasi va 1% li 1 ml nikotin kislotasini mushak ichiga yuborish.
7.Bemorni travmatik punktga yoki travmatologiya bulimiga gospitalizatsiya qilish.

JAROHATLANGANDA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO'RSATISH

Maqsad: travmpunktga birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

Ko'rsatma: kesilgan jarohatlar va lat eyish.

Jihozlar: 3%-li vodorod peroksidi eritmasi, furatsillin eritmasi, 0,5%-li novokain, 1%-li yodonat, 70%-li spirt, steril lotok, 10,0 va 5,0 shprits, bog'lov materiali, ipak material, qon to'xtatuvchi qisqich

«Moskit», igna ushlagich, ampula – qoqshol anatoksini, qoqsholga qarshi zardob, gangrenaga qarshi zardob, yuqori spektrli antibiotik.

Bajarilish bosqichlari
1. Rezina qo‘lqop kiyiladi. Jarohatlangan teri atrofi yodonat va spirt bilan tozalaniladi.
2. 0,5%-li novokain bilan infiltratsion anesteziya qilinadi.
3. Jarohat furatsillin va vodorod peroksidi bilan tozalaniladi.
4. Qon to‘xtatish uchun «Moskit» qisqich va keyin ligatura qo‘yiladi.
5. Jarohat tikiladi.
6. Aseptik bog‘lam qo‘yiladi.
7. Antibakterial terapiyani boshlanadi.
8. Anaerob infeksiya profilaktikasi (Bezredko usulida qoqshol anatoksini (SA), qoqsholga qarshi zardob (PSS), gangrenaga qarshi zardob (PGS) yuboriladi).

OSHIQ JAROHATLARDA BIRINCHI YORDAM

Maqsad: infitsirlangangan yara profilaktikasi va qon ketishini to‘xtatish.

Ko‘rsatma: oshiq jarohatlar.

Jihozlar: nonarkotik analgetiklar, antiseptiklar, bint, pinset, qaychilar.

Bajarilish bosqichlari
1. Bemorni chalqancha yotqiziladi. Rezina qo‘lqop kiyiladi.
2. Bemor yoniga o‘ng tomondan kelinadi.
3. Analgetiklar bilan og‘riqsizlantiriladi.
4. Arterial bosim va puls o‘lchanadi.
5. Kiyimini echa olmaganda qirqiladi.
6. Jarohat atrofiga antiseptiklar bilan ishlov beriladi.
7. Pinset bilan kiyim bo‘laklari va yot jismlarni jarohatdan olib tashlanadi.
8. Bosuvchi bog‘lam qo‘yiladi.

9. Bemor zambilga yotqiziladi.

10. Statsionarga transportirovka qilinadi.

JAROHATGA BIRLAMCHI XIRURGIK ISHLOV BERISH

Maqsad: yiringli jarohat profilaktikasi, hayoti saqlanmagan to‘qimani olib tashlash, gemostaz.

Ko‘rsatma: har qanday jarohatda 12 soat ichida yordam ko‘rsatish.

Jihozlar: 70%–10 ml spirt, 0,5%–100,0 novokain eritmasi, antiseptik, skalpel, pinset, qisqich, ignatutqich, igna, steril iplar, qaychi, sharik, salfetka, leykoplastir.

Bajarilish bosqichlari

1. JBXIB bosqichlari: operatsiya maydoniga antiseptiklar bilan ishlov beriladi, mahalliy novokainli anesteziya qilinadi, jarohat devori skalpel bilan kesilib tekislanadi, qon ketishi to‘xtatiladi, jarohat qavatma-qavat tikiladi.

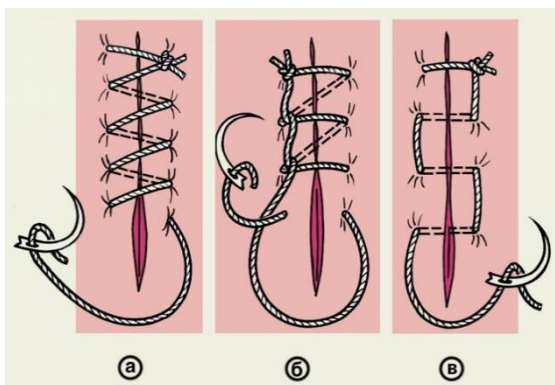
2. Yuz va boshda JBXIB xususiyati: jarohat atrofini tejamli tozalanadi, jarohatlangandan keyin 48 soat ichida JBXIB o‘tkaziladi.

3. Panjada JBXIB xususiyati: maksimal tejamli, faqat hayoti saqlanmagan to‘qimalar olib tashlanadi.

4. Nerv, tomirlar va miya to‘qimasida maksimal tejamkorlik bilan JBXIB o‘tkaziladi, faqat hayotsiz to‘qima olib tashlanadi.

5. JBXIB olib borishga qarshi ko‘rsatma: bemorning umumiy ahvolidagi o‘ta og‘ir bo‘lishi (shok, o‘tkir anemiya, jarohatdagi yiringli infeksiya).

6. Har qanday tasodifiy jarohatda qoqshol profilaktikasi o‘tkaziladi (SA, PSS).



Jarohatga birlamchi xirurgik ishlov berish.

a – yara ishlov bergunga qadar; b – yara atroflari va tagini kesish; v – yarani tikish.

TERIGA CHOK QO‘YISH TEXNIKASI

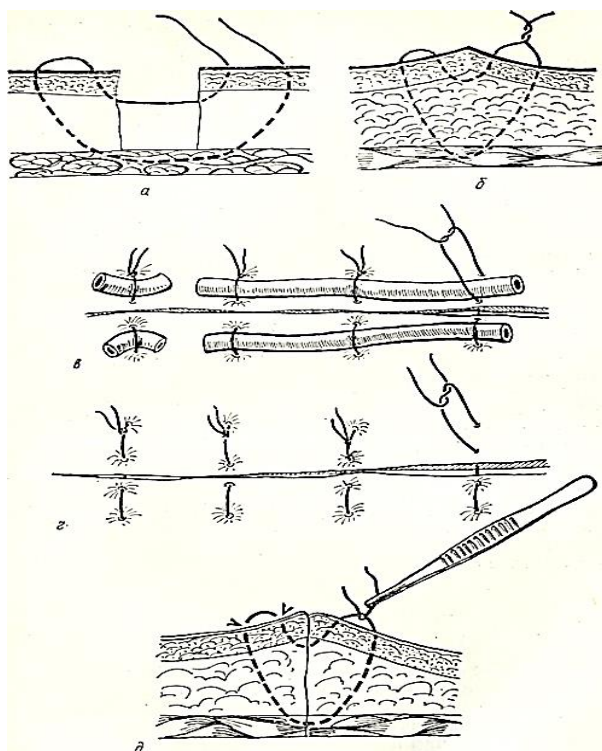
Ko‘rsatma: teri butunligini tiklash.

Qarshi ko‘rsatma: yiringli, tishlanganda, jarohat kuchli ifloslanganda.

Jihozlar: steril lotok, rezina qo‘lqop, igna ushlagich, bog‘lov material, pinset, kesuvchi igna, Kuper qaychisi, ipak material, shprits, 1%-li yodonat eritmasi, 70%-li etil spirti, 0,5%-li novokain.

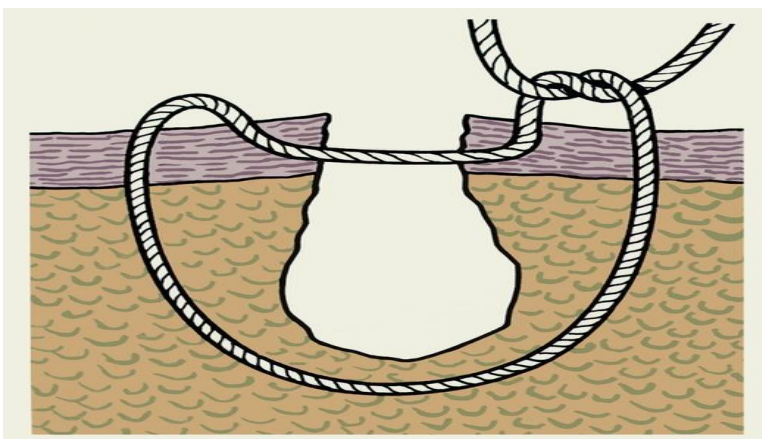
Bajarilish bosqichlari
1. Rezina qo‘lqop kiyiladi.
2. Pinsetga olingan yodonat salftkasi bilan jarohat atrofiga 2 marta ishlov beriladi.
3. Pinsetga olingan 70%-li spirt salftkasi bilan jarohat atrofiga ishlov beriladi.
4. Novokain bilan jarohat sohasi mahalliy og‘riqsizlantiriladi.
5. Igna ushlagichga kesuvchi igna joylashtiriladi.
6. Igna teshigidan ipak ip o‘tkaziladi.
7. Jarohat bir tomonidagi to‘qima xirurgik pinset bilan ushlanadi.
8. Jarohat cheti va kesimidan 1 sm uzoqlikda igna teridan o‘tkaziladi.
9. Igna jarohat tubidan o‘tkazilishi kerak.
10. Jarohat cheti va kesimidan 1 sm uzoqlikda igna jarohatning keyingi tomonidan chiqariladi.
11. Igna ushlagich bilan igna ushlanadi.
12. Igna chiqarayotganda xirurgik pinset bilan teri ushlab turiladi.
13. Igna to‘qimadan chiqariladi va ip ozod qilinadi.
14. Jarohat bir tomonida ip 3 marta xirurgik tugun bilan mustahkamlanadi.

15. Tugundan 1 sm qoldirib ip qaychi bilan kesiladi.
16. Qolgan choklar yuqorida ko'rsatilgan usulda qo'yiladi, tugunlar oralig'i 1 sm bo'lishi kerak.
17. Pinsetga yodonatli salfetka olinib choklar tozalanadi.
18. Choklar ustidan pinset bilan steril salfetka qo'yiladi.
19. Salfetka bog'lam bilan mustahkamlanadi.
20. Ishlatilgan instrumentlar va bog'lov materiallari kerakli hajmdagi dezinfeksiyalovchi eritmaga solinadi.
21. Rezina qo'lqop echiladi va dezinfeksiyalovchi idishga solinadi.



***Mak-Millan-Donati
choki:***

a – chok qo'yish; b – yara bitgandan so'ng chok holati; v – rezina trubkalar chok ostida qoldirilgan; g – rezina trubkalarsiz; d – choklarni olish.



TERIDAGI CHOKLARNI OLIISH TEXNIKASI

Chok qo'yilgandan 5-7 kun o'tgach olinadi. Agar katta o'lchamli operatsiyadan keyin chok bitta qoldirilib olinadi, keyingi kuni qolgani olib tashlanadi.

Maqsad: materialni olib tashlash.

Ko'rsatma: tikuv materialini olish.

Jihozlar: steril lotok, rezinali qo'lqop, bog'lov materiali, anatomik pinset, o'tkir uchli qaychi, 1%-li yodonat eritmasi.

Bajarilish bosqichlari
1. Bemorni qulay holatda yotqiziladi.
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
3. Pinsetga yodanat eritmasiga botirilgan salfetka olinib operatsiyadan keyingi jarohat va tikilgan soha tozalaniladi.
4. Anatomik pinset bilan chok tuguni ushlanadi va o'ziga tortiladi.
5. Qaychi bilan ipning oq qismi tugun pastidan kesiladi.
6. Ip to'qimadan pinset yordamida olinadi.
7. Pinsetga yodanat eritmasiga botirilgan salfetka olinib jarohat tozalanadi.
8. Pinset yordamida quruq salfetka jarohat ustiga qo'yiladi.
9. Ishlatilgan instrumentlar va bog'lov materiallari har xil hajmdagi dezinfeksiyalovchi eritmaga solinadi.
10. Rezina qo'lqop echiladi va dezinfeksiyalovchi idishga solinadi.

TRAUMATOLOGIK KASALLARNI TEKSHIRISH, PALPATSIYA USULI

Maqsad: tayanch-harakat apparatlari patologiyasini aniqlash.

Ko'rsatma: tayanch-harakat apparatlari fuksiyasining buzilishi.

Jihozlar: engil kushetka.

Bajarilish bosqichlari
1. Mahalliy temperatura aniqlanadi.
2. Teri qoplamasi holati (tarangligi, shishganligi, tortilganligi) aniqlaniladi.
3. Krepitatsiya va suyak sinishlari bor-yo'qligini aniqlanadi.
4. Patologik harakatlar bor-yo'qligi tekshiriladi.
5. Bo'g'im bo'shlig'ida suyuqlik borligi (gemartroz, sinovit) aniqlanadi.
6. Shish hajmi va uning mushak to'qimasi bilan aloqasi bor-yo'qligini aniqlanadi.
7. Flyuktuatsiya bor-yo'qligini aniqlanadi.
8. Lokal og'riq bor-yo'qligini aniqlanadi.

LUKASHEVICH-OBERST BO'YICHA NOVOKAIN BLOKADASI

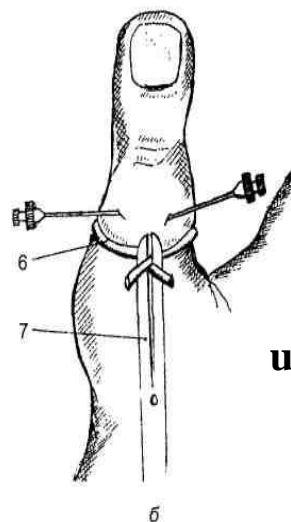
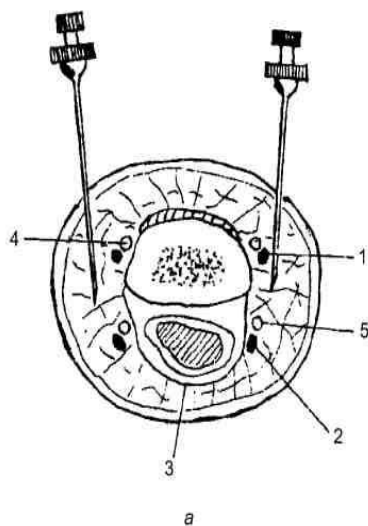
Maqsad: og'riqsizlantirish.

Ko'rsatma: barmoqlarda o'tkaziladigan operatsiyalar.

Jihozlar: spirt, pinset, 2%-li novokain eritmasi, steril bint va salfetka, shprits.

Bajarilish bosqichlari
1. Bemorni qulay vaziyatda yotqiziladi.
2. Rezina qo'lqop kiyiladi.
3. Kaft sohasiga 3 marta yodonat va spirt bilan ishlov beriladi.

4. Barmoq asosi turniket tarzida steril bint bilan bog‘lanadi.
5. Shpritsga 2%-li 5 ml novokain eritmasi olinadi.
6. Novokain eritmasi barmoqning yon yuzasi bo‘ylab ikki tomondan teri ostiga yuboriladi.
7. 3-5 minut o‘tgach barmoq asosidagi bint olinmay turilib operatsiya boshlanadi.



**Barmoqlarda
qilinadigan
operatsiyalarda
Lukashevich-Oberst
usulida og‘riqsizlantirish
sxemasi.**

KATTA QON TOMIRLARDAN QON KETAYOTGANDA BARMOQ BILAN ANATOMIK NUQTANI BOSISH

Maqsad: qon ketishini to‘xtatish.

Ko‘rsatma: katta qon tomir jarohati.

Jihozlar: bog‘lov materialli.

Bajarilish bosqichlari
1. Yuz arteriyasi pastki jag‘ burchagidan 2 sm oldinda pastki jag‘ga bosiladi.
2. Uyqu arteriyasi VI bo‘yin umurtqasi ko‘ndalang o‘simtasining

ichki tomoniga barmoq bilan bosiladi (m. sternoslaidomastoideus oʻrtasidan).

3. Oʻmrov osti arteriyasi m.sternoslaidomastoideusni toʻsh dastasiga birikkan qismi sohasida I-qovurgʻa va oʻmrov ustidan barmoq bilan bosiladi.

4. Qoʻltiq osti arteriyasi elka suyagi boshchasiga qoʻltiq osti chuqurchasidan bosiladi.

5. Yelka arteriyasi ikki boshli mushak ichki qirrasidan suyak ichki yuzasiga bosiladi.

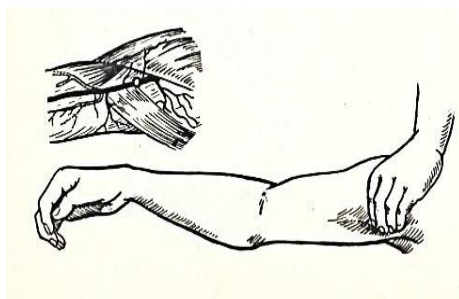
6. Son arteriyasi pupart boylamidan pastda qov suyagining gorizontal shoxiga bosiladi.



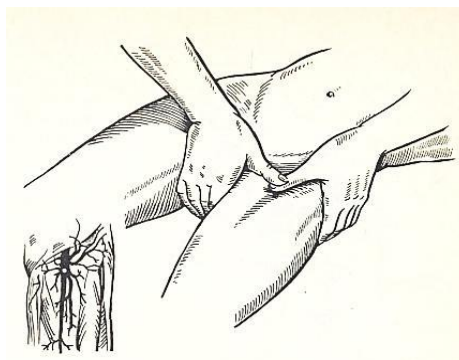
Rasm 4. Uyqu arteriyasidan qon ketganda barmoq bilan bosish nuqtasi.



Oʻmrov osti arteriyasini barmoq bilan bosish nuqtasi.



Yelka arteriyasidan qon ketganda barmoq bilan bosish nuqtasi.



Son arteriyasidan qon ketganda barmoq bilan bosish nuqtasi.

ARTERIAL QON KETISHIDA JGUT QO‘YISH TEXNIKASI

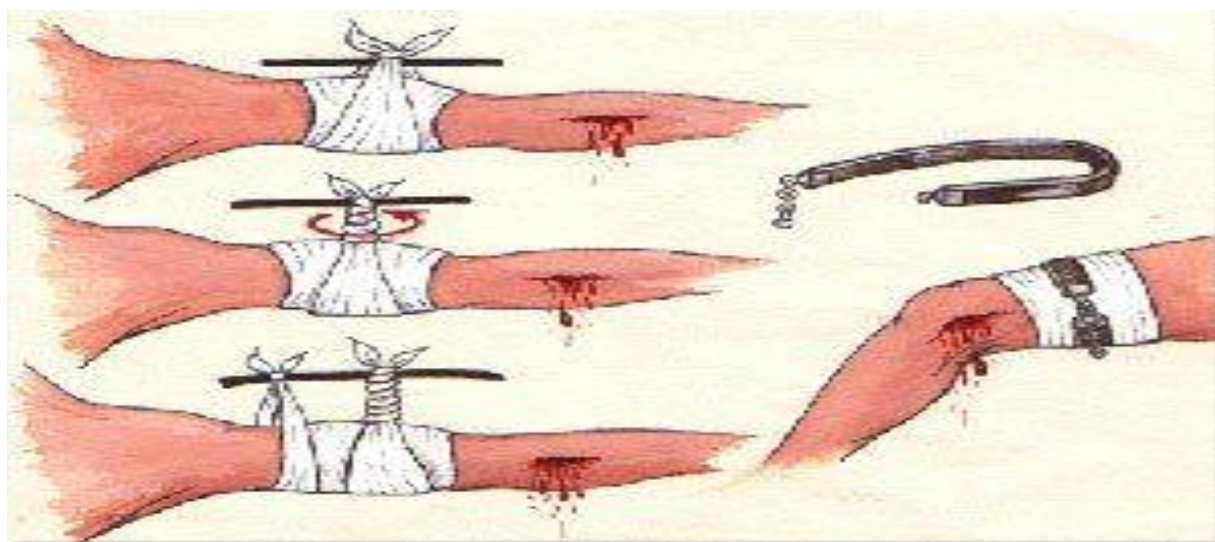
Maqsad: qon ketishini vaqtinchalik to‘xtatish.

Ko‘rsatma: qo‘l va oyoqlar arterial qon tomirlarining oshiq jarohatlari.

Jihozlar: rezina jgut, qog‘oz varag‘i, qalam yoki ruchka, rezina qo‘lqoplar, bog‘lov material, dezinfeksiyalovchi eritma.

Bajarilish bosqichlari
1. Rezina qo‘lqop kiyilib jarohatlangan qo‘l yoki oyoq ko‘tariladi.
2. Jarohat joyi ko‘tarilib, jarohatdan yuqoridan salfetka qo‘yiladi.
3. Jgutni ikki qo‘l bilan tortilib qo‘l yoki oyoqning ostidan olib kelinadi.
4. Jgutni cho‘zilgan holda qo‘yiladi. Birinchi o‘ram, keyin 2-3 o‘ram qon ketish va periferik pulsatsiyaning yo‘qolishigacha o‘raladi.
5. Jgut o‘ramlarini shunday qo‘yish kerakki, ular bir-birlari bilan

kesishmasdan va terini qismasdan o‘ralishi lozim.
6. Jgutning oxirini zanjir holda mahkamlanadi, biron bir o‘ram orasiga jgut qo‘yilgan vaqt va sanasi yozilgan qog‘oz qo‘yiladi (yozda 2 soatga, qishda 1 soatga qo‘yilishi kerak).
7. Jarohat yuzasiga ishlov berilib aseptik bog‘lam qo‘yiladi. Analgetiklar yuboriladi.
8. Yilning sovuq oylarida oyoq-qo‘llar issiq qilib o‘raladi.
9. Yaqin stasionarga transportirovka yotgan holda zambilda amalga oshiriladi.
10. Qo‘lqop echilib dezinfeksiyalovchi eritmaga solinadi.



Jgut qo‘yish texnikasi

OYOQLARDAN ARTERIAL QON KETGANDA BIRINCHI YORDAM

Maqsad: qon ketishini to‘xtatish.

Ko‘rsatma: oyoqlardagi arterial tomirlar jarohati.

Jihozlar: analgetiklar, 2%-li kordiamin, rezina jgut, antiseptiklar, steril bog‘lov, kislorod qopi.

Bajarilish bosqichlari
1. Bemor chalqancha yotqiziladi.
2. Oyoqlarga jgut qo'yiladi.
3. Og'riqsizlantiriladi.
4. Og'iz bo'shlig'idan so'lak chiqarib yuboriladi.
5. Iloji bo'lsa niqob orqali kislorod beriladi.
6. Mushak orasiga 2% kordiamin inyeksiyasi qilinadi.
7. Jarohat antiseptiklar bilan tozalanadi.
8. Qonayotgan qon tomiri bog'lanadi.
9. Steril bog'lam qo'yiladi.
10. Oyoq immobilizatsiyalanadi va bemor stasionarga transportirovka qilinadi.



So'nga rezina jgut qo'yish texnikasi.

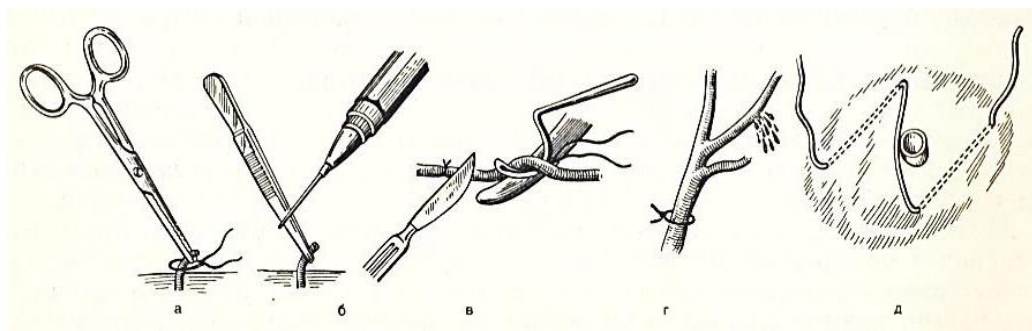
QON KETAYOTGAN TOMIRGA QON TO'XTATUVCHI QISQICHLARNI QO'YISH

Maqsad: arterial qon ketishni to'xtatish

Ko'rsatma: arterial qon ketishini vaqtinchalik to'xtatish.

Jihozlar: 2 ta o'tkir ilgak; qon to'xtatuvchi qisqich; bog'lov material; rezina qo'lqop; bint; idishda dezinfeksiyalovchi suyuqlik.

Bajarilish bosqichlari
1. Rezina qo‘lqop kiyiladi.
2. Steril tovoqcha tayyorlanadi, 2 ta o‘tkir ilgak, qon to‘xtatuvchi suyuqliklar hozirlanadi.
3. Ilgak yordamida yara cheti oshiladi.
4. Qon oquvchi arteriyaning har ikkala tomoni topiladi.
5. Qonayotgan arteriyaning uchi qisqich bilan ushlanadi.
6. Qon to‘xtatuvchi qisqich qo‘yilgan holda yaraga aseptik bog‘lam qo‘yiladi.
7. Statsionarga bemor zambil yordamida transportirovka qilinadi.
8. Rezina qo‘lqop echilib dezinfeksiyalovchi suyuqlikka tashlanadi.



Tomirdan qon ketishini to‘xtatish usullari.

a, v, g – ligatura qo‘yish; b – elektrokoagulyatsiya; d – tikib chiqish.

VENOZ QON KETISHIDA BOSIB TURUVCHI BOG‘LAMNI QO‘YISH

Maqsad: venoz qon ketishini to‘xtatish.

Ko‘rsatma: yumshoq to‘qima zararlanishida venoz qon ketish.

Jihozlar: flakonda 1%- yodonat eritmasi, steril salfetka, bint, paxta yoki individual bog‘lov paketi, lotok, qaychi, pinset, rezina qo‘lqop,

idishda dezinfeksiyalovchi suyuqlik.

Bajarilish bosqichlari
1. Rezina qo‘lqop kiyiladi.
2. Jarohat va atrofdagi to‘qimalar ko‘zdan kechiriladi.
3. Jarohat atrofi markazidan periferiyaga qarab 1%-yodonat eritmasi bilan tozalanadi.
4. Pinset almashtiriladi.
5. Jarohat usti 1%-yodonat eritmasi bilan tozalanadi.
6. Jarohat ustiga pinset yordamida steril salfetka qo‘yiladi va uning ustiga bint yoki gigroskopik paxta bostiriladi.
7. Bog‘lov materialini mustahkamlanadi (bint yoki paxta), bosuvchi bintli bog‘lam o‘raladi.
8. Qo‘lqop echiladi va dezinfeksiyalovchi suyuqlikka tashlanadi.

Adabiyotlar ro‘yxati:

1 Алексей Л.Ч., Михаил Р.Г., Владимир П. Эффективность ушивания ран печени и селезенки при травматических повреждений органов брюшной полости // Сибирский медицинский журнал, 2017, № 3. –С.42-45.

2 Абакумов.М.М., Галанкина.И.Е., Вильк.А.П. Возможности консервативного лечения повреждений селезенки при закрытой травме живота.// Практика оказания неотложной медицинской помощи, Неотложная медицинская помощь — №4. 2018 -С.30-34

3 Александров В.В., Маскин С.С., Иголкина Л.А. и др. Перспективы использования локального криогемостаза при травмах печени и селезенки // Кубанский научный медицинский вестник. - 2015. - № 7. -С.45-51.

4 Азимов А.А., Маликов Ю.Р., Сафаров Н.Н. и др. Значение лапароскопической диагностики в определении тактики лечения при травмах брюшной полости // Вестник экстренной медицины. – 2013. - №3. – С.45

5 Агаджанян В.В. Организация медицинской помощи при множественной и сочетанной травме (политравме). Клинические рекомендации (протокол лечения) (проект) // Политравма. – 2018. – № 4. – С. 6–14.

6 Абдуллаев Э.Г., Гусев А.В., и др., Возможности использования лапароскопических методик в диагностике и лечении экстренной абдоминальной патологии //Альманах института хирургии им. А.В.Вишневского.- 2017.- №1: г. Москва, 4-7 апрель - С.107

7 Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В. Сочетанная закрытая травма селезенки у взрослых: современный подход к диагностике и лечению // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. 2021. Т. 10. № 2. С. 347-356.

8 Алиджанов.А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Б.Н.Место эндовидеохирургии с экстренной патологий и травмами органов

брюшной полости. Шошилинич тиббиёт ахборотномаси. 2021.14-том.№6.С.31-35.

9 Базаев А.В., Кокобелян А.Р., Королёв С.К. Массивные кровотечения при повреждениях печени у пострадавших с сочетанной травмой // Хирургия № 2 (16) апрель 2015– С.11-13.

10 Бондарев Г.А., Липатов В.А., Северинов Д.А., Интраоперационная тактика местного хирургического гемостаза при травмах и плановых операциях на паренхиматозных органах брюшной полости.. Вестник экспериментальной и клинической хирургии Том XIII, №3 2020 -С.268-277.

11 Гафиуллов м.р., Хирургическое лечение разрывов печени у больных с закрытой травмой живота. Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Ульяновск-2017.С.129.

12 Brett C.L., Eleanor L.O., John P.G. The utility of sonography for the triage of blunt abdominal trauma patients to exploratory laparotomy. AJR Am J Roentgenol. 2021;188:P.415–421.

13 Bartlet J.D., Lawrence J.E., Does virtual reality similition have a role in training truum and ortophdic surgeons. The bone joint journal. 2018. May 5.P.558-568.

14 Como J.J., Bokhari F., Chiu W.C., Duane T.M., et al. Practice management guidelines for selective nonoperative management of penetrating abdominal trauma //The Journal of TRAUMA. Injury, Infection, and Critical Care Volume 68, № 3, March 2015. – P. 721-733.

15 Cimbanassi S., Chiara O., Leppaniemi A., Henry S., Scalea T.M., Shanmuganathan K. et al. Nonoperative management of abdominal solid-organ injuries following blunt trauma in adults: results from an International Consensus Conference //Journal of Trauma and Acute Care Surgery. – 2017. – Т. 20. – №. 3. – P. 517-531.

16 Carlos A.O., Michael W. P., Mauricio M. Damage Control in Penetrating Liver Trauma: Fear of the Unknown. Colombia Médica . 2020; 51(4).P.1-9.

17 Coccolini F., Coimbra R., Ordonez C., et al. Liver trauma: WSES 2020 guidelines //World Journal of Emergency Surgery. – 2020. – T. 15. №. 1. – P. 1-15.

18 Drezin D., Minera F. Blunt polytrauma: evaluation with 64-section whole-body CT angiography // RadioGraphics. 2012. V. 32. P. 609–631.

19 Karimov Sh.K. Xirurgik kasalliklar 2009. Toshkent Sharq yuldizi nashriyoti

20 Kurbaniyazov Z.B. Gospital va fakultet xirurgiyasi 2016. Buxoro.

21 Oripov O.P. Umumiy xirurgiya 2003 Toshkent. A. Yasaviy nashriyoti.

Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich, Shavazi Ramiz Nuraliyevich,
Umedov Xushvaqt Alisherovich, Xursanov Yoqubjon Erkin o'g'li,
Amonov Xudoyberdi Ravshanovich, Ismati Odiljon Obidivich

**XIRURGIK KASALLIKLAR: DIAGNOSTIKA VA
DAVOLASH ASOSLARI**
O'quv qo'llanma

Muharrir: Z.N. Bobodustov
Musahhih: M.O. Mardiyeva
Texnik muharrir: N. Ergashev

*O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universitetining
2025-yil 29-noyabrdagi A/F 519-sonli buyrug'iga asosan chop etishga
ruxsat etilgan. Ro'yxatga olish raqami G/000531-2025*

“STAP-SEL” MChJ nashriyoti, Samarqand - 2025

ISBN: 978-9910-587-98-6

Nashrga ruxsat etildi: 29.11. 2025 y.
© “STAP-SEL” MChJ nashriyoti.



2025 yilda chop etildi.
Qog'oz bichimi A5, 60x84¹/₁₆, Ofset qog'oz.
“Times New Roman” garnituras.
Nashr bosma tabog'i 10.87
Buyurtma № 0092A/25. Adadi 50 nusxa

“STAP-SEL” MChJ
Nashriyotida chop etildi.
Tasdiqnona № 033337 (27.07.2022)
Manzil: Samarqand vil. Nurobod sh. Mustaqillik ko'chasi, 16 uy.