

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA
MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI**
O‘RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA‘LIMI MARKAZI

A.J. HAMRAYEV, A.V. ALIMOV, T.S. A‘ZAMXO‘JAYEV

**XIRURGIYA VA
REANIMATSIYA
ASOSLARI**

Tibbiyot kollejlari uchun darslik

Qayta ishlangan va to‘ldirilgan 4-nashri

UO‘K: 617-089 (075)
KBK 54.5
H25

*Oliy va o‘rta maxsus, kasb-hunar ta’limi ilmiy-metodik
birlashmalari faoliyatini muvofiqlashtiruvchi Kengash
tomonidan nashrga tavsiya etilgan.*

Darslik ikki qismdan iborat. Uning xirurgiya qismida tibbiyot hamshirasi bilishi va bajarishi lozim bo‘lgan aseptika, antiseptika, desmurgiya, qon oqishi va boshqa shu kabi mavzular bayon etilgan. Darslikning reanimatsiya qismida terminal holatlar, klinik o‘lim, o‘tkir nafas yetishmovchiligi va ularda ko‘rsatiladigan yordam choralari keng yoritilgan.

T a q r i z c h i l a r: **A.A. TUSUMETOV** — Toshkent Pediatriya tibbiyot instituti «Xirurgik kasalliklar va harbiy dala xirurgiyasi» kafedrasida dotsenti;
E.A. SOTIVOLDIYEVA — Toshkent shifokorlar malakasini oshirish instituti bolalar anesteziologiyasi va reanimatologiyasi kafedrasida professori;
Y.N. ALLAYOROV — Samarqand tibbiyot kolleji direktori; **M.A. HAMIDOVA, Z.S. YUNUSJONOVA** — Toshkent tibbiyot kollejining «Jarrohlik va reanimatsiya asoslari» fanining oliy toifali o‘qituvchilari.

SO‘ZBOSHI

Insonning har tomonlama rivojlanishi, kamol topishi, farovon yashashi uchun uning salomatligini muhofaza qilish sog‘liqni saqlash tizimida amalga oshirilayotgan islohotlarning asosiy maqsadidir.

O‘zbekiston Respublikasining «Ta’lim to‘g‘risida»gi Qonuni, «Kadrlar tayyorlash milliy dasturi»ga amal qilgan holda kasb-hunar kollejlari uchun o‘quv dasturlarini ixchamlashtirib tuzish bugungi kun talabidir. Shunday ekan, respublikamiz uchun chuqur bilimli, keng fikrlay oladigan, yetuk o‘rta tibbiyot xodimlarini tayyorlash tibbiyot kollejlari zimmasiga yuklatiladi.

«Xirurgiya va reanimatsiya asoslarida hamshiralik ishi» fani kundalik turmushimizda uchrab turadigan va, ko‘pincha, xirurgik yo‘l bilan davolanadigan kasalliklar, ularning kelib chiqish sabablari, kechishi, davolash, oldini olish, sterilizatsiya, xirurgik infeksiya, qon ketishlar, qon quyish, bemorlarni operatsiyaga tayyorlash, og‘riqsizlantirish, operatsiyadan so‘ng parvarish qilish, desmurgiya va hokazolarga o‘rgatadi.

Reanimatsiya asoslari bo‘limiga reanimatsiya usullari va vazifalari, terminal holatlar, o‘tkir yurak-nafas yetishmovchiligi, o‘pka-yurak reanimatsiyasi, koma, shok va o‘tkir zaharlanish, bo‘g‘ilish hamda intensiv terapiya kiritilgan.

«Xirurgiya va reanimatsiya asoslari» fani boshqa tibbiyot fanlari bilan uzviy bog‘liqlikda bo‘lib, bu fanni anatomiya, farmakologiya, terapiya, hamshiralik ishi, lotin tili hamda tibbiyot terminologiyasi fanlari bilan birgalikda o‘qitish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Ushbu darslik barcha yo‘nalishlar uchun mo‘ljallangan, dasturdagi bo‘lim va mavzular juda ixcham, sodda tilda, mutaxassis foydalanishi uchun qulay qilib yozilgan.

Darslik O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Oliy va o‘rta ta’lim o‘quv-uslubiy idorasi tomonidan tuzilgan dastur asosida yozilgan. Ushbu darslik haqidagi fikr-mulohazalarinigizni bajon-u dil qabul qilamiz.

1.1. KIRISH

Xirurgiya va xirurgik kasalliklar to'g'risida tushuncha. «Xirurgiya» so'zi qo'lda bajarish, hunar, mohirlik ma'nosini anglatadi. «Xirurgiya» so'zini bunday tor ma'noda tushunish bu fanning mazmuniga mos kelmaydi va xirurglarning chiqqan suyaklarni o'rniga solish, jarohatlarni tozalab dori qo'yish va qon olish kabi muolajalar bilan shug'ullangan davriga xos bo'lib, faqat tarixiy ahamiyatga ega. Hozirgi kunda xirurgiya deganda, tibbiyotning bemorlarni konservativ usullar yordamida davolash bilan bir qatorda operatsiya (xirurgik) usulida davolashi tushuniladi. Tashxis qo'yishda, bemorni operatsiyaga tayyorlashda va uni operatsiyadan so'ng davolashda patofiziologiya, sitologiya, klinik farmakologiya, immunologiya va bioximiyaning eng yangi yutuqlaridan foydalaniladi, murakkab zamonaviy tibbiyot texnikasi va uskunalari ishlatiladi.

Xirurgik kasalliklarni quyidagi guruhlarga ajratish mumkin:

1. Rivojlanish nuqsonlari va norasoliklar, mayib-majruhliklar (qizilo'ngach, ingichka va yo'g'on ichak, orqa chiqaruv teshigi atreziyasi, ikkilanishi yoki rivojlanishi, quyonlab, yurakning tug'ma nuqsonlari va hokazolar).

2. Orttirilgan va parazitar kasalliklar.

3. Shikastlanishlar (jarohatlar, suyaklarning chiqishi, sinishi, kuyish, sovuq olishi, elektrdan shikastlanish).

4. Xirurgik infeksiyalar (abscesslar, flegmonalar, osteomyelit, suyak-bo'g'im tuberkulozi va hokazo).

5. O'smalar (xavfsiz va xavfli).

6. Endokrin a'zolar kasalliklari.

7. Jonsizlanish.

Ko'pgina kasalliklarga faqat xirurglar emas, balki boshqa mutaxassislar ham davolash qiladilar. Bunday kasalliklarga me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligi, o'pka absessi, o't pufagi-ning yallig'lanishi va boshqa talaygina kasalliklar kiradi.

Shifokorlar juda katta hurmat-e'tiborga sazovor bo'lgan Ko'hna Yunonistonda va qadimiy Rimda xirurgiya yuksak darajada rivoj topdi. Yunonistonning ulug' shoiri Gomer: «Bitta mohir shifokor ko'p sonli jangchilardan ustun turadi», deb yozgan edi. Eramizgacha bo'lgan V asrda Ko'hna Yunonistonning atoqli olimi Gippokrat ilmiy tibbiyotga va xirurgiyaga asos soldi. U yiringli jarohatlarni davolash, qon to'xtatish usulini ishlab chiqdi, operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishda ozodalikka qat'iy rioya qilish, toza yomg'ir suvini ishlatishni tavsiya etdi. Suyak sinishlarini davolashda u shinalar, taxtakach ishlatdi, massaj, gimnastikani joriy qildi, uning xirurgik texnikasi esa juda yuksak darajada edi.

Eramizning I asrida yashagan Qadimiy Rim shifokori Sels mohir ensiklopedist bo'lgan, ko'p sonli asarlar yozib qoldirib, ularda o'sha davrning tibbiyot bilimlarini batafsil bayon etgan. U hozirgi vaqtda ham o'z ahamiyatini saqlab qolgan operatsiyalar (masalan, kataraktani, qovuqdagi toshlarni olib tashlash, kalla suyagini trepanatsiya qilish)ni tasvirlagan.

Eramizning II asrida yashagan Galen o'zidan boy ilmiy meros qoldirdi. U fiziologiya, anatomiya va amaliy xirurgiyaga doir talaygina qimmatli ma'lumotlar qoldirgan. U tomirni burash yo'li bilan qon oqishini to'xtatish usulini ishlab chiqqan. Choklarni tikishda u ipak ipdan foydalangan, tirtiq labni operatsiya qilish usulini va boshqa ko'pgina operatsiyalarni tasvirlab bergan.

Sharqning ulug' olimi va shifokor, 100 dan ortiq ilmiy asarlar muallifi Abu Ali ibn Sino (980—1037) xirurgiyaning rivojlani-shiga katta hissa qo'shgan. Ibn Sinoning o'sha davr nazariy va amaliy tibbiyot darajasini ta'riflab bergan «Tib qonunlari» asari alohida diqqatga sazovordir.

O'rta asrlarda din hukmronligi tufayli xirurgiya fan sifatida keng rivoj topa olmadi. Murdalarni yorish va qon chiqarish bilan bog'liq bo'lgan operatsiyalar taqiqlangan va buning uchun o'lim jazosi berilar edi. Xirurgiya, xususan, harbiy xirurgiya hunarmand-lar, sartaroshlar ixtiyorida edi. Mashhur fransuz xirurgi Ambruaz Pare (1517—1590) shunday kishilardan hisoblanardi. U o'q tegi-shidan hosil bo'lgan jarohatlar to'g'risida ta'limot yaratdi. Ampu-tatsiya texnikasini takomillashtirish va unda qon tomirlarni bog'lash A.Parening xizmati sanaladi.

Veziyning (1514—1564) anatomik tadqiqotlari, Garveyning (1578—1657) qon aylanish qonunlarini kashf qilishi, Levenguk (1632—1723) tomonidan mikroskopning ixtiro qilinishi xirur-

giyaning jadal sur'atlar bilan rivojlanishi uchun sharoit yaratib berdi. 1731-yilda Parijda Xirurgik Akademiya ta'sis qililib, u o'sha davr ilmiy xirurgiyasining markaziga aylangan edi.

XIX asrda xirurgiyaning rivojlanishi uchun turtki bo'lgan yangi ilmiy ma'lumotlar olindi. Patologik anatomiya, eksperimental tibbiyot, mikrobiologiya va topografik anatomiyaga asos solindi.

O'sha davrda kasalxona ichida yuz beradigan infeksiya chinakam ofat hisoblanib, u ko'pchilik hollarda ajoyib tarzda bajarilgan operatsiyalarning natijasini puchga chiqarar edi. Bemorlar jarohatning yiringli zararlanishidan nobud bo'lar edilar. Ingliz xirurgi Lister (1827—1912) Pasterning moyli va sirkali bijg'ishning rivojlanishida mikroorganizmlarning roliga doir ishlariga asoslanib, jarohatning yiring boylashiga jarohatga havodan tushadigan tirik mikroorganizmlar sabab bo'ladi, degan xulosaga keldi. Lister shu mikroblarga qarshi kurashish uchun karbol kislotaga qo'llashni taklif etdi. Shu maqsadda operatsiya xonasi havosiga karbol kislotaga purkatilar, xirurgning qo'li va operatsiya maydoniga karbol kislotaga surtilardi. Operatsiya choklariga va operatsiya jarohatiga ham karbol kislotaga shimdirib olingan maxsus bog'lam qo'yiladigan bo'ldi.

Antiseptik usul xirurgiyaning rivojlanishiga turtki bo'lib xizmat qildi, biroq uning bir qancha kamchiliklari ham bor edi. Karbol kislotaga jarohatning regeneratsiyasini sekinlashtirar, so'rilib, zaharlanishga sabab bo'lar edi. Bu xavfni kamaytirish maqsadida Bergman aseptika usulini taklif qildi. Buning asosida yara bog'lov materiali va xirurgik asboblarni yuqori haroratdagi bug' bilan sterilizatsiya qilish, shuningdek, operatsiyaning o'zini va operatsion blokni tutishni alohida usulda tashkil etish prinsipi yotadi.

Landshteyner tomonidan qon guruhlarining kashf etilishi va Yanskiy tomonidan qon quyish usullarining ishlab chiqilishi xirurgiyaning rivojlanishiga imkon bergan keyingi muhim yutuqlardan hisoblanadi.

Operatsiyalarda og'riqsizlantirish, antiseptika va aseptika usullari, shuningdek, qon quyish XIX asrning oxiri va XX asrning boshida me'da-ichak, jigar, o't yo'llari, buyrak kabi a'zolarida operatsiyalarni bajarish usullarini ishlab chiqishga imkon yaratib berdi.

XX asrning boshi va o'rtalarida qizilo'ngach, o'pka, yurak, tayanch-harakat apparatida, shuningdek, miya va nervlarda operatsiyalar o'tkazish muvaffaqiyatli ravishda ishlab chiqildi va xi-

rurgiya amaliyotiga keng joriy qilindi. A'zo va to'qimalar — buyrak, yurak, jigar, o'pkani transplantatsiya qilish (ko'chirib o'tkazish)ni ishlab chiqish jadal sur'atlar bilan olib borilyapti.

XVII asrgacha qon ketishi, yiringlagan joyni kesish, kuydirib davolash vaqtida tamponada qilishga doir ma'lumotlar ahyon-ahyonda uchrab turar edi. Xirurgik yordam o'zicha o'rgangan tabiblar, shikastbandlar tomonidan ko'rsatilar edi. XVII asrdagina polk shifokorlari, ularning qo'l ostida esa dorixonachilar va sarta-roshlar yetishib chiqa boshladi. 1654-yilda birinchi rus tibbiyot maktabi («shikastbandlar») va ikkita muvaqqat harbiy gospital ochildi.

1706-yilda Moskvada Pyotr I farmoniga ko'ra birinchi gospital ochildi, bu «Rossiyadagi tibbiyot maktabi yoki tibbiyot-xirurgiya bilim yurti» bo'ldi. XVIII asrda Peterburgda tibbiyot-xirurgiya akademiyasi va tibbiyot fakulteti bo'lgan Moskva universiteti ochildi. Bu muassasalar keyinchalik tibbiyot fanining yirik markazlariga aylandi va xirurgiyaning rivojlanishiga jiddiy ta'sir ko'rsatdi.

Moskva universiteti professori, «Xirurgik operatsiyalar bayoni» kitobining muallifi E.O. Muxin xirurgiyaning rivojlanishida salmoqli o'rin egalladi. Peterburg tibbiyot-xirurgiya akademiyasi professori, klinik xirurgiya qo'llanmasining muallifi I.F. Bush ham yetakchi siymolardan edi. Uning shogirdi, professor I.V. Buyalskiy anatomiya-xirurgiya atlasini yaratgan.

N.I. Pirogov 1810-yilda Moskva shahrida tug'ilgan. U Moskva universitetining tibbiyot fakultetini tamomlagan, so'ngra Yurev (hozirgi Tarta) universitetida professorlik lavozimida faoliyat ko'rsatgan. 26 yoshida xirurgiya kafedrasiga boshchilik qilgan va «Arteriya stvollari bilan fassiyalarning xirurgik anatomiyasi» asarini nashr qildirgan. N.I. Pirogov xirurglardan anatomiya, ayniqsa, turli a'zo va to'qimalar orasidagi o'zaro munosabatni o'rganadigan topografik anatomiyani yaxshi bilishlarini talab qilar edi. U topografik anatomiya atlasini yaratgan. Tibbiyot fakultetlarida yangi kafedralar — topografik anatomiya va operativ xirurgiya kafedralari tashkil etildi, N.I. Pirogov operatsiya vaqtida og'riqni yo'qotishga harakat qildi. U birinchi marta 1847-yilda Rossiyada Kavkazdagi urush vaqtida operatsiyalarda og'riqni yo'qotish uchun efindan foydalangan.

Xirurglarning bundan keyingi avlodi o'z orasidan bir qancha yirik olimlarni yetishtirib chiqardi. Ular orasida antiseptika va aseptikaning tarqalishi va rivoji uchun ko'p hissa qo'shgan N.V. Skalifosovskiy alohida o'rinni egallaydi. XX asrning boshida

Peterburgda V.A. Oppel va G.N. Turner, Moskvada A.V. Martinov va P.I. Dyakonov, Qozonda V.I. Razumovskiy, Saratovda S.I. Spasokukoskiyning xirurgik maktablari vujudga keldi.

1944-yilda tibbiyot fanini rivojlantirish maqsadida Tibbiyot fanlari akademiyasi ta'sis qilinib, u atoqli olimlarni birlashtirdi. Xirurgiya Ikkinchi jahon urushi yillarida, ayniqsa, katta yutuqlarni qo'lga kiritdi. Yaradorlarning 70% dan ortig'i davo qilingandan so'ng safga qaytdi, vaholanki, Birinchi jahon urushi davrida ularning atigi 40—50% safga qaytgan edi. Keyinchalik xirurgiyaning yirik namoyandalari yetishib chiqdi.

S.P. Fyodorov (1869—1936) xirurgik texnikaning ajoyib ustasi edi. U buyrak, siydik yo'li va qovuq xirurgiyasini ishlab chiqishga katta hissa qo'shgan. O't pufagi xirurgiyasiga doir salmoqli asarlar yaratgan.

P.I. Dyakonov (1855—1908) zemstvo xirurgidan Moskva universitetining operativ va gospital xirurgiyasi klinikasining rahbarigacha bo'lgan yo'lni bosib o'tdi. U xloroformli narkozning xususiyatlarini har tomonlama o'rganib chiqdi va dunyoda birinchi bo'lib o'pkani operatsiya qildi, shuningdek, o'pka tomirlarining ayrim anatomik elementlarini bog'lash va kesishni, qizilo'ngachni kesib olib tashlashni muvaffaqiyatli amalga oshirdi, rinoplastika-ni alohida usulini ishlab chiqdi. P.I. Dyakonov «Xirurgiya oynomasi» ga asos soldi, umrining oxirigacha zemstvo xirurgiyasi-ni ilg'or g'oyalarini tashviqot qildi.

A.A. Bobrov (1850—1904) P.I. Dyakonovning ustozi edi. U mohir xirurglar avlodini tayyorlagan, ularning orasida S.P. Fyodorov ham bor edi. A.A. Bobrov churrani kesishning o'ziga xos usulini ishlab chiqqan va miya churrasini operatsiya qilish va suyak silini davolash taktikasini tavsiflab bergan. Suyuqlik yuborishga mo'ljallangan Bobrov apparatidan hozirgi paytda ham foydalaniladi.

S.I. Spasokukoskiy (1870—1943) o'pka va plevrani yiringli kasalliklari xirurgiyasi, qon quyishga doir klinik-eksperimental tadqiqotlar, xirurg qo'lga ishlov berish usuliga oid qimmatli asarlari bilan mashhur edi.

N.N. Burdenko (1878—1946) shok, jarohatlarni davolash, harbiy-dala xirurgiyasi, neyroxirurgiya masalalarini ishlab chiqishga ko'p hissa qo'shgan. U neyroxirurgiya institutiga asos solgan, tibbiyot fanlari akademiyasining birinchi prezidenti etib saylangan va sobiq Bosh xirurg bo'lgan.

P.A. Gersen (1871—1946) ham ajoyib xirurg edi. U o‘z nomi bilan ataladigan bir qancha original operatsiyalarni ishlab chiqqan: son churrasida churrani kesish, qovuqqa ichakni ulash operatsiyasi, to‘g‘ri ichakni fiksatsiya qilish, qizilo‘ngach plastikasi ana shular qatoriga kiradi.

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

N.N. Petrov (1876—1964) taniqli onkolog, onkologiyadan kapital qo‘llanma muallifi edi. U rakka qarshi kurash sistemasini tashkil qilish ishiga katta hissa qo‘shgan.

A.V. Vishnevskiy (1874—1948) mahalliy og‘riqsizlantirish usullari, moy-balzamlı bog‘lamlar va bir qancha operatsiyalarni ishlab chiqib, keng tibbiyot amaliyotiga joriy qilgan. Uning ishlarini A.A. Vishnevskiy (1906—1974) davom ettirgan.

A.N. Bakulev (1890—1967) yurak va yirik tomirlar xirurgiyasining asoschisi hisoblanadi. U xirurgiyaning boshqa bo‘limlarini ham rivojlantirdi. Yurak-tomirlar xirurgiyasi institutini tashkil qilgan. A.N. Bakulev tibbiyot Fanlari akademiyasining prezidenti etib saylangan edi.

S.S. Yudin (1891—1954) me‘da-ichak xirurgiyasiga doir ko‘p-gina asarlar muallifi hisoblanadi. Uning qizilo‘ngach plastikasi, orqa miya anesteziyasi bo‘yicha ishlari, ayniqsa, qimmatlidir.

A.G. Savinix (1888—1963) — sibirlik atoqli xirurg, u qizilo‘ngachda va ko‘ks oralig‘i organlarida diafragma orqali operatsiyalar qilish, shuningdek, yuqori orqa miya anesteziyasi usulini ishlab chiqqan.

Atoqli xirurlarning butun bir avlodi — akademik B.V. Petrovskiy, V.I. Struchkov, Y.F. Isaxov, N.M. Amosovlar xirurgiyaga o‘zlarining salmoqli hissalarini qo‘shib kelganlar.

O‘ZBEKISTONDA XIRURGIYA FANINING RIVOJLANISHI

Qadimiy boy madaniyati va taraqqiy topgan tibbiyoti bo‘lgan O‘zbekistonda xirurgiya fani o‘zining ko‘p asrlik tarixiga ega. Buxorolik buyuk qomuschi olim, yirik faylasuf va iste‘dodli shoir, «Tib qonunlari», «Kitob ash-shifo» singari olamshumul asarlar muallifi Abu Ali ibn Sino (Yevropada Avitsenna nomi bilan mashhur olim) buning yorqin dalilidir.

Chingizxon bosqinchiligi davrida madaniyat va fanning inqirozga yuz tutishi, Oʻrta Osiyo xalqlarining oʻz ozodligi yoʻlida bosqinchilarga qarshi koʻp asrlik kurashi, oʻzaro kelishmovchiliklar, jaholatparastlikning hukmronligi tibbiyotning rivojini susaytirdi. Lekin shuni ham unutmaslik kerakki, bizning davrimizgacha saqlanib kelgan birinchi manbalar bilan ishlashni bilmaslik va ular bilan ishlash imkoniyatining yoʻqligi (Oʻrta Osiyo olimlarining koʻpgina birinchi manbalari — qoʻlyozmalari London, Berlin, Misr, Bayrut, shuningdek, Sankt-Peterburg kutubxonalarida saqlanadi) haqiqatni bilishga doir bilimlarimizni cheklab qoʻygan.

Sharq tabobatining ilmiy asoschilaridan boʻlgan Ibn Sino oʻzining «Tib qonunlari» kitobida ogʻriq va ogʻriqsizlantirish, shikastlanishlar, yiringli yalligʻlanish jarayonlari va jarohatlar sohasida oʻzining chuqur bilimlarini namoyish etgan. Tibbiyotga oid asarlarida (ularning soni 40 dan ortiq), xususan, «Tib qonunlari»da Ibn Sino butun Oʻrta asrlardagi Yevropa va Sharq tabobatining oʻzigacha boʻlgan asosiy yutuqlarini umumlashtirib va bir tizimga solibgina qolmay, balki oʻzining sermashaqqat shaxsiy tadqiqotlari natijalari bilan boyitgan va ularni koʻp jihatdan rivojlantirishga muvaffaq boʻlgan.

Tibbiyot tarixi bilimdoni, olim V.D. Petrovning eʼtirof etishicha, «Tib qonunlari» oʻz davrida odamning sogʻligʻiga va kasalliklariga taalluqli bilimlarni toʻla-toʻkis oʻziga qamrab olgan butun bir tibbiy qomusdir (1954). Turkiston oʻlkasini istilo qilganidan keyin chor Rossiyasi sogʻliqni saqlashni rivojlantirishga juda kam eʼtibor berdi, chor hukumati shu maqsadlar uchun nihoyatda kam mablagʻ ajratardi (1913-yilda jon boshiga atigi 14 tiyin sarflangan).

Turkistonda birinchi davolash muassasasi 1861-yilda Toshkentda ochilgan harbiy lazaret (1870-yilda u harbiy gospitalga aylantirilgan) edi. 1872-yilda Samarqandda 20 oʻrinli shahar kasalxonasi ochilgan. Keyingi yillarda Kattaqoʻrgʻon, Fargʻona, Margʻilon, Qoʻqonda (1883), Petro-Aleksandrovska (Toʻrtkoʻl, 1886) shifoxonalar ochilgan.

1903-yilning 15-aprelida Toshkentda Qizil Xochning xirurgik kasalxonasi, 1906-yilda esa Toshkent shahar kasalxonasi qoshida xirurgik boʻlim tashkil etilgan edi. 1913-yildan boshlab Toshkent viloyatining Pskent tumanida ishlagan Oʻzbekistonning keksa shifokorlaridan biri A.P. Spiridonov oʻsha davrdagi xirurgik yordamning ahvoli toʻgʻrisida shunday yozadi: «Qizil Xochni

P.F. Borovskiy tashkil etgan edi. U Toshkentda va, hatto, butun Sirdaryo viloyatida (hozirgi Toshkent va Sirdaryo viloyatlarining hududi) yagona xirurg bo'lgan. Hamma joydan uni so'rab kelishar edi, chunki boshqa viloyatlarda xirurglar yo'q edi...».

1917-yilning 7-sentabrida hukumat dekreti bo'yicha Turkiston (hozirgi Toshkent milliy) universiteti tarkibida tashkil qilingan tibbiyot fakulteti O'rta Osiyoda oliy tibbiy ta'limning vujudga kelishiga zamin hozirladi. 1930—40-yillarda Samarqand, keyinchalik esa Andijon, Buxoro va Nukusda tibbiyot oliy o'quv yurtlari tashkil etildi. O'z-o'zidan ma'lumki, tibbiyot oliy o'quv yurtlarining xirurgik kafedralari asta-sekin xirurgik maktablar shakllanadigan markazlarga aylandi. Ular ixtisoslashgan jarrohlik yordamini rivojlantirishga imkon berdi.

P.F. Borovskiy (1863—1932) Turkistonda ilmiy xirurgiyaning tashkilotchilaridan biri bo'lgan yirik olim. 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 yarasi xirurgiyasini o'rganishga bag'ishlagan. P.F. Borovskiy Toshkent tibbiyot instituti gospital xirurgiya kafedrasining tashkilotchisi hisoblanadi. O'zbekiston Respublikasi xirurgiyasining rivojiga katta hissa qo'shgan professorlar: M.S. Astrov, I.I. Orlov, S.A. Ma'sumov, L.D. Vasilenko va boshqalar uning shogirdlari edi.

P.F. Sitkovskiy (1883—1933) Turkiston universiteti tibbiyot fakultetining tashkilotchilaridan biri, davolash fakultetining birinchi dekani, fakultet xirurgiyasi kafedrasining tashkilotchisi (1920—1931) hisoblanadi. U sariq kasalligida operatsiyadan keyingi qon oqishlarini (qon ivishini) o'rgandi va qon koagulometrini ixtiro qildi. Olim o'tkir appenditsitning klinik belgisi — «Sitkovskiy belgisi»ni tasvirlagan (1922), ketgutga yod bug'lari bilan ishlov berish usulini taklif qilgan (1926). P.P. Sitkovskiy, shuningdek, O'zbekistonda jag'-yuz plastik jarrohligi va Toshkent ilmiy xirurgiya jamiyati hamda «Turkistonning tibbiy tafakkuri» degan birinchi tibbiy oynomaning tashkilotchisi edi. Uning klinikasidan professorlar G.A. Irlin, P.P. Sarenko, dotsentlar V.M. Paradoksov, F.Y. Sokolov, L.M. Obuxova va boshqalar yetishib chiqdi.

Toshkent davlat tibbiyot instituti umumiy xirurgiya kafedrasini N.S. Pereshivkin tashkil qilgan. U 1920—1933-yillarda kafedraga mudirlik qilgan. «Plastik sistoskopiya atlasini»ni yozgan, O'rta Osiyoda endemik buqoqni o'rganishni boshlab bergan, Turkistonda

urologiya yordamiga asos solgan va tashkilotchilik qilgan. Uning shogirdlari D.L. Vedenskiy, G.A. Rotenberg, E.A. Frakman va boshqalardir.

Atoqli olim, professor V.F.Voyno-Yaseneskiy (1877—1961) 1917-yildan boshlab Toshkent shahar kasalxonasining bosh shifokori va xirurgi bo'lgan, topografik anatomiya bilan operativ xirurgiya kafedrasini tashkil qilgan (1920—1923), uning «Yiringli jarrohlik ocherklari» (1934) asari Davlat mukofotiga sazovor bo'lgan, u regional anesteziyani, uch shoxli nervni etil spirti bilan og'riqsizlantirish usulini ishlab chiqqan.

Bolalar xirurgiya kafedrasining tashkilotchisi, professor K.X. Tagirov (1947—1972) bu sohani rivojlantirishga katta hissa qo'shgan va bolalar xirurgiyasi maktabiga asos solgan. O'zbekiston Respublikasida bolalar xirurgiyasining rivojlanishi Toshkent Pediatriya tibbiyot institutining (1971) alohida ajralib chiqishi va unda professor A.S. Sulaymonov tomonidan bolalar xirurgiyasi respublika uyushmasining hamda Bolalar xirurgiyasi markazining (1994) tashkil topishi va uning shogirdlari J. Beknazarov, A.J. Hamroyev tomonidan rivojlantirilishi, Samarqandda (1966) professor M.A. Ahmedov va uning shogirdlari tomonidan (1993) bolalar xirurgiyasi viloyat markazi (professor A.M. Shamsiyev) tashkil etilishi va Andijonda (1971) professor S.R. Rahimov va uning shogirdlari tomonidan bolalar xirurgiyasining rivojlanishi bilan bog'liq.

ToshDavTI anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasining asoschisi (1974) professor V.E. Avakovning ham xirurgiyani rivojlantirishda xizmatlari alohida e'tiborga loyiq.

Samarqand tibbiyot institutida gospital xirurgiya kafedrasini professorlar S.P. Shilovsev (1934—1939), keyinchalik G.B. Monashkin (1939—1949), fakultet xirurgiyasi kafedrasini B.E. Pankratov (1934—1945), A.V. Sushevskiy, umumiy xirurgiya kafedrasini A.A. Kozirevlar (1932—1936) tashkil qilishgan.

Samarqand tibbiyot instituti operativ xirurgiya va topografik anatomiya kafedrasining tashkilotchisi va birinchi kafedra mudiri professor A.V. Sushevskiy (1887—1951) edi. U kafedrani 1932—1938-yillarda boshqargan, 1938-yildan 1972-yilgacha unga G.N. Aleksandrov (1905—1972) mudirlik qilgan. S.A. Boruxov shu institut anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasining tashkilotchisi (1974) edi. Bolalar jarrohligi kafedrasini M. Ahmedov (1966) tashkil qilgan bo'lib, hozir prof. I.A. Ahmedjanov boshqarmoqda.

1931-yilda O‘zbekiston ortopediya va travmatologiya instituti tashkil etilib, unda shu ixtisoslashgan xizmatni rivojlantirishga katta hissa qo‘shgan professorlar B.I. Berliner, O.Sh. Shokirov, N.M. Shomatov va boshqalar ko‘p yil samarali mehnat qilishgan. Ayniqsa, Ikkinchi jahon urushi davrida 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 imkon berdi.

Turkistonda onkologiya xizmatining rivojlanishi professor P.F. Borovskiy nomi bilan bog‘liq. Biroq, muntazam davolash va onkologiyaga qarshi profilaktika ishlari, onkologiya, rentgenologiya va radiologiya sohasidagi ilmning taraqqiy etishi 1931-yilda O‘zbekiston rentgen-radiologiya va onkologiya institutining dispanser bilan birga ochilishidan boshlandi. 1946-yilda Toshkent shifokorlar malakasini oshirish instituti, so‘ngra tibbiyot institutlari qoshida ham onkologiya va rentgen-radiologiya kafedralari tashkil etildi.

O‘zbekistonda neyroxirurgiya, asosan, Ikkinchi jahon urushi davrida rivojlandi. U Turkiston sog‘liqni saqlash birinchi xalq komissari I.I. Orlov nomi bilan bog‘liq. Katta evakogospitallarda neyroxirurgiya bo‘limlari tashkil qilinib, ularda neyroxirurgiyadan yuqori malakali ixtisoslashgan yordam ko‘rsatila boshlandi.

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, 16—17-yanvar) yirik voqea bo‘ldi. Bu har ikki syezdning tashkilotchisi O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi, professor O‘.O. Oripov hisoblanadi. 1986-yilda Toshkentda xirurglarning III syezdi ochildi. Xirurglarning bu katta anjumanlari dastlabki olimlar izidan fanni rivojlantirayotgan hozirgi iste’dodli yoshlar, shu jumladan, ilmiy milliy kadrlar yetishib chiqqanligini ko‘rsatdi. 1974-yilda O‘zbekiston Respublikasi akademigi V.V. Vohidov nomidagi Xirurgiya ilmiy markazining ochilishi respublikamiz xirurgiyasi tarixida muhim voqea bo‘ldi. Bu markazga O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi Vosit Vohidov uzoq yil rahbarlik qilib kelgan, keyinchalik bu vazifani professor F.G. Nazirov davom ettirdi.

O‘zbekistonning jarrohlik bo‘yicha ko‘zga ko‘ringan olimlari I.I. Orlov, S.A. Ma’sudov, M.P. Postolov, M.A. Ashrapova, O‘.O. Oripov, S.M. A’zamxo‘jayev, Sh.I. Karimov, F.G‘. Nazirov va boshqalar jigar sirrozi va portal gipertenziya muammolarini ishlab chiqishga barakali hissa qo‘shdilar.

Turkistonda endemik buqoq muammolarini o‘rganishga professor N.S. Pereshivkin tashkilotchilik qilgan edi. Bu masalani ishlab chiqishda S.A. Ma’sudov, O‘zbekiston Respublikasi FA akademigi Y.X. To‘raqulov, professor R.G‘. Islombekov, R.Y. 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 (1969) boshlandi. Hozirgi vaqtda ixtisoslashgan xizmatning bu yo‘nalishini professor Sh.I. Karimov va uning shogirdlari, O‘zbekiston Respublikasi ilmiy xirurgiya Markazining tomirlar xirurgiyasi bo‘limi (akademigi V.V. Vohidov va uning shogirdlari), limfa tomirlari xirurgiyasini professor E.S. Jumaboyev va uning shogirdlari (Andijon) muvaffaqiyatli rivojlantirishyapti.

Tomirlar xirurgiyasida qo‘lga kiritilgan yutuqlar tufayli (akademik O‘.O. Oripov, professor D.L. Arustamov, Sh.I. Karimov va N.I. Pak) Buyrakni muvaffaqiyatli ko‘chirib o‘tkazish hamda gemodializ Respublika Markazi ochildi. O‘t yo‘llari, jigar va me‘daosti bezi patologiyasi muammosi, o‘t-tosh kasalligi va uning asoratlarini o‘rganishga akademik O‘.O. Oripov va V.V. Vohidovlarning ilmiy maktabi katta hissa qo‘shdi.

MAMLAKATIMIZDA XIRURGIK YORDAMNING TASHKIL ETILISHI

Respublikamizda xirurgik yordam tashkil qilingan bo‘lib, hozirgi kunda deyarli hamma viloyat shifoxonalarida ko‘p tarmoqli ixtisoslashtirilgan jarrohlik bo‘limlari mavjud.

Mamlakatimizda xirurgik yordam quyidagicha tashkil etilgan:

1. Qishloq vrachlik punkti yoki qishloq vrachlik ambulatoriyasida xirurg ko‘rguncha kechiktirib bo‘lmaydigan birinchi tibbiy xirurgik yordam ko‘rsatiladi.

2. Uchastka kasalxonalarida kechiktirib bo‘lmaydigan xirurgik va travmatologik yordam ko‘rsatiladi, qishloq vrachlik punktlari va qishloq vrachlik ambulatoriyasi, tibbiy yordam uchastkalari tuman kasalxonalariga bo‘ysundirilgan.

3. Tuman markaziy kasalxonalarida kechiktirib bo'lmaydigan xirurgik va travmatologik yordam, shuningdek, birmuncha ko'p-roq uchraydigan va xirurgiyaga oid boshqa kasalliklarga reja asosida yordam ko'rsatiladi.

4. Viloyat, shahar va respublika kasalxonalarida kechiktirib bo'lmaydigan xirurgik yordamdan tashqari, asosan, ixtisoslashtirilgan xirurgik yordam ham ko'rsatiladi.

5. Respublika tibbiyot oliygohlari xirurgiya klinikalarida va ilmiy markazlarida kechiktirib bo'lmaydigan va ixtisoslashtirilgan xirurgik yordam ko'rsatilishi bilan bir qatorda, xirurgiyaga oid ilmiy muammolar ham hal qilinadi.

Shoshilinch hamda kechiktirib bo'lmaydigan xirurgik va travmatologik yordamni tashkil qilish. Kechiktirib bo'lmaydigan birinchi xirurgik yordam shaharda tuman poliklinikasining xirurgi, korxonadagi tibbiyot punkti mutaxassisi, tez tibbiy yordam brigadasi shifokori tomonidan ko'rsatiladi. Qishloqda bu yordam qishloq vrachlik punkti yoki tuman markaziy kasalxonasi mutaxassisi tomonidan, yo bo'lmasa tez tibbiy yordam brigadasi tomonidan ko'rsatiladi. Yuqori malaka talab qiladigan keng ko'lamdagi xirurgiya yordami xirurlarning ixtisoslashgan brigadasi, anesteziologlar qatnashuvida maxsus operatsiya xonasi bo'lgan tuman, shahar, viloyat kasalxonalarining xirurgiya bo'limlarida hamda xirurgiya klinikalarida ko'rsatiladi.

Ish vaqtida jarohatlanganda (suyak sinishi, lat yeyishi va h.k.) birinchi yordam korxonalar yoki qishloq vrachlik punktlarining, tuman poliklinikalari travmatologiya punktlarining mutaxassislari tomonidan ko'rsatiladi. Yuqori malaka talab qiladigan travmatologik yordam korxonalar yoki poliklinikalarning travmatologiya punktlari, kasalxonalar yoxud ilmiy tadqiqot institutlarining ixtisoslashtirilgan travmatologiya bo'limlari, qishloq joylarda esa uchastka yoki rayon kasalxonasining xirurgiya yoki travmatologiya bo'limlari tomonidan ko'rsatiladi. Ayni vaqtda respublika va viloyat sanitariya aviatsiya brigadalari, shuningdek, tez tibbiy yordamning reanimatsiya xizmati juda katta yordam beradi.

Hozirgi vaqtda Respublikamizdagi milliy dastur rejalariga asosan aholiga tibbiy xizmatni ikki yo'nalish, ya'ni *kechiktirib bo'lmaydigan va rejali tibbiy xizmat* orqali amalga oshirish tashkillashtirilmogda.

Ixtisoslashtirilgan xirurgik yordam ko'rsatish. Maxsus xirurgik yordam ko'rsatish xirurgiyaning ayrim sohalarini, shu jumladan onkologiya, suyak-bo'g'im sili, travmatologiya va ortopediya,

neyroxirurgiya, endokrinologiya, bolalar va o'pka, yurak-qon tomirlari xirurgiyasi, mikro- va makroxirurgiya klinikalari, shuningdek, ko'pincha, respublikadagi ixtisoslashtirilgan markazlar rivojlanishi bilan bog'liq.

XIRURGIYADA TIBBIYOT ETIKASI VA DEONTOLOGIYASI

Har bir tibbiyot xodimi inson va jamiyat oldida katta javobgarlik hissini har doim sezib turmog'i kerak. Shuni yodda tutish kerakki, davolashning muvaffaqiyati va samaradorligi bemorning tibbiyot xodimlariga bo'lgan ishonchiga bog'liq, vaholanki, tibbiyot kasallikni emas, bemorni davolaydi. Davolashning har bir pog'onasida bemor ongiga sog'ayishga ishonch hissini singdirib borish kerak. Bu vazifa har bir insonparvar tibbiyot xodimini burchidir, insonparvarlik esa tibbiyot sohasining ajralmas qismidir.

Etika yunoncha «*aethos*» so'zidan kelib chiqqan bo'lib, u urfodat, axloq ma'nolarini bildiradi. Tibbiyot etikasi esa tibbiyot xodimlari faoliyatidagi insonparvarlikda aks etadi.

Tibbiyot yer yuzidagi eng dastlabki va tarixiy kasblardan bo'lib, insonni davolashda juda keng va boy tajriba to'plagan hamda insoniyat faoliyatidagi boshqa kasblardan o'ziga xosligi bilan ajralib turadi. O'rta asrlarda yashagan buyuk hakim Abu Ali ibn Sino (Avitsenna) tibbiyot xodimlarining mahoratiga katta e'tibor berib: xirurg burgut ko'zlariga, qizlarning mohir qo'lga, ilon donoligiga va sherning yuragiga ega bo'lishi kerak, deydi. Bundan tashqari, Abu Ali ibn Sino tabiblarning axloqiy fazilatlarini va bemor bilan bo'ladigan muomalasidagi xususiyatlari haqida to'xtalib, hakimlarga kasallikdan va uni davolashdan qo'rqish hissini bemor ongidan uzoqlashtirish uchun qo'lidan kelgan barcha zarur chora-tadbirlarni ko'rishni maslahat bergan va, hatto, musiqadan davolash vositasi sifatida foydalanishni tavsiya etgan. Bu alloma yana «bemor borki, so'z bilan davolasa bo'ladi», fikrini ham bildirgan.

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

Tibbiyot etikasining asosiy vazifalari — jamiyat va bemorning farovonligi yo'lida halol mehnat qilish, hamisha va har qanday sharoitda tibbiy yordam ko'rsatish, bemor kishiga diqqat-e'tibor va g'amxo'rlik bilan munosabatda bo'lish, o'zining barcha xatti-harakatlarida, muomalasida oliyjanoblik, insoniylik, axloq qonun-qoidalarini namoyon qilish, tibbiyot xodimining yuksak vazifasi va burchini anglab yetish, o'z vataniga, hukumatiga mehr-muhabbat va sadoqatli bo'lish, shu ulug' kasbning oliyjanob an'alarini davom ettirish, saqlash hamda boyitish, tibbiyot xodimini ko'tarinki ruhda tarbiyalashning mavjud barcha vositalarini umumlashtirish va yangilarini ishlab chiqishdir.

Tibbiyot xodimining tashqi qiyofasi ham katta ahamiyat kasb etadi. Kiyimlarni pala-partish kiyish, xalatning iflosligi, tirnoqlarning kirligi va o'sib ketganligi tibbiyot xodimlari faoliyatida yo'l qo'yib bo'lmaydigan holatdir. Ajoyib shifokor va yozuvchi A.P. Chehov: «Shifokorlik kasbi bu jasoratdir, u hamma narsadan voz kechishni, qalb musaffoligi va fikr sofligini talab etadi. U aqlan dono, ma'naviy pok va jismonan tetik bo'lishi lozim», deb yozgan edi.

Deontologiya (yunoncha *dentos* — zarur, lozim bo'lgan narsa, *logos* — ta'limot) tibbiyot etikasining bir qismi bo'lib, aynan bir vaziyatda tibbiyot xodimining axloq-odobi, o'zni tuta bilishi va muomalasini amaliy faoliyatida qo'llashdir.

Tibbiy deontologiyaning asosiy vazifalari:

— tibbiyot xodimlari xulq-atvorining bemorlarni davolash natijalarini yana ham yaxshilashga qaratilgan yo'l-yo'riqlarini o'rganish;

— tibbiy faoliyatidagi noqulay omillarga chek qo'yish;

— tibbiyot xodimlari bilan bemor o'rtasida o'rnatiladigan o'zaro munosabatlar majmuyini o'rganish;

— samarali bo'lmagan tibbiy faoliyatning zararli oqibatlarini tugatish.

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

Gippokrat tibbiyot xodimlari o'zini qanday tutishi kerakligi haqida yana shunday degan edi: «Nima ish qilmoqchi bo'lsang, uni xotirjam va puxta bajar. Bemorni kerak paytida ko'nglini ol, kayfiyatini yaxshi, quvnoq gaplar bilan ko'tar, ayrim paytlar — sharoit shuni taqozo qilsa, bemorning talablarini qat'iy rad qil, boshqa vaqtlarda esa uni tinchlantir».

Deontologiya prinsiplarini takomillashtirishda shifokorning roli muhimdir. U bemorni tekshiradi, tashxis qo'yadi, dori-darmon, parhez buyuradi, maslahatlar beradi, kasallikning kechishini kuzatadi, o'rta tibbiyot xodimi esa hakim tayinlagan topshiriq va ko'rsatmalarni bajaradi. Bemor bilan shifokor o'rtasida ishonch paydo bo'lishida hamshiraning roli juda kattadir. Hamshira g'amxo'r, shirinso'z bo'lib, etika normalariga rioya qilishi, sabr-toqatli va o'z-o'zini tuta bilishi, hakim va davolash muassasasi obro'e'tiborini oshirishga hissa qo'shishi, tabobat sirini saqlay bilishi shart.

Tibbiyot xodimining so'zi bemorning davolanishida doimo muhim o'rin tutib kelgan. Bemorga aytilgan har bir og'ir so'z uning ko'nglini tinchlantirishi, sog'ayishga umid uyg'otishi lozim. Ba'zan tibbiyot xodimlarining o'ylamasdan aytib yuborgan so'zlari bemorda kasallik chaqiradi, bu *yatrogeniya* deb ataladi. Yatrogen kasalliklarning asosiy sababchisi umumiy tibbiy madaniyatning yetishmasligi, shoshmashosharlik, vaqtning kamligi, bemorga kasallikning yomon tashxisi yoki oqibatini, tahlillarning natijalarini, ayniqsa, u ko'ngilsiz bo'lsa, aytib qo'yish va boshqalardir.

Bemorlar, odatda, tezda ko'ngli og'riydigan va tibbiyot xodimining har bir so'zini o'ziga oladigan bo'lib qolishadi. Ko'p bor ruhiyatning ta'sirlanishi va kasallangani, atrof-muhitni esa noto'g'ri talqin qilishi tufayli bemorga tibbiyot xodimi aytgan har bir qo'pol so'z katta zarar keltiradi.

Ayrim paytlarda tibbiyot hamshirasi suhbat chog'ida bemor ishtirokida kasallikning xunuk oqibati, tekshirishlarning salbiy natijalari haqida aytib yuboradilar va, ko'pincha, bemorlar qo'liga tahlil natijalarini, hatto yomon, og'ir kasallikdan darak beruvchi, noto'g'ri tahlil natijalarini ham ularga berib qo'yishadi. Bemor qanday kasallik bilan kasalxonada davolanmasin, har doim tibbiyot hamshirasi uning ruhiy holati va kechinmalarini tushunib, anglab yetishi kerak va ehtiyotlik bilan, gaplashganda tibbiy sir saqlab gapirishi kerak.

Agar bemorda onkologik kasallik bo'lsa, ehtiyotkorlik va xushfe'llik bilan muomala qilish zarur. Bemor tibbiy yordamga mu-

rojaat qilgan bo'lsa, uning tibbiy yordamga kech kelganini, kasallikning o'tib ketganini va uni davolash qiyinligini achinish yoki afsus bilan aytish yoki yuz ko'rinishida ifoda qilish umuman mumkin emas. Bu paytda tabobat kasallikning ilk davridagidek to'laqonli yordam bera olmasligini sezdirmaslik kerak.

Ayrim hollarda hamshira o'layotgan bemor oldida uning hushsizligini nazarda tutib, bemor kasalligining kechish variantlari va yomon oqibati to'g'risida, kasalxonada shu tashxis bilan yotgan bemorlarni hisobga olmagan holda gapirib yubormasligi lozim. Bemorlar eshitganini o'ziga oladi va kasalligi og'irlashadi. Shuning uchun tibbiyot hamshirasi «so'z ham davolashi, ham ko'ngilni jarohatlashi» mumkinligini doimo yodda tutishi kerak. Bemor oldida nimaiki gapirilsa, xotirjamlik, vazminlik bilan ehtiyotkorona gapirilishi lozim. Bemorga yoki uning oldida qo'shni xonada qanday bemorlar yotgani haqida gapirmaslik yoki uni tahlil qilmaslik kerak.

Shuni e'tirof etish kerakki, tabobat ishi qanchalik yaxshi yo'lga qo'yilmasin, biron-bir shifokor yo'qki, katta ilmiy-amaliy tajribaga ega bo'la turib, g'oyat e'tiborli va jiddiy bo'lishiga qaramay, o'z faoliyatida har qanday kasallikni bexato davolamagan bo'lsin. Xatoning har bir turi tegishli ravishda: agar fuqarolik xatosi bo'lsa, ya'ni ko'rsatilgan zararning o'rnini qoplashdan va sud yo'li bilan, ma'muriy va jamoatchilik tartibida amalga oshiriladigan javobgarlikka, agar ma'muriy xato bo'lsa, jarima solish, buyumlarni musodara qilish, vaqtincha vazifasidan bo'shatish va hokazolardan, agar intizomga doir xato bo'lsa, ogohlantirish, hayfsan, qattiq hayfsan, quyi lavozimga o'tkazish, ishdan bo'shatish, o'quv yurtidan haydash va hokazolardan iborat bo'lgan javobgarlikka tortiladi.

Tibbiyot xodimlari Jinoyat kodeksining tegishli moddalari bevosita ko'zda tutilgan jinoyatlarni qasddan sodir qilganda va o'z faoliyati vaqtida zarur bo'lgan ehtiyotkorlikka rioya qilmaganda, e'tiborsizligi yoki nohaqligi tufayli o'z vazifalarini to'liq yoki yetarli darajada bajarmaganda jinoiy javobgarlikka tortiladi.

Tibbiyot deontologiyasining muhim masalalaridan biri, bu — shifokorlik siridir. Gippokrat qasamyodida: «Men davolash cho'g'ida, shuningdek, boshqa paytlarda ham bemorlarning hayotiga taalluqli bo'lgan oshkor qilish mumkin bo'lmagan narsalarni ko'rsam yoki eshitsam, demak, bular sir saqlanadigan qarorlardan deb hisoblayman. Qasamyodimni so'zsiz bajarayotganim uchun men hayotda va faoliyatimda baxtiyor bo'lay, odamlar orasida

abadiy hurmat qozonay, qasamyoddan chekinuvchi va yolgʻon qasam ichuvchilar uchun buning teskarisi boʻlsin», deb yozilgan.

Xirurg ishining xususiyati shundaki, u har doim bemorning hayoti yoki sogʻligʻi hal boʻladigan qisqa vaqt va, hatto, sanoqli daqiqalarda qiyin muammolarni yechishi kerak boʻladi. Bular faqatgina tashxis qoʻyishgina emas, balki operatsiya xavfi darajasini yoki davo muolajalarining kerak yoki nokerakligini aniqlash, shoshilinch operatsiyaga bemor va uning yaqinlarining roziligini olish va boshqalardir. Bunday muammolarni hal qilishda jarrohdan zoʻr maʼnaviy kuch, bilim va tajribalarni ishga solish, bemor, jamoa va jamiyat oldidagi burchning naqadar masʼuliyatli ekanligini tushunib yetish talab qilinadi.

Xirurgning holati, koʻpincha, operatsiya muvaffaqiyatiga har doim ham kafillik bera olmaslik, operatsiya xavfi darajasini imkoni boricha kamaytirish muammosi va boshqalar bilan ogʻirlashib turadi. Bunday hollarda doimo xirurg oʻzbilarmonlik qilmay ustozlarini, hamkasblarini, tajribaliroq jarrohlarni chaqirib maslahat olishi, kerak boʻlsa ularni yordamga chaqirishi lozim, aks holda bemor taqdiriga salbiy taʼsir qilishi mumkin. Albatta, bunda yordamga kelgan ustoz yoki hamkasbi bemorni koʻrganda yoki operatsiya paytida va undan keyingi davrda taʼna qilmasdan, xirurg obroʻyiga putur yetkazmasdan doʻstona yondashishi kerak va bunga xirurgda ishonch boʻlishi lozim.

Tez tibbiy yordam muassasalaridagi tibbiyot xodimlarining, bemorlar, ularning yaqinlari, jamoat va boshqalar bilan oʻzaro munosabatlari deontologik nuqtayi nazardan juda muhimdir. «Bemor — tez yordam—shoshilinch operatsiya» majmuyi dispetchening chaqiriqni qabul qilib olishidan boshlanadi. Tez tibbiy yordamga murojaat qilganlar, odatda, roʻy bergan hodisa yoki kasallikdan hayajonlangan yoki kayfiyati buzilgan boʻlishi mumkin va bu holatni xodimlar har doim yodda tutishlari zarur.

Bemor yoki uning qarindoshlari tez yordam brigadasini, albatta, sabrsizlik bilan kutadilar va ular uchun qisqa fursat ham juda uzoqdek tuyuladi. Bunday paytda brigada tez yordam mashinasidan tushib, tezda bemorni koʻrishi kerak. Tibbiyot xodimining xatti-harakati, muomalasi, yuz ifodasi katta rol oʻynaydi. Bir ogʻiz shirin soʻz bilan bemor va uning yaqinlarini tinchlantirish, sogʻayishiga ishonch va umid uygʻotish zarur, ammo bemorning ahvoli ogʻir boʻlsa, yaqinlari bilan suhbatda hech qachon uning sogʻayishiga yuz foiz kafillik berish kerak emas.

Shoshilinch jarrohlik kasali bor bemorni kasalxonaga topshirish bosqichi murakkab va muhimdir. Masalan, qabulxona bo'limiga topshirilgan bemorni navbatchi xirurg zudlik bilan ko'rsa va tez yordam tashxisi tasdiqlanib, zudlik bilan operatsiya taklif qilinsa, operatsiyadan voz kechish yoki boshqa kelishmovchiliklar, odatda, bo'lmaydi. Aksincha, qabul bo'limida bemor uzoq vaqt ko'rilmasdan kushetkada yotsa, bemorda va uning yaqinlarida ishonchsizlik, shubha tug'diradi va, odatda, kelishmovchiliklarga sabab bo'ladi.

Xirurgiya statsionarida ishlaydigan, dars o'tayotgan barcha xodimlar, shifokorlar, hamshiralar, talabalar o'zlarining tashqi ko'rinishlari, shirinsuxanligi bilan boshqalarga o'rnak bo'lishlari zarur.

Tibbiyot hamshirasi bemorni tekshirishda, uni turli xil operatsiyalarga tayyorlashda, shifokor tayinlagan davo muolajalarini amalga oshirishda va bemorlar parvarishida bevosita qatnashadi. Bemor bilan muomala qilgan kichik va o'rta tibbiyot xodimlari bemor xayolini og'ir o'y-fikrlardan holi qilishi, chalg'itishi, uni tetiklantirib, ko'nglida sog'ayib ketishiga ishonch uyg'otishi kerak. Bunda, albatta, bemorning individual xususiyatlarini va mazkur fursatdagi ahvolini hisobga olish ham lozim; bir bemorni chidab turishga ko'ndirish kerak bo'lsa «Sal og'riydi-yu, lekin keyin yengil tortasiz», deb har xil gap-so'zlar bilan andarmon qilish kerak bo'ladi.

Bemorlar, ko'pincha, o'rta va kichik tibbiyot xodimlaridan o'zining tashxisi va uning qanday natija bilan tugashini so'rashadi. Bemorning dardi bedavo bo'lsa, ayniqsa, unda xavfli o'sma (rak) kasalligi bo'lsa, buni unga aytish mutlaqo yaramaydi. Kasallikning qanday yakunlanishiga kelganda hamisha komil ishonch bilan esonomon o'tib ketadi, deb aytish kerak.

Bemorning oldida u yaxshi tushunmaydigan va ko'nglida vahima, qo'rqinch uyg'otadigan «shok», «agoniya», «qon tuflash», «gematoma», «kollaps» kabi iboralarni ishlatmaslik kerak. Narkotik uyqu va, hatto, yuzaki koma holatidagi bemorlar ham ba'zan palatadagi gap-so'zlarni eshitib, ko'ngliga tugib qo'yishini esdan chiqarmaslik kerak. Chunki bemor ko'ngliga ozor yetadigan bo'lsa, bu uning ahvolini og'irlashtirib qo'yishi, ba'zi hollarda esa davolanishdan bosh tortib, hatto, o'zini-o'zi o'ldirishga urinishiga sabab bo'lishi mumkin.

Goho bemorlar betoqat, davodan ko'ngli to'lmay, gumonsiraydigan bo'lib qolishadi, ularda es-hush aynib qolishi, vasvasaga tushib turishi mumkin. Ana shunday hollarda kichik va o'rta tibbiyot xodimlari sabr-toqatli va xushmuomala bo'lishlari zarur. Bemor

bilan hech qachon gap talashmaslik, lekin davo choralari zarurligini tushuntira olish kerak. Shu bilan birga oʻrta va kichik tibbiyot xodimlari ahvoli uncha ogʻir boʻlmagan bemorlarning intizomni, davo rejimini buzishiga, palatada chekishiga, spirtli ichimlik ichishiga yoʻl qoʻymasliklari, qattiqqoʻl boʻlishlari, ammo qoʻpollik qilmasliklari lozim boʻladi.

Hamshiraning tashqi qiyofasi katta ahamiyatga ega boʻlib, ishga kelgandan keyin u dazmollangan toza xalat yoki mazkur muassasada rasm boʻlgan kiyimlarni kiyib oladi. Koʻchada kiyib kelgan poyabzalini oson tozalanadigan va yurganda tovush chiqarmaydigan shippak yoki alohida tufliga alishtiradi. Sochlarini maxsus qalpoq yoki durracha tagiga bostirib oladi. Saranjom va ozoda hamshira bemor koʻnglida ishonch uygʻotadi.

Aksincha, kiyim-kechakdagi pala-partishlik, xalatning kir boʻlishi, qalpoq yoki roʻmol tagidan sochlarning chiqib turishi, had-dan oshirib pardoz-andoz qilish, tirnoqlarni oʻstirib boʻyash esa bemor koʻnglida tibbiyot hamshirasining yuqori malakasiga, uning toʻgʻri ishlay olishiga shubha paydo qiladi. Bemorning shubhalari bunday hollarda, koʻpincha, oʻrinli boʻladi. Baʼzan bemor ogʻirlashib qolishi mumkin, lekin oʻrta va kichik tibbiyot xodimlari sarosimaga yoki vahimaga tushmasliklari kerak.

Qanday hodisa roʻy berganda ham (shuvillab qon ketishi, yurak urishining toʻsatdan izdan chiqishi, shok, agoniya, klinik oʻlim holatlari) tibbiyot xodimlarining barcha xatti-harakatlari juda aniq va ishonchli boʻlishi kerak. Vaziyat qanchalik xavotirli boʻlsa, shunchalik past tovushda gapirish kerak. Birinchidan, bemorning oʻziga, agar u hushidan ketmagan boʻlsa, baqiriq-chaqiriqlar yomon taʼsir koʻrsatadi; ikkinchidan, bu boshqa bemorlarning tinchini buzadi, hayajonlantiradi, ularning sogʻligʻiga zarar yetkazadi; uchinchidan, bular bemorga oʻz vaqtida va malakali yordam koʻrsatishga xalaqit beradi.

Hamshiraning, koʻpincha, bemordan tashqari, uning qarindosh-urugʻlari va yaqin odamlari bilan muloqotda boʻlishiga toʻgʻri keladi. Bunda ham yuqorida aytib oʻtilganidek, ehtiyotkorlik talab etiladi. Bemordan dardining bedavoligini yoki ahvolidan ogʻirlashib qolganini yashirgan holda buni uning qarindoshlariga yotigʻi bilan tushuntirish kerak. Biroq, ular orasida ham bemor odamlar boʻlishi mumkin, shuni hisobga olib, ular bilan gaplashganda nihoyatda ehtiyotkor boʻlish kerak. Bemorni koʻrgani kelganlar bilan gaplashishdan oldin shifokor bilan maslahatlashish lozim.

Ayniqsa, telefonda gaplashganda ehtiyot bo'lish, xususan, biror jiddiy xabarni aytmalik, balki shifoxonaga kelib shifokor bilan shaxsan gaplashish kerakligini tushuntirish lozim. Aksariyat hollarda bemorning qarindoshlari bo'limda bo'lmagan dori-darmonlarni topishda o'z yordamlarini taklif etadilar. Bunday taklifni muloyimlik bilan, agar dori-darmon bo'lsa, qat'iy rad etmoq kerak.

Dori-darmonlar bilan ta'minlash davolash muassasasi ma'muriyatining bevosita vazifasi hisoblanadi va zarur bo'lganda har qanday dorini rasmiy yo'l bilan topish mumkin. Tibbiyot hamshirasi o'z malakasini doimo oshirib borishi lozim. Davolash muassasasidagi umumiy muhit bunga yordam berishi kerak.

XIRURGIK YORDAM KO'RSATISHDA HAMSHIRANING TUTGAN O'RNI

To'satdan avj oladigan og'ir kasalliklar va baxtsiz hodisalar (jarohatlar, zaharlanishlar, kuyish, qon ketishi, hushdan ketish va h. k.) hayotda doimo uchrab turadi. Bunday hollarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish talab qilinadi va buni har bir hamshira uddalay olishi kerak.

Qisqa muddatga hushdan ketish bosh miyada qon aylanishining o'tkir yetishmovchiligi oqibatida sodir bo'ladi. Bunday holat odam qattiq charchaganda, qo'rqqanda, havosi og'ir xonada bo'lganda yuz beradi. Bu holat, ko'pincha, kamqon, yuqumli kasalliklardan endi tuzalgan bemorlarda kuzatiladi. Bunda bemorning boshi aylanadi, ko'ngli ayniydi, ko'z oldi qorong'ilashib hushini yo'qotadi. Bemorning rangi keskin oqarib, badan terisi sovuq ter bilan qoplanadi, oyoq-qo'llari soviydi, tomir urishi tez va kuchsiz bo'lib qoladi. Odatda, xuruj 20—40 soniya davom etadi va bemor hushiga keladi. Bunday hollarda bemorning yostig'i olinib, karavotining oyoq tomoni ko'tarib qo'yiladi. Deraza ochilib, bemor ko'ylagining yoqalari yechiladi, yuziga, ko'kragiga sovuq suv purkaladi, novshadil spiriti shimdirilgan paxta hidlatiladi. Tadbirlar samara bermasa, shifokor chaqiriladi.

Shok so'zi inglizcha turtki ma'nosini anglatib, organizmning asosiy hayotiy funksiyalari bo'lmish qon aylanishi va nafas olishning buzilishi bilan belgilanadi. Shokka qon yo'qotish, og'riq, qonsizlanish, to'qimalardan so'rilgan parchalanish mahsulotlaridan zaharlanish kabi omillar sabab bo'ladi. Klinika amaliyotida

kardiogen, travmatik, anafilaktik, kuyish, gemorragik jarohat va boshqa shok turlari uchrab turadi.

Shok bosqichli jarayon bo'lib, unda erektil va torpid bosqichlar farq qilinadi. Erektillik jarohatdan keyin birdan rivojlanadi va bunda bemorda o'ziga va atrofdagi voqealarga tanqidiy munosabat yo'qoladi. Teri rangi oqargan, tomir urishi tezlashgan, qon bosimi normal, ba'zan yuqori bo'ladi. Erektillik bosqich 10—20 daqiqa davom etadi va torpid bosqichga o'tadi.

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

Birinchi yordam:

- nafas yo'llarini tozalash va havo o'tishini ta'minlash;
- tashqi qon ketishini to'xtatish;
- og'riqsizlantirish;
- immobilizatsiya;
- tez fursatda kasalxonaga yetkazib borishdan iborat.

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

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

O'pkadan qon ketganda og'izdan och qizil rangli ko'piksimon qon yo'talganda ajralib chiqadi. Bu o'pka silida, o'smalarda, yurak porogida va qator bronx kasalliklarida uchraydi. Agar qon ketishi kuchli bo'lsa, ketayotgan qon bronxlarni bekitib qo'ymasligi uchun bemorni qorniga yotqizib, karavotning oyoq tomonini 40—60 sm yuqoriga qilib ko'tarib qo'yiladi.

Agar bemorning ahvoli unchalik og'ir bo'lmasa, uning qaddini baland qilib o'tqaziladi. Bemorga muz bo'lakchalari yutish, sovuq suv ichish, to'sh sohasiga muzli xaltacha qo'yish taklif qilinadi.

1.2. XIRURGIYA ISHINI TASHKIL ETISH

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

Xirurgik xizmat ko'rsatish va uni tashkillashtirish jarayoni shoshilinch-kechiktirib bo'lmaydigan (appenditsit, ichak tutilishi, peritonit va h.k.) va rejali (kasalni obdan tekshirib, keyin operatsiya qilish) amalga oshiriladi.

XIRURGIK STATIONARNING TUZILISHI

Zamonaviy xirurgik stasionardagi palatalar, operatsiya bloki va xonalariga qo'yiladigan talablar tibbiyotning boshqa yo'nalishlaridagidan farq qiladi.

So'nggi yillarda chet mamlakatlarda aylana shakldagi bo'limlar ko'plab qurilmoqda. Uning afzalligi shundaki, o'tish joylarining qisqarishi hisobiga xodimlarning bemorlar bilan muloqot davri uzaytiriladi va bo'limlar yaqin bo'lib, bir-biriga o'tish kam vaqtni talab qiladi. Respublikamizdagi shunday binolardan biri akademik V.V. Vohidov nomidagi ilmiy xirurgiya Markazidir.

Zamonaviy xirurgiya bo'limlari odatda 60 o'ringa mo'ljallangan bo'ladi. Ayrim hollarda 25—40 o'rinli maxsus xirurgiya bo'limlari ham bo'ladi. Zamonaviy xirurgik palatalar ikki seksiyadan iborat bo'lib, ular zal, shlyuz yoki koridor bilan tutashtiriladi. Har bir seksiyada 30 tadan o'rin, bir yoshgacha bo'lgan bolalar uchun esa 24 o'rin bo'lishi kerak.

Palatalar bo'limida quyidagi xonalar ko'zda tutiladi: navbatchi hamshira posti (4 m²), muolaja xonasi (18 m²), bog'lov xonasi (22 m²), oshxona (o'rinlar soni o'rinlar umumiy sonining 50—60% ni tashkil qiladi), oqliklarni saralash va ishlatilgan oqliklarni, tozalash vositalarini saqlash xonasi (15 m²), vanna xonasi (12 m²), huqna xonasi (8 m²), hojatxona (erkaklar, ayollar va xodimlar uchun alohida).

Bo‘limda bo‘lim mudiri xonasi (12 m²), ordinatorlar xonasi (10 m²), katta hamshira xonasi (10 m²), xo‘jalik bekasi xonasi (10 m²) bo‘lishi lozim. Har bir klinikada professor, dotsentlar uchun ish xonasi va 10—12 kishiga mo‘ljallangan o‘quv xonalari bo‘lishi kerak.

Qabulxona bo‘limi. Bemorlar qabulxona bo‘limi orqali qabul qilinib, bu yerda ular birlamchi saralanadi. Bemorlar kasallikning xususiyatiga ko‘ra tegishli bo‘limlarga yotqiziladi. Qabulxona bo‘limi registratura, bemorlarni birlamchi ko‘zdan kechirish xonasi va vannaxona (erkaklar va ayollar uchun alohida), toza kiyimlarni va bemorlarning kiyimlarini saqlash xonasidan iborat. Qabulxona bo‘limida 1—2 ta tashxislash palatalari, shuningdek, infeksiyon bemorlar uchun izolator bo‘lishi nihoyatda muhimdir.

Qabulxona bo‘limida bemorga sanitariya ishlovi o‘tkaziladi, gigiyenik vanna qabul qilinadi, sochida bit, sirkalar bor-yo‘qligiga qaraladi va bemorga kasalxona kiyimi — ich kiyim, xalat, shippak kiydiriladi.

Umumiy xirurgiya bo‘limi. Xirurgik bemorlar maxsus jihozlangan va uskunalar bilan ta‘minlangan xirurgik bo‘limlarda davo qilinadi, 20—25 o‘ringa mo‘ljallangan kichik uchastka va tuman kasalxonalarida xirurgik bo‘lim bo‘lmasligi mumkin, biroq ularda shoshilinch xirurgik yordam ko‘rsatish va kichikroq rejali operatsiyalarni bajarish imkonini beradigan operatsiya va yara bog‘lash uchun maxsus xonalar bo‘ladi.

Xirurgik bo‘limda bemorlar uchun palatalar, operatsiya bloki, bog‘lov xonasi va qo‘shimcha xonalar (sanitariya, vanna, oshxona, bufet, ich kiyimlar uchun xonalar) bo‘ladi. Xirurgik bo‘limda vodoprovod (sovuq va issiq suv), markazdan isitish sistemasi, kanalizatsiya va havoni yangilab turadigan ventilatsiya bo‘lishi kerak.

Travmatologiya bo‘limi — shikastlangan bemorlarni davolash uchun moslashtirilgan xirurgik bo‘limdir. Odatdagi bo‘limdan farqli o‘laroq travmatologik bo‘limda rentgenologiya kabinetini, gips-bog‘lov xonasi, apparatxona, davo fizkulturasi, mexanoterapiya va fizioterapiya xonalari bo‘lishi zarur.

Gips-bog‘lov xonasida, odatda, singan joy og‘riqsizlantiriladi, chiqqan suyaklar joyiga solinadi, gips bog‘lamlar qo‘yiladi, singan suyaklar taxtakachlanadi. Aseptika nuqtayi nazaridan gips va yara bog‘lov xonasi operatsiya xonasiga qo‘yiladigan talablarga mos kelishi kerak. Gips-bog‘lov xonasida singan suyaklarni joy-joyiga solish, suyaklarni taxtakachlash, gips bog‘lamlarini qo‘yish uchun

maxsus apparatura, ko'chma rentgen apparati va boshqalar bo'lishi kerak. Katta hajmdagi uskunalar (shitlar, karavot oyoqchasiga qo'yiladigan tagliklar, bosh ostiga qo'yiladigan moslamalar, yon tomondan tortish uchun moslamalar va hokazolar) apparatxonada saqlanadi.

Operatsiya bloki. Operatsiya bloki tarkibiga operatsiya zali, operatsiya oldi, narkoz, sterillash va materiallar, asbob-uskunalar saqlanadigan xonalar kiradi. Xirurgik bo'limdagi ish hajmiga ko'ra bir necha operatsiya xonalari bo'lishi mumkin. Biroq, toza va yiringli operatsiya xonalari bo'lishini ko'zda tutish lozim. Birgina operatsiya xonasi bo'lgan joylarda toza operatsiyalarni birinchi navbatda o'tkazish va yiringli operatsiyadan keyin xonani to'lato'kis yig'ishtirib tozalash shart ekanligini unutmaslik kerak. Ikki operatsiya xonasiga ega bo'lgan operatsiya blokida yiringli operatsiya xonasi ham toza operatsiya xonasi kabi maxsus yig'ishtirib tozalanadi. Devorlari va shipi chang tutilib qolmasligi uchun moyli bo'yoq bilan bo'yaladi. Xonaning poliga kafel yoki keramik plitalar yotqiziladi. Zamonaviy operatsiya xonalarining devorlariga oq yoki pushti rangli maxsus kafel plitalar yopishtiriladi. Hozirgi zamon jarrohlik bo'limlarida, odatda, ikki bir-biridan ajratilgan operatsiya zali mavjud, bu toza va yiringli kasalliklarni operatsiya qiladigan zallardir. Operatsiya zali bevosita operatsiya qilinadigan joy bo'lib, 100 o'rinli jarrohlik bo'limi uchun 40 m² li keng, yorug' xona ajratiladi.

Isitish. Xonani radiatorlar bilan bug'da isitgan yaxshi. Radiatorlarda chang to'planib qolishiga yo'l qo'ymaslik uchun ularning ustini o'rash lozim. Operatsiya xonasining harorati bir me'yorda, 22—24°C atrofida bo'lishi kerak.

Yoritish. Xona yetarlicha charog'on bo'lishi va rangni buzib ko'rsatmasligi lozim. Tik tushadigan quyosh nuri xirurg ishini qiyinlashtiradi va yozda xonani qizdirib yuboradi. Operatsiya maydonini yoritish uchun xirurg boshi va qo'llaridan soya tushirmaydigan maxsus lampalar qo'llaniladi. Zarurat bo'lganda qo'shimcha ravishda yon tomondan yoritiladigan lampalar yoki xirurg boshiga kiyadigan shaxtyor lampochkasi ko'rinishidagi maxsus yoritgichlar ishlatiladi. Bular neyroxirurgik operatsiyalarda, ayniqsa, zarur.

Shamollatish. Operatsiya xonasi yaxshi shamollatilishi kerak. Buning uchun ko'proq havo oqib keladigan havo almashtirgich moslamalar qo'llaniladi. Faqat havoni sovitadigan, isitadigan, namlab beradigan emas, balki uni sterilizatsiya ham qiladigan maxsus konditsionerlar eng ma'qul hisoblanadi.

Jihozlar. Operatsiya xonasida ishga zarur apparatlar va mebellargina bo'lishi kerak. Operatsiya vaqtida bemorga har qanday zarur holatni egallash imkonini beradigan operatsiya stoli, asboblari va yara bog'lash materiali qo'yiladigan operatsiya hamshirasi stollari, xirurg uchun stolcha, qon oqishini to'xtatish uchun termokoagulator, elektr so'rg'ich va anesteziologik apparatlar shular jumlasiga kiradi. Kislorodli ballonlar va narkotik gazli ballonlar operatsiya xonasidan chiqarib qo'yiladi. Gaz maxsus gaz o'tkazgichlar yordamida berilishi lozim.

Operatsiya xonasini tozalash. Tozalash quyidagicha bo'ladi:

1) *kundalik tozalash* — operatsiya jarayonida poldagi narsalar terib olinib, qondan ifloslangan pol artiladi, operatsiya tugagandan keyin qondan ifloslangan tog'ora, iflos tekkan oqliklar yig'ishtirib olinadi;

2) *yakuniy tozalash* — operatsiya kuni oxirida pol va mebellar tozalab yuviladi, devorlar odam bo'yi yetadigan joygacha artib chiqiladi;

3) *batamom yig'ishtirib tozalash* — ship, devorlar, pol, derazalar haftasiga bir marta mexanik va kimyoviy preparatlar bilan tozalanadi;

4) *oldindan yig'ishtirib tozalash* — har bir operatsiya kuni oldidan gorizontal sathlar ho'l latta bilan artib, changdan tozalanadi.

Operatsiya xonasi turli dezinfeksiyalovchi moddalar (masalan, 50 g soda, 50 g ko'k sovun va bir chelak issiq suvga 150 g lizol solingan aralashma) dan tashkil topgan eritmalar bilan faqat nam usulda tozalanadi. Ikkinchi chelakda toza issiq suv va sovun bo'lishi kerak. 1:1000 nisbatda suyultirilgan diotsidindan foydalanish mumkin. Devorlar, ship, polga kimyoviy moddalar bilan ishlov berilgandan so'ng ular iliq suv bilan shlangda yuviladi. Yig'ishtirib tozalab bo'lingandan keyin mebel, devorlar va pol toza latta bilan artiladi. Tozalashdan so'ng 6—8 soatga bakteritsid lampalar yoqib qo'yiladi.

Operatsiya oldi xonasi operatsiya hamshirasi, xirurg va uning yordamchilarining operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishi uchun xizmat qiladi. Tayyorgarlik qo'l yuvishdan boshlanadi. Buning uchun sovuq va issiq suvli maxsus rakovinalar, qo'l yuviladigan tog'oralar, qumsoatlar bo'ladi.

Narkoz xonasi, odatda, maxsus xona bo'lib, unda anesteziolog ishlatadigan narkoz apparatlari, dori vositalari, hujjatlar bo'ladi. Ba'zan bu xonada narkozning boshlang'ich bosqichlari o'tkaziladi, so'ngra bemor operatsiya xonasiga olib kiriladi.

Sterilizatsiya yoki *avtoklav xonasiga* operatsiya uchun oqliklar va asboblarni sterilizatsiya qilish uchun avtoklavlar, sterilizatorlar va qaynatgichlar o'rnatilgan bo'ladi.

Asbob-anjomlar xonasi xirurgik asboblari va apparatlarni saqlash uchun xizmat qiladi, ular oynavand shkaflarda saqlanadi.

Materiallar xonasi. Operatsiya xonasining bu qismidan operatsiya uchun oqliklar, yara bog'lash va chok qo'yish materialini tayyorlash uchun foydalaniladi. Unda spirt, efir va boshqa doridarmonlarning ortiqcha qismi saqlanadi.

Bog'lov xonasi bog'lashlar, ayrim muolaja va kichik operatsiyalar o'tkazishga mo'ljallanib, maxsus jihozlangan bo'lmog'i lozim. Bog'lov xonasida bitta bog'lov uchun 15 m² maydon to'g'ri kelishi kerak. Bog'lov xonasiga operatsiya xonasiga qo'yiladigan talablar qo'yiladi (devorlari moyli bo'yoq bilan bo'yalgan yoki plitka yopishtirilgan yorug' xona bo'lishi kerak). Bog'lov xonasida harorat 20°C dan kam bo'lmasligi lozim. Bog'lov xonasi jihozlari: yara bog'lash uchun stol, asboblari va yara bog'lash materiali uchun stol, o'tiradigan bemorlar uchun bir necha kursi, yechilgan bog'lamlar uchun konteyner, asboblari va dori moddalar uchun shkaf. Asboblari yara bog'lash xonasining o'zida yoki qo'shni xonada sterilizatsiya qilinadi.

Bog'lov xonasi markazdan beriladigan sistema orqali sovuq va issiq suv bilan ta'minlanishi, nihoyatda ozoda saqlanishi lozim. Asboblari va yara bog'lash materiali turadigan stolning ustini operatsiya xonasidagi singari yopib qo'yiladi va lozim bo'lganda materiallari kornsang bilan olib beriladi. Avval toza yaralar, so'ngra yiringli yaralar bog'lanadi. Ish kuni oxirida bog'lov xonasi ho'l latta bilan artib tozalanadi va havosini ultrabinafsha nur bilan nurlantiriladi. Yiringli xirurgiya bo'limlarida «toza» va «yiringli» yaralar uchun ikkita yara bog'lash xonasi bo'ladi.

Palatalar. Xirurgik bo'limda keng, yorug' va yaxshi shamollatiladigan palatalar bo'lishi kerak. Mebel yuzasi silliq bo'lishi lozim. Odatda u oson tozalasa bo'ladigan ochiq emal bo'yoq bilan bo'yaladi. Karavotlar bemorlarning oldiga hamma tomondan bora olinadigan qilib joylashtiriladi. Bemorlar operatsiyadan keyingi birinchi kunlarda operatsiyadan keyingi palatalarga yotqiziladi. Kasalxonada maxsus yiringli xirurgiya bo'limi bo'lmasa, yiringli yarasi bor bemorlar uchun alohida palatalar ajratiladi.

Xirurgik bo'limlarning palatalarida bir o'ringa 7 m², bolalar bo'limida 6 m² to'g'ri kelishi kerak. Aksariyat palatalar 4 o'ringa

mo'ljallangan bo'lishi, shuningdek, ikki o'rinli va 2 ta bir o'rinli palatalar ham bo'lishi darkor. Palatada o'rinlar soni 3 tagacha bo'lishi lozim.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarni 2 o'rinli palataga, bir yoshdan katta bolalarni 4 tadan ko'p bo'lmagan o'rinli palatalarga joylashtirish kerak. Bir yoshgacha bo'lgan bolalar uchun katta palatalarni 1—2 ta o'rinli bo'lgan alohida bokslarga bo'lish kerak. Chaqaloqlar uchun ajratilgan bokslarga qo'yilgan karavotlar (kyuvezlar) 2 tadan oshmasligi kerak. Bir kasalga mo'ljallangan va sanitariya tarmog'iga ega bo'lgan palata (yarimbokslar) dan izolator sifatida foydalanish mumkin. Tashqaridan alohida kiriladigan bokslargina to'liq izolatsiya qilinadi.

Bolalar xirurgiyasi bo'limlarida chaqaloqlar, emizikli bolalar, bir yoshdan uch yoshgacha bo'lgan va undan katta yoshdagi bolalar uchun palatalar ajratilishi kerak. Shahar markazlarida chaqaloqlar va chala tug'ilgan chaqaloqlar uchun ham alohida bo'lim yoki palatalar ajratiladi.

Bolalar xirurgiya muassasalari o'ziga xos tuzilishga ega bo'lib, kasalxona ichi infeksiyasi tarqalishining oldini olish uchun kamida 25% palata alohida ajratilgan bo'lishi kerak. Bundan tashqari, palatalardan 15—20 daqiqa davomida bemorlarni evakuatsiya qilib, ko'chirish imkoniyati (ko'plab liftlar, keng zinapoyalar) yaratilgan bo'lishi lozim.

Bolalarga mashg'ulotlar o'tkazish va o'ynash uchun maxsus xonalar ajratilgan bo'lishi, 20% ga yaqin onalar uchun qo'shimcha o'rinlar ajratilishi lozim.

Har bir palataning ichki bo'yog'i, mebellar ochiq rangda bo'lishi va yaxshi yoritilishi kerak. Hozirgi kunda kasalxonalar uchun oq rang bilan birgalikda boshqa ranglar qo'llash ham keng tus olmoqda. Palatalarda yuvinish joyi, oynalar, umumiy va har bir karavot uchun alohida yoritish uskunasi, hamshirani chaqirish va radioni quloqqa tutib eshitish sistemasi ko'zda tutilgan bo'lishi kerak. Bir yoki ikki o'rinli palatalar qo'shimcha markazlashtirilgan kislorod berish va vakuum-sistemalar bilan jihozlanishi zarur.

Temir yoki divan karavotlar bilan jihozlangan palatalar juda qulay bo'lib, venaga dori quyish, shtativlar va moslamalar o'rnatish ona va bolaning bemalol yotishi uchun imkon beradi. Bemorlar dam oladigan joy zal hisoblanadi. Unda 1—2 ta divan, jurnal stolchasi, televizor, stullar, gullar va gazeta-jurnallar bo'lishi kerak. Devorlarga tasviriy san'at asarlari namunalaridan osib qo'yish mumkin.

Aksariyat karavotlar funksional bo'lishi kerak. Palatalarda yana karavot yonida turadigan tumbochka, kiyim ilgich, umumiy stol, stullar, qog'oz uchun korzina va devorga o'rnatilgan shkaf bo'lishi kerak. Yotib davolanadigan kasallar uchun karavot ustiga ko'tarib-tushiriladigan stollar kerak bo'ladi. Palatada xonada o'stiriladigan gullar bo'lishi va devorlarga 1—2 ta tasviriy san'at namunalaridan osib qo'yish ham maqsadga muvofiqdir.

Palatalar va umuman bo'limda havo haroratini isitish asboblari yordamida mo'tadillashtirib turish lozim. Umumjarrohlik bo'limlarining palatalarida harorat 20°C, bolalar bo'limlarida esa 22°C atrofida ushlab turiladi. Havoning nisbiy namligi 55—60%, havo harakati soniyasiga 15 m atrofida bo'lishi lozim. Bo'limdagi hamma palatalar tabiiy yorug'lik bilan yoritilishi kerak, derazalar janubga, janubi-sharq yoki janubi-g'arbga ochilgan bo'lishi kerak. Palata eshiklariga davolovchi shifokor va hamshiraning ismi-sharifi va familiyasi yozib qo'yiladi.

Ordinatorlar xonasi. Bu yerda shifokorlar har xil tibbiy hujjatlar to'ldiradilar. Stol-stullar, kiyim-kechak uchun shkaf, yuvinadigan joy, oynadan tashqari bu yerda kitob javonlari bo'lishi kerak. E'lonlar taxtachasida navbatchilar ro'yxati, haftada qilinishi lozim bo'lgan operatsiyalar, bemorlarni tekshirish va davolashning har xil sxemalari bo'lishi kerak.

Ordinatorlar xonasiga bo'lim amaliy faoliyatini (qilingan operatsiyalar soni, asosiy kasalliklar bo'yicha), o'lim hollari sonini (bir necha yil davomida va oxirgi yil, kvartallar bo'yicha) ko'rsatuvchi stendlar, diagrammalar va boshqa ko'rsatkichlar qo'yiladi.

Xonadagi kompyuter, telefon va selektor shifokorlar ishini osonlashtiradi.

Xirurgik yoki travmatologik bo'limlarda sanab o'tilgan xonalardan tashqari, muolajalarni bajarish uchun maxsus muolaja xonasi bo'ladi. Bu xonada inyeksiyalar amalga oshiriladi, bo'shliqlarga punksiya qilinadi, dori moddalarni uzoq muddat yuborish uchun doimiy kateterlar qo'yiladi va hokazo.

Xirurgik statsionarda kasalligi og'irlashib qolgan operatsiyadan chiqqan bemorlar uchun zarurat bo'lganda reanimatsiya tadbirlarini bajarish imkonini beradigan maxsus apparatlari bo'lgan palata yoki intensiv terapiya bo'limi jihozlanadi. Operatsiyadan chiqqan bemorlar to'shagi oldida kecha-kunduz ishlaydigan hamshiralar posti tashkil qilinadi. Juda og'ir, agonal (o'layotgan) bemorlar maxsus xona — izolatorga yotqizib davolanadi.

Hamshiralar posti hamshiralarning asosiy ish joyi bo‘lib, u palatalardagi bemorga, palatalar esa unga yaxshi ko‘rinib turadigan joyda bo‘lishi kerak. Anesteziologiya, reanimatsiya bo‘limlarida esa post bevosita palatada joylashadi. Post dori-darmonlar, asboblari, parvarish vositalari, hujjatlar qo‘yiladigan shkaflar bilan jihozlanishi kerak.

Hamshira posti stolida telefon, signalizatsiya, stol chirog‘i va qog‘ozlar bo‘lishi kerak. Oyna tagida kun tartibi va parhezi ko‘rsatilgan kasallar ro‘yxati, haroratni qayd qilish varag‘i, kalendar, ayrim shifokor ko‘rsatmalari (masalan, o‘mrovosti venasiga qo‘yilgan kateterga qarab borish, tahlilga material olish va h.k.), bemorlarni har xil tekshirishlarga, yo‘l-yo‘riqlar va operatsiyalarga tayyorlash qoidalari yozilgan bo‘lishi lozim.

Bundan tashqari, postda stol yonidagi shkafda dorilar, termometr, shpatel, bankalar, isitgichlar, oshqozonni yuvish va shira olish uchun ishlatiladigan rezina naylar (zond) turishi kerak. Post yonida tarozi, bo‘y o‘lchagich va sovitgichlar turadi. A va B ro‘yxatidagi dorilar muolaja xonasidagi seyflarda saqlanadi. Shkafda anafilaktik shok holatida yordam berish uchun mo‘ljallangan dorilar turishi zarur. Bemorlarning lozim bo‘lganda hamshirani chaqirishi yorug‘lik yoki tovush signallari orqali amalga oshirilishi lozim.

Poliklinika xirurgiya bo‘limi. Yirik poliklinikalarda mustaqil xirurgik bo‘lim ajratiladi. Uning vazifasi bemorlarni birlamchi ko‘zdan kechirish, ularni ambulatoriyada davolash uchun tanlashdan iborat.

Poliklinikaning xirurgiya bo‘limi kamida uchta xona: shifokor qabulxonasi, operatsiya xonasi va bog‘lov xonasidan tashkil topadi. Ko‘pchilik poliklinikalarda «toza» va «yiringli» yarasi bor bemorlar bir-biridan ajratiladi. Bunda xonalarning soni ikki baravar ko‘p bo‘ladi. Poliklinikaning xirurgiya bo‘limi yonida rentgen xonasi, laboratoriya, davo fizkulturasi xonasi bo‘lishi shart. Bu qo‘shimcha xonalar faqat xirurgik bemorlarga emas, balki boshqa kasalligi bor bemorlar uchun ham xizmat qiladi. Bog‘lov materiallari, odatda, poliklinikaning hammasi uchun markazlashgan holda sterilizatsiya qilinadi.

Poliklinikaning xirurgiya xonasi. Ambulatoriyalarda alohida xirurgiya xonasi ajratilib, bu yerda bemorlar qabul qilinadi, kichikroq operatsiyalar o‘tkaziladi va yaralar bog‘lanadi. Ba‘zi

hollarda markaziy poliklinikalarda xirurgiya xonasi ham kunduzgi shifoxonaning xirurgiya bo'limi kabi bir necha xonadan tashkil topadi.

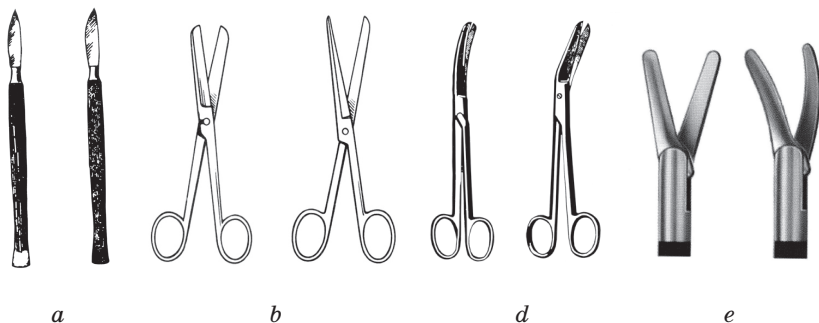
Travmatologiya punkti. Bir qancha kasalxonalar va poliklinikalarda maxsus davolash-profilaktika bilan birgalikda travmatologiya punkti ham bo'lib, u shikastlangan bemorlarga xizmat qiladi. Travmatologiya punktida shifokor travmatolog kabineti, operatsiya xonasi, gips-bog'lov xonasi va rentgenologiya kabineti bo'lishi kerak.

Travmatologiya punktida suyaklar singanda mahalliy og'riqsizlantirish o'tkaziladi, suyak siniqlari repozitsiya qilinadi, oddiy gips bog'lamlari qo'yiladi, chiqqan suyaklar o'rniga solinadi, kichikroq jarohatlarga xirurgik ishlov beriladi va hokazo. Bemor statsionarda davolanishga muhtoj bo'lganda u travmatologiya statsionariga jo'natiladi.

Xirurgik asboblari. Operatsiyalar uchun ishlatiladigan asboblari ikki katta guruhga bo'linadi:

1) deyarli hamma operatsiyalarda ishlatiladigan umumiy asboblari (to'qimalarni kesish uchun skalpel, pinsetlar, ilmoqlar, zondlar, sapkalar, kornsanglar; jarohatdan qon oqishini to'xtatish uchun qisqichlar va b.); 2) operatsiyalarning ayrim turlaridagina foydalaniladigan maxsus asboblari yiringli abdominal torakal xirurgiya, neyroxirurgiya, urologiya va proktologiya asboblari bo'linadi.

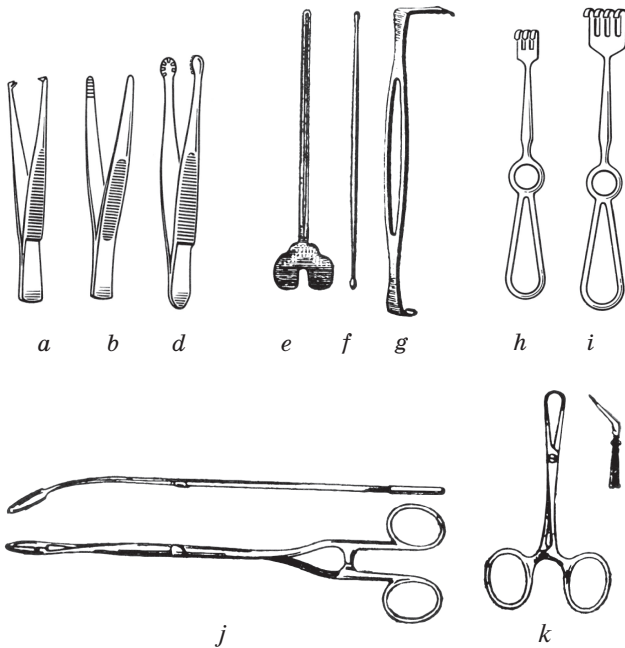
To'qimalarni kesadigan asboblari: a) uchi o'tkir, qorinchali skalpellar; b) uchi to'mtoq va o'tkir to'g'ri, d) tomirlar uchun ishlatiladigan, e) laparoskopik to'g'ri va qiyshiq qaychilar (1-rasm).



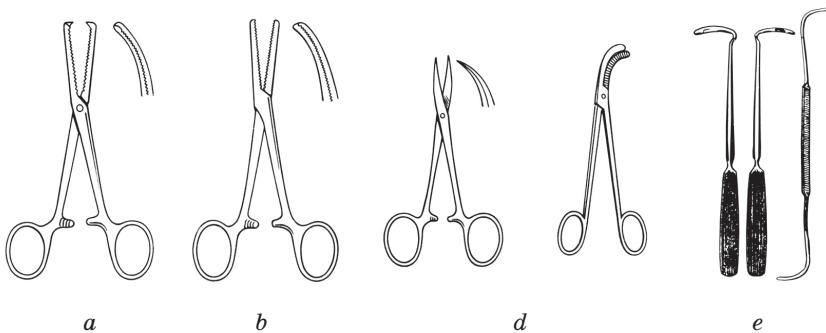
1-rasm. To'qimalarni kesuvchi asboblari.

Qo'shimcha xirurgik asboblari: a) tishli, b) tishsiz, d) panjali pinsetlar; e) tarnovsimon, f) to'g'ri va egri Farabef, h) uch va i) to'rt tishchali jarohatni ochuvchi ilmoqlar; j) kornsanglar; k) sapkalar (2-rasm).

Qon to'xtatuvchi asboblari: to'g'ri va egri a) Koxer, b) Bilrot, d) «chivin»simon qisqichlar; e) Deshan (o'ng va chap) ignalari (3-rasm).



2-rasm. Qo'shimcha xirurgik asboblari.



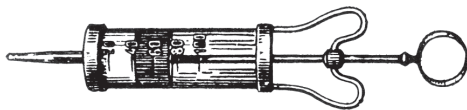
3-rasm. Qon to'xtatuvchi qisqichlar va ligatura ignalari.

To‘qimalarni tikishda qo‘llaniladigan asboblari: a) igna tutkich turlari; b) yumaloq, kesadigan, to‘g‘ri ko‘p martalik va d) bir martalik atravmatik ignalar; e) pinset, igna tutkich, ilmoq va klipsalar (4-rasm). Jane shprisi (5-rasm).

Qorin bo‘shlig‘i operatsiyasi uchun asboblari: jarohat kergichlar: 1) Grosse, 2) Mikulich, 3) jigar, 4) qorin ko‘zgulari; 5) troakar;



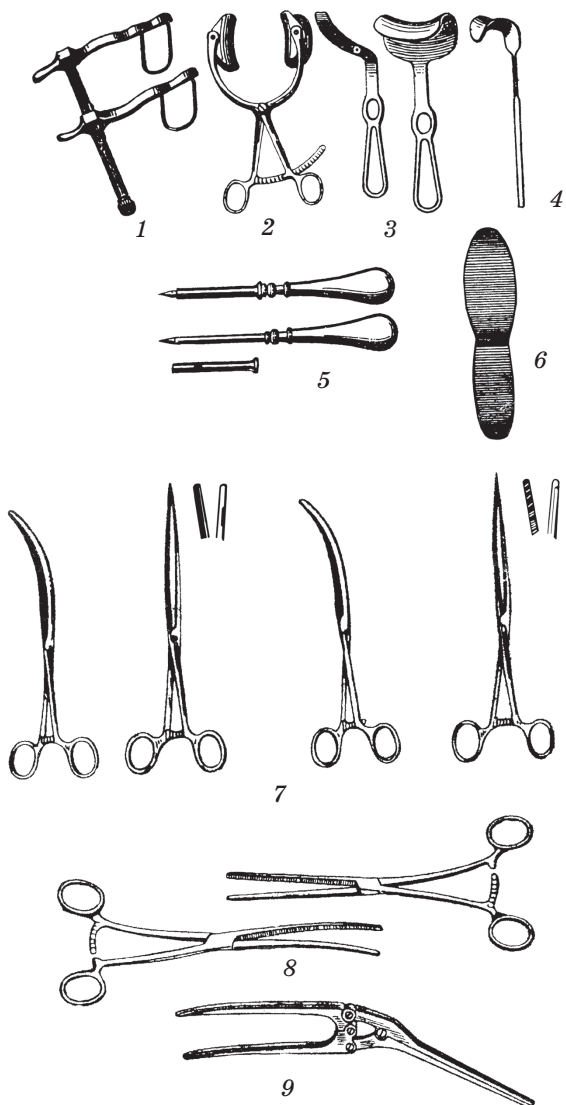
4-rasm. To‘qimalarni tikishda qo‘llaniladigan asboblari.



5-rasm. Shprisi.

6) Reveden shpateli; 7) ichakning yumshoq, 8) bosib turadigan jomlari; 9) ichakni bosib turadigan Payer jomi (6-rasm).

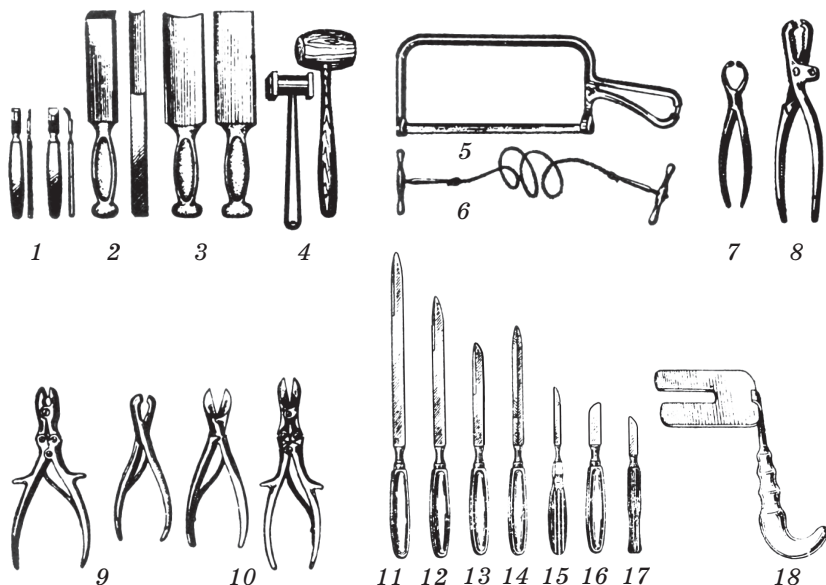
Suyak operatsiyalari uchun asboblari: raspatorlar: 1) Farabef (to'g'ri, qayrilgan); 2) yassi va tarnovsimon; 3) osteotom; 4) bolg'achalar (metall va yog'ochdan yasalgan); 5) yoysimon, 6) sim arralar; 7, 8) Olening fiksatsion, 9) Lyuer, 10) Liston



6-rasm. Qorin bo'shlig'i operatsiyasi uchun asboblari.

qisqichlari, pichoqlar; 11—14) amputatsion (katta, oʻrta, kichik), xanjarsimon, 15) falangasimon, 16) rezeksion pichoqlar; 17) skalpel; 18) retraktor (7-rasm).

Traxeostomiya uchun asboblari: 1) traxeostomik kanyula (yigʻilgan va qismlarga ajratilgani); 2) Trussoning traxeya kergichi; 3) bir tishli ilmoq (8-rasm).



7-rasm. Suyak operatsiyalari uchun asboblari.

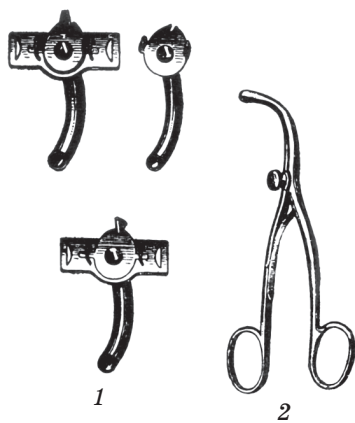
Koʻkrak qafasi va boʻshligʻi operatsiyalari uchun asboblari: 1) Duayn raspatori; 2) Duayn qisqichlari; 3) Shumaxer, 4) Shtille, 5) Lyuer qisqichi; 6) jarohat kengaytirgich; 7) Fridrix qisqichi (9-rasm).

Neyroxirurgik operatsiyalar uchun asboblari: 1) parma frezlari bilan; 2) Jiglining sim arrasi; 3) raspatorlar; 4) miya shpateli; 5) dissektor; 6) qaychilar; 7) klipsalar (10-rasm).

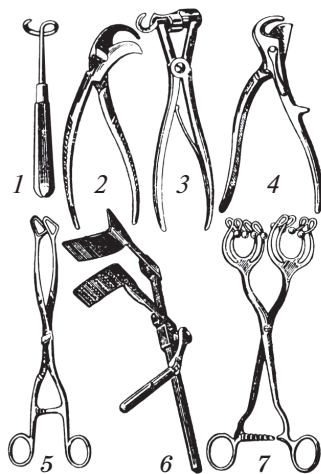
Urologik operatsiyalar uchun asboblari: 1, 2) Fyodorov qisqichi; 3) rezina kateter; 4, 5) metall kateter; 6) sistoskop; 7) siydik nayi kateterlari; 8) kateterlash uchun sistoskop (11-rasm).

Toʻgʻri ichakdagi operatsiyalar uchun asboblari: a) rektoskop; b) rektal koʻzgular (12-rasm).

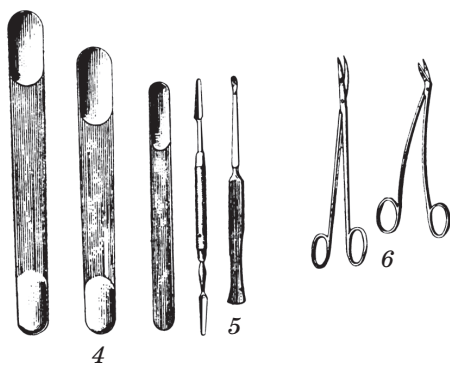
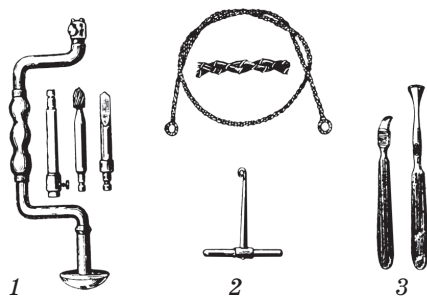
Zamonaviy operatsiya xonalari, ayniqsa, maxsus profildagi operatsiya xonalari murakkab yurak operatsiyalari uchun sunʼiy



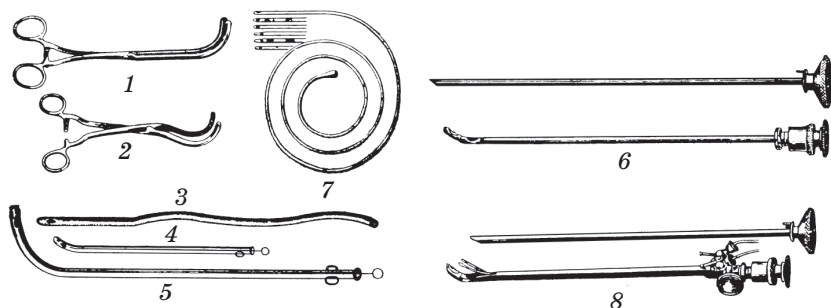
8-rasm. Traxeostomiya uchun asboblar.



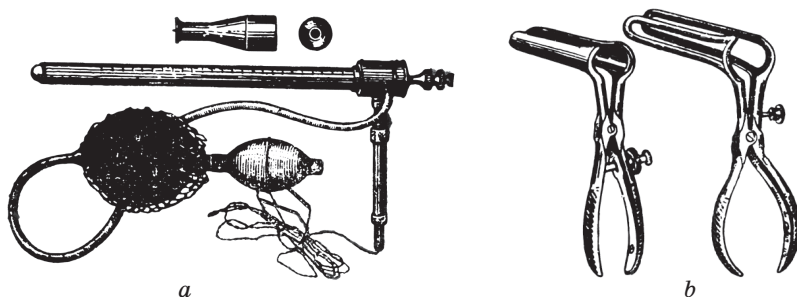
9-rasm. Ko'krak qafasi va bo'shlig'i operatsiyalari uchun asboblar.



10-rasm. Neyroxirurgik operatsiyalar uchun asboblar.



11-rasm. Urologik operatsiyalar uchun asboblari.



12-rasm. To'g'ri ichakdagi operatsiyalar uchun asboblari.

qon aylanish apparatlari, bosh miya biopotensiallarini yozib borish uchun elektr ensefalografiya; yurak ishini nazorat qilib turadigan elektr kardioskop, kardiomonitorlar va sun'iy nafas berish, narkoz apparatlari bilan jihozlangan. Bundan tashqari, ko'p operatsiyalar uchun zarur apparatlar: termokoagulatorlar (qon oqishini to'xtatish va to'qimalarni elektr pichoq bilan kesish), elektr so'rg'ich (suyuqliklarni aspiratsiya qilish uchun) apparatlari, «Armen» portativ rentgen apparati va shu kabilar bo'ladi.

OPERATSIYA HAMSHIRASINING ISH FAOLIYATI

Operatsiya xonasini tayyorlash bo'yicha tadbirlarning hammasi operatsiya hamshirasining vazifasi hisoblanadi. Uning ixtiyorida: 1) operatsiya, operatsiya old xonasi, avtoklav va materiallar xonasi; 2) asboblari va ularni operatsiyaga tayyorlash; 3) operatsiya va bog'lov materiallari hamda ularni sterillash; 5) choklar

uchun materiallar va ularni tayyorlash; 6) operatsiya xonasini kerakli dori-darmonlar bilan ta'minlash xonasi bo'ladi.

Bo'limda bir necha operatsiya hamshiralari o'rni mavjud bo'lganda ularning vazifasi o'zaro taqsimlanadi. Ulardan katta hamshira moddiy javobgar hisoblanadi va boshqa hamshiralarning ishiga boshchilik qiladi. Asbob-uskunalar uning ixtiyorida bo'ladi. U operatsiya materiallari (salfetkalar, tamponlar, shar-chalar) tayyorlash, uni sterillash ustidan kuzatuv olib boradi, dorilar yozib beradi.

Operatsiya hamshiralarning qolgan hammasi material tayyorlashda va operatsiyada bevosita ishtirok etadi. Operatsiya hamshirasi kichik tibbiyot xodimlari ustidan diqqat bilan kuzatuv olib borishi va aseptikaning operatsiyada qatnashayotganlar (shifokorlar, talabalar va boshqalar) tomonidan har qanday buzilishi to'g'risida xirurgga xabar qilishi shart. Operatsiya qilayotgan xirurglar aseptikaning qanday bo'lmasin buzilishini sezmay qolganlarida hamshira bu haqda ularni zudlik bilan xabardor qilishi zarur.

Operatsiya vaqtida xirurglarni zarur asboblardan va materiallardan bilan ta'minlash operatsiya hamshirasining asosiy vazifasi hisoblanadi. Odatda operatsiyadan oldin asboblardan to'ri bilan birga sterilizatorlardan olinadi va ular hamshiraning steril choyshab yopib qo'yilgan asboblardan stoliga qo'yiladi. Bunda choyshabning namlanib qolmasligiga ahamiyat beriladi, chunki bu aseptikaning buzilishiga sabab bo'ladi.

Asboblardan turlari bo'yicha, shuningdek, operatsiya borishini hisobga olingan holda bosqichlar bo'yicha stolga terib chiqiladi. Hamshira stolidagi zaxira asboblardan bir qismini yordamchi stolga olib qo'yadi, bu stol bevosita operatsiya stolining yonida bo'lib, unga operatsiyaning hozirgi bosqichini ta'minlash uchun zarur asboblardan qo'yiladi. Agar hamshira stolining sterilligi uchun operatsiya hamshirasining o'zi javob bersa, yordamchi stolning sterilligi uchun operatsiya qiladigan xirurglar ham javob beradilar.

Operatsiya hamshirasi asboblarning bekam-u ko'stligini tekshirib turishi kerak. Asbob ikki usulda uzatiladi. Hamshira asbobni bevosita xirurg yoki uning assistenti qo'lga beradi yoki asbobni stolga qo'yadi, bunda xirurg asbobni o'zi oladi. Hamshira xirurgga asbobni uning qo'lini shikastlab qo'ymaslik uchun ohista uzatishi kerak. Ko'pchilik hollarda operatsiya vaqtida xirurgning butun diqqat-e'tibori operatsiya maydonida bo'lib, uzatilayotgan

asbobga qaramaydi. Shuning uchun operatsiya hamshirasi *operatsiyaning boshidan oxirigacha borishini bilishi* va biror narsani tushunmasa, uni xirurgdan soʻrashi lozim boʻladi.

Operatsiya brigadasi batartib ishlaganda operatsiya birmuncha tez tugallanadi. Agar operatsiya vaqtida asbob bironta nosteril narsaga tegib ketsa, hamshira bu haqda xirurgga maʼlum qilishi, asbobni esa chetga olib qoʻyishi kerak. Chok materialini uzatish katta tajriba va chaqqonlikni talab etadi. Chok materiali qoʻl bilan emas, asbob bilan olinadi. Bunda pinset bilan ipning uchidan ushlanadi, ip sterilizatsiya qilingan gʻaltak yoki buyum oynasidan asta tortib boʻshatiladi. Kerakli uzunlikdagi ip boʻshatilgandan soʻng qaychida qirgʻiladi. Ketgudan foydalanish qulay boʻlishi uchun uni oldindan kesib, kerakli uzunlikdagi iplar tayyorlab qoʻyiladi. Kerakli ipni uzatish uchun hamshira operatsiyaning borishini kuzatib turishi va qanday uzunlikdagi ip talab qilinishini yaxshi bilishi kerak. Ipning pishiqligi, asosan, uning yoʻgʻonligiga bogʻliq.

Sterillash. Sterillashda ipning pishiqligi kamayishini unutmashlik kerak. Ipni xirurgga uzatishdan oldin operatsiya hamshirasi uning nechogʻli pishiqligini tekshirib koʻradi. Odatda, ingichka iplar kichikroq tomirlarni bogʻlash, birmuncha yoʻgʻon iplar yirik tomirlarni bogʻlash va bir qadar pishiq iplar toʻqimalar, masalan, aponevroz pardalarni tikish uchun ishlatiladi. Lavsan va kaprondan tayyorlangan iplar ingichka boʻlishiga qaramay juda pishiq boʻladi. Lekin oʻta elastikligi ularning yechilib ketishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun faqat «xirurgik tugun» qilish va uni uch marta bogʻlash kerak.

Chok qoʻyish uchun ignani tanlash juda muhimdir. Ignaning oʻlchami va uning turi chokka qoʻyiladigan talablarni hisobga olib tanlanadi. Tomirlarni bogʻlash yoki kovak aʼzolar (ichaklar va meʼda) devorini tikish uchun yumaloq «ichak» ignalaridan foydalaniladi. Choklarni germetik qilish talab etilmaydigan bir qadar qattiq toʻqimalarni tikishda uch qirralli, keskir ignalar ishlatiladi. Ip qanchalik yoʻgʻon boʻlsa, ignaning ham yoʻgʻoni tanlanadi va operatsiya hamshirasi ipni ignaga tez va toʻgʻri oʻtkaza bilishi lozim.

Operatsiya hamshirasi operatsiya vaqtida salfetka, sharchalar, birorta asbob yoki boshqa yot jismning tasodifan qolib ketmasligi ustidan nazorat qilib turadi. Bunga yoʻl qoʻymaslik uchun salfetka, asboblarning soni operatsiyadan oldin va keyin sanaladi va doka sharchalar faqat kornsanglar yordamida uzatiladi.

XIRURGIYA BO‘LIMIDA HAMSHIRA YURITADIGAN TIBBIY HUIJATLAR

Davolash tashkilotlarining qabulxonasida dastlab tibbiyot hamshirasi «Tez yordam» mashinasida keltirilgan bemorning rasmiy hujjatlari yoki shahar poliklinikalari yo‘llanmalari bilan kelgan bemorlarning rasmiy hujjatlari bilan tanishadi.

Qabul bo‘limida kasallarni ro‘yxatga olish uchun hujjatlar:

- kasalxonaga yotqizishni rasmiylashtirish jurnali;
- konsultatsiyalarni rasmiylashtirish jurnali;
- har xil sabablarga ko‘ra kasalxonaga yotishdan bosh tortgan yoki yotishi man qilingan bemorlarni rasmiylashtirish jurnali.

Tibbiy hamshira xirurgik bo‘lim ish faoliyati uchun rasmiy hujjatlar tuzishda qatnashadi: bularga kasallik tarixi; titul varag‘i; dorilarni qayd qilish varag‘ini to‘ldirish; bemorlarning og‘irligi va bo‘yini o‘lchash; kasallik tarixiga barcha tahlillarni yopishtirish; bir yoshgacha bo‘lgan bolalar axlatining sifati, miqdori va tezligini nazorat qilish varag‘ini to‘ldirishlar kiradi.

Xirurgiya bo‘limi katta hamshirasi tomonidan yuritiladigan hujjatlar:

- kasallarning o‘limini qayd qilish jurnali;
- dorilar va ularning sarflanishini ro‘yxatga olish jurnali;
- kuchli ta’sir etuvchi va narkotik dorilarni ro‘yxatga olish jurnali.

Operatsiya va bog‘lamlarni ro‘yxatga oladigan hujjatlar:

- operatsiyalarni qayd qilish jurnali;
- bog‘lamlarni ro‘yxatga olish jurnali;
- qon, plazma va qon o‘rnini bosadigan suyuqliklarni ro‘yxatga olish va ular to‘g‘risidagi hujjatlar jurnali.

Statsionarda yuritiladigan hujjatlar:

- xodimlarning kelib-ketishini nazorat qilish jurnali;
- bemorlarni ro‘yxatga olish jurnali;
- dori-darmon hisoboti jurnali;
- shikoyat va takliflar jurnali;
- 5 daqiqalik yig‘ilishlar jurnali;
- bo‘limning tekshiruv jurnali;
- ma’ruzalar, xodimlar saviyasini oshirish uchun suhbatlar jurnali;
- mehnat xavfsizligi va yong‘inga qarshi jurnal.

Postda yuritiladigan hujjatlar:

- bemorlarni ro‘yxatga olish jurnali;
- tahlillar jurnali;

- parhez jurnali;
- bemorlar harakati hisoboti jurnali;
- HBS, Ad ga olingan qonlarni qayd qilish jurnali.

Muolaja xonasida yuritiladigan hujjatlar:

- muolajalarni qayd qilish jurnali;
- kvarslash jurnali;
- bo‘limdagi xona va yo‘laklarga uzil-kesil ishlov berishni qayd qilish jurnali;
- qon quyishni qayd qilish jurnali;
- dori-darmonlar, paxta, spirt, shpris va bir martalik sistemi qayd qilish jurnali.

Bog‘lov xonasida yuritiladigan hujjatlar:

- bog‘lamlarni qayd qilish jurnali;
- bog‘lov uchun ishlatilgan materiallarni (bint, dori-darmonlar, spirt) qayd qilish jurnali;
- kvarslash jurnali;
- bog‘lov xonaga to‘la-to‘kis ishlov berishni qayd qilish jurnali;
- asboblarni qayd qilish va sterillash jurnali.

Xirurgiyada profilaktik yo‘nalish. Zamonaviy xirurgiya profilaktik yo‘nalishga, ya’ni biror kasallik yoki shikastlanishning oldini olishga katta e’tibor beradi. Shu maqsadda profilaktik ko‘riklar o‘tkaziladi. Tekshirilayotgan kishida o‘pkaning biror surunkali kasalligi (surunkali bronxit, o‘pkaning surunkali pnevmoniyasi), gastrit, polipoz, kolit va boshqa bir qator kasalliklar topilsa, u dispanser hisobiga olinib, vaqti-vaqtida tekshirib turiladi. Dispanser sistemasi rak singari jiddiy kasalliklarning boshlang‘ich shaklini aniqlashga va o‘z vaqtida radikal davo o‘tkazishga imkon beradi. Shikastlanishning oldini olish uchun ish joyi, xavfsizlik texnikasi, mehnatni ilmiy asosda tashkil qilishga, og‘ir yallig‘lanish jarayonlariga olib kelish ehtimoli bo‘lgan kichik shikastlanishlarda (tirnalish, urib olish, mayda jarohatlar) tibbiy yordamga o‘z vaqtida murojaat qilishga ahamiyat beriladi.

Xirurgiyaning fiziologik xossalari. Hozirgi vaqtda operatsiya yo‘li bilan davo qilishda biror a’zoning normal fiziologik funksiyalarini vujudga keltirish masalasi birinchi o‘ringa qo‘yiladi. Masalan, tug‘ma va hayotda orttirilgan yurak poroklari operatsiyalari yurakning normal ishi buzilishi sababini (bo‘lmachalararo va qorinchalararo to‘siqlardagi teshiklarni tikish, patologik o‘zgarib qolgan klapan o‘rniga sun‘iysini qo‘yish va hokazo) bartaraf etadigan qilib ishlab chiqilgan. Me‘da-ichak yo‘llaridagi operatsiya-

Qoqshol tayoqchasi (Clostridium tetani) — spora hosil qiladigan mikroob. U tetanogemolizin va tetanospazmin toksinlarini ishlab chiqaradi, keyingi toksin markaziy nerv sistemasini spetsifik zararlantirib qoqshol kasalligini keltirib chiqaradi.

ANTISEPTIKA

Antiseptika deganda, jarohatdagi mikroblarni yo‘qotish yoki sonini kamaytirishga qaratilgan tadbirlar sistemasi tushuniladi.

Antiseptikaning fizik, mexanik, kimyoviy, biologik va aralash turlari farqlanadi.

Fizik antiseptika vositalariga drenaj, steril tampon, sharchalar, qizdiruvchi, ultrabinafsha lampalar va infraqizil lazer apparatlari kiradi. Bunday fizikaviy vositalar yordamida jarohatdagi zahar (toksin) va yiringlar o‘z vaqtida so‘rish va oqim yo‘nalishi hosil qilish usullari yordamida chiqarib tashlanadi.

Mexanik antiseptikaga jarohat va uning atrofini mexanik usul bilan tozalash, yot jismlarni olib tashlash, nekrozga uchragan va o‘lishi muqarrar to‘qimalarni kesib olib tashlash, jarohatga bir-lamchi ishlov berish va tikish kiradi.

Kimyoviy antiseptikada mikroblarni yo‘qotish (bakteriotsid) yoki jarohatda uning rivojlanishini to‘xtatish (bakteriostatik) xususiyatiga ega bo‘lgan turli kimyoviy yo‘l bilan olinadigan antiseptik moddalarni ishlatish ko‘zda tutilgan. Bunga malhamlar (Vishnevskiy, iruksol, sintomitsin), kukunlar (kseroform, yodoform), emulsiyalar, yod, spirt, kimyoviy tarkibga ega bo‘lgan va tibbiyot amaliyotida ishlatiladigan barcha dorilar kiradi.

Biologik antiseptikaga turli biologik dori moddalari kiradi. Bulardan maxsus vaksinalar, immunglobulinlar, qon, plazma va anatoksinlar bemor organizmiga kiritilganda uning umumiy (spetsifik va nospetsifik) immuniteti hamda mikroorganizmlarga bo‘lgan kurashuvchanlik qobiliyati ortadi va natijada mikroblar organizmdan yo‘qoladi. Antibiotiklar, bakteriofag va anatoksinlar mikroblar to‘qimasiga yoki uning zaharlarining ma’lum bir turiga makroorganizm tomonidan to‘g‘ridan to‘g‘ri ta’sir qilib uni yo‘q qiladi yoki neytrallaydi. Proteolitik fermentlar esa jarohatdagi yaroqsiz to‘qimalarni lizisga uchratib, uning tezroq tozalanishini ta’minlaydi va mikroob to‘qimalarining oziqlanishini buzadi.

Aralash antiseptika. Yuqorida keltirilgan antiseptika turlarini tibbiyot amaliyotida alohida qo‘llashning foydasi va imkoniyati

kamligi tufayli ular doimo birgalikda kompleks holatida ishlatiladi. Shuning uchun aralash antiseptika amaliyotda juda ko'p ishlatiladi. Masalan, jarohatni zamonaviy usullarda tez davolash uchun jarohatga birlamchi xirurgik ishlov beriladi. Bunda jarohat qirg'oqlari kesiladi (mexanik antiseptika), atroflariga yod bilan ishlov beriladi va jarohat vodorod peroksid eritmasi bilan yuviladi (kimyoviy antiseptika), qoqsholga qarshi zardob va antibiotiklardan birontasi organizmga yuboriladi (biologik antiseptika), jarohatga gipertonik eritma shimdirilgan salftka ishlatiladi yoki UVCH (fizik antiseptika) qo'llaniladi.

Antiseptik vositalar. Hozirgi vaqtda ko'p sonli antiseptik moddalar qo'llaniladi. Shulardan amaliyotda ko'p qo'llaniladiganlarini keltirib o'tamiz.

1. Galloidlar.

Xloratsid (Chloracidum). 0,5% li eritmasi xirurg qo'lini zararsizlantirish, rezina qo'lqoplar, kateterlar, drenajlarni sterilizatsiya qilish, infeksiya tushgan jarohatlarni davolash, yiringli bo'shliqlarni yuvish uchun qo'llaniladi.

Xloramin B (Chloraminum B). 2% li eritmasi xuddi shu maqsadlar uchun qo'llaniladi.

Xlorgeksidin (Chlorhexidinium). 20% li suvli eritmasi xlorgeksidin biglukonat sifatida chiqariladi. Operatsiya maydonini tayyorlash uchun 70% li etanoldan tayyorlangan 20% li eritmasi ishlatiladi. Kuyish jarohatlarini yuvishda 0,05% li, qovuqni yuvishda 0,02% li suvli eritmasi va xirurg qo'lini yuvishda 0,5% spirtli xlorgeksidin biglukonat eritmasi ishlatiladi.

Yodning spirtidagi eritmasi (Solutio jodi spirituosa). 5% li eritmasi operatsiya maydoniga, jarohat chetlariga surtish uchun dezinfeksiya qiladigan vosita sifatida qo'llaniladi.

Yodonat — yodning suvdagi eritmasi 1% li eritma sifatida operatsiya maydonini mikrobsizlantirish maqsadida ishlatiladi.

Yodopiron — 1% li suvli eritmasi operatsiya maydonini va xirurg qo'lini mikrobsizlantirishda, yiringli jarohatlarni davolashda ishlatiladi.

Lyugol eritmasi (Solutio Lugoli) — yod va kaliy yodning spirt yoki suvdagi eritmasi. Ketgutni sterilizatsiya qilish va shilliq pardalarga surtish uchun qo'llaniladi.

2. Oksidlovchilar.

Vodorod peroksid eritmasi (Hydrogenii peroxydati diluta). 3—5% li eritmasi yiringli jarohatlarni yuvish uchun dezinfeksiya

qiladigan va yoqimsiz hidni yo‘qotadigan vosita sifatida qo‘llaniladi. Bunda hosil bo‘ladigan ko‘pik bilan hayotga layoqatsiz to‘qimalar mexanik ravishda tozalanadi.

Kaliy permanganat (Kalii permanganas) kuchli oksidlovchi. 0,1—0,05% li eritmasi jarohat, 0,01—0,1% li eritmalari tomoq va og‘izni chayish, 2—5% li konsentratsiyasi yara va kuygan yuzalarga surtish uchun ishlatiladi.

Borat kislota (Acidum boricum). Ko‘k yiring tayoqchasidan zararlanishda jarohatlarni yuvish uchun 2—3% li eritmasi qo‘llaniladi, surtma va sepma dorilar ko‘rinishida ham ishlatilishi mumkin.

3. Og‘ir metall tuzlari.

Simob dixlorid (Hydrargiri dichloridum). 1:1000 nisbatdagi eritmasi parvarish buyumlari, qo‘lqoplarni dezinfeksiya qilish uchun qo‘llaniladi. Sulema kuchli zahar. Uni ishlatishda ehtiyotkorlikka rioya qilish kerak. A ro‘yxat bo‘yicha saqlanadi.

Diotsid (Diocidum). Kuchli antiseptik ta‘siri bor. Qo‘lni yuvishda 1:3000—1:5000, asboblarni, chok materiallarini sterilizatsiya qilishda 1:1000 nisbatdagi eritmasi ishlatiladi.

Kumush nitrat (Argenti nitras). Jarohatlar, qovuqni yuvish uchun dezinfeksiyalovchi vosita sifatida 1:500—1:1000 nisbatdagi konsentratsiyasi qo‘llaniladi. Ortiqcha granulatsiyalarni kuydirish uchun 5—10% li eritmasidan foydalaniladi.

Protargol (Protargolum). 1—3% li eritmasi qovuq yallig‘langanda unga yuborish uchun bitiruvchi, antiseptik va yallig‘lanishga qarshi vosita sifatida qo‘llaniladi.

Kollargol (Collargolum). 0,2% li eritmasi yiringli jarohatlarni yuvish uchun dezinfeksiyalaydigan va yallig‘lanishga qarshi vosita sifatida ishlatiladi.

Hamma kumush preparatlari yoqut rangli, og‘zi mahkam bekitiladigan idishda, yorug‘lik tushmaydigan joyda saqlanadi.

4. Spirt.

Etil spirt yoki vino spirti (Spiritus aethylicus). Dezinfeksiyalovchi va oshlovchi ta‘siri bor. 70 va 96% li eritmalari qo‘lga va operatsiya maydoniga surtish uchun ishlatiladi.

5. Formaldegid.

Formalin (Formaldehydum solutum) formaldegidning suvdagi 36,5—37,5% li eritmasidan iborat. Asboblarni dezinfeksiya qilish uchun 0,5% li eritmasi qo‘llaniladi. Eritma uch xil moddadan tashkil topgan (1000 ml distillangan suvga 20 g formalin, 10 g karbol kislota, 30 g natriy karbonat qo‘shib tayyorlanadi).

6. Fenol.

Fenol yoki karbol kislotasi (Acidum carbolicum). 2—3% li eritmasi parvarish buyumlarini dezinfeksiya qilish, asboblarni, rezina qoʻlqoplarini steril qilish uchun qoʻllaniladi.

7. Boʻyoq moddalar.

Etakridin laktat — Rivanol (Aethacridini laktas). 1:500 va 1:2000 nisbatdagi konsentratsiyasi yiringli jarohatlarni davolash, yiringli boʻshliqlarni yuvish uchun ishlatiladi.

Brilliant yashili (Viridi nitens). Spirtidagi 0,1—0,2% li eritmasi yiringli kasalliklarda teriga surtish uchun qoʻllaniladi.

Metilen koʻki (Methylenum coeruleum). Spirtidagi 1—3% li eritmasi kuyishda va terining yiringli kasalliklarida antiseptik vosita sifatida ishlatiladi.

8. Nitrofuran preparatlari.

Furatsilin (Furacilinum). 1:5000 nisbatdagi eritmalari yiringli jarohatlarni davolash, boʻshliqlarni yuvish uchun qoʻllaniladi. Anaerob flora uchun faol taʼsir etadi.

Furagin (Furaginum). 0,1% li eritmasi ogʻiz boʻshligʻini va jarohatni yuvishda kuchli antiseptik eritma hisoblanadi.

Furodonin (Furodonini). Urologik kasalliklarda ovqatdan keyin kuniga 3—4 marta 0,1—0,15 g dan ichish uchun qoʻllaniladi.

9. Sulfanilamid preparatlar.

Streptotsid (Streptocidum). Turli sohalarda joylashgan yalligʻlanish jarayonlarida ishlatiladi. Kuniga 4—6 marta 0,5—1 g dan ichish uchun buyuriladi.

Sulfadimetoksin (Sulfadimethoxinum) — sulfanilamid qatoridagi preparat, gʻoyat faol. Keng qamrovli taʼsirga ega. Dastlab kuniga 1 g dan 2 marta, keyinroq kuniga 1 g dan tayinlanadi.

10. Antibiotiklar (biologik antiseptiklar).

Ular mikroblar, oʻsimliklar, hayvon toʻqimalaridan va sintetik yoʻl bilan olinishi mumkin. Kimyoda erishilgan yutuqlar uzaytirilgan taʼsiri boʻlgan, oʻzgartirilgan sintetik va yarimsintetik antibiotiklar yaratish imkonini berdi. Xirurgiya amaliyotida eng koʻp ishlatiladigan antibiotiklar haqida quyida toʻxtalib oʻtamiz.

Penitsillin guruhi. Bu guruhda penitsillinning koʻp sonli turli tuzlari boʻladi. Preparatlari turli mikroorganizmlarga nisbatan keng taʼsir doirasiga ega. Penitsillin fiziologik eritmada, koʻproq 0,25—0,5% li novokain eritmasida eriydi. Penitsillin organizmdan tez chiqariladi, shuning uchun uni sutkasiga 4—6 marta

yuboriladi. Kattalar uchun o'rtacha bir martalik dozasi 500000–1000000 TB, sutkalik dozasi 2000000–3000000 TB gacha. Penitsillinni teri ostiga, mushak orasiga, venaga, arteriyaga, turli bo'shliqlarga (qorin, plevra bo'shlig'iga, bo'g'imga), intratraxéal va orqa miya kanaliga yuborish mumkin. Penitsillin fenoksi-penitsillin (*Phenoxymethylpenicilinum*) holida ichishga buyuriladi, u me'da shirasi ta'sirida parchalanmaydi.

Bitsillin (Bicilinum) — benzilpenitsilinning kristall tuzi. Yuborilgan joydan juda sekin — 2 haftacha so'riladi yoki 2 haftada 1 marta 12000000 TB dozada yuboriladi.

Ampitsillin (Ampicillinum) — penitsillin qatoridagi antibiotik. Ta'sir doirasi keng yarimsintetik preparat. Aralash infeksiya qo'zg'atgan kasalliklarda qo'llaniladi. 0,25–0,5 g dan 4–6 soat oralatib ichish uchun buyuriladi.

Sefalosporinlar guruhi.

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

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

Tetratsiklin guruhi.

Tetratsiklin (Tetracyclini hydrachloridum). Operatsiyadan keyingi asoratlarni profilaktika qilishda, kuyish hollarida, turli xil yiringli kasalliklarda qo'llaniladi. Sepsisda penitsillin va streptomitsin bilan birga ishlatiladi. Sutkasiga 4–6 marta 0,1–0,15 g dan tabletka holida ichiriladi. Sutkalik eng yuqori dozasi 2 g. 1–2% li surtmasi mahalliy qo'llaniladi.

Morfotsiklin (Morphocyclinum). Sutkasiga 1–2 marta venaga 75000–150000 TB dan 20–30 ml 40% li glukoza eritmasi bilan birga asta-sekin yuboriladi. Og'ir infeksiyalarda (peritonit, sepsis, o'pka absessi, plevra empiyemasi va hokazo) buyuriladi.

Sigmomitsin (Sigmomycinum). Tetratsiklin va oleandomitsindan iborat kombinatsiya qilingan preparat. Ichishga 0,25 g dan, mushak orasiga 0,1 g dan va venaga 0,25–0,5 g dan buyuriladi.

Ta'sir doirasi oletetrin kabi. Oletetrin qanday kasalliklarda qo'llanilsa, bu ham o'sha kasalliklarda ishlatiladi.

Streptomitsin guruhi.

Streptomitsin (Streptomycinum). Turli-tuman mikrofloriga, shuningdek, sil mikobakteriyalariga halokatli ta'sir ko'rsatadi. Sutkasiga 1—2 marta 500000—1000000 TB gacha mushak orasiga yuboriladi.

Streptomitsillin (Streptomicillinum). Benzitsillin va streptomitsin tuzlari aralashmasidan iborat. Streptomitsillinda penitsillin bilan streptomitsin xossalari mavjud, shunga ko'ra aralash infeksiyali bemorlarni davolashda qo'llaniladi.

Makrolidlar guruhi.

Eritromitsin (Erytromycinum). Grammusbat mikroblarga, jumladan, boshqa antibiotiklarga rezistent mikroblarga va ayrim yirik viruslar (traxoma)ga ta'sir qiladi. Har 4—5 soatda 100000—200000 TB dan ovqatdan oldin ichish uchun qo'llaniladi. Sutkalik dozasi 800000—2000000 TB, 1 g da 100000 TB tutgan malhamidan mahalliy foydalaniladi. Venaga kuniga 2 marta 200000 TB dan eritromitsin-askorbatning 5% li glukozadagi eritmasi qo'llaniladi.

Kanamitsin. Anaerob va sil tayoqchalariga ta'sir qiladigan aminoglikozid. 0,5—1 g dan tabletkalari ichishga, eritmalari mushak va tomirga yuboriladi.

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

Aminoglikozidlar guruhi.

Monomitsin (Monomycinum). Ta'sir doirasi keng preparat. Tetrasiklin, levomitsetin, streptomitsinga chidamli mikroorganizmlarga nisbatan faol. Mushak orasiga (sutkasiga 3 marta 250000 TB dan), bo'shliqlarga yuboriladi, mahalliy va ichish uchun qo'llaniladi. Uzoq vaqt qo'llanilganda eshituv nervi zararlanadi, ba'zan buyraklar zararlanishi kuzatiladi.

Kolimitsin yoki *neomitsin sulfat (Colimycinum)*. Ta'sir doirasi keng preparat. Qorin va plevra bo'shlig'idagi yiringli jarayonlarni, infeksiya tushgan jarohatlarni davolash uchun qo'llaniladi. Bo'shliqlarga 700000—1400000 TB gacha 10—20 ml 0,5% li novokain eritmasida suyultirib yuboriladi. Jarohatlarga davo qilish uchun 0,25—0,5% li kolimitsin eritmasiga ho'llangan tamponlar teriga surtish uchun sirtidan qo'llaniladi.

Turli guruhdagi antibiotiklar. *Polimiksin M-sulfat (Polymyxini M-sulfat)*. Grammanfiy mikroblarga, ayniqsa, ko‘k yiring tayoqchasiga ta‘sir qiladi. Sekin bitayotgan jarohatlar, absesslar, yaralarni yuvish, ularga doka bosish uchun faqat mahalliy qo‘llaniladi. 100 ml da 500000—1000000 TB preparat saqlagan suvdagi eritmasi ishlatiladi.

Ristomitsin (Ristomycinum) — ta‘sir doirasi keng preparat. Faqat venaga sutkasiga 2 marta 500000 TB dan 250—500 ml fiziologik eritmada tomchilab yuboriladi. Uzoq vaqt qo‘llanilganda leykopeniya va trombopeniya paydo bo‘lishi mumkin.

Linkomitsin (Lincomycini hydrochloridum). Penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, neomitsin va boshqa antibiotiklarga chidamli mikroorganizmlarga nisbatan faol. Mushak orasiga sutkasiga 2 marta 0,5 g dan yuboriladi. O‘tkir holatlar o‘tib ketgandan so‘ng kuniga 3 marta 0,5 g dan kapsulada beriladi.

Levomitsetin guruhi.

Levomitsetin (Laevomycetinum) ta‘sir doirasi keng sintetik preparat. Kuniga 3—4 marta 0,5 g dan ovqatdan 20—30 daqiqa oldin ichishga buyuriladi.

Sintomitsin (Synthomycinum). Ta‘sir qiladigan qismi levomitsetin hisoblanadi. 1—5—10% li emulsiya yiringli jarohat, kuygan yuza, yara kabilarni davolash uchun sirtidan qo‘llaniladi.

Zamburug‘ga qarshi antibiotiklar.

Nistatin (Nystatinum). Patogen zamburug‘larga, ayniqsa, *Candida* turkumiga kiradigan achitqisimon zamburug‘larga ta‘sir qiladi. Bakteriyalarga nisbatan faol emas. Turli sohalarda joylashgan kandidamikozni davolash va oldini olishda qo‘llaniladi. Kuniga 3—4 marta 500000 TB dan, 6—8 marta 250000 TB dan tabletka holida qo‘llaniladi. Og‘ir kandidamikozda dozasi oshiriladi.

Levorin (Levorinum). Bu ham kandidamikozda kuniga 2—3 marta 500000 TB dan kapsulada, ichish uchun yoki kuniga shilliq pardalarga surtish uchun malham holida qo‘llaniladi.

Amfoteritsin B (Amphotericinum B). Yuqorida sanab o‘tilgan preparatlar bilan davo qilish naf bermagan turli xil zamburug‘ kasalliklarida qo‘llaniladi. Kunora 50000 TB dan 40 ml 5% li gluukoza eritmasiga qo‘shib venaga yuboriladi.

Antibiotiklarning ko‘pligi biror preparatni yoki ularni birgalikda qo‘llash imkonini beradi. Biroq u yoki bu antibiotiklarni birgalikda qo‘llashda ularning birga ta‘sir qilish xususiyatini hisobga

olish zarur. Ba'zi hollarda antibiotiklar bir-birining ta'sirini kuchaytiradi, boshqa hollarda esa ular ta'sirida antagonizm kuzatiladi.

Bemorlarning antibiotiklarni ko'tara olishini aniqlash.

Antibiotiklarga ortiqcha sezuvchanlikni aniqlash uchun teri ichi sinamasi qilib ko'riladi. Bu maqsadda 1000 TB antibiotik saqlagan 0,1 ml fiziologik eritma bilakning ichki yuzasi terisiga yuboriladi. Nazorat tariqasida antibiotiksiz shuncha miqdordagi fiziologik eritmadan foydalaniladi. Sezuvchanligi yuqori bo'lgan shaxslarda antibiotik yuborilgan sohada anchagina shish, giperemiya, toshmalar paydo bo'ladi. Bemorda antibiotikka ta'sirchanlik reaksiyasi aniqlanganda unga antibiotik yuborib bo'lmaydi.

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

Antibiotiklar bilan davolashdagi xato va xavflar. Antibiotikning optimal dozasini aniqlash. Antibiotikning terapevtik dozasi asossiz ko'paytirilganda toksinli ta'sir qilish xavfi paydo bo'ladi. Masalan, streptomitsin, kanamitsin, monomitsin dozasi oshirib yuborilganda ularning ototoksik ta'siri kuchayib, bemor eshitish qobiliyatini batamom yo'qotib qo'yishi mumkin.

Dozasi yetarlicha bo'lmaganda davo ta'siri kam bo'ladi va kasallikning kechishi surunkali tus oladi.

Antibiotiklar bilan davolashga noto'g'ri ko'rsatmalar berish. Virusli infeksiyalarda, kelib chiqishi noma'lum bo'lgan isitmalarda antibiotiklar buyurish mumkin emas.

Antibiotikni noto'g'ri tanlash. Antibiotik doirasining har bir aniq holda ajratib olingan qo'zg'atuvchiga mos kelishi antibiotiklar bilan muvaffaqiyatli davolashning asosiy sharti hisoblanadi. Ta'sir doirasi tor preparat qo'llash zarur. Ta'sir doirasi keng antibiotik buyurilganda toksik hodisalarni kuzatish va disbakterioz vujudga kelishi mumkin. Antibiotikning farmakodinamikasini va uning patologik o'choqqa kirish yo'llarini ham nazarda tutish zarur.

Antibiotiklar kombinatsiyasini asossiz qo'llash. Antibiotiklardan foydalanishda monoterapiyaga, ya'ni mikrofloraning sezuvchanligini hisobga olgan holda bitta preparatni qo'llashga harakat qilish kerak. Antibiotiklarni aralash infeksiyadagina (tashxis bakteriologik tasdiqlanganda) kombinatsiya qilib buyuriladi.

Antibiotiklar kombinatsiyasi asossiz qo'llanilganda qo'shimcha toksinli va allergik ta'sirning yuzaga kelish xavfi oshadi. *Yaroqlilik muddati o'tgan va noto'g'ri saqlangan antibiotiklarni ishlatish mumkin emas.*

Antibiotiklarning asoratlari.

Allergik reaksiyalar antibiotikka sezuvchanligi oshgan bemorlarda paydo bo'ladi. Sensibilizatsiya reaksiyaga sabab bo'lgan antibiotikning o'zidagina emas, balki oshgan sezuvchanlik fonini vujudga keltiradigan boshqa dori moddalardan paydo bo'lishi ham mumkin. Allergik reaksiyalar eshakyem toshishi, hiqildoq va traxeyaning shishishi, astma xuruji (bo'g'ilish), allergik tumov, konyunktivit, o'tkir diareya (kolit) bilan namoyon bo'lishi mumkin. Lekin shularning ichida eng og'iri **anafilaktik shok**dir. U inyeksiyadan bir necha daqiqa o'tgandan keyin rivojlanadi. Bunda kasalning darmoni quriydi, badan terisi oqaradi va sovuq ter bosadi, qo'l va oyoq muzlab ko'kara boshlaydi, arterial qon bosimi keskin pasayadi, pulsi ipsimon bo'lib qoladi, talvasa tutadi, bemor hushidan ketadi. Ba'zan yuz va shilliq pardalarda shish paydo bo'lib, eshakyem toshishi, ko'ngil aynib qusishi yoki ich ketishi mumkin.

Og'ir holatlarda esa ichdan qon ketishi, dispnoe, miya shishi va jigarning toksik zararlanishi hisobiga komatoz holat kuzatilishi yoki bemor qisqa muddatda o'lib qolishi mumkin. Bu holatlarda zudlik bilan quyidagi choralarni ko'rish lozim bo'ladi:

a) dori yuborilgan joy yuqorisidan jgutni arteriyalar va venalarni qisadigan qilib qo'yish (jgut to'g'ri qo'yilgan bo'lsa, pulsni aniqlab bo'lmaydi);

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

d) jgutni yechmay, preparat yuborilgan joy atrofidagi teri ostiga adrenalini eritmasi yuborish (0,1% li 1 ml adrenalinni izotonik natriy xlorid eritmasida eritish, bu eritma tomirlarni toraytiruvchi ta'sir ko'rsatib, anafilaktik shokka sabab bo'lgan preparatlarning so'rilishini sekinlashtiradi).

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

Tayinlangan dori o'rniga teri ostiga yanglishib, boshqa dorini yuborish dorining kimyoviy xossalariga qarab turli ko'ngilsiz hollarga sabab bo'lishi mumkin. Shprisni to'ldirishdan (quruq ampula ignada qolgan bo'lsa) va inyeksiyadan oldin doridagi yozuvni qayta tekshirish yo'li bilan buning oldini olish mumkin. Bordi-yu, xato qilib qo'yilsa, preparat yuborilgan joy yuqorisidan jgut bog'lanadi va qanday dori yuborilgani ma'lum bo'lsa, o'sha joyga qarama-qarshi ta'sir qiladigan preparat yuboriladi. Agar ma'lum bo'lmasa, dori yuborilgan joy atrofidagi teri ostiga izotonik osh tuzi eritmasidan bir necha ml, hammasi bo'lib 50—100 ml yuboriladi, bu yanglishib yuborilgan preparat konsentratsiyasini pasaytirish va shu bilan uning yoqimsiz ta'sirini kamaytirish imkonini beradi.

Og'ir holatlarda venaga dori yuborish tavsiya qilinadi. Venaga tomchi usulida noradrenalin (500 ml fiziologik eritma 5 mg kortikosteroidlar va mezaton bilan birga) yuborish mumkin. Prednizolon venaga asta-sekin 50—100 mg dozada, gidrokortizon 100—250 mg, kalsiy xloridning 10% li eritmasi 10 ml dozada yuboriladi. Hiqildoq shishida traxeostomiya qilinadi, sun'iy nafas oldiriladi, kislorod, venaga eufillin (2,4% li eritmasidan 10 ml) va dimedrol (2,5% li eritmasidan 1 ml) yuboriladi. Penitsillin yuborilganda yuzaga kelgan anafilaktik shokni mushak orasiga 800000 TB penitsillinaza yuborib davolash mumkin.

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

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

Kandidozlarni Candida turkumiga kiradigan achitqisimon zamburug'lar qo'zg'atadi. Antibiotikoterapiya (ayniqsa ta'sir doirasi keng preparatlar bilan) normal mikrofloraning turli xil vakillari o'rtasida bo'ladigan odatdagi nisbatni buzadi (bakteriyalar o'sishini to'xtatish va achitqisimon zamburug'larning jadal suratda ko'payishi) va *Candida*ning faollashishiga imkon beradi. Kandidozlarda tashqi qoplamlar (teri, shilliq pardalar) va ichki

a'zolar (nafas yo'llari, me'da-ichak yo'llari, siydik-tanosil sistemasi va hokazolar) ning zararlanishi kuzatiladi. Davolash antibiotikni bekor qilish va nistatin yoki levorin buyurishdan iborat.

Bakterioliz reaksiyasi — Yarish — Gerksgeymer reaksiyasi. Ba'zan ko'p miqdorda antibiotiklar yuborilganda mikroblar tezda halokatga uchrab, talaygina endotoksin ajralib chiqishi mumkin. Klinik jihatdan bu qattiq et junjikishi, isitma, taxikardiya, jiqqa terlash, ba'zan diareya bilan yuzaga chiqadi. Og'ir hollarda haroratning pasayishi, kollaps, hushdan ketish, oliguriya, anuriya qayd qilinadi, davo qilinmasa, bemor olamdan o'tishi mumkin. Yurak dorilari yuborish, ko'p miqdorda suyuqlik quyish, antigistamin preparatlari berish lozim.

ASEPTIKA

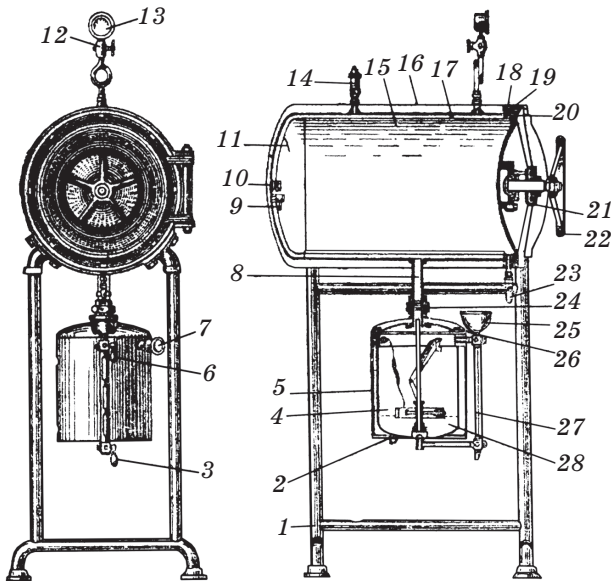
Aseptika deb, operatsion jarohatga mikroblar tushishining oldini olishni ta'minlaydigan tadbirlar kompleksiga aytiladi. Shu maqsadda tashkiliy tadbirlar, fizikaviy omillar, ayrim antiseptik va kimyoviy preparatlardan foydalaniladi. Mikroblar va ularning sporalari yo'qotish *sterilizatsiya* deyiladi. Sterilizatsiyaning turli usullari mavjud bo'lib, bularga kuydirish, cho'g'lantirish, avtoklavlash, qaynatish, kimyoviy moddalar, nur, ultratovush orqali ishlov berish kiradi.

Kuydirib sterilizatsiya qilish. Kuydirishda sterilizatsiya yaxshi bo'lmaydi va asboblarni ishdan chiqaradi, shuning uchun kamdan kam hollarda, masalan, tayyor steril asbob bo'lmagan shoshilinch operatsiyalarda ishlatiladi. Shu maqsadda sterilizator qopqog'iga yoki tog'orachaga asboblarni qo'yib, ozroq miqdorda 96°C li spirt quyiladi va yoqiladi. Spirt yonib bo'lgandan so'ng asboblarni ishlatish mumkin bo'ladi. Bundan tashqari, olovda ham ayrim hollarda metall asboblarni kuydirib sterilizatsiya qilish imkoniyati bo'ladi.

Quruq issiqlik bilan sterilizatsiya qilish metallardan yasalgan asboblarni sterilizatsiya qilishda birmuncha keng tarqalgan. Shu maqsadda quruq issiqlik beradigan maxsus shkafdan foydalaniladi. Shkaf bekutiladi va elektr tarmog'iga ulanadi, 10—15 daqiqa o'tgach, shkafdagi harorat 120—140°C gacha ko'tariladi. Haroratning doimiyliги kontakt termometr bilan boshqarib turiladi. Sterilizatsiya muddati 30 daqiqa. Bu usuldagi sterilizatsiya ishonchli bo'ladi va asboblardan ishdan chiqmaydi.

Avtoklavlash. Bosim ostida bug‘ bilan sterilizatsiya qilish avtoklavlash deyiladi. Operatsiya uchun choyshablar, bog‘lov materiali, rezina qo‘lqoplar, asboblari, qon quyish uchun sistema va boshqalarni avtoklavlash mumkin. Avtoklavlar tuzilishi va turi jihatidan har xil bo‘ladi, biroq hammasining ham ishlash jihati deyarli bir xil. Avtoklav, odatda, qo‘sh devorli metall qozondan iborat bo‘lib, devorlari orasiga suv quyiladi.

Sterilizatsiya qilinadigan materiallar maxsus bikslarga solinib avtoklavga qo‘yiladi. Avtoklav qopqog‘i yopiladi va germetizatsiyani saqlash uchun boltlari burab qo‘yiladi (13-rasm). Avtoklavning manometri, ehtiyot klapani, suv va bug‘ni chiqarish uchun jo‘mrangi bo‘ladi. Elektr isitgich, gaz va boshqalar avtoklavda suv qizdiradigan manba bo‘lishi mumkin. Avtoklavda suv qizdirilganda



13-rasm. Avtoklav sxemasi:

- 1—tirgak; 2—yerga ulanadigan bolt; 3—suv bosimini ko‘rsatuvchi kolonkaning pastki jo‘mrangi; 4—qozoncha; 5—kojux; 6—suv bosimini ko‘rsatuvchi kolonkaning yuqori jo‘mrangi; 7—regulator; 8—patrubok; 9—halqa tutgich; 10—gayka; 11—qaytargich; 12—uch yo‘lli jo‘mrak; 13—manometr; 14—prujinali ehtiyot klapani; 15—sterilizatsion kamera; 16—kojux; 17—bug‘ kamerasi; 18—tayanch halqa; 19—halqa; 20—qistirma; 21—qopqog‘; 22—shturval; 23—tushiruvchi kran; 24—ustidagi buraladigan gayka; 25—voronka; 26—M-12 bolti; 27—suvni ko‘rsatuvchi oyna; 28—elektr isitgich.

qaynab bug' hosil bo'ladi. Bunda kameradagi bosim va shunga muvofiq holda harorat oshadi. Bosim bilan bug' harorati o'rtasida uzviy fizikaviy bog'lanish mavjud: 1 atm. da 120°C ga, 1,5 atm. da 127°C ga, 2 atm. da 134°C ga teng.

Shunday qilib, bosim qanchalik yuqori bo'lsa, harorat ham shunchalik yuqori bo'ladi. 1 atm. bosimda sterilizatsiya 1 soat, 1,5 atm. da 45 daqiqa, 2 atm. da esa 30 daqiqa davom ettirilishi kerak.

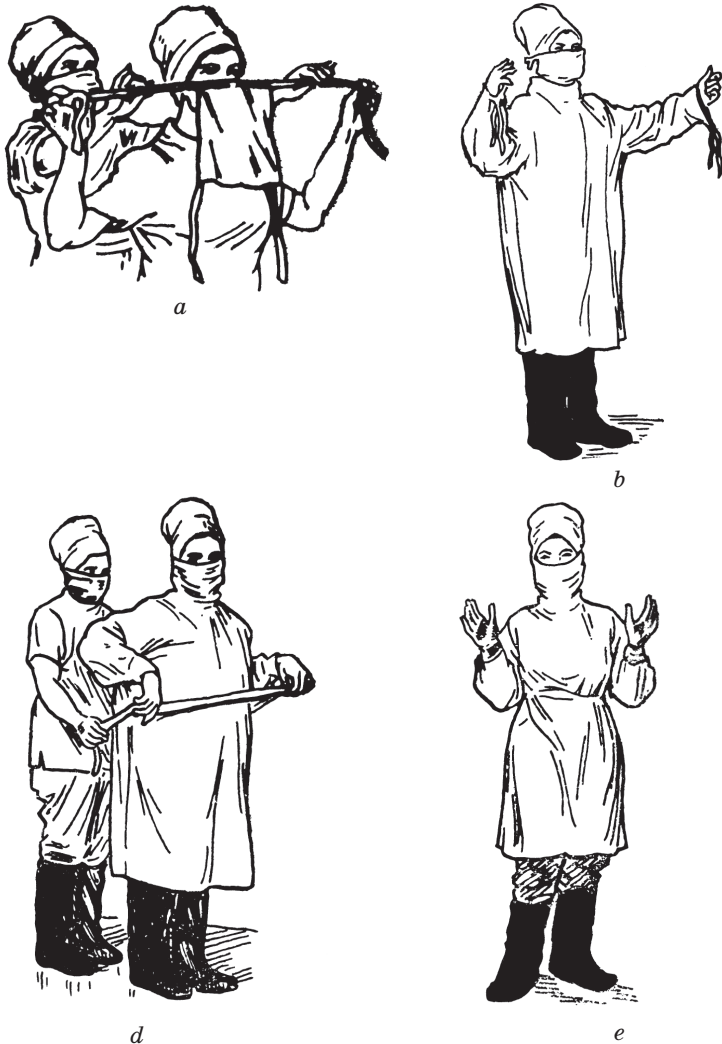
Avtoklav ishlamay turganida suvi to'kib qo'yiladi. Avtoklavlash uchun: a) bug' chiqadigan kranni ochish; b) qizdirish manbayini ulash; d) avtoklav kamerasidagi hamma havo o'rniga bug' kiritish uchun 15—20 daqiqagacha bug' chiqarishni davom ettirish; e) kranni bekitib, bosimni talab etiladigan darajagacha (1,5—2 atm.) yetkazish zarur. Zamonaviy avtoklavlarda bu bosim avtomatik tarzda saqlab turiladi. Rezina qo'lqoplarni sterilizatsiyalashda ularning ustiga va ichiga talk sepiladi, juft-juft qilib qo'yiladi, yopishib qolmasligi uchun doka salfetkaga o'raladi va alohida barabanga joylanadi. Ular 1,5 atm. bosimda 30 daqiqa sterilizatsiya qilinadi.

Kateterlar, drenajlar, shuningdek, qon quyish sistemalarini yig'ma holatda sterilizatsiya qilish uchun ular sochiqqa o'rab biksga joylanadi va 1 atm.da 1 soat davomida sterilizatsiya qilinadi. Sterilizatsiyalangan materiallar bikslarda ko'pi bilan 3 sutkagacha saqlanishi mumkin. Sterilizatsiya muddati tugaganidan so'ng: a) uning isitgichini ulash; b) bug' chiqadigan jo'mragini asta-sekin oxirigacha ochib, bosimning nulga qadar tushishini kutib turish; d) avtoklav qopqog'ini ochish; e) bikslarni olish va darhol ulardagi bug' chiqadigan teshiklarni bekitish; f) avtoklav qopqog'ini yopish zarur.

Sterilizatsiya ustidan nazorat o'rnatish shart. Buning uchun muayyan haroratda suyuqlanadigan moddalar: oltingugurt kukuni (117°C), antipirin, amidopirin (110°C), rezorsin (119°C), benzoat kislotasi (121°C)dan foydalaniladi. Bu moddalardan biri probirkaga solinadi. Sterilizatsiya tugagandan so'ng modda suyuqlansa, sterilizatsiya to'g'ri o'tkazilgan hisoblanadi. Kukun batamom suyuqlanmasa, sterilizatsiyani takrorlash kerak. Bundan tashqari, kam deganda 10 kunda bir marta bakteriologik tekshiruv o'tkaziladi. Buning uchun materialning kichik bo'lakchalari probirkaga solinadi, doka tiqin bilan bekitiladi va probirka baraban ichiga qo'yiladi. Sterilizatsiya tugaganidan so'ng bu probirkalar bakteriologiya laboratoriyasiga jo'natiladi. Laboratoriyadan olingan xulosa maxsus papkada saqlanishi kerak.

Operatsiya uchun choyshablar, kiyim-boshlar hamda bog'lov materiallarini sterilizatsiya qilish. Operatsiya vaqtida xirurg, assistentlar va operatsiya hamshirasi maxsus kiyimlar kiyadi (14-rasm). Ko'pchilik xirurgik muassasalarda tibbiyot xodimlari salat rangidagi yoki havorang maxsus yengil kiyim kiyadilar.

Niqoblar. Tomchi inyeksiyasi xavfini kamaytirish uchun xodimlar og'iz-burunlariga maxsus niqob tutib yuradilar. Niqoblar o'lchami 16x20 sm li 4 qavat dokadan tayyorlanib, burchaklariga



14-rasm. Steril xalat kiyish.

4 ta bog'ich chatib qo'yiladi. Niqoblarning boshqa turi ham ishlatiladi, biroq ular qanday shaklda tikilgan bo'lmasin, og'iz, burun, iyakni bekitib turishi zarur. Niqoblarni ishlatishdan oldin sterilizatsiya qilinadi. Niqob tutishda uning ustki bog'ichlari xirurgning qo'lga tegib ketmaydigan qilib ushlab turish kerak. Sanitarka orqa tomonga o'tib, bog'ichlarni uchidan ushlaydi va ularni quloq chig'anoqlari orqasidan o'tkazib, boshning tepa qismiga bog'laydi (14-rasm, a).

Xalatlar. Operatsiya uchun maxsus yopiq xalatlar pishiq oq, pushti yoki havorang matodan tikiladi. Xalatlarining rangi turlicha bo'lishi mumkin. Sterilizatsiya qilishdan oldin xalatning yengi va bog'ichlari ichiga qilib taxlanadi. Xalatni barabandan yuqumsizlangan qo'l bilan juda ehtiyotkorona, birorta ham nosteril narsaga tekkizmay olinadi va xodim xalatni uzatilgan qo'lida o'zidan narida tutib turadi. Xalatni yozib, birin-ketin ikkala yengi kiyiladi va xalat old tomonga tashlanadi (14-rasm, b). Xalatning bog'ichlarini boshqa odam orqa tomondan bog'lab qo'yadi. Sterilizatsiya oldidan cho'n takka solib qo'yilgan belbog'ini xalat kiyayotgan xodimning o'zi oladi va belbog' uchlarini pastga osiltirib, o'ziga mos qilib tortib turadi. Sanitarka belbog'ning uchlaridan ushlab, ularni orqa tomondan bog'lab qo'yadi (14-rasm, d,e). Xalatning yenglari uzungina bo'lib, bilakni panjaga qadar to'la-to'kis berkitib turishi kerak. Xirurg xalat kiyishni ba'zi hollarda o'zi mustaqil amalga oshiradi.

Qalpoqchalar va ro'mollar. Operatsiyada qatnashadigan xodimlar sochini batamom bekitib turadigan, gazmoldan tikilgan qalpoqcha kiyishi yoki ro'mol o'rashi shart.

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

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

Salfetkalar. Salfetkalar gigroskopik xususiyati yuqori bo'lgan, yog'sizlantirilgan, to'rlari yirik dokadan tayyorlanadi. Dokadan bintlar, tamponlar va sharchalar qilinadi. Salfetkalar har xil o'lchamdagi yoki to'g'ri to'rtburchak shakldagi doka parchalaridan iborat bo'lib, katta salfetkalar — 2 dona, 1 m dokadan (50x70 sm), o'rtacha salfetkalar — 4 dona, 1 m dokadan (50x35 sm), kichik salfetkalar 8 dona, standart eni 70 sm bo'lgan 1 m dokadan

(25x35 sm) tayyorlanadi. Doka chetlari ikkala tomonidan 1,5—2 sm dan ichiga qayriladi, soʻngra sal-fetkani uzunasiga ikkiga buklab qoʻyiladi. Salfetkarni operatsiya vaqtida jarohatni quritish, jarohat chetlarini berkitish, yarani bogʻ-lashda jarohat ustiga yopib qoʻyish uchun ishlatiladi.

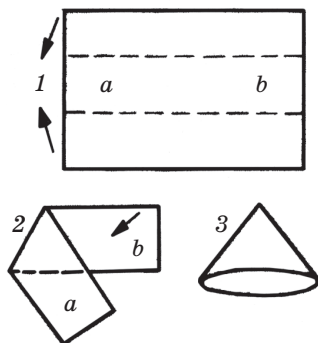
Tamponlar. Uzun doka tilish-larining chetini salfetka singari qa-yirib, enini ikki qavat qilib buklab tayyorlanadi. Tamponlarning uzun-ligi har xil boʻladi. Ular jarohatdan qon oqishini toʻxtatish va yi-ringli boʻshliqlarni drenajlashda ishlatiladi.

Sharchalar. 4 xil qilib tayyorlanadi: oʻrtacha salfetkadan (50x70 sm) va kichik salfetkalardan (25x35, 5x5 va 2x2 sm). Bir parcha doka uch qavat qilib buklanadi (15-rasm, 1) va markazini choʻqqaytirib, burchak qilib taxlanadi (2, 3). Asosida qolgan qismi esa ichiga qayirib qoʻyiladi.

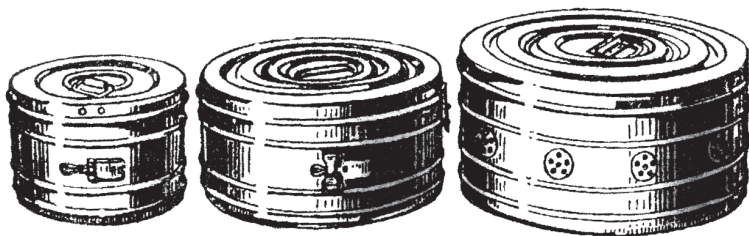
Salfetkalar, tamponlar, sharchalar va bintlar yiringli ope-ratsiyalardan va, ayniqsa, bemorning anaerob infeksiyali yarasini bogʻlagandan soʻng, albatta, kuydiriladi. Faqat qon tekkan ma-terialni 0,5% li novshadil spirti eritmasiga 2—3 soat mobaynida boʻktirib qoʻyib, 30 daqiqa mobaynida soda eritmasida qayna-tilgandan keyingina odatdagi usulda yuvish va qayta ishlatish (yara bogʻlash xonasida) mumkin.

Oq gigroskopik paxta suyuqlikni yaxshi shimadi va jarohatga salfetka ustidan qoʻyilishi mumkin, bu suyuqlikning jarohatdan bogʻlamga yaxshi oqib chiqishini taʼminlaydi.

Xalatlar, niqoblar, choyshablar va yara bogʻlanadigan hamma materiallar albatta sterilizatsiya qilinadi. Buning uchun ham hamma material maxsus metall barabanlarga—bikslarga joyla-nadi (16-rasm). Bikslar—qopqogʻi zich berkitiladigan turli oʻl-chamdagi yumaloq metall idishlardir. Biksning yon tomonida biksga bugʻ kirishiga imkon beradigan teshiklari boʻladi. Bu teshiklar suriluvchan bandaj bilan berkitilgan boʻlishi mumkin. Sterilizatsiya vaqtida biks teshiklari ochib qoʻyiladi, sterilizatsiya-dan keyin esa bandaj bilan bekitiladi. Sterilizatsiya qilinadigan material bikslarga maʼlum tartibda qoʻyiladi.



15-rasm. Sharcha tayyorlash usuli.



16-rasm. Shimmelbush bikslari.

Biksga material joylashning uch usuli mavjud:

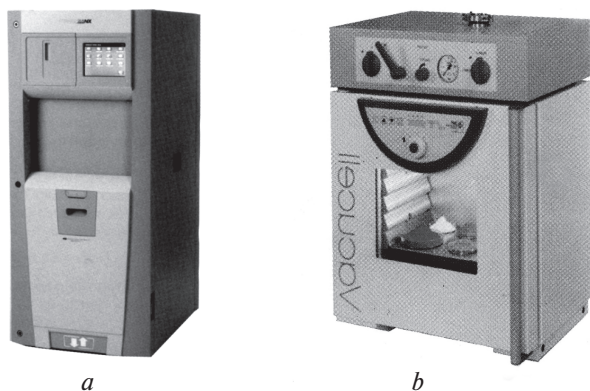
1. Kichikroq operatsiya xonalarida *universal joylash* usulidan foydalaniladi. Biksga operatsiya uchun talab qilinishi ehtimoli bo'lgan hamma materiallar qavatma-qavat qilib sektorlar bo'yicha joylanadi. Birinchi qavatga qo'lga ishlatiladigan salftkalar, xalat, niqob, paxta bo'lagi, ikkinchi qavatga choyshab va sochiqlar, uchinchisiga salftkalar, tamponlar, sharchalar va shu kabilar joylanadi.

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

3. Katta operatsiya xonalarida, ko'pincha, ma'lum turdagi joylash usulidan foydalaniladi (materialning ma'lum turi: xalatlar, choyshablar, tamponlar va shu kabilar joylanadi).

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

Qaynatib sterillash. Bu usul bilan, odatda, metallardan yasalgan asboblardan, shisha va rezina buyumlar sterilizatsiya qilinadi. Asboblardan cho'tka va sovun bilan tozalab yuvilgandan so'ng 2% li soda eritmasida suv qaynab chiqqan vaqtdan boshlab 45 daqiqa mobaynida qaynatish yo'li bilan sterilizatsiya qilinadi. Yiringli infeksiya va, ayniqsa, anaerob mikroorganizmlardan ifloslangan asboblarni qismlarga ajratib qaynatish lozim. Sterilizatsiya zich berkitiladigan, qopqog'i va elektr isitgichi bo'lgan metall qutidan iborat maxsus sterilizatorlarda bajariladi. Asboblardan maxsus to'rga joylanadi va sterilizatorga solinadi. Sterillashdan so'ng to'r maxsus ilmoqlar yordamida olinadi va steril stolga qo'yilib, shu yerda ular tartibga solinadi.



17-rasm. «Cttrrad 100 Nx» sovuq sterilizatori (a),
«UNISTERI» avtoklavi (b).

Shisha buyumlar (shprislar, probirkalar, menzurkalar va hokazo) boshqa asboblardan alohida qaynatib sterillanadi. Shpris-larni qismlarga ajratib sterillash shart. Shisha buyumlar sterillash-dan oldin dokaga o‘raladi va sovuq yoki iltirilgan suvga solinadi. Orqa miya anesteziyasi uchun ishlatiladigan shpris va ignalar distillangan suvda alohida qaynatiladi.

Hozirgi vaqtda operatsiyalarda qo‘llaniladigan xirurgik asboblar, shprislar, ignalar va boshqa buyumlarni sterilizatsiya qilishda ularni oldin fizikaviy va kimyoviy usulda tozalashga katta ahamiyat beriladi. Shu maqsadda ishdan so‘ng ular oqar suvda yuviladi va issiq (50°C) yuvuvchi eritmaga 15 daqiqa solib qo‘yiladi.

Qondan ifloslangan 0,5% li yuvuvchi eritma (20 ml 30% li), pergidrol eritmasi, 950 ml suv, yuvish kukuni ishlatiladi. Eritmaga solib qo‘yilgan asboblarda shu eritmaning o‘zida 25—30 soniyadan cho‘tka yoki paxta doka tamponlar bilan yuviladi. Yuvilgan buyumlar oqar suvda, so‘ngra distillangan suvda (30—40 soniya) chayiladi.

Rezina ashyolar (kateterlar, drenajlar, qo‘lqoplar) sovuq sterilizatorlarda yoki avtoklavlash yo‘li bilan sterillanadi (17-rasm, a, b).

Kimyoviy sterilizatsiya

Kesadigan asboblar ishqorli suvda yuvilganidan so‘ng oqar suvda chayiladi, qaynab turgan suvga 5 daqiqa solib sterillanadi, keyin spirtida (30 daqiqa) yoki tarkibida uch xil modda bo‘lgan eritmada 3 soat saqlanadi. Turli maqsadlarda ishlatiladigan

yarimqattiq (ipak, loklangan) kateterlar maxsus bug‘-formalinli sterilizatorlarda yoki qopqog‘i ishqab bekitiladigan shisha silindrlarda osib qo‘yilgan holda sterillanadi. Sterillash formalin bug‘lari bilan 2 sutka mobaynida bajariladi. Shu maqsadda silindr tubiga 2—3 ta formalin tabletkasi solinadi.

Optik sistemali asboblari (sistoskop, rektoskop va boshqalar)ni sterillashda probirkalarning har bir qismini 1:1000 konsentrat-siyadagi simob oksid (sianid) eritmasi bilan yuvib, so‘ngra spirt va fiziologik eritma bilan (optikasiga tegmasdan) artiladi. Bir qancha asboblarni sterillashda ularni dezinfeksiyalaydigan 1:5000 nisbatdagi diotsit eritmasiga (5 litr suvga 100 g soda) 3—4 soatga solib qo‘yish usulidan ham foydalaniladi.

Rezina qo‘lqoplarni «sovuq» usulda sterillash quyidagilardan iborat: a) tarkibida uch xil modda bo‘lgan eritmada 3 soat mobaynida sterillash; b) 2% li xloramin eritmasida 1 soat mobaynida sterillash; d) 1:1000 nisbatdagi sulema eritmasida 1 soat mobaynida sterillash; e) 1:5000 nisbatdagi diotsit eritmasida 30 daqiqada davomida sterillash. Ularni steril sochiq bilan artib quritib, steril talk sepilgandan so‘ng steril barabanda saqlash mumkin. Bu usul poliklinika va ambulatoriya sharoitida, ayniqsa, qulay hisoblanadi.

Nur bilan sterillash

Mikrob tushishining oldini olish uchun gamma nurlanish izotoplari dozasi kuchli bo‘lishi, ya‘ni 2,5 mlrd. (25000 Grey) ga teng kelishi kerak.

Bu usul katta energetik kuchga ega bo‘lib, sterilizatsiyaning kuchi materiallarning hamma chuqurligiga yetib boradi. Amaliyotda beta va gamma nurlanish qo‘llaniladi. Poliinfeksiya va mutatsiya natijasida yangi bakteriyalar koloniyasi rivojlanishining oldi olinadi.

Ultratovush bilan sterillash

Bu usulda sterilizatorlar kuchsiz antiseptik (0,05% li xlorgek-sidin biglukonatning suvli eritmasi) bilan to‘ldiriladi va ultratovush to‘lqinlari ta‘sirida xirurgik asboblari, kichik plastmassa buyumlar yoki jarroh barmoqlari dezinfeksiya qilinadi.

So‘nggi vaqtlarda asboblari, rezina ashyolar (kateterlar, qo‘l-qoplar va hokazolar) va optik buyumlarni sterillashda maxsus apparatlar ham qo‘llanilmoqda. Apparatlarning ishi ultratovush, plazma va keramik infraqizil nurlarning mikroorganizmlarga

bakteriologik ta'siri prinsipiga asosan dezinfeksiya qiladigan maxsus vositalarga asoslangan. Bunday sterilizatorlar past haroratda va juda qisqa muddatda sterillash xususiyatiga ega bo'lib, bunda asboblarning chidamliligi saqlanib qoladi.

Kimyoviy sovuq usuldagi sterilizatsiyada etilen oksid hamda kuchli antiseptiklar (0,2% li paraasetat kislota eritmasi, 6% li vodorod peroksid eritmasi, uchlamchi eritma va b.) qo'llaniladi. Bunda reaksiya natijasida hosil bo'lgan 45—60°C gacha bo'lgan sovuq harorat mikroorganizm oqsillari koagulatsiyasi yoki denaturatsiyasiga va sterilizatsiyaga sabab bo'ladi. Etilen oksid suv va spirtida erimaydigan bakteriyalarning proteinini alkillaash xususiyati bo'lgan bakteritsid moddadir.

Amaliyotda boshqaruvi dasturli gazli sterilizator ishlatiladi. Bu maqsadda 55°C haroratdagi 750—1000 mg/l etilen oksiddan foydalaniladi. U juda ixcham bo'lib, bu usul bilan avtoklavda yoki havo sterilizatorida kateterlar, xirurgik qo'lqoplar, tomir protezlari, endoskoplar, respirator va sun'iy qon aylanish apparatlari sterilizatsiya qilinadi. Hozirgi paytda past haroratli plazma sterilizator «STERRAD-100 C» va unga o'xshash apparatlar amaliyotda ishlatilmoqda. Uning ishlashi 50°C dan past haroratda vodorod peroksidni plazma holiga keltirilib, hosil bo'lgan ionlar, elektronlar, neytral atomlar va molekularning mikroorganizmlarni yo'q qilish yoki dezaktivatsiya qilish prinsipiga asoslangan.

Hozirgi paytda har xil operatsiyalar orqali tarqalishi mumkin bo'lgan infeksiyalarning oldini olish, ularning yuqishini kamaytirish va sterilizatsiyaga bo'lgan talablardan voz kechish va eng muhimi qon orqali yuqadigan (gepatit, OITS) kasalliklarning oldini olish, tibbiyot xodimi (xirurg, hamshira) sog'lig'ini muhofaza qilish maqsadida bir marta ishlatiladigan asboblar, choyshab, kiyim-kechaklar xirurgiya amaliyotida ko'p ishlatiladi. Operatsiyada ishlatiladigan choyshab, xalat, niqob, baxila va jarohatga ishlov berish uchun sharchalar, tiqin, salfetka, tamponlar antiseptik dori shimdirilmagan yoki shimdirilgan holatda alohida qutilarda chiqariladi. Bularni ishlatish juda qulay bo'lib, har qanday, shu jumladan harbiy-dala sharoitida ham ishlatish mumkin bo'ladi. Bundan tashqari, bir marta ishlatiladigan shprislar, tomir, qovuq kateterlari, qizilo'ngach-me'da, yo'g'on ichak zondlari, drenaj naychalar turli xil o'lchamda va diametrdagi chiqariladi. Qizilo'ngach, me'da, ingichka va yo'g'on ichak, siydik yo'llari sun'iy va patologik oqmalarini parvarishlashda bir marta ishlati-

ladigan bog'lov materiallari yoki axlat va siydik xalta bemor va shifokor uchun juda qulay bo'lib, bir marta ishlatilganidan keyin tashlab yuboriladi.

Tikish iplarini sterillash

Xirurgiya amaliyotida tikish materiali sifatida ipak, kapron, lavsan, vikril, monokril va ketgut ishlatiladi. Bular hozirgi paytda sterillangan holda paketchalarda chiqariladi. O'quvchiga ma'lumot tarzida iplarni sterillashning mumtoz usullari haqida qisqacha to'xtalamiz.

Ipak iplar pishitilgan va to'qilgan ko'rinishda chiqariladi. Ipak ipning yo'g'onligi 00 dan №16 gacha bo'ladi. Ingichka (nul va №1) iplar tomirlarga, №2 iplar, asosan, laparatomiyada qorinning to'g'ri mushagi aponevrozini tikishda va suyaklardagi operatsiyalarda ishlatiladi.

Ipak iplar ko'proq Koxer usulida sterillanadi. Ip kalavasini iliq suvda 2—3 marta sovunlab yuviladi va quruq sochiq bilan artiladi. Ipak ip (3—5 m uzunlikdagi) steril qo'l bilan shisha g'altaklarga yoki qirralari o'tmas buyum oynasiga o'raladi va yog'sizlantirish uchun 12—24 soatga efirga solib qo'yiladi. Ipni efirli bankadan olib, shuncha muddatga 70° li spirtga solib qo'yiladi. Keyin uni 1:1000 nisbatdagi sulema eritmasida 10 daqiqa mobaynida qaynatiladi, so'ngra 96° li spirt to'ldirilgan, tiqini ishqab bekutiladigan bankaga solib qo'yiladi. Ipak ip ishlatilguncha shu bankada saqlanadi. Ipni avtoklavda sterillasa ham bo'ladi, biroq bunda uning pishiqligi kamayadi.

Kapron va lavsan iplar ham ipak ip kabi sterillanadi. Ammo kapron, lavsan materiallarini boshqa usulda sterillash ham mumkin. Buning uchun kalavalar 1:5000 nisbatdagi diotsid eritmasiga 24 soatga solib qo'yiladi, so'ngra ustidan 96° li spirt quyiladi.

Ketgut qo'y ichaklarining mushak va shilliq parda osti qavatlaridan tayyorlangan, yo'g'onligi har xil iplardan iborat. Ingichka-yo'g'onligiga ko'ra u 000 dan №9 gacha bo'ladi. To'qimalarda ketgut 2—3 haftadan so'ng so'riladi. So'rilish muddatini uzaytirish uchun unga maxsus ishlov beriladi—xromlanadi, kumushlanadi, formalin bilan ishlanadi. Bakteriologik ifloslanishi mumkinligini hisobga olib, sterillash puxta amalga oshiriladi.

Ketgutni yod bug'larida sterillash (Sitkovskiy bo'yicha). Ketgut kalavasi 24 soatga efirga solib qo'yiladi. Standart ketgut iplari uch bo'lak qilib qir qiladi va 1:1000 nisbatdagi sulemaning bo'yalmagan

eritmasiga botirib olingan doka tampon bilan artiladi. №1 gacha bo'lgan iplar 2% li kaliy yodid eritmasida 30 daqiqaga, №1 li va bundan yo'g'on iplar raqamiga qarab shuncha muddatga eritmaga solib qo'yiladi. Ketgutni kichik-kichik halqa ko'rinishida o'rab, orasidan ip o'tkaziladi va tubiga kristall yod (3 l gacha 40 g yod, 5 l gacha 60 g yod) solingan, tiqini ishqab bekitiladigan steril shisha banka ichiga solib qo'yiladi. Banka tiqini ustidan parafin quyiladi. Bankani har kuni silkitib turish zarur. Ingichka ketgutni 3 sutka o'tgach, yo'g'onrog'ini 5 sutka o'tgach ishlatga bo'ladi.

Ketgutni Lyugolning spirtli eritmasida sterillash. Ketgut kalavasi 12—24 soatga efirga solib qo'yiladi. Efir to'kiladi. Ketgutga har 8 sutkada 2 marta Lyugolning spirtli eritmasi (1000 ml 96° li spirt, 10 g kaliy yodid, 10 g sof yod) quyiladi. Ketgut bakteriologik tekshiruvdan o'tkaziladi, so'ngra Lyugol eritmasida saqlanadi.

Ketgutni Lyugolning suvli eritmasida sterillash. Bundan oldingi usuldan farqi shundaki, bunda spirtli eritma o'rniga suvli eritma ishlatiladi (shuncha miqdorda spirt o'rniga distillangan suv ishlatiladi, lekin sterillashdan keyin ketgut 96° li spirtida saqlanadi).

Ketgutni 1:2000—1:1000 nisbatdagi diotsid eritmasida 48 soat mobaynida sterillab, keyin spirtida saqlash ham mumkin.

Hozirgi paytda ipak, ketgut, kapron va lavsan iplar, xirurgiyada ishlatiladigan boshqa tikish materiallari ampulalarda quruq yoki eritmalar bilan hamda maxsus paketchalarda steril holda, har xil yo'g'onlikda va uzunlikda ishlab chiqariladi. Bu yuqorida keltirilgan sterilizatsiya usullari — uni saqlash, kimyoviy dorilarni izlash va ishlatishni nazorat qilish kabi murakkab ish faoliyatidan xalos qilish bilan birgalikda uni tanlab ishlatish, har qanday sharoitda qo'llash imkoniyatini yaratadi.

Qo'lni operatsiyaga tayyorlash. Operatsiyada bevosita ishtirok etadigan tibbiyot xodimi o'z qo'lining toza bo'lishini qunt bilan kuzatib borishi lozim. Qo'l terisida tirnalgan sohalar bo'lmasligi, tirnoqlar olingan bo'lishi va lak surtilmasligi lozim. Qo'lga ishlov berishning bir necha usuli bor. Qo'l dastlab oqar suvda 3 daqiqa yuviladi (18-rasm).



18-rasm. Xirurgning qo'l yuvish tartibi.

Spasokukoskiy — Kochergin usuli. Qoʻlni yuvish uchun moʻljallangan quruq togʻoraga 5 ml 96° li spirt quyib, yoqiladi. Togʻorani har tomonga qiyshaytirib, uning ichki sathi kuydiriladi. Togʻoraga 1 l distillangan suv quyiladi va 5 ml sof novshadil spirti (0,5% li novshadil spirti eritmasi) qoʻshiladi. Qoʻlni oldin choʻtka bilan sovunlab yuvish shart emas. Qoʻlning amalda toza boʻlishining oʻzi kifoya qiladi. Soʻngra: 1) qoʻl bilakning uchidan yuqori qismigacha eritmaga botirilgan salfetaklar yordamida 3 daqiqadan 2 marta yuviladi. Yuvish vaqtida qoʻl doimo suvda boʻlishi va uni birin-ketin tozalab yuvish lozim. Barmoqlar orasi va kaft yuzalarini yuvishga alohida ahamiyat beriladi; 2) qoʻl steril sochiq bilan quritiladi; 3) qoʻl 96° li spirtga hoʻllangan salfetka bilan 5 daqiqa mobaynida artiladi; 4) teri burmalari va tirnoq yuzalariga yodning 5% li spirtidagi eritmasi surtiladi.

Qoʻlga diotsid bilan ishlov berish. Qoʻl 40°C gacha isitilgan 1:5000 nisbatdagi diotsit eritmasiga botirilgan steril salfetka bilan 3 daqiqa mobaynida yuviladi, steril sochiq bilan quritilgach, 96° li spirtga jiqqa hoʻl qilib botirib olingan salfetka bilan 2 daqiqa mobaynida ishlov beriladi.

Yiringdan ifloslangan qoʻlga ishlov berish uchun 1:2500 nisbatdagi diotsit eritmasi qoʻllaniladi.

Qoʻlga serigel bilan ishlov berish. Qoʻlning quruq terisiga 3—4 g serigel surtiladi va preparat kaft va kaft orqa yuzalarini, barmoq oralarini va bilakning pastki uchdan bir qismini qoplaguncha 8—10 soniya mobaynida qunt bilan ishlov beriladi. Soʻngra qoʻl havoda yoki ventilator tagida quritiladi.

Qoʻlga degmin bilan ishlov berish. Degminning suvdagi 1 % li eritmasi qoʻllaniladi. Qoʻl 2—3 daqiqa mobaynida iliq suv bilan sovunlab, choʻtkasiz yuviladi, degminga botirilgan (3 daqiqadan) ikkita tampon bilan ketma-ket ishqalanadi, steril sochiq bilan artiladi va steril qoʻlqop kiyib olinadi.

Qoʻlga degmitsid bilan ishlov berish. 1:30 nisbatdagi suv bilan degmitsid qoʻllaniladi. Ishlov berish usuli yuqorida bayon qilingani kabi.

Qoʻlga operatsiyadan oldin ishlov berish uchun uni 30—60 soniyaga antiseptikka solib turib, bu antiseptik orqali ultratovush oʻtkaziladi.

Operatsiya maydonini tayyorlash. Operatsiyadan oldin bemor gigiyenik vanna yoki dushga tushiriladi. Bemorning ich kiyimlari va choyshab, yostiq jildlari almashtiriladi. Operatsiya maydoni

operatsiya kuni ustarada (yaxshisi quruq usul bilan) qiriladi. Operatsiya maydoniga ishlov berishning bir necha usullari bor.

Filonchikov — Grossix usuli. Teriga spirt surtiladi, so'ngra yodning spirdagi 5% li eritmasi bilan ikki marta tozalanadi. Terisi nozik kishilar va bolalar terisini kuydirib qo'ymaslik uchun yod eritmasi, spirt bilan qisman tozalanadi.

Bakkal usuli terisi nozik kishilarga qo'llaniladi. Operatsiya maydoni brilliant yashilining 1% li eritmasi bilan tozalanadi.

Yodonat bilan ishlov berish. 5% li yodonat eritmasidan olib, steril yoki qaynatilgan distillagan suvda 5 marta suyultiriladi va shu eritma bilan operatsiya maydoniga ishlov beriladi.

Operatsiya maydoniga ishlov berish uchun 1% li degmitsid eritmasining 1:30 konsentratsiyasida, shuningdek, 1% li rokkal, 2,4% li pervomur va 0,5% li xlorgeksidin biglukonatning spirtli eritmasidan foydalanish mumkin.

Sterilizatsiya sifatini tekshirish. Modda va buyumlar maxsus o'ralgan bo'lib, sterillash indikatorlari ta'sirlangan bo'lsagina sterillangan hisoblanadi. Havo va bug' sterilizatorlari maksimal termometrlar va kimyoviy test-indikatorlar yordamida nazorat qilinadi. Sterilizatorlarning sifatli ishlash ko'rsatkichlari kimyoviy test-indikatorlar (rangi, agregat holati) bilan tekshiriladi.

Havo sterilizatorlari ishining ko'rsatkichi bo'lib rangli termoinikator, TIK-6 va gidroksinon hisoblanadi. Qog'ozga tushirilgan och-salat rangli TIK-6 markali termoinikator 175—180°C haroratda to'q qo'ng'ir rangga kiradi. Gidroksinon 0,3 g miqdordagi shisha flakonlarga solinadi. 170—175°C da sarg'ish-qo'ng'ir rangdagi kukun erib, qora rangli massaga aylanadi.

Bug' sterilizatorlari har kuni mochevina va fuksinli benzoat kislotasi test indikatorlari yordamida nazorat qilib turiladi.

Oq kukunli mochevina 132°C da 2 atm. bosimda erib, shu rangli eritmani hosil qiladi (bikslarga 0,3 g mochevina flakonlarda qo'yiladi). 120°C va 1—1,1 atm. bosimda sterilizatsiya nazoratini fuksin, benzoat kislotasi bajarishi mumkin. Ularni shisha naychaga to'ldirib, sterilizatsiyadan oldin bikslarga qo'yiladi. Harorat yetarli bo'lganda fuksin erib, benzoat kislotasi bilan qizil rang, achchiq turi esa, ishqoriy fuksin bilan ko'k amorf massani hosil qiladi.

Ilgari test indikatorlari sifatida qo'llanilgan kukunsimon oltin-gugurt, antipirin, piramidon (110—120°C da eriydi) hozirgi kunda kam ishlatiladi. Shuningdek, Mikulich sinovi ham bo'lib, bunda «qog'oz steril» so'zi yozilib, unga kraxmalning 3% li eritmasi

surtiladi va ustidan Lyugol eritmasi (yod — 1,0, kaliy yod — 2,0, distillangan suv — 97,0) yuritilganda yod kraxmal bilan birikib qog‘oz ko‘karadi va yozuvlar ko‘rinmaydi. Uni sterilizatsiya qilinadigan materiallar bilan bikslarga solinadi.

Yuqori harorat ta‘sirida yod bug‘lanib, qog‘oz usti rangsizlanadi va undagi harflar yana ko‘rinadigan («steril» so‘zi) bo‘lib qoladi. Keyingi ko‘rsatilgan ikki usul hozir qo‘llanilmaydi va tarixiy ahamiyatga ega. Etilen oksid bilan sterilizatsiya qilinganda test-indikator sifatida etilen bilan glitserin eritmasi (I suyuqlik) va litiy, bromid, bromkrezol purpuri bilan etanol (II suyuqlik) eritmasi qo‘llaniladi.

Sterilizatsiya sifatini har kuni tekshirishdan tashqari, tanlash yo‘li bilan har 6—10 kunda sterilizatsiya qilingan materiallar bakteriologik tekshiruvdan o‘tkazilishi zarur. Bakteriologik nazorat o‘ta aniq bo‘lib, uning kamchiligi javobi uzoq vaqtdan keyin ma‘lum bo‘lishi va bajarilishi qiyinligidir. Shuning uchun klinika amaliyotida ekspress usullar keng qo‘llaniladi.

XIRURGIK OPERATSIYA HAQIDA TUSHUNCHA

Xirurgik operatsiya — bemorning to‘qima va a‘zolariga davolash va diagnostika maqsadida mexanik ta‘sir ko‘rsatishdir.

Operatsiya turlari. Bajarilish muddatiga ko‘ra operatsiyalar: *rejali* (bemor qabul qilinganidan va u puxta tayyorlanganidan bir necha kun o‘tgach bajariladi) va *shoshilinch* (bemor kasalxonaga keltirilgan zahoti, minimal tayyorgarlikdan o‘tgandan keyin qilinadigan) turlarga bo‘linadi. Aralashuv xususiyatiga ko‘ra: a) radikal (patologik o‘choq to‘liq olib tashlanadi) va b) polliativ (o‘choq olib tashlanmasligi mumkin, biroq operatsiya yetakchi simptomni vaqtincha tugatishga mo‘ljallangan bo‘ladi) operatsiyalar farq qilinadi. Operatsiyalar bajarish turiga ko‘ra: 1) *qonli* va 2) *qonsiz* operatsiyalarga bo‘linadi.

Operatsiyaning *birinchi turi* deganda, to‘qimalarni kesish, ulardan qon oqishini to‘xtatish, to‘qimalarni biriktirish uchun chok qo‘yish va operatsiyaning xarakteriga ko‘ra boshqa muolajalarni bajarish tushuniladi. Xirurgik operatsiyaning *ikkinchi turi* to‘qimalar bilan bog‘liq bo‘lmagan va qon oqmaydigan xirurgik muolajalarni bajarishdir. Chiqqan suyaklarni joyiga solish, suyak siniqlarini o‘z o‘rniga solish shunday operatsiya tadbirlari qatoriga kiradi. Operatsiyaning hamma turida, ayniqsa, qonli operatsiya-

larda operatsiyadan keyingi davrda infeksiyaning oldini olishga, yaxshi ogʻriqsizlantirishga va kesilgan toʻqimalardan qon oqishini toʻxtatishga qaratilgan profilaktik tadbirlar kompleksini amalga oshirish koʻzda tutiladi.

TOZA VA YIRINGLI XIRURGIYA

Xirurgiya muassasalarida bemorlar «toza» va «yiringli» bemorlarga boʻlinadi, shu munosabat bilan toza va yiringli xirurgiya tafovut qilinadi.

Toza xirurgiya yiringli va yalligʻlanish kasalliklari (buqoq, meʼda yarasi, xavfsiz va xavfli oʻsmalar) boʻlmagan bemorlarni davolash bilan shugʻullanadi.

Yiringli xirurgiya kasallanib qolishiga infeksiya sabab boʻlgan bemorlarga yordam beradi. Infeksiyaning bir bemordan ikkinchisiga, ayniqsa, yiringli bemorlardan «toza» bemorga oʻtishi ehtimoli borligini nazarda tutib, yiringli kasalliklari bor bemorlar maxsus palatalarga yotqiziladi. Bunday bemorlar soni koʻpayganda, maxsus xirurgiya boʻlimi tashkil qilinadi. Bu boʻlimda aseptikaga rioya qilish toza boʻlimlardagiga nisbatan yuqori boʻladi.

Tibbiy xodimlar birinchi navbatda shaxsiy gigiyena talablariga amal qilishlari lozim. Ushbu talablar tufayli xirurgik statsionarga infeksiyani olib kirish va unda tarqatish imkoniyati, shuningdek, infeksiyaning undan tashqariga olib chiqib ketilishining oldi olinadi. Oqibat-natijada bu kasalxona ichi infeksiyalarining nospetsifik profilaktikasi boʻyicha tadbirlarni samarali olib borishga ijobiy taʼsir koʻrsatadi.

Kasalxona ichi infeksiyalari — bu bemorlarning davolash muassasalarida orttirgan yuqumli kasalliklaridir. Xirurgiya klinikalaridagi hozirgi zamon kasalxona ichi infeksiyalarini turli mikroblar (tillarang stafilokokk, koʻk yiring tayoqchasi, protey, ichak tayoqchasi, klisbiyella, kandida zamburugʻlari va boshqalar) keltirib chiqaradi. Klinik jihatdan ular, asosan, yiringlash va septik sindrom koʻrinishida namoyon boʻladi.

Xirurgik statsionarlarda ichki infeksiyaning manbayi yiringli septik kasalliklarning oʻtkir va surunkali turi bilan kasallangan katta va kichik yoshdagi bemorlar yoki patogen mikroorganizmlarni simptomlarsiz tarqatuvchilar (tibbiyot xodimlari) hisoblanadi. Kasalxona ichi infeksiyasining qoʻzgʻatuvchilari, asosan, havotomchi, qoʻllar, choyshab, yostiq jildi, bogʻlov materiallari, as-

bob-uskunalar va apparaturalar orqali yuqishi mumkin. Kasalxona ichi infeksiyasining tarqalish ehtimoli statsionar, poliklinika, diagnostika va davolash fizkulturasi xonalari orqali yuzaga chiqishi mumkin.

Palatalar maxsus yoki ixtisoslashgan infeksiya bo'limlari, operatsiya bo'limlarining «iflos» sohalari, kirxonalar, dush va hojatxonalar, qo'l ko'p tegadigan joylar (jo'mraklar, eshik tutqichlari, oyoq kiyimlari va b.) infeksiya xavfi yuqori bo'lgan soha hisoblanadi. Patogen mikroorganizmlarning bir bemordan ikkinchisiga o'tishi kasallarning statsionarda uzoq muddat bo'lishi bilan bog'liq bo'ladi. Shuning uchun bemorlarni statsionarda qisqa vaqt ichida tekshirilib, operatsiyadan keyingi davrda esa imkoni boricha tezroq uyiga javob berish talab etiladi.

Bundan tashqari, kasalxona ichi infeksiyasining oldini olishda sanitariya-gigiyena tadbirlari keng ko'lamda olib boriladi. Bunga ayni paytda patogen mikroob (stafilokokk) tashuvchilarni o'z vaqtida aniqlash, surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya va bartaraf qilish, tibbiyot xodimi qo'llarini mikrobsizlantirishning takomillashtirilgan usullarini qo'llash, umumiy ovqatlanish obyektlarida sanitariya-gigiyena qoidalarini saqlash va dezinfeksiya vositalaridan foydalanish asosiy omillardan hisoblanadi.

Kasalxona ichi infeksiyasiga qarshi kurash tadbirlarini amalga oshirish bosh shifokor, xirurgiya va profilaktika muassasalari mudirlariga yuklatiladi va bular bosh, katta, o'rta tibbiy hamshira va kichik tibbiy xodimlar ishtirokida amalga oshiriladi. Kasalxona ichi infeksiyasiga qarshi kurashish uchun xirurgiya bo'limlarida muntazam nazorat olib borish, bo'limda, bog'lov va operatsiya xonalarida aseptika va antiseptika, sanitariya-gigiyena qoidalariga qat'iy amal qilish lozim.

Xirurgiya ixtisosligidagi barcha bo'limlarga ishga kirgan har bir xodim to'liq tibbiy ko'rikdan (stomatolog, otorinolaringolog ko'rigidan va patogen stafilokokk bor-yo'qligiga tekshiriladi) o'tadi va sanitariya-epidemiologiya talab va tadbirlarini o'tkazish bo'yicha ko'rsatmalar oladi. Ishga qabul qilingan tibbiy xodim dispanser hisobiga olinadi, u har uch oyda bir marta tibbiy ko'rikdan o'tadi. Agar batsilla va mikroob tashuvchilar aniqlansa, mikroob o'choqlari sanatsiya qilinib davolanadi va butunlay sog'aygandan keyin ishga qabul qilinadi. Agar kasalxona ichi infeksiyasi tarqalsa, bunday hollarda tibbiy xodimlar darhol navbatdan tashqari qayta tibbiy ko'rikdan o'tkaziladi.

Tibbiy xodimning shaxsiy gigiyenasiga badan, kiyim-bosh, jinsiy a'zolari pokiza saqlash, soch va tirnoqlarni o'z vaqtida oldirish, tishlarni har kuni tozalash, og'iz bo'shlig'ini chayib turishga amal qilish kiradi. Tibbiy xodim ishga kelganda gigiyenik dush qabul qilishi, tahorat qilishi, ichki kiyimlarini almashtirishi lozim. Infeksiya tushgan yoki bemorning axlati, siydigi, qusug'i, balg'ami, qoni va yiringi tekkan buyum, asbob, choyshab, xalatlarni tozalashda, pol, devor va shiplarni yuvishda, tahlillarni olishda tibbiy xodim kleyonka fartuk, rezina qo'lqop kiyib ish bajaradi, ular mikroblardan bakteriotsit eritmalar orqali yuqumsizlantiriladi. Qo'l kirsovun yoki atirsovun bilan obdan yuviladi va shaxsiy sochiqqa artiladi.

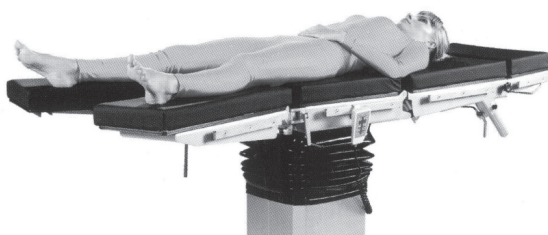
Agar xodimning qo'llari infeksiya tushgan narsalarga tegib ketsa, etil spirtining 80° li, xlorgeksidin biglukonatning 70% li eritmasi yoki xloraminning 0,5% li eritmasi bilan 2 daqiqa davomida yuviladi.

Xalat va qalpoqlar har kuni almashtirib turiladi. Erkaklar va xotin-qizlar tor shim kiyishlari tavsiya qilinadi. Dezinfeksiya qilishga qulay yumshoq charm poyabzal kiyish lozim. Qimmatbaho taqinchoqlar taqishga ruxsat etilmaydi. Tibbiy xodim bog'lov xonasiga, intensiv terapiya va jonlantirish bo'limiga va operatsiya blokiga kirishdan oldin yuqoridagilarga qo'shimcha ravishda og'iz-burunga niqob tutib, oyog'iga baxila kiyishi, qalpoq va xalatini almashtirishi lozim. Ko'pincha ba'zi bir manipulatsiya yoki muolajalarni bajarishda bir marta ishlatiladigan kiyim-kechaklarni ishlatish maqsadga muvofiqdir. Tibbiy xodim bo'limda chekmasligi va spirtli ichimliklar ichmasligi lozim.

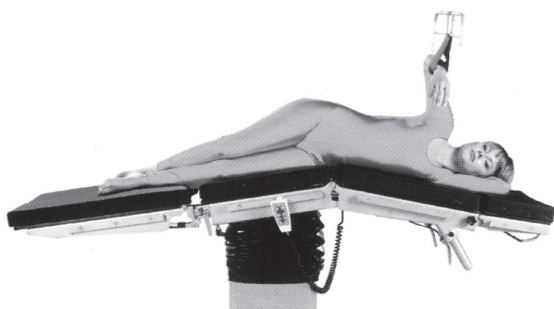
Bemorning operatsiya stolidagi vaziyati. Operatsiya stoli odatda 19-rasmdagi (a) ko'rinishda bo'ladi. Bemor, ko'pincha, chalqancha — gorizontal vaziyatda yotadi. Bu vaziyat me'da-ichak yo'llari, ko'krak qafasi, oyoq-qo'llardagi operatsiyalar uchun qulay. Bemor choyshab yozilgan qattiq rezina to'shakka, ya'ni operatsiya stoliga yotqiziladi, boshiga kleyonka yostiq qo'yiladi (oddiy laparoskopik holat, 19-rasm, b). Bemor, albatta, fiksatsiya qilinadi (bog'lab qo'yiladi). Odatda, oyog'ining tizzasidan yuqori qismi maxsus kamar yoki choyshab bilan bog'lanadi. Bir qo'li bog'lanadi, ikkinchisini esa bog'lamay, undan pulsi tekshirib turiladi. Bemorning bexosdan harakat qilishiga yo'l qo'ymaslik va, ayniqsa, uni narkoz vaqtida yiqilib tushmasligi uchun bog'-



a



b



d

19-rasm. Operatsiya stoli (a) va bemorning operatsiya stolidagi vaziyati (b, d).

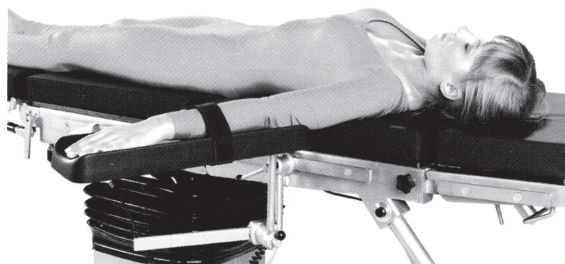
lab qo'yish shart. Bemorning boshi tepasiga maxsus ravoq o'rnatilib, unga steril choyshab tortib qo'yiladi; bu moslama bemorning nafas yo'llarini operatsiya jarohatidan to'sib turadi.

Bo'yinda qilinadigan operatsiya vaqtida (traxeostomiya, qalqonsimon bezni kesish va hokazo) bemor chalqancha yotadi. Yelkalari tagiga bolishcha qo'yilib, boshini orqaga engashtirib yotqiziladi.

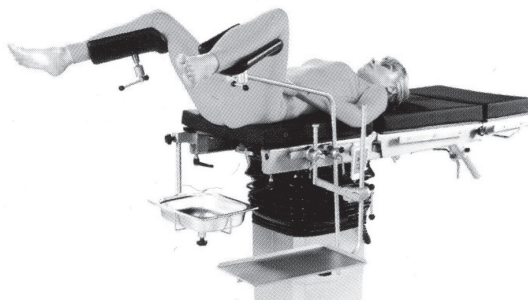
Me'da, me'daosti bezi, jigar, o't yo'llaridagi operatsiyalarda belga bolishcha yoki operatsiya stolida bo'ladigan maxsus moslama surib qo'yiladi. Sut bezini olib tashlashda bemor salgina yonboshga buriladi va uning qo'li to'g'ri burchak ostida ko'tariladi.

Bemorni yonboshiga yotqizish (19-rasm, *d*) vaziyati ko'krak qafasi a'zolaridagi operatsiyalarda talab qilinadi. Bemorning qo'li maxsus tirgakka bog'lanadi. Gavdasining yuqori qismi balandroq qilib qo'yiladi. Buyrak operatsiyalari yonboshga yotqizib bajariladi. Bunday hollarda belga bolishcha qo'yiladi, pastki oyoqni tizza va chanoq-son bo'g'imlaridan bukiladi, stolga tegib turgan ikkinchi oyoq esa uzatiladi.

Yurak qon-tomir vaziyati (20-rasm, *a*) yurak va qon tomir, aorta, ko'ks oralig'i, qorin bo'shlig'i operatsiyalarida qo'llaniladi.



a



b

20-rasm. Bemorning operatsiya stolidagi vaziyati.

Bemor oraliq, urologik, orqa chiqaruv teshigi, qinda bajari-ladigan operatsiyalarda oraliq (ginekologik) vaziyatda (20-rasm, b) yotadi. Bu vaziyatda bemorning dumbasi stolning chekka-sida bo‘lib, oyoqlari ko‘tariladi va kerib, maxsus tirgakka qo‘yiladi.

Operatsiya vaqtida operatsiya brigadasi a‘zolarining o‘rni. Operatsiyaning turi va operatsiya brigadasi a‘zolarining soniga qarab ularning joyi o‘zgarib turishi mumkin. Odatda, qorin bo‘sh-lig‘i a‘zolaridagi operatsiyalarda xirurg bemorning o‘ng tomo-nida, birinchi assistentning o‘ng tomonida, uchinchisi uning o‘ng tomonida turadi.

Bemor yonboshi bilan yotadigan ko‘krak qafasi a‘zolaridagi operatsiyalarda xirurg bemorning orqa tomonida turadi, assistent-lar uning ro‘parasida turadilar. Operatsiya brigadasi operatsiya-ning xarakteriga ko‘ra imkon boricha uni qulay o‘tkazishga yor-dam beradigan joyni tanlab turadi. Operatsiya hamshirasi o‘z stol-chasi bilan odatda operatsiya stolining oyoq tomonida xirurgga as-boblarni uzatishga qulay masofada turadi. Anesteziologiya briga-dasi operatsiya stolining bosh tomonida turadi.

Infeksiyaning jarohatga tushish yo‘llari. Jarohatga infeksiya ekzogen va endogen yo‘l bilan tushishi mumkin.

Ekzogen yo‘l bilan infeksiya tashqi muhitdan — havodan, jarohatga tekkan buyumlardan (kontakt infeksiya), xodimlar so‘z-lashayotganda va yo‘talayotganda ajraladigan so‘lagidan va shilli-g‘idan (tomchi infeksiya), to‘qimalarda qoldiriladigan chok, dre-naj, metall sterjen, tampon va boshqalardan (implantatsion in-feksiya orqali) tushishi mumkin.

Endogen yo‘l bilan infeksiya bemor organizmining o‘zidagi infeksiya o‘choqlaridan (terining yiringli zararlanishi, murtak bezlari, nafas yo‘llari, ichak shilliq pardasining o‘tkir hamda su-runkali yallig‘lanishi va hokazo) yuqadi. Infeksiya jarohatga ope-ratsiya vaqtida, shuningdek, operatsiyadan keyingi davrda qon to-mirlar (gematogen yo‘l) va limfa tomirlari (limfogen yo‘l) orqali tushishi mumkin.

Xirurgiyada jarohatga mikroob tushish xavfini kamaytirish imkonini beradigan izchil tadbirlar sistemasi ishlab chiqilgan. Bunga hozirgi zamon xirurgiyasining asosi hisoblangan antiseptika va aseptika usullarini qo‘llash yo‘li bilan erishiladi.

**Talabalarni mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun oddiy
va murakkab etalon test namunalari**

T/r	Savol	Javob
1.	Qoqshol kasalligini yiringli mikroblar chaqiradimi?	yo'q
2.	Infraqizil lazer apparatlari biologik antiseptikaga kiradimi?	yo'q
3.	Stafilokokk va streptokokk nospetsifik infeksiyami?	ha
4.	Gipertonik eritma shimdirilgan salftkani fizik antiseptikaga kiritish mumkinmi?	ha
5.	Vodorod peroksid kimyoviy antiseptikaga kiradimi?	yo'q
6.	Etil spirti qo'lni dezinfeksiyalashda ishlatiladimi?	ha
7.	Streptomitsin penitsillin guruhiga kiradimi?	yo'q
8.	Antibiotiklarni qo'llashda sinama o'tkazish zarurmi?	ha
9.	Antibiotiklar flakonini inyeksiyadan keyin tashlab yuborish mumkinmi?	yo'q
10.	Antibiotikdan keyingi allergik asoratlarda shpris bo'lmasa yordam ko'rsatish uchun antibiotik ishlatilgan shprisini yuvib qayta ishlatish mumkinmi?	yo'q
11.	Bir marta ishlatiladigan xalat va choyshablarni operatsiya uchun qayta ishlatish mumkinmi?	yo'q
12.	Rezina kateterlarni qaynatib sterillash mumkinmi?	yo'q
13.	O'ramidagi yozuvi o'chgan ketgutni ishlatish mumkinmi?	yo'q
14.	Ichak oqmalari radikal operatsiyalarga kiradimi?	yo'q
15.	O'tkir yallig'langan appenditsitni yiringli operatsiyaga kiritish mumkinmi?	ha
16.	Yiringli xirurgiya bo'limida davolanadigan kasallarni aniqlang: a) me'daning yara kasalligi; b) ichaklarning yara kasalligi; d) orqa miya churrasi; e) o'tkir osteomiyelit.	e
17.	Xirurgiya bo'limida ishlaydigan hamshira necha oyda 1 marta tibbiy ko'rikdan o'tishi shart? a) 1 oyda; b) 2 oyda; d) 3 oyda; e) 5 oyda.	e

1.4. OG'RIQSIZLANTIRISH

Har bir odam loaqal bir marta bo'lsa-da, og'riq nimaligini sezgan. Og'riq sezgisi tahdid solayotgan xavf to'g'risidagi darakchi sifatida evolutsiya jarayonida yuzaga kelgan. Bir jihatdan og'riq ijobiy ahamiyatga ega. Og'riq sezgisi organizmni og'riq sababchisini yo'qotish uchun o'z kuchini safarbar etishga majbur qiladi.

Og'riqni his qilish organizmning turli xil morfologik strukturalarida nerv oxirlari borligiga bog'liq. Ektodermal to'qimalar (teri, muguz parda, tishlar), shilliq pardalar, pariyetal qorin pardasi, qon tomir devorlari shunday nerv oxirlariga ayniqsa boy. Har qanday kuchli ta'sirot sitoplazma denaturatsiyasiga olib keladi, bunda hujayralarda N-moddalar (gistamin, asetilxolin, gistaminsimon moddalar va ksantinning ayrim unumlari) ozod bo'lib, og'riq retseptorlarining bevosita yoki bilvosita qo'zg'alishiga sabab bo'ladi.

Og'riq nerv oxirlaridan nerv tolalari bo'ylab o'tkazilib, orqa miyaga boradi. Og'riq impulslari orqa miya bo'yicha yuqoriga ko'tarilib, bosh miya po'stlog'iga o'tadi.

Og'riq, odatda, boshqa sezgilar bilan birga paydo bo'ladi. Sezgilar o'zaro bir-biriga ta'sir qilib, samarani kuchaytirishi yoki pasaytirishi mumkin. I.P. Pavlov og'riq sezgisini boshqa kuchli ta'mirlovchi (ovqat, jinsiy yo'l bilan va hokazo)lar bilan yo'qotish mumkinligini isbotlagan. Og'riqni sezish bosh miya po'stlog'ining holatiga bog'liq ekanligini nazarda tutish lozim. Og'riq bo'ladi deb kutilganida u yaqqolroq yuzaga chiqadi. Bosh miya po'stlog'ining faoliyati pasaytirilganda og'riq kam seziladi, ba'zan esa bo'lmasligi ham mumkin.

OG'RIQSIZLANTIRISH HAQIDA TUSHUNCHA

Hozirgi vaqtda ham operatsiya oldindan og'riq yo'qotilmay qilinmaydi. Shu maqsadda og'riqsizlantirish usuli qo'llaniladi. *Og'riqsizlantirish* deganda, og'riq sezgisini qoldirish maqsadida qo'llaniladigan tadbirlar yig'indisi tushuniladi. Og'riqsizlantirishning quyidagi turlaridan foydalaniladi:

1) maxsus narkotik moddalar (efir, azot (I) oksidi va boshqalar) hidlatib, venaga yoki to'g'ri ichakka maxsus preparatlar (tiopental-natriy, geksenal, narkolan va hokazo) yuborib yuzaga keltiriladigan umumiy og'riqsizlantirish;

2) og‘riq sezgilari operatsiya sohasida yo‘qotiladigan va maxsus moddalar (novokain, sovokain, trimekain va boshqalar) yuborish yo‘li bilan yuzaga keltiriladigan mahalliy anesteziya;

3) og‘riqsizlantirishning aralash va kombinatsiya qilingan turlari (turli xildagi narkotik moddalarni ingalatsiya qilib umumiy og‘riqsizlantirish, preparatlarni ingalatsiya qilish va venaga yuborish, umumiy og‘riqsizlantirish, mahalliy anesteziya va hokazo).

Og‘riqqa va uning oqibatlariga qarshi kurashish bilan anesteziologiya shug‘ullanadi. Anesteziologiya og‘riqsizlantirish bilan birga shug‘ullanib qolmay, balki operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrning dastlabki kunlarida organizmning ba‘zi bir funksiyalarini ham boshqarib turadi.

Tibbiyot fanining bu sohasi bilan shug‘ullanuvchi shifokorlar *anesteziologlar*, o‘rta tibbiyot xodimlari esa *anestezistlar* deyiladi. Zamonaviy narkoz berishning texnik qoidalarini bilish bilan birga anesteziologlar normal va patologik fiziologiyani, bioximiyani hamda farmakologiyani bilishlari kerak.

Mahalliy anesteziyani operatsiya qiladigan xirurg bajaradi. Anesteziolog bunda bemorning umumiy holatini kuzatib turadi.

Operatsiyadan keyingi davrda yoki bemor shikastlanish, zaharlanish kabilardan so‘ng og‘ir ahvolda keltirilganda bemorni tanglik holatidan va klinik o‘limdan qutqarish bo‘yicha maxsus tadbirlar ko‘rish zaruriyati vujudga keladi. Bu masalalarni o‘rganadigan fan *reanimatologiya*, shifokor esa reanimatolog deb ataladi. Amaliyotda anesteziologiya va reanimatologiya bilan bitta anesteziolog-reanimatolog shug‘ullanadi.

Yirik davolash muassasalarida bu maqsad uchun maxsus xizmat ko‘rsatish bo‘limi, ya‘ni reanimatsiya bo‘limi ajratiladi. Bo‘limda anesteziolog-reanimatologlar, anestezist hamshiralar, kichik tibbiy xodimlar ishlaydi. Bo‘lim maxsus zamonaviy asbob-uskunalar bilan ta‘minlanadi.

UMUMIY OG‘RIQSIZLANTIRISH

Umumiy og‘riqsizlantirish deganda, sun‘iy vositalarni qo‘llash yo‘li bilan markaziy nerv sistemasini chuqur tormozlantirish tushuniladi. Bunda es-hush, sezuvchanlikning hamma turlari birin-ketin yo‘qoladi, skelet mushaklari bo‘shashadi va reflekslar so‘nadi.

Narkoz vaqtida uzunchoq miya funksiyasi (nafas, tomirlarni harakatlantiruvchi markazlar) saqlanib qoladi. Narkotik moddalar ta'siri bundan ham kuchaytirilganda bu markazlar odamning o'limiga sabab bo'ladi.

Narkoz turlari. Narkotik moddani kiritish yo'llariga ko'ra *ingalatsiyali* va *ingalatsiatsiz* umumiy og'riqsizlantirish farq qilinadi.

Ingalatsion narkoz deb, narkotik modda nafas yo'llari orqali yuboriladigan umumiy og'riqsizlantirish turiga aytiladi. Ingalatsiyasiz narkozlarga vena ichi, to'g'ri ichak, teriosti turlari kiradi.

Narkotik uyquning chuqurligiga ko'ra narkoz *yuzaki* va *chuqur* bo'lishi mumkin.

Bitta narkotik modda yuboriladimi yoki ularning aralashmasimi, shunga ko'ra quyidagilar farq qilinadi: bitta modda beriladigan *sof narkoz* (azot (I)-oksidi, efir, ftorotan va boshqalar), bu moddalarning aralashmasi qo'llanadigan narkoz *aralash narkoz* deyiladi, faqat narkotik moddalar emas, balki ularni yuborish yo'llari ham kombinatsiya qilinadigan narkoz *kombinatsiyali narkoz* deyiladi. Ko'pincha narkozning bir turi bazis (asosiy) narkoz sifatida qilinadi, so'ngra boshqa narkotik modda bilan davom ettiriladi.

Ingalatsion narkoz. Narkozning bu turiga turli xil narkotik moddalar (efir, ftorotan, xloretil va boshqalar) yoki gazlar (azot (I)-oksidi, siklopropan va boshqalar)ni nafasga olish (ingalatsiya) yo'li bilan erishiladi. Ingalatsiya uchun quyidagi moddalar keng qo'llanilmoqda.

A. Suyuq narkotik moddalar.

Efir (Aether pro narcosis) — o'ziga xos hidi va achishtiruvchi ta'mi bo'lgan rangsiz tiniq suyuqlik. Oson alanganadi. Efirning havo bilan aralashgan bug'lari portlashi mumkin. Efirning sifati quyidagi usullar yordamida sinab ko'riladi: 1) filtr qog'ozdan bug'langandan so'ng hidi qolmasligi kerak; 2) oynadan bug'latilgandan so'ng nordon reaksiya beradigan cho'kma qolmasligi kerak (eritilganda ko'k lakmus qog'ozni qizartiradi). Zarg'aldoq rangli shisha flakonlarda 100 ml dan chiqariladi. Olovdan uzoqda, yorug'lik tushmaydigan joyda saqlanadi.

Xloroform (Chloroformium) — tiniq rangsiz suyuqlik. Yorug'likda parchalanadi. Organizmdan, asosan, siydik bilan chiqariladi. Sofligiga sinash: 1) filtr qog'ozidan bug'langanda hidi qolmasligi kerak; 2) ko'k lakmus qog'oz botirilganda xloroform uni qizar-

tirmasligi kerak. Zarg'aldoq rangli shisha flakonlarda 50 ml dan chiqariladi. Salqin joyda saqlanadi.

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

Ftorotan (Phtorotatum) — yoqimli hidga ega bo'lgan rangsiz suyuqlik. Alanganmaydi va portlamaydi. Efirdan birmuncha kuchli, biroq toksini bor. Bemor 1—2 daqiqa ichida hushidan ketadi, narkotik holat tezda yuz beradi. Ko'pincha azot (I)-oksidi bilan birga qo'llaniladi. Zarg'aldoq rangli flakonlarda chiqariladi.

Pentran (Pentran), metoksifluran, ingalan—o'ziga xos meva hidi keladigan tiniq suyuqlik, alanganmaydi va portlamaydi. Narkotik faolligi jihatidan efir va xloroformdan ustunlik qiladi. 0,5—0,8 hajm foizini nafasga olish ro'y-rost analgeziyani keltirib chiqaradi. Narkoz apparatlarining rezina detallariga shimilib qolish va keyin qayta diffuziyalanish xossasiga ega, shunga ko'ra operatsiya tugashidan 10—20 daqiqa oldin anestetik uzib qo'yiladi. To'q rangli zich berkiladigan idishlarda saqlanadi.

Trixloretilen (Trichloroethylenum), trilen, narkogen — rangsiz, o'ziga xos hidli, tiniq uchuvchan suyuqlik. Kuchli narkotik ta'sirga ega, 0,4—0,7 hajm foiz konsentratsiyada analgeziya hosil qiladi, 2—3 hajm foizi narkotik ta'sir beradi. Qisqa muddatli operatsiyalarda analgeziya uchun qo'llaniladi. Germetik idishda, yorug'lik tushmaydigan salqin joyda saqlanadi.

Vineten (Wineten) — tiniq, benzin hidini eslatadigan uchuvchan suyuqlik. Kuchli anestetik. Nafasga olinadigan aralashmada 0,2 hajm foiz konsentratsiyada analgeziya keltirib chiqaradi. 2—3 hajm foizda bug'lanib yo'qolishi mumkin, 4 hajm foizda narkozning xirurgik bosqichini hosil qiladi. To'q rangli idishda, past haroratda saqlanadi.

B. Gazsimon narkotik moddalar.

Azot (I)-oksidi (Nitrogenium oxydulatum) — shodlantiruvchi gaz. Po'lat ballonlarda saqlanadi. Yonmaydi, hidi yo'q. Kislorod bilan aralashmasi, aksariyat 70—80% li azot (I)-oksidi va 20—30% li kislorod hisobidagi aralashmasi ishlatiladi.

Siklopropan (C₃H₆) — tez yonuvchi gaz. Portlashi mumkin. Ballonlarda saqlanadi. Tez ta'sir qiladi. Ko'pincha boshqa vositalar (azot(I)-oksidi, efir) bilan birga qo'llaniladi.

Narkotik moddalarning farmakologik ta'siri. Narkotik moddalarning ta'sir mexanizmi hali to'la-to'kis o'rganilmagan. Narkozning bir necha nazariyalari bor. Ko'pchilik olimlar narkotik

moddalar markaziy nerv sistemasiga falajlovchi ta'sir ko'rsatadi deb hisoblaydilar.

Narkoz bosqichlari va darajalari. Narkoz vaqtida narkotik moddaning konsentratsiyasi va turiga bog'liq holda uning muayyan bosqichlarini va darajalarini farq qilish mumkin. Quyida efiridan foydalanishda narkozning klassik kechishi tasvirlangan. Boshqa narkotiklar qo'llanilganda narkozning kechishida ba'zi bir o'zgarishlar kuzatilishi mumkin.

1-bosqich — analgeziya bosqichi 3—4 daqiqa davom etadi va es-hushning xiralashuvi, og'riq sezgisining yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Qorachiqlar yorug'likka reaksiya beradi, reflekslar saqlanib qoladi, arterial bosim, puls avvalgi darajada bo'ladi. Bu bosqichdan (hushsiz qiladigan raush narkozi) kichikroq operatsiyalar (yiringlagan joyni kesish) qilish, ba'zan og'riqqa sabab bo'ladigan muolajalarni bajarishda foydalaniladi.

2-bosqich — qo'zg'alish bosqichi birmuncha uzoq vaqt davom etadi va bemorda harakat reaksiyasining oshishi, nutq markazining qo'zg'alishi bilan xarakterlanadi (bemor nima deyayotganini bilmay ko'p gapiradi). Arterial bosim oshadi, puls tezlashadi, mushak tonusi va reflekslari oshgan bo'ladi, tez va notekis nafas olish, qayt qilish kuzatilishi mumkin. Bu bosqich ichkilikdan qattiq mast bo'lgan odam holatini eslatadi. Ichkilikni suiiste'mol qiladigan bemorlarda qo'zg'alish birmuncha keskin namoyon bo'ladi.

3-bosqich — xirurgik bosqich. Narkoz paydo bo'lishi vaqti narkotik moddaga bog'liq. Bu bosqichda xirurgik operatsiyalar o'tkaziladi. Bosqichning to'rt darajasi bor.

Birinchi darajasi: es-hush batamom yo'qoladi. Og'riq va taktil (teri) sezuvchanligi bo'lmaydi, qorachiqlar toraygan, biroq muguz parda refleksi va mushaklarning tarangligi saqlanib qoladi. Ko'z soqqalarining «suzib yuradigan» harakatlari saqlanib qoladi.

Ikkinchi darajasi: qorachiqlar toraygan, muguz parda refleksi saqlanib qoladi. Mushaklar qisman bo'shashadi. Bu darajada tilning halqumga tiqilib qolish xavfi bo'ladi.

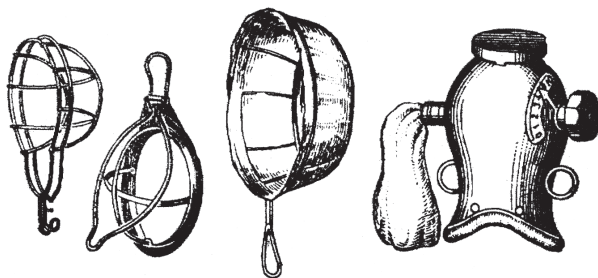
Uchinchi darajasi: puls sekinlashadi, arterial bosim pasayadi, nafas yuzaki bo'lib qoladi. Ko'z qorachig'i kengayadi, muguz parda refleksi yo'qoladi. Mushaklar batamom bo'shashadi.

To'rtinchi darajasi: nafas birmuncha yuzaki, qorachiqlar kengaygan, yorug'likka reaksiya bermaydi, muguz parda nursiz. Puls tez, to'liqligi sust. Arterial bosim tobora pasayadi. Narkozning bu darajasiga yo'l qo'yib bo'lmaydi, chunki o'lim bilan tugashi mumkin.

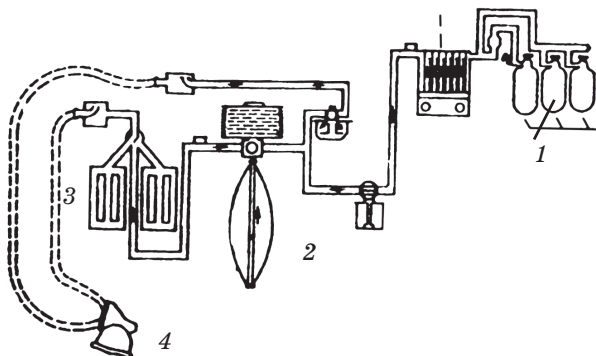
4-bosqich — uygʻonish davri. Narkozning barcha alomatleri tartib bilan yoʻqoladi. Bu bosqich uxlab qolish davridan uzoqroq davom etadi.

Ingalatsion narkoz uchun niqoblar va apparatlar. Narkoz paydo boʻlgan davrdan boshlab koʻp sonli niqoblar va apparatlar taklif qilingan. Ularning sifati va tuzilishi narkozning kechishiga koʻp jihatdan bogʻliq. Ularning koʻpchiligi hozirgi kunda xirurgiya amaliyotida qoʻllanilmaydi, faqat tarixiy ahamiyatga ega, xolos.

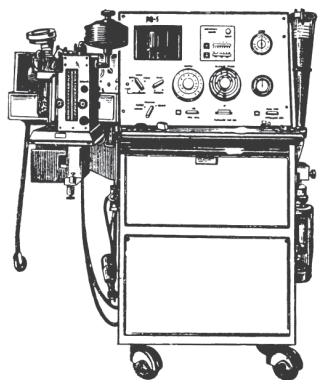
Esmarx va Shimmelbush niqoblari tuzilishi jihatidan eng oddiy niqoblardan hisoblanadi (21-rasm). Ular sim toʻrdan iborat boʻlib, operatsiyadan oldin unga bir necha qavat doka tortib qoʻyiladi. Niqobni yuzga qoʻyib, unga bir necha tomchi narkotik modda tomiziladi. Sadovenko niqobi namat toʻldirilgan va narkotik modda quyiladigan metall rezervuar 1, nafasni tekshirib turish uchun rezina qopcha 2 va narkotik modda yuboriladigan regulator 3, niqob 4 dan tashkil topgan (22-rasm).



21-rasm. Narkoz uchun niqoblar.



22-rasm. Narkoz apparatining umumiy sxemasi.



23-rasm. RO-6 apparati.

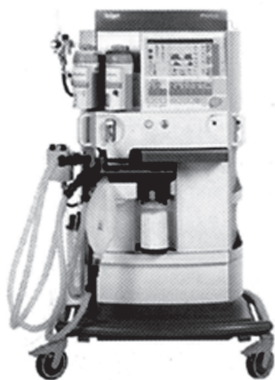
Hozirgi vaqtda niqob orqali narkoz berish kamdan kam qo'llaniladi. Bu maqsadda RO-6 va «Drager Primus» kabi maxsus apparatlardan keng foydalaniladi (23—24-rasm).

Ingalatsion narkozda yuz beradigan asoratlarning oldini olish. Bu asoratlarni ikki guruhga bo'lish mumkin:

- 1) narkoz o'tkazish vaqtidagi;
- 2) narkozdan keyingi.

Narkoz vaqtidagi asoratlarning nar-koz texnikasini noto'g'ri o'tkazish, apparatlarning nosozligi, bemor ahvolining og'irligi natijasida sodir bo'lishi mumkin. Bunday hollarda asfiksiya yuz berishi va yurak to'xtab qolishi mumkin:

- 1) mexanik sabablar (tilning orqaga ketib qolishi, qusuq mas-sasining tiqilib qolishi va hokazo);
- 2) toksinli sabablar (narkotik moddalar dozasi oshirib yuborish);
- 3) reflektor sabablar (narkotik modda ta'siri ostida yurak va nafasning to'xtab qolishi). Yurak to'xtashi, odatda, asfiksiya sa-babli ro'y beradi. Narkozdan keyingi davrda turli asoratlarning sodir bo'lishi mumkin.



24-rasm. «Drager Primus» anesteziologik apparati.

Nafas a'zolarida yuz beradigan asoratlarning (yallig'lanish, ateletaz, bronxitlar) aksariyat efir narko-zidan keyin uchraydi. Bu asoratlarni profilaktika qilishda operatsiyadan keyingi davrda bemorlarga faol harakatlar berish (davo badantarbiyasi, nafas gimnastikasi, balg'am ajratish, erta o'rindan turish), shuningdek, antibiotiklar va sulfanilamidlar qo'llashning ahamiyati katta.

Yurak ishining buzilishi toksinli ta'sir qiladigan siklopropan va efir qo'llanishidan so'ng ko'proq ku-

zatiladi. O‘tkir yurak yetishmovchiligi kuzatilishi mumkin, bu esa ba‘zan o‘limga olib keladi.

Profilaktikasi. Yurak dorilari yuboriladi va narkozning birmuncha mukammal turini qo‘llash yo‘li bilan narkotik modda kamroq ishlatiladi.

Jigardagi asoratlar aksariyat efir va xloroform qo‘llanishdan so‘ng paydo bo‘ladi va funksional buzilishlar bilan yuzaga chiqadi, ba‘zan yog‘li distrofiya va o‘tkir sariq atrofiya kuzatilishi mumkin.

Profilaktikasi miorelaksantlar qo‘llanib bemorni uyquning past bosqichlarida tutib turish hisobiga narkotik moddalar dozasi kamaytirishdan iborat.

Buyraklarda yuz beradigan asoratlar aksariyat oliguriya va albuminuriya ko‘rinishida yuzaga keladi. Siydikning nisbiy zichligi oshadi, leykotsitlar va eritrotsitlar paydo bo‘ladi. Odatda, bu hodisalar tez o‘tadi va maxsus davolash usullarini talab etmaydi.

Narkoz va operatsiyadan keyingi moddalar almashinuvi, eng ko‘p uglevod almashinuvi buziladi, natijada, asidoz rivojlanadi. Asidoz klinik jihatdan bosh og‘rishi, ko‘ngil aynishi, qusish, uyqusizlik bilan namoyon bo‘ladi.

Og‘ir hollarda ruhiy toliqish yuzaga keladi, bemor alahlaydi, koma ro‘y berishi mumkin. Asidozni aniqlash uchun ishqoriy-kislotali holatni bilish lozim. Shu maqsadda hozirgi vaqtda «MikroAstrup» yoki «AZIV» va shu kabi qator apparatlardan foydalaniladi. Asidozga davo qilish uchun natriy bikarbonat, glukoza insulin bilan birga qo‘llaniladi. Organizmning suvsizlanishiga va gipoxloremiyaga olib keladigan suv-tuz almashinuvining buzilishi ikkinchi asorat hisoblanadi.

Suv-tuz almashinuvi buzilganda ajratiladigan siydik miqdori va undagi natriy xlor konsentratsiyasini kuzatib borish lozim. Ko‘p miqdorda suyuqlik, osh tuzi, fiziologik eritma yuborish lozim.

Periferik nervlar falaji narkoz vaqtida birorta nerv o‘zagining mexanik shikastlanishi natijasida va birmuncha kamroq hollarda narkotik moddaning markaziy nerv sistemasiga toksinli ta’siri natijasida sodir bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha yelka chigali yoki qo‘lning ayrim nervlari (bilak, tirsak, o‘rta nerv) falajlanishi kuzatiladi. Bu — narkoz vaqtida qo‘lni yozib qo‘yish yoki nerv o‘zagining operatsiya stol qirrasida bilan suyak o‘rtasida bosilib qolishi tufayli o‘sha nervlarning cho‘zilib ketishi natijasida yuz beradi. Falajning yengil darajasi tez tuzaladi.

Birmuncha og‘ir falajlanish hollarida esa maxsus davo olib boriladi; prozerin, dibazol ishlatiladi, elektr muolajalari amalga oshiriladi.

Ingalatsion narkozni qo‘llash va unga moneliklar. Hozirgi vaqtda ingalatsion narkozni qo‘llash birmuncha keng tarqalgan. Ingalatsion narkoz ostida barcha murakkab operatsiyalar bajariladi. Ingalatsion narkozni qo‘llashga moneliklar mutlaq va nisbiy bo‘ladi.

Narkoz qo‘llanganda o‘lim yuz berishi ehtimoli bo‘lgan hollar mutlaq monelik qiladigan holat hisoblanadi. Asoratlar yuz berishi ehtimoli bo‘lgan hollar nisbiy monelik qiladigan hollarga kiradi. Mutlaq monelik qiladigan hollar quyidagilar:

1) dekompensatsiya bosqichidagi yurak-tomir sistemasi kasalliklari, dori-darmonlar bilan davolash kor qilmaydigan, ro‘y-rost yuzaga chiqqan gipertoniya kasalligi, shok, kollaps, o‘tkir anemiya hamda intoksikatsiya bilan bog‘langan og‘ir turdagi gipotoniya;

2) ro‘y-rost yuzaga chiqqan, o‘pka yetishmovchiligi bilan o‘tadigan nafas a‘zolari kasalliklari, jumladan, o‘tkir pnevmoniya;

3) jigar funksiyasi buzilishiga sabab bo‘ladigan kasalliklar — gepatit va boshqalar;

4) buyrak funksiyasini buzadigan kasalliklar — o‘tkir nefrit;

5) kaxeksiya va anemiyaning og‘ir bosqichlari; kalla suyagi ichi bosimi ro‘y-rost oshgan kasalliklar — o‘smalar va boshqalar. Funktsional buzilishlari kamroq yuzaga chiqqan yuqorida sanab o‘tilgan kasalliklar narkozga nisbiy monelik qiladigan hollar hisoblanadi.

Bemorni narkozga tayyorlash va unda hamshiraning tutgan o‘rni.

Bemorni narkozga tayyorlash operatsiyaga umumiy tayyorlash vaqtiga to‘g‘ri keladi. Medikamentoz tayyorlash yoki *premedikatsiya* uning xususiyati hisoblanadi. Kechki (operatsiyadan bir kun oldin) va ertalabki (operatsiya kuni) premedikatsiya farq qilinadi. Premedikatsiyadan maqsad bemorni tinchlantirish va narkozni yaxshi o‘tkazishdir.

Kechki premedikatsiya uchun uxlatuvchi dorilar (etaminal-natriy, noksiron va boshqalar), analgetiklar (promedol, omnopon), neyroplegik va antigistamin preparatlar (atropin, aminazin, dimedrol, pipolfen), analeptiklar (kordiamin, lobelin, prozerin, sititon) va trankvilizatorlar (trioksazin, seduksen, elenium va boshqalar)dan foydalaniladi. Premedikatsiya har kimga alohida tayinlanadi.

Premedikatsiya o'tkazishda anesteziolog biror preparat yuborishni soatlar bo'yicha belgilab chiqadi. Hamshiraning vazifasi bu ko'rsatmalarni puxta bajarishdan iboratdir. Biroq, tadbirlar o'tkazishda bemor holatida o'zgarishlar yuz bersa, hamshira bu haqda navbatchi shifokorga xabar qilishi shart.

MAHALLIY OG'RIQSIZLANTIRISH VA UNING TURLARI

Mahalliy og'riqsizlantirish (anesteziya) deganda, bemorning es-hushi saqlanib qolingani holda operatsiya maydoni sohasidagina og'riq sezuvchanlikni yo'qotish tushuniladi.

Hozirgi vaqtda xirurgiya amaliyotida mahalliy og'riqsizlantirishning quyidagi turlari farq qilinadi:

1) dori surtib anesteziya qilish; 2) infiltratsion anesteziya; 3) futlyar (niqob) anesteziya; 4) regionar anesteziya; 5) vena ichi va arteriya ichi anesteziyasi; 6) suyak ichi anesteziyasi; 7) sovitish bilan anesteziya qilish; 8) peridural anesteziya; 9) orqa miya anesteziyasi.

Mahalliy anesteziya amaliy jihatdan xavfsizligi jihatidan xirurgiyada keng qo'llaniladigan usuldir. Og'riqsizlantirishning bu turi, asosan, kichik operatsiyalarda (appendektomiya, churrani kesish va hokazo) qo'llaniladi, biroq yetarlicha malaka bo'lganda mahalliy anesteziya bilan katta operatsiyalarni ham bajarish mumkin. Operatsiyalarning qariyb 80% mahalliy og'riqsizlantirish usulida bajariladi.

Mahalliy anesteziya uchun nisbatan xavfsiz va kam toksinli novokain keng qo'llaniladi. Novokain 0,25—0,5% li eritma holda va kamroq hollarda o'tkazuvchi yo'llar anesteziyasi uchun birmuncha yuqori konsentratsiyada (1—2% li eritmasi) ishlatiladi. Steril eritmasi operatsiyadan oldingi xonada saqlanadi. Novokain eritmasi solingan flakonga «Novokain eritmasi» deb yozilgan etiketka yopishtirilib, unda konsentratsiyasi va tayyorlangan vaqti ko'rsatiladi. Novokaindan foydalanishda operatsiya hamshirasi va shifokor etiketkani albatta tekshirib, uning boshqa modda emas, balki novokain ekanligiga ishonch hosil qilishlari kerak.

Mahalliy anesteziya uchun shprislar, ignalar va novokain uchun idish bo'lishi zarur. Shpris va ignalarni distillangan suvda boshqa asboblardan alohida sterillash lozim, chunki hamma asboblari sterilizatsiya qilinadigan soda eritmasi novokainni inaktivatsiya qiladi.

Mahalliy anesteziyaning asoratlari juda kamdan kam ro'yi beradi. Novokainga sezuvchanligi yuqori bo'lgan ayrim bemorlarda novokaindan zaharlanishning klinik manzarasi namoyon bo'ladi: boshi aylanadi, holsizlanadi, ko'ngli ayniydi, teri va ko'rinadigan shilliq pardalar bo'zaradi, tomir nekrozlanishi tez, to'liqligi sust bo'ladi.

Birmuncha og'ir zaharlanishlarda bezovtalanish, qo'zg'alish, qo'rquv sezgisi, gallutsinatsiyalar, qusish kuzatiladi. Tegishli klinik manzara paydo bo'lganda anesteziyani to'xtatish, bemorga amilnitrit bug'larini (paxta bo'lakchasiga 5 tomchi tomizilib) hidlatish, 1—2 ml 20% li kofein eritmasi, 1 ml 1% li dimedrol eritmasini inyeksiya qilish zarur. Barbiturat kislotalar preparatlaridan: 5—10 ml 2% li teopental-natriy eritmasini venaga yuborish yoki 2—3 ml 10% li barbital-natriy eritmasi yoki 0,1 g lyuminal ichirish yoki 5—10 ml 5% li etaminal-natriy eritmasini venaga yuborish maqsadga muvofiq.

Kislorodli ingalatsiyalar buyurish muhimdir. Novokaindan tashqari, mahalliy anesteziya uchun 0,5, 1,0 va 2% li eritmalar hoida (stomatologiyada), trimekain (0,25—0,5—1% li eritmasi infiltratsiyali anesteziya uchun va 2% li eritmasi regional hamda orqa miya anesteziyasi uchun), lidokain (0,25—0,5% li eritmasi infiltratsion anesteziya uchun, 1—2% li eritmasi o'tkazuvchi yo'llar va orqa miya anesteziyasi uchun), dikain (0,3% li eritmasi peridural anesteziya uchun, 2—3% li eritmasi surtib anesteziyalash uchun) qo'llaniladi.

Saqlash: A ro'yxatida sovkain, dikain, B ro'yxatida boshqa anestetiklar saqlanadi.

Surtish va namlash yo'li bilan anesteziyalash. Ko'z kasalliklari amaliyotida, urologiya, otorinolaringologiya, bronxologiya va boshqalarda qo'llaniladi. Og'riq sezgisini yo'qotish zarur bo'lgan amaliyotda to'qima sohalari 1—10% li novokain eritmasi yoki 0,1% li sovkain eritmasiga ho'llangan tampon bilan artiladi yoki namlanadi. Shilliq pardaga ko'p miqdorda dikain va sovkain kabi anestetiklarni surtish zaharlanishga sabab bo'lishi mumkin.

Infiltratsiyali anesteziya. Bu usul operatsiya sohasidagi hamma to'qimalarga anesteziya qilinadigan eritmani qavatma-qavat qilib shimdirishdan iborat. Bu maqsad uchun, odatda, 0,25—0,5% li novokain eritmasi ishlatiladi. Anesteziyaning bu turi A.V. Vishnevskiy tomonidan batafsil ishlab chiqilgan. So'riluvchi infiltrat usuli bilan anesteziya qilish quyidagicha bajariladi. Kesma chizig'i

bo‘ylab teri ingichka igna bilan limon po‘sti ko‘rinishida anesteziya qilinadi, so‘ngra yo‘g‘onroq va uzunroq igna bilan birmuncha chuqur to‘qimalar infiltratsiya qilinadi. Infiltratsiyani asta-sekin qavatma-qavat to‘qimalar kesilgan sayin o‘tkazish mumkin. Qorin yoki plevrani anesteziya qilish shart.

Futlyar anesteziya. Og‘riqsizlantirishning bu turini A.V. Vishnevskiy ishlab chiqqan. Oyoq-qo‘llardagi operatsiyalarda qo‘llaniladi. Kesma sathining yuqorisidan jgut bog‘lanadi, jgutdan pastroqdagi ikki yoki uch nuqtadan teri orqali 0,25% li novokain eritmasini (500—800 ml) aponevroz ostiga chuqur inyeksiya qilinadi. Novokain eritmasi fassial g‘iloflarga yuborilib, bu yerda novokain nerv tuzilmalariga tushadi va og‘riqsizlantiruvchi ta’sir yuzaga keladi.

Og‘riqsizlantirishning bu turi oyoq-qo‘lni operatsiya qilishda keng qo‘llaniladi. Asoratlari: jgut tez yechib olinganda novokain intoksikatsiyasi yuz berishi ehtimoli bor. Profilaktikasi — jgutni asta-sekin yechish, davosi yuqorida aytib o‘tilgan antidotlarni ishlatishdan iborat.

Regionar anesteziya novokain eritmasini bevosita nerv yoki uni o‘rab turgan to‘qimalarga yuborishga asoslangan. Shu maqsadda 10—20 ml miqdordagi 1—2% li novokain eritmasi qo‘llaniladi. Og‘riqsizlantirishning bu turi barmoqlardagi operatsiyalarda (Lukashevich usulida o‘tkaziluvchi anesteziya) va qo‘ldagi operatsiyalarda (Kulenkampf usulida o‘tkaziluvchi anesteziya) keng ishlatiladi. Asoratlaridan nerv shikastlanishi kuzatiladi. Davosi: prozerin, dibazol, elektr bilan qilinadigan muolajalar.

Vena va arteriya ichi anesteziyasi. Anesteziyaning bu turi quyidagicha o‘tkaziladi. Oyoq yoki qo‘l qonsizlantirilgandan so‘ng o‘sha zahoti elastik bint bilan operatsiya maydonining yuqori chegarasi ustidan venoz jgut qo‘yiladi. Punksiya yo‘li bilan yoki tomir ajratilgandan so‘ng o‘tkir usulda tomirga novokain eritmasi yuboriladi. Qo‘l uchun 60—80 ml, oyoq uchun 100—200 ml 0,25—0,5% li novokain eritmasi talab qilinadi. Og‘riqsizlantirishning bu turi oyoq-qo‘ldagi operatsiyalarda qo‘llaniladi. Jgut tez yechib olinganda novokain intoksikatsiyasi ro‘y berishi mumkin. Bu asoratlarning oldini olish maqsadida jgutni asta-sekin yechish zarur. Asoratlarni davolash uchun antidotlar yuboriladi.

Suyak ichi anesteziyasi vena ichi anesteziyasining bir turi hisoblanadi. Oyoq yoki qo‘lga venoz jgut qo‘yiladi, so‘ngra suyakning (tovon suyagi, son suyagi do‘nglari, katta boldir suyagining

ustki metafizi, bilak va tirsak suyaklarining boshchasi) g'ovak moddasiga novokain eritmasi yuboriladi. Novokain eritmasining miqdori va konsentratsiyasi anesteziyaning bundan oldingi turidagi kabidir. Og'riqsizlantirishning bu turi ortopediyada va travmatologiyada tayanch-harakat apparatidagi operatsiyalarda keng qo'llaniladi. Asoratlari bundan oldingi usullardagi singari, profilaktikasi va davosi ham shunday.

Sovitib anesteziya qilish. Bu maqsadda xlor-etil oqimi og'riqsizlantirish kerak bo'lgan to'qimalarga yo'naltiriladi. Xlor-etil bug'langanda harorat keskin ko'tariladi. Mana shu sovitish og'riqsizlantiruvchi ta'sirni keltirib chiqaradi. Og'riqsizlantirish faqat to'qima yuzasida, xususan, terida yuz beradi. Kichikroq operatsiyalarda, masalan, yuza joylashgan yiringlagan sohani keshida qo'llaniladi.

Peridural anesteziya. Og'riqsizlantirishning bu turida anesteziya qiladigan modda orqa miya anesteziyasi kabi subaraxnoidal bo'shliqqa emas, balki peridural bo'shliqqa yuboriladi, qattiq miya pardasi teshilmaydi. Anesteziya qiladigan modda sifatida 3:1000 nisbatli fiziologik eritmadagi dikain eritmasi (20—30 ml), 1% li trimekain eritmasi (20—30 ml) yoki 1% li lidokain eritmasi (20—30 ml) dan foydalaniladi.

Orqa miya anesteziyasiga qaraganda og'riqsizlantirishning bu turida xavf-xatar kam bo'ladi. Og'riqsizlantiruvchi ta'sir 4—5 soat davom qiladi, ichakning operatsiyadan keyingi parezlari yuz bermaydi. Hozirgi vaqtda uzoq davom etadigan peridural anesteziya qo'llaniladi. Og'riqsizlantirishning bu turi troakal operatsiyalardan so'ng bemorlarda og'riqni yo'qotishda qo'llaniladi. Kamchiligi — uni bajarish uchun ko'p vaqt sarf bo'ladi, relaksatsiya yetarli emas.

Orqa miya anesteziyasi. Og'riqsizlantirishning bu turida anestetik orqa miyaning subaraxnoidal bo'shlig'iga yuboriladi. U orqa miya suyuqligi bilan aralashib, orqa miya nervlari ildizini namlaydi, natijada og'riqsizlantiruvchi ta'sir vujudga keladi. Anestetik modda yuboriladigan sohaning pastida og'riqsizlantirish yuzaga keladi. Anesteziya uchun ko'rsatma asosida 1—2 ml dozada 5% li novokain eritmasi yoki 0,5—1 ml dozada 1% li sovokain eritmasi, yoki 1—2 ml dozada 2% li trimekain eritmasi, yoki 1—2 ml dozada 2% li lidokain eritmasi qo'llaniladi.

Anesteziya boshlangandan so'ng sezuvchanlikning hamma turi (og'riq, taktil sezgi, haroratni sezish) yo'qoladi. Orqa miya anes-

teziyasi arterial bosimni birmuncha tushirib yuborishi mumkinligini unutmashlik kerak. Anesteziyani bemorni yotqizib yoki yonboshlatib yotqizib qo‘ygan holda chiqib turgan yelkasiga mon-drenli maxsus Bir ignasi yordamida qilinadi.

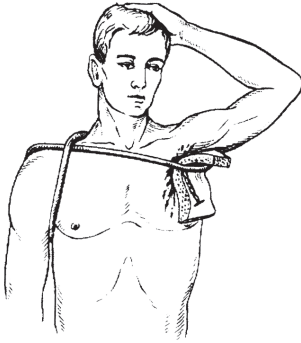
Preparat yuborilgandan so‘ng bemor chalqancha yotqiziladi. Boshi balandroq ko‘tarib qo‘yiladi. 10—15 daqiqadan keyin anesteziya yuz beradi. Novokain ishlatilganda anesteziya taxminan 1—1,5 soat, novokain, trimekain, lidokain ishlatilganda 2,5 soatga cho‘ziladi. Orqa miya anesteziyasida qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq a‘zolari va oyoqlarda turli xil operatsiyalarni o‘tkazish mumkin. Quyidagi asoratlar kuzatilishi ehtimoli bor: 1) punksiya vaqtida igna uchi sezuvchan nerv ildiziga tegib ketganda qattiq og‘riq paydo bo‘lishi; 2) arterial bosim pasayib ketib, hatto, kollaps ro‘y berishi mumkin. Asoratlarida davo qilish uchun qon va qon o‘rnini bosadigan suyuqliklar quyiladi, mezaton, efedrin, adrenal-in, yurak dorilari yuboriladi.

Anesteziya darajasi yuqori bo‘lganda nafas to‘xtashi mumkin, bu sun‘iy nafas oldirish usuli bilan bartaraf qilinadi, bundan tashqari, lobelin buyuriladi: Ba‘zan harorat biroz ko‘tariladi, bemorning ko‘ngli ayniydi, qusadi, boshi og‘riydi, siydigi tutiladi. Bunday hollarda simptomatik davo qo‘llaniladi.

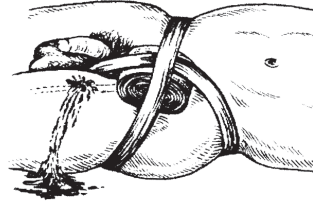
ANESTEZIST-HAMSHIRA ISHINING XUSUSIYATLARI VA BEMORLARNI NARKOZDAN KEYIN PARVARISHLASH

Anestezist-tibbiyot hamshirasi quyidagi vazifalarni bajaradi:

- anesteziolog buyurgan medikamentoz tayyorgarlikni bajarish;
- narkozga anesteziologik apparatura, shuningdek, asboblar, medikamentlar, narkotik vositalar, kislorod va shu kabilarni tayyorlash;
- narkozdan so‘ng asboblar va apparatlarni tozalash hamda dezinfeksiya qilish;
- bemorni narkozga o‘z vaqtida yetkazish va uni operatsiya stoliga yotqizish ustidan nazorat qilish;
- narkoz davrining boshidan oxirigacha, ya‘ni bemor uyg‘onib bo‘lguniga qadar anesteziolog-shifokorga doimo yordam berib turish;
- operatsiya vaqtida narkoz kartasiga puls, nafas, arterial bosim va boshqa ko‘rsatkichlarni yozib borish;
- operatsiya qilingan bemorni operatsiyadan keyingi pala-taga ko‘chirish, uni kuzatish va anesteziolog ruxsatisiz operatsiya xonasidan chiqmaslik;



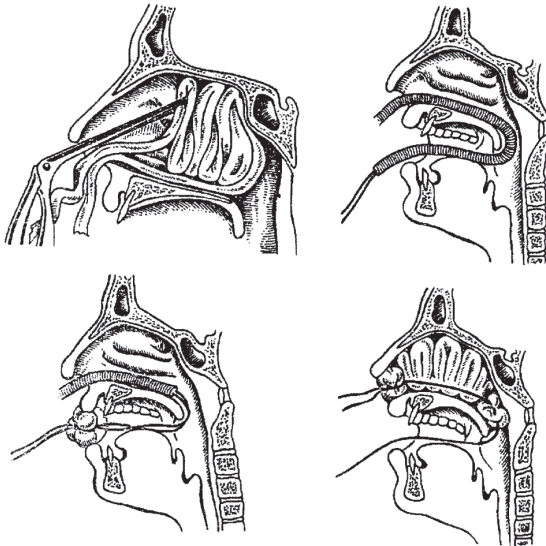
25-rasm. Qo'lni bosib turuvchi bog'lam.



26-rasm. Oyoqni bosib turuvchi bog'lam.

Jarohatda tomirni bosib turish. Qo'lga steril qo'lqop kiyiladi va jarohat spirt, yod bilan artiladi. Ko'rsatkich barmoq jarohatga kiritiladi va sizib chiqayotgan qon tomirini bosib qon ketishi to'xtatiladi.

Jarohatni tarang tamponlash. Buning uchun tampon olinib, uni kornsang bilan birin-ketin va tarang qilib to'ldirish orqali qon to'xtatiladi. Odatda bu usul burun jarohatlarida qo'llaniladi (27-rasm).

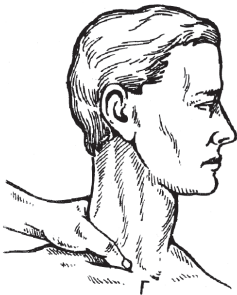


27-rasm. Burun bo'shlig'ini tamponlash.

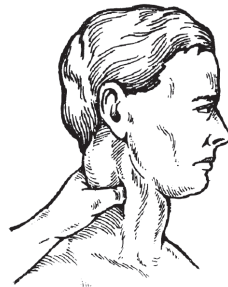
Qonab turgan tomirga qisqich qo'yish oyoq-qo'l, chanoq, qorin bo'shlig'ida chuqur joylashgan tomirlardan oqayotgan qonni to'xtatishning imkoni bo'lmaganda qo'llaniladi. Bunda jarohat orqali qisqich yoki kornsang kiritilib, qonayotgan qon tomirini qisib qon to'xtatiladi.

Tomir bo'ylab bosib turish. Bu usulda ayrim yirik arteriyalardan oqayotgan qonni to'xtatish tomirni o'sha tomir yaqinida joylashgan suyakka bosish yo'li bilan amalga oshiriladi: o'mrovosti arteriyasini o'mrov suyagi ostida joylashgan nuqtadagi birinchi qovurg'aga, imo-ishora mushagi to'sh suyagi dastasiga yopishish joyi tashqarisidan bosiladi (28-rasm); uyqu arteriyasini barmoq bilan 6-bo'yin umurtqasining ko'ndalang o'simtasiga (bu imo-ishora mushagi ichki tomoni uzunligining o'rtasidagi nuqtasiga mos keladi) bosish mumkin (29-rasm); son arteriyasi pupart boylamidanda pastroqda qov suyagining gorizontal tarmog'iga bosiladi (30-rasm); taqim arteriyasi taqim chuqurchasidagi to'qimalar yarimbukilgan tizza bo'g'imida bosiladi (31-rasm).

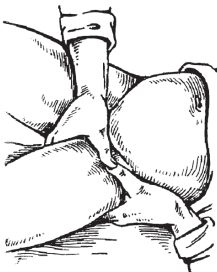
Jgut bog'lash. Bu, ayniqsa, arterial qon ketishini to'xtatishda asosiy usul hisoblanadi. Arterial qon ketishida jgut jarohatga nisbatan



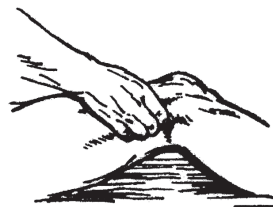
28-rasm. O'mrov ostini bosish.



29-rasm. Uyqu arteriyasini bosish.



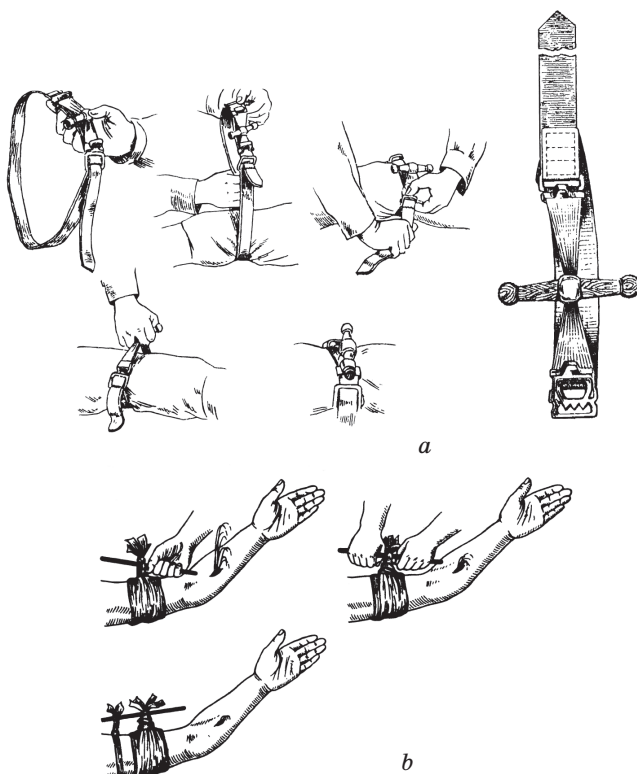
30-rasm. Son arteriyasini bosish.



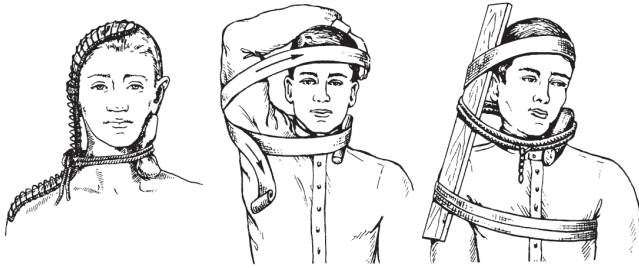
31-rasm. Taqim arteriyasini bosish.

markaziy tomonga qo'yiladi. Jgut solishdan oldin jgut solinadigan terini qisib qo'ymaslik uchun oyoq yoki qo'lga sochiq yoki bint o'raladi. Jgutni cho'zib, oyoq yoki qo'l atrofidan aylantiriladi. Jgut o'ramlari kesishmasligi, balki yonma-yon solinishiga e'tibor berish zarur. Jgut uchlari mahkamlanadi va uning o'ramlaridan birining ostiga jgut solingan vaqt yozilgan qog'oz qistirib qo'yiladi.

Arteriyaga qo'yilgan jgut to'g'ri solinganda oyoq yoki qo'lning jgutdan chetroqdagi qismi oqaradi, jgutdan pastda puls yo'qoladi, qon oqishi to'xtaydi. Yetarlicha tortilmaganda oyoq yoki qo'l ko'karib ketadi, puls yo'qolmaydi, qon oqishi kuchayadi. Qattiq qisib bog'langanda nerv shikastlanishi sababli oyoq yoki qo'l falajlanib qolishi mumkin. Arteriyaga qo'yilgan jgut oyoq yoki qo'lga ko'pi bilan 1,5—2 soat qoldirilishi mumkin. Shu vaqt ichida operatsiyani amalga oshirib bo'lmasa, jgut yechiladi, arteriya qo'lga bosiladi va jgut biroz yuqoriroqdan yoki pastroqdan yana qayta solinadi (32-rasm, a, b).



32-rasm. Jgut solish turlari.



33-rasm. Bo'yindan arterial yoki venoz qon ketishida jgut solish turlari.

Maxsus jgut bo'lmaganda tasma, tizimcha, dastro'mol kabilarni ishlatish mumkin. Yasama jgutning bosish kuchini oshirish uchun unga tayoqcha suqiladi va burash yo'li bilan qon oqishi uzil-kesil to'xtatiladi.

Bo'yin tomirlaridan arterial qon oqqanda bo'yinning qon oqayotgan tomoni qarshisiga egilgan Kramer shinasiga bemorning qo'li yoki taxtakach qo'yiladi va undan tirgak sifatida foydalanib, jgut solinadi (33-rasm).

Venoz qon oqishida venoz jgut deb ataladigan jgut ishlatiladi. Uni shikastlangan joydan pastroqqa chamasi 6 soat muddatga solinadi va u qattiq tortilmaydi. Bunda oyoq yoki qo'l ko'karadi, arteriyada puls saqlanib qoladi, qon oqishi to'xtaydi.

Qon ketishini uzil-kesil to'xtatish. Xirurgik stasionarda operatsiyaga qo'yiladigan hamma talablarni hisobga olgan holda qon oqishi uzil-kesil to'xtatiladi.

Mexanik usullar.

Jarohatdagi tomirni bog'lash. Qonayotgan tomir istalgan chok materiali (ipak, lavsan, ketgut) bilan bog'lanadi. Bu eng keng tarqalgan usullardan hisoblanadi.

Tomir bo'ylab bog'lash. Jarohat qattiq infeksiyada yoki jarohatdagi tomirni topish qiyinligida va texnik noqulayliklar vujudga kelganda qo'llanadi.

Tomirlarga chok solish. U yon tomonlama va aylanma (tomirning gir atrofida) bo'lishi mumkin. Maxsus chok materiali bilan travmatik ignalar yoki tantalli tayyor skobalar joylangan tikish apparatlari yordamida tomirlarga mexanik chok solinadi.

Fizikaviy usullar.

Sovuqni mahalliy qo'llash. Bu maqsad uchun aksariyat muz solingan rezina yoki polietilen xaltachalar ishlatiladi. Bu usuldan, ko'pincha, kichikroq kapillar qon ketish hollarida foydalaniladi.

Elektr koagulatsiya. Maxsus apparat qoʻllaniladi. Koagulatsiya operatsiya vaqtida mayda tomirlardan qon ketishida qoʻllaniladi.

Issiq fiziologik eritmani qoʻllash. Izotonik eritma 60—80°C gacha qizdiriladi. Eritmaga hoʻllangan salfetka qonayotgan sohaga bir necha daqiqaga qoʻyiladi. Bu usul, asosan, boʻshliqlardagi (koʻkrak va qorin boʻshligʻidagi) operatsiyalarda va neyroxirurgiyada qoʻllaniladi.

Kimyoviy usullar.

Tomirlarni toraytiradigan preparatlar. Bunday preparatlarga adrenalin, suprarenin preparati kiradi. Preparat turiga koʻra mahalliy, parenteral yoki enteral holda qoʻllaniladi.

Qonning ivish xususiyatini oshiradigan preparatlar. Shu maqsadda vodorod peroksid, kalsiy xlorid, aminokapron kislotasi, vitamin K ishlatiladi. Vodorod peroksid mahalliy qoʻllaniladi. Boshqa preparatlar qon oqishi hollarida (bachadondan qon ketishida, meʼdaning qonab turadigan yarasida), asosan, venaga yuboriladi.

Biologik usullar.

Gemostatik vositalarni mahalliy qoʻllash. Shu maqsadda oʻt zardobi, gemostatik bulut, fibrin pardasi kabilardan foydalaniladi.

Gemostatik vositalarni venaga qoʻllash. Qon, plazma, gemofobin, antigemofil globulin (AGG) va antigemofil plazma (AGP), fibrinogen va boshqa preparatlarni kichik dozalarda boʻlib-boʻlib quyish yaxshi natija beradi.

QON KETISHIGA SABAB BOʻLUVCHI KASALLIKLAR

Gemofiliya qon ivish xususiyatining keskin pasayib ketishi sababli qon oqishiga moyillik bilan xarakterlanadigan tugʻma kasallik. Kasallik, deyarli, faqat erkaklarda uchraydi. Qon oqishi salgina shikastlanishlardan soʻng (lat yeyish, pichoq kesishi, tish oldirish va hokazo) paydo boʻladi. Qon oqishi qiyinlik bilan toʻxtatiladi. Qon ivishining u yoki bu omillari yetishmasligiga koʻra gemofiliyaning A, B va C turlari farq qilinadi. A gemofiliyada AGG, AGP, quruq va nativ plazma quyish yaxshi foyda beradi. B va C gemofiliyada yangi sitrat qon quyish yoki toʻgʻridan toʻgʻri qon, eritrotsitar massa, fibrinogen quyish, C va B vitaminlari, rutin, kalsiy xlorid yuborish yaxshi natija beradi.

QON KETISHI ASORATLARI

Hushdan ketish. Hushdan ketish deganda, bosh miya tomirlarining qisqa muddatli qisqarishi natijasida yuz beradigan

hushning qisqa muddatga yo‘qolishi tushuniladi. Ko‘p qon yo‘qotish, og‘riq, charchash, psixik kechinmalar va shu kabilar hushdan ketishga sabab bo‘ladi.

Klinikasi. To‘satdan hushdan ketish, teri va shilliq pardalarning keskin oqarishi, yuza nafas olish, tomir urishining sustlashuvi kuzatiladi.

Davosi. Hushdan ketish sababini bartaraf qilish lozim. Shikastlangan kishining boshini pastga qilib, oyoqlarini esa baland qo‘yib yotqiziladi, novshadil spirti hidlatiladi (paxtaga tomizib). Og‘ir hollarda sun‘iy nafas oldiriladi, 20% li kofein yoki 1,0 ml 1% li lobelin eritmasi inyeksiya qilinadi.

Kollaps. Kollaps deb, arterial va venoz bosimning keskin tushib ketishi va aylanib yuradigan qon massasining kamayishi bilan xarakterlanadigan o‘tkir yurak-tomir yetishmovchiligiga aytiladi.

Kollapsga to‘satdan qon yo‘qotish, shikastlanish, gavda vaziyatini gorizontol holatdan vertikal holatga tez burish (ortostatik kollaps), plevra va qorin bo‘shliqlaridan suyuqlikni tez chiqarish, og‘ir intoksikatsiya (ovqatdan zaharlanish, o‘pka yallig‘lanishi, tif va hokazo) sabab bo‘lishi mumkin.

Klinikasi a‘zoyi badanning bo‘shashishi, sianoz, sovuq ter bosishi, pulsning ipsimon bo‘lishi, arterial bosimning tushib ketishi, tez-tez yuzaki nafas olish bilan ifodalanadi. Hushdan ketishdan farqli o‘laroq bemor hushini yo‘qotmaydi.

Davosi. Kollaps sababini bartaraf qilish, bemorni isitish, 0,5—0,1% li adrenalindan 1 ml, 5% li efedrin, 0,5—1% li lobelin eritmalaridan birini yuborish, kislorod berish zarur. Og‘ir hollarda qon quyishga kirishiladi. Venaga 1 ml 1% li mezaton eritmasi, 1—2 ml 0,2% li noradrenalin eritmasi quyish yaxshi natija beradi.

Gemorragik shokning kelib chiqishi o‘tkir qon ketishi bilan bog‘liq. Ammo qon hajmi yo‘qolishi bilan birga uning qancha vaqt davom etishi ham katta ahamiyatga ega. Agar kattalarda 1000—1500 ml qon asta-sekin yo‘qotilsa, organizmning himoya kuchlari ta‘sirida asorat ro‘y bermasligi mumkin. Ammo shu miqdordagi qon qisqa vaqt ichida, ayniqsa, yosh bolalarda yo‘qotilsa bemor organizmi og‘ir asoratlanadi va keyinchalik gemorragik shokka olib kelishi mumkin.

O‘tkir qon ketishini tashxislash qiyin emas. Bunda bemorning rangi oqarib ketadi, taxikardiya paydo bo‘ladi. Yo‘qotilgan qon hajmini aniqlash birmuncha qiyin. Buning uchun tanada aylanib yurgan qon hajmini va uning tarkibiy qismlarini aniqlash kerak

boʻladi. Shu maqsadda yuqori kovak venaga polietilen kateter yuboriladi. Normada markaziy vena bosimi 35—100 mm suv ustuni (2—8 mm simob ustuni)ga teng. Uning pasayishi qonning umumiy hajmi kamayishi natijasida yurakka qonning kam oqib kelayotganini bildiradi, oshishi esa, avvalo, gipervolemiyadan yoki yurak dekompensatsiyasidan darak beradi.

Emboliya. Qon tomiriga havo kirib qolishi emboliya deyiladi. Avval bu asorat yirik vena tomirlari shikastlanganda roʻy beradi va bemorni ogʻir ahvolga solib qoʻyadi. Koʻpincha boʻyinturuq vena, oʻmrov va shuningdek, qoʻltiqosti venasi, nomsiz venalarda havo emboliyasi paydo boʻladi. Bunga aytib oʻtilgan vena tomirlarining yurakka yaqinligi sabab boʻladi. Devorlari qoʻshni aʼzo toʻqimalariga birikkanligi tufayli shikastlanganda puchayib qolmaydi va nisbiy bosimning pastligi sabab boʻladi. Oz miqdordagi havo qon tomirlari orqali oʻng yurak boʻlmachasidan oʻpkaga oʻtadi va qon tomiriga havo koʻp tushadigan boʻlsa unga zarar yetkazmaydi. Bunda oʻng yurak boʻlmachasi kattalashib, uch tavaqali klapanlar yetishmovchiligi paydo boʻladi, bu esa yurakning falajlanishiga olib keladi.

Bemor rangsizlanib, koʻkarib ketadi, qon bosimi pasayadi. Pulsi sekin urib, nafas olishi toʻxtaydi. Baʼzida tirishish belgisi paydo boʻladi. Agar havo emboliyasi belgilari asta-sekin boshlansa, bemor sovuq terga botadi, tomir urishi sekinlashib, eshushi yoʻqoladi, koʻz qorachiqdari kattalashadi. Yurakka yaqin venalar shikastlanganda tomirga soʻrilayotgan havo hushtaksimon tovush chiqaradi. Bunday holda nafas chiqarilayotgan paytda qon havo aralash chiqadi.

Havo emboliyasiga davo qilish murakkab boʻlib, bunda tomirga havo kelishini toʻxtatish chorasini qilish kerak boʻladi. Bunda vena tomirining markaziy periferik uchlari bogʻlanadi, oʻng yurak boʻlmachasiga nina bilan punksiya qilinadi.

Qon ketishi asoratlaridan yana biri pulsatsiyalovchi gematoma hisoblanadi. Bunday asorat yigʻilib qolgan gematoma bevosita shikastlangan qon tomiri atrofida boʻlganda yuzaga keladi. Vaqt oʻtishi bilan gematoma atrofi biriktiruvchi toʻqima bilan qoplanadi. Shuningdek, operatsiya paytida qon tomirlari yaxshi bogʻlanmasa ham qon toʻplanib qolib, gematoma hosil qiladi. U yiringlab, keyinchalik ogʻir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Qon ketganda tibbiy yordam koʻrsatilmasa, qonning oʻz-oʻzidan toʻxtashi yoki koʻp qon yoʻqotish natijasida miya qonsizlanib, yurak-tomirlar ishi buzilishidan bemor oʻlib qolishi mumkin.

Qon ketishini to‘xtatuvchi dori-darmonlar. Hozirgi kunda qon ivishini kuchaytiradigan moddalardan quyidagilar ishlatiladi: 10% li kalsiy xlorid, 10% li kalsiy glukonat, 1% li gemofobin eritmasi. Kapillarlardan qon ketganda ularning devorini mustahkamlovchi moddalardan 12,5% li etamzilol (ditsinon), 0,025% li adroksan ishlatiladi. Qonning fibrinolitik faolligi oshishi natijasida qon ketishi ro‘y bergan bo‘lsa, gipoplastik anemiya, operatsiyalardan oldin, yo‘ldosh tushganda, jigar kasalliklarida fibrinolizni kamaytiruvchi E-aminokapron kislota (1—5% li eritmasi) yuboriladi. Giyohlardan tashkil topgan qon ivishini tezlashtiruvchi moddalar — lagoxilus (qichitqio‘t) eritmasi va boshqalar tayinlanadi.

Talabalarining mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun oddiy va murakkab etalon test namunalari

T/r	Savol	Javob
1.	Birlamchi va ikkilamchi, tashqi va ichki qon ketish farqlanadimi?	ha
2.	Qonab turgan tomirga qisqich qo‘yish qon ketishini uzil-kesil to‘xtatishga kiradimi?	yo‘q
3.	Aminokapron kislota qon ivishini kuchaytiradimi?	ha
4.	Kollaps qon ketish asoratlariga kiradimi?	ha
5.	Arteriya jarohatlanganida emboliya asorati kuzatiladimi?	yo‘q
6.	Qo‘ldan arterial qon ketganda jgutni qish faslida 3 soatga qo‘yish mumkinmi?	yo‘q
7.	Chaqaloqlardan ko‘p qon ketishi o‘limga olib keladimi?	ha
8.	Vaqtincha qon to‘xtatishga qaysi usul kiradi? a) jarohatda tomirni bosib turish; b) chok solish; d) elektropopulatsiya; e) venani bog‘lash.	a
9.	Qon ketishining og‘ir asoratini belgilang: a) hushdan ketish; b) kollaps; d) gemorragik shok; e) emboliya.	b

1.6. INFUZIYA VA TRANSFUZIYA

Qon quyish tirik to'qimani ko'chirib o'tkazish bo'lib, bemor organizmiga har tomonlama ta'sir qiladi. Shuning uchun bu mutlaq ko'rsatmalar bo'lganda bajarilishi kerak. Hozirgi kunda transfuziologiya maxsus fan sifatida ajralib chiqdi. Gemoterapiyaning ijobiy ta'sirini oshirish uchun qon komponentlarini, uning preparatlarini va qon o'rnini bosuvchilarini differensiallangan holda quyish mumkin. Masalan, anemiyada ko'p qon yo'qotilganda ba'zi bir bemorlarga qon o'rniga eritrotsitar massani transfuziya qilish mumkin. Qon to'xtatish (gemostatik) effektiga plazma, trombotsitar massa, kriopretsipitat va boshqa preparatlar quyish bilan erishish mumkin. Klinikada yangi transfuzion usulga rioya qilish kerak. Qon quyish o'rniga bemorga yetishmaydigan ma'lum bir omil — qon derivatlarini quyish tavsiya qilinmoqda. Bulardan eritrotsitar, trombotsitar, leykotsitar massalarni, plazma va uning oqsil fraksiyalarini ko'rsatib o'tish mumkin. O'zbekistonda qon quyish xizmatining tashkilotchisi professor V.K.Yasevich (1894—1965) hisoblanadi, uning «O'rta Osiyo xalqlarida qon guruhini o'rganishga doir materiallar» (1938) nomli doktorlik dissertatsiyasi respublikadagi hamma gematologlar uchun amaliy dastur hisoblanadi.

Respublikamizda gematologiya va qon quyish instituti tarixi O'zbekistonda gematologiya va transfuziologiyaning taraqqiyoti bilan bog'liq. U O'zbekistonda gematologik yordam ko'rsatuvchi tabobat fakultetini tashkil qilish uchun 1920-yilda Toshkentga kelgan A.N. Kryukov nomi bilan bog'liq. Gematologiya bilan birgalikda qon quyish ham rivojlana boshladi.

1930-yilda Toshkentdagi professor I.I. Orlov tashkil qilgan xirurgiya klinikasida birinchi qon quyish xonasi ochildi. Bu xonaning tashkilotchisi va boshlig'i shu klinika professori V.K. Yasevich bo'ldi. Birinchi donorlar tibbiyot xodimlari va bemorlarning qarindosh-urug'lari bo'lishgan, 1934-yilga kelib qon quyish xonasi Markaziy qon quyish stansiyasiga aylantirildi. Unga maxsus xonalar, asbob-uskunalar ajratildi.

1934—1935-yillarda Samarqand Davlat tibbiyot instituti, Buxoro viloyat kasalxonasi, Qo'qon tumanlararo kasalxonasi hamda Termiz viloyatida qon quyish bo'limlari tashkil qilingan.

1933-yil 1-sentabrda Toshkent 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 institutiga aylantirildi. Uni tashkil qilish va rivojlantirishda professorlar V.K. Yasevich, M.Z. Itin, E.I. Otaxonov, A.Y. Yunusov, S.A. A'zamxo'jayeva, N.I. Ismoilov, Q.B. Boltayev, G.S. Sulaymonova, S.M. Bahromov va boshqa olimlarning xizmati katta.

Mamlakatimizda 10 dan ortiq qon quyish instituti, 200 ga yaqin markaziy qon quyish stansiyalari, shahar va rayon kasalxonalarida minglab qon quyish bo'limlari tashkil etilgan. 1000 dan ortiq o'ringa ega bo'lgan kasalxonalarda qon quyish bo'limlari, shuningdek, donorlik bo'limlari mavjud. Mamlakatimizda 1930-yili bemorlarga 1500 litr, 1960-yili esa 1500000 litr qon quyilgan. 1975-yilda uning hajmi 5000000 litrdan ko'proqni tashkil etdi. Hozir esa bundan bir yarim barobar ko'pni tashkil qiladi.

Qon quyish xizmatining vazifasi:

- 1) donorlar safini kengaytirish;
- 2) qon preparatlarini tayyorlash, konservatsiya qilish va tayyorlash;
- 3) davolash muassasalarini konservatsiya qilingan qon va qon preparatlari bilan ta'minlash;
- 4) qon quyish bo'yicha shifokorlar malakasini oshirish, qon quyishga bog'liq asoratlarni tahlil qilish.

Mamlakatda ommaviy donorlik harakati tashkil etilgan, unga Qizil Xoch va Qizil Yarim oy jamiyatlari uyushmasi rahbarlik qiladi. Har bir sog'lom odam umri davomida kamida 1—2 marta qon topshirsa, qonga muhtoj bo'lgan bemorlar sog'lig'iga sog'liq qo'shgan bo'lar edi.

Qon quyish hozirgi vaqtda juda keng qo'llaniladigan bo'ldi. Qon quyish og'ir asoratlarning oldini olishga imkon berib, g'oyat qimmatli va muhim davo vositasi hisoblanadi.

RESPUBLIKAMIZDA DONORLIKNI TASHKIL QILISH

Davolash muassasalarini qon, uning komponentlari va suyak iligi bilan ta'minlaydigan kishilar donorlar hisoblanadi.

Donorlar uch guruhga bo'linadi: faol, zaxiradagi va qarindosh donorlar. Vaqti-vaqtida qon xizmati muassasalariga muntazam qon topshiruvchi kishilar faol donorlar deyiladi. Qon, uning komponentlari va suyak iligi maxsus ko'rsatmalarga asoslanib olinib, donor xohishiga qarab pullik yoki bepul bo'lishi mumkin. Bir marta yoki bir necha marta qon topshiruvchi odamlar zaxiradagi donorlar hisoblanadi va odatda, ular bepul qon topshiradilar.

Qarindosh donorlar davolash muassasalarida davolanuvchi qarindosh-urug'lariga qon quyish bo'limiga bir marta kelib qon topshiruvchi kishilardir. Shuningdek, aholi orasida kam uchraydigan qon guruhi bo'lgan donorlar besh martacha qon topshiradilar. Bir marta olinadigan qon dozasi 400—500 ml, 20 yoshgacha yoki 55 yoshdan oshgan donordan 300 ml dan ko'p qon olinmasligi lozim.

Suyak iligini tayyorlash va ko'chirib o'tkazish. Suyak iligi gemotransplantatsiya uchun donorlar va bemorning qarindosh-urug'lari, shuningdek, to'satdan o'lgan kishilardan olinadi. Suyak iligini olish aseptika qoidalariga rioya qilinib, Kassirskiy ignasi bilan to'sh va yonbosh suyak qirrasini 19—30 mm gacha teshish yo'li bilan olinadi. Antikoagulant sifatida geparin, SOLIPK-23 eritmasi, natriy sitrat va boshqa moddalar qo'llaniladi.

Qon iligi eksfuziya qilingach, uning 5—6 ml bakteriologik tekshirishga yuboriladi.

Murdalardan ilik olish uchun uning o'lganiga 6 soatdan ko'p vaqt o'tmagan bo'lishi kerak, shu holdagina miyelokariotsitlar sifati buzilmagan bo'ladi. Suyak iligi qon hujayralari ma'lum sabablarga ko'ra (nurlanish kasalligi, gipoplastik anemiya va b.) dispersiyaga uchraganda ishlatiladi.

QON GURUHLARI HAQIDA TA'LIMOT

Landshteyner 1901-yilda tadqiqot o'tkazib kasal hamda sog'lom odamlarning zardobi, ko'pincha, bolalar va sog'lom odamlar eritrotsitlari bilan bir xil agglutinatsiya berishini, ya'ni izogemagglutinatsiyani ma'lum qildi. U izogemagglutinatsiya reaksiyasi ma'lum kishilarning qon zardobi bilan eritrotsitlar qo'shilishi natijasida ro'yobga keladi, boshqa hollarda esa agglutinatsiya ro'y bermaydi, deydi. Landshteyner o'z tadqiqotlari natijalarini uch guruhga bo'ladi.

1. Birinchi qon guruhiga mansub odamlarning qon zardobi bu guruhga mansub bo'lmagan odamlarning eritrotsitlarini agglutinatsiyaga g'uj bo'lib yopishishiga olib keladi. Bu guruhga mansub bo'lmagan odamlarning eritrotsitlari hech qanday zardob bilan yopishmaydi. Qon xususiyatlariga qarab, bu odamlar birinchi guruhga kiritiladi (I).

2. Ikkinchi qon guruhidagi kishilarga zardobi uchinchi guruh eritrotsitlarini yopishtiradigan, lekin birinchi va ikkinchi guruhdagi

eritrotsitlarni yopishtirmaydigan odamlarning qoni kiradi. Bu guruhdagi odamlarning eritrotsitlari birinchi va uchinchi guruh qon zardoblari yordamida yopishadi (II).

3. Uchinchi qon guruhiga kiruvchi shaxslarning zardobi ikkinchi guruh eritrotsitlarini yopishtirmaydi, eritrotsitlari birinchi va ikkinchi guruh qon zardobi bilan agglutinatsiya beruvchi shaxslar uchinchi guruhga kiritiladi (III).

Keyingi tekshirishlar qon zardobi ma'lum bo'lgan guruh eritrotsitlari bilan yopishmaydigan, lekin shu vaqtning o'zida eritrotsitlar boshqa guruh zardoblari bilan yopishadigan guruh borligini ko'rsatadi. 1910-yilda amerikalik Mass qon guruhlarini ko'pchilik odamda tekshirib, to'rtinchi guruhga xos shaxslar borligini e'lon qildi, 1928-yilda esa millatlar ligasining gigiyena komissiyasi 1910-yilda taklif qilingan qon guruhlarining harflar nomenklaturasini ishlab chiqdi va hozir qon guruhlarini belgilashda shu harflar qo'llaniladi. Qonni guruhlariga ajratish asosini odam eritrotsitlarida A- va B- agglutinogenlar, qon zardobida esa alfa (α) va beta (β) agglutininlar borligi tashkil qiladi. Agglutinogenlar va agglutininlar bor-yo'qligiga qarab qonning qaysi guruhga mansubligi aniqlanadi. Odamda agglutinogenlar va agglutininlar birikasining IV guruhi va binobarin, qonning IV guruhi uchraydi.

Birinchi guruh 0 (I). Eritrotsitlarda agglutinogenlar (0) yo'q, zardobda esa ikkala agglutinin — alfa va beta bor.

Ikkinchi guruh — A (II). Eritrotsitlarda agglutinogen A, zardobda esa agglutinin beta bor.

Uchinchi guruh — B (III). Eritrotsitlarda agglutinogen B, zardobda esa agglutinin alfa bor.

To'rtinchi guruh — AB (IV). Eritrotsitlarda ikkala agglutinogen (A va B) bor, biroq zardobda agglutininlar bo'lmaydi.

Agglutinogen A agglutinin alfa bilan va agglutinogen B agglutinin beta bilan duch kelganda agglutinatsiya (yopishish) reaksiyasi paydo bo'ladi, tirik organizmda esa quyiladigan qon (donor qoni) eritrotsitlarining gemolizi yuz beradi.

Qon quyilganda donor eritrotsitlar retsipyent zardobi bilan-gina gemolizga uchraydi, lekin buning aksi bo'lmaydi. Ottenburg qoidasiga ko'ra, donor plazmasidagi agglutininlar retsipyent qonida juda ham yaxshi suyuladi; shu sababli organizmda ularning titri juda kichik bo'ladi va retsipyent eritrotsitlari gemolizini yuzaga keltira olmaydi. Ko'p qon quyilgan taqdirdagina retsipyent eritrotsitlarining gemolizi yuz berishi mumkin. Shunga ko'ra, qon

quyilganda donor qoni agglutinogenlari va retsiyent agglutininlarinigina emas, balki quyiladigan qon agglutinogenlari va agglutininlarini ham nazarda tutish kerak.

Birinchi guruh — 0 (I) guruh qonini noilojlikdan har qanday kishiga quyish mumkin (universal donor). Ammo qoni shu guruhdagi kishiga birinchi guruh qoninigina quyish mumkin. Faqat bir guruhdagi qonni quyishga harakat qilish zarur.

Ikkinchi guruh — A (II) qonini ikkinchi guruhdagi bemorga va noilojlikdan to'rtinchi guruhdagi retsiyentga quyish mumkin.

Uchinchi guruh — B (III) qonini uchinchi guruhdagi bemorlarga va kamdan kam hollarda qoni to'rtinchi guruhdagi retsiyentlarga quyiladi.

To'rtinchi guruh — AB (IV) qonini faqat shu guruhga mansub bemorga quyish mumkin. Kamdan kam hollarda qoni shu guruhdagi bemorga hamma guruhdagi qonni quyish mumkin (universal retsiyent).

Qon guruhlarini aniqlash. Aniqlashning ikki usuli bor: standart zardoblar bo'yicha (to'g'ri reaksiya) va standart eritrotsitlar bo'yicha (teskari reaksiya).

1. Qon guruhini standart zardoblar bo'yicha aniqlash. Bu usul bo'yicha qon guruhini aniqlash uchun aniqlanadigan qon guruh-lari avvaldan ma'lum zardob bilan aralashtiriladi va agglutinatsiya bor-yo'qligiga qarab qon guruhi to'g'risida xulosa chiqariladi. Aniqlash uchun uch guruh oldindan tayyorlangan qon 0 (I), A (II), B (III) (standart zardobi)ning har bir guruh uchun ikkita har xil seriyalari qo'llaniladi. Buyum oynasi yoki chinni tarelkaga har bir seriyadan bir juftan ikki tomchidan standart zardob qo'shiladi. Zardoblar, albatta, alohida pipetkalar orqali olinadi.

Tekshiriladigan bemorning barmog'i spirt bilan artilib, unga maxsus skarifikator igna sanchiladi va 6 tomchidan qon olinib standart zardoblar bilan alohida shisha tayoqchalar orqali aralashtiriladi. 5 daqiqadan so'ng soxta agglutinatsiya reaksiyasini aniqlash uchun zardobga 1 tomchidan fiziologik eritma qo'shiladi. Agar natijada:

a) uchala aralashtirilgan tomchilarda agglutinatsiya ro'y bermasa, bu tekshirilayotgan qon 0 (I) bo'ladi; b) 0 (I) va B (III) zardoblar bilan agglutinatsiya ro'y bersa, qon guruhi A (II) bo'ladi; d) 0 (I) hamda A (II) zardobi bilan agglutinatsiya ro'y bersa, B (III) qon guruhi bo'ladi; e) uchala aralashtirilgan zardobda agglutinatsiya reaksiyasi bo'lsa, AB (IV) guruhi bo'ladi.

Xato qilmaslik uchun qon guruhi ikki seriyadagi standart zardob bilan aniqlanadi. Agar uchala zardob bilan agglutinatsiya ro'y bersa — AB (IV) qon guruhini AB (IV) qon guruhi zardobi bilan qo'shimcha aniqlash o'tkazish zarur bo'ladi. Shubhali hollarda esa tekshiruv boshqa seriyadagi zardoblar bilan takrorlanadi yoki standart eritrotsitlar yordamida yana tekshiruv o'tkaziladi.

Qon guruhini standart eritrotsitlar bo'yicha aniqlash. Chinni tarekaga retsiyent qonida tayyorlangan 3 tomchi zardob tushiriladi. Zardoblarga 0 (I), A(II) va B (III) standart eritrotsitlarning to'g'nag'ich boshchasidek keladigan tomchilari qo'shiladi. 5 daqiqadan keyin bir tomchidan fiziologik eritma qo'shiladi.

Tekshirish natijalari: a) 0 (I) standart eritrotsitlar manfiy reaksiya, A (II) hamda B (III) standart eritrotsitlar bilan musbat reaksiya ro'y berganda birinchi qon guruhi; b) 0 (I) va A (II) standart eritrotsitlar bilan agglutinatsiya reaksiyasi ro'y bermasa va B (III) standart eritrotsitlar bilan musbat reaksiya ro'y bersa ikkinchi qon guruhi; d) 0 (I) va B (III) standart eritrotsitlar bilan agglutinatsiya reaksiyasi ro'y bermasa va A (II) eritrotsitlar bilan musbat reaksiya ro'y bersa uchinchi qon guruhi; e) hamma standart eritrotsitlar bilan agglutinatsiya reaksiyasi ro'y bermaganda qon guruhi to'rtinchi bo'ladi.

Rezus-omil va uni aniqlash. Birinchi marta *Macacus rhesus* maymunlarida aniqlangan. Bu omil ko'pchilik kishilar (85 %) qonida bo'ladi, shu guruhdagi kishilar qoni rezus-musbat (Rh+) qon deyiladi. Qolgan kishilarda (15 %) bu omil bo'lmaydi va ular qoni rezus-manfiy (Rh-) qon deyiladi. Rezus-musbat qonni qoni rezus-manfiy odamga quyilganda sensibilizatsiya ro'y beradi, ya'ni antitelolar ishlab chiqariladi (antirezus-agglutininlar). Bunday sensibilizatsiya: 1) qoni rezus-manfiy patsiyentlarga rezus-musbat qonni quyish natijasida; 2) qoni rezus-manfiy homiladorlarda va homilaning qoni rezus-musbat homiladorlikda sodir bo'lishi mumkin.

Bunday kishilarda antirezus-agglutininlar ishlangandan keyin rezus-musbat qonni quyish natijasida anafilaktik shok paydo bo'lib, bu juda og'ir oqibatlariga, hatto, o'limga sabab bo'lishi mumkin. Shunga ko'ra, qon quyishda rezus-musbatlikni albatta hisobga olish zarur. Har gal qon quyishdan oldin qon guruhini aniqlash bilan birga, qonning rezus-omilini tekshirish zarur.

Rezus-manfiy qon qoni rezus-musbat bemorlarga ham (rezus-manfiy qon bo'lmaganda), qoni rezus-manfiy bemorlarga ham quyiladi, rezus-musbat qon faqat qoni rezus-musbat kishilarga

quyilishi mumkin. Hozirgi vaqtda shunga o'xshash, biroq xossalari kamroq yuzaga chiqqan yana 5 omil topilgan. Amaliy xirurgiyada ular, odatda, aniqlanmaydi. Rezus-omilni ikki usulda — tuz va zardob yordamida aniqlash mumkin.

Tuz bilan aniqlash usuli. Homiladorlik davrida rezus-musbat omil bilan immunlangan ayollar qonidan tayyorlangan rezus-manfiy zardob yordamida aniqlash o'tkaziladi.

Tekshirilayotgan kishi qoni 4:1 nisbatda 4% li natriy sitrat eritmasi quyilgan probirkada aralashtiriladi va 3—5 daqiqa mobaynida sentrifugalanadi. Plazma to'kib tashlangach, qolgan eritrotsitlar fiziologik eritma bilan 2 marta yuviladi va 2% li aralashma hosil qilish uchun izotonik eritma bilan aralashtiriladi.

Kichkina probirkaga 2 tomchi antirezus zardobi va 2% li tekshirilayotgan eritrotsit suspenziyasidan bir tomchidan solinadi. Probirkalar silkitiladi va 1 soatga 36—37°C li termostatga qo'yiladi. Agglutinatsiya reaksiyasi musbat bo'lganda probirka tubida cho'kma hosil bo'ladi, manfiy bo'lganda reaksiya chetlari tekis yumaloq doira shaklida ko'rinadi.

Jelatin bilan ishlash usuli.

1. Shtativga 6 ta probirka qo'yiladi va ulardan ikkitasi «manfiy», ikkitasi «musbat» va ikkitasi «bemor» deb belgilanib, uning familiyasi va ismi sharifi yoziladi.

2. 2 ta nazorat probirkaga bir tomchi standart Rh⁻, ikkita boshqa nazorat probirkaga Rh⁺ va probirkalarning uchinchi nazorat juftiga 1 tomchidan tekshiriladigan eritrotsit solinadi.

3. Hamma probirkaga 46—48°C dagi 10% li jelatindan 1 tomchidan solinadi.

4. 1-qatordagi hamma probirkaga bir seriyadagi antirezus zardobidan bir tomchidan, 2-qatordagilarga boshqa seriyadagi antirezus zardobidan bir tomchidan qo'shiladi.

5. Probirkalar ehtiyotlik bilan chayqatiladi va 46—48°C li suv hammomiga qo'yiladi va 5 daqiqa o'tgach shtativ chiqarib olinadi. Probirkalarga 46—48°C li ilitilgan izotonik eritmadan 5—10 ml dan qo'shiladi va natijasi aniqlanadi: agglutinatsiyaning mayda parchalari borligi «rezus-musbat» qondan, agglutinatsiya yo'qligi «rezus-manfiy» qondan dalolat beradi.

Rezusga mosligini aniqlash. Har gal qon quyishdan oldin, albatta, shu sinama o'tkaziladi. Petri kosachasiga 2 tomchi retsi-piyent qoni solinib, zardobga donor qonining kichkina tomchisi qo'shiladi va obdan aralashtiriladi. Petri kosachasi qopqog'ini yopib

(qurib qolishdan saqlash uchun), 42—45°C li suv hammomiga 10 daqiqaga qo'yiladi. Tekshirish natijasiga qarab quyidagicha baho beriladi: agglutinatsiya ro'y bersa, qon mos kelmaydi va qon quyish mumkin emas, agar agglutinatsiya ro'y bermasa, donor bilan retsiyent qoni mos keladi va bu qonni quysa bo'ladi.

Qonning guruhi mosligini sinash. Mos kelmagan qon quyilganda yuz beradigan oqibatlarning og'irligini hisobga olib, har gal qon quyishda qonning guruhi mos kelishiga sinamalar o'tkazilishi lozim.

Individual mosligini sinash. Quyiladigan (donor qoni) qonning retsiyent qoni bilan individual mos kelish-kelmasligi quyidagicha sinab ko'riladi. Bemor venasidan olingan qon (5 ml) natriy sitrat bilan sentrifugalanadi yoki tindirib qo'yiladi. 1—2 tomchi bemor qoni plazmasi bir tomchi donor qoni bilan aralastiriladi. Agglutinatsiya reaksiyasi ro'y bersa, donor qoni bemor qoni bilan mos kelmaydi, aksincha, agglutinatsiya ro'y bermasa, mos keladi.

Biologik mosligini sinash. Biologik moslikka sinash donor qonini retsiyentga quyishda uni bo'lib yuborishdan iborat (qon 25 ml dan 3 daqiqalik tanaffus bilan 3 marta yuboriladi). Retsiyentda gemodinamika buzilishlari qayd qilinmasa va shikoyatlar bo'lmasa, sinama manfiy sanaladi, qon quyish mumkin bo'ladi. Bemor bezovtalansa, beli og'risa, eti uvushsa va shu kabi hodisalar ro'y bersa, sinamaga musbat baho beriladi, qon quyish zudlik bilan to'xtatiladi, bemor esa maxsus kuzatib turiladi.

QONNI KONSERVALASH VA SAQLASH

Qon olish va uni saqlashda ishlatiladigan idish hamda sistemalar oldindan obdan tozalangandan so'ng sterillanadi. Konservash uchun qon maxsus operatsiya xonasida barcha qoidalarga rioya qilgan holda olinadi. Bunda xodimlar operatsiyaga kiyingandagi kabi kiyinadilar, qo'llarini ham o'shanday yuvadilar, operatsion maydon tozalanadi, steril materiallar ishlatiladi va hokazo.

Qon vena punksiya yo'li bilan tirsak venasidan stabilizatsiya qiladigan eritma bilan to'ldirilgan maxsus bankalarga, ampulalarga yoki polietilen xaltalarga olinadi. Stabilizatsiya qilinadigan eritma: a) sitrat-tuzli eritma (0,5 g natriy sitrat, 0,85 g natriy xlorid, 100 ml distillangan suv); 100 ml qonga shuncha miqdorda eritma qo'shiladi. Bunday qonni saqlash muddati 12 sutka; b) 5—6% li natriy sitrat eritmasi; 100 ml qonga 10 ml eritma olinadi.

Saqlash muddati 15 sutka; d) glukoza-sitrat eritmasi (5 g natriy sitrat, 25 g glukoza, 100 ml distillangan suv); 100 ml qonga 10 ml sitrat eritmasi va 1 mg glukoza olinadi. Saqlash davomiyligi 25 sutkagacha.

Konservalashning hamma hollarida konservant sifatida qonga birorta antibiotik yoki qonni parchalaydigan antiseptik qoʻshiladi.

Qon olib boʻlingandan soʻng idish germetik bekitiladi va unga qon guruhi, olingan vaqti, konservalash xususiyati va donorning familiyasi yozilgan etiketka yopishtiriladi. Qon rezus-manfiy boʻlganda etiketkaga bu haqda yozib qoʻyiladi, rezus-musbat qonga esa buning hojati yoʻq. Qon muzlatgichda 4–6°C li haroratda saqlanadi.

QON QUYISH USULLARI

Toʻgʻridan toʻgʻri qon quyish. Qon donor venasidan retsipiyent venasiga bevosita quyiladi. Bemor ogʻir ahvolda boʻlganida bu juda taʼsirchan usul hisoblanadi (toʻsatdan koʻp miqdorda qon yoʻqotish, sepsis, gemofiliya).

Bilvosita qon quyish. Donor qoni avval maxsus idishlarga yigʻiladi, stabilizatsiya qilinadi, konservalanadi va keyinchalik zarur boʻlganda quyiladi.

Qon quyishning quyidagi usullari mavjud:

— **venaga qon quyish** — koʻp qon yoʻqotilganda qon oqim qilib yoki bemorning holati imkon berganda va koʻp miqdorda (1–1,5 l) qon quyish talab etilganda tomchilab (1 daqiqada 20–30 tomchidan) quyiladi;

— **arteriyaga qon quyish** — klinik oʻlim holatidagi yoki shunga yaqin holatdagi bemorlarga qon bosim ostida quyiladi;

— **suyak ichiga qon quyish** — qon suyakning gʻovak moddasiga (toʻsh suyagi, tovon suyagi, yonbosh suyak qanoti va boshqalarga) quyiladi. Venaga texnik jihatdan qon quyish qiyin boʻlganda, masalan, bolalarda qoʻllaniladi;

— **almashtirib qon quyish** — qon olib, oʻrniga donor qonini quyish—gemolitik zaharlanganda, ovqatdan va dorilardan zaharlanishlarda qoʻllaniladi;

— **qayta qon quyish** (reinfuziya, autotransfuziya) bemorning seroz boʻshliqqa oqib tushgan oʻz qonini, masalan, taloq, ichak-tutqich yirtilganda quyish (oqib tushgan qon yigʻilib, natriy sitrat shimdirilgan 4 qavat dokadan filtrlab oʻtkaziladi);

— **murda qonini quyish** (noinfeksion kasalliklar — miyaga qon quyilishi, og‘ir shikastlanish sababli miokard infarktidan o‘lgan kishilarning jasadidan olinadi). Murda qoni ivimaydi, shuning uchun uni stabilizatsiyasiz (fibrinogen yo‘qligi) ko‘p miqdorda tayyorlanadi.

Qonning yaroqliligini aniqlash. Qon quyishda oldin unga infeksiya tushgan-tushmaganligi, laxtalar va gemoliz bor-yo‘qligini tekshirish zarur. Quyish uchun yaroqli qonda laxtalar bo‘lmaydi. Cho‘kkan eritrotsitlar ustidagi plazma tiniq va somondek sariq rangda bo‘ladi. Gemolizda plazma pushti rangga kiradi («loksimon» qon). Quyiladigan konservalangan qonda pasport-etiketka bo‘lishi kerak.

Qon quyish texnikasi. Qon quyish qat‘iy tartib bilan amalga oshiriladi. Retsipiyentning qon guruhi va rezus mosligi aniqlanadi. Donor qoni to‘g‘risida ham ana shunday ma‘lumotlar bo‘lishi kerak. Qon quyishdan oldin bu ko‘rsatkichlar yana aniqlanadi. Mos kelish-kelmaslikka, rezus mosligi va biologik sinamaga bevosita tekshirish o‘tkaziladi. Quyishdan oldin qon uy haroratigacha isitiladi.

LIPK flakonidan quyish. Qon solingan flakon probirkasiga oldindan spirt bilan artilgan ikkita maxsus igna (uzun va kalta) kiritiladi. Kalta ignaga qon quyiladigan sistemaning bir uchi ulanib, flakon probirkasi pastga qilib to‘nkariladi, tomizgich uning bir qismida havo bo‘ladigan, naychada esa havo bo‘lmaydigan qilib to‘ldiriladi; sistemaning ikkinchi uchi bemor venasiga kiritilgan ignaga ulanadi.

Zavod sharoitida qon quyish uchun maxsus tayyorlangan bir marta foydalaniladigan sistema steril holda maxsus o‘ramda saqlanadi va qon quyishda ishlatiladi.

SIPK ampulasidan qon quyish. Ampulaning pastki uchidagi rezina qalpoqcha olinib, unga qon quyish sistemasining naychasi kiygiziladi. Ampulaning ustki tubusidagi rezina qalpoqcha kesiladi va unga steril doka salfetka yopib qo‘yiladi.

Sistemani qonga to‘ldirish va undan havo chiqarish uchun sistemaning igna qo‘yiladigan oxiri qon solingan ampula sathidan yuqoriga ko‘tariladi. Keyin sistemadan qisqich olinadi va tomizgich yarmigacha qonga to‘ldiriladi, naychadan havo chiqib, qonga to‘lishi uchun (naychanning uchida qon oqimi paydo bo‘ladi) naycha-tomizgich asta-sekin pastga tushiriladi.

Polietilen xaltachadan qon quyish. Qon quyish uchun tomizgichi bo‘lgan sistemaning ikkala tomonida ignalari bo‘ladi, qon soli-

nadigan xaltacha bitta igna bilan maxsus naycha orqali teshiladi. Ikkinchi naycha orqali xaltacha tubiga 1—2 sm ga yetmaydigan uzun igna kiritiladi. Sistema flakondan quyish qoidasi bo'yicha to'ldiriladi. Sistemaning ikkinchi ignasini bemor venasiga kiritiladi.

Ikkita flakon (xaltacha)dan qon quyish. Bu ko'p miqdordagi qonni tez fursat quyish yoki ko'p miqdordagi qonni uzoq muddatda quyish zarur bo'lganda qo'llaniladi. Shu maqsadda tomizgich bilan ikkala flakon o'rtasiga shisha troynik o'rnatiladi. Yuqorida aytib o'tilgan usul bo'yicha avval sistemaning birinchi qismini tomizgichgacha bir flakonda, keyin ikkinchi flakondan to'ldiriladi. Sistemaning ikkinchi qismi odatdagi usulga binoan to'ldiriladi. Ikkita flakondan quyishda ulardan birida qon o'rnini bosadigan eritma bo'lishi shart.

Aytib o'tilgan usullarning hammasida sistema qonga to'ldirilgandan so'ng pastki uchiga qisqich kiygiziladi, qon quyish uchun idishlar maxsus tirgakka o'rnatiladi, venaga igna kiritiladi, sistemadan qisqich olinadi, ozroq miqdorda qon chiqariladi (havo haydalib) va sistemaga igna ulanadi.

Arterial qon quyishda uzun igna uchiga (flakon), ustki tubusga (ampula) yoki qo'shimcha ignaga (xaltacha) ballon naychasi kiygiziladi, ballondan qon quyish uchun ishlatiladigan idishga havo 160—180 mm simob ustunidagi bosim ostida haydaladi. Qon quyish 100—150 ml/daq. tezlik bilan o'tkaziladi.

Qon quyishga ko'rsatmalar:

- 1) yo'qotilgan qon o'rnini bosish uchun;
- 2) organizmni zahardan tozalash uchun;
- 3) travmatik shokni davolash va oldini olish uchun;
- 4) hayotiy jarayonlarni (gemopoez, regeneratsiya, organizmning immun-biologik himoya kuchlarini oshirish) yaxshilash uchun;
- 5) terminal holatlarda tiriltirish uchun;
- 6) qon oqishini to'xtatish uchun.

Qon quyishga mutlaq moneliklar:

- 1) yurak-tomirlar sistemasi dekompensatsiyasi;
- 2) o'pkaning faol sili (infiltrativ shakli);
- 3) allergik kasalliklar (eshakyem, Kvinke shishi, ekzema va boshqalar);
- 4) tromboz va emboliyalar;
- 5) jigar va buyrakning o'tkir yallig'lanish kasalliklari (gepatit, nefritlar);
- 6) xavfli qon to'liqligi.

QON QUYISHDA RO'Y BERADIGAN XATOLIKLAR, ASORATLAR VA ULARNING OLDINI OLISH

1. **Gemotransfuziya shoki.** Bu mos kelmaydigan qon quyilishidan keyin yuz beradi (qon guruhini aniqlashdagi xato). Simptomlari: bemorda ko'ks qisilishi paydo bo'ladi, bosh, qorni va beli og'riydi, pulsi tezlashadi, arterial bosim tushib ketadi, ba'zan ortadi, to'satdan siyib qo'yishi yoki ichi ketishi mumkin. Bunday hollarda qon quyish darhol to'xtatiladi, plazma, shokka qarshi eritmalar, 5% li glukoza eritmasi quyiladi. Mos keladigan bir xil guruhdagi qon almashtirib quyiladi va paranefral blokada qilinadi. Uremiya paydo bo'lganda me'da yuviladi, «sun'iy buyrak» apparati yordamida gemodializ qilinadi.

2. **Rezus-omili mos kelmaydigan qonni quyish** klinikasi mos kelmaydigan qonni quyishdagiga o'xshaydi. Ba'zan reaksiya bir-muncha kechikib yuz berishi mumkin. Albuminuriya va gematuriya paydo bo'lishi tashxisni isbotlaydi. Davosi mos kelmaydigan qonni quyishdagi davo kabi.

3. **Ifloslangan qonni quyish.** Klinik simptomlari qisqa muddatdan (bir necha soatda) keyin paydo bo'ladi. Bemor qalt-qalt titrab, pulsi susayadi, teri va shilliq pardalari ko'karadi, arterial bosimi pasayadi. Davosi mos kelmaydigan qonni quyishdagi kabi, bunda antibiotiklar ham qo'llaniladi.

4. **Anafilaktik shok.** Turli xil oqsillarga sensibilizatsiyalashgan organizmda paydo bo'ladi. Simptomlari: arterial bosimning pasayib ketishi, puls tezlashishi, teri va ko'rinib turadigan shilliq pardalarning oqarishi, nafasning yuzaki bo'lishidir. Davo shokka qarshi tadbirlar ko'rish, antigistamin preparatlar qo'llashdan iborat.

5. **Sitrat shoki** natriy sitrati ko'p bo'lgan katta miqdordagi qon quyilganda paydo bo'ladi. Klinikasi gemodinamik buzilishlar, talvasaga tushish bilan ifodalanadi. Davolash uchun 10% li kalsiy xlorid eritmasi venaga quyiladi.

6. **Pirogen reaksiyalar** faqat qon emas, balki qon o'rnini bosadigan suyuqliklar quyilganda ham paydo bo'lishi mumkin. Bunga, ko'pincha, turli xil bakteriyalarning hayot faoliyati mahsulotlari bo'lgan pirogen moddalarning organizmga tushishi sabab bo'ladi. Simptomlari: qaltirash, harorat ko'tarilishi, holsizlik, nafas qisishi, teriga toshma toshishi.

Pirogen reaksiyalarning oldini olish qon quyishda ishlatiladigan idish va sistemalarni toza tutish bo'yicha ko'rsatmalarni puxtalik bilan bajarish, qo'llaniladigan preparatlarning yaroqlilik muddatiga rioya qilishdan iborat.

7. **Yurakning to'satdan kengayishi** haddan tashqari tez qon quyilganda yuz beradi. Simptomlari: bemor ko'ksida qisilish hissinini sezadi, nafas qiyinlashadi, teri va shilliq pardalar ko'karadi.

8. **Havo emboliyasi** havo sistemadan qon bilan birga o'ng yurakka va o'pka tomirlariga kirganda yuz beradi. Simptomlari: bemor ko'ksida og'riq sezadi, bezovta bo'ladi, ko'karadi, nafas qiyinlashadi, yurak urishdan to'xtaydi.

9. **Tromb emboliyasi.** Sistemadan va ignalardan qon ivindilari o'pka tomirlariga kirishi va ular infarkt hosil qilishi mumkin. Simptomlari: ko'krakda og'riq, qon tuflash, nafas qisilishi, isitmalash. Tromblar bosh miya tomirlariga ham tushishi (arterio-venoz kommunikatsiyalarda) mumkin. Bunda bemor hushini yo'qotadi, arterial va venoz bosim tushib ketib, yuzaki nafas olish paydo bo'ladi.

QON PREPARATLARI

Hozirgi zamon tibbiyotida qon komponentlari keng tarqalgan. Qator kasalxonalarda sof qon o'rniga ularni qo'llash birmuncha maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Qon komponentlari preparatlarining juda ko'p xili mavjud bo'lib, xirurgiya amaliyotida ko'p qo'llaniladi.

Plazma olishda qon 4°C da 48 soat tindirib qo'yilib, olinadi.

Zardob plazma yaratilgandan so'ng olinadi, plazma va zardob suyuq (nativ plazma va zardob) va quruq holda chiqariladi. Quruq plazma 5 yilgacha saqlanishi mumkin. Ishlatishdan oldin u steril distillangan suvda (yorlig'ida ko'rsatilgan nisbatda 25—30%) suyultiriladi.

Plazma quyish turli sabablarga ko'ra yuz bergan shokda, qon ketganda gemostaz maqsadida, organizm oqsil yo'qotganida (gipoproteinemiya) va boshqa hollarda qo'llaniladi.

Eritrotsitar massa 80—90% eritrotsit va 10—20% plazmadan tashkil topgan bo'lib, xaltacha yoki flakonlarda chiqariladi. Kamqonlik, gipo- va disproteiniemiya, intoksikatsiya hollarida qo'llaniladi. Monelik qiladigan hollar qon quyishdagi kabitdir.

Leykotsitar massa — tarkibida ko'p miqdorda leykotsitlar bo'lgan preparat. U qon paydo bo'lishining gipoplastik va aplastik holatida, dorilar agranulotsitozi va sepsisda qo'llaniladi. Monelik qiladigan hollarga bemorlardagi antileykotsitar antitelolar borligi misol bo'ladi.

Trombotsitar massa suyuq va quruq holda chiqariladi. U qonning ivish xossasi buzilganda (Verlgof kasalligi, aplastik anemiya va boshqalar) gemostatik maqsadda venaga quyish uchun qo'llaniladi.

QON O‘RNINI BOSUVCHI SUYUQLIKLAR

Qon o‘rnini bosadigan suyuqliklar o‘zining maqsadga yo‘nalgan ta’siri, ya’ni arterial bosimni oshirishi, dezintoksikatsiya, plazma oqsillari sintezini tiklashi tufayli keng qo‘llaniladi. Ularning ba’zilari kompleks ta’sir ko‘rsatadi. Masalan, poliglukin qon bosimini oshiradi va organizmning zaharlanishini kamaytiradi. Qon o‘rnini bosadigan eritmalar, odatda, venaga tomchilab, ko‘pincha, qon yoki uning preparatlari bilan birga yuboriladi.

I. Shokka qarshi ta’sir qiladigan qon o‘rnini bosuvchi suyuqliklar: poliglukin, reopoliglukin, reosorbilakt, gemovinil, o‘rtacha molekularli polivinil.

II. Dezintoksikatsiya qiladigan qon o‘rnini bosuvchi suyuqliklar: ter, polidez, gemosorb.

III. Parenteral ovqatlantirish uchun preparatlar: gidrolizin, kazein gidrolizati, aminopeptid, aminokrovin, lipofundin, neframin, vamin.

Yuqorida aytib o‘tilgan yuqori ta’sirchan preparatlar bilan birga tuzli kristallsimon eritmalar: 0,85% li natriy xlorid eritmasi — fiziologik eritma, Ringer-Lokk eritmasi (9 g natriy xlorid, 0,25 g kaliy xlorid, 0,23 g kalsiy xlorid, 0,2 g soda, 1 g glukoza, 1000 ml suv), Ringer eritmasi (8 g natriy xlorid, 0,1 g kalsiy xlorid, 0,075 g kaliy xlorid, 0,1 g soda, 1000 ml suv) va standart tuzli eritmalar: *disol*, *trisol*, *asesol*. Tuzli eritmalar, asosan, organizm suvsizlanganda, intoksikatsiyada, ko‘p qon yo‘qotilganda qo‘llaniladi. Tuzli infuzin, ayniqsa, samarali. Tez tayyorlanishi tuzli eritmalarning afzalligi hisoblanadi.

MUOLAJA HAMSHIRASINING ISH XUSUSIYATLARI

Yirik xirurgik statsionarlarda turli xil dori moddalarini parenteral yuborish bilan bog‘liq bo‘lgan muolajalarni bajarish uchun maxsus xona ajratiladi.

Operatsiya blokida aseptika qoidalariga nechog‘li qattiq amal qilinsa, muolaja hamshirasi o‘z ishida bu qoidalarga xuddi shunday amal qilishi kerak. Dori moddalarni parenteral yuborish (teri ostiga, mushak orasiga, venaga) ignalari yaxshi o‘rnatilgan har xil turdagi shprislar yordamida bajariladi. Bemorning inyeksiya qilinadigan sohasidagi terisi sovunlab yuviladi, so‘ngra spirtga ho‘llangan paxta bilan artiladi.

Inyeksiya qilishdan oldin hamshira qo‘lini, albatta, oqib turgan suvda sovunlab yuvadi. Dori moddasini yuborishdan oldin xatoga yo‘l qo‘ymaslik uchun dori moddasi solingan ampuladagi yozuvni tekshirib ko‘rish kerak. Ampula boshchasi keskichda arralanib, shu joy spirtga ho‘llangan paxta bilan artiladi va sindiriladi. Ampula ichiga igna kiritiladi va ampulani pastga qiyshaytirib, undagi eritma tortib olinadi. Shprisning ignasi yuqoriga qilib ko‘tariladi va shprisidagi havo chiqariladi.

Inyeksiyalarning barcha turlarini (teri ichiga, teri ostiga va vena ichiga) bajarish usullari bemorlarni parvarish qilishga doir qo‘llanmalarda tasvirlangan. Mikrokateter yordamida vena va arteriya punksiyasi yoki venaga stelet quyish, suyak ichiga dori yuborish kabi shifokor bajaradigan muolajalar maxsus qo‘llanmalarda yoritilgan.

**Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun
oddiy va murakkab test namunalari**

T/r	Savol	Javob
1.	Bir xil namlikdagi agglutinin va agglutinogen uchraganda yopishish reaksiyasi paydo bo‘ladimi?	ha
2.	0 (I) guruh qonni noiloj holatda boshqa guruhli kishiga quyish mumkinmi?	ha
3.	Rezus-musbat qonni rezus-manfiy qonli kishiga birinchi marta quyganda anafilaktik shok yuz beradimi?	yo‘q
4.	O‘lgan kishining qoni iviydimi?	yo‘q
5.	Qon tarkibida laxta bo‘lishi uni quyishga monelik qiladimi?	ha
6.	Onkologik bemorlarga qonni ko‘p miqdorda quyish mumkinmi?	yo‘q
7.	Polidez qon o‘rnini bosuvchi doriga kiradimi?	ha
8.	Bevosita qon quyishga ko‘rsatmalar: a) to‘satdan ko‘p miqdorda qon yo‘qotishda; b) gemofiliyada; d) hamma qon ketganda; e) sepsisda.	a
9.	Qon quyishda quyidagi sinamani o‘tkazish lozim: a) qon guruhi mosligiga; b) biologik va xususiy mosligiga; d) rezus mosligiga; e) hammasini o‘tkazish lozim.	e

1.7 DESMURGIYA

Desmurgiya (yunoncha *desmos* — aloqa, bog‘lam va *ergon* — harakat, ish, sinonimi desmologiya) umumiy xirurgiyaning asosiy bo‘limlaridan biri bo‘lib, bog‘lamlarning turi va uni qo‘yish qoidalari to‘g‘risida ma‘lumot beradi. Bog‘lam deganda, bemor tanasiga davo maqsadida mahkam o‘rab bog‘langan bog‘lov materiali tushuniladi.

Jarohatga yoki tananing boshqa qismlariga davo maqsadida qo‘yiladigan materialga *bog‘lov materiali* deyiladi.

Bog‘lamni almashtirishga *qayta bog‘lash* deyiladi.

Qo‘llanilishiga ko‘ra bog‘lamlar ikki guruhga: *yumshoq* (plastir, kleol, ro‘mol, bintli) va *qattiq* (dekstrin, kraxmal, gipsli) bog‘lamlarga bo‘linadi.

YUMSHOQ BOG‘LAM TURLARI

Yumshoq bog‘lamlar quyidagi turlarga bo‘linadi: yelim, leykoplastir, kolloid, kleolli, BF-6 yelimi yopishtirilgan, ro‘molli va bintli.

Yelimli bog‘lamlar, asosan, kichikroq shikastlarda va joylashishidan qat‘i nazar operatsion jarohat sohasiga qo‘llaniladi. Bu sohada soch (jun) bo‘lsa, u oldin ustarada qiriladi.

Leykoplastirli bog‘lam. Jarohatga qo‘yilgan bog‘lov materiali bir necha tilim yopishqoq leykoplastir bilan terining sog‘lom qismiga mahkamlanadi. Leykoplastirli bog‘lamning kamchiligi shundaki, uning ostidagi teri matseratsiyalanadi (shilinadi) va nam tekanda unchalik mahkam ushlab turmaydi.

Kleolli bog‘lam. Kleol qarag‘ay yelimining baravar miqdorda olingan spirt va efirdagi eritmasidir. Jarohat bog‘lam bilan berkitiladi. Bog‘lam atrofidagi teriga kleol surtiladi va biroz quritib qo‘yiladi. Bog‘lam va kleol surtilgan teri sohalari doka bilan berkitiladi. Salfetka chetlari teriga mahkam bosiladi. Dokaning yopishmay qolgan ortiqcha qismi qaychi bilan qirg‘iladi. Kamchiligi — bog‘lam yetarli darajada qattiq yopishmaydi va teri qotib qolgan kleoldan ifloslanib qoladi.

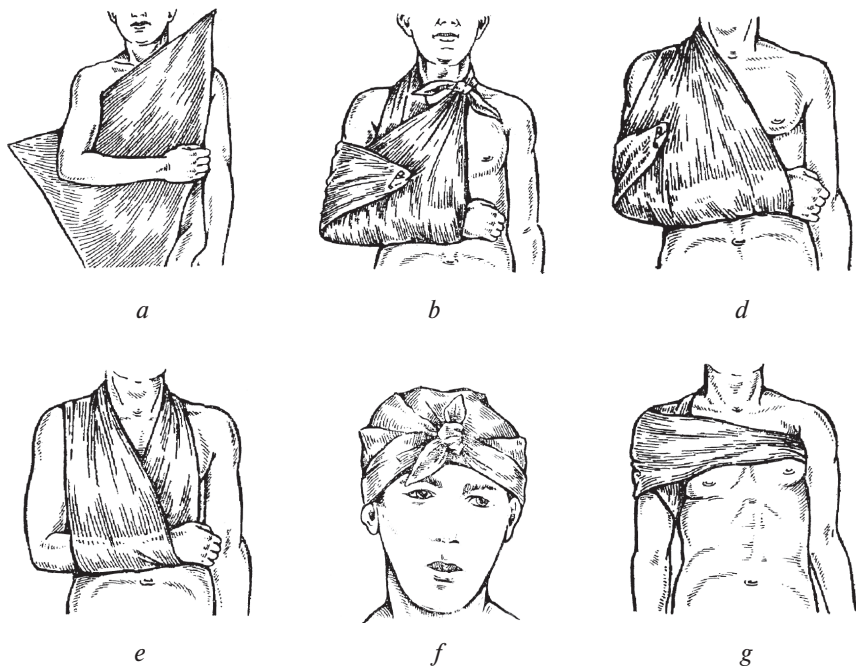
Kolloidli bog‘lamning oldingi bog‘lamdan farqi shundaki, bunda doka teriga kleol bilan emas, balki kolloid (spirt va efir aralashgan nitroto‘qima eritmasi) bilan yopishtiriladi. Bog‘lam qo‘yish usuli: bog‘lamga salfetka yopiladi va salfetka chetlariga kolloid surtiladi.

Kolloid qotgandan keyin salfetkaning ortiqcha qismi qirgʻiladi. Kolloidni shpatel bilan surtish tavsiya etiladi. Bunday bogʻlam 7—8 kungacha tushib ketmaydi. Bogʻlamning qayishqoqligi kamligi va terini taʼsirlantirishi uning kamchiligidir.

Xuddi shu maqsadda rezina yelim (efir bilan benzin aralashgan rezina eritmasi), BF-6 yelimidan foydalanish mumkin.

Roʻmoli bogʻlamlar. Bu maqsadda uchburchak shakldagi bi-rorta bogʻlov materiali (doka, surp, boʻz va hokazo) parchasi ishlatiladi. Bunday bogʻlamning uzun tomoni roʻmolning asosi, uning roʻparasidagi burchak — tepasi, qolgan ikkita burchagi uchlari deyiladi.

Roʻmol, koʻpincha, qoʻl yoki oʻmrov suyagi shikastlanganda qoʻlni osib qoʻyish uchun qoʻllaniladi. Uning oʻrtasiga toʻgʻri burchak hosil qilib bukilgan qismi bilakka qoʻyiladi, tepasi tirsakka yoʻnaltiriladi, uchlari esa boʻyinga bogʻlanadi. Roʻmolning tepasi tirsak atrofida orqadan oldinga tomon bukib tekislanadi va tirsakning old tomonidan bogʻlamga toʻgʻnab qoʻyiladi (34-rasm, *a, b, d, e*). Bosh bogʻlanganda (34-rasm, *f*) roʻmolning asosi ensa

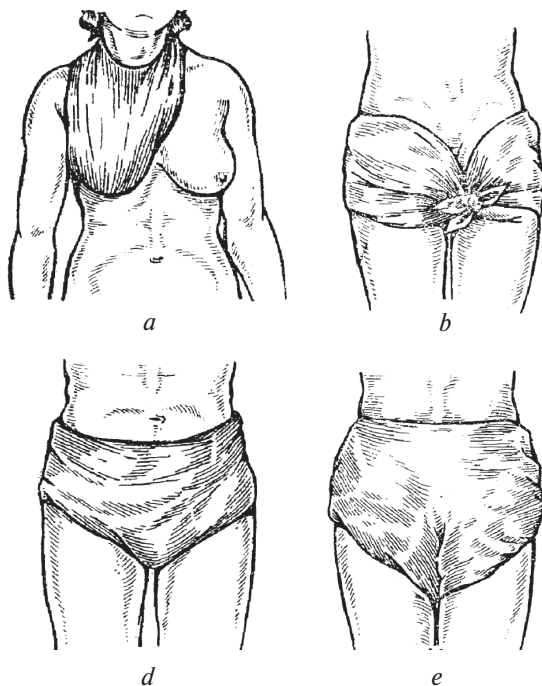


34-rasm. Roʻmoli bogʻlam turlari.

sohasiga, tepasi yuzga, uchlari esa peshona orqali bog‘lanadi, tepasi bog‘langan uchlari orqali bosh tepasiga qayriladi va shu joyga to‘g‘nab qo‘yiladi. Yelka sohasiga bitta ro‘mol (34-rasm, g) bilan bog‘lam bog‘lash qulay.

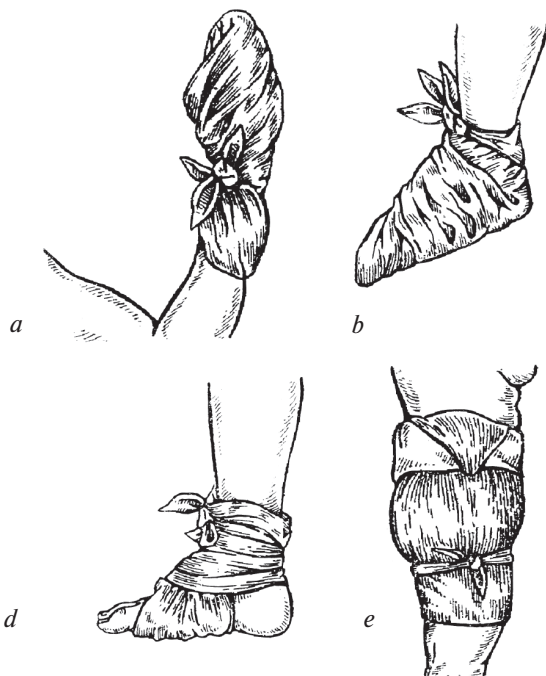
Sut bezini ro‘mol bilan bog‘lashda (35-rasm, a) uning asosi sut bezi ostiga joylashtiriladi, tepasi bemorning tomog‘i orqali orqadan yelka ustiga, bir uchi ikkinchi yelka ustiga oldingi tomondan yo‘naltiriladi, ikkinchi uchi esa kasal tomondagi qo‘ltiqqa tushiriladi. Ro‘molning ikkala uchi va tepasi orqadan bog‘lanadi.

Chanoq-son bo‘g‘imiga ikkita ro‘mol bilan bog‘lam bog‘lanadi (35-rasm, b, e). Bitta ro‘mol (buklangani) belbog‘ ko‘rinishida gavdani aylantirib bog‘lanadi. Ikkinchisining tepasi belboqqa mahkamlanadi, uning asosi chanoq-son bo‘g‘imini bekitadi, uchlari esa son atrofidan o‘rab bog‘lanadi. «Plavki» tipidagi ro‘molli bog‘lam bog‘lashda (35-rasm, d) uning tepasi oraliqdan o‘tkaziladi, asosi bilan qorin bekitiladi, uchlari esa orqaga o‘tkazilib u yerda tepasi bilan bog‘lanadi. Dumba sohasiga bog‘lam «plavki» bog‘lami tariqasida qo‘yiladi. Uning tepasi va har ikki uchi old tomondan



35-rasm. Ko‘krak va belga ro‘molli bog‘lam turlari.

bog‘lanadi. Qo‘l va oyoq panjasini ro‘mol bog‘lam bilan bog‘lashda (36-rasm, *a, b, d, e*) ro‘molning o‘rtasi panjaning kaft yuzasiga qo‘yilib, tepasi barmoqlar orqasiga o‘tkazilib, kaft ustida aylantiriladi va uning uchlari aylantirilib to‘piqdan yuqoriga bog‘lanadi, tepasi esa bog‘langan uchlari tepasiga mahkamlanadi.



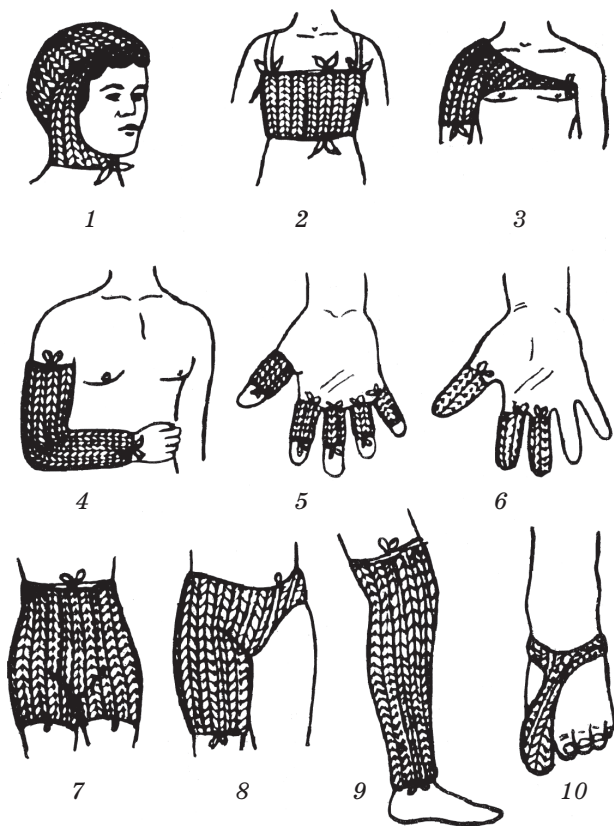
36-rasm. Oyoq va qo‘lga ro‘molli bog‘lam turlari.

Elastik to‘rsimon bog‘lam («retelast»). Fabrika usulida yetti raqamda (0 dan № 6 gacha) ishlab chiqariladi. Uni tananing har qanday qismiga kattalar (37-rasm) va bolalarga (38-rasm) ishlatish juda qulay.

Bintli bog‘lamlar bintning bir parchasidan, bitta butun bintdan yoki bintning bir necha o‘ramlari orqali bog‘lanadi.

Oyoq-qo‘l barmoqlarini bog‘lash uchun kambar bintlar (eni 3—5—7 sm); bosh, panja, bilak, boldirni bog‘lash uchun eni o‘rtacha (10—12 sm) bintlar; ko‘krak qafasi, sut bezi va sonni bog‘lash uchun serbar (14—18 sm) bintlar ishlatiladi.

Bintlar fabrikada tayyorlanadi yoki ular ish joyining o‘zida dokadan kesib tayyorlanadi. Bintning o‘ralgan qismi *boshchasi*,

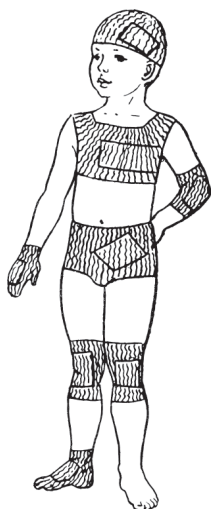


37-rasm. Katta yoshdagi bemorlarda to'rsimon bog'lam turlari.

erkin uchi esa *dum qismi* deyiladi. Bog'lam yaxshi bog'lanishi uchun quyidagi talablar aniq bajarilishi shart bo'ladi: a) bog'lam gavdaning kasal qismini bekitib turishi; b) limfa va qon aylanishini buzmasligi; d) bemorga xalaqit bermasligi; e) toza bo'lishi; f) gavdaga zich yopishib turishi kerak.

BINTLASH QOIDALARI VA BOG'LAMLARNING TURLARI

Bintlashda bintni to'g'ri o'rab bog'lashga yordam beradigan qator qoidalarga rioya qilish zarur. Bemor bintlanadigan qism uchun qulay vaziyatda (tik turgan yoki o'tirgan) bo'lishi lozim. Gavdaning tegishli sohasiga berilgan vaziyat bintlashdan keyin saqlanib qolishi kerak. Shu maqsadda turli xil bolishlar, tirgaklar yoki maxsus stollardan foydalaniladi. Bintlanadigan soha bint



38-rasm.
Bolalardagi
to'rsimon
bog'lam.

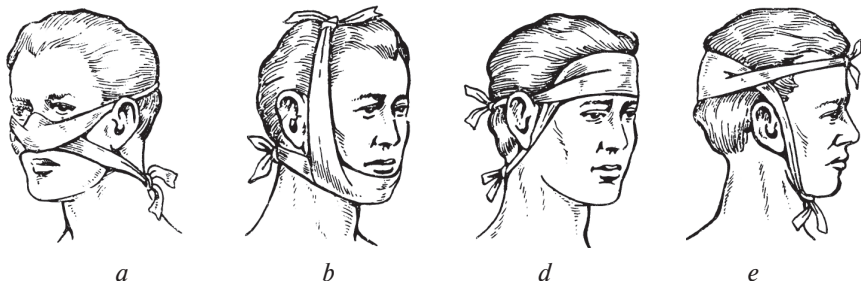
bog'layotgan kishining ko'ksi sohasida bo'lishi kerak. Bintlash aksariyat chetdan markazga tomon, biroq qator hollarda esa bog'lam teskari yo'nalishda bog'lanadi. Bintning mahkamlaydigan o'ramidan keyin uning har bir keyingi o'rami oldingi o'ramning yarmini yopib borishi lozim. Bint boshchasini bintlanadigan yuzadan uzoqlashtirmaslik va bir me'yorda tortish kerak. Gavdaning konus shaklidagi qismi (son, boldir, bilak)ni bintlashda bint zich yopishib turishi uchun 1—2 marta aylantirilgandan so'ng bint qayirib bog'lanadi.

Bintlash oxirida u tikib mahkamlanadi, unga to'g'nag'ich bilan fiksatsiyalanadi yoki bintning o'rtasidan yirtib, ikki bo'lakka bo'linadi va bintlangan qism ustidan aylantirib o'raladi va tugib qo'yiladi. Bintni jarohat proyeksiyasi ustida mahkamlash tavsiya qilinmaydi, balki uni chet-roqdan mahkamlagan ma'qul.

Bog'lamlarning quyidagi turlari farq qilinadi:

1. **Sopqonsimon bog'lam.** Bir parcha bintdan tayyorlanadi. Bintning ikkala uchi o'rtasiga yo'naltirilgan holda uzunasiga kesilib, uning o'rtasi kesilmaydi. 39-rasmda burunga, iyakka, peshonaga va ensaga (*a, b, d, e*) sopqonsimon bog'lamni bog'lash qoidalari ko'rsatilgan.

2. **T simon bog'lam** o'rtasiga boshqa bint tikilgan yoki uning uchi tashlab qo'yilgan bint parchasidan iborat bo'ladi va u eng ko'p oraliq sohasiga bog'lanadi: gorizontali qismi tana tevaragida belboqqa o'xshab aylantiriladi, vertikal qismi esa belbog'dan oraliq



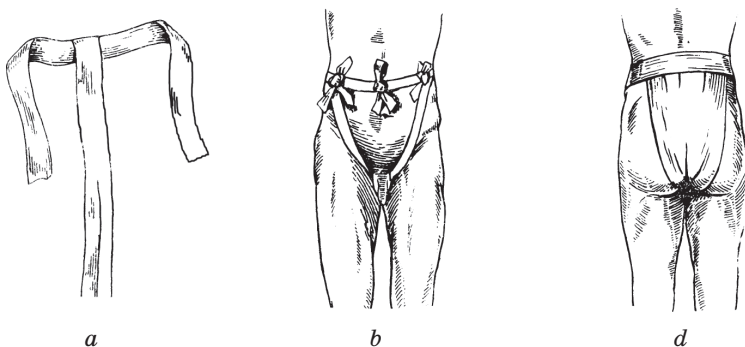
39-rasm. Sopqonsimon bog'lam.

orqali o'tkaziladi va o'sha belboqqa tananing boshqa tomonidan bog'lanadi (40-rasm, *a, b, d*).

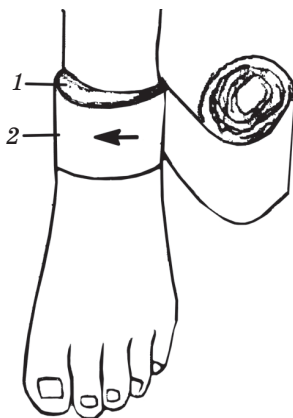
3. **Aylanma bog'lam.** Bint gir aylantirib o'raladi, bintning navbatdagi o'rami avvalgi o'ramni tamomila bekitadi (41-rasm).

4. **Spiralsimon bog'lam.** Bintning navbatdagi har bir o'rami avvalgi o'ramining yarmini yoki bundan kattaroq qismini bekitadi. Bog'lamning bu turi ikki xil: yuqoriga ko'tariluvchi — bintlash pastdan yuqoriga, pastga tushuvchi xilida bintlash buning aksicha bo'ladi (42-rasm).

5. **O'rmalovchi bog'lam** spiralsimon bog'lam kabi bog'lanadi, lekin o'ramlari bir-biriga duch kelmaydi. Odatda bintlashning boshida, murakkab bog'lam elementi sifatida tanaga qo'yilgan salfet-kalarni tutib turish uchun qo'llaniladi.



40-rasm. T simon bog'lam.



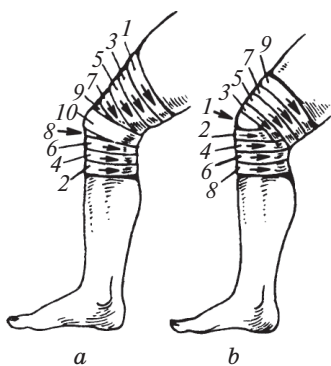
41-rasm. Aylanma bog'lam.



42-rasm. Spiralsimon bog'lam.



43-rasm. Sakkizsimon bog'lam.



44-rasm. Toshbaqasimon bog'lam:
a — tarqaluvchi; b — to'planuvchi
bog'lam.

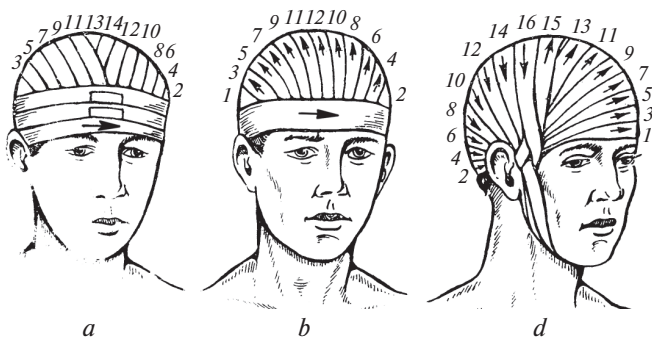
6. **Sakkizsimon bog'lam.** Bog'lamning bu turida bint o'ramlari bir-biri bilan kesishtiriladi (43-rasm).

7. **Boshqosimon bog'lam** sakkizsimon bog'lamning boshqa bir turi bo'lib, bint o'rami bir chiziq bo'yicha kesishtirilib, bu boshqoni eslatadi.

8. **Toshbaqasimon bog'lam** aksariyat bo'g'imlarning bukilgan sohasiga qo'llaniladi. Uning ikki: tarqaluvchi va to'planuvchi turlari bor. Tarqaluvchi bog'lam tizza bo'g'imi sohasiga yopiladi, bunda bint bo'g'imning o'rtasidan, «tizza ko'zidan» aylantirib olinadi. Keyingi o'ramlari avvalgisining goh pastidan, goh yuqorisidan galma-gal yurgiziladi. Bint o'ramlari taqimda kesishadi va birinchi o'ramdan ikki tomonga tarqalib, asta-sekin bo'g'im sohasini yopadi.

To'planuvchi bog'lamni yopishda birinchi (mahkamlaydigan) o'ram bo'g'im yuqorisidan yoki pastidan o'tadi, ikkinchi o'ram bo'g'imning ro'parasiga o'raladi, uchinchi o'ram bo'g'im sohasiga yaqinlashib, birinchisini, to'rtinchi o'ram ikkinchisini kesishib, bo'g'im sohasi tamomila yopilguncha shu tariqa davom ettiriladi (44-rasm, a, b).

9. **Qaytuvchi bog'lam.** Bunday bog'lam aksariyat oyoq-qo'lning kesib tashlangandan (amputatsiya) qolgan qismi (cho'ltoq'i)ni bog'lashga ishlatiladi. Bintni mahkamlash uchun u bir necha marta aylantirib o'raladi. So'ngra uni barmoqlar bilan tutib turib 90° li burchak ostida qayriladi, cho'ltoq orqali uzunasiga o'ramlar bilan mahkamlanadi va bint bilan tamomila bekilgunga qadar o'rash davom ettiriladi. Bog'lamlarning sanab o'tilgan



45-rasm. Boshga qo'yiladigan bog'lam:

a — boshdagi qaytuvchi bog'lam; *b* — Gippokrat qalpoqchasi;
d — qalpoqcha bog'lam.

turlaridan gavdaning istalgan sohasini bintlashda foydalanish mumkin. Shuning uchun qo'llaniladigan bog'lamlarning ayrim turlari ustida to'xtalib o'tamiz.

Bosh va yuz sohasini bog'lash.

Vazifasiga ko'ra bog'lamlarning bir necha turi farqlanadi.

Gippokrat qalpog'i. Bog'lam bog'lash uchun ikki boshchali bint yoki ikkita bint qo'llaniladi. O'ng qo'ldagi bint boshchasi bilan sirkular o'ramlar qilinadi va bintlanayotgan o'ramlar mahkamlanadi. Ular tarqalib yoki to'planib asta-sekin kalla gumbazini bekitadi (45-rasm, *a*).

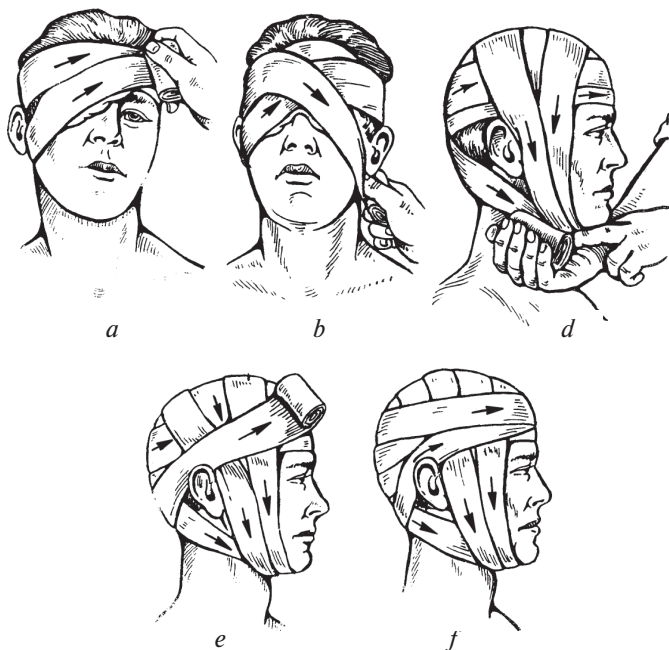
Qalpoqcha shaklidagi bog'lam. Taxminan 1 m uzunlikdagi bint parchasi bosh tepasiga ko'ndalang yo'nalishda qo'yiladi, ikki uchi esa quloq suprasi oldidan pastga tushiriladi va tarang qilib tortib turiladi (yordamchi yoki bemorning o'zi). Bint bilan bosh atrofidan birinchi sirkular o'ram qilinadi. Keyingi o'ram bog'ga yetgach bint shu bog' atrofida aylantiriladi va biroz qiyshiq yo'nalishda ensani berkitib yurgiziladi. Ikkinchi tomonda bint bog' atrofida qarama-qarshi tomonga aylantiriladi va qiyshiqroq yo'nalishda boshning peshona qismiga olib boriladi. Bintning keyingi o'rami bilan ensa sohasi berkitiladi va hokazo. Shu tariqa bosh bir tekisda bintlanadi. Bintning uchi bog'ga bog'lanadi, keyin bog' uchlari jag' ostidan bog'lanadi (45-rasm, *b*, *d*).

Bir ko'zni bog'lash. O'ng ko'zni bog'lashda bint chapdan o'ngga qarab yurgiziladi. Chap ko'zni bog'lashda esa buning aksi qilinadi. Bint sirkular yo'nalishda bosh atrofidan aylantirilib mahkamlanadi, so'ngra orqadan pastga — ensaga tushiriladi va quloq

ostidan qiyshiq holda yuqoriga ko'tarilib bemorning ko'zi beki-tiladi. Qiyshiq o'ram doira o'ram bilan mahkamlanadi. So'ngra avvalgi o'ramning yuqorisidan qiyshiq o'ram qilinadi. Shunday qilib o'ramlarni qiyshiq o'ramlar bilan navbatlab, butun ko'z sohasi bekitiladi (46-rasm, a).

Ikki ko'zni bog'lash. Bint gir aylantirib o'rab mustahkamlangach, keyingi o'ram bosh tepasi va peshona bo'ylab pastga tushiriladi va yuqoridan pastga tomon chap ko'zni bekitadigan qiyshiq o'ram qilinadi, so'ngra bintni ensa orqali o'tkazib, pastdan yuqoriga tomon o'ng ko'zni bekitadigan qiyshiq o'ram qilinadi. Buning natijasida bintning keyingi hamma o'ramlari qanshar sohasida kesishib, ikkala ko'zni bekitadi va tobora pastga tushaveradi. Bintlash oxirida bog'lamni gorizontal doira shaklida o'rash bilan mustahkamlanadi (46-rasm, b).

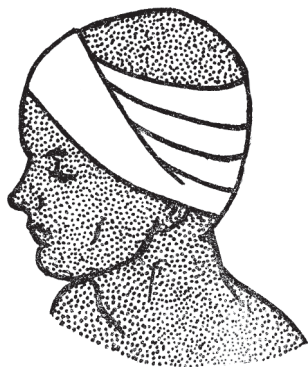
No'xtasimon bog'lam. Bunday bog'lam, asosan, iyak sohasini bekitishda qo'llaniladi. Dastlab bosh atrofida sirkular o'ram qilinadi. Ikkinchi o'ram ensa sohasiga bo'yinning yon yuzasiga qiyshiq yo'nalishda yurgiziladi va u yerdan jag' ostiga vertikal holatda o'tkaziladi. Bintni quloq supralari ustidan olib o'tib, bosh atrofida bir necha



46-rasm. Ko'zga bog'lam qo'yish usullari.

marta aylantiriladi, soʻngra bint iyak ostidan boshqa tomonga yoki ensaga qiyshiq holda yurgiziladi va gorizontaal oʻramlar qilib bogʻlam mustahkamlanadi.

Pastki jagʻni tamomila bekitish uchun mustahkamlaydigan gorizontaal oʻramlar qilgandan soʻng bint boshchasi ensa boʻylab qiyshiq holda pastga tushiriladi, iyakning oldingi qismi boʻylab boʻyinning yon tomoniga, keyinroq boʻyin atrofiga tushirilib, orqaga qaytariladi va bint oʻramini iyakdan pastroqqa tushirib, vertikal holatga oʻtkaziladi va bogʻlamni bosh atrofida mustahkamlanadi (46-rasm, d, e, f).



47-rasm. Neopolitancha bogʻlam.

Neopolitancha bogʻlam. Bint dastlab bosh tevaragida aylantirib oʻraladi, soʻngra u kasal tomondan quloq va soʻrgʻichsimon oʻsiq sohasiga tushiriladi (47-rasm).

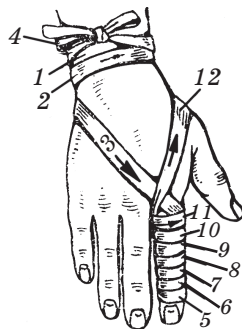
Boʻyinni bogʻlash.

Boʻyinning yuqori qismini bogʻlash. Bosh tevaragida galma-galdan bir necha qiyshiq oʻramlar bilan (peshona va ensa sohasini ham qamrab olib) doira oʻramlar qilinadi. Ensa sohasiga doira oʻramlar qilib bintlash bilan birga sakkizsimon bogʻlam hosil qilanadi.

Boʻyinning pastki qismini bogʻlash. Bosh tevaragidagi oʻramlar ensa sohasining sakkizsimon bogʻlami va orqaning boshhoqsimon bogʻlami oʻramlari bilan toʻldiriladi.

Qoʻlni bogʻlash.

Bir barmoqni bogʻlash. Bogʻlam kaft usti atrofida mustahkamlaydigan doira oʻramlar qilishdan boshlanadi. Soʻngra bintni qoʻl panjasining orqasi osha barmoq uchigacha qiyshiq holda yoʻnaltiriladi va shu yerning pastidan yuqori tomonga, barmoq asosigacha spiralsimon bogʻlanib, keyin qoʻl panjasining orqasi osha kaft ustiga keltiriladi va bu yerda mahkamlovchi sirkular oʻramlar qilinadi (48-rasm).



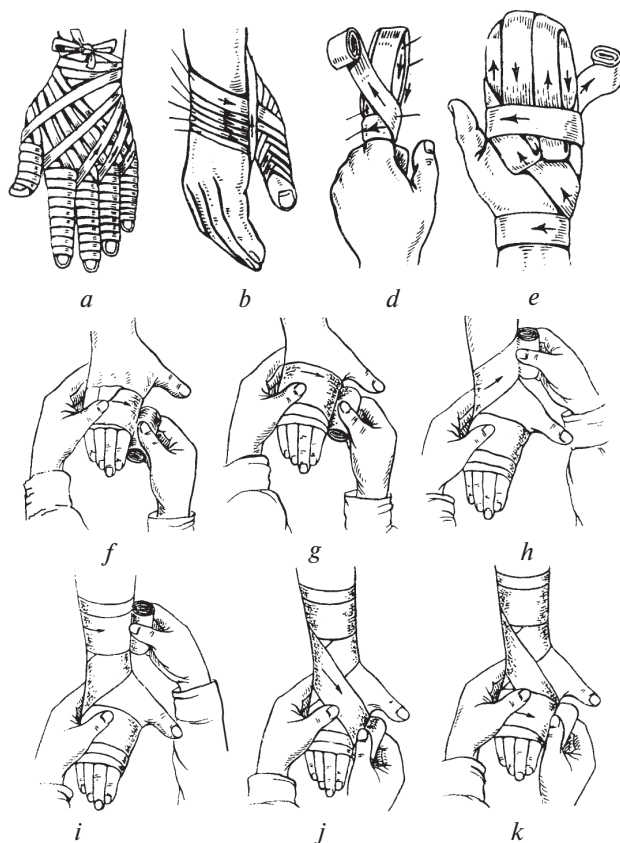
48-rasm. Bir barmoqni bogʻlash.

Bosh barmoqni bogʻlash boshhoqsimon bintlash tariqasida bajariladi. Mustahkam-

lovchi doira o‘ram ham kaft usti, bilakda qilinadi. So‘ngra bint qo‘l panjasi orqali osha barmoq uchigacha olib boriladi, barmoq spiralsimon aylantirib o‘raladi, kaft usti bilakning orqa tomoniga, so‘ngra kaft tomoniga qaytariladi. Bint barmoqni tamomila bekitguncha o‘ramlar takrorlanadi.

Qo‘lqopsimon bog‘lam. Bitta barmoqni bintlash qoidasidan foydalanib, panjaning hamma barmoqlarini birin-ketin «qo‘lqop» shaklida bintlab chiqish mumkin. Chap qo‘lni bintlashni qulaylashtirish maqsadida bog‘lamni jimjiloqdan, o‘ng qo‘lni bintlashda bosh barmoqdan boshlash kerak (49-rasm, a, b).

Panjaning qaytuvchi bog‘lami. Bint bilakka mahkamlanib, so‘ngra u panjaning orqa tomoni osha barmoqlarga yo‘naltiriladi va kaft bo‘ylab qaytiladi. Bilakda yana mahkamlovchi o‘ram qilinadi va bintni o‘rash takrorlanadi. Qo‘l panjasi va barmoqlar ham



49-rasm. Qo‘lni bog‘lash turlari.

orqa tomondan, ham kaft tomondan berkitilgandan so'ng barmoqlar va panja bintning ko'ndalang o'ramlari bilan yopiladi. Bog'lama bilakka mahkamlab qo'yiladi (49-rasm, f—h).

Qo'l panjasining spiralsimon bog'lami (49-rasm, i—k).

Bilakni bog'lash 1—2-o'ramdan so'ng bintni qayirib spiralsimon va aylana shaklda bog'lanadi (50-rasm, a, b).

Tirsak bo'g'imini bog'lash. Tarqaluvchi va to'planuvchi toshbaqasimon bog'lama kabi bog'lanadi (50-rasm, d).

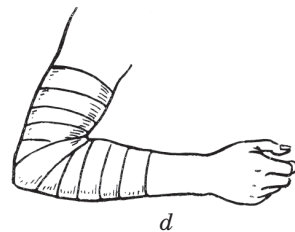
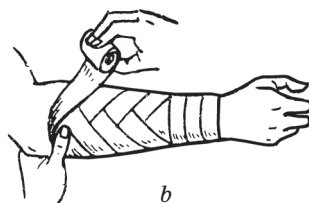
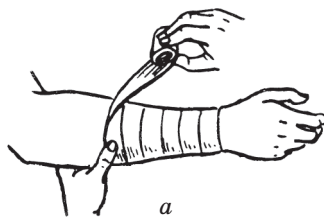
Yelkani bog'lash. Oddiy spiralsimon yoki boshhoqsimon bog'lama qo'llanadi.

Qo'ltiqni bog'lash. Buning asosini boshhoqsimon bog'lama tashkil qiladi. Yelkada bintni mahkamlaydigan o'ramlar qilinadi. Bintni qo'ltiq sohasidan yelka ustiga, orqaga, qarama-qarshi tomondagi qo'ltiqqa,

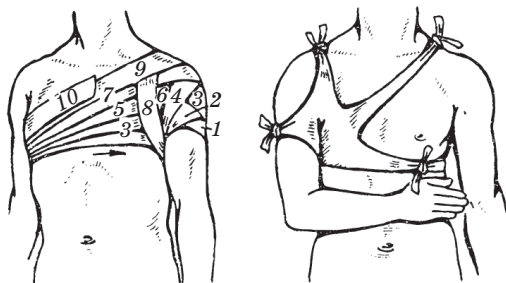
ko'krak qafasining oldingi yuzasiga qiyshiq yurgizib, birinchi o'ram yelka usti sohasida kesishtiriladi va bint ko'krak qafasining orqa yuzasidan qo'ltiqqa chiqariladi. Keyingi o'ram oldingi o'ram kabi bog'lanadi, biroq har bir yangi o'ramni asta-sekin yuqoriga ko'tarib boriladi, natijada bint yelka usti sohasini va qo'ltiqning oldingi va orqa qismlarini tamomila bekitadi. Yaxshiroq mahkamlash uchun ko'krak qafasiga qiyshiq yo'nalishda gir aylantirib sirkular o'ram qilinadi. Bint orqaga — sog'lom yelka ustiga o'tkaziladi va bu yerdan ko'krak qafasining oldingi yuzasi bo'ylab pastga, bintlanayotgan tomondagi qo'ltiqqa tushiriladi. Shunday o'ramlarning bir nechasidan so'ng bog'lama uzil-kesil mahkamlab qo'yiladi (51-rasm).

Ko'krak qafasini bog'lash.

Ko'krak qafasiga bog'lama bog'lashda qattiq bintlash nafas harakatiga xalaqit berishini, bo'sh bog'langan bog'lama esa foydasiz ekanligini unutmaslik kerak.

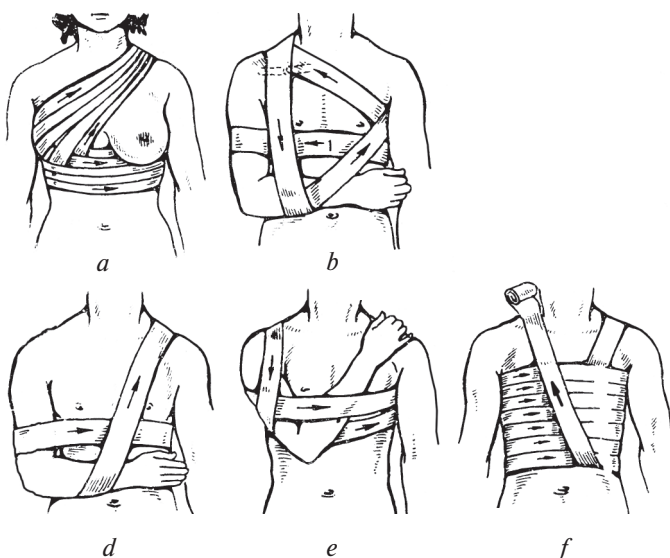


50-rasm. Bilak va tirsakka qo'yiladigan bog'lamlar.



51-rasm. Yelka bo'g'imi va qo'ltiq ostiga qo'yiladigan bog'lamlar.

Spiralsimon bog'lam. Taxminan 2 m uzunlikdagi bint bo'lagi o'ng va chap yelkaga, bintning erkin uchlari ko'krak qafasining oldingi va orqa tomonidan tushib turadigan qilib tashlab qo'yiladi. Bog'lam ko'krak qafasining pastki qismidan, bintning shu bo'lagini berkitishdan boshlanadi. Bintning spiral o'ramlari asta-sekin to qo'ltiqqacha yetkazib o'raladi va oxirgi o'rami bilan mahkamlanadi. Yelkaga tashlangan bintning osilib turgan uchi ko'krak qafasining oldingi yuzasi bo'ylab yuqoriga ko'tariladi, ikkinchisi yelka orqali tashlanadi va uchlari orqa tomondan bog'lanadi (52-rasm, a, b, d, e, f).



52-rasm. Ko'krak qafasini bog'lash turlari.

Xochsimon bog‘lam gavdaning orqa qismlarini bintlash uchun qo‘llaniladi. Bog‘lam bir yelka atrofini mahkamlovchi sirkular o‘rashdan boshlanadi, old tomondan yelkaga olib chiqariladi. Orqaga o‘tkaziladi va bint qarama-qarshi tomondagi qo‘ltiq sohasiga qiyshiq holda yo‘naltiriladi. Bint yo‘llarini shu tariqa takrorlab, ularni ikkala yelka ustiga asta-sekin ko‘tarib va ko‘krak qafasi bo‘yicha pastga tushirib orqa bekitiladi.

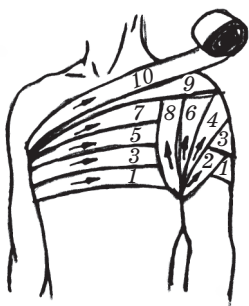
Ko‘krak bezini bog‘lash sut bezini yopib turishdan tashqari, uni ko‘tarib turadigan o‘ziga xos suspensoriy vazifasini ham bajaradi. O‘ng tomondagi sut bezini bintlashda bint chapdan o‘ngga, chap tomondagi sut bezini bintlashda o‘ngdan chapga qarab o‘raladi. Bog‘lam ko‘krak qafasini sut bezlari tagidan mustahkamlaydigan aylantirib o‘rashdan boshlanadi. Keyingi o‘ram sut bezining pastki va ichki qismlarini qamrab oladi, qarama-qarshi tomondagi yelkaga ko‘tariladi va yelkaning orqa tomonidan pastga tushib bintlanayotgan sut bezi tomonidagi qo‘ltiqqa boradi. So‘ngra bint sut bezining pastki qismini egallaydi. Aylantirib o‘rash bilan oldingi o‘ram mustahkamlanadi. Keyingi o‘ramlar sut bezi pastdan batamom yopilmaguncha asta-sekin yuqoriga ko‘tarib takrorlanadi. Emizikli onalarda sut bezini bog‘lashda bola emizish yoki sutni sog‘ish uchun bez uchi bint bilan yopilmaydi.

Dezo bog‘lami. Oldin qo‘ltiqqa paxta yostiqla qo‘yiladi. Bilak tirsak bo‘g‘imidan to‘g‘ri burchak ostida bukiladi va ko‘krakka qo‘yiladi. Yelka birinchi doira o‘ram bilan ko‘krak qafasiga bog‘lanadi. Ikkinchi o‘ramni qarama-qarshi tomondagi qo‘ltiqdan kasal tomondagi yelkaga yo‘naltirib, yelkadan orqaga oshiriladi va pastga tushiriladi. Keyin bint tirsak bo‘g‘imini egalaydi va uni bilakni ushlab turgan holda yuqoriga, sog‘lom tomondagi qo‘ltiqqa qiyshiq yo‘naltiriladi, so‘ngra ko‘krak qafasining orqa sathi bo‘ylab o‘tkazib, kasal yelkaga yo‘naltiriladi va pastga tushiriladi. Bilakni aylantirib o‘tkazib ko‘krak qafasining orqa sathiga, sog‘lom tomondagi qo‘ltiqqa yo‘naltiriladi. Bog‘lam yaxshi mustahkamlanmaguncha o‘ramlar takror o‘ralaveradi. Bolalardagi Dezo bog‘lami 53-rasmda tasvirlangan.

Torakobraxial bog‘lam sodda va aniq (54-rasm) ko‘rsatilgan. U yelka suyaklari singanda qo‘yiladi.



53-rasm.
Bolalardagi
Dezo bog‘lami.



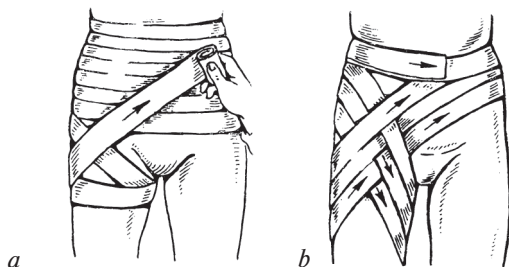
54-rasm.
Torakobraxial
bog‘lam.

Velpo bog‘lami. Kasal qo‘l panjasi sog‘lom yelkaga qo‘yiladi. Bintning aylanma o‘rami bilan kasalning qo‘li ko‘krak qafasiga mahkamlanadi. Keyin bint sog‘lom tomondagi qo‘ltiqdan o‘tkazilib, orqadan kasal tomondagi yelkaga qiyshaytirib yuritiladi, pastga vertikal tushiriladi, tirsak orqasiga o‘tkaziladi va ko‘krak qafasini aylantirib gorizontol holda o‘rab, qo‘l qayta mahkamlanadi. Bint o‘ramlari takrorlanadi. Gorizontol o‘ramlar bundan oldingi o‘ramlarning pastki qismiga tushadi, vertikal o‘ramlar esa oldingi o‘ramlar ichiga tushadi.

Qorin va chanoq sohasini bog‘lash.

Qorin sohasiga, odatda, spiralsimon bog‘lam yopiladi, biroq uni mahkamlash maqsadida, ko‘pincha, chanoq va sonning boshqosimon bog‘lami bilan birga qo‘llashga to‘g‘ri keladi.

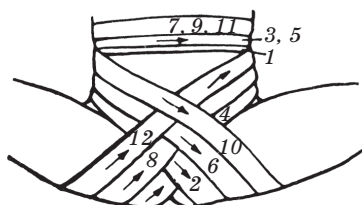
Bir tomonlama boshqosimon bog‘lam juda qulay. Bog‘lam qo‘yishdan maqsad qorinning pastki qismi, sonning yuqorigi uchdan bir qismi va dumbani yopishdir. Bint o‘ramlari kesishadigan joyga muvofiq holda orqa, yon va oldingi (chov) boshqosimon bog‘lamlar qo‘yiladi. Belda sirkular o‘ramlar qilinib mustahkamlovchi bint bog‘lanadi, so‘ngra bint sonning yon tomonidan oldinga, keyin sonning oldingi va ichki yuzasi bo‘yicha o‘rab bog‘lanadi. Bintni sonning orqa yarim doirasi orqali aylantirib o‘tib, uning tashqi tomonidan chiqariladi, u chov sohasidan gavdaning orqa yarim doirasi orqali qiyshayib o‘tadi. Bint o‘ramlari takrorlanadi. Bintning keyingi o‘rami oldingisidan yuqoriga tushsa yuqoriga ko‘tariluvchi bog‘lam, pastga o‘ralsa pastga tushuvchi bog‘lam deyiladi (55-rasm, a, b).



55-rasm. Qorin, chanoq va songa qo‘yiladigan bog‘lamlar.

Ikki tomonlama boshhoqsimon bog‘lam

har ikki son va dumbaning yuqorigi uchdan bir qismini yopish uchun qo‘llaniladi. Oldingi bog‘lam kabi belni sirkular o‘rashdan boshlanadi, biroq bint dastlab chovning oldingi yuzasidan, so‘ngra sonning tashqi yuzasidan yurgiziladi, uning orqa yarim doirasi qamrab olinadi, ichki yuzasiga chiqariladi va chov sohasi bo‘ylab tananing orqa yarim doirasiga o‘tkaziladi. Bu yerdan bint o‘rami bir tomonlama boshhoqsimon bog‘lamdagi singari davom ettiriladi. Bintni har ikki oyoqqa navbat bilan, gavdaning shikastlangan qismi bekilguncha o‘raladi. Bog‘lam tanaga sirkular o‘ram bilan mahkamlanadi.



56-rasm. Oraliq sohasiga qo‘yiladigan bog‘lam.

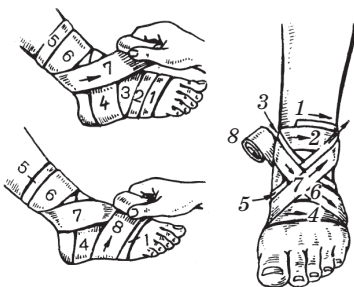
Oraliqni bog‘lash. Oraliqqa sakkizsimon bog‘lam qilinadi, bunda bint o‘ramlari oraliqda kesishadi (56-rasm).

Oyoqni bog‘lash. Bunga ham qo‘lni bog‘lashdagi kabi talablar qo‘yiladi. Odatda, bir-ikki o‘ramdan so‘ng aylantirib spiral shaklda o‘raladi.

Tizza bo‘g‘imi sohasini bog‘lash. Birlashadigan yoki tarqaladigan toshbaqasimon bog‘lam bog‘lanadi.

Boldirni bog‘lash. 1—2 o‘ramdan so‘ng aylantiriladigan yuqoriga ko‘tariluvchi spiral shaklidagi bog‘lam qo‘llaniladi.

Tovon sohasini bog‘lash. Aksariyat tarqaluvchi toshbaqasimon bog‘lamdan foydalaniladi. Tovondan (uning markaziy qismidan) aylantirib bintlashdan boshlanadi. Keyingi o‘ramlar birinchi o‘ramning yuqorisidan va pastidan navbatma-navbat o‘raladi. Bu o‘ramlarni tovonning yonidan, orqadan oldinga, tovon yuzasiga va oyoq kaftining orqasiga boldirpanja bo‘g‘imi va pastki panja sohasiga o‘tadigan qilib qiyshiq aylantirib mahkamlanadi. O‘ramlar oyoq kafti ustida kesishtiriladi (57-rasm).



57-rasm. Tovon sohasini bog‘lash turlari.

Boldir-panja bo‘g‘imini bog‘lash. Odatda, sakkizsimon bog‘lam qo‘llaniladi. Mahkamlovchi o‘ram to‘piqning yuqorisidan ay-



58-rasm. Boldir-panja bo'g'imini bog'lash.

lantiriladi. Bint panjaning orqa tomonidan qiyshiq yurgizilib, panja atrofidan o'tkaziladi. Keyin bintni yuqoridan o'tkazib, oyoq panjasining orqa tomoni bo'ylab bundan oldingi o'ram bilan kesishtiriladi va boldirning orqa yarim doirasi atrofidan o'tkaziladi. Bint o'ramlari takrorlanadi. Bog'lamni to'piqlar oldida aylantirib o'ram mustahkamlanadi (58-rasm).

Barmoqlarni ochiq qoldirib oyoq panjasini bog'lash. Bintni panjaga o'rab mahkamlanadi, so'ngra uni oyoq panjasining orqa tomoni bo'ylab tovondan o'tkaziladi, keyin panjani gir aylantirib o'rab, tovonga qayriladi. Tovu sohasida bintning har bir yangi o'rami oldingi o'ramning yuqorisiga tushadi, u boldir-panja bo'g'imiga tobora yaqin keltirib kesishtiriladi.

Barmoqlarni ochiq qoldirmay, oyoq panjasini bog'lash. Bint to'piqlar sohasida aylantirib o'ralib mahkamlanadi. So'ngra bintni butun panja orqali uzunasiga yurgizib, barmoqlar va tovon sohasi yopiladi. Barmoqlarning uchidan boshlab oyoq panjasiga kesishadigan spiral shakldagi bog'lam yopiladi. Mahkamlovchi o'ram to'piqlar sohasiga qo'yiladi.

Oyoq panjasi bosh barmog'ini bog'lash. Bog'lash usuli qo'lning bosh barmog'ini bog'lash kabi. Bog'lam to'piqlar sohasida mahkamlanadi.

Suspensoriy moyaklar, ularning ortiqlari kasalligida yoki yorg'oqda qilingan operatsiyalardan so'ng yorg'oqni ko'tarib turishga mo'ljallangan maxsus moslamadir. Suspensoriylar fabrikada maxsus tayyorlanadi. Suspensoriyni uy sharoitida tayyorlash ham mumkin. Buning uchun oddiy bintdan belbog' qilinadi. 1 m uzunlikdagi serbar bint bo'lagi qirqib olinadi. Bintning ikki chekkasidan qirqib olinadi, o'rtasidan 10 sm uzunlikdagi qismi qirqmasdan qoldiriladi. Bu qismning bir chekkasi yorg'oq ildizi ostiga yaqinlashtiriladi, uning uchlari belboqqa bog'lanadi. Ikkinchi chekkasi yorg'oqning oldingi qismiga tashlanadi va uning uchlari ham belboqqa biroz tortib bog'lanadi.

Bandaj material va charmdan tikilgan hamda qorin bo'shlig'ining bo'shashib qolgan qismlarini mustahkamlash uchun mo'ljallangan maxsus moslama. Bandajlar, odatda, qorin churralarini bemorni qandaydir sabablarga ko'ra operatsiya qilish imkoniyati bo'lmagan hollarda qo'llaniladi.

Individual bog'lov paketi bintga birlashtirilgan ikkita paxta-doka yostiqtasidan iborat. Ularning bittasini bint ustidan yurgizish mumkin. Yara bog'lash materiali uchta paketda: ichki—to'g'na-g'ichli qog'oz paketda va tashqi — rezina aralashgan paketda bo'ladi. Bint va yostiqtalar steril bo'ladi.

Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun oddiy va murakkab etalon test namunalari

T/r	Savol	Javob
1.	Yumshoq bog'lamga yelimli bog'lam kiradimi?	ha
2.	«Retelast» yumshoq bog'lamga kiradimi?	ha
3.	Qo'l va oyoqni bog'lashda sopqonsimon bog'lamni qo'llasa bo'ladimi?	ha
4.	Toshbaqasimon bog'lamni boshga qo'llash mumkinmi?	yo'q
5.	Gippokrat qalpog'i va qalpoqcha bog'lamlarini farqlasa bo'ladimi?	ha
6.	Neopolitancha bog'lam bilan bo'yinni bog'lash mumkinmi?	yo'q
7.	Boshqasimon bog'lam bilan yelkani bog'lash mumkinmi?	ha
8.	Xochsimon bog'lam bilan bo'yinni bog'lash mumkinmi?	yo'q
9.	Bolalar va kattalarga Dezo bog'lamini bog'lashda farq bormi?	ha
10.	10. No'xtasimon bog'lam tananing qaysi qismiga ishlatiladi? a) qo'lga; b) oyoqqa; d) bo'yinning old sohasiga; e) iyak sohasiga.	e
11.	11. «O'rimalovchi» bog'lam joyini ko'rsating: a) bosh; b) bo'yin; d) yelka; e) barmoq.	e

1.8. OPERATSIYADAN OLDINGI DAVR HAQIDA TUSHUNCHA

Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri (operatsiyadan oldingi davr) bemor statsionarga kelgan yoki poliklinikaga murojaat qilgan kundan boshlab, to operatsiya boshlanguncha o'tadigan vaqtni o'z ichiga oladi. Operatsiyaga tayyorgarlik davrini bosqichlarga ajratish mumkin: tashxisni aniqlash va bemorni jarrohlik yo'li bilan davolashga tayyorlash. Birinchi bosqichda tashxis aniqlanadi, turli a'zo va sistemalarning holati tekshirib ko'riladi va operatsiya qilish uchun ma'lumotlar aniqlanadi, ikkinchi bosqichda esa bemor operatsiyaga tayyorlanadi.

Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrining qancha davom etishi kasallikning xususiyatiga, bemorning umumiy ahvoriga, operatsiyaning shoshilinchlik darajasiga va jarrohlik yo'li bilan davolashning ko'lamiga bog'liq ravishda o'zgarib turadi. Kechiktirib bo'lmaydigan operatsiyalar (qon ketishini to'xtatish, chuvalchangsimon o'simtaning o'tkir yallig'lanishi, me'da yarasining teshilishi, homilaning bachadondan tashqarida bo'lishi hollari)da operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri qisqa bo'ladi.

Og'ir ahvoldagi bemorlar uchun, shuningdek, operatsiya zudlik bilan qilinadigan bo'lsa, suv muolajalari qo'llanilmaydi. Shu bilan birga yurak va tomirlar, transplantologiya xirurgiyasida, me'da va o't yo'llarini tiklash xirurgiyasida operatsiyaga tayyorgarlik davri ba'zan bir necha haftaga cho'zilib ketadi.

Bemorni operatsiyaga tayyorlashning ahamiyatini baholash mushkul, chunki qilinadigan operatsiyaning muvaffaqiyatli o'tishi, ko'pincha, ana shu bemorni tayyorlashga bog'liq bo'lib qoladi. Xirurg operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davridayoq ehtimol tutilgan qiyinchiliklarni oldindan ko'ra bilishi kerak. Bu qiyinchiliklar shartli ravishda og'riqsizlantirishning turi, qon ketish ehtimoli, operatsiya shoki yoki hayotiy muhim a'zolarining shikastlanish ehtimoli bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Operatsiyaga tayyorgarlik davrida rejali operatsiyalar quyidagicha ajratiladi: 1) olis, 2) yaqin oradagi va 3) bevosita operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri. Masalan, olis operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida bemorda buqoq yoki tug'ma yurak kasalligi bo'lsa sanatoriy davosi qo'llaniladi, bodomsimon bez va chirigan tishlar sanatsiya qilinadi. Yaqin oradagi operatsiyaga

tayyorgarlik ko‘rish davrida (7—15 kun davomida) somatik sistemaning umumiy holati yaxshilanadi, bevosita operatsiyaga tayyorgarlik ko‘rish davrida esa sanitariya ishlovi o‘tkaziladi, qovuq va to‘g‘ri ichak bo‘shatiladi.

Bemorni ruhan tayyorlash. Xirurgik operatsiya ruhiy jihatdan sog‘lom kishilarning u yoki bu darajada ruhan ezilishiga sabab bo‘ladi. Buni bartaraf etish yoki kamaytirishning uddasidan chiqilsa, bu bemorni operatsiyaga tayyorlashga ham, operatsiyadan keyingi natijalarga ham yaxshi ta‘sir ko‘rsatadi. Tibbiyot xodimi bemorning asab sistemasini butun davolanish davrida, ayniqsa, yaqin orada bo‘ladigan operatsiyaga tayyorgarlik ko‘rish davrida avaylab-asrashi zarur. Bu davrda bemorda bo‘lajak operatsiya bilan bog‘liq qo‘rquv va ishonchsizlik paydo bo‘ladi, salbiy kechinmalar yuzaga keladi, ko‘pdan ko‘p savollar tug‘iladi. Bularning barchasi organizm reaktivligini pasaytiradi.

Operatsiyaga tayyorgarlik ko‘rish davrida bemor bilan shifokor o‘rtasidagi aloqa, ayniqsa, kuchayadi. Shifokorning bemorni operatsiya yaxshi tugashiga ishontira olish qobiliyati hamda davolash usuli bemorga yangidan yangi kuch bag‘ishlaydi. Og‘ir, tuzatib bo‘lmaydigan kasalliklarda (masalan, xavfli o‘sma kasalliklarida) shifokor ongli ravishda haqiqatni bemordan yashiradi, aks holda bemor sog‘ayib ketishiga bo‘lgan so‘nggi umidini ham yo‘qotadi va kasallik yanada tezlik bilan avj ola boshlaydi.

Operatsiyaga tayyorgarlik ko‘rish davrida uyqusizlikka va og‘riqqa qarshi kurash muhim ahamiyatga ega. Shu maqsadda uyqu, asabni tinchlantiruvchi (trankvilizatorlar) va og‘riqsizlantiruvchi dori-darmonlar (analgin, promedol, omnopon, morfin) qo‘llaniladi. Bemorning sog‘ayishga o‘zini o‘zi ishontira olishi, shuningdek, sog‘ayishi haqiqat ekaniga ishontira bilish va tibbiy gipnoz katta ahamiyatga ega. Belgilangan operatsiya kunini bolalarga va his-tuyg‘uga tez beriladigan bemorlarga bildirmagan ma‘qul. Bunday bemorlarga narkoz berishni palatadayoq yoki operatsiya xonasidan oldingi xonada (operatsiyaga tayyorlanish xonasida) boshlash maqsadga muvofiq.

Barcha hollarda operatsiyaga bemorning roziligini olish zarur. Agar bemor hushini yo‘qotgan yoki ruhiy kasallik tufayli muayyan javobni bera olmasa, u holda jarrohlik yo‘li bilan davolash masalasi shifokorlar konsiliumi yo‘li bilan hal etiladi.

RENTGENOLOGIK TEKSHIRISH USULLARI

Rentgenologik usulda tekshirish ambulatoriya va statsionar sharoitida ko'p ishlatiladi. Uning rentgenoskopik va rentgenografik turlari bo'lib, odatda, bir-birini to'ldirib keladi. Bemorga rentgenologik tekshirishni taklif qila turib qanday axborot olinishi kerakligini shifokor aniq bilishi, tekshirish natijasi rentgenolog bilan kelishilgan holda va rentgenolog bilan birgalikda izohlanishi kerak. Rentgenologik tekshirishga zarurat ko'proq patologiya xususiyatlarini aniqlash uchun rivojlanish nuqsonlariga, o'sma va poliplarga gumon qilinganda tug'iladi. Ichak tutilishi belgisi bor bolalarda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining umumiy rentgenografiyalarida bir tekisda shishganligi, ayrim hollarda esa ichak ichida suyuqlikning gorizontalsathi ko'zga tashlanadi. Bu belgini aniqlash umumiy rentgenogramma ma'lumotlarini to'ldirib, keyingi tekshirishlarga hojat qoldirmaydi va nurlanishni kamaytiradi. Umumiy rentgen tasvirida doimo yo'g'on ichak holati to'liq ko'zga tashlanmaydi, bunday hollarda tekshirishning **rentgenkontrast** usullaridan foydalaniladi (bariyli huqna yoki havo kiritish yo'li bilan). Tekshirish arafasida bemorni tayyorlashda tozalovchi yoki sifon huqnalar vositasida ichakni imkoni boricha axlatdan to'liq tozalash kerak bo'ladi. Kechasi to'g'ri ichakka 50—100 ml isitilgan vazelin moyi yoki sovun eritmasini kiritish ham yaxshi tozalovchi vosita hisoblanadi.

Kontrastlash uchun quyuq bariyli pasta suyultirilib, Esmarx idishiga yoki Jane shprisiga solinadi. Kontrast moddaning miqdori bola yoshi va yo'g'on ichakning kengayish darajasiga ko'ra har xil bo'ladi. Taxminiy miqdor bolalarga 50—700 ml, kattalarga 1000—2000 ml. Bunda bemorning chanog'i ko'tarilgan holda o'ng tomonga yonbosh holatda yotqiziladi. To'g'ri ichakka 4—6 sm chuqurlikda haydovchi nay tiqib, u orqali past bosimda oz-ozdan kontrast modda yuboriladi. Bariy eritmasining o'tishi nazorat ekran orqali har xil proyeksiyalarda olib boriladi. Bunda yo'g'on ichak har bir qismining joylashgan o'rni, uning o'lchamlari, patologik jarayon gumon qilingan joylar to'laroq o'rganiladi.

Fistulografiya va **irrigografiya** ayrim murakkab sharoitlarda bir vaqtning o'zida qo'llanilishi mumkin. Ular birgalikda ajratib qo'yilgan ichak holati, uning qo'shni a'zolar bilan o'zaro munosabatlari to'g'risida to'liq tushuncha beradi.

Urologik a'zolari qo'shimcha rentgenologik tekshirish usullari.

Anorektal soha anomaliyalari 40—45% hollarda siydik yo'llari nuqsonlari bilan qo'shilib kelishi tufayli, rivojlanish nuqsonlarini tashxislashda siydik yo'llarini ham rentgenologik tekshirishdan o'tkazish lozim bo'ladi. Bunday hollarda urologik tekshirishning ahamiyati beqiyosdir. Bolalar va kattalarda yo'g'on ichak va siydik yo'llari qo'shilganligi gumon qilinsa, qo'shimcha uretrosistografiya o'tkazilishi lozim. Buning uchun ingichka rezina naycha uretraga kiritilib, barmoq bilan ushlab turgan holda naycha orqali 15—20 ml isitilgan kontrast modda sekin uretraga yuboriladi. Kontrastning yarmi yuborilgach, rentgen tasviri olinadi (ko'tariluvchi uretrografiya). Qovuq to'lganidan so'ng holatini o'zgartirmay turib bolaga siyish taklif qilinadi va ikkinchi tasviri olinadi (tushuvchi uretrografiya).

ENDOSKOPIK TEKSHIRISH USULLARI

Rektoromanoskopiya (proktosigmoidoskopiya) endoskopik tekshirish usullari ichida eng keng tarqalgan va qulay usul hisoblanadi. Rektoromanoskopiya, odatda, to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish hamda rektal oynalar bilan tekshirish imkoni bo'lmaydigan darajada chuqurdagi qismini o'rganish uchun ishlatiladi. Uni qo'llashga zarurat ko'proq orqa chiqaruv teshigidan qon kelganida, qabziyatda, axlat xususiyatlari o'zgarganda, ichak yarasi, shilliq qavat shikastlanishi va poliplar gumon qilinganida tug'iladi.

Tekshirishga tayyorlash. Chaqaloqlar va emizikli bolalarda tekshirishdan 20 va 30 daqiqa oldin 50—150 ml qaynagan suv bilan ikki marta tozalovchi huqna qilinib, to'g'ri ichakka gaz chiqaruvchi nay kiritiladi. Bolalar va kattalarda muolaja arafasida kechqurun va ertalab 1,5—2 soat ilgari 500—1500 ml suv bilan tozalovchi huqna qilinib, 20—30 daqiqadan keyin yon teshikli haydovchi nay tiqiladi.

Kolonofibroskopiya — yo'g'on ichak qismining shilliq qavatini to'liq tekshirish, undan biopsiya olish va lozim bo'lganda davo tadbirlarini o'tkazishga imkon beradigan usuldir. Uning yordamida qon to'xtatish, poliplarni kuydirish mumkin. Kolonoskopiya o'tkazishga asosiy ko'rsatmalarga: ichakdan qon ketishi, rektoromanoskopiya polip aniqlanmasa, yarali kolit kiradi.

Tekshirishga tayyorlash. Tekshiruvdan bir kun oldin bemorga 15 — 20 ml kanakunjut yog'i yoki forlaks kukuni ichiriladi,

tekshiruvga 1 va 2 soat qolganda 400—500 ml suv bilan 2 marta tozalovchi huqna qilinib, 15 daqiqa oldin spazmolitik dorilardan yuboriladi. Maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda kolonofibroskopiya ftorotan yoki ketalar narkozi ostida o'tkazish kerak. 6—12 yoshdagi bolalarda og'riqsizlantirish bemorning ruhiy emotsional holatiga qarab o'ziga xos hal qilinadi. Muolajani atropin va promedol primedikatsiyasidan keyin o'tkazish o'rindidir. Zaruriyat tug'ilganda bu yoshdagi bolalarda ham qisqa muddatli umumiy anesteziya o'tkaziladi. Katta bemorlar odatda narkozsiz tekshiriladi. Xuddi rektoromanoskopiyadagidek shilliq qavatni mufassal o'rganish kolonoskop nayini chiqarish vaqtida amalga oshiriladi.

ULTRATOVUSHLI TEKSHIRUV

Ultratovushli tekshiruv (UTT) boshqa bir necha kasalliklarda yuqori informativ usul hisoblanadi. UTT orqali parenximatoz va bo'shliq a'zolari tekshirish katta ahamiyat kasb etadi. Buning uchun bemorga yoshiga mos ravishda ikki sutka oldin faollashgan ko'mir beriladi va tekshirish oldidan kechqurun va ertalab tozalovchi huqna qilinadi. Tos bo'shlig'i a'zolarini UTT tekshirish uchun qovuq to'lgan bo'lishi shart. Bu manipulatsiyagacha bemorga 200—300 ml suyuqlik ichirish yoki kateter orqali qovuqqa furatsillin eritmasi yuborish zarur.

MAGNIT-REZONANSLI VA KOMPYUTER TOMOGRAFIYA TEKSHIRISH USULLARI

Bosh va orqa miya, ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i, siydik chiqaruv a'zolari, anorektal soha, tos bo'shlig'i va yo'g'on ichakdagi o'smasimon hosilalarni, murakkab nuqsonlarni, a'zolarining o'zaro anatomik munosabatini va operatsiyaga bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash va operatsiya usul va uslublarini tanlash uchun magnit-rezonansli tomografiyani (MRT) va kompyuter tomografiyani (KT) qo'llash xirurgiyada juda muhim diagnostik usul bo'lib xizmat qiladi. Shu maqsadda, hozirgi paytda xirurgik bemorlarni tekshirishda ko'proq 1,5-teslo skanerli MRT «SIEMENS ESSENZA» apparati qo'llaniladi (59-rasm).

Bundan tashqari, shu kecha-kunduzda qo'llanilayotgan zamonaviy texnologiyalar asosida ishlaydigan GENERAL ELECTRIC — GE HISPEED DUAL multispiral va multislaydli kompyuter



59-rasm. MRT «SIEMENS ESSENZA» apparati.

tomograf (MSKT) bolalar koloproktologiyasida yo‘g‘on ichakka aloqador yumshoq to‘qima hosilalarini, yo‘g‘on ichakning rotatsiyasi, fiksatsiyasi buzilishini, anomal nuqsonlarini, ichak divertikulozlarini, yarali kolit va Kron kasalligini aniqlashda va ularni bir-biridan farqlashda juda yuqori darajadagi diagnostik informatsiyalarni berish qobiliyatiga egadir (60-rasm).



60-rasm. Multispiral va multislaydli kompyuter tomograf.

Kompyuter tomograf kattalar va bolalarda suyakka (umurtqa, tos suyaklariga) aloqador patologiyalarni aniqlashda va ularni onkologik kasallardan farqlashda ko‘p ishlatiladi.

BEMORNING ME‘DA-ICHAK TIZIMINI RENTGENOLOGIK TEKSHIRUVGA TAYYORLASH

Bunga rentgenkontrast moddalarni qizilo‘ngach, me‘da, o‘n ikki barmoq ichak, ingichka va yo‘g‘on ichaklar orqali yuborib rentgenologik tekshiruvdan o‘tkazish kiradi. Bunda tekshirishlar bemorning me‘da va ichagini axlat va yeldan xalos qilishga qaratilgan maxsus tayyorgarlikdan keyin amalga oshiriladi. Bemor tekshiruv arafasida dag‘al ovqat (qora non, kartoshka, bodom, o‘rik va boshqalarni) yemasligi kerak. Kechqurun va tekshiriladigan kuni ertalab tozalovchi huqna qilinadi. Tekshirish arafasida va shu kuni ichakda yel hosil bo‘lishi (meteorizm)ning oldini olish uchun surgu dorilari berilmaydi. Me‘dada ko‘p suyuqlik yig‘ilib qolganida uni bir necha kun davomida yuvib borish kerak. Ichilgan kontrast (dori) moddalar, odatda, yo‘g‘on ichakka bir kecha-kunduzdan keyin o‘tadi va shuning uchun uni huqna qilmasdan tekshirish kerak.

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

O‘T PUFAGI VA O‘T YO‘LLARINI RENTGENOLOGIK TEKSHIRISHGA TAYYORLASH

Xoletsistografiya yod ayrim birikmalarining qonga singib, ularning o‘t bilan ajralib chiqishi va o‘t pufagida yig‘ilishiga asoslangan.

Xoletsistografiya ikki usulda amalga oshiriladi: kechqurun bir marta va bo‘lib-bo‘lib kontrast tabletka holda qabul qilish yo‘llari. Odatda, bu maqsadda yopagnost, osbil, xolevit va boshqa dorilar ishlatiladi.

Xolegrafiya — o‘t yo‘llarini rentgenologik tekshirish usulidir. Yuqoridagi tekshirishlar yaxshi natija berishida bemorlarni to‘g‘ri tayyorlashning ahamiyati katta. Tekshirishdan 15—20 soat va 1—1,5 soat oldin bemorga tozalovchi huqna qilinadi.

Bemorni rejali operatsiyaga tayyorlash. Rejali operatsiya o‘tkazish uchun majburiy va maxsus tekshirish usullari belgilanadi. Majburiy minimum tekshirishga ko‘zdan kechirish, palpatsiya,

auskultatsiya, shu bilan birga qon, siydik va axlatning umumiy tahlili, qon bosimini o'lchash, ayrim hollarda ko'krak qafasining umumiy rentgen tasviri, qon guruhi va rezus-omilni aniqlash kiradi. Keksa yoshdagi bemorlarni tekshirishda bu tekshirishlarga elektrokardiografiya va terapevtik tekshirish usullari qo'shiladi. Maxsus tekshirishlarda qonni tekshirish lozimligini inobatga olib, a) bakteriologik, serologik, b) biokimyo, d) morfologik tekshirishlar qilinadi. Shu jumladan siydikni tekshirishda Zimnitskiy-Amburje, Addis-Kapovskiy, Nicheporenko sinamalari, qand miqdorini aniqlash va biokimyoviy tekshirishlar qo'llaniladi.

Yurak-tomirlar sistemasini tekshirishda biror xil kasallik (yurak porogi, gipertoniya kasalligi va hokazo) aniqlanadi. Bemorlarda arterial bosim (ayrim hollarda venoz bosim ham), puls albatta o'lchanadi, elektrokardiografiya, oksigemometriya (qonning kislorodga to'yinishini aniqlash) va umumiy qon tahlili qilinadi. Birorta patologiya aniqlanganda shifokor bemorga kerakli dori-darmonlarni buyuradi va uni bartaraf qilish choralari ko'riladi.

Nafas a'zolarini tekshirishda yuqori nafas yo'llari katari, bronxit, o'pka yallig'lanishi bor-yo'qligini aniqlash va bular bo'lsa, operatsiyadan oldingi davrda bu yallig'lanish jarayonlarini yo'qotish kerak. Og'riqsizlantirish turini tanlashda O'TS (o'pkaning tiriklik sig'imi normada 3500—4500 ml) aniqlanadi. Shtange sinamasi (bemor maksimal nafas olganda qancha vaqt nafasni tutib tura olishi normada 40—50 soniya) va «g» simon sinamasi (o'shanning o'zi, biroq maksimal nafas chiqarganda normada 15—20 soniya) qilib ko'riladi. Murakkab operatsiyalarga, ayniqsa, o'pka va yurak operatsiyalariga tayyorlashda spiroografiya, yurak bo'shlig'ini zondlash va boshqa tekshiruvlar o'tkazish shart.

Hazm a'zolari. Og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirishga (sana-tsiyaga) — milkning yallig'lanishi, chirigan tishlarni oldirishga katta ahamiyat beriladi. Me'da-ichak yo'llarida birorta patologiya (gastrit, me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligi, kolit, bavo-sil va hokazo) aniqlanganda ular dori-darmonlar bilan davolanadi. Operatsiya umumiy narkoz ostida olib boriladigan hollarda jigar funksiyasini tekshirib ko'rish zarur (zardobning umumiy oqsili va uning fraksiyalari, Takata-Ara, timol va sulema sinamalari).

Siydik-tanosil sistemasi. Siydikning umumiy tahlili va Zimnitskiy sinamasi qilinadi, qoldiq azot aniqlanadi. Kerak bo'lganda urologik tekshirish o'tkaziladi. Bularga vena ichiga dori yuborib eks-

ketor urografiya, uretroma yuborib sistografiya yoki sistoskopiya qilish kiradi. Ayol bemorlar operatsiyadan oldin, albatta, ginekologik tekshiriladi. Patologiya topilganda tegishlicha davo olib boriladi. Operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrda qon ketish xavfi kuchayishi sababli hayz ko'rish davrida operatsiya qilinadi.

Qon va qon yaratish a'zolari. Operatsiyadan oldin qonning umumiy tahlilidan tashqari, qon oqish va qon ivish vaqti aniqlanadi. Murakkab operatsiyalardan oldin koagulografiya va tromboelastografiya qilinadi. Operatsiya vaqtida ham, operatsiyadan keyingi davrda ham bemorda qon ivishi pasayganda bemor hayoti uchun xavfli ko'p qon ketishi (gemofiliyada) kuzatilishi mumkin. Qonning ivish xususiyati oshganda trombozlar va emboliyalar paydo bo'lishi mumkin. Qonda yuz bergan o'zgarishlarni nazarda tutib, operatsiyagacha kerakli korreksiya qilinadi.

Nerv-psixik sfera. Bemor psixikasini ehtiyot qilish zarur, chunki unga ozor yetkazish asosiy kasallikning kechishini og'irlashtirishi mumkin. Ayrim bemorlar o'zlarida rak borligini bilgandan keyin ruhan eziladilar: ular o'ychan bo'lib qolishadi, ishtaha va uyquni yo'qotishadi.

Tibbiyot xodimining vazifasi bemorni tinchlantirish va unga tasalli berish. Unga bo'lajak operatsiyaning nechog'li zarurligini yaxshilab tushuntirish, operatsiyaning yaxshi natija bilan tugashiga ishontirish, misol tariqasida shunday operatsiyani boshidan kechirgan bemorlarning tuzalib ketgani to'g'risida so'zlab berish kerak. Tibbiyot hamshirasi biror holatni tushuntirishda davolovchi shifokorning gaplariga asoslanishi lozim. Ma'lumotlar bir-biriga to'g'ri kelmagan hollarda bemor tibbiyot xodimiga ishonmay qoladi. Kasallik tarixining bemor qo'liga tushib qolishiga aslo yo'l qo'ymaslik kerak, chunki maxsus bilimi bo'lmagan bemor undagi ma'lumotlarga tushunmay, o'zicha noto'g'ri xulosa chiqarishi mumkin.

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

YOSHI ULG'AYGAN VA KEKSA YOSHDAGI BEMORLARNI OPERATSIYAGA TAYYORLASHNING BA'ZI BIR XUSUSIYATLARI

Bemorlarni operatsiyaga tayyorlashning umumiy qonun-qoidalari ularning yoshidan qat'i nazar, hamma uchun bir xil, biroq organizmning kompensator imkoniyatlari kamayib ketishi va operatsiya jarohatiga qarshilik kuchining pasayishi sababli yoshi ulg'aygan va keksa kishilar birmuncha puxta tekshirishga hamda tegishlicha medikamentoz tayyorlanishga muhtoj bo'lishadi.

Keksa kishilarning nerv sistemasiga tez ozor yetadi va tibbiyot xodimining vazifasi uni avaylashdan iborat bo'ladi. Yoshi ulg'aygan kishilarning yurak-tomirlar sistemasida, ko'pincha, yoshga oid o'zgarishlar kuzatilib, qon aylanish yetishmovchiligi alomatlari bilan o'tadi. Ular, albatta, elektrokardiogramma qilinib, keyin terapevt maslahati o'tkaziladi, kardiotrop vositalar tayinlanadi. Ularda aksariyat pnevmoskleroz va o'pka emfizemasi kuzatiladi. Jigar va buyraklarda ma'lum o'zgarishlar sodir bo'ladi. Bularning hammasi kasallikning kechishini ancha og'irlashtiradi va operatsiyadan oldingi tayyorgarlik muddatini uzaytirib yuboradi.

Yoshi ulg'aygan bemorlarning ichak funksiyasi yetarli bo'lmaganidan aksari qabziyatdan nolib yuradilar. Operatsiyadan oldin ularga tegishli yumshoq parhez ovqatlar tayinlanadi, vaqti-vaqtida tozalovchi huqna qilinadi. Bemorga iliq dush xonasida sanitariya ishlovi o'tkaziladi. Vannaga tushishi buyurilgan bo'lsa, suvning harorati 36—37°C dan oshmasligi kerak. Organizmning qarshilik kuchi kamayganligini hisobga olib sovqotishdan asrash lozim.

Bunday bemorlarga barbituratlarni ehtiyotlik bilan buyurish kerak (nafas markazi ishining pasayishi, jigar va buyrak funksiyasining buzilishi). 60 yoshdan oshgan kishilarga dori vositalarini buyurishda yuqori dozani emas, balki kattalarga beriladigan umumiy dozaning 3:4—1:2 qismini qo'llash lozim. Bunday kishilarga narkotik vositalarni tanlash ham g'oyat qiyin. Morfin nafas buzilishiga sabab bo'lgani uchun uni yuborish tavsiya qilinmaydi. Buning o'rniga pantopon va promedol qo'llagan ma'qul.

HOLSIZLANGAN BEMORNI OPERATSIYAGA TAYYORLASHNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

O'pka, me'da-ichak yo'llarining uzoq davom etadigan surunkali kasalliklarida bemorlar organizmining himoya kuchlari anchagina kamayganligi, ozib ketish, organizmning suv-elektrolit balansi

buzilishi, anemiyalar sababli qator hollarda juda og‘ir ahvolda bo‘ladilar. Bunday ahvol operatsiyadan so‘ng shok paydo bo‘lishiga, jarohatning yaxshi bitmasligiga va boshqa a‘zolarida asoratlar avj olishiga moyillik tug‘diradi. Bunday bemorlarga takroran qon quyiladi, B₁₂, C, A vitaminlari, 40% li glukoza eritmasi, temir preparatlari, kempolon, antianemin tayinlanadi. Organizm suvsizlanganda 1,2—3 litr fiziologik eritma, Ringer-Lokk yoki 5—10% li glukoza eritmalaridan quyish buyuriladi. Yurak ishi susayganda yurak glikozidlari, kamfora, kordiamin qo‘llaniladi.

Bemor juda ozib ketganda va odatdagi usulda ovqatlantirib bo‘lmaganda *oziqlantiruvchi huqnalar* buyuriladi. Avval ichaklarni tozalash maqsadida oddiy tozalovchi huqna qilinadi. Yo‘g‘on ichak orqali suv, osh tuzi, glukoza va spirtgina so‘rilishi mumkinligini esdan chiqarmaslik kerak, shuning uchun oziqlantiruvchi huqna tarkibiga 0,85% li osh tuzi eritmasi, teng miqdorda olingan 5% li glukoza va 4—5% li spirtli eritma 37—40°C gacha isitilib, sutkasiga 2 litrgacha yuboriladi. To‘g‘ri ichak orqali aminopeptid, polidez va boshqa standart eritmalarini yuborish mumkin.

Biroq, bunday hollarda parenteral ovqatlantirishni qo‘llash yaxshi. Shu maqsadda venaga 300—500 ml dan albumin, protein, kazein gidrolizati va qon o‘rnini bosadigan boshqa suyuqliklar, 40% li glukoza eritmasi insulin bilan birga venaga yoki teri ostiga yuboriladi. Vitaminlar kompleksini qo‘llash zarur. Yog‘ preparatlaridan introlipid va lipofundin yog‘ emulsiyalari qo‘llaniladi.

BOLALARNI OPERATSIYAGA TAYYORLASH XUSUSIYATLARI

O‘rta tibbiyot xodimining kasal bolaga g‘amxo‘rlik qilib, uni qunt bilan parvarish qilishi bolaning tez sog‘ayib ketishiga imkon beradi.

Bolalarda operatsiya o‘tkazish uchun ota-onasi yoki qarindoshlarining yozma roziligini olish shart. Ularga operatsiyaning xususiyati, og‘ir-yengilligi, xavfi, shuningdek, qanday natija bilan tugashi mumkinligini tushuntirish lozim. Ota-onasi yo‘qligida kechiktirib bo‘lmaydigan operatsiya qilishga zarurat tug‘ilganda bu qoidaga amal qilinmaydi. Bunday holatlarda kamida ikki kishidan iborat shifokorlar konsiliumi operatsiya qilish-qilmaslik masalasini hal qilib kasallik tarixiga yozib qo‘yiladi. Kasalxonaning bo‘lim mudiri va bosh shifokoriga qanday qarorga kelinganligi to‘g‘risida xabar qilinadi.

Operatsiyaga tayyorlash kasallikning turiga, bemorning yoshi va umumiy ahvoriga bog‘liq. Murakkab operatsiyalardan oldin funksional diagnostika usullaridan foydalanib batafsil tekshirish o‘tkazish lozim. Bemorni operatsiyaga tayyorlashda psixologik omilning roli katta. Bu masalada ota-onalar va tarbiyachilar yordam berishi kerak.

Ko‘krak yoshidagi bolalar operatsiyadan bir kun oldin kech soat 10 gacha odatdagicha ovqatlantiriladi. Kattaroq yoshdagi bolalarga yengil kechki ovqat yeyishga ruxsat etiladi. Operatsiyadan 3 soat oldin bemorga shirin choy berish mumkin. U ikki soatdan so‘ng so‘rilib ketadi va qusishga sabab bo‘lmaydi. Bemorni operatsiyaga tayyorlash uchun surgi dorilar tayinlanadi. Tozalovchi huqna bir kun avval kechqurun va operatsiya kuni ertalab qilinadi.

Bemorni shoshilinch operatsiyaga tayyorlash

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

Qabulxona bo‘limida bemor ahvolidning og‘ir-yengilligiga va operatsiyaning nechog‘li shoshilinch sur‘atda o‘tkazilishiga ko‘ra, to‘liq yoki qisman sanitariya ishlovi o‘tkaziladi. Shoshilinch hollarda bemorning kiyimlari yechiladi, tanasining ifloslangan sohalari bint bilan artiladi, tuk-junlari qirib tashlanadi. Bemorning me‘dasi to‘lib ketgan taqdirda undagi modda zond bilan chiqariladi. Huqna qilinmaydi. Siydik ajratish qiyinlashgan bo‘lsa, kateter bilan chiqariladi, odatdagi hollarda esa bemorni mustaqil siyishi kifoya qiladi.

Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun oddiy va murakkab etalon test namunalari

T/r	Savol	Javob
1.	Operatsiya kuni tozalovchi huqna qilish shartmi?	ha
2.	Operatsiya kuni ertalab bemorga oz miqdorda ovqat bersa bo‘ladimi?	yo‘q
3.	Rejali operatsiyani kasalni to‘liq tekshirmasdan qilish mumkinmi?	yo‘q

4.	Yoshi 60 dan oshgan bemorni garchand yuragi bezovta qilmasa-da rejali operatsiya uchun EKG qilish shartmi?	ha
5.	1 yoshli bolaga rejali operatsiya uchun EKG qilish shartmi?	yo‘q
6.	Teridagi oddiy lipomani olish uchun chuqur tekshirishlar o‘tkazish maqsadga muvofiqmi?	yo‘q
7.	Agar bemor ertalab faqat choy ichgan bo‘lsa, 3—4 soatdan keyin operatsiya qilish mumkinmi?	ha
8.	O‘tkir appenditsitda tozalovchi huqna qilish shartmi?	yo‘q
9.	O‘tkir ichak tutilishini bartaraf qilishda to‘liq chuqur biokimyoviy tekshirishlar o‘tkazish shartmi?	yo‘q
10.	O‘tkir xoletsistitda me‘dani operatsiyadan oldin yuvish shartmi?	yo‘q
11.	Bemorni operatsiyaga tayyorlash uchun huqna qilishda nimalar lozim bo‘ladi: a) balloncha; b) qaynatib sovitilgan suv; d) tuvak; e) hammasi.	e
12.	O‘tkir appenditsitda bemorni operatsiyaga tayyorlash uchun nima qilish lozim: a) me‘dani yuvish; b) huqna qilish; d) choy ichirish; e) hech narsa bermaslik va operatsiyani tezlashtirish.	e

1.9. OPERATSIYADAN KEYINGI DAVR

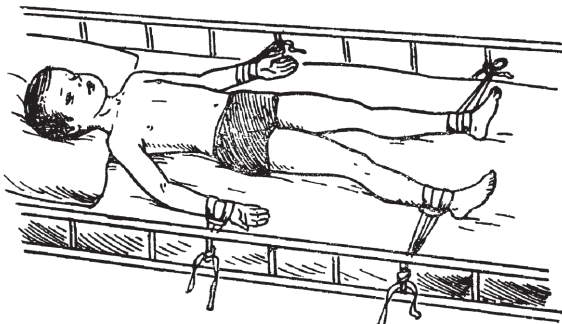
Bemorning operatsiyadan keyin tuzalib, kasalxonadan uyiga javob berilguncha bo‘lgan davr operatsiyadan keyingi davr deb ataladi. Operatsiyaning og‘ir-yengilligiga, hajmi va bemorning umumiy ahvoriga ko‘ra bu davr bir necha kundan bir necha oygacha cho‘zilishi mumkin. Xirurgik operatsiyaning natijasi ko‘p jihatdan operatsiyadan keyingi davrning qanday o‘tkazilganligiga bog‘liq bo‘ladi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarish qilishda o‘rta tibbiy xodimning o‘rni katta. Bunda shifokor ko‘rsatmalarini to‘g‘ri va o‘z vaqtida bajarish hamda bemorga yaxshi parvarish qilish uning tezroq sog‘ayib ketishi uchun imkon yaratib beradi.

Bemorni operatsiya xonasidan boshqa xonaga o'tkazish. Bemorni operatsiya xonasidan operatsiyadan keyingi palataga anesteziolog va tibbiy hamshira sanitarka bilan birgalikda olib o'tadi. Bunda bemorga qo'shimcha jarohat yetkazmaslik, yiqilmasligi, bog'lamning surilib ketmasligi, gips bog'lamining sinib qolmasligi kabi ehtiyot choralariga katta e'tibor beriladi. Buning uchun bemor operatsiya stolidan olinib aravachaga yotqiziladi. Zambil qo'yilgan aravachaning bosh tomoni karavotning oyoq tomoniga to'g'ri burchak ostida qo'yiladi. Bemorni boshqa vaziyatda olib yotqizilsa ham bo'ladi. Buning uchun zambilning oyoq tomoni karavotning bosh tomoniga qo'yiladi va bemor karavotga olinadi.

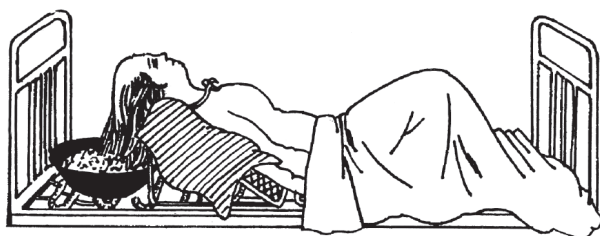
Hozirgi vaqtda umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladigan o'ta murakkab operatsiyalardan keyin bemorlar 2—4 kunga reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi. Keyinchalik bemorning tuzalish darajasiga qarab umumiy ahvoli yaxshilanishi bilan operatsiyadan keyingi yoki umumiy palataga o'tkaziladi.

Odatda, bemorga qulay vaziyat yaratish imkonini beradigan funksional karavotlar qo'yiladi. Karavotga toza choyshab yoziladi, choyshab ostiga kleyonka solinadi. Bolalarni karavotga yotqizishda operatsiya jarohatiga qo'yilgan bog'lam va drenajlarni yulib olinmasligi va tinch yotishini ta'minlash uchun operatsiyadan keyingi davrda qo'l-oyog'i bog'lab qo'yiladi (61-rasm). Bemorni karavotga yotqizishdan oldin qo'l-oyog'i isitgichlar bilan isitiladi. Lozim bo'lganda og'ir ahvoldagi bemorning boshi, oyog'i va oraliq sohasi yuvib turiladi (62-rasm).

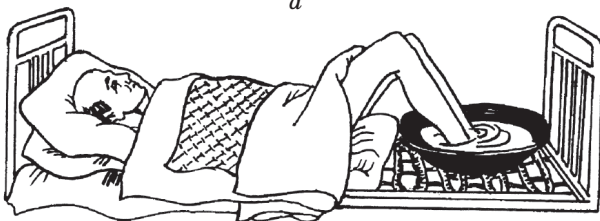
Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar ko'p terlaydi, shunga ko'ra uning ich kiyimlarini tez-tez almashtirishga to'g'ri keladi. *Ichki kiyimlarni* yechish muayyan tartibda, ya'ni avval ko'ylakning



61-rasm. Bemor bolani karavotga bog'lab qo'yish.



a



b



d

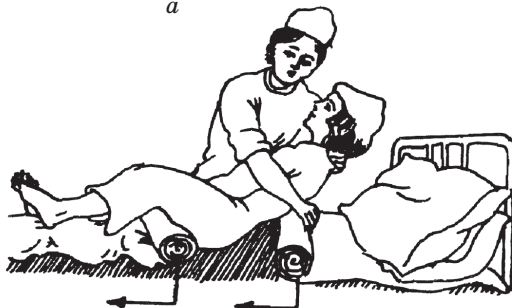
62-rasm. Og'ir ahvolda yotgan bemorlarni parvarishlash:

a — sochni; b — oyoqni yuvish va vanna qilish; d — oraliq sohasini yuvish.

orqa etagini ehtiyotlik bilan tortish va boshni chiqarib ko'krakka tushirishdan iborat bo'ladi. So'ngra ichki kiyimning yenglarini oldin sog'lom qo'ldan, keyin kasal qo'ldan yechiladi. Bemorga ko'ylak kiydirish teskari tartibda, ya'ni avval kasal qo'lga, so'ngra sog'lom qo'lga, undan keyin boshdan o'tkazib yelkaga tortiladi va burmalari to'g'rilanadi. Bemorning choyshabi kir bo'lganda almashtirish kerak. Buning uchun bemor karavotda yonboshiga buriladi va ozroq chetga suriladi. Choyshabning bo'sh turgan yarmi bemorning yelkasiga qadar yig'ishtiriladi. To'shakning bo'shab



a



b

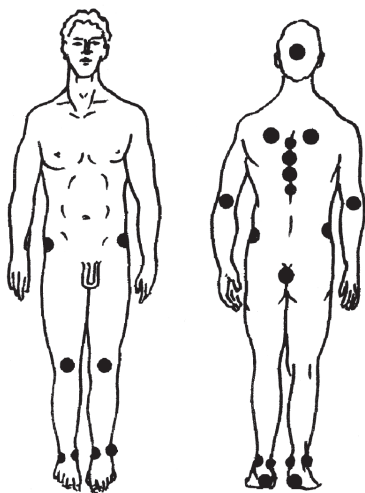


d

63-rasm. Bemor choyshabini almashtirish bosqichlari.

qolgan qismiga esa toza choyshab rulon shaklida yoziladi va bemorni birlamchi holatga aylantirib, toza choyshabga chalqanchasiga yotqiziladi. Kir choyshab qolgan joyidan boshlab tugal yig'ishtiriladi, tozasi esa tekis qilib uning o'rniga to'liq to'shaladi. (63-rasm, a, b, d).

Yotoq yaralar paydo bo'lishiga yo'l qo'ymaslik (64-rasm) uchun bemorni choyshabga o'ralgan, ichiga havo damlangan rezina chambarga yotqizish mumkin yoki vaqti-vaqti bilan bemorning karavotdagi holati o'zgartirib turiladi. Bemorning ustiga adyol yopib qo'yiladi, ammo juda ham issiq qilib o'rab-chirmash yaramaydi.



64-rasm. Yotoq yara hosil bo'lishi mumkin bo'lgan sohalalar.

Bemorlarni kuzatish va parvarish qilish. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni kuzatishda tibbiyot hamshirasining tutgan o'rni katta. Bunda hamshira asosiy funksional ko'rsatkichlar: puls, nafas, arterial bosim, harorat, ichilgan suv va ajratilgan siydik miqdori, plevra yoki qorin bo'shlig'idan yig'ilgan suyuqlik miqdorini yozib borishi lozim bo'ladi.

Bundan tashqari, bemorning shikoyatlarini ham inobatga olish lozim. Bemorning yuz qiyofasiga (oqargan, tetik), terisining rangiga (oqargan, qizargan, ko'kar-

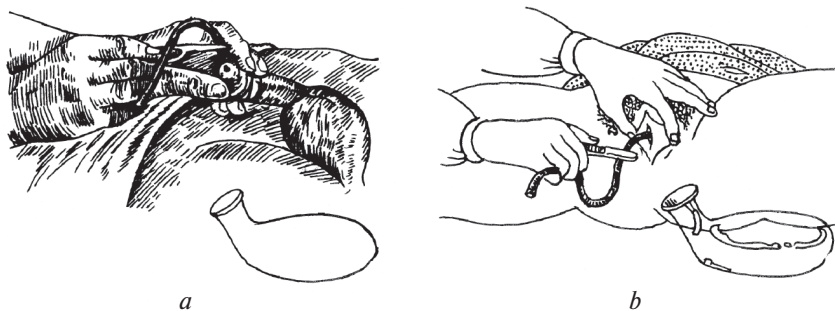
gan) va ushlab ko'rilganda ularning haroratiga ahamiyat berish zarur. Tana haroratini albatta o'lchab turish (pasaygan, normal, oshgan), bemorni muntazam ravishda umumiy ko'zdan kechirib borish lozim. Eng muhimi bemor organizmidagi a'zo-sistemalarning holati ustidan sinchiklab kuzatib turish lozim. Bemorlarni o'z to'shagida vaqtida sudno qo'yib (65-rasm) siydirish, sifonli huqna qilish yoki qovuqqa kateter qo'yish (66-rasm) lozim bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarga nazoratni to'g'ri va aniq uyushtirish turli xil asoratlarning oldini olishga qaratilgan eng yaxshi chora-tadbir hisoblanadi.

Yurak-tomirlar sistemasining ishi to'g'risida puls, arterial bosim va terining tusiga qarab xulosa chiqariladi. Pulsning sekinlashishi va tarangligining oshishi. Bunday holatlarda miya shishi va miyaga qon quyilishi yoki meningit sababli markaziy nerv sistemasini faoliyatining buzilganligi oqibatida yurak daqiqasiga 40—50 marta uradi. Arterial bosimning pasayib ketishi va terining oqarishi bilan bir qatorda *pulsning tezlashishi va sekinlashishi* (daqiqasiga 100 martadan ko'p) ikkilamchi shok rivojlanganda yoki qon ketganda yuz berishi mumkin. Agar xuddi shunday manzara to'satdan paydo bo'lsa, bu holda bemorda o'pka arteriyasi tromboemboliyasi borligi to'g'risida fikr yuritish mumkin. Bu patologiyada bemor bir necha soniya ichida halok bo'lishi mumkin. Shokka qarshi tadbirlar



65-rasm. Bemorga sudno qo'yish.



66-rasm. Qovuqni kateterlash: *a* — erkaklarda; *b* — ayollarda.

o'tkazish (qon va qon o'rnini bosadigan suyuqliklar quyish, yurak va tomirlar tonusini oshiradigan vositalar) ikkilamchi shok profilaktikasi va davosining asosi hisoblanadi.

Nafas a'zolari. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda operatsiya sohasi qayerdaligidan qat'i nazar og'riq, bemorning majburiy holatni egallashi hisobiga nafas ekskursiyasi kamayishi va bronxlardagi shilliq moddalar yig'ilib qolishi (balg'amning yetarlicha ajralmasligi) hisobiga o'pka ventilatsiyasi kamayishi sodir bo'ladi. Bu holat o'pka yallig'lanishiga va o'pka yetishmovchiligiga olib keladi.

Bularning oldini olish uchun tibbiy hamshira yordamida bemorlarning erta faol harakat qilishi, davo fizkulturasi, massaj, muntazam ravishda kislorod ingalatsiyasi berish, antibiotiklar bilan davolash, vaqti-vaqtida balg'am ajratib turishiga sharoit yaratish operatsiyadan keyingi davrda kelib chiqishi mumkin bo'lgan zotiljam va uning yetishmovchiligiga qaratilgan profilaktika hisoblanadi.

Hazm a'zolari. Har qanday operatsiya, u hatto hazm a'zolarida o'tkazilmagan bo'lsa-da hazm a'zolari funksiyasiga salbiy ta'sir qiladi. Ya'ni markaziy nerv sistemasining tormozlovchi ta'siri, bemorning kam harakat qilishi asosida hazm a'zolari harakatida muayyan disfunktsiya holati yuzaga keladi. Hazm a'zolari funksiyasi buzilishini bemorning tili qurishi orqali bilib olish mumkin. Bunda *tilning quruqligi* — organizmning suyuqlik yo'qotganligidan, suv almashinuvining buzilishidan; *tilning toq qo'ng'ir karash* bilan qoplanishi — etiologiyasi turlicha bo'lgan peritonit yoki me'da-ichak yo'llari parezidan; *tilning oq karash* bilan qoplanishi hazm jarayonining buzilishidan dalolat beradi.

Og'iz quriganda, og'iz bo'shlig'ida yoriqlar paydo bo'lganda soda eritmasi bilan (bir stakan suvga 1 choy qoshiq); 2% li borat kislotasi eritmasi; vodorod peroksid (1 stakan suvga 2 choy qoshiq) va 1:400 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi bilan og'izni chayish va artish, glitserin surtish tavsiya qilinadi. Og'iz quruq bo'lishi stomatit yoki parotitda (quloq oldi bezining yallig'lanishi) ro'y berishi mumkin. Bunda so'lak ajralishini kuchaytirish maqsadida choyga limon qo'shib beriladi. Og'ir ahvoldagi bemorlarni operatsiyadan keyingi davrda parenteral oziqlantirish juda muhim bo'lib, kattalarda va bolalarda burun-me'da zondi (67-rasm) va gastrostom zondi (68-rasm) orqali amalga oshiriladi.

Ko'ngil aynishi va qusish narkozdan keyin, ichak tutilishi, peritonit oqibatida, organizmning zaharlanishi natijasida yuz

Vishnevskiy mazi surtilgan bog'lamlar qo'yiladi. Nekrotik to'qimalarni kesish yaxshi natija beradi. Ich bo'shlagandan so'ng bemorning ostini yuvish zarur. Ayollarni ichi kelmagan bo'lsa ham har kuni tagini yuvish shart.

OPERATSIYADAN KEYINGI DAVRDA BEMORNI OVQATLANTIRISH

Ovqatlanish operatsiyaning hajmi va og'ir-yengilligiga bog'liq.

1. Me'da-ichak operatsiyalaridan keyingi dastlabki kunlarda bemor umuman enteral ovqatlantirilmaslgi mumkin, so'ngra unga ballast moddalari cheklangan ovqat (bulon, kisel, qotgan non va boshqalar), stol №1A yoki stol №1B tayinlanadi. Keyinchalik bemor umumiy stolga (№15) o'tkaziladi. Sut berish mumkin emas.

2. Me'da-ichak yo'llarining yuqori qismidagi (qizilo'ngach, me'da) operatsiyalardan so'ng dastlabki 2 kun ichida bemorga og'iz orqali hech narsa berilmaydi. Parenteral usulda ovqatlantiriladi: teri ostiga va venaga qon o'rnini bosadigan turli xil suyuqliklar, glukoza, qon yuboriladi, oziqlantiruvchi huqnalar qilinadi. 2—3-kundan boshlab stol № 0 (bulon, kisel), 4—5-kundan stol № 1A (qotgan non qo'shiladi), 6—7-kundan stol № 1B (bo't-qasimon ovqat)ga, 10—12-kundan asoratlar bo'lmaganda bemorni umumiy stolga (№ 15) o'tkaziladi.

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

4. Yo'g'on ichakdagi operatsiyalardan so'ng 4—5 sutkagacha bemorning ichi kelmaydigan sharoitlar yaratish zarur. Bemorga kletchatkasi kam ovqatni suyuq holda beriladi.

5. Og'iz bo'shlig'idagi operatsiyalardan so'ng burun orqali zond kiritiladi va bemorga zond orqali suyuq ovqat (bulon, qaymoq, sut, kisel) beriladi.

6. Me'da-ichak yo'llariga aloqador bo'lmagan operatsiyalardan so'ng bemorga dastlabki 1—2 kun ichida stol № 1A yoki № 1B, keyinchalik stol № 15 buyuriladi.

7. Yuqorida keltirilgan operatsiyadan keyingi davrda bemor bolani ovqatlantirishni ko'krak yoshidan oshgan bolalarda qo'llash

maqsadga muvofiq. Ammo ko'krak yoshidagi bolalarda esa yuqorida ko'rsatilgan stollar o'rniga ona suti, sun'iy oziqlantiruvchi aralashma, glukoza eritmasi va suv beriladi.

Operatsiyadan keyin bemorning o'rnidan turishi. Bemorning o'rnidan turishiga faqat shifokor ruxsat beradi. Hozirgi vaqtda operatsiyaning og'ir-yengilligiga va xususiyatiga ko'ra bemorni faollashtirish maqsadida erta, 2—3-kuni o'rindan turishi va sekin yurishi tavsiya qilinmoqda. Bolalarda esa iloji boricha erta faollashtirish yaxshi natija beradi.

Choklarni qoldirish muddatlari va uni olish texnikasi. Kichikroq operatsiyalardan keyin (appendektomiya, churrani kesish) choklar 7—8-sutkada olinadi. Qorinni (me'da rezeksiyasi, xolestsistektomiya), ko'krak qafasini (pulmonektomiya, lobektomiya) kesib ochish bilan bog'liq bo'lgan operatsiyalarda 9—10-sutkada olinadi. Xavfli o'smalar sababli qilingan operatsiyalardan keyin choklarni olish 12—14-sutkalargacha qoldiriladi, chunki bunday bemorlarda to'qimalar regeneratsiyasi sekinlashgan bo'ladi. Bolalarda esa chok kattalarga qaraganda 1—2 kun erta olinadi.

Choklar maxsus asboblardan yordamida olinadi. So'ngra u yerga yod surtiladi. Chokning bir uchidan dastlab pinset bilan tortiladi va teri ostidan ipning to'qimalarda turgan qismi, ya'ni chok materialining oq qismi olinadi va shu sohadan chok qaychi yoki skalpel bilan qirqib olib tashlanadi. Operatsiya maydoniga yana yod eritmasi surtilib, aseptik bog'lam bog'lanadi.

BOLALARNI OPERATSIYADAN KEYIN PARVARISH QILISH

Kichikroq, ayniqsa, mahalliy anesteziya orqali o'tkazilgan operatsiyalardan so'ng bemorni umumiy palataga yotqizish mumkin. Chaqaloq bola onasiga beriladi. Katta operatsiyalardan so'ng bola reanimatsiya tadbirlari o'tkazish imkonini beradigan apparatlar bilan jihozlangan operatsiyadan keyingi maxsus palataga yotqiziladi.

Bolalar sovuqqa chidamsiz bo'ladi, shunga ko'ra operatsiya xonasida ham, operatsiyadan keyingi palatada ham havo harorati 20—22°C bo'lishi kerak. Oy-kuniga yetmay tug'ilgan va chaqaloq bolalarga maxsus palatalar ajratish zarur, ularda harorat 22—26°C atrofida saqlanishi kerak. Havo harorati 34—37°C bo'lgan ochiq yoki yopiq kyuvezlardan foydalanish maqsadga muvofiq.

Narkoz berib bajariladigan operatsiyadan soʻng dastlabki soatlarda bolani chalqancha yotqizish tavsiya etiladi. Kollaps roʻy berishi ehtimoli borligidan gavdaning yuqori qismini birdaniga koʻtarishdan ehtiyot boʻlish va boshni yon tomonga burish kerak.

Qusishdan soʻng ogʻizni paxta tampon bilan artish lozim. Operatsiyadan keyingi kuni gavdaning yuqori qismini 30°C li burchakka koʻtariladi. Parvarish xususiyatlari operatsiyaning turiga va ogʻir-yengilligiga bogʻliq. Yurak, shox tomirlar, oʻpka, qiziloʻngachdagi operatsiyalardan soʻng bolalar reanimatsiya palatasida dastlabki 1—2 kun shifokorlik posti tashkil qilinadi.

Bemorga qoʻyilgan bogʻlamni doimo tekshirib borish zarur. Oraliq va qorinning pastki sohasidagi jarohatda nam oʻtkazmaydigan materiallar, jumladan kleyonka, polixlorvinil parda va boshqalardan keng foydalanib, alohida ehtiyot choralarini koʻrish lozim. Bolalar ulardan tezroq qutulishga urinib, baʼzan uni olib tashlashlari mumkin. Shuning uchun drenaj naychalar va doimiy kateterlarni, ayniqsa, diqqat bilan kuzatib borish zarur.

Ogʻriqni yoʻqotish uchun barbituratlar buyuriladi, bular ayni vaqtda bolalarni tinchlantiradi va uyqusini yaxshilaydi. Narkotik dori-darmonlar esa juda zarur holatlardagina qoʻllaniladi. Mahalliy anesteziya orqali oʻtkazilgan operatsiyalardan keyin turiga qarab shifokor maslahati boʻyicha oz miqdorda qoshiqlab suv yoki shirin choy ichirishga ruxsat etiladi. Umumiy narkozdan soʻng va bemor qusmayotgan boʻlsa, 4—6 soatdan keyin suv ichirish mumkin.

Bemorga operatsiyadan 6—8 soat oʻtgach ovqat bera boshlanadi. Ovqatning tarkibi va miqdori bolaning yoshiga, kasallikning va operatsiyaning turiga bogʻliq. Suv-tuz va oqsil almashinuvini tiklash, yetarli miqdorda vitaminlar bilan taʼminlashning ahamiyati juda katta. Yel chiqishi uchun bir necha kun surunkasiga toʻgʻri ichakka gaz haydovchi naycha qoʻyiladi. Ayniqsa, bu kichik yoshdagi bolalarda koʻp qoʻllaniladi. Har qanday ogʻir operatsiyalardan keyin, ayniqsa, koʻkrakdagi operatsiyalardan soʻng kislorod qoʻllash zarur boʻladi.

Gipertermiya. Bolalar yoshining ahamiyati shundaki, yosh bolalarda, hatto, kichikroq operatsiyalardan keyin harorat 40—41°C gacha koʻtarilib ketishi mumkin. Gipertermiyaning bir necha turi farq qilinadi. Bularga, konstitutsional jismoniy harakatdan keyingi tashnalik isitmasi, serebral, davriy isitma, infeksiya isitmasi va boshqalar kiradi.

Rangpar gipertermiya sindromi (Ombredan sindromi), ayniqsa, xavfli. Operatsiyadan, hatto, kichik operatsiyalardan so'ng bir necha soat o'tgach, og'riqsizlantirishning turidan qat'i nazar, harorat 40—41°C gacha ko'tarilishi mumkin. Bunda yuz oqarib ketadi, keskin kollaps ro'y berib, bolani o'limga duchor qiladi. *Davosi* boshga, jigar sohasiga, son tomirlariga va buyraklarga muzli xaltacha qo'yishdan iborat. Uy haroratidagi suv bilan to'g'ri ichak asta-sekin takror yuviladi, ventilator bilan sovitiladi. Venaga 5% li sovitilgan glukoza eritmasi, mushaklar orasiga bemorning har 1 yoshiga 0,1 ml hisobida 50% li analgin eritmasi 1% shuncha miqdordagi dimedrol eritmasi bilan birga yuboriladi.

Talvasa tutishi. Talvasa tutishga moyillik operatsiya qilingan bolalar uchun xos belgi hisoblanadi. Talvasa tutishi gipoksiya, novokain dozasining oshirib yuborilishi, miya po'stlog'i harakat sohasining geksenal yoki tiopental bilan ta'sirlanishi, haroratning yuqoriligi, kalla suyagi ichiga qon quyilishi, gipergidratatsiya oqibatida sodir bo'lishi mumkin.

O'tkir nafas yetishmovchiligi, ko'pincha, yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi oqibatida, kamroq hollarda esa markaziy nerv sistemasi tomonidan yuzaga keladi.

Simptomlari: kuchli bezovtalanish, labning ko'kimtir tusga kirishi, ko'p terlash, nafas olish yoki nafas chiqarishda diafragmaning keskin harakati, nafas olishda bo'yinning qo'shimcha mushaklari, og'iz bo'shlig'i tubining qatnashuvi, qovurg'alararo bo'shliqlarning ichga tortilishi, nafas olishning to'satdan to'xtab qolishi va boshq.

Profilaktikasi qusuq massasidan aspiratsiya bo'lishi oldini olish, burun-halqumdan shilimshiqni muntazam tozalab turish, kiritiladigan suyuqlik miqdorini doimo kuzatib turish, vaqti-vaqtida kislorod berib turish va daqiqasiga 20—22 martadan og'izdan og'izga usulida sun'iy nafas berishdan iborat.

O'tkir yurak-tomir yetishmovchiligi operatsiya qilingan bola ahvolining tobora yomonlashib borishi bilan ifodalanadi. Loqaydlik va tevarak-atrofdagi voqealarga qiziqishning yo'qolishi, buning ustiga og'riqqa reaksiyaning yo'qligi, barmoq uchlarining ko'kimtir tusga kirishi, pulsning ipsimon va yumshoq bo'lishi, arterial bosimning pasayishi, terining kulrang tusga kirishi, yurak tonlarining to'mtoqlashishi yurak-tomir yetishmovchiligi belgilaridir. Bu belgilar paydo bo'lishi bilanoq tomirga qo'llaniladigan dori-darmonlar, yoshga qarab kordiamin, efedrin yuboriladi, kislorod beriladi, bolaning boshi past qilib qo'yiladi.

Yurak to‘xtab qolganda yoki uning faoliyati birdaniga sustlashganda yopiq massaj qilinadi. Bu muolaja yurakning, to‘shning orqa sathi va umurtqa pog‘onasi oldingi sathi o‘rtasining bosilishini ta‘minlashi kerak. Buning uchun kichik yoshdagi bolalarda yopiq massajni bajarayotgan shaxs to‘rttala barmog‘ining kaft yuzalari bilan to‘shning uchdan bir pastki qismini 1—2 sm interval bilan ritmik turtkisimon bosadi. 8 yoshdan oshgan bolalarda biri ikkinchisining ustiga qo‘yilgan ikkita qo‘l kaftlari bilan bosiladi. Odatda, yopiq massaj sun‘iy nafas oldirish bilan sinxron ravishda olib boriladi.

Qon ketishi tashqi va ichki bo‘lishi hamda bevosita alomatlar bilan ifodalanishi mumkin. Bevosita alomatlari — operatsiya jarohatidan qon ketishi, traxeobronxial daraxtdan qon kelishi, siydik va axlatga qon aralashib tushishidir. Teri qoplamlari va ko‘rinib turadigan shilliq pardalarning oqarib qolganligi, muzdek ter chiqishi, taxikardiya, arterial bosimning pasayib ketishi bilvosita alomatlar jumlasiga kiradi. Barcha hollarda ham hamshira qon ketishining o‘zi payqagan belgilari to‘g‘risida shifokorni xabardor qiladi.

Oliguriya, anuriya — siydik chiqishining kamayishi yoki to‘xtab qolishidir. Bu siydik miqdorining keskin kamayib ketishi yoki aylanib turgan qon hajmining sezilarli darajada kamayib qolganidan yoki buyraklarning zararlanganidan darak beradi.

Bolalarga operatsiyadan keyingi parvarishning o‘ziga xos xususiyatlari. Yuz va bo‘yinda qilingan operatsiyalardan keyin choklarning yaxshi turganiga va operatsiya qilingan joyning toza holda saqlanayotganiga katta e‘tibor beriladi.

Bolaning qo‘llari jarohat batamom bitib ketgunicha karavotga bog‘lab qo‘yiladi yoki tirsak bo‘g‘imlari sohasiga yengil gips, yo bo‘lmasa fanera shinalari qo‘yib qo‘yiladi, shunga ko‘ra bola qo‘llarini tirsak bo‘g‘imlaridan buka olmaydigan va choklarga zarar yetkaza olmaydigan bo‘ladi.

Yuqori lab tirtiqiligi operatsiya qilinganda bolani sog‘ib olingan ko‘krak suti yoki operatsiyadan ilgari unga berib turilgan sut aralashmasi bilan qoshiqlab ovqatlantirib boriladi. Sut bilan ovqatlantirib bo‘linganidan keyin har safar og‘izda sut qolmasligi uchun 2—3 choy qoshiq qaynagan suv berib turiladi. Jarohatga ochiq qoldirilgan holda bog‘lamlar qo‘ymasdan turib davo qilib boriladi.

Operatsiyadan keyin 2 hafta o‘tgach, bolani ko‘krak berib emizishga yoki shprisdan ovqatlantirishga kirishiladi. Tanglayi ochiq qolganligi tufayli qilingan operatsiyada bola bir oy davomida faqat

suyuq ovqat ichib turadi. Ovqatdan keyin har safar bolaga, albatta, og'izni chayib tashlash taklif etiladi. Buni uddalay olmaydigan bolalarga og'zida ovqat zarralari qolib ketmasligi uchun qaynagan suv ichiriladi.

Ko'krak qafasi organlarida qilingan operatsiyalardan keyin nafas yetishmasligining oldini olish birinchi darajali vazifa bo'lib hisoblanadi. Ayni vaqtda bemorning o'rnidagi vaziyati katta rol o'ynaydi. Bola narkozdan uyg'onganidan keyin darrov qaddini ko'tarib yarim o'tiradigan holatga keltirib qo'yiladi, lekin ba'zida kasal yonboshi bilan yotqizib qo'yiladi. Har bir holda shifokor hamshiraga tegishli yo'l-yo'riqlarni beradi.

Nafas yo'llarida to'planib qolgan shilimshiqni bolalar yo'talib yaxshi chiqarib tashlay olmaydi, shu sababli so'rib oladigan moslamalar yordamida shilimshiqni faol ravishda so'rib olib tashlab turish zarur bo'ladi. Mana shu muolajani hamshira shifokor buyurganiga qarab har 20—30 daqiqada muntazam bajarib boradi. Bundan tashqari, ingalatsiyalar, ko'krak qafasini tebratadigan (vibratsion) uqalash buyuriladi. Vibratsion uqalash ko'krak qafasining o'pka turadigan sohalarga to'g'ri keladigan joylarini ko'krak qafasiga qo'yilgan chap qo'l panjasi ustidan o'ng qo'l mushtumi bilan bir maromda tukillatib urishdan iborat. Gorchichniklar, banka, balg'am ko'chiradigan miksturalardan foydalanish o'rinli.

Pnevmotoraks va gemotoraksning oldini olish uchun plevra bo'shlig'iga odatda drenaj qo'yilib, uning uchi elektr yoki suv oqimning kuchi bilan so'rib oladigan moslamaga ulanadi (faol drenaj) yoki klapanli rezina uchlik kiygizilib, antiseptik suyuqligi bo'lgan flakonga botiriladi.

YOSHI ULG'AYGAN VA KEKSA YOSHDAGI BEMORLARNI OPERATSIYADAN KEYIN PARVARISHLASH

Bu guruhdagi bemorlar o'pka asoratlariga moyil bo'ladilar, shuning uchun operatsiyaning birinchi kunidan asoratlarning oldini olish uchun quyidagi profilaktik choralar ko'riladi: o'ringa qaddini baland qilib yotqizish, u yonboshidan bu yonboshiga aylantirishni ertaroq boshlash, ko'krakka galma-galdan banka va gorchichniklar qo'yish, traxeobronxial shoxlarni yaxshi drenaj qiladigan nafas gimnastikasi o'tkazish va hokazo. Yoshi ulg'aygan kishilar organizmi kislorod tanqisligiga g'oyat sezuvchan bo'ladi, shunga ko'ra ularga nam kislorod bilan nafas oldirish lozim.

Tromblar hosil bo'lishiga moyillikning operatsiyadan keyin ortishi qayd qilinadi, bu qonning ivish xususiyati ustidan doimo kuzatib turishni talab etadi. Ko'p miqdordagi suyuqlikni tez kiritish elastikligi kam tomirlar o'zani va yurakning bo'limlariga og'irlik qiladi. Shu munosabat bilan tuzli eritmalar, qon, qon o'rni bosadigan suyuqliklar venaga asta-sekin tomchilab quyiladi.

Teri ostiga suyuqlik yuborishni ham ehtiyotlik bilan bajarish kerak, chunki yoshi ulg'aygan bemorlarda suyuqlik yomon so'riladi va uni ko'p miqdorda tez yuborish to'qimalar ezilishiga, bu esa teri qismlarining jonsizlanishiga olib kelishi mumkin. Shunga ko'ra suyuqlikni asta-sekin, unga gialuronidaza preparatlarini qo'shib va shu sohaga issiq grelka qo'yib tomchilab yuboriladi.

Keksalarda operatsiya jarohatining subyektiv sezgisiz va simplarsiz yiringlashi ko'proq kuzatiladi. Shuning uchun bog'lamni tez-tez almashtirib turish tavsiya etiladi. Vitaminlar buyuriladi. Badan terisini yaxshi parvarish qilmaslik tez orada yotoq yaralar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi va ular keksa kishilarda tez tuzalmaydi.

OPERATSIYADAN KEYIN YUZ BERADIGAN ASORATLAR

Qon ketishi operatsiyadan keyin qon oqishini to'xtatish yetarlicha bo'lmasligi, qon tomirdan ligatura surilib tushishi va qon ivishining buzilishi natijasida ro'y beradi. Agar qon ketishi birinchi ikki holat tufayli kelib chiqsa, bemor operatsiya stoliga darhol qaytadan yotqiziladi va jarohat ochilib sinchiklab ko'zdan kechiriladi va qon oqishi uzil-kesil to'xtatiladi. Qonning ivish xususiyati buzilganda antikoagulantlar, kalsiy xlorid, vikalol, aminokapron kislotasi, yangi sitrat qon va boshqalar qo'llash lozim bo'ladi.

Hiqildoqning shishishi aksariyat endotraxeal narkozdan keyin paydo bo'ladi. Bunda tovush bo'g'iq bo'lib chiqadi yoki butunlay yo'qoladi, nafas olish va chiqarish qiyinlashadi, bezovtalik oshib boradi, nafasda qo'shimcha mushaklar qatnasha boshlaydi. Bu xatarli asoratning profilaktikasi narkoz berishni texnik jihatdan to'g'ri o'tkazish hisoblanadi.

Davosi antigistamin preparatlardan dimedrol, pipolfen, suprastin; shishga qarshi dorilardan kalsiy xlorid, gidrokortizon qo'llash; mentol, sodali eritma, nam kislorod bilan ingalatsiya qilish, ko'krakka gorchichniklar, oyoqqa isitgichlar qo'yish hisoblanadi. Konservativ davo foyda bermagan taqdirda traxeostomiya qo'yiladi.

O'pka shishi. O'tkir yurak-tomirlar yetishmovchiligi va o'pka qon dimlanib qolishi bo'g'ilish xuruji bilan xarakterlanadi. Bo'g'ilish xurujida nafas olish ham, nafas chiqarish ham qiyinlashadi, bu holat bemorda o'lim vahimasi bilan kechadi. Bunda bemor, odatda, majburiy holatni egallaydi, oyoqlarini pastga tushirib o'tiradi, terisining rangi ko'kimsiz tusda bo'ladi, ter bosadi, nafas olish va puls keskin tezlashadi. Xuruj quruq yo'tal yoki ko'pikli balg'am ajralishi bilan o'tadi.

Birinchi yordam ko'rsatishda operatsiya hamshirasi bemorni o'tqazib, oyoqlarini o'rindan tushirib qo'yishi, kislorod ingalatsiyasini ta'minlashi lozim. Venaga 0,5 ml 0,05% li strofantin eritmasi yoki 1 ml 0,06% li korglikon eritmasi 20 ml osh tuzining izotonik eritmasi yoki 5% li glukoza eritmasi bilan yuboriladi. Shu vaqtning o'zida 2 ml (40 mg) laziks yuboriladi. Shular bilan birga 10 ml 24% li eufillin eritmasini birga qo'llash yaxshi natija beradi. Zarurat bo'lganda qon olinadi (500 ml gacha) yoki oyoq-qo'lga venoz jgutlar qo'yiladi.

Parotit — quloq oldi bezining yallig'lanishi aksariyat operatsiyadan keyingi davrda darmonsizlangan va yoshi ulg'aygan kishilarda paydo bo'ladi. Ko'pincha og'iz orqali ovqatlanmagan yoki suyuq ovqat ichadigan bemorlarda chaynov mushaklari funksiyasi yo'qolib, so'lak bezlari sekretsiyasi buziladi. Bu esa og'iz bo'shlig'ida mikroblar rivojlanishiga va ularning so'lak yo'l-lari orqali bezga o'tishiga sharoit yaratadi. Bunda bezning ikkalasi yoki bittasi yallig'lanadi. Bez og'riydi, shishadi, og'izni ochish, chaynash, gaplashish qiyin bo'lib qoladi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashib, harorati ko'tariladi.

Parotit profilaktikasi uchun so'lak bezlari funksiyasini quvvatlab turishga e'tibor berish; og'izni limon bo'lakchasi bilan artish, og'izni kuchsiz antiseptik eritma bilan chayib turish, til ostiga 1% li pilokarpin eritmasidan 3—4 tomchidan kuniga 3 mahal tomizish lozim.

Davolashda mahalliy isituvchi kompresslar, kontrikalni 20000—30000 TB dan venaga tomchilab yuborish, fizioterapiya muolajalari, kasallikning boshlang'ich davrida antibakterial preparatlar tayinlash lozim. So'lak bezi yiringlab ketganda kesiladi va yiringdon bo'shliq drenaj qilinadi.

Operatsiyadan keyingi pnevmoniya aksariyat ko'krak qafasidagi va qorin bo'shlig'ining yuqori bo'limidagi a'zolar operatsiyalaridan so'ng paydo bo'ladi. Operatsiyadan keyin bemorlar operatsiya jaro-

hatidagi og‘riq hisobiga yuzaki nafas oladilar va yo‘talib balg‘am ajratishdan qo‘rqadilar. Bu esa nafas yo‘llarida balg‘am tutilib qolishiga va natijada organizm zaiflashib, o‘pka yallig‘lanishiga olib kelishi mumkin. Bemorlarda pnevmoniya paydo bo‘lganda harorat ko‘tariladi, umumiy ahvol va nafas olish qiyinlashadi, yo‘tal paydo bo‘ladi, o‘pkada nam xirillagan tovush eshutiladi.

Bunday asoratlarning oldini olish maqsadida bemorni faollashtirish, o‘z vaqtida balg‘amni ajratib turish, nafas gimnastikasi bilan shug‘ullanish zarur bo‘ladi. Bundan tashqari, og‘riq qoldiradigan vositalarni o‘z vaqtida yuborish, teri ostiga 2 ml 20% li kamfora eritmasi yuborish, banka va gorchichnikni ko‘krak qafasiga qo‘yish, kislorod hidlatish va nafas yo‘llariga soda bilan ingalatsiya qilish lozim.

Davolash umumiy davo usullarini qo‘llash, ya‘ni sulfanilamidlar, antibiotiklar, kamfora preparatlari, banka, balg‘am ko‘chiruvchi vositalar va boshqalardan iborat.

Operatsiyadan keyingi peritonit aksariyat qorin bo‘shlig‘idagi kovak a‘zolarida choklarning yetishmovchiligi sababli sodir bo‘ladi. Hamshira bu xatarli asoratni o‘z vaqtida aniqlay bilishi va bu haqda shifokorga xabar berishi lozim. Bu asorat bemorlarning qornida to‘satdan o‘tkir og‘riq paydo bo‘lishi, ba‘zan esa og‘riq sohasi aniq bo‘lishi, umumiy ahvol yomonlashishi, harorati ko‘tarilishi, puls tezlashishi, kuchli tashnalik, ko‘ngil aynishi, qusish, qorinning oldingi devoridagi mushaklar taranglashishi bilan kechadi. Keyinchalik zaharlanishning kuchayishi jarayonida qorindagi og‘riq biroz kamayishi mumkin, ammo bemor qayt qiladi, ichi to‘xtab, yel chiqmay qo‘yadi. Ichaklar dam bo‘lib, diafragma ko‘tariladi, nafas olish qiyinlashadi, yurak ishi buziladi. Organizm suvsizlanadi, yuz qiyofasi o‘tkirlashadi, ko‘zlar ichiga botadi. Zaiflashgan bemorlarda klinik manzara birmuncha boshqacha o‘tishi mumkin.

Davosi bemorni darhol qayta operatsiya qilish va undan keyin diqqat bilan parvarish qilishdan iborat.

Operatsiyadan keyingi psixoz. Zaiflashgan va astenik bemorlar operatsiyadan keyin, ko‘pincha, psixoz holatida bo‘lishi mumkin. Ularda qo‘zg‘algan holat kuchli harakat qilish, gullutsinatsiya, alahlash, me‘yoriy harakatning buzilishi tariqasida namoyon bo‘ladi. Ba‘zan kasal karavotdan sakrab tushishi, bog‘lamlarni yechib tashlashi, o‘ziga va atrofidagi kishilarga tan jarohati yetkazishi mumkin. Bunday holatlarda bemorga tushuntirish, uni yotqizish va tinchlantirish hech qanday foyda bermaydi. Shuning uchun bemorning terisi ostiga aminazinning 2,5% li 1—2 ml

eritmasi yuboriladi yoki xloralgidratning 4% li eritmasi bolalarga 20 ml dan, kattalarga 50 ml gacha huqna qilinadi.

Psixiatr maslahati tashkil etiladi va bemor nazorat ostiga olinadi. Ba'zan psixoz holatlar operatsiyadan keyingi zaharlanish, operatsiya chokklarining yetishmasligi kabi asoratlarni natijasida bo'lishi mumkin. Bu asoratlarni o'z vaqtida bartaraf qilish bemordagi psixoz holatlarning yo'qolishiga olib keladi.

Tromboembolik asoratlarni. Operatsiyadan keyingi tromboz, ya'ni qonning quyuqlashishiga venalarning varikoz kengayishi, qon ivishining buzilishi, qon oqimining sekinlashishi, qon kasalligiga chalingan organizmning kuchli suvsizlanishi va qon tomirlarining shikastlanishi sabab bo'ladi. Vena trombozga uchraganda va yallig'langanda tromboflebit kelib chiqadi. Venalari varikoz kengaygan shaxslar, ayniqsa, semiz, zaiflashgan, ozg'in, zaharlangan, onkologik bemorlar va ko'p tuqqan ayollar trombozga moyil bo'ladi.

Tromboflebit yuza va chuqur venalarda (boldir va chanoq) yuzaga kelishi mumkin. Yuza venalar tromboflebiti uchun, ko'pincha, o'sha sohadagi mushaklarning charchashi va og'rishi xarakterli hisoblanadi. Bu sohadagi to'qimalarda yallig'lanish, infiltratsiya, terining ipsimon qizarishi va haroratning ko'tarilishi kuzatiladi. Boldirning chuqur venalari tromboflebiti uchun esa oyoqdagi shish, chuqur venalar sohasidagi og'riq va haroratning ko'tarilishi xarakterli klinik belgilardir. Shuningdek, oyoqdagi tutash shish, chanoq a'zolari palpatsiya qilingandagi og'riq va haroratning ko'tarilishi ham shu kasallikka xos belgi hisoblanadi.

Birlamchi yordam. Tromboemboliya qon oqimi bilan o'pka arteriyasiga yetib borib tiqilib qolishi va to'satdan o'lim yuz berishi mumkin. Shuning uchun bunday asoratlarning oldini olishda bemorlarning o'rindan turmasligini va tinch yotishini ta'minlash lozim. Agar shunday yo'lni kichikroq embol bosib o'tsa, o'pka arteriyasi asosidan o'tib o'pka infarktini keltirib chiqarishi mumkin. Bu ko'krakdagi o'ziga xos og'riq, nafas qisishi, qon tuflash va pnevmoniya klinikasi tariqasida kechadi.

Tromboflebitga mahalliy davo qilish moy-balzamli bog'lamlar qo'yish (Vishnevskiy mazi), oyoqni baland qilib qo'yishdan iborat (Beler shinasi, bolish). Qon ivishini susaytiradigan dori-darmonlar, antikoagulantlar yoki fibrinolizin kabi antibakterial preparatlar qo'llaniladi. Ularni qo'llashda qon ivish ko'rsatkichlari tahlillar asosida dinamik ko'rish bilan aniqlanadi. Tromboflebitni davolashda antibakterial preparatlar qo'llaniladi.

**Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun
oddiy va murakkab etalon test namunalari**

T/r	Savol	Javob
1.	Bemorni operatsiya xonasidan shifokor ruxsatiz palataga olib ketish mumkinmi?	yo'q
2.	Og'ir kasallar uchun yotoq yaraning oldini olish zarurmi?	ha
3.	Keksa bemorlarni operatsiyadan keyin doimiy parvarishlash lozimmi?	ha
4.	Operatsiyadan keyin keksalarda pnevmoniya profilaktikasi uchun parvarishlash mavsumga bog'liqmi?	yo'q
5.	Meteorizmdagi peritonik huqna uchun 0,9% li natriy xlor eritmasini qo'llash mumkinmi?	yo'q
6.	Paraneural blokada uchun 1% li novokainni ishlatish mumkinmi?	yo'q
7.	O'pka operatsiyasidan keyin kasal parhez tutishi mumkinmi?	ha
8.	Operatsiyadan keyingi palataning harorati chaqaloqlar uchun 27 °C bo'lishi mumkinmi?	yo'q
9.	Umumiy narkozdan keyin kasalga suv berish mumkinmi?	yo'q
10.	Ichak operatsiyasidan keyin to'g'ri ichakka nay qo'yish lozimmi?	yo'q
11.	Operatsiyadan keyingi zotiljamning oldini olish uchun nimalar qilish kerak: a) nafas gimnastikasini doimo bajarish; b) vibromassaj; d) shar puflash; e) hammasi to'g'ri.	e
12.	Parvarishlash lozim bo'lgan og'ir xirurgik kasallikni belgilang: a) yotoq yara; b) pnevmoniya; d) anemiya; e) hammasi to'g'ri.	a

1.10. SHIKASTLANISH SINDROMI

Shikastlanish yoki travma deb, organizmga tashqi agentlarning (mexanik, termik, kimyoviy va boshqa) birdan o'ta kuchli ta'siri natijasida a'zo va to'qimalarning anatomik butunligi hamda fiziologik jihatdan funksiyasi buzilishiga aytiladi. Bu patologik holat kasal organizmining mahalliy va umumiy javob reaksiyasi bilan har xil simptom va sindromlar tariqasida kechadi.

Shikastlangan bemorlarni tekshirish xususiyatlari. Shifokor kelguncha birinchi yordam ko'rsatish va davo muolajalarini bir-muncha samarali o'tkazish uchun tibbiyot hamshirasi shikastlangan bemorda quyidagi tekshirish usullarini bilib olishi lozim. Buning uchun hamshira bo'g'imdagi harakatlar hajmini maxsus asbob-uglomer bilan aniqlaydi va uning patologik holatini daraja bilan qayd qiladi. Uglomer branshlari oyoq yoki qo'l o'qi bo'ylab qo'yiladi, uglomer o'qi esa shu bo'g'imning aylanish o'qiga muvofiq joylashtiriladi. Hisob oyoq yoki qo'lning dastlabki vaziyatiga nisbatan olinadi. Dastlabki vaziyat deganda, tana va oyoq-qo'l-larning erkin vertikal vaziyatida bo'g'imning holati (chanoq-son va tizza bo'g'imlari uchun 180°, boldir-tovon bo'g'imi uchun 90° burchak) tushuniladi.

Sagittal tekislikdagi harakat *bukish* va *yozish* deb yuritiladi. Bunda oyoq va qo'l panjasi uchun *oyoq-kaft*, *kaft orqasi* va *kaftni bukish* degan so'zlarni qo'shish lozim.

Frontal tekislikdagi harakatlar *uzoqlashtirish* va *yaqinlashtirish* deb ataladi.

Bilak-panja bo'g'imida harakat (bukish) *ulnar* (bilak suyagi tomoniga) bo'lishi mumkin. Bo'ylama o'q atrofidagi harakatlar *tashqi* va *ichki rotatsiya* nomi bilan yuritiladi.

Bo'g'imlarda harakatchanlikning buzilish darajasi quyidagi tushunchalar bilan ifodalanadi:

- 1) *ankiloz* — bo'g'imning butunlay harakatsiz bo'lib qolishi;
- 2) *rigidlik* — bo'g'imda siljish harakatlarining 5° dan oshmasligi;
- 3) *kontraktura* — bo'g'imda harakatchanlikning cheklanishi.

Cheklanishlardan tashqari, bo'g'imlarda ortiqcha *harakatchanlik* kuzatiladi. Bu, ko'pincha, boylam apparati buzilganda va cho'zilganda ro'y beradi.

Patologik harakatchanlik deb, bo‘g‘im bo‘lmagandagi (singan, soxta bo‘g‘im) harakatchanlikka aytiladi.

Oyoq-qo‘llarning uzunligi va aylanasini o‘lchash uchun santimetrli lenta ishlatiladi. O‘lchashda kasal soha, albatta, sog‘lom simmetrik soha bilan taqqoslanadi. Solishtirma o‘lchashda suyak do‘nglari tanish nuqtalari bo‘lib xizmat qiladi.

Yelka uzunligi kurakning akromial o‘sig‘idan to yelkaning tashqi do‘ngligi ustidagi joygacha aniqlanadi. Bilak uzunligi yelkaning tashqi do‘ngligi ustidan to bigizsimon o‘siqqacha aniqlanadi. Qo‘lning uzunligi akromial o‘siqdan kaft yuzasi bo‘ylab uchinchi barmoq oxirigacha aniqlanadi.

Oyoq uzunligi yonbosh suyakning oldingi ustki o‘sig‘idan ichki to‘piqqacha, son uzunligi katta ko‘st bilan tizza bo‘g‘imining bo‘g‘im yorig‘igacha, boldir uzunligi bo‘g‘im yorig‘idan tashqi to‘piqqacha aniqlanadi. Mushak kuchi, odatda, gavdaning qarama-qarshi tomonidagi kuch bilan taqqoslanadi va maxsus asbob-dinamometr bilan o‘lchanadi.

TRAVMATIZM VA UNING OLDINI OLISH HAQIDA TUSHUNCHA

Travmatizm deganda, travma (shikastlanish)ga olib kelgan holatlarning sabablari tushuniladi. Shikastlanishning yuz bergan sharoitlar va joyiga ko‘ra:

1. Ishlab chiqarishga aloqador bo‘lmagan:

a) transportdan shikastlanish (temiryo‘l, avtomobil, tramvay):

b) piyoda yurishda yuz beradigan;

d) maishiy;

e) sport;

f) boshqa shikastlar.

2. Ishlab chiqarish shikastlari (sanoat, qishloq xo‘jaligi).

3. Harbiy shikastlar tafovut qilinadi.

Bunday bo‘linish shu turdagi shikastlanishning sababini va sharoitlarini aniqlash imkoniyatini beradi.

Travmatizm turlarini hisobga olib, uning oldini olish choralari ishlab chiqiladi va ular quyidagi tadbirlardan iborat:

1. Mehnat va xavfsizlik texnikasini to‘g‘ri tashkil etish.

2. Ishlovchilarning shaxsiy xavfsizligini ta‘minlash.

3. Ko‘cha harakati qoidalariga rioya qilish va hokazo.

BOSH MIYA SHIKASTLANISHLARI

Lat yeyish bosh va yuzning yumshoq to'qimalariga to'mtoq narsa bilan urilganda sodir bo'ladi. Bunda teri va teriosti to'qimasi o'ziga xos tuzilganligi sababli shikastlangan tomirlardan chiqqan qon har tomonga tarqalmay, lat yegan qismda to'planib qontalash—gematoma hosil qiladi.

Klinikasi. Lat yegan sohada o'smasimon hosila, bolalarda esa «g'urra» — do'nglik paydo bo'ladi. Yuzning yumshoq to'qimalari, ayniqsa, ko'z kosasi lat yeganda teri ko'k-qo'ng'ir tus oladi va, ko'pincha, u bir tomonlama bo'ladi, buni kalla asosi singanda kuzatiladigan ko'zoynak simptomidan ajrata bilish zarur. Qontalash keyinchalik ko'k-sarg'ish, yashilroq-sariq rangga aylanib, asta-sekin so'rilib yo'qolib ketadi.

Davosi. Davo konservativ usulda olib boriladi. Buning uchun, avvalo, jarohat olgan joy yoki a'zoga harakatsiz holat beriladi. Keyin sovuq narsa qo'yiladi va bosib turuvchi bog'lam bog'lanadi. Agar gematoma katta bo'lsa, uni punksiya qilib, to'plangan qon shpris bilan so'rib olinadi. Agar gematoma sohasida pulsatsiya sezilsa yoki u kattalashib keta boshlasa, operatsiya qilinib gematoma ochiladi, qonayotgan tomir bog'lanadi va kesilgan teri tikiladi.

Yuz va boshning yumshoq to'qimalari jarohatlarining o'ziga xos xususiyatlaridan biri sohaning qon bilan yaxshi ta'minlanishi natijasida ko'p qon oqishidir. Sochi uzun kishilar sochining bir qismi bironta mexanizmning harakatdagi qismiga tushib qolganda sidirilgan (skalplangan) jarohatlar kuzatilishi mumkin. Bunda boshning yumshoq to'qimalari sochlar bilan birga kalladan butunlay sidirilib tushadi.

Birinchi yordam va davosi. Birinchi yordamdan asosiy maqsad hodisa ro'y bergan joyda zudlik bilan qon oqishini to'xtatish hisoblanadi. Buning uchun kichik jarohatlarda bosib turuvchi bog'lamning o'zi kifoya qiladi. Yirik arterial tomirlar shikastlanganda tomirni uning yo'li bo'yicha bosish va shikastlangan kishini xirurgik statsionarga zudlik bilan olib borish zarur. Tashqi chakka arteriyasi shikastlanganda uning quloq suprasi oldi sohasi bosiladi, tashqi jag' arteriyasi shikastlanganda paski jag' chekkasidan 1—2 sm oldindan bosiladi. Keyinchalik esa xirurgik statsionarda jarohatga birlamchi ishlov berilib tozalanadi.

Sidirilgan jarohatlarda terining sidirilgan qismini saqlab qolish shart. Bunda sochlar va majaqlangan to'qimalar o'z vaqtida olib tashlanadi va sidirilgan terining ko'p joyidan teshilib o'z joyiga tikib qo'yiladi.

KALLA, YUZ QISMI SUYAKLARI VA JAG‘ BO‘G‘IMLARINING SHIKASTLANISHI

Burun suyaklarining sinishi.

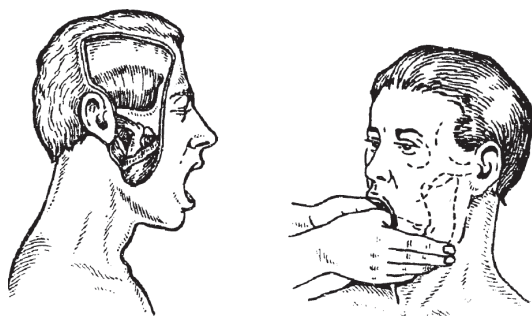
Klinikasi. Bunda og‘riq kuchli bo‘ladi, burundan ko‘p qon oqadi, burun shakli o‘zgaradi. Asta-sekin paypaslaganda suyak siniqlarining bir-biriga ishqalanishidan g‘ijirlash (krepitatsiya) paydo bo‘ladi. Sinish turini aniqlash uchun ikki proyeksiyada yuz sohasini rentgenogramma qilish zarur bo‘ladi.

Birinchi yordam va davosi. Bunda qon oqishini to‘xtatish uchun bemorni stulga boshini sal burib o‘tqazilib, burniga sovuq kompress qo‘yiladi va burun yo‘llari steril paxta bilan artiladi. Burun qonaganda bemorning boshini orqaga engashtirib, chalqancha yotqizishga ruxsat etilmaydi. Bunda qon oqishi to‘xtamaydi, balki qon traxeya va qizilo‘ngachga oqib tushadi, natijada bemor yo‘talib, qusib, ba‘zan aspiratsiya holati kelib chiqishi mumkin. Shuning uchun bunday holatlarda juda ehtiyotkorlik talab qilinadi. Agar burundan ko‘p qon oqsa, bint yoki doka tampon yordamida oldingi yoki orqa tamponada qo‘llaniladi.

Pastki jag‘ning chiqishi. Sabablari juda ko‘p va har xil bo‘ladi. U ozg‘in odamlarda pastki jag‘ga yon tomondan urishda, juda ko‘p kulish, esnash va ashula aytish paytida kelib chiqishi mumkin. Bunda og‘izning juda katta ochilishi natijasida pastki jag‘ning boshchasi bo‘g‘indan oldinga qarab chiqib, bo‘g‘im do‘mboqchasidan oldinda ushlanib qoladi. Pastki jag‘ bir va ikki tomonlama chiqishi mumkin.

Klinikasi. Bunda og‘iz ikki tomonlama yarim ochilgan bo‘lib, uni bekitib bo‘lmaydi. Yonoq ravog‘i pastidagi teri ostidan chiqqan bo‘g‘im boshchalaridan iborat yumaloq do‘nglik aniqlanadi. Tashqi eshituv yo‘liga barmoqni normal holatdagiga nisbatan ancha ichkariroqqa kiritish mumkin. Jag‘ suyagining bir tomonlama chiqishida jag‘ sog‘lom tomonga burilgan bo‘ladi va yuzda asimmetriya holati kuzatiladi.

Davosi. Chiqqan jag‘ suyagini joyiga solish uchun bemor stulga o‘tqaziladi va yordamchi orqa tomonda bemor boshini ushlab turadi. Xirurg bosh barmoqlariga sochiq yoki doka salfetka o‘rab bemorning ro‘parasida turadi va bosh barmoqlarini bemorning og‘ziga tiqib, pastki jag‘ tishlari ustiga qo‘yadi va qolgan barmoqlari bilan jag‘ning pastki qirrasini tashqi tomondan ushlaydi. Bosh barmoqlarni asta-sekin qattiqroq bosib, ozgina oldinga ko‘tarib,



70-rasm. Pastki jag‘ning chiqishi va uni joyiga solish.

jag‘ pastga tortiladi, so‘ngra uni orqaga surib, suyak boshchalari joyiga solinadi (70-rasm). Pastki jag‘ boshchasi bo‘g‘im xaltasiga sirg‘alib tushganda jag‘lar kuch bilan yumilib jag‘ suyagini joyiga solayotgan kishining qo‘lini bemor bexosdan tishlab olishi mumkin.

Yuqori jag‘ning sinishi. Yuqori jag‘ning tipik sinishlari Lefor bo‘yicha uch turga bo‘linadi.

Birinchi turda (Lefor-1) sinish chizig‘i alveolar o‘siq bilan jag‘ tanasi chegarasida noksimon o‘yiqdan jag‘ do‘mboqchasiga tomon gorizontal o‘tadi.

Ikkinchi turda (Lefor-2) sinish chizig‘i qanshar sohasida ko‘z kosasining ichki devori va qisman orbita tubi bo‘ylab ko‘ndalang o‘tadi. Ko‘z kosasi osti chetidan o‘tib, jag‘-yonoq choki bo‘ylab deyarli vertikal pastga tushadi, so‘ngra alveolar o‘siqning orqa tomonidan asosiy suyakning qanotsimon o‘sig‘igacha boradi.

Uchinchi turda (Lefor-3) sinish chizig‘i avvaliga ikkinchi turning sinish chizig‘iga mos keladi, ya‘ni qanshardan boshlanadi, ko‘z kosasining ichki devoriga o‘tib, ko‘z kosasining tubi bo‘yicha ko‘z kosasining pastki yorig‘igacha boradi, so‘ngra peshonayonoq choki bo‘yicha yonoq ravog‘i orqali jag‘ do‘mboqchasiga va ponasimon suyakning qanotsimon o‘siqlariga o‘tadi.

Klinikasi ko‘p jihatdan suyak siniqlarining siljish turiga bog‘liq. Deyarli hamma holda yuqori jag‘ uzilgan qismining pastga osilib tushishi kuzatiladi. Buning natijasida yuz cho‘zinchoq bo‘lib qoladi, ko‘zlar kirtayib qolgandek tuyuladi. Leforning ikkinchi va uchinchi turdagi sinishlari uchun jag‘lar yumilganda bemor yuzining yuqori yarmi harakatlanib, sinish chizig‘i bo‘yicha anchagina qon quyilishi qayd qilinadi. Tashxis ikkita proyeksiyada rentgenografiya qilish yo‘li bilan tasdiqlanadi.

Pastki jag‘ning sinishi.

Pastki jag‘ suyagining sinishi xususiyatiga ko‘ra quyidagi turlarga bo‘linadi:

1) markaziy yoki o‘rtadan sinish — kurak tishlar orasidagi o‘rta chiziq bo‘yicha;

2) mental yoki yon tomondan sinish jag‘ tanasining uchdan bir o‘rta qismidan;

3) jag‘ burchagi sohasidan;

4) bo‘g‘im o‘sig‘i bo‘yni sohasidan yoki servikal.

Tojsimon o‘siqning sinishi va yuqori ko‘tariluvchi tarmog‘ining uzunasiga sinishi juda kam uchraydi.

Yuqori jag‘ suyaklarini singan joy bo‘yicha turlarga ajratishdan tashqari, sinishning quyidagi turlari farq qilinadi:

— to‘liq va chala;

— to‘g‘ri va bilvosita;

— yakka, qo‘shaloq va ko‘p sonli;

— chiziqli, zigzagsimon va parchalangan;

— asoratlanmagan (shilliq parda shikastlanmaydigan) yopiq;

— asoratlangan (shilliq parda shikastlanadigan) ochiq;

— suyakning nuqsonli va nuqsonsiz sinishlari.

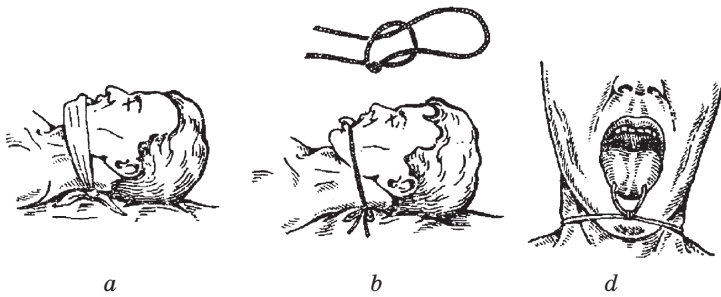
Klinikasi ma‘lum darajada suyak siniqlarining siljish xususiyati bilan belgilanadi. Suyak siniqlarining siljishi zarb kuchining yo‘nishi, mushaklarning tortish kuchi va jag‘ning og‘irlik kuchiga bog‘liq.

Markaziy sinishda suyak siniqlari deyarli siljimaydi. Mental sinishda kalta siniq yuqoriga, uzuni esa pastga surilib tushadi. Pastki jag‘ burchagi sohasidagi sinishda va sinishning boshqa turlarida suyak siniqlari amalda siljimaydi.

Sinishning boshqa turlaridagi singari pastki jag‘ singanda absolut simptomlar — deformatsiya, suyak siniqlarining krepatatsiyasi va patologik harakatchanligi, shuningdek, nisbiy simptomlar — shish, qon quyilishi, og‘riq va chaynashning buzilishi kuzatilishi mumkin.

JAG‘ SUYAGI SINGANDA BIRINCHI YORDAM KO‘RSATISH VA TRANSPORTIROVKA QILISH

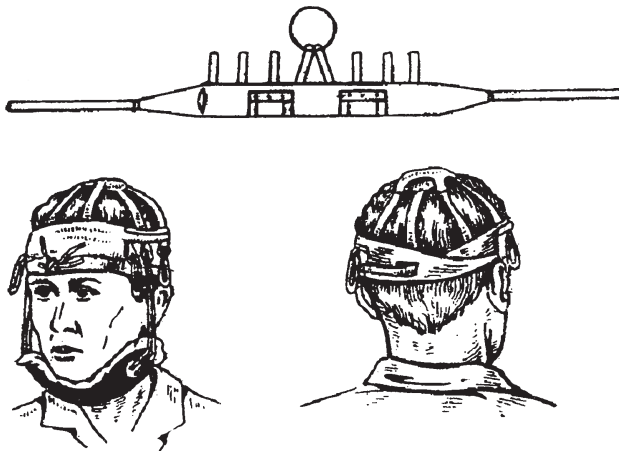
Bunday bemorlarga birinchi yordam ko‘rsatish bosib turuvchi bog‘lam qo‘yish yo‘li bilan qon oqishini to‘xtatishdan iborat. Agar bemor hushsiz holatda bo‘lsa, asfiksiya yuz berishi mumkinligini unutmaslik zarur. Asfiksiyaning oldini olish uchun shilliq, qon, protez tish va suyak siniqlari og‘iz bo‘shlig‘idan chiqarib olinadi.



71-rasm. Tilni fiksatsiya qilish usullari.

Tilning halqumga ketib qolishi oldini olish uchun til ip bilan tikiladi yoki to'g'nog'ich bilan bemorning kiyimiga tortib ilib qo'yiladi (71-rasm, *b*, *d*), til bog'lanadi yoki pastki jag' tortib bog'lab qo'yiladi (71-rasm, *a*).

Jag' suyaklari singan bemorlarni immobilizatsiya qilish maqsadida og'ziga ingichka tayoqcha yoki taxtacha solish va uning uchini boshga yumshoq bint bilan fiksatsiya qilish lozim. Pastki jag' singanda esa iyakka sopqonsimon bog'lam qo'yish lozim bo'ladi. Yuqori jag' singanda ham, pastki jag' singanda ham immobilizatsiya qilish maqsadida pastki jag' fiksatsiya qilinib, oddiy bog'lam qo'yish mumkin (72-rasm). Immobilizatsiya qilishda Entinning standart iyak shina-sopqonini, Limbergning fanerdan yasalgan standart shina-taxtahasini va Limbergning og'izdan tash-



72-rasm. Palaqmonsimon plastmassa shina.

qarida turadigan sterjenlari bo'lgan standart yuqori jag' shina-qoshig'ini ishlatish mumkin. Bemorga jag' suyaklari singan holatlarda albatta og'riqsizlantiruvchi va yurak-qon tomir dorilari buyuriladi.

Jag'ning suyak siniqlari siljimagan sinishida pastki jag'ga simdan yasalgan bir jag'ni mahkamlovchi shina qo'yiladi. Suyak siniqlarining siljib sinishida, yuqori jag'larni bir-biriga jipslashtirish uchun, ilgakli qovuzloqlari bo'lgan shina, yuqori va pastki jag' uchun ikkita aluminli shinadan foydalaniladi.

Yuqori jag' singanda iyakni Entin yoki Limberg shinasini bilan 4—6 haftaga fiksatsiyalab qo'yish mumkin bo'ladi. Bemorning ahvoli qoniqarli bo'lsa, yarimo'tirgan holatida, hushsiz yotgan bo'lsa, uni zambilga ko'kragi ostiga va boshi tagiga yumaloqlangan kiyim, adyol kabi narsalar qo'yib, yuzini yerga qaratib yotqizgan holda transportirovka qilinadi.

BOSH MIYANING YOPIQ SHIKASTLARI

Miyaning yopiq shikastlariga bosh miyaning chayqalishi, lat yeyishi va uning ezilishi kiradi. Bularni bir-biridan farqlash shart. Ammo ular, ko'pincha, kombinatsiyalangan holda *bosh miya* shikastlanishida kuzatiladi.

Bosh miyaning yopiq shikastlanishiga, ko'pincha, to'g'ridan to'g'ri boshga og'ir buyum bilan urish, bosh bilan yiqilish yoki urilish sabab bo'ladi.

Bosh miyaning chayqalishi. Bu barcha bosh miya shikastlari orasida eng ko'p uchraydigan patologik holatdir. Odatda, bosh miya chayqalganda kalla suyaklari shikastlanmaydi. Qisqa va kuchli zarb bosh miyani hamda uning suyuq tarkibiy qismi (likvor, qon) ni harakatga keltiradi. Bunda o'zgarishlar kam kuzatiladi: tomirlar qisqa muddatli spazmga uchrab, keyin kengayadi, venoz qon dimlanadi, miya va miya pardalari shishadi, nuqtali qon quyilishi yuz beradi. Bu o'zgarishlar bir-ikki hafta davom etadi.

Klinikasi. Bosh miya chayqalganda bemorning es-hushi bir necha soatgacha yo'qoladi va *retrograd amneziya* (bemor qanday hodisa ro'y berganini eslay olmaydi) asosiy simptom hisoblanadi. Bunda bemor, ko'pincha, qayt qiladi, yuz terisi rangsizlanadi, kamroq giperemiya kuzatiladi va bemor yuzaki nafas oladi. Bosh miya chayqalishining yengil darajasida tomir urishi tezlashadi (taxikardiya), og'ir darajasida esa aksincha, sekinlashadi (bradikardiya). Ko'z qorachiqslari bir tekisda torayishi yoki kenga-

yishi, burun-lab burmasining ozgina silliq tortganligi kuzatilishi mumkin. Keyinchalik bosh og'riydi, bosh aylanadi, quloq shang'illaydi, bosh og'irlashadi, ko'z achishadi, bu sezgi ko'zni harakatlantiradi va yorug'likda kuchayadi.

Orqa miya punksiya qilinganda likvor bosimi oshgan bo'lishi mumkin. Travmadan so'ng bir necha kun o'tgach uyqusizlik, tajanglik, ko'p terlash, darmonsizlik, kitob o'qiganda yon tomonlama g'ilaylik (Sedon simptomi) yuzaga keladi.

Davosi. Davo asosini 1—2 hafta o'rinda yotish rejimi tashkil etadi. Lozim bo'lsa, neyroplegik, antigistamin va vitamin preparatlari keng qo'llaniladi. Bosh miya bosimi oshganda ko'rsatma asosida venaga 40—60 ml 40% li glukoza, 10—20 ml 10% li natriy xlorid eritmasi, 10 ml 40% li urotropin, mushakka 10 ml 20% li magneziy sulfat eritmasi va siydik haydovchi dorilar yuboriladi. Suyuqlik miqdori chegaralanadi va tuzsiz ovqatlar berish tavsiya etiladi.

Bosh miyada shish kuzatilganda qo'shimcha ravishda venaga 5—10 ml 2% li geksoniy eritmasi, 1—2 ml 2% li dimedrol eritmasi, 50—100 ml kortizon yoki gidrokortizon eritmalari yuborish buyuriladi.

Bosh miyaning lat yeyishi. Lat yeyish bosh miyaning chayqalishiga qaraganda birmuncha og'ir klinik manzara bilan kechadi. Morfologik jihatdan miya to'qimasida miya moddasining yemirinish o'choqlari (uzilish, yumshash, ezilish, qon quyilishi va hokazo) qayd qilinadi. Shikastlangan qism aksariyat po'stloqda, po'stloq osti qavatida va miya pardalarida joylashadi. Miya stvoli, miyacha, miya qorinchalarining lat yeyishi va qon quyilishlar, ayniqsa, hayot uchun xavfli hisoblanadi.

Klinikasi bosh miyaning og'ir chayqalishini eslatadi. Bunda bemorning es-hushini yo'qotish davri uzoq vaqtgacha cho'zilib, bir necha kun, hatto, haftagacha tormozlanish bilan kechishi mumkin. Retrograd amneziya birmuncha ro'y-rost yuzaga chiqqan bo'ladi. Bemorning harorati ko'tariladi, qonda neytrofil leykotsitoz qayd qilinadi, likvorda doimo qon aralashmasi bo'ladi.

Bosh miya lat yeganda o'choqli markaziy simptomlar ustunlik qiladi. Bu, asosan, bosh miya va oyoq-qo'l nervlari falaji, parezi, gemiplegiyasi va patologik reflekslar bilan kechadi.

Davosi bosh miya silkinishidagi kabi olib boriladi, biroq stvol-dagi buzilishlarga bog'liq bo'lgan ichki a'zolarining holati hisobga olinadi. Nafas buzilganda traxeya va bronxlardan intubatsiya qilinib shilliq olinadi va ayni vaqtda kislorod beriladi. Bemorga lo-

belin, sititon yuboriladi. Agar kasalda nafas yetishmovchiligi kuchaysa, traxeostoma qo'yiladi va boshqariladigan sun'iy nafasga o'tiladi. Qon aylanishini normaga solish uchun yurak-tomir dorilari (kofein, kordiamin va boshqalar) qo'llaniladi.

Bosh miyaning ezilishi. Bunda kasallik boshqalariga qaraganda birmuncha og'ir kechadi. Patalogoanatomik o'zgarishlar miya shishi, o'sib boruvchi gematoma (tomir yorilganda) va suyak qismlari bosishi hisobiga tobora ko'proq qisilishidan iborat bo'ladi. Gematomalar qayerda joylashganligiga qarab subdural (qattiq miya pardasi osti), epidural (qattiq miya pardasi usti), subaraxnoidal (yumshoq miya pardasi osti) va intraserebral (miya moddasi) ichki gematomalarga bo'linadi.

Klinikasi. Bosh miya ezilganda yoki gematoma hisobiga qisilganda bir necha daqiqadan bir necha soatgacha tinch davr bo'lib, so'ngra bemor hushidan ketadi. Pulsi sekinlashib, bir daqiqada 40—50 martagacha uradi. Ko'z qorachiq-lari avvaliga toraygan, keyin kengaygan bo'ladi. Bemor qusadi, yutinishi buziladi. Tinch davrda bosh og'riydi va aylanadi. Gematomaning har xil turlarini taqqoslashda kasallikning klinikasi va orqa miya punksiyasining ko'rsatkichlari katta ahamiyatga ega.

Umumiy miya simptomlari osha borgan sayin miya qisilishi va dislokatsiyasining o'choqli simptomlari quyidagicha bo'ladi: qon quyilgan tomonda bosh miya nervlarining parezlari va falajlari (anizokoriya, ustki qovoq ptozi, qorachiqning torayib, keyin kengayishi, g'ilaylik), qarama-qarshi tomonda oyoq-qo'l mushagi-ning parezi va falajlari (monoplegiya patologik reflekslar bilan, epileptiform, talvasa) birmuncha aniq yuzaga chiqadi.

Davosi operatsiya usulida olib boriladi. Operatsiyaning mohiyati kalla suyagini trepanatsiya qilish (ochish), gematomani bo'shatish va qon oqishini to'xtatishdan iborat.

Kalla gumbazining sinishi. Bevosita shikastlanish oqibatida ro'y beradi. Kalla gumbazining sinishi xususiyatiga ko'ra darz ketgan, parchalanib singan va suyak to'qimasi nuqsoni ko'rinishida bo'lishi mumkin. Sinishning oxirgi turi, asosan, o'q tegib yaralanishlarda kuzatiladi.

Sinish to'liq bo'lishi, ya'ni suyakning butun uzunligi bo'yicha tarqalishi va noto'g'ri bo'lishi mumkin, bunda kalla gumbazining faqat tashqi yoki ichki plastinkasi sinadi. Parchalanib sinishda, shuningdek, ichki plastinka singanda miya pardalari va miya moddasi shikastlanadi. Ochiq sinishda ham xuddi shunday hodisa yuz berishi mumkin.

Klinikasi. Miyaning ezilishi va shishishi bilan bog‘liq bo‘lgan umumiy miya simptomlari va miya qismlaridagi bo‘limlarning shikastlanishiga aloqador oshib boradigan o‘choqli simptomlar kuzatiladi.

Davosi. Kalla suyaklari yopiq sinib yorilsa va kalla qutisi suyagi ichiga qon oqmasa, davo kalla-miyaning yopiq shikastlanishidagi kabi olib boriladi. Kalla qutisi ichiga qon oqib, parchalanib yoki ochiq sinsa, operatsiya qilish buyuriladi. Operatsiyada ezilgan suyak siniqlarini olib tashlash va qon oqishini to‘xtatish bilan chegaralaniladi.

Kalla asosining sinishi. Bunday shikastlanish bemorning baland joydan boshi yoki oyog‘i bilan yiqilishi oqibatida kelib chiqadi va bunda kalla asosi suyaklari, jumladan, asosiy va chakka suyaklari shikastlanadi.

Klinikasi. Kasallikning diagnostikasida anamnez ma‘lumotlari, qontalashgan va qon oqqan sohalarning qayerda joylashganligi asosiy rol o‘ynaydi. Kallaning oldingi chuqurchasi shikastlanganda qovoq sohalari va ko‘z atrofiga qon quyiladi — «ko‘zoy-nak simptomi», shuningdek, burun qonaydi, kallaning o‘rta va orqa chuqurchalari shikastlanganda burun-halqum sohasi qontalashadi va quloqlardan qon oqadi. Kallaning orqa chuqurchasi shikastlanganda so‘rg‘ichsimon o‘siqlar sohasiga qon quyiladi. Ba‘zan burun va quloqlardan likvor chiqadi. Kalla asosi singanda, ko‘pincha, kalla-miya nervlari, shu jumladan yuz nervi, uzoqlashtiruvchi va ko‘zni harakatlantiruvchi nerv zararlanadi. Miya pardalari ta’sirlanishi hisobiga meningizm hodisalari (ensa mu-shaklarining taranglashishi) paydo bo‘ladi.

Davosi bosh miya silkinishiga o‘xshash olib boriladi. Orqa miyani punksiya qilib likvorni chiqarish kalla ichi bosimini pasaytiradi. Infeksiya kirishi xavfining oldini olish maqsadida qon oqayotganda eshituv yo‘li va burunni yuvish tavsiya etilmaydi, burunga tamponlar tiqiladi.

BOSH MIYANING OCHIQ SHIKASTLARI

Bosh miyaning ochiq shikastlarida yumshoq to‘qimalar, kalla suyagi, miyaning qattiq pardasi va qator hollarda yumshoq miya pardasi ham zararlanadi. Shikastlanishning bu turi boshga o‘tkir qirrali qattiq narsa bilan urganda, o‘q tegib yaralanishlarda kuzatiladi.

Kasallikni tashxislash unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Operatsiya stolida jarohat tekshirib ko'rib, yumshoq to'qimalar, kalla suyaklari, qattiq miya pardasi va miya moddasining shikastlanish ko'lami hamda xususiyati aniqlanadi.

Davosi. Jarohatni birlamchi xirurgik tozalab, majaqlangan va o'lgan to'qimalar olib tashlanadi. Infeksiya sodir bo'lishining oldini olish maqsadida umumiy antibiotikoterapiya qilish tavsiya etiladi.

Bosh miyaning yopiq va ochiq shikastlanishlarida bemorga birinchi yordam ko'rsatish va transportirovka qilish. Hodisa ro'y bergan joyda ochiq shikastlanishlarda steril bog'lam qo'yiladi. Darhol og'riqsizlantirish choralari ko'rib, zudlik bilan kasalxonaga yotqizishga harakat qilish lozim. Transportirovka qilishda bemorning boshini balandroq qo'yib yotqizilib, boshini avaylab ushlab ketish zarur. Bemor hushsiz holatda bo'lsa, til halqumga tiqilib qolmasligi uchun tiltutqich bilan tortiladi yoki ipak ip o'tqazib, iyakka yoki bemorning kiyimiga fiksatsiya qilinadi.

KO'KRAK QAFASI SHIKASTLARI

Qovurg'alarning sinishi ko'krak qafasining ezilishi va bosilishi oqibatida qovurg'alarning yorilishi, suyak usti pardasi ostidan sinishi va bitta yoki bir necha qovurg'aning to'liq sinishi, siniqlar o'rnidan siljishi yoki siljimasligi bilan kechishi mumkin. Ba'zan qovurg'alar sinib, plevra yoki o'pkaning shikastlanishi bilan birga kechishi mumkin.

Klinikasi. Qovurg'alar yakka singanda chegaralangan joyda o'tkir og'riq kuzatiladi, bu nafas olganda, yo'talganda va gavda vaziyati o'zgartirilganda kuchayadi. Paypaslash yo'li bilan og'riq aniqlanadi, suyak siniqlari siljigan sinishda qovurg'alarning shakli pog'onasimon bo'lib o'zgaradi.

Agar qovurg'alar ko'p joyidan singan bo'lsa, klinik manzara yomonlashib, bemor shok holatida bo'lishi mumkin. O'pka to'qimasi zararlanganda havo terining yog' qatlamiga chiqib, emfizema paydo qiladi, teri bosilganda g'ijirlash seziladi, bemor qon tuflab, nafas olishi qiyinlashadi, akrosianoz (lab, burun uchi, quloq chig'anog'i, barmoqlarning uchi ko'karadi) va taxikardiya kuzatiladi. Plevra bo'shlig'iga qon quyilganda gemotoraks kelib chiqadi. Bunda bemorni o'tirgan vaziyatida perkussiya qilishda gorizonttal sathdagi suyuqlik aniqlanadi. Agar o'pka teshilib, suyuqlik plevra bo'shlig'iga to'plansa, pnevmotoraks kelib chiqadi. Bunda

o'pka siqilib, perkussiyada baland perkutor tovush qayd qilinadi, auskultatsiyada esa o'pkaning nafas olishi eshitilmaydi.

Qovurg'alarning sinishi faqat klinik jihatdan aniqlansa-da, tashxisni tasdiqlash uchun rentgenologik tekshiruvning ahamiyati katta, lekin qator hollarda sinish faqat klinik tekshiruvda aniqlanadi. Tashxis qo'yishda kasallikning klinik manzarasi asos qilib olinadi.

Davosi. Singan sohaga 5—10 ml 2% li novokain eritmasi yuborilib, blokada qilinadi. Agar qovurg'a ko'p joydan sinsa, o'sha soha 0,5% li novokain eritmasi bilan mahalliy og'riqsizlantiriladi yoki shu tomonning o'ziga vagosimpatik blokada qilinadi.

Og'riqsizlantirish chuqur va davomli bo'lishi uchun sinish sohasiga 5—10 ml 2% li novokain eritmasini yuborish tavsiya qilinadi. 10 daqiqa o'tgach ignani chiqarmay turib qo'shimcha ravishda 5 ml dan 0,2—2% li lidokain eritmasi yuborish lozim bo'ladi.

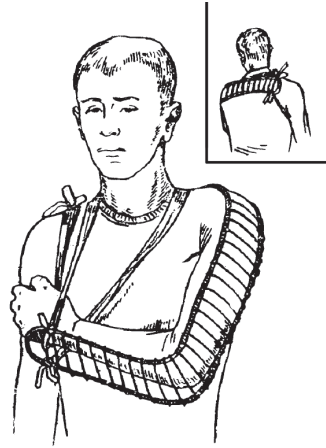
Bemorda o'pka yallig'lanishining oldini olish uchun nafas gimnastikasi bajariladi, antibiotiklar va sulfanilamidlar buyuriladi. Qovurg'alar singanda iloji boricha pnevmoniyaning oldini olish maqsadida bemorning ko'krak qafasini bintlash tavsiya etilmaydi.

O'mrov suyagining chiqishi aksariyat yelka bilan yiqilganda sodir bo'ladi. O'mrov suyagi akromial va to'sh uchlarining chiqishi farq qilinadi. Ko'pincha o'mrov suyagi akromial uchining chiqishi kuzatiladi. Boylam apparatining yirtilish darajasiga ko'ra to'la va qisman chiqishi tavofut qilinadi. To'la chiqishda shu sohadagi boylam apparati batamom yirtiladi yoki qisman saqlanib qoladi.

Klinikasi. O'mrov suyagi akromial uchidan chiqqanda yelka usti sohasida akromial uchining chiqib qolishi sababli pog'onasimon deformatsiya ko'zga tashlanadi. Yelka suyagi uzoqlashtirilganda va o'mrovning chiqib turgan uchi bosilganda o'mrov joyiga tushadi; yelka suyagi pastga tushirilganda uning bu uchi yana yuqoriga ko'tariladi («klavish» simptomi). Tashxis rentgenologik tekshiruvda tasdiqlanadi. Yelka suyagi qisman chiqqanda o'mrovning akromial uchi unchalik ro'y-rost turtib chiqmaydi.

Davosi. O'mrov suyagining chiqqan uchi joyiga solinadi. Kramer shinasi yoki gips bog'lam bilan fiksatsiya qilinadi (73-rasm). Qator hollarda, ayniqsa, o'mrovning akromial uchi chiqqanda bu usul g'oyat yaxshi natija berishi mumkin. O'mrovning chiqqan uchini tutib turishning iloji bo'lmagan hollarda operatsiya yo'li bilan davalanadi. Operatsiyaning mohiyati shundan iboratki, o'mrov suyagining akromial uchi chiqqanda uni kurakning akromial uchiga, o'mrovning to'sh uchi chiqqanda to'sh suyagiga fiksatsiya qilinadi.

O‘mrov suyagining sinishi. Bevosita zarb tekkanda yoki yozilgan qo‘lga, tirsakka, yelkaning yon yuzasiga yiqilganda o‘mrov suyagi sinadi. Bolalarda aksari suyak ustki pardasi ostidan sinib, suyak siniqlarining unchalik siljimasligi kuzatiladi. Katta yoshdagi kishilarda ko‘ndalang, qiyshiq va parchalanib sinish qayd qilinadi. Odatda, o‘mrov sinishi suyak siniqlarining siljishi bilan o‘tadi. Markaziy suyak sinig‘i to‘sh-o‘mrov-so‘rg‘ichsimon mushakning tortishishi hisobiga yuqoriga va oldinga, periferik siniq o‘mrov mushagining tortishishi hisobiga pastga va ichkoriga siljiydi. Suyak siniqlari tomir-nerv tutamini, plevra gumbazi yoki terini shikastlashi mumkin.



73-rasm. Kramer shinasi bilan qo‘lni immobilizatsiya qilish.

Klinikasi. Og‘riq vaqtida singan sohaga narvonsimon, qo‘lga Dezo bog‘lami yoki ro‘molchali bog‘lamdan foydalaniladi. Sinishni davolashda shikastlangan sohaga novokain yuboriladi yoki uzoq ta‘sir qiladigan blokada qilinadi. Bemorning yelkalari iloji boricha uzoqlashtiriladi va ikkala yelka uchi sohasiga ikkita doka halqa kiygizilib, ular rezina naycha bilan bog‘lanadi (Delbe usuli). Kerilgan yelkalar ustiga halqalar o‘rniga sakkizsimon bog‘lam qo‘yilsa ham bo‘ladi. Suyak siniqlari 3—4 hafta ichida bitadi.

Suyak siniqlarini ko‘rsatilgan usullar bilan joy-joyiga solib bo‘lmasa, xirurgik yo‘l bilan davo qilinadi. Operatsiyaning mohiyati suyak siniqlarini lavsan ip yoki sim bilan, shuningdek, o‘mrov suyagining ikkala uchidan o‘tkazilgan zanglamaydigan po‘lat kegay bilan biriktirishdan iborat.

Ko‘krak qafasiga teshib kiruvchi shikastlar

Ko‘krak qafasiga teshib kiruvchi shikastlar deganda, teri, teri-osti to‘qimasi va mushak qavati bilan birga pariyetal plevra ham jarohatlanadigan shikastlanishlar tushuniladi. Bunda o‘pka shikastlanmasligi ham mumkin. Ko‘krak qafasining teshib kiradigan jarohati sovuq qurol yoki o‘q otadigan quroldan sodir bo‘ladi.

Ko'krak qafasining teshib kiruvchi shikastlanishlarida, ko'pincha, pnevmotoraks (plevra bo'shlig'iga havo yig'ilishi), gemotoraks (plevra bo'shlig'iga qon yig'ilishi) va pnevmogemotoraks (havo va qon yig'ilishi) kuzatiladi.

Pnevmotoraks. Plevra bo'shlig'iga ko'krak devoridagi jarohat teshigi orqali (tashqaridan) yoki shikastlangan o'pka orqali havo kirishi (ichkaridan) natijasida pnevmotoraks hosil bo'ladi. Havo plevra bo'shlig'iga tushganda o'pka siqiladi va bu havo miqdoriga bog'liq bo'ladi. O'pka kuchli siqiladi.

Pnevmotorakslar yopiq, ochiq va klapanli turlarga bo'linadi.

Yopiq pnevmotoraksda plevra bo'shlig'iga kirgan havo tashqi muhit bilan tutashmaydi, bunda ko'krak qafasi yoki o'pkadagi jarohat kanali bekiilib qoladi.

Ochiq pnevmotoraksda jarohat kanali ochilib turadi va plevra bo'shlig'iga tushgan havo tashqi atmosfera bilan bemalol tutashadi.

Klapanli pnevmotoraksda jarohat kanalining xususiyatlariga ko'ra havo plevra bo'shlig'iga bemalol kirib, qaytib chiqa olmaydi. Shunga ko'ra bemor nafas olgan sayin plevra bo'shlig'iga tobora ko'proq havo yig'ila boshlaydi. Bunda o'pkaning anchagina siqilishi va ko'ks oralig'i a'zolarining sog'lom tomonga siljishi kuzatiladi. Qator hollarda (klapanli pnevmotoraksda) havo teriosti to'qimasiga chiqib teriosti emfizemasi paydo bo'lishiga olib keladi.

Klinikasi. Ko'krakda siqilish sezgisi, nafas qisishi paydo bo'ladi, bemor ko'karib ketadi, ko'krak qafasining shikastlangan tomonida nafas olish yo'qoladi va birmuncha sustlashadi, tovush titrab chiqadi. Bemorning ahvoli ochiq va klapanli pnevmotoraksdagiga nisbatan og'ir bo'ladi.

Gemotoraks. Ko'pincha qon plevra bo'shlig'iga jarohatlangan o'pka tomirlaridan, ba'zan ko'krak devorining shikastlangan tomirlaridan oqib tushadi. Oqib tushgan qon miqdori 1,5—3 l ga yetishi mumkin. Infeksiya qo'shilgan hollarda plevra yiringlab, empiyema rivojlanadi.

Klinikasi. Bemorda ichki qon oqish alomatlari paydo bo'lib, teri va shilliq pardalar oqaradi, sovuq ter chiqadi, puls tezlashadi, arterial bosim tushib ketadi. Bu simptomlarga nafas qisishi va nafasning qiynlashuvi qo'shiladi. Perkussiyada qon oqib tushgan sohada perkutor tovushning bo'g'iqligi qayd qilinadi.

Pnevmogemotoraks klinik jihatdan pnevmotoraks va gemotoraksning birga uchrashi bilan ifodalanadi. Perkussiyada plevra bo'shlig'ida suyuqlikning gorizontalsathi aniqlanadi.

Birinchi yordam va davosi. Ko'krak qafasining teshib kiruvchi jarohatlarida bemorlarga beriladigan birinchi yordam ochiq pnevmotoraksni bartaraf qilishga qaratilishi kerak. Shu maqsadda jarohat sohasiga germetiklikni ta'minlaydigan aseptik bog'lam qo'yiladi, buning uchun leykoplastir yoki individual paketdagi rezina aralastirilib tayyorlangan qopchiqdan foydalaniladi, us-tidan paxta-dokali bog'lam yopiladi. Bemorga og'riq qoldiradigan va yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar yuboriladi.

Bunda davolash ko'krak devoridagi jarohatni xirurgik toza-lash, uni qavatma-qavat jips qilib tikish, plevra bo'shlig'idan havo va qonni tortib olishdan va bemorni darhol transportirovka qi-lishdan iborat.

Klapanli pnevmotoraksda takroriy plevral punksiya qilinib, havo tortib olinadi. Troakar orqali ochiq pnevmotoraks yopiq pnevmotoraks-ga aylantiriladi yoki Byulau usulida drenaj qo'yiladi. Biroq bunday hollarda klapan mexanizmini darhol operatsiya yo'li bilan bartaraf qilgan yaxshi. Gemotoraksda qon oqishi operativ yoki konservativ yo'l bilan to'xtatiladi va plevra bo'shlig'idan qon olib tashlanadi.

YURAK JAROHATLARI

Yurak jarohatlari aksariyat sovuq va o'qotar qurollar qo'lla-nilganda kelib chiqadi. Ko'proq yurak qorinchalari, ayniqsa, chap qorincha sohasi jarohatlanadi.

Yurak jarohatlangan hollarning uchdan bir qismida o'lim to'satdan yuz beradi. Bemorlarning qolgan qismi 1—3 kun ichida qon ketishidan va yurakning yurak pardasi ichiga to'plangan qon orqali siqilishidan (tamponada) nobud bo'ladi. Ba'zan esa o'lim uning asoratlari — perikardit, plevrit, pnevmotoraks, emboliyalar sababli ham kelib chiqishi mumkin.

Klinikasi perikardga qon to'planishi hisobiga yurak tamponadasi simptomi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar yurak sohasidagi og'riqdan, bosh aylanishi, nafas qisishidan noliydi va o'lim vahi-masiga tushadi. Terisi oqarib ketadi, ko'zi kirtayadi, pulsi sal ko'-payadi, tez-tez, bir daqiqada 120—160 marta uradi. Arterial bosim tushib, venoz bosim ko'tariladi. Nafas tezlashib, yuzaki bo'ladi. Og'riq chap kurak, yelka va qoringa o'tishi mumkin. Yurak tonlari deyarli eshitilmaydi. Yurak chegaralari perikardda qon to'planishi hisobiga kattalashadi, bu rentgenologik tekshiruvda yaxshi ko'rinadi.

Davosi bemorni zudlik bilan operatsiya qilishdan iborat. Operatsiyadan maqsad yurakdagi jarohatni tikishdir. Operatsiyadan oldin va transportirovka qilish vaqtida bemorga maksimal darajada tinchlik beriladi, yurak sohasiga muz qo'yiladi, og'riqsizlantiruvchi dorilar yuboriladi.

UMURTQA POG'ONASINING SHIKASTLANISHLARI

Umurtqa pog'onasining shikastlanishlari yopiq (lat yeyish, boylam apparatlarining cho'zilishi, suyakning sinishi, chiqishi) va sovuq hamda o'qotar quroldan yaralanish natijasida ochiq bo'lishi mumkin. Umurtqa pog'onasining boshqa a'zolar bilan birga shikastlanishiga umurtqa pog'onasining birgalikda shikastlanishi deyiladi.

Umurtqa pog'onasining sinishi. Umurtqa tanalarining bir-biriga sanchilib sinishi (kompression), yoylari va ko'ndalang o'siqlari, o'tkir qirrali o'siqlarining sinishi tafovut qilinadi. Ba'zan bunday sinishlarning birga uchrashi yoki umurtqaning sinish bilan birga chiqishi ham kuzatiladi. Yakka chiqishi aksariyat umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limida uchraydi. Sinish orqa miyaning yoki ildizlarning shikastlanishi bilan ro'y berishi mumkin.

Kompression sinish uchun umurtqa spongioz moddasining asosan oldingi, vertikal bo'limida pog'onasimon qisilishi xarakterlidir. Kompressiya darajasi turlicha bo'lib, arang bilinadigan darajadan umurtqa pog'onasi o'qini buzadigan va keskin ponasimon deformatsiyagacha bo'lishi mumkin. Eng ko'p uchraydigan joyi umurtqa pog'onasining ko'krakdan pastki va beldan yuqori bo'limlaridir.

Klinikasi. Shikastlangan umurtqaning o'tkir qirrali o'sig'i sohasida kuchli og'riq, ro'y-rost do'mboq yoki o'tkir qirrali o'siqning turtib chiqishi ko'rinishidagi deformatsiya, orqa mushaklarining taranglashishi, funksiyasi yo'qolishi, ya'ni umurtqa pog'onasi shu bo'limining harakatlari chegaralanganligi kuzatiladi. Tashxisni aniqlash uchun umurtqa pog'onasining shu bo'limini ikki proyeksiyali rentgenografiya qilish zarur.

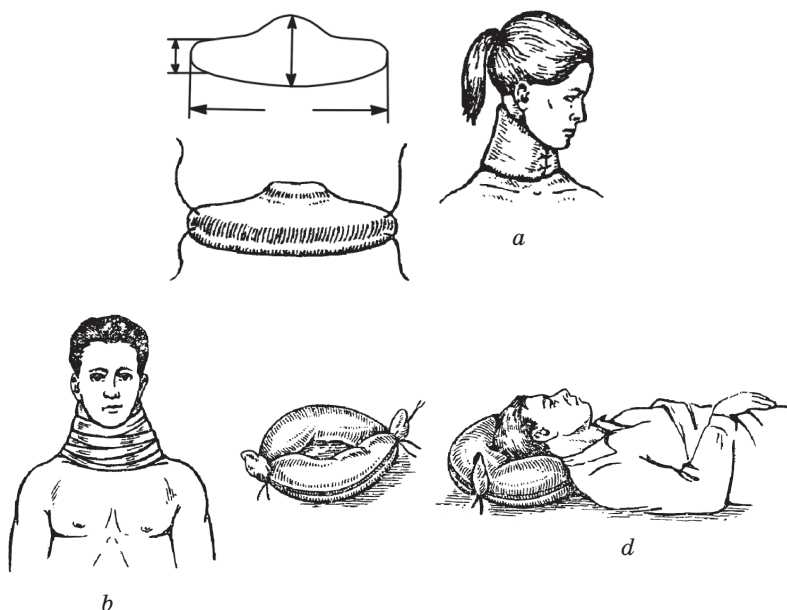
Birinchi yordam ko'rsatish va transportirovka qilish. Bemor qattiq zambilga yuzi bilan yotqiziladi. Uni davolash muassasasiga olib borish va zambilda tashishda umurtqalari qo'shimcha ravishda siljimasligi va orqa miya butunligi buzilmasligi uchun ehtiyotkorlikka qat'iy rioya qilish va shina qo'yish zarur.

Davosi. Umurtqalar tanasining ro'y-rost kompression sinishida davolashning asosi singan umurtqani yozish (reklinatsiya)

hisoblanadi. Reklinatsiya bir vaqtda bajarilishida bemor ikkita stolga yotqiziladi, tananing oʻrta qismi osilib turadi. Birin-ketin qilinadigan reklinatsiyada bemor karavotga oʻrnatilgan taxtaga chalqancha yotqiziladi. Singan soha ostiga qum solingan xalta yoki maxsus tirgak qoʻyilib, uning yordamida reklinatsiyani asta-sekin meʼyor bilan oshirib borish mumkin. Unchalik katta boʻlmagan kompression sinish reklinatsiyani talab etmaydi. Reklinatsiyadan soʻng gipsli korset qoʻyiladi va funksional davo usuli qoʻllaniladi. Bunday kasallarni transportirovka qilishda boʻyinga dastlab kartonli (74-rasm, *a*), konussimon paxta-dokali bogʻlam (*b*) qoʻyilib, boshiga pnevmatik yostiq-shina (*d*) qoʻyiladi va yotqizilgan holda shifoxonaga olib boriladi. Bu usul orqa mushaklarni baquvvat qilish va rivojlantirishga qaratilgan maxsus mashqlarni bajarishda «mushak korseti» ni vujudga keltirishdan iborat.

Ogʻir jismoniy mehnat bilan shugʻullanmaydigan bemorlarda 6—8 oydan soʻng, ogʻir jismoniy ishda ishlaydiganlarda esa 8—12 oydan keyin mehnat qobiliyati tiklanadi.

Umurtqalarning chiqishi, koʻpincha, umurtqa pogʻonasining boʻyin sohasida uchraydi. Yuqorida joylashgan umurtqalar boʻgʻim



74-rasm. Boʻyin umurtqasi chiqqanda qoʻllaniladigan shinalar.

yuzasining chiqishi siljish darajasiga ko'ra oldingi ikki tomonlama, o'ng yoki chap, orqa ikki tomonlama, o'ng yoki chap turlarga tafovut qilinadi.

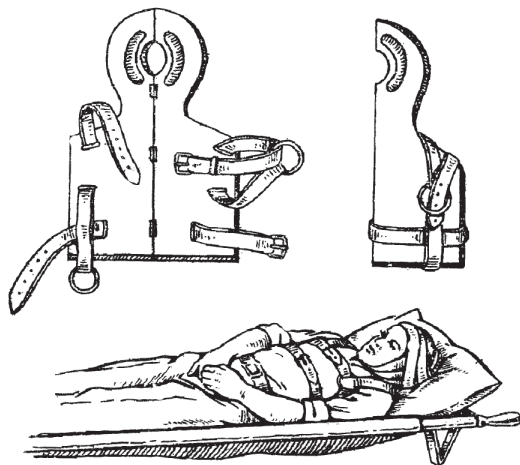
Klinikasi. Oldingi ikki tomonlama chiqishda bosh go'yo oldinga chiqib, ozgina pastga egiladi. Oldingi o'ng tomonlama chiqishda o'ngga burilgan, orqadagi ikki tomonlama chiqishda birmuncha orqaga tashlangan, orqadagi o'ng tomonlama chiqishda o'ngga, orqadagi chap tomonlama chiqishda chapga burilgan bo'ladi.

Umurtqa pog'onasi bo'yin bo'limidagi chiqishning hamma turida harakatlar faol bo'lmaydi, sust harakatlar esa juda cheklangan bo'ladi. Umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limi qattiq og'rib turadi. Tashxislashda ikki proyeksiyalı rentgenogramma qilish zarur.

Davosi. Bosh tomoni baland qilib ko'tarilgan karavotda Glisson qovuzlog'i yordamida cho'zish keng tarqalgan usul hisoblanadi. Qator hollarda o'sha zahoti joyiga solish usulini qo'llash mumkin. Davolashning bu turida boshni chiqqan tomondan qarama-qarshi tomonga burib, uni asta-sekin bo'ylama traksiya qilishdan foydalaniladi.

Umurtqa o'siqlari va yoylarining sinishi. Sinish mexanizmi aksariyat bevosita travmadir. Ko'pchilik hollarda ko'ndalang o'siqlarning sinishi kuzatiladi.

Klinikasi. O'siqlar singanda paravertebral chiziq bo'ylab lokal og'riq, singan sohadan qarama-qarshi tomonga egilishning qiyinlashib qolganligi qayd qilinadi. O'tkir qirralı o'siqlar singanda



75-rasm. Elanskiyning immobilizatsion shinasi.

lokal og‘riq va ko‘rinib turadigan gematoma aniqlanadi. Suyak siniqlarining krepatatsiyasi va o‘tkir qirrali o‘siqning patologik harakatchanligi kuzatilishi mumkin. Yoychalar singanda og‘riq lokal bo‘ladi. Tashxisni aniqlash uchun ikki proyeksiyada rentgenografiya qilish zarur. Transportirovka qilganda Elanskiy shinasidan moslama shina yasaladi va fiksatsiya qilinib, shifoxonaga olib boriladi (75-rasm).

Davosi. Bemor taxta qo‘yilgan karavotda ikki-uch hafta mobaynida yotishi va belgilangan gimnastika mashqlarini bajarishi lozim bo‘ladi.

CHANOQ VA CHANOQ A‘ZOLARINING SHIKASTLANISHI

Bunday shikastlanishlar, odatda, falokatlar oqibatida kelib chiqadi.

Chanoq suyaklarining sinishi chanoq suyaklari bosilganda, shuningdek, tabiiy ofatlar natijasida ro‘y beradi. Ular quyidagi turlarga bo‘linadi.

1. *Chanoq halqasi butunligi buzilmaydigan sinishlarga:*

- dumg‘azaning ko‘ndalang sinishi;
- dum suyagining sinishi;
- ko‘st chuqurchasining sinishi;
- yonbosh suyak qanotining ko‘ndalang sinishi;
- qov yoki quymuch suyagi tarmog‘idan birining sinishi;
- yonbosh suyak qirrasining sinishi;
- o‘siqlarning uzilishi va quymuch suyak do‘mbog‘ining sinishlari kiradi.

2. *Chanoq halqasi butunligini buzadigan sinishlarga:*

- oldingi yarimhalqaning tik sinishi;
- qov suyagi ikkala tarmog‘ining sinishi;
- orqa yarimhalqaning tik sinishi;
- orqa va oldingi yarimhalqaning tik sinishi;
- yonbosh suyak qanotining sinishi;
- dumg‘azaning qiyshiq va tik sinishi;
- orqa-oldingi yarimhalqaning Malgen turida qo‘shaloq tik sinishi;
- chanoq halqasi va chanoq suyaklarining ko‘p sonli sinishi va chiqishi kiradi.

Klinikasi. Tashxis qo‘yishda klinik manzarasidan tashqari, bemorni to‘g‘ri tekshirish muhim ahamiyatga ega. Sinchiklab va asta-sekin palpatsiya qilishda yonbosh suyaklarining qirrasini va oldingi

o'siqlari, simfiz, quymuch va qov suyaklari, quymuch do'mbog'i, dumg'aza-yonbosh birikmasi, dumg'aza va dum suyagining holati to'g'risida xulosa chiqarish mumkin. Bunda eng ko'p og'riydigan joy, suyak siniqlarining siljishi, krepitatsiya aniqlanadi.

Yonbosh suyaklari qanotlarini va katta ko'stlarni bosish yo'li bilan bir-biriga tomon qisiladi, shuningdek, yonbosh suyaklari qirrasini cho'zish yo'li bilan chanoq halqasi yoziladi. Tekshiruvning bu usullari qalin mushaklar ostidagi birmuncha chuqur joylashgan sinishlarni aniqlashga imkon beradi. Oldingi ustki o'siq bilan kindik o'rtasidagi, oldingi-ustki o'siq bilan tizza qopqog'i o'rtasidagi masofalarni u tomondan ham, bu tomondan ham taqqoslab o'lchash zarur.

Qo'shimcha ravishda ichki (rektal) tekshirish o'tkaziladi, bunda ko'st chuqurchasi tubini, dumg'aza, dum suyagi va qov birikmasi sohasini paypaslab ko'rish mumkin. Chanoq suyaklarini rentgenografiya qilish shart. Chanoq suyaklari og'ir shikastlangan bemorlarda travmatik shokning manzarasi birinchi o'ringa chiqadi.

Dumg'aza va dum suyagi singanda tegishli joylarning o'zida mahalliy og'riq bo'ladi. Rektal tekshiruv yo'li bilan sinish sohasini va suyak siniqlarining siljish xususiyatini aniqlash mumkin.

Ko'st chuqurchasi singanda yurish vaqtida chanoq-son bo'g'imi qattiq og'riydi. Bir qator hollarda bemor yura olmay qoladi. Oyoq o'qi bo'ylab bosilganda chanoq-son bo'g'imida og'riq paydo bo'ladi.

Yonbosh suyagining qanoti singanda bu suyak yuqoriga siljib ketadi. Shu tufayli og'riq reaksiyasi bilan birga kindik bilan kasal tomondagi oldingi-ustki o'siq o'rtasidagi masofaning qisqarganligi aniqlanadi.

Qov suyagi tarmog'i singanda son arteriyasida pulsatsiyaning gematoma tufayli sog'lom tomondagi arteriyaga nisbatan kuchayganligi kasallikka xos simptom hisoblanadi.

Quymuch suyagi singanda bemor o'tira olmaydi. Palpatsiyada ba'zan deformatsiya aniqlanadi.

Quymuch suyagi qirrasining sinishi shu sohadagi shish, gematoma va lokal og'riq bilan ta'riflanadi.

Oldingi-ustki o'siq kasal tomondan *uzilib tushganda* kindik bilan o'siq o'rtasidagi masofa ortadi, shuningdek, o'siq bilan tizza qopqog'i o'rtasidagi masofa sog'lom tomondagiga nisbatan kamayadi (o'siq pastga siljiydi).

Qov suyagining ikkala tarmog'i singanda uning tarmoqlaridan biri sinishidan farqli ravishda chanoqning pastki aperturasi kengayadi, oraliq sohasida ro'y-rost gematoma paydo bo'ladi. Qov va quymuch suyaklari singanda klinik manzara bundan oldingi holdagidan kam farq qiladi. Gematoma dumba sohasiga tarqaladi.

Davosi. Chanoq suyaklari singanda birinchi yordam kuchli og'riqdan shok yuz berishining oldini olishga qaratiladi. Bunda bemor chalqancha yotqiziladi, oyoqlari tizzasidan bukilib, taqimiga bolishcha qo'yiladi va og'riq qoldiradigan vositalar yuboriladi.

Davo usuli asosini chanoq halqasining anatomik butunligini to'g'ri tiklash tashkil etadi. Uni yetarli darajada tiklamaslik og'ir nogironlikka olib keladi. Ayollarda chanoq shaklining buzilishi homiladorlik va tug'uruqning normal o'tishiga to'sqinlik qilishi mumkin.

Chanoq halqasining butunligi buzilmagan birinchi guruhga mansub sinishlarda bemor tekis va qattiq karavotga yotqiziladi, to'shakka bolish qo'yiladi («baqa vaziyati»). O'rinda yotish muddati 3—4 hafta belgilanadi. Suyak siniqlari ko'p siljigan hollarda operatsiya davosi qilinib, uzilgan suyak bo'laklari fiksatsiya qilinadi. Dumg'aza va dum suyaklari singanda, agar suyak fragmentlari siljigan bo'lsa, bir vaqtda joyiga solish bajariladi, shundan keyin 3—4 haftagacha qimirlamay yotish tavsiya qilinadi.

Ikkinchi guruhdagi sinishlarda, ya'ni chanoq halqasining butunligi buzilishi ro'y berganda suyak bo'laklari mushaklarning tortish kuchi ta'sirida yuqoriga yoki yon tomonlarga siljiydi, bu chanoqning o'ng yoki chap yarmi asimmetriyasiga va siljigan tomondagi oyoqning nisbatan kaltalashib qolishiga olib keladi. Bunday hollarda bemor osilgan gamakka yotqiziladi (chanoq suyaklari joy-joyiga keltiriladi) va shikastlangan tomondagi son suyagi metafizidan 2 oyga tortib qo'yiladi.

TRAVMATIK SHOK

Travmatik shok deganda, bemorning travma oqibatida markaziy nerv sistemasi va boshqa fiziologik sistemalarining qo'zg'alihi yoki funksiyasining pasayib ketishi bilan namoyon bo'ladigan umumiy og'ir holat tushuniladi.

Shikastlangan kishining jismoniy toliqqanligi, uzoq vaqt uxlamaganligi, holsizlanganligi, kamqonligi, sovqotganligi, qon yo'qotganligi, ruhan ezilganligi va shu kabilar travmatik shok paydo bo'lishida katta ahamiyatga ega.

Operatsiyadan soʻng yuz beradigan xirurgik (ikkilamchi) shokka operatsiyaning uzoq davom etishi, narkozning takomillashganligi yoki mahalliy ogʻriqsizlantirish, koʻp qon yoʻqotish, operatsiyalarni nerv tuzilmalari koʻp maxsus shokogen sohalarda oʻtkazish sabab boʻladi. Shok paydo boʻlish vaqtiga koʻra birlamchi va ikkilamchi turlarga boʻlinadi.

Birlamchi shok shikastlanish yuz bergan zahoti, *ikkilamchi shok* esa shikastlanishdan ozroq vaqt, baʼzan esa bir necha soat oʻtgach paydo boʻladi. Markaziy nerv sistemasining holatiga koʻra shokning ikki — erektil va torpid bosqichi farq qilinadi.

Shokning *erektil bosqichi* bevosita shikastlanishdan soʻng yuz beradi. Bunda bemorning es-hushi saqlangani holda, bemor bezovtalanishi, terlashi, baqirishi mumkin. Koʻz qorachiq-lari kengaygan va ularning yorugʻlikka reaksiyasi kuchaygan boʻladi. Puls tezlashgan (baʼzan aksincha, sekinlashgan), arterial bosim normal yoki biroz oshgan boʻladi. Bu bosqich qisqa muddatli boʻlib, keyingi bosqichga oʻtib ketadi.

Shokning *torpid bosqichida* organizmning barcha funksiyalari pasayadi va tormozlanadi. Es-hush saqlanib qoladi, biroq bemor lanj, tevarak-atrofga loqayd boʻlib qoladi, arterial bosimi pasayib ketadi. Puls tezlashgan, toʻliqligi sust, koʻpincha, ipsimon boʻladi. Teri qizargan, sovuq ter chiqadi. Bemorning yuzi soʻlgʻin boʻlib, qorachiq-lari kengayadi va yorugʻlikni arang sezadi. Koʻngli aynishi va qayt qilishi mumkin.

SHIKASTLANGAN BEMORLARNI TRANSPORTIROVKA QILISH

Shikastlanganlarni transportirovka qilishni, odatda, tibbiy hamshira uyushtiradi. Bemorni transportirovka qilishda gavdaning shikastlangan qismini ehtiyot qilish va barcha ishlar tez va aniqlik bilan bajarilishi kerak. Sanitarlar oʻrta tibbiyot xodimlarining koʻrsatmalarini soʻzsiz bajarishi kerak. Shikastlangan kishini transportirovka qilishning bir necha usullari mavjud.

Bemorning ahvoli imkon bergan hollarda uni *suyab yurgizish*. Bunda shikastlangan kishining qoʻli yordamchining boʻynidan oʻtkazilib, bemorning sogʻlom qoʻl panjasidan ushlanadi (76-rasm, *a*).

Qoʻlda koʻtarish. Shikastlangan kishini qoʻlda koʻtarishda bir qoʻlni tanadan, ikkinchi qoʻlni taqimdan oʻtkazib koʻtariladi, bemor qoʻlini yordamchining boʻynidan oʻtkazadi (76-rasm, *b*).

Opichib ko'tarish. Shikastlangan kishi yordamchining yelkasiga opichadi va qo'lini bo'ynidan o'tkazib oladi. Yordamchi esa bemorning taqimidan ushlab ko'taradi (76-rasm, d).

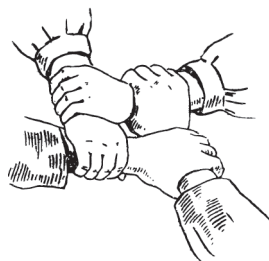


76-rasm. Bemorni transportirovka qilish usullari.

Ikki kishining qo'lini «qulf» qilib ko'tarishi. Bunda to'rtta qo'l «qulf» qilib ushlanadi (77-rasm). Sanitarlardan har biri chap panjasi bilan o'zining o'ng qo'li bilagidan, o'ng qo'li bilan esa ikkinchi sanitarining chap qo'li bilagidan ushlaydi. Bemor shu «o'rindiqq» o'tiradi va qo'lini sanitarlarning yelkasiga qo'yadi (78-rasm, a).

Bemorni yarimo'tirgan holatda ko'tarish. Sanitarlardan biri shikastlangan kishining orqa tomoniga o'tib, qo'ltig'idan, ikkinchisi bemorning oyoqlari orasiga o'tib, uning tizzasidan ushlab ko'taradi (78-rasm, b).

Zambilda ko'tarish. Bemorni olib borishda zambil eng qulay vosita hisoblanadi. U hamma kasalxonalarining qabulxona bo'limida, tez tibbiy yordam stansiyalarida va tez yordam mashinalarida bo'ladi. Zambilni turli narsalardan, hatto, qo'lda ham yasash mumkin. Shikastlanishning turiga qarab, zambilga bemorlar turli vaziyatda yotqiziladi:



77-rasm. «Qulf» usuli.

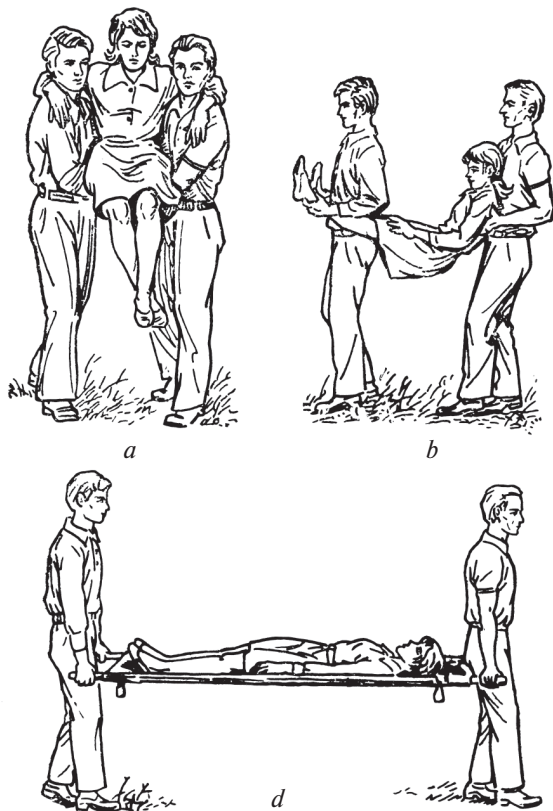
— bemorning odatdagi vaziyati chalqancha yotishdir, bunda u boshini balandroq ko‘tarib, qo‘l-oyoqlarini uzatib yotadi. Bemor hushsiz bo‘lganda boshini baland ko‘tarmaslik lozim (78-rasm, *d*);

— boshi yaralangan bemor chalqancha yotqiziladi, biroq tanasining yuqori qismi va boshi balandroq qilib yotqiziladi. Boshi tagiga tarnovsimon qilib buklangan adyol qo‘yiladi;

— bo‘yinning oldingi qismi va yuqori nafas yo‘llari yaralanganida bemorni qaddini baland ko‘tarib o‘tqiziladi, u boshini pastga engashtirib, iyagini ko‘kragiga tegizib turadi;

— ko‘kragi yaralanganida bemorni qaddini baland qilib o‘tqizilib yoki yaralangan yonboshi bilan yotqizib ko‘tariladi;

— qorin yaralanganida bemorning oyoqlari tizzadan bukilib, chalqancha yotqizish tavsiya qilinadi. Shu maqsadda bemorning taqimiga bolishsimon buklangan adyol qo‘yiladi;



78-rasm. Bemorni tashish usullari.

— umurtqa pog‘onasi va chanoq yopiq shikastlanganda bemor chalqancha vaziyatda yoki yuztuban yotishi lozim;

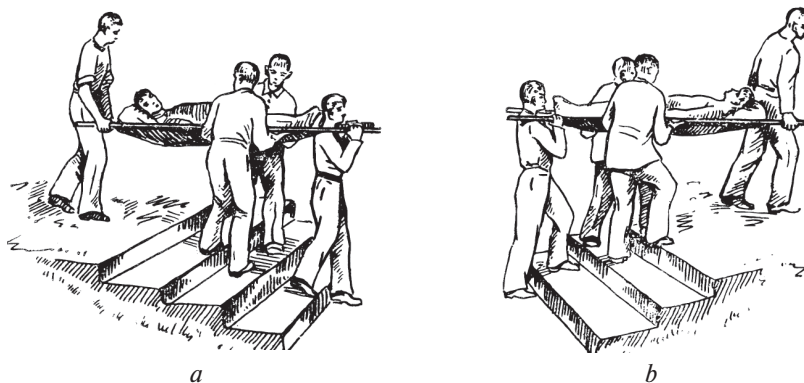
— qo‘llari shikastlangan bemor sog‘lom tomonga ozroq bu-rilgan holda chalqancha yotishi kerak. Bunda bilak ko‘krakka yoki qoringa qo‘yiladi;

— oyoqlar va bosh shikastlanganda shikastlangan oyoqqa shina qo‘yilib, bemor chalqancha yotqiziladi;

— oyoq suyagi singanda Diterixs shinasi qo‘yilib, bemor zam-bilga chalqancha yotqiziladi;

— boldir suyagi singanda dastlab shina qo‘yilib, keyin zambilga chalqancha yotqiziladi.

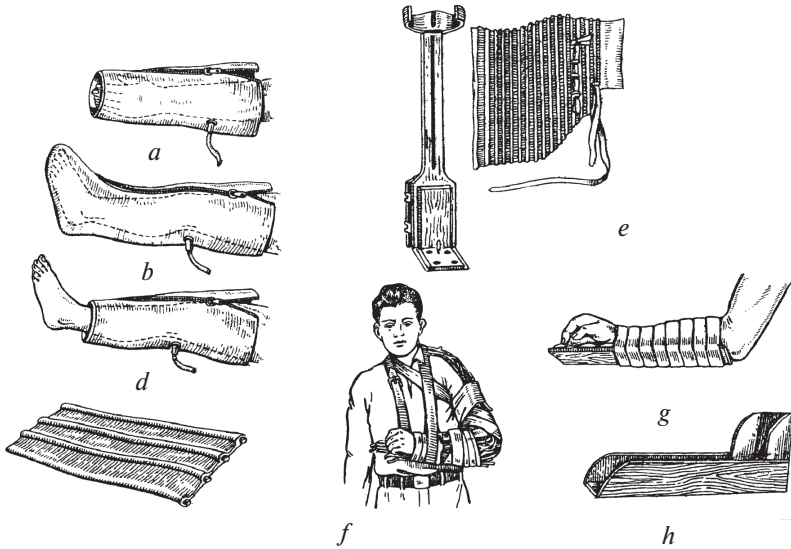
Bemorni zambilda ko‘tarishda bir sanitar zambilning bosh tomonida, ikkinchisi oyoq tomonida turadi. Sanitarlar zambil belbog‘ini yelkaga taqib, zambil dastasini qo‘lda tutishadi va ayni vaqtda bemor yotgan zambilni silkitmasdan ehtiyotlik bilan ko‘tarib borishlari kerak. Zinaga ko‘tarib chiqayotganda va undan olib tushayotganda bemorning gorizontal holatini saqlab qolish zarur. Shu maqsadda sanitarlardan biri zambilning orqa tomonini baland ko‘tarsa, ikkinchisi pastga tushiradi (79-rasm, a, b).



79-rasm. Bemorni zinapoyadan olib tushish (a) va ko‘tarib chiqish (b) usullari.

Bundan tashqari, bemorga pnevmatik (80-rasm, a, b, d), plas-massa (80-rasm, e), qo‘l ostidagi buyumlar (faner, karton, taxta)dan (80-rasm, f, g, h) foydalanib, shina qo‘yib har qanday transportda, jumladan, maxsus sanitar avtomashinasida, samolyotda va verto-lyotda iloji boricha ozor yetkazmay *tashish* mumkin.

Sinislarni davolash qoidalari. Sinislarni davolash asosini suyak siniqlarini joy-joyiga solish (repozitsiya) va suyak qadog‘i



80-rasm. Shina turlari.

hosil bo'lguncha ularni shu vaziyatda tutib turish (fiksatsiya) tashkil qiladi. Suyak siniqlarini repozitsiya qilishda oldin mahalliy og'riqsizlantirish (singan sohaga 10—20 ml 2% li novokain eritmasi yuborish) tavsiya etiladi. Og'riqsizlantirish og'riqni qoldirishdan tashqari, skelet mushaklarining bo'shashishiga imkon beradi, bu esa suyak siniqlarini joy-joyiga to'g'ri solishni osonlashtiradi. Suyak siniqlarini to'g'ri vaziyatda ushlab turish uchun: 1) gips bog'lami qo'yiladi; 2) teri ustidan va skeletdan tortiladi; 3) suyak siniqlari xirurgik usullar bilan fiksatsiya qilinadi.

Gipsli bog'lamlar. Gips 140°C haroratda qizdirilgan kalsiy sulfatdir. Qizdirilgandan so'ng u osongina mayda oq kukunga aylanadi va suv bilan aralashmasi tezda qotadi. Gips havoda namni o'ziga tortadi, shunga ko'ra uning sifati tez buziladi. Bunga yo'l qo'ymaslik uchun u germetik berkitiladigan ruxlangan qutilarda quruq joyda saqlanadi.

Gips sifatini tekshirish uchun bir necha sinamalar mavjud: 1) teng miqdorda gips bilan suv olib aralastiriladi, hosil qilingan massa 5—7 daqiqa ichida qotishi, bosib ko'rilganda sinishi, biroq kukunga aylanmasligi kerak; 2) gips kukunini qismlab siqilganda sifati yaxshi bo'lsa, u sochiladi, yomon bo'lsa, qumoq-qumoq bo'lib qoladi.

Gips sifatini yaxshilash uchun uni elash lozim. Namiqib qolgan gips 140°C haroratda maxsus idishda qizdiriladi. Gipsning qotish xususiyatini pasaytirish uchun u sovuq suv bilan suyultiriladi yoki unga kraxmal kleysteri qoʻshiladi. Qotishini tezlashtirish uchun gips iliq suvda (30—35°C) qoriladi, achchiqtosh (1 / suvga 10 g) yoki suyuq ohak qoʻshiladi.

Gipsli bogʻlamning quyidagi xossalari bor: yaxshi immobilizatsiya qiladi, ochiq sinishlarda jarohatni bekitish va jarohatni drenaj qilishga xalaqit bermaydi, chunki jarohat suyuqligi gipsga yaxshi shimiladi.

Gipsli bogʻlamlarning quyidagi turlari farq qilinadi: 1) sirkular (yopiq) bogʻlam; 2) olib qoʻyiladigan; 3) darchali; 4) koʻpriksimon; 5) shinali; 6) longetali; 7) longetali-sirkular; 8) torakobraxial (qoʻl va koʻkrak qafasiga qoʻyiladigan); 9) koksitli (oyoqqa, chanoq, qorin bilan koʻkrak qafasiga qoʻyiladigan); 10) gonitli bogʻlamlar (koksitli kabi, faqat yuqori chegarasi kindikkacha yetadi); 11) korsetlar; 12) karavotchalar.

Gipsli bogʻlamlar gipsli bintlardan tayyorlanadi. Gipsli bintlar uchun faqat gigroskopik doka yoki teshiklari oʻrtacha bintlar ishlatiladi. Ruxlangan, tunuka qoplangan yoki kleyonka qoplangan stolga bint yoziladi, ustiga gips sepiladi va gips kuch bilan bintga iylanadi. Gips sepilgan bint gʻovak qilib oʻraladi. Kerakli uzunlik va qalinlikdagi (5—8 qavat) gips longetalarni oldindan taxt qilib qoʻyish mumkin. Zavodda ishlab chiqariladigan gipsli bintlar ham boʻladi.

Gipsli bogʻlam qoʻyishning quyidagi qoidalari mavjud: gavdaning tegishli qismiga oʻrtacha fiziologik yoki funksional jihatdan qulay vaziyat beriladi. Gavdaning shikastlangan qismidan tashqari ikkita qoʻshni boʻgʻim immobilizatsiya qilinadi, gipsli bogʻlam taglik bilan qoʻyiladigan boʻlsa, bu maqsad uchun gigroskopligi past paxtadan foydalangan va uni suyak doʻngchalariga qoʻygan maʼqul. Bogʻlam toʻqimalarni bosmasligi, biroq haddan tashqari boʻsh ham boʻlmasligi kerak. Bogʻlam qoʻyilgandan soʻng uning yirik tomirlarni bosmayotganligi (koʻkarib ketish, shish, et junjikishi, badanda chumoli yurgandek sezgi paydo boʻlishi, uvushish, quyida joylashgan segmentlarning shishishi) tekshirib koʻrilishi zarur.

Gipsli bogʻlamlarni qoʻyish va olishda ishlatiladigan maxsus moslamalar bor. Ekstenzion stol, togʻora qoʻyiladigan taglik, korsetlar qoʻyish uchun apparat, gips uchun arracha, qaychi, skalpellar, shtil omburi, elektr arralar shular jumlasidan.

Aylanma bog‘lam qo‘yish. Gipsli bint suv solingan tog‘oraga tushiriladi. U suvni shimib olgandan so‘ng (gaz pufakchalar ajralib chiqishi to‘xtaydi) biroz siqiladi. Bintdan gips bo‘tqasi oqib chiqishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun bint uchlarini mahkam ushlab, bint qo‘l bilan bosib turiladi. Bint qattiq va noto‘g‘ri bosib turilganda gipsning bir qismi bintdan oqib chiqadi. Bintlashda mahkamlaydigan o‘ramdan so‘ng keyingi o‘ramlarni oldingi o‘ramning yarmi yoki bundan ko‘prog‘ini bekitib o‘raladi. Bintlash periferiyadan markazga tomon bajariladi. Bog‘lam bir tekisda, buklamasdan o‘raladi. Zarur bo‘lganda bint o‘rtasidan qirqiladi. Bog‘lam bir tekisda yopishib turishi uchun (uning pishiqligi ana shunga bog‘liq bo‘ladi) bintni bir me‘yorda va tez o‘rash kerak. Birinchi bint o‘rash vaqtida bog‘lamni gavdaning shu qismidagi anatomik tuzilmalariga moslash orqali puxtalik bilan qoliplanadi.

Qo‘l va boldirga 5—6 qavat, tanaga 7—8 qavat bint o‘raladi. Gipsli bint uchlari uqalanib tushmasligi uchun gipslash oxirida uchlari qirqiladi, doka qirqimlar bilan mahkamlanadi va puxta qilib moslashtiriladi.

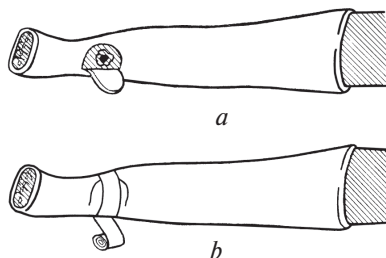
Olib qo‘yiladigan bog‘lam bog‘lamni yangilash, uqalash va boshqa tibbiy tadbirlarni amalga oshirish zarur bo‘lgan hollarda qo‘llaniladi. Shu maqsadda odatdagi orqa gipsli longeta qo‘yiladi. Longetani mahkamlash uchun keyinchalik bint bilan bog‘lab qo‘yiladi (81-rasm).

Darchali bog‘lam. Bog‘lam qo‘yilgandan so‘ng jarohat sohasidan darcha o‘yiladi (82-rasm, *a*). Bog‘lamning bu turida gips bog‘lam pishiqligini saqlab qoladi va zarurat bo‘lganda jarohatni qayta bog‘lash mumkin (82-rasm, *b*).

Ko‘priksimon bog‘lam gavdaning biror qismini gir aylantirib ochiq qoldirish zarur bo‘lgan hollarda qo‘llaniladi. Shu maqsadda gipsli sirkular bog‘lamlar gavdaning tegishli qismi yuqorisidan va

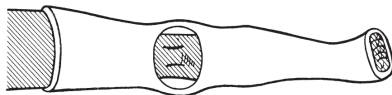


81-rasm. Orqa gipsli longeta.



82-rasm. Darchali gips bog‘lam.

pastidan qo‘yiladi. Gipslangan qismlar bir-biriga taxta yoki metallardan yasalgan ko‘prikchalar bilan birlashtirilib, ustidan gipslangan bint bilan berkitiladi (83-rasm).



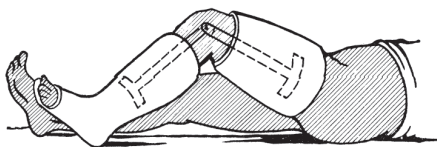
83-rasm. Ko‘priksimon gips bog‘lami.

Sharnirli bog‘lamlar kartondan tayyorlanadi. Kartonga kerakli shakl berilgach, u gipslangan ho‘l bintga o‘raladi (Volkovich shinasasi). Bunday bog‘lam gavdaning tegishli qismiga qo‘yilib, shakl beriladi va bint bilan fiksatsiya qilinadi (84-rasm, a, b).

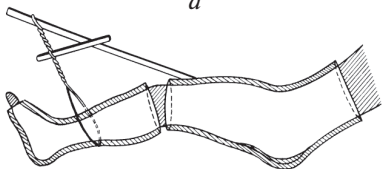
Longetali bog‘lam immobilizatsiya uchun longetani fiksatsiya qilish kifoya qiladigan hollarda yoki sirkular gipsli bog‘lamni mahkamlash uchun qo‘llaniladi. Longetalar (tegishli uzunlikdagi bir necha qavat gipslangan bint) gipsli bintlarni tayyorlashda oldindan tayyorlab qo‘yiladi yoki gips ho‘llangan bintlardan tayyorlanadi (85-rasm, a).

Longetali sirkular bog‘lam. Avval sirkular gipsli bog‘lam bilan fiksatsiya qilinadigan longetalardan foydalaniladi. Odatda longetalar gavdaning gips sinishi ehtimoli bo‘lgan qismlariga, masalan, bo‘g‘imlar sohasiga qo‘yiladi (85-rasm, b).

Torakobraxial bog‘lam yelka va yelka bo‘g‘imi shikastlanganda qo‘llaniladi. Odatda uni longetali sirkular gipsli bog‘lam prinsipiga binoan qo‘yiladi. Bunda ko‘krak qafasi va qo‘lning tegishli qismi tanadan uzoqlashtiriladi va oldinga yaqinlashtirilgan va tirsak bo‘g‘imida bukilgan vaziyatda gipslanadi. Qo‘lni hosil qilgan vaziyatda tutib turish va bog‘lamni mustahkamlash uchun



a

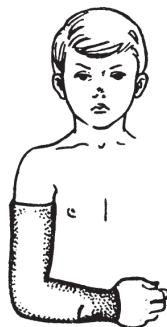


b

84-rasm. Sharnirli bog‘lam turlari.

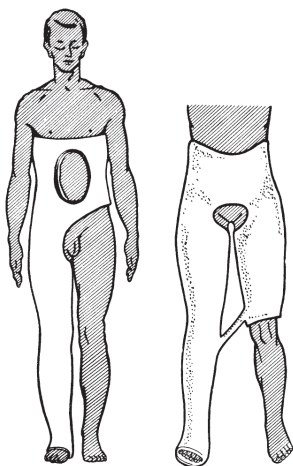


a



b

85-rasm. Longetali bog‘lam turlari.



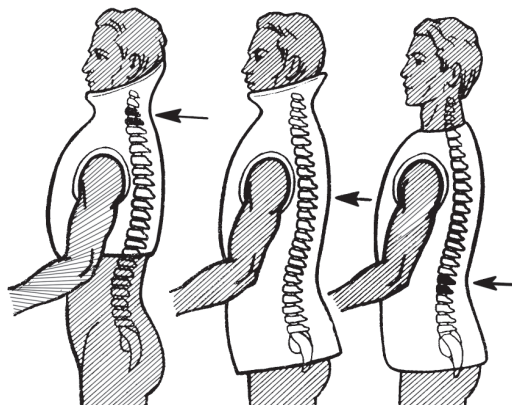
86-rasm. Katta chanoq-son gipsli bog'lami.

bilakning uchdan bir o'rta qismi bilan ko'krak qafasidagi gipsli korset orasiga tayoqcha gipslab qo'yiladi.

Koksitli bog'lami son suyagi va chanoq-son bo'g'imi shikastlanganda qo'llaniladi. Bu bog'lamni qo'yish uchun ekstenzion stoldan foydalangan ma'qul. Longetali sirkular bog'lami qo'yish uchun chanoq-son bo'g'imi va sonning orqa sathi longetalar bilan mahkamlanadi. Sirkular bintlarni o'rashda oyoq panjasi, boldir, son, chanoq-son bo'g'imi, qorin va ko'krak qafasi ko'krak uchi bilan qamrab olinadi (86-rasm).

Gonitli bog'lami tizza bo'g'imi va boldir shikastlanganda qo'llaniladi. Bog'lamni qo'yish qoidasi koksitli bog'lami qo'yish kabidir, biroq yuqori sathi kindikkacha yetkaziladi.

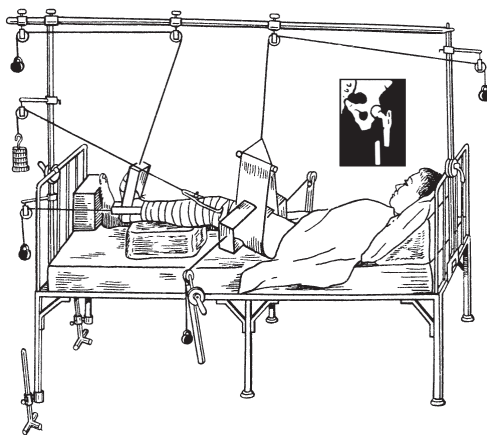
Gipsli korset umurtqa pog'onasi kasalliklarida va shikastlarida qo'llaniladi. Korset sirkular gipsli bintlardan tayyorlanadi. Uning quyi chegarasi yonbosh suyaklar hisoblanadi, ustki chegarasi oldingi sath bo'ylab to'sh suyagining o'yig'igacha boradi, orqa chegarasi birinchi ko'krak umurtqasining qirrali o'sig'idir. Qayer shikastlanganligiga qarab korsetning balandligi o'zgartirishi mumkin (87-rasm).



87-rasm. Gipsli korset.

Gipsli karavotcha umurtqa pogʻonasi sili va deformatsiyasida qoʻllaniladi. Undan umurtqa pogʻonasi shikastlanishlarida transportirovka qilish uchun foydalanish ham mumkin. Bemor qorni bilan yotqiziladi. Gipsli karavotchani enlik bintlardan yoki oldindan gipslab qoʻyilgan ayrim doka qavatlardan tayyorlanadi. Tana boʻylab sinchiklab shakl beriladi. Gips qurigandan soʻng karavotcha olinadi va chetlari qirqiladi. Karavotcha 1—2 sutka mobaynida quriydi, shundan soʻng bemor unga yotqiziladi. Gips oʻz vazifasini bajarib boʻlgandan soʻng olib tashlanadi. Qotib qolgan gips qiyinchilik bilan koʻchadi. Yumshatish uchun uni issiq suv, natriy xlorid eritmasi yoki kuchsiz xlorid kislotasi eritmasiga hoʻllanadi. Bogʻlamni yumshatmasdan qirqish ham mumkin, buning uchun maxsus arracha, qaychi yoki elektr arradan foydalaniladi.

Teri ustidan yoki skeletdan tortish. Suyak siniqlarini, ayniqsa u qiyshiq singanda hamma vaqt ham gipsli bogʻlam bilan ushlab turib boʻlmaydi. Bunday hollarda teri ustidan yoki skeletdan tortib qoʻyish usuli qoʻllaniladi. Teri ustidan tortishning mohiyati shundan iboratki, shikastlangan qoʻl yoki oyoqning distal sohasiga boʻz, paxmoq yoki boshqa yengil matodan (yopishqoq plastirdan foydalansa ham boʻladi) maxsus bogʻichlar qoʻyiladi. Bogʻichlar teriga maxsus yelimlar bilan yopishtiriladi va ularning orqasidan arqoncha yordamida maxsus tanlangan yuk bilan tortib qoʻyiladi. Oyoq unga fiziologik vaziyat beradigan maxsus shinaga tortiladi. Qoʻl suyaklari singanda abduksion shinadan, oyoq suyaklari singanda Beler shinasidan foydalaniladi (88-rasm).

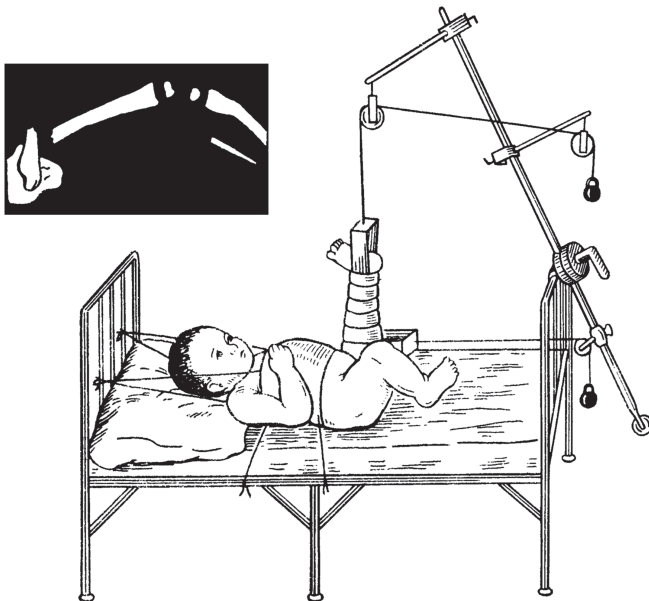


88-rasm. Son suyagining pastki qismi singanda suyakdan tortish.

Belər shinasini qoʻllashdan oldin ustki parallel qismlar orasiga matodan qilingan toʻr belanchak tortilib, oyoqlar ana shunga joylanadi. Shinani kerakli yoʻnalishda tortish uchun maxsus bloklari boʻladi. Pastki blok boldirni tortib turish uchun, ustkisi sonlarni tortib turish uchun, oldingisi oyoq panjalarini ushlab turish uchun xizmat qiladi.

Suyak siniqlarini ushlab turishga katta yuk talab etiladigan hollarda teri ustidan tortib qoʻyish oʻrniga skeletdan tortish usuli qoʻllaniladi. Buni amalga oshirish uchun mahalliy ogʻriqsizlantirish ostida suyakdan maxsus parma yordamida metall kegay oʻtkaziladi. Kegayga yoy mahkamlanadi, bu kegayni tarang tortib turishga xizmat qiladi. Yoyga yuk osilgan arqoncha bogʻlab qoʻyiladi. Oyoq bundan oldingi holatdagi kabi shinaga joylashtiriladi (89-rasm). Boldir suyaklari singanda kegayni tovon suyagidan, son suyagi singanda esa katta boldir suyagining gʻadirbudir qismidan yoki son suyagining metafizidan oʻtkaziladi. Yelka suyaklari singanda kegayni tirsak oʻsigʻidan oʻtkazish mumkin.

Tortib qoʻyishning quyidagi turlari farq qilinadi. Qoʻl suyaklari singanda rezina naycha yordamida *elastik material bilan*, oyoq



89-rasm. Bolalarda Shede usulida doimiy yelimli tortish.

suyaklari singanda bolalar oyog‘i *yuk bilan* Shede usulida tortib qo‘yiladi. Umurtqa pog‘onasi singanda bemorni *o‘z gavgasi og‘ir-ligi bilan tortib qo‘yish* uchun uni karavotga o‘rnatilgan taxtaga yotqiziladi. Karavotning bosh tomoni ko‘taribroq qo‘yiladi, be-mor gavgasining yuqori qismi maxsus paxta-dokadan tayyor-langan halqa yoki Glisson ilmog‘i bilan karavot suyanchig‘iga fiksatsiya qilinadi.

Davolashning xirurgik usullari. Suyak siniqlarini joy-joyiga solishning va suyak siniqlarini bundan oldin aytilgan usullar bilan davolashning iloji bo‘lmaganda xirurgik usul qo‘llaniladi. Suyak siniqlari orasiga yumshoq to‘qimalar qisilib qolganda (interpo-zitsiya) va suyakning ochiq sinishlarida, ko‘pincha, operatsiya yo‘li bilan davo qilishga kirishiladi. Operatsiya qilib davolashning mo-hiyati shundaki, bunda suyak siniqlari ochiladi, to‘g‘rilanadi va ular zanglamaydigan po‘latdan yasalgan maxsus metall shtiftlar, plastinkalar, shuruplar, sim va boshqalar yordamida fiksatsiya qilinadi. Suyak siniqlari bitib ketgandan so‘ng (odatda, 6—8 oy o‘tgach) suyak siniqlarini fiksatsiya qilib turgan metall buyum olib tashlanadi.

Suyak siniqlarini operatsiya yo‘li bilan to‘g‘rilashda maxsus yelim qo‘llaniladi. Bu suyak siniqlarini yaxshi fiksatsiya qilib tu-radi va keyinchalik olib tashlanmasa ham bo‘ladi.

Bolalarda suyak sinishining xususiyatlari. Suyak to‘qimasini-ning birmuncha elastikligi, suyakusti pardasining yetarlicha pi-shiqligi va o‘shish xususiyati borligi tufayli bolalarda suyak sinishi o‘ziga xos xususiyatlar bilan kechadi. Aksariyat bolalarda suyak suyakusti pardasi ostidan sinadi, bunda suyakusti pardasi shi-kastlanmagani holda suyak sinadi (ko‘k novda ko‘rinishida). Bunda suyak siniqlari siljimasligi mumkin. Epifizar o‘shish sohasi borligi uning yirtilishi — *epifizeoliz* uchun sharoit yaratadi va shunga ko‘ra suyak siniqlari kattalardagi ko‘ndalang suyak sinishi bo‘-yicha siljiydi. Bunday suyak sinishida suyak fragmentlarining konsolidatsiyasi o‘zgacha kechadi. Bolalarda oyoq yoki qo‘llar majburiy holatda qo‘yilganda bo‘g‘im xaltachalari va boylam apparatining bujmayishi hamda bo‘g‘imda biriktiruvchi to‘qi-maning rivojlanishi unchalik tez sodir bo‘lmaydi. Shu sababli ularda bo‘g‘imlar harakatining qiyinlashib qolishi kattalarga nis-batan sekinroq rivojlanadi.

Bolalarda suyak sinishini davolash ham o‘ziga xos bo‘ladi. Skeletdan tortib qo‘yish, odatda, katta yoshdagi bolalardagina

qo'llaniladi. Yosh bolalarda teridan tortib qo'yish bilan cheklaniladi. Og'ir yuk qo'yish talab qilinmaydi. Ularda oyoq yoki qo'lning fiziologik holati boshqacha, chunonchi, oyoq uchun chanoqson bo'g'imida bukish burchagi 90°, tizza bo'g'imida 180° ga teng. Shunga ko'ra, oyoq terisidan tortib qo'yilgandan so'ng arqonli ramaga o'rnatilgan bloklardan oshirib o'tkaziladi (bola ramaga go'yo «osib qo'yiladi»). Bola bunday vaziyatga ko'nikib qoladi va bu uni kam bezovta qiladi. Badan terisi bichilishi oldini olish, bolaning ichi kelgandan va qovug'i bo'shagandan so'ng vaqtida ostini yuvib turish zarur.

Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun oddiy va murakkab etalon test namunalari

T/r	Savol	Javob
1.	Ankilozda bo'g'imda harakat bo'ladimi?	yo'q
2.	Kontrakturada bo'g'imda harakat cheklanadimi?	ha
3.	Son suyagi patalogik singanda oyoq qisqaradimi?	ha
4.	Ko'zoynaksimptomi paydo bo'lishi xavflimi?	ha
5.	Lefor sinishlar yuqorigi jag'ga xosmi?	ha
6.	Retrograd amneziyada bemor voqeani eslaydimi?	yo'q
7.	Epidural gematoma subdural gematomaga nisbatan og'ir kechadimi?	ha
8.	O'mrov suyagi singanda Dezo bog'lami qo'yiladimi?	ha
9.	Klapanli pnevmotoraksni ochiq pnevmotoraksga yetkazish shartmi?	ha
10.	Quymuch suyagi singanda bemor o'tira oladimi?	yo'q
11.	Qov suyagi singanda uretra shikastlanishini tekshirish yo'llarini belgilang: a) mikrogematuriya; b) makrogematuriya; d) to'xtab-to'xtab siyish; e) hammasi to'g'ri.	e
12.	To'g'ri ichak shikastlanishi belgilarini ayting: a) defekatsiya og'riqsiz; b) defekatsiya og'riqli qon bilan; d) axlatning rangi o'zgarmagan; e) gaz chiqarganda og'riqli.	b

JAROHATLAR HAQIDA TUSHUNCHA

Jarohat deganda, teri yoki shilliq pardalarning mexanik shikasti tushuniladi. Bunda ichkaridagi to'qimalarga ham shikast yetgan bo'lishi mumkin.

Jarohatning turlari. Jarohatlagan narsaning xususiyatiga ko'ra quyidagi jarohatlar tafovut qilinadi.

Kesilgan jarohatlar to'qimalarga biror o'tkir narsa: pichoq, shisha, temir va hokazo ta'sir qilganda paydo bo'ladi. Jarohatning atrofi tekis, ostidagi to'qimalarga, odatda, kamroq shikast yetadi, jarohat ochiq bo'ladi, qonab turadi. Boshqa jarohatlarga qaraganda birmuncha oson tuzaladi.

Shilingan jarohatlar kesilgan jarohatning bir turi bo'lib, bunda teri va teriosti to'qimasi ostidagi to'qimalardan ajralib chiqqan bo'ladi. Bunday jarohatlar urinma chiziq bo'yicha harakat qilayotgan kesuvchi narsalardan shikastlanish yoki terining teriosti to'qimasi bilan ajralishi oqibatida yuz berishi mumkin.

Chopilgan jarohatlar o'tkir va og'ir narsa: bolta, qilich va hokazolar bilan urilganda hosil bo'ladi. Ostidagi to'qimalarning anchagina shikastlanishi kuzatiladi. Birmuncha sekin bitadi.

Sanchilgan jarohatlar sanchadigan o'tkir buyumlar: bigiz, mix, nayza va hokazolar sanchilishidan hosil bo'ladi. Bu jarohatlar teriga ozroq shikast yetishi va ichkaridagi a'zo hamda to'qimalar (yirik qon tomirlar, o'pka, yurak, jigar va hokazolar)ning ko'proq shikastlanishi bilan xarakterlanadi. Tashqariga qon kam chiqadi, biroq chuqur joylashgan to'qimalardan ko'p miqdorda qon oqishi mumkin. Bunday jarohatlar g'oyatda xavflidir. Davo qilishda ichki a'zolarga shikast yetgan-yetmaganligini aniqlash maqsadida jarohat kanalini yaxshilab tekshirish talab etiladi.

Chopilgan-kesilgan jarohatlar chopilgan va kesilgan jarohatlarning qo'shma turi hisoblanadi. U ham tashqi, ham ichki tomondan anchagina qon oqishi bilan xarakterlanadi.

Urilgan jarohatlar birorta to'mtoq buyum: tayoq, tosh va hokazolar bilan urilganda paydo bo'ladi. Ular yumshoq to'qimalarning anchagina ezilishi va ozroq qonashi bilan xarakterlanadi. To'qimalarning og'ir ezilishi sababli jarohat atrofining jonsizlanishi kuzatiladi va infeksiya osonlikcha tushib, yiringlanish yuz beradi. Jarohatni xirurgik tozalashda jonsiz to'qimalarni olib tashlash talab qilinadi.

Yulingan jarohatlar urib olingan jarohatlarga yaqin turadi. Odatda, mashina va mexanizmlarning harakatlanadigan qismlaridan

yuzaga keladi. Bunda jarohatning o'lchamlari katta, chetlari no-tekis bo'ladi, osonlikcha infeksiya tushadi. Uzoq muddat davomida turli asoratlar bilan kechib, bitadi.

Tishlangan jarohatlar odam yoki hayvonlar tishlashidan sodir bo'ladi. Teri va uning ostidagi to'qimalarga ancha shikast yetadi. Jarohat hamisha infeksiyalangan bo'ladi, kech va ko'p asoratlar bilan bitadi.

O'q tegishidan yuz bergan jarohatlar o'qotar quroldan zararlanish natijasidir. O'q, sochma o'q, snaryad parchasi kabildan yuz berishi mumkin. Jarohatlaydigan snaryad, masofa va hokazolarga ko'ra turli-tuman ko'rinishda bo'ladi. O'q yoki snaryad parchasidan ro'y bergan jarohatlar, ayniqsa, og'ir kechadi. Bu jarohatlar teshib o'tgan bo'lib, buyum tana qismini teshib o'tib, kirish va chiqish teshiklari bo'ladi. Bunda kirish teshigi chiqish teshigidan kichik va berk bo'ladi yoki faqat kirish teshigi bo'lib, jarohatlovchi buyum to'qimalarda qoladi.

O'q bo'shliq ichkarisiga kirishiga ko'ra: 1) teshib kirmaydigan, bo'shliq (qorin, plevra, miya, bo'g'imning sinovial pardasi) to'sig'ini shikastlamaydigan va 2) teshib kiruvchi (to'siqni shikastlaydigan) jarohatlar bo'lishi mumkin.

O'q tegishidan yuzaga kelgan jarohatda quyidagilar farq qilinadi:

— *jarohat kanali sohasi*. Unda nekrotik to'qimalar, o'q parchasi, kiyim parchalari va shu kabilar bo'ladi;

— *shikastlangan nekroz sohasi*. To'qimalarning harorat ta'sirida shikastlanishi natijasida hosil bo'ladi;

— *molekular silkinish sohasi*. Ko'zga ko'rinadigan o'zgarishlar kuzatilmaydi, biroq shu sohada to'qimalar qarshiligini kamaytiradigan nekrobiotik o'zgarishlar kuzatiladi.

Tasodifan yuz bergan jarohatlarga jarohatlarning yuqorida sanab o'tilgan hamma turi kiradi. Ular, odatda, birlamchi infeksiyalangan va *ataylab qilingan* (operatsion) — aseptik bo'ladi.

Tasodifan yuz beradigan hamma jarohatlar, jumladan, o'q tekkan jarohatlar ham birlamchi infeksiyalangan hisoblanadi va to'qimalarga ko'p shikast yetishi bilan o'tadi, bu esa ularning bitishini qiyinlashtiradi.

Zaharlangan jarohatlar — jarohatning zaharlovchi modda (iprit, lyuizit va boshqalar) tushgan har qanday turidir. Zaharlovchi modda jarohat teshigi orqali organizmga tez so'rilib, og'ir oqibatlariga olib keladi. Davolash yuvish, antidotlar qo'llash, jarohatni birlamchi xirurgik tozalashdan iborat.

Infeksiya tushish darajasi bo'yicha *aseptik va septik* jarohatlar farq qilinadi. *Ikkilamchi infeksiyalangan* jarohatlar, odatda, operatsiya jarohatlari bo'lib, noto'g'ri parvarish qilinganda (tibbiyot xodimlari yoki bemorning aybi bilan) ular jarohat paydo bo'lishidan bir necha soat yoki kun o'tgach infeksiyalanishi mumkin. Jarohatlar yakka va ko'p bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Jarohatning klinik manzarasi og'riq, jarohat chetlarining ochilib turishi, qon oqishi va gavdaning shu qismida yuz beradigan funksional buzilishlar bilan xarakterlanadi.

Jarohatlarning bitishi murakkab patofiziologik jarayon bo'lib, u shartli ravishda uch bosqichga ajratiladi.

Gidratatsiya bosqichi bevosita jarohatdan so'ng yuz beradi va bir necha sutka davom etadi. Yallig'lanish alomatlari bilan o'tadi. Jarohat suyuqligining oqib chiqishi uchun sharoitlar (jarohatni kesish, drenajlash, gipertonik eritmalar qo'llash) vujudga keltirish zarur.

Degidratatsiya bosqichi jarohatning tozalanishi, yallig'lanishning kamayishi, yashab ketmaydigan to'qimalar va fibrin ivindilarining lizisi va granulatsiyalar hosil bo'lishi bilan ro'y beradi. Granulatsiya to'qimasi hosil bo'lishi uchun sharoitlar (antiseptik eritmalar, malhamli bog'lamlar, bog'lamni tez-tez yangilamaslik) yaratish zarur.

Epitelizatsiya bosqichi jarohat nuqsonini berkitadigan epitelial to'qima hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Ayni vaqtda granulatsiya to'qimasidan chandiqli to'qima hosil bo'ladi. Sabablari faol harakatlar, issiq muolajalar, malhamli bog'lamlarni kunda qo'llashdir. Har bir bosqichning davom etish muddati jarohatning xususiyatiga, davolash usullariga, organizmning umumiy holatiga va infeksiya borligiga bog'liq. Jarohat bitishining quyidagi turlari farq qilinadi.

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

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

Ikkilamchi tortilib bitish uzoq davom etadigan jarayondir. Bunda dag'al chandiqlik qoladi. U burushganda bo'g'im kontrakturalari yuz berishi va gavdaning shu sohasi deformatsiyaga uchrashi mumkin.

Jarohatning po'stloq ostidan bitishi. Teri yuz shikastlanganda jarohat sohasiga chiqqan qon va limfa to'q jigarrang po'st hosil qiladi. Po'st ostida bitish jarayoni jarohat regeneratsiyasining qoidalari bo'yicha, biroq birmuncha tezroq boradi, chunki po'st jarohatni infeksiyadan va shikastlanishdan saqlaydigan biologik bog'lam vazifasini bajaradi.

Jarohatning mikrobdan ifloslanishi. Har qanday tasodifiy jarohatlanishda jarohatga mikrobtushib, u ifloslanadi. Mikrobliflora jarohatga jarohatlovchi qurol, kiyim parchalari, teri orqali tushadi.

Jarohatda infeksiya rivojlanishiga mikrofloraning virulentligi, jarohat kanali sohasida to'qimalar yemirilib, qon aylanishi va innervatsiya buzilishi, organizmning himoya kuchlari pasayishi holatlari sabab bo'ladi.

Jarohatning yiringlashi. Jarohatdagi yiringli jarayon muayyan klinik manzara: jarohat atrofining qizarishi, shishishi, qattiqlashishi, mahalliy va umumiy haroratning ko'tarilishi, qattiq og'riqlik, gavdaning shu qismi funksiyasining buzilishi bilan ifodalanadi.

Jarohatdagi yallig'lanish eksudati yiringli bo'ladi (leykotsitlar miqdori ko'payib ketishi hisobiga). Berk jarohatda yiringli modda to'qimalararo bo'shliqlar bo'yicha tarqalib, katta yiring cho'ntaklarini hosil qiladi. Yiringlagan jarohatlarni davolash yiring oqib chiqishi uchun qulay sharoit yaratish va antibakterial terapiya o'tkazishdan iborat.

Jarohatlanganda birinchi yordam ko'rsatish, asosan, qon oqishini vaqtincha to'xtatish (bog'lam, jgut) va infeksiya tushishining oldini olish (bog'lam qo'yish oldidan jarohat chekkalariga yod eritmasi surtish) dan iborat.

Jarohatga bog'lam qo'yishdan oldin gavdaning shu qismidagi kiyim yoki poyabzalni ehtiyotlik bilan yechish lozim. Vaqtinchalik qon to'xtatishdan so'ng transport immobilizatsiyasi tegishli bo'limlarda bayon etilgan qoidalar asosida bajariladi va bemor davolash muassasasiga yotqiziladi.

Shifokor kelguncha beriladigan yordamni tibbiyot hamshirasi jarohat yuz bergan joyda to'g'ri ko'rsata bilishi kerak. Keyin bemorga qoqsholga qarshi zardob yuborish, uni ixtisoslashgan davolash muassasasiga jo'natish kerak.

Jarohatlarni davolash. Jarohat yuzasini tozalash va birlamchi chok solish kichikroq yuza jarohatlari (lat yeyish, teri ekskoria-tsiyasi) bo'lgan bemorlarda yoki atroflari tekis, ifloslanmagan va ichkarida joylashgan to'qimalar hamda anchagina shikastlangan, kesilgan jarohatlarda bajariladi.

Jarohat atrofi soch yoki jundan tozalanadi, teri spirt bilan artiladi va yod eritmasi surtiladi. Bemorda faqat teri ekskoria-tsiyasi bo'lsa, aseptik bog'lam qo'yiladi. Bunday hollarda bakteritsid ta'sirga ega bo'lgan maxsus leykoplastirli bog'lam qo'ysa ham bo'ladi.

Jarohatga birlamchi xirurgik ishlov berish asosida jarohat chekkalari, devorlari va tubini sog'lom to'qimalargacha kesish, uni aseptik jarohatga aylantirish prinsipi yotadi.

Shikastlangan soha va uning og'ir-yengilligiga qarab birlamchi xirurgik ishlov berish mahalliy yoki umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Jarohat tozalanadi, qon oqishi uzil-kesil to'xtatiladi. Ichki tomondan ketgut chok solish va terini ipak bilan choklash yordamida jarohat chekkalari bir-biriga yaqinlashtiriladi. Jarohat chekkalariga antibiotiklar quyiladi. Jarohatga birlamchi xirurgik ishlov berish jarohatlangandan so'ng dastlabki soatlarda bajarilishi kerak. Antibiotiklarni parenteral qo'llash xirurgik tozalashni kechroq muddatda (bir sutkagacha) o'tkazish imkonini beradi. Chuqur kamgaklar va infeksiya rivojlanishi xavfi bo'lganda jarohat drenajlanadi, yordamchi choklar solinadi yoki umuman choklanmasdan, aseptik bog'lam bilan bekitiladi. Yallig'lanish hodisalari bo'lmaganda 3—4 sutka o'tgach chok solinadi (*birlamchi tikilgan chok*). Jarohat yiringlagan hollarda yallig'lanish hodisalari tugagandan keyingina uni tikib qo'yish mumkin. Bu vaqtga kelib jarohatda granulatsiyalar paydo bo'ladi. Ular kesiladi va chok bilan tikiladi (*ikkilamchi tikilgan chok*).

Yuz, til, qo'l panjasi jarohatlanganda, ya'ni qon ta'minoti yaxshi bo'lgan sohalarda jarohat chekkalari minimal darajada kesilib, choklar solinadi va zarurat bo'lganda immobilizatsiya qilinadi. Jarohatni birlamchi xirurgik tozalashdan so'ng normal bitayotgan choklar 7—8-kunida olinadi.

Yiringli jarohatlarni davolash. Jarohat o'z vaqtida tozalanmasa yoki tozalash yetarlicha sifatli o'tkazilmasa, u yiringlay boshlaydi. Klinik jihatdan u jarohat atroflarining qizarishi, ham mahalliy, ham umumiy haroratning ko'tarilishi, bemorning holsizlanishi, jarohat maydonining qattiq og'rishi bilan xarakterlanadi. Bunday

hollarda jarohatga drenaj qo'yish lozim bo'ladi (*jarohatga ikkilamchi xirurgik ishlov berish*). Shu maqsadda ilgari choklar solingan bo'lsa, ular olinadi va yiring cho'ntaklari kesib ochiladi. Yiring chiqishini yaxshilash uchun qo'shimcha kesmalar — kontraperturalar qilinadi. Bu davrda (gidratatsiya bosqichi) jarohatning katta-kichikligiga bog'liq holda rezina lentalar, drenaj naychalar, natriy xloridning gipertonik eritmasiga botirilgan g'ovak tamponlar bilan ichidagi yiring so'rib olinadi. Antibiotiklar, fermentlar, antiseptik vositalar yuboriladi.

Zaharlanishga qarshi kurashish va organizmning himoya immun, biologik reaksiyalarini faollashtirish uchun ko'p miqdorda suyuqlik yuboriladi, vitaminlarga boy, yuqori kaloriyali ovqat tayinlanadi, bo'lib-bo'lib qon quyiladi. O'tkir bosqich tugaganidan keyin (degidratatsiya bosqichi) mazli bog'lamlar qo'llaniladi, bog'lam kam yangilanadi, fizioterapevtik muolajalar tayinlanadi. Jarohatlarni davolashda immobilizatsiya qilish, gazli gangrena va quturishga qarshi tadbirlarni darhol o'tkazish lozim bo'ladi (yallig'lanish sindromiga qarang).

KUYISH

Kuyish deb, to'qimalarning yuqori harorat (termik), kimyoviy moddalar (kimyoviy), elektr toki (elektrdan) va nur energiyasi (nurdan) ta'sirida kelib chiqqan jarohatiga aytiladi.

Kuchli kuyishlarda bemorda jiddiy umumiy buzilishlar kuzatiladi va *kuyish kasalligi* rivojlanadi.

O'tkir kuyishda kasallikning kechishida shok, toksemiya, septikotoksemiya va rekonvalessensiya davrlari farq qilinadi.

Shok davri kuyishda travmatik shokni eslatadi, biroq u organizmning yaqqol intoksikatsiyasi va plazma yo'qotilishi hisobiga birmuncha og'ir kechadi. Travmatik shokdagi singari bemor erektil bosqichda qo'zg'algan bo'ladi, arterial bosimi oshib, pulsi tezlashadi.

Torpid bosqichda hayotiy jarayonlar keskin pasayib ketadi: bemor harakatsiz, gavda harorati va arterial bosimi pasaygan, terisi rangsizlangan, yuz qiyofasi jiddiylashgan, akrosianoz paydo bo'ladi. Siydik ajratilishi kamayib, to'liq anuriyagacha boradi.

Toksemiya davri kuyishdan keyin bir necha soat o'tgach boshlanadi. Kuygan yuzada ko'p miqdorda plazma yo'qotilishi bilan birga zaharli moddalarning so'rilishi boshlanadi, bu moddalar organizm to'qimalari va bakteriyalarning parchalanishi hisobiga

yuzaga keladi. Bu davrda bemorning ahvoli nihoyatda og'ir, harorati juda yuqori, ishtahasi va uyquasi buzilgan, qusadi, ichi kelmaydi. Qon quyuqlashgani sababli (plazma yo'qotilishidan), gemoglobin va eritrotsitlar miqdori ko'payadi. Leykotsitar formulaning chapga siljiganligi qayd qilinadi. Siydikda eritrotsitlar, oqsil silindrlari paydo bo'ladi.

Septikotoksemiya davri kuygan yuzada infeksiya rivojlangandan keyin kuzatiladi. Bu davr klinik jihatdan bundan oldingi davrdan kam farq qiladi. Kuygan yuza ko'p yiringli suyuqlik bilan qoplanadi. Harorat gektik xususiyatga ega bo'ladi (sepsis). Granulatsiyalar och rangli, sust. Yotoq yaralar, yiringli metastazlar hosil bo'ladi (gavdaning boshqa sohalorida yiringli o'choqlar paydo bo'ladi). Ba'zan esa areaktiv holat ham kuzatilib, bu organizmning himoya kuchlari pasayib ketganidan dalolat beradi.

Rekonvalessent (sog'ayish) davri. Gavda harorati, qon va siydik normaga keladi, bemorning ishtahasi yaxshilanadi, to'qimalarning nekrotik qismlari ko'chib tushadi, kuygan yuzada pushtirang sog'lom granulatsiyalar paydo bo'ladi.

Kuygan bemorlarda kuyishning klinik o'tishini davrlarga ajratish juda ham shart hisoblanadi. Ahvolning og'ir-yengilligi, asosan, kuyish darajasiga va kuygan yuzaga, shuningdek, organizmning umumiy holatiga bog'liq (avitaminoz, gipotrofiya, immunodefitsit holat).

Termik kuyish to'qimalarga yuqori harorat, issiq bug', suv va boshqalar ta'sir etganda sodir bo'ladi. Kuyishda to'qimalarning shikastlanish darajasi haroratning ko'tarilganligi va termik omil qancha vaqt davomida ta'sir qilganligiga bog'liq. Harorat nechog'li yuqori bo'lsa va termik omil qanchalik uzoq ta'sir qilsa to'qimalar shunchalik ko'p shikastlanadi. Ergan metall ta'sirida, ayniqsa, chuqur kuyish hollari kuzatiladi.

To'qimalarning shikastlanish xarakteri va chuqurligiga ko'ra kuyish bir necha darajaga bo'linadi.

Kuyishning I darajasi unchalik yuqori bo'lmagan termik omilning qisqa muddatli ta'sirida kuzatilib, terining qizarishi va picha shishishi bilan ifodalanadi (*eritematoz shakl*). Kuyishning bu darajasida teri kapillarlarini kengayadi va ularning o'tkazuvchanligi oshishi hisobiga qonning suyuq qismi (plazmasi) atrofdagi to'qimalarga chiqadi.

I darajali kuyishning o'tish muddati 2—3 kun. Kuygan joyda teri pigmentatsiyasi va keyinroq epidermisning ko'chib tushishi kuzatiladi.

Kuyishning II darajasi pufaklar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi (bulloz shakl). Kuyishning bu darajasida birmuncha yallig'lanish yuzaga chiqadi. Talaygina suyuqlik yuzaga chiqishiga ko'ra u epidermis ostiga yig'iladi va epidermisni ko'chirib pufaklar hosil qiladi. Pufaklar kuyishdan keyin bir necha daqiqa o'tgach, ba'zan esa ertasiga paydo bo'lishi mumkin. Terining yuza (epidermal) qatlami jonsizlanadi. Pufak yorilganda terining tiniq qizil so'rg'ichsimon qavati ko'rinadi. Kuyish asoratsiz o'tganda 4—6-kunga kelib pufakdagi suyuqlik so'rilib ketadi. Yangi, yosh epidermis avvaliga pushti rangli va oson shikastlanadigan bo'lib qoladi.

Infeksiya tushib og'irlashganda pufakdagi suyuqlik yiringlaydi. Keyinchalik granulatsiyalar va chandiqli to'qima hosil bo'lishi bilan bitadi, bu tuzalish vaqtini uzaytiradi va ahvolni og'irlashtiradi.

Kuyishning III darajasi terining yuza qatlami, shu jumladan o'sish sohasi (*A guruhli*) yoki barcha ichki qavatlarining (*B guruhli*) jonsizlanishi bilan xarakterlanadi. Kuygan yuzada to'q rangli po'stloq paydo bo'ladi. Po'stloq oqsillar koagulatsiyasi (ivishi) va aylanishini to'xtatish hisobiga vujudga keladi.

Kuyishning bu darajasida po'stloq ko'chgandan keyin u yer ikkilamchi chandiqli bo'lib bitadi. Epiteliylanish kuygan joy atrofidan boshlanadi. Terining yuza qatlami kuyganda shikastlangan qismi to'la-to'kis epitelizatsiyalanishi mumkin. Terining hamma qavati jonsizlanganda epitelial to'qima asta-sekin rivojlanadi, kuygan yuzani umuman bekitmaydi va dag'al keloid chandiqliq hosil qiladi.

Kuyishning IV darajasida teridan tashqari, birmuncha ichkarida joylashgan to'qimalar (teriosti to'qimasi, mushaklar, suyaklar)ning jonsizlanishi kuzatiladi. Bu juda sekinlik bilan bitib, katta chandiqlar hosil qiladi. To'qimalarning ayrim joylari ko'chib tushib, hatto, oyoq-qo'llar o'z-o'zidan uzilib tushishi mumkin.

Kuyishning klinikasi kuygan yuzaning darajasi va maydoniga bog'liq. Kuygan yuza nechog'li katta bo'lsa, bemorning ahvoli shunchalik og'ir bo'ladi. Gavdaning 30 % va bundan ko'proq qismi kuysa, kuyish kasalligi kelib chiqib, bundan ko'pincha bemor o'lishi mumkin.

Kuyish maydonini o'lchash. *Kaftlab o'lchash* — odamning kafti teri yuzasining taxminan 1—2% ni tashkil qiladi.

To'qqizlik qoidasiga muvofiq o'lchash. Bunda bosh va bo'yinning maydoni jami yuzaning 9% ni, qo'l yuzasi 9% ni, tananing

oldingi yuzasi 18% (9×2)ni, orqa yuzasi ham 18% (9×2) ni, oyoq 18% (9×2) ni tashkil qiladi. Bularning jami 99% (o‘n bitta to‘qqizlik) ni tashkil etadi; 100% ning 1% ni oraliq sohasi tashkil etadi.

B.N. Postnikov usuli. Kuygan yuzaga steril sellofan plyonka yopiladi. Kuyish atrofi brilliant yashili bilan chizib chiqiladi. O‘rta bo‘yli odam gavdasining umumiy maydoni taxminan 100%–16000 sm² ni tashkil qiladi.

Kuyishda birinchi yordam berish va davolash. Kuyishda birinchi yordam berishning asosiy maqsadi termik omil ta’sirini yo‘qotishdir: issiq suv va bug‘ kelishini to‘xtatish, kiyim-kechak yonib ketganda o‘t-olovni o‘chirish uchun shikastlangan kishini adyolga yoki qanday bo‘lmasin biror matoga o‘rash kerak.

Kuyishda aseptik bog‘lam qo‘yiladi, og‘riqsizlantiruvchi dori yoki narkotiklar yuboriladi, gavdaning shikastlangan qismi immobilizatsiya qilinadi va shok profilaktikasi o‘tkaziladi. Agar havo sovuq bo‘lsa, bemor issiq qilib o‘rab qo‘yiladi va davolash muassasasiga olib boriladi.

Davolash choralari ikki yo‘nalishda — kuygan joyni mahalliy va umumiy davolash bilan olib boriladi. Umumiy davolashga shok, plazma yo‘qotilishi va qonning quyuqlashishi, infeksiyalar, toksemiyaning oldini olishga qaratilgan davolash kiradi. Hozirgi vaqtda kuyishni davolash uchun maxsus ixtisoslashgan markaziy shifoxonalar barpo etilgan.

Kuygan yuzaga ishlov berishdan oldin badanining katta qismi kuygan bemorlar iliq furatsillin eritmasi solingan vannaga tushiriladi, shunda bog‘lamlar ho‘llanib ko‘chadi. Uncha katta bo‘lmagan kuygan joyga ishlov berishdan oldin bemorga analgetiklar yuboriladi. Katta kuygan teri yuzasiga ishlov berishda esa narkoz beriladi.

Kuygan joy atrofidagi terini tozalashda efir, spirtga ho‘llangan doka tamponlardan foydalaniladi. Shikast yetgan pufaklar anti-septik dori bilan tozalanib, ko‘chgan epidermis ehtiyotlik bilan qaychida qirqiladi. Jarohat yuzasi quritiladi. Keyingi davo ochiq, yopiq yoki aralash usullarda olib boriladi.

Ochiq usulda bemorni steril choyshablar yozilgan o‘ringa, elektr lampochkali karkas ostiga yotqiziladi va karkas ustiga steril choyshab tashlanadi (90-rasm). Bu usulda kuygan yuza bir me’yorda quriydi va uning o‘rnida po‘stloq hosil bo‘ladi, bu plazma yo‘qotishdan va kuygan yuzani yiringlanishdan saqlaydi. Po‘stloq ostida



90-rasm. Kuygan bemorni ochiq usulda davolash.

epitelial to‘qima hosil bo‘ladi. Po‘stloq hosil bo‘lishini tezlashtirish uchun ba‘zan oshlovchi moddalar qo‘llaniladi. Buning uchun 10% li kaliy permanganat eritmasi, 5% li tanin eritmasi kuygan yuzaga surtiladi.

Kuygan yuzaga infeksiya tushishi xavfi borligi ochiq usulning kamchiligi hisoblanadi. Bundan tashqari, po‘stloqda yoriqlar paydo bo‘ladi va ulardan plazma oqib chiqadi.

Yopiq usulda turli-tuman bog‘lamlar qo‘llaniladi. Bu maqsad uchun sintomitsin yoki streptomitsin emulsiyasi, Vishnevskiy malhami, baliq moyi kabilar ishlatiladi. Jarohat har 1—2 kunda qayta bog‘lanadi.

Nekroz o‘choqlari aniq ko‘rinib turadigan 3—4-darajadagi katta kuyishlarda ular kesiladi, jarohat nuqsoni esa gavdaning sog‘lom qismidan dermatomda qirqib olingan teri parchasi bilan yopiladi (autotransplantatsiya).

Terining juda katta nuqsonlarida gomotransplantatsiya usulidan foydalaniladi. Bir qancha hollarda teri auto- va gomotransplantatsiya qilinadi.

Aralash usul davolashning ochiq va yopiq usullarini qo‘llashdan iborat. Bo‘g‘imlarning chandiqli kontrakturalari oldini olish maqsadida va davolash uchun fizio- va balneoterapiya (parafin va ozokerit applikatsiyalari, balchiqli va vodorod sulfidli vannalar, galvanizatsiya, massaj, davo jismoniy mashg‘ulotlari) keng tatbiq qilinadi.

Birinci yordam va davosi. Kimyoviy moddani kuchli suv oqimi bilan tez yuvib tashlash, qoldiqlarini esa neytrallash kerak. Kislotalarni neytrallash uchun 2% li soda eritmasi qo‘llaniladi.

Qattiq kuyishda bu sohaga bo‘r kukuni, kuydirilgan magneziydan mo‘l qilib sepiladi. Ishqorlar 2% li sirka kislota yoki limon eritmasi bilan neytrallanadi.

Teriga yonib turgan fosfor bo‘lakchalari tushganda gavdaning shu qismini suvga botirib turish, fosfor qoldig‘ini pinset bilan olib tashlash kerak. Shikastlangan sohaga 5% li mis kuporosi eritmasiga ho‘llangan bog‘lam qo‘yiladi yoki talk sepiladi.

Keyingi davolash termik kuyishni davolashdagi singari olib boriladi. Malhamli bog‘lamlar qo‘yish tavsiya etilmaydi, chunki yog‘lar fosforning so‘rilishiga yordam beradi.

Bolalarda kuyish birmuncha ko‘p uchraydi. Statsionarda davolashni talab etadigan bolalarda uchraydigan maishiy jarohatlarning 20% kuyishga to‘g‘ri keladi. Kuyganlar orasida 3 yashargacha bo‘lgan bolalar ko‘pchilikni tashkil etadi. Oz-moz kuyganda go‘dak og‘riqni yig‘lash va qichqirish bilan ifodalaydi. Aksincha, tanasining ko‘proq qismi kuyganda bolaning ahvoli og‘ir bo‘lishi mumkin. Bolaning rangi o‘chib, atrofdagi hodisalarga befarq bo‘ladi. Hushi joyida, sianoz, tomirining tez-tez urishi va sustligi, oyoq-qo‘llarining muzlashi va tashnalik og‘ir kuyish simptomi bo‘lib, shok borligini ko‘rsatadi. Ayrim hollarda qusish ham kuzatiladi, bu shikastlanishning ancha og‘irligidan dalolat beradi.

Davolashning xususiyatlari. Davolash qoidalari katta odamlardagi kabi. Bemorlar ochiq va yopiq usulda davolanadi.

Elektr tokidan shikastlanish darajasi:

a) tok kuchiga, uning kuchlanishiga, ta‘sir qilish davomiyligiga, tokning doimiy va o‘zgaruvchanligiga;

b) organizmning fiziologik holatiga, nerv sistemasiga, yurak-mushak holatiga, ta‘sir mexanizmiga;

d) organizm va terining chidamliligiga (zaiflashgan organizm, nam teri shikastlanish kuchini oshiradi);

e) tok ta‘sir qilgan muhitga bog‘liq.

Elektr jarohatda to‘qimalarning mahalliy o‘zgarishlari aksariyat 3—4-darajali kuyish bilan ifodalanadi. Nekroz keng yuzada ichkarida joylashgan to‘qimalarda bo‘ladi. Shuning uchun uni dastlabki ko‘zdan kechirganda aniqlash qiyin bo‘ladi. Ko‘pincha kuyish simmetrik yo‘llar, sochlarning kuyishi ko‘rinishida kuzatiladi, aksari teri giperemiyasi va teri kuyganligini ko‘rish mumkin. Ba‘zan kuygan soha oq rangda bo‘ladi. Tok kirgan va chiqqan joyda terining kuygan sohalari ko‘zga tashlanadi.

Elektr tokining umumiy ta'siri miya chayqalishiga o'xshash klinikani beradi. Ba'zan falajlik, ko'rish qobiliyatining pasayishi, yutishning qiyinlashuvi kuzatiladi. Og'ir hollarda nafas va yurak markazlarining falaji ro'y beradi, bu *soxta o'lim* holatini yuzaga keltiradi. Bunday hollarda zudlik bilan reanimatsiya tadbirlari kompleksini to'liq o'tkazish lozim bo'ladi.

Birinchi tibbiy yordam. Zudlik bilan elektr toki ta'sirini to'xtatish lozim. Shikastlangan kishi, ko'pincha, usti ochiq simni ushlab olib, mushaklari qisqarganidan uni qo'yib yubora olmaydi. Shuning uchun tezda elektr tokini o'chirish yoki buning iloji bo'lmaganda shikastlangan kishini tortib olish lozim bo'ladi. Bunda elektr tokini o'tkazmaydigan rezina qo'lqop, kalish yoki etik, jun adyol, ipak gazlama, quruq yog'ochdan foydalanish zarur.

Elektrdan kuyishni mahalliy davolash termik kuyishni davolashdagidek. Umumiy belgilar yuz berganda simptomatik terapiya qo'llaniladi — sun'iy nafas oldiriladi, yurak dorilari beriladi. Tokdan shikastlangan bemorlar qunt bilan parvarish qilish va kuzatib turishga muhtoj bo'ladilar, chunki ularda nafas falajlanishi, yurak ishi to'xtashi oqibatida to'satdan o'lim yuz berishi mumkin.

Elektr jarohatning oldini olishda texnika xavfsizligi qoidalarini bilish va ularga rioya qilishning ahamiyati katta.

SOVUQ URISHI

Sovuq urishi past harorat ta'sir etganda kelib chiqadi. Bunda bemor a'zolarini noqulay sharoitlar, ho'l, tor poyabzal kiyish, holdan toyish kabi holatlarida -40°C da va, hatto, bundan past haroratda sovuq urishi mumkin. Ko'pincha qo'l va oyoq barmoqlari, quloq, burun uchini sovuq uradi. Sovuq urishining to'rt darajasi farq qilinadi.

1-darajasi terining oqarishi (tomirlar spazmi) va sezuvchanligining yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Bemor isitilgandan keyin badan terisining shu qismi ko'kimtir-qizil bo'lib qoladi (tomirlar falaji), ozgina shishadi va og'riydi. Sog'ayishdan oldin odam sovuqqa sezgir bo'lib qoladi, ba'zan terining ko'kimtir rangi saqlanib qoladi.

2-darajasida qon aylanishining birmuncha chuqur buzilishi kuzatilib, keyinroq tiniq suyuqlik bilan to'lgan pufaklar hosil bo'ladi. Pufaklar atrofidagi teri ko'kimtir-qizil tusga kiradi. Infeksiya tushmasa, o'rta hisobda 2 hafta ichida tuzaladi.

3-darajasida teri va uning ostidagi to‘qimalar irib, nekrozlanadi. Jonsizlanish gemorragik suyuqlik bilan to‘lgan yumshoq pufaklar hosil bo‘lishi bilan ifodalanadi. Bu pufaklar po‘stloq paydo bo‘lishiga olib keladi. Ko‘pincha unga yiringlanish qo‘shiladi. Nobud bo‘lgan to‘qimalar ko‘chib tushganidan keyin ularning o‘rnida granulatsiyalar yuzaga kelib, chandiqlanish va epitelizatsiya boshlanadi. Kasallik 1—2 oy ichida tuzaladi.

4-darajasida nekroz chuqur joylashgan to‘qimalar, shu jumladan suyaklarni ham qamrab oladi. Gavdaning shikastlangan qismi to‘q ko‘kimsiz rangga kiradi, qoramtir suyuqlikka to‘la pufaklar bilan qoplanadi. Odatda pufaklar sovuq olishidan 2 hafta keyin paydo bo‘ladi (ikkilamchi pufaklar). Demarkatsiya chizig‘i asta-sekin ko‘rinadi va unchalik yaqqol sezilmaydi. Sovuq olgan sohalarda sezuvchanlikning hamma turlari yo‘qoladi. Keyinroq shikastlangan qism qurib (mumifikatsiya), ko‘chib tushadi va o‘rnida chandiq hosil bo‘ladi.

Birinchi tibbiy yordam va davosi. Bemor issiq xonaga yotqiziladi. Unga issiq choy, alkogolli ichimliklar, yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar va og‘riq qoldiruvchi vositalar beriladi, bemorni vannaga tushirib, suv haroratini 18—20°C dan boshlab asta-sekin 37°C gacha oshiriladi. Bemorni vannada qon ta‘minoti yaxshilangunga qadar ehtiyotlik bilan massaj qilish kerak. Oyoq yoki qo‘l terisi spirt bilan artiladi va qalin doka qavatli aseptik bog‘lam qo‘yiladi.

Davolash rejasiga qon aylanishining buzilishini bartaraf qilish, infeksiyaning oldini olish tadbiri kiradi. Sovuq urishining 1-darajasida birinchi yordam tadbirlarining o‘zi kifoya qiladi. 2-darajasida esa pufaklar olinadi va aseptik yoki mazli bog‘lam qo‘yiladi, 5—7 kun o‘tgach, fizioterapevtik muolajalar qo‘llaniladi (UVCH-terapiya, ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish, mahalliy darsonvalizatsiya). Sovuq urishining 3—4-darajasida shish va zaharlanishni kamaytirish uchun ba‘zan *nekrotomiya* o‘tkazilib, keyin termik kuyishdagi singari ochiq usul bilan davolashga kirishiladi. Granulatsiyalar paydo bo‘lganidan so‘ng mazli bog‘lamlar qo‘yiladi. Demarkatsiya chizig‘i hosil bo‘lganda *nekroektomiya* o‘tkaziladi: nekrozlangan to‘qimalar umuman olib tashlanadi, oyoq-qo‘llar amputatsiya qilinadi.

Muzlash organizmga past harorat umumiy ta‘sir qilishi natijasida sodir bo‘ladi. Bunda hayot uchun muhim a‘zolar (miya, yurak, o‘pka, jigar, buyraklar)da chuqur, qaytmas o‘zgarishlar

sodir bo‘ladiki, bular o‘limga olib kelishi mumkin. Shikastlangan kishi bo‘shshadi, junjikadi, charchaydi, uyqudan boshini ko‘tarmaydi. Puls sekinlashadi, to‘liqligi yomonlashadi. Nafas yuza bo‘lib qoladi.

Qaltirash o‘rtacha past harorat uzoq vaqt ta’sir qilishi natijasida paydo bo‘ladi. Ko‘pincha oyoq panjasi, qo‘l panjasi qaltiraydi. Urush davrida bunday hodisalar askarlarda kuzatilganda «*trancheya oyoq panjasi*» nomini olgan. Bunda terida to‘q qizil tusga kiradigan yoki ko‘kimtir-qizil dog‘lar paydo bo‘ladi. Teri sal shishadi, qichishadi, achishadi va oz-moz bezillab og‘riydi.

Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun oddiy va murakkab etalon test namunalari

T/r	Savol	Javob
1.	Kesilgan va urilgan jarohatning farqi bormi?	ha
2.	Sanchilgan va o‘q kirgan jarohatni farqlash mumkinmi?	ha
3.	Septik va aseptik jarohat bir-biridan farq qiladimi?	ha
4.	Jarohatning gidratatsiya bosqichida malham dori ishlatish mumkinmi?	yo‘q
5.	Jarohatlangan bemorga birinchi yordamni faqat shifokor ko‘rsatadimi?	yo‘q
6.	Jarohatdagi ipni hamshira olishi mumkinmi?	yo‘q
7.	Jarohatga xirurgik ishlovni hamshira berishi mumkinmi?	yo‘q
8.	Kuyish kasalligini hamshira davolashi mumkinmi?	yo‘q
9.	Kuyishning birinchi darajasini hamshira davolashi mumkinmi?	ha
10.	Kuyishning ikkinchi darajasini hamshira davolashi mumkinmi?	yo‘q
11.	Ishqordan kuyishda kislotali eritmalar bilan ishlov berish to‘g‘rimi?	ha
12.	Elektr jarohat olgan bemorni kasalxonaga yotqizish shartmi, agar jarohat olmagan bo‘lsachi?	ha

13.	Kuyish kasalligini teri maydoni yuzasiga qarab belgilang: a) 5 %; b) 10 %; d) 20 %; e) 30 %.	e
14.	Sovuq urishi darajasini aniqlang: a) 1, 2, 3; b) 1, 2; d) 1, 2, 3, 4; e) 1, 2, 3, 4, 5.	d

1.11. YALLIG‘LANISH SINDROMI

MAHALLIY XIRURGIK INFEKSIYA

Chipqon — soch xaltasi va uning atrofidagi to‘qimalarning yiringli yallig‘lanishidir. U, ko‘pincha, shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik va terining mikroshikastlanishi hisobiga paydo bo‘ladi. Surunkali kasalliklar, ayniqsa, diabet, anemiya, infeksiyon kasalliklar, nervpsixik charchash kasallikka moyillik qiladigan sharoitlardan hisoblanadi. Chipqonning qo‘zg‘atuvchisi stafilokokkdir.

Klinikasi. Chipqon teridan ozgina ko‘tarilib, qizg‘ish rangli og‘riqli infiltratdan boshlanadi. Dastlab bo‘rtmacha uchida qoramtir yoki sarg‘ish nuqta paydo bo‘ladi. Keyinroq nuqtaning o‘rnida oq rangli nekroz-chipqon o‘zagi hosil bo‘ladi. Chipqon o‘zagi ko‘chib tushganidan keyin granulatsiya to‘qimasi bilan to‘lgan bo‘shliq hosil bo‘ladi. Chipqon chiqqanda bemor organizmining umumiy holati izdan chiqadi.

Davosi. Yuzga chipqon chiqqanda bemor o‘rinda yotishi zarur. Infiltratsiya bosqichidagi yakka chipqonlarda Vishnevskiy usulida infiltratsion novokain blokadasi qo‘llanilib, 0,25% li novokain eritmasida eritilgan seftrakson va uning unumlari yoshga ko‘ra yuboriladi. Uzaytirilgan ta‘siri bo‘lgan muntazam novokain blokadasi qo‘llanadi. Bunda yallig‘lanish sohasiga 5–10 ml 2% li novokain eritmasi yuborilib, igna chiqarilmay turib, 5–10 daqqa o‘tgach, 5 ml 0,5% li novokain eritmasida eritilgan sefalosporin qatoridagi antibiotiklar yuboriladi.

Davolash jarayonida yalligʻlanish sohasi atrofidagi terini parvarish qilishning ahamiyati katta. Teri benzin, 70% li spirt yoki 5% li kaliy permanganat eritmasi, 0,5—1% li brilliant yashili eritmasi va boshqalar bilan artiladi. Fizioterapevtik muolajalar, jumladan, ultrabinafsha va lazer nurlari, UVCH-terapiya va boshqalar yaxshi natija beradi.

Furunkuloz. Gavdaning turli joylarida bir necha chipqonlarning paydo boʻlishi furunkuloz deyiladi. Furunkuloz, odatda, holdan toygan va zaiflashgan bemorlarda, ayniqsa, diabetli bemorlarda paydo boʻladi.

Davosi. Furunkulozni davolashda mahalliy davolashdan tashqari, organizmning umumiy holatini yaxshilashga qaratilgan umumiy tadbirlar koʻrish zarur.

Oqsillar va vitaminlarga boy ovqatlar tayinlanadi, autogemoterapiya, ultrabinafsha va lazer nurlari qoʻllanadi, anataksin, gamma-globulin yuboriladi, autovaksina bilan immunizatsiya qilinadi, umumiy antibiotikoterapiya va boshqalardan foydalaniladi.

Karbunkul — soch xaltachalari va atrofidagi yogʻ toʻqimalarni qamrab olgan oʻtkir yiringli-nekrotik yalligʻlanishdir. Karbunkullar aksari keksalarda yoki ozib ketgan, shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaydigan va qandli diabet bilan ogʻrigan kishilarda hamda bolalarda kuzatiladi. Aksariyat karbunkul boʻyinning orqa yuzasi, yelka, dumba, son sohalarida paydo boʻladi.

Klinikasi. Kasallik bir yiringli yaradan boshlanib, asta-sekin yon-atrofdagi soch xaltachalarini va yogʻ bezlarini egallaydi. Kasallik avj olgan davrida qizgʻish-koʻkimsir va koʻp yiringli nuqtalari boʻlgan chegaralangan yalligʻlangan oʻsmaimon hosila paydo boʻladi. Yalligʻlanish jarayoni qattiq ogʻriq, yuqori harorat, umumiy lohaslik bilan oʻtadi.

Yuz va boʻyindagi chipqon va karbunkullar, ayniqsa, xavfli. Bunda yiringli jarayon yuz va boʻyinda joylashganda venoz sistema boʻylab miyaga va uning pardalariga tarqalishi mumkin. Bu koʻp hollarda oʻlimga olib keladi.

Davosi kompleks usulda olib boriladi. Umumiy antibiotikoterapiya oʻtkaziladi. Bunda seftrakson va gentamitsin bemorning yoshiga va vazniga koʻra sutkasiga 2 marta (har 12 soatda) mushak orasiga yuboriladi. Antibiotiklarni infeksiya oʻchogʻiga elektroforez orqali muntazam ravishda yuborish yaxshi naf beradi. Vitaminlar, parhez ovqatlar va mahalliy fizioterapevtik davo buyuriladi. Koʻrsatib oʻtilgan tadbirlar yaxshi naf bermaganda operatsion davo qilinadi.

Gidrodent ter bezlari, ayniqsa, qo‘ltiqosti ter bezlarining o‘tkir yiringli yallig‘lanishidir.

Klinikasi. Qo‘ltiqda ko‘kimitir-qizg‘ish rangli, yuzasi silliq, kichkina, zich yallig‘lanish infiltrati paydo bo‘ladi. Keyinchalik uning yonida xuddi shunga o‘xshash tuzilmalar ko‘payadi. Ular bir-biriga qo‘shilib, bitta yallig‘lanish infiltratini hosil qiladi. Infiltratning bir necha joyi yumshab, ulardan kam-kam yiringli suyuqlik chiqadi. Kasallik uzoq vaqt davom etib, tez-tez xuruj qiladi.

Davosi. Umuman quvvatga kiritadigan terapiya, qisqa yoki muntazam novokain blokadasi ishlatiladi. Yiring hosil qilish bosqichida bu maydonlar kesilib, keyin fizioterapiya davosi ultrabinafsha va yarimo‘tkazgichli lazer nurlar, sollyuks va UVCH-terapiya qo‘llaniladi.

Abssess. Piogen parda bilan chegaralangan yiringli bo‘shliq gavdaning har qanday qismida joylashishi mumkin. Abscesslar to‘qimalar va a‘zolarga stafilokokk va streptokokk tushishi natijasida paydo bo‘ladi, uni boshqa qo‘zg‘atuvchilar keltirib chiqarishi kam kuzatiladi. Teri va shilliq pardalarning yaralanishlari, yot jismlar (zirapcha, o‘q va hokazolar), dori moddalari inyeksiya qilingan joylar infeksiya kiradigan darvoza hisoblanadi. Infeksiya gavdaning bir joyidan ikkinchi joyiga limfogen (limfa tomirlardan) yoki gematogen yo‘l bilan (qon tomirlaridan) o‘tganda aksariyat metastatik abscesslar kuzatiladi.

Abssess yuza joylashganda yallig‘li infiltrat irigandan so‘ng fluktuatsiya o‘chog‘i hosil bo‘ladi. Ko‘pincha abscesslar terini eritadi, yiringli suyuqlik tashqariga chiqadi va o‘z-o‘zidan tuzalishi mumkin. Ichki a‘zolar: jigar, taloq, miya va hokazolarda joylashgan abscesslarda umumiy yiringli infeksiyaning klinik manzarasi birinchi o‘rinda turadi (yuqori harorat, et uvushishi, tez-tez terlash, leykotsitoz).

Davosi. Yallig‘lanishning boshlang‘ich davrlarida antibiotiklar va sulfanilamid preparatlar qo‘llaniladi. Yiring hosil bo‘lganda kesiladi, keyin yiringli jarohatlarni davolash usulida davo qilinadi.

Flegmona biriktiruvchi to‘qima bo‘shliqlari (teriosti, yog‘ kletchatkasi, mushaklararo, qorin pardasi orqasi va boshqa to‘qimalar)ning o‘tkir sidirg‘a yiringli yallig‘lanishidir. Abscessdan farqli ravishda bu kasallikda yiringli bo‘shliq piogen pardasiz va chegaralanmagan tarqalishga moyil bo‘ladi. Flegmonalarni abscesslarni keltirib chiqaradigan omillar paydo qiladi. Stafilokokk va streptokokkdan tashqari, yallig‘lanish jarayonini ichak tayoqchasi, ko‘k

yiring tayoqchasi, gonokokk va boshqalar keltirib chiqarishi mumkin. Yiringlanishning tarqalishi mikroorganizmlarning virulentligiga, organizm kimyoviy kuchlarining birmuncha pasayganligiga va joylashgan sohasining anatomik xususiyatiga bogʻliq.

Klinikasi. Kasallik klinikasi infeksiyaning turi, yalligʻlanish jarayonining chuqurligi va joyi, shuningdek, organizmning infeksiyaga boʻlgan reaksiyasiga bogʻliq. Bunda umumiy belgilardan yuqori harorat, et uvushishi, ishtaha yoʻqolishi, bosh ogʻrishi kuzatiladi. Flegmona yuza joylashganda shu joy shishadi, teri aniq chegaralarsiz qizaradi, bezillab ogʻriydi va mahalliy harorat koʻtariladi. Keyinchalik infiltrat yumshaydi va bilqillash qayd qilinadi. Jarayon toʻqimalar boʻylab tez tarqaladi.

Davosi. Kasallikning birinchi bosqichida (infiltrat) mahalliy novokain blokadasi qilinadi. Toʻqimalarning yiringli irishida yiringli boʻshliq yetarlicha kattalikda kesib ochiladi, shundagina yiringning yaxshi chiqishi uchun sharoit yuzaga keladi. Jarohat choʻntaklari ochiladi, boʻshliqlar yiringlardan tozalanadi va gipertonik eritma shimdirilgan doka bilan tamponlanadi. Zarurat boʻlganda qoʻshimcha kesmalar — kontraperturalar qilinadi. Keyingi davolash yiringli jarohatlarga davo qilish usuliga binoan olib boriladi.

Saramas deganda, teri yoki shilliq pardalar va limfa yoʻllarining gemolitik streptokokk vujudga keltirgan oʻtkir yalligʻlanishi tushuniladi.

Hasharotlar chaqqanda terini qichish va mikrojarohatlar infeksiya darvozasi hisoblanadi. Bemor organizmining holati saramas paydo boʻlishida asosiy rol oʻynaydi. Saramas bilan ogʻrigan bemorda qayta kasallanishga moyillik boʻladi. Saramasda koʻproq yuz, bosh, boldir terisi, kamroq badan terisi shikastlanadi. Inkubatsiya davri 2—7 sutkani tashkil qiladi.

Klinikasi. Kasallik et uvushishi va haroratning 40—41°C gacha koʻtarilishi bilan oʻtkir boshlanadi. Shu vaqtning oʻzida teri qizaradi va biroz shishadi. Teri tarang tortiladi, achishib ogʻriydi, ushlab koʻrilganda issiq seziladi va keskin chegara bilan ajralib turadigan qip-qizil tusga kiradi, uning atroflarida terining milk shaklida shishishi kuzatiladi.

Saramasli yalligʻlanishga zotiljam, flegmona, abscesslar, sepsis qoʻshilishi mumkin. Saramasli yalligʻlanishning bir odamdan ikkinchisiga oʻtishi mumkinligini unutmashlik, shunga koʻra bemorni alohida ajratib qoʻyish lozim.

Davosi. Saramasli yallig‘lanishga uchragan joy ultrabinafsha nurlar bilan suberitem dozada nurlantiriladi, unga yod eritmasi yoki Vishnevskiy mazi bilan komfora moyi, 5% li kaliy perman-ganat eritmasi surtiladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar bilan umumiy davo olib boriladi. Flegmonoz va nekrotik shakllarida operatsiya yo‘li bilan davolash usulidan foydalaniladi.

Limfangoit — limfa tomirlarining yallig‘lanishi. Limfangoit boshqa yallig‘lanish jarayoni (karbunkul, flegmona va hokazolar)ning ikkilamchi oqibati hisoblanadi. O‘tkir limfangoit mayda tomir — retikular va yirik tomir — trabekular limfangoitga, shuningdek, yuza va chuqur limfangoitga bo‘linadi. Mayda tomir limfangoitida mayda limfa kapillarlarini, yirik tomir limfangoitida yirik limfa to-mirlari yallig‘lanadi va shikastlanadi. Yuza limfangoitda jarayon terida joylashgan limfa tugunlarini, chuqur limfangoitda yallig‘la-nish ichkarida joylashgan to‘qimalarni egallaydi.

Klinikasi. Limfangoitda yallig‘lanish maydonida chegarasi no-aniq, limfaning sog‘lom qismlariga o‘tadigan katta qizarish o‘chog‘i paydo bo‘ladi. Tomirli limfangoitda tugunlarga boradigan yo‘l-yo‘l qizargan maydonlar aniq ko‘rinadi. Bu maydonlarda to‘qimalar zichlashgan va bezillaydigan bo‘ladi. Chuqur limfangoit, odatda, yumshoq to‘qimalarning bo‘rtib chiqishi bilan o‘tadi. Haroratning ko‘tarilishi, et uvushishi, bosh og‘rishi, leykotsitoz kuzatiladi.

Davosi. Limfangoitga olib keladigan asosiy yallig‘lanish o‘cho-g‘ini tugatish, osoyishta sharoit yaratish, kasallangan oyoq yoki qo‘lni shina yoki gips bog‘lam bilan immobilizatsiya qilish, yallig‘lanish sohasiga Vishnevskiy mazi surtilgan bog‘lam qo‘yish, antibiotiklar va sulfanilamidlar bilan davo qilish zarur.

Limfadenit — limfa tugunlarining yallig‘lanishi. U tugunlarga birlamchi yallig‘lanish o‘chog‘idan: furunkul, karbunkul, abscess, flegmona va hokazolardan mikroorganizmlar hamda ularning zaharlari tushishi natijasida paydo bo‘ladi.

Klinikasi. Limfa tugunining kattalashishi, uni paypaslaganda og‘rishi, yallig‘lanish jarayonining limfa tugunidan atrofidagi kletchatkaga o‘tishi kuzatiladi. Qator hollarda limfa tuguni yiring-lab, shu joyda fluktuatsiya (bilqillash) paydo bo‘ladi. Ba‘zan limfa-denit birlamchi o‘choqda yallig‘lanish jarayoni yo‘qolib borayotgan paytda hosil bo‘lishi mumkin.

Davosi. Birlamchi yallig‘lanish o‘chog‘ini tugatish kerak. Limfadenitning boshlang‘ich turida umumiy va mahalliy kon-servativ davo qilinadi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar buyuriladi.

Xasmol. Xasmol deganda, barmoqlarning yiringli kasalligi tushuniladi. Zararlangan joyning chuqurligiga qarab teri, teriosti, tirnoq (paronixiya), pay, suyak va bo‘g‘im xasmollari farqlanadi. Stafilokokk, ayrim paytlarda streptokokk yiringlanishni keltirib chiqaruvchi omil hisoblanadi.

Yallig‘lanish jarayoni, asosan, qo‘l kafti yuzasida, lekin shish ko‘proq uning orqa yuzasida bilinadi. Bu terining qattiqligi va biriktiruvchi to‘qimali devorlarning teridan ichkariga, chuqurga qarab ketishi bilan tushuntiriladi. Shu xususiyatlari bo‘lganligi uchun shish suyuqliklari kaft sohasidan limfa yoriqlari orqali barmoqning orqasiga qarab chuqurlashib boradi. Odatda, shish barmoqning anchagina qismini egallaydi.

Klinikasi. Xasmolda kuchli og‘riq va anchagina shish kuza-tiladi. Ko‘pincha jarayon yiringlashga o‘tganda pulsatsiyalanuvchi og‘riq paydo bo‘ladi. Bunda faqatgina barmoq emas, balki butun panja hamda bilak funksiyasi buziladi.

Jarayon qanchalik yuza joylashsa, giperemiya shunchalik sezilarli darajada bo‘ladi. Og‘riq esa, shuncha past bo‘ladi. Shish anchagina bo‘lganligi uchun eng qattiq og‘riq nuqtasini topish qiyin. Bunday paytlarda zond asta-sekinlik bilan barmoq terisi-ning har xil joylariga tekkizib qo‘yiladi.

Davosi jarayonning qay darajada ekanligiga bog‘liq bo‘ladi. Infiltratsiya va shish aniqlanganda yarimo‘tkazgichli lazer, UVCH, novokain blokadasi, spirtli kompress va issiq vanna tavsiya qilinadi. Yiring paydo bo‘lganda o‘choq kesib ochilib, drenaj qo‘yiladi va antibiotiklar beriladi. Suyak xasmoliga barmoq osteomiyeliti deb qaralgani uchun uning xirurgik davosi osteomiyelitni davolashga o‘xshash bo‘ladi.

Chaqaloqlar flegmonasi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar hayotining birinchi haftasida teriosti yog‘ qavatining yallig‘lanishi, ya’ni «chaqaloq flegmonasi» ko‘p uchrab turadi. Kasallik og‘ir kechib, tez rivojlanishi, teriosti yog‘ qavatidagi tarqalgan nekroz hisobiga terining qatlamlanishi va ko‘chishiga olib keladi. Nekroz jarayoni chuqur-roqda joylashgan to‘qimalarga (mushak, fassiya, qovurg‘a tog‘aylari) o‘tishi mumkin. Zararlangan o‘choqda yallig‘lanish jarayonidan nekroz alomatlari kuchliroq bo‘ladi. Shuning uchun bu kasallik «chaqaloqlarning nekrozli flegmonasi» deb ham yuritiladi. Kasallikni, asosan, stafilokokk chaqiradi. Infeksiya ko‘proq teri orqali tushadi.

Klinikasi. Kasallik, ko‘pincha, o‘tkir boshlanib, kuchli zaharlanish bilan kechadi. Dastlab chaqaloqlarning umumiy ahvoli

og'irlashadi, tana harorati tez ko'tariladi (38—40°C), chaqaloq emmaydi, qayt qiladi, besaranjom bo'ladi. Keyin holsiz bo'lib qoladi. Terisi kulrang tusga kiradi, ba'zan leykotsitlar ko'payadi, intoksikatsiya belgilari kuchayadi, uning ichi ketib, eksikoz yuzaga keladi. Bu chaqaloqlar flegmonasining toksik-septik shakliga to'g'ri keladi. Kasallikning oddiy turida umumiy klinik belgilar kuchli rivojlanadi, zaharlanish alomatlari kam uchraydi.

Flegmonaning har ikki turi ham bir xil rivojlanadi. Kasallikning dastlabki soatlarida terida 1,5—2 sm o'lchamdagi chegaralangan qizarish paydo bo'ladi, 6—8 soat o'tgandan keyin o'zgargan terining o'lchami kattalashadi, zararlangan joyda shish paydo bo'ladi. Birinchi kunning oxiri va ikkinchi kunning boshida qizargan joy kattagina yuzani egallaydi, chekkalari aniq bo'lib, o'rtasida fluktuatsiya aniqlanadi. Ba'zan nekroz hisobiga teri, teriosti yog' qavati ajralib qoladi va katta maydonda yumshoq to'qimalar yetishmasligi paydo bo'lishi mumkin. Flegmona kesilganda xiralashgan shilliq suyuqlik yoki suyuq yiring bilan birga kulrang tusdagi teriosti yog' to'qimasi ajralib chiqadi.

Davosi. Nekrotik flegmona bilan og'rigan bola shoshilinch ravishda bolalar yoki chaqaloqlar xirurgik bo'limiga yotqiziladi. Kompleks davolash muolajalari xirurgik aralashuv, antibakterial, dezintoksikatsiyalovchi, umumiy quvvatlovchi muolajalardan iborat. Sust immunizatsiya maqsadida stafilokokka qarshi globulin va plazma qo'llash yaxshi natija beradi. Kasallikning dastlabki bosqichida shoshilinch xirurgik yordam o'tkaziladi.

Omfalit — kindik chuqurchasi va uning atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishidir. Ba'zi hollarda jarayon kindik tomirlariga va (tromboarterit paydo bo'lib) atrofidagi yumshoq to'qimalarga keng tarqalishi mumkin.

Klinikasi. Omfalitning oddiy, yiringli va nekrozli turlari tafovut qilinadi.

Oddiy omfalitda kindik jarohati uzoq vaqt davomida bitmaydi. Kindikdan shilliq yoki yiringli suyuqlik ajralib turadi. Bunda bolaning umumiy ahvoli o'zgarmaydi, ishtahasi buzilmaydi, tana vazni yoshiga mos holatda qo'shilib boradi.

Yiringli omfalitda kindik chuqurchasi yallig'lanishi atrof yumshoq to'qimalarga ham o'tadi. Kindik atrofi terisi qizarib turadi, infiltrat paydo bo'ladi. Kindik chuqurchasi yaralanib, fibroz qobiq bilan qoplanadi va uning atrofidagi teri qalinlashadi. Kindik atrofini bosib ko'rganda kindik chuqurchasidan yiring sizib chiqadi. Ba'zi

hollarda qorin old devori flegmonasi kuzatiladi. Bolaning umumiy ahvoli kasallik boshlanishida oʻrtacha boʻladi. Tana harorati subfebril raqamlargacha koʻtariladi.

Agar qorin old devori flegmonasi boshlanadigan boʻlsa, bola bezovta boʻlib emmaydi, toksikoz alomatlari qayd etiladi, tana harorati 39°C va undan yuqori boʻlishi mumkin.

Nekrozli omfalit yiringli yalligʻlanish asosida boshlanib, asosan, nimjon bolalarda kuzatiladi. Bunda yalligʻlanish jarayoni nafaqat yon tomonga, balki chuqurlikka, yaʼni qorin boʻshligʻi tarafiga tarqaladi. Natijada, teri nekrozi aniqlanib, yumshoq toʻqimalardan ajralib qoladi. Bu jarayon qorin old devorining hamma qavatlariga tarqalib, ichak eventratsiyasiga sabab boʻlishi mumkin.

Davosi. Omfalitning mahalliy turida kindik sohasi vodorod peroksid bilan yuviladi, kaliy permanganat yoki 5% li yod eritmasi bilan kuydiriladi. Kindik qoldigʻi tushgandan keyin kaliy permanganat eritmasi bilan vanna qilinadi.

Kasallikning yiringli turida kompleks davo oʻtkazilib, antibiotiklar (ampitsillin, oksatsillin va h.k.), vitaminlar, desensibillovchi dorilar, globulin, qon plazmasi tayinlanadi. Yiringli omfalit boshlanishida kindik atrofidagi teri ostiga antibiotiklar yuboriladi. Mahalliy gipertonik bogʻlamalar uchun 1% li natriy xlorid, 25% li magnezium sulfat, 1:5000 nisbatdagi furatsillin eritmasi ishlatiladi.

Yiring toʻxtagandan keyin Vishnevskiy surtmasi foyda beradi, UVCH-terapiya tayinlanadi. Agar kindikda kalsinoz aniqlansa, u qoshiqcha bilan tozalanadi va antibiotik bilan yuviladi.

Flebit va tromboflebit. Flebit deganda, venaning yalligʻlanish jarayoni tushuniladi, jarayon venaning tashqi devoridan ham, ichki devoridan ham boshlanishi mumkin. Flebitga vena atrofidagi toʻqimalarning yalligʻlanishi, shuningdek, venaga taʼsirlantiradigan moddalar (gipertonik eritmalar, antibiotiklar va hokazolar) yuborish sabab boʻladi. Vena yalligʻlanganda qon iviydi (tromb), bu tromboflebitga olib keladi. Flebitlar va tromboflebitlar qaysi vena shikastlanganiga koʻra yuza va chuqur boʻlishi mumkin.

Klinikasi. Yuza venalar yalligʻlanganda ularning ustidagi teri qizaradi, yumshoq toʻqimalar infiltratsiyaga uchraydi, mahalliy ogʻriq reaksiyasi kuzatiladi. Tromboflebitda tomirning ayrim qismlari zichlashgan boʻladi. Chuqur venalar shikastlanganda bemorning oyogʻi shishadi. Mahalliy klinik alomatlari bilan birga haroratning yuqoriligi, et uvushishi, leykotsitoz, ECHT oshishi qayd qilinadi.

Davosi. Bemor oʻrinda qimirlamasdan yotishi zarur. Bunda oyoqlar baland qilib qoʻyiladi. Antibiotik, antikoagulantlardan geparin, neodikumarin, pelentan va boshqalar buyurilib, har kuni protrombin indeksi albatta nazorat qilib turiladi. Oyoqqa Vishnevskiy surtmasidan kompress yoki geparin surtmasidan bogʻlam qoʻyiladi.

Kasallikning oʻtkir davrida uqalash yaramaydi, chunki tromb uzilib ketib, oʻpka qon tomirlariga tiqilib qolishi mumkin.

Osteomiyelit suyakning yiringli yalligʻlanishi. Qoʻzgʻatuvchi mikroblar: stafilokokk, streptokokk va boshqalardir. Infeksiya koʻmikka biror yalligʻlanish oʻchogʻidan gematogen yoʻl bilan yoki yaralanishda bevosita yiringli jarohat sohasidan oʻtishi mumkin.

Gematogen osteomiyelit katta boldir suyagi, son suyagining pastki uchdan bir qismi va yelka suyagida koʻproq joylashadi.

Koʻmik kanaliga tushadigan infeksiya koʻmikni oʻtkir yalligʻlantiradi, keyin u yiringlab iriydi. Koʻmik kanalidagi yiring Gavers kanallaridan suyak orqali oʻtib, suyakusti pardasi ostida toʻplanadi. Ayni vaqtda suyak zararlanib, uning tomirlariga tromb tiqiladi, bu esa suyak toʻqimasining nekroziga sabab boʻladi.

Suyakning yiringli-nekrotik qismi sogʻlom qismidan granula-tsiya toʻsigʻi bilan chegaralanadi. Suyakusti pardasi zararlangan taqdirda yiringli suyuqlik atrofdagi toʻqimalarga tarqalib, osteomiyelit flegmonasini hosil qiladi.

Klinikasi. Oʻtkir gematogen osteomiyelit klinikasi shu bilan xarakterlanadiki, bir-ikki kun mobaynida umumiy holsizlik, oyoq-qoʻlning qaqshab ogʻrishi, mushaklarda ogʻriq, bosh ogʻrigʻi qayd qilinadi. Soʻngra qaltirash paydo boʻlib, tana harorati 39°C va bundan ham yuqoriga koʻtariladi, bemorning darmoni quriydi, eshushini yoʻqotib, alahlash paydo boʻladi. Keyinchalik miya pardalarining taʼsirlanish simptomlari paydo boʻlib, bemorning yuzi oqaradi, koʻzlari kirtayib, lablari koʻkimtir tusga, terisi esa quruq, sargʻish rangga kiradi, tarangligi pasayadi. Bemorning arterial bosi-mi pasayadi. Nafasi tezlashadi va yuzaki boʻladi. Jigar va taloq kattalashib, ogʻriqli boʻladi.

Siydikda oqsil, silindrlar, qonda leykotsitoz, neytrofiloz qayd qilinadi, eozinofillar va monotsitlar pasayadi, anemiya kuchayadi. Oyoq-qoʻlda qattiq ogʻriq paydo boʻlib, harakat qilganda u kuchayadi. 3—4-kunga kelib kasallanish maydonida yumshoq toʻqimalarning ogʻriqli shishi, terining oʻrtacha qizil tusga kirishi, biroz shishishi, haroratning mahalliy koʻtarilishi kuzatiladi, fluktuatsiya paydo boʻladi.

Rentgenologik o'zgarishlar o'rta hisobda 10 kun o'tgach qayd qilinadi va qalin tortgan suyakusti pardasining ko'chishi bilan xarakterlanadi.

Surunkali osteomiyelit o'tkir osteomiyelitning oqibati sifatida yuzaga keladi. U yallig'lanish jarayonining vaqti-vaqtida kuchayib turishi bilan namoyon bo'ladi. Bu haroratning ko'tarilishi, yiringlanish o'chog'ida og'riqning davom qilishi, to'qimalarning shishishi, terining qizarishi, oqmalar hosil bo'lib, ulardan yiring va ba'zan suyak parchalari chiqib turishi bilan o'tadi.

Surunkali osteomiyelitdan keyingi rivojlanib davom etadigan osteomiyelit *ikkilamchi surunkali osteomiyelit* deb yuritiladi. Bundan tashqari, yallig'lanish jarayoni boshidayoq surunkali tus oladigan *birlamchi* surunkali osteomiyelit ham kuzatiladi. Osteomiyelitning bu turiga *Brodi absessi* (biriktiruvchi to'qima bilan qoplangan, odatda, suyakning epifiz qismida joylashgan chegaralangan bo'shliq), *Olyening albuminoz osteomiyeliti* (yiringlamagan, oqsilga boy eksudat, yallig'lanish jarayoni suyakning qobiq qavatida joylashib, seroz suyuqlik hosil qilish bosqichining go'yo to'xtab qolishiga o'xshash bo'ladi) kiradi. *Garrening sklerozlangan osteomiyeliti* suyak to'qimasining qalin tortishi va zichlashishi hamda ko'mik kanalining to'liq obliteratsiyaga uchrashi hisobiga suyakning diafizar qismida keskin skleroz bilan kechadi.

Davosi. O'tkir osteomiyelitda antibiotiklar ba'zan suyakning shikastlangan sohasiga — suyak ichiga yuboriladi, mikrobdan zaharlanishga qarshi davo buyuriladi. Yiringlanish hosil bo'lganda u ochiladi. Ko'mik kanalida yiring bo'lganda suyak trepanatsiya qilinadi (teshiladi). Surunkali osteomiyelitda operatsiya qilib, sekvestral kapsula ochiladi, sekvestr olib tashlanadi, bo'shliq granulatsiyalardan tozalanadi. Jarohat yaxshilab yuvilib, so'ngra sekvestral bo'shliqdagi suyuqlik chiqarilib, o'rniga antibiotiklar yuboriladi. Ba'zan bo'shliq biologik plomba — teri to'qima bilan to'ldiriladi.

UMUMIY XIRURGIK INFEKSIYA

Sepsis

Sepsis — turli-tuman mikroflora va ularning toksinlari qo'zg'atadigan og'ir umumiy xirurgik infeksiyon kasallikdir. Sepsis birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Agar mikroblar to'g'ridan to'g'ri organizmga qon orqali tushishi bilan kasallik paydo bo'lsa, birlamchi sepsis, agar birlamchi yallig'lanish o'choqlari (chipqon,

karbunkul, osteomiyelit, flegmona va abscesslar) orqali rivojlanadigan bo'lsa, ikkilamchi sepsis bo'ladi. Sepsis bolalarda ko'proq uchraydi. Sepsis turlicha muddat — bir necha soatdan (*yashin tezligida o'tadigan turi*) bir necha yillargacha (*surunkali turi*) davom etadi.

Klinik jihatdan sepsisning og'ir-yengilligi:

- mikrobnig turi va virulentligiga;
- infeksiyaning kirish o'chog'i, uning xususiyati, zararlangan to'qimalarning hajmi, o'choqdagi qon aylanishining holatiga;
- organizmning reaktivligi, ya'ni organizm immunobiologik himoya kuchining holatiga bog'liq bo'ladi.

Sepsisning rivojlanishi va kechishi organizmga tushgan mikroblar bilan bemor organizmi o'rtasidagi o'zaro ta'sirning g'oyatda dinamik va murakkab jarayoni natijasi deb hisoblanadi.

Klinikasi. Spetsifik simptomlari yo'q. Yiringli zaharlanish sepsisga yaqin klinik manzarani yuzaga keltirib, diagnostika qilishni qiyinlashtiradi.

Sepsisda eng ko'p uchraydigan klinik belgilar quyidagilar:

- markaziy nerv sistemasi tomonidan yuz beradigan buzilishlar: bosh og'rishi, tajanglik, uyqusizlik, asab sistemasi ishining pasayishi;
- organizmning umumiy reaksiyasi: haroratning 40°C gacha ko'tarilib, ertalab va kechqurunlari anchagina o'zgarib turishi, yiringli metastazlarda et uvushishi va tez-tez terlash, ozib ketish;
- yurak-tomirlar sistemasi tomonidan pulsning keskin tezlashuvi, uning to'lishuvining kamayishi, arterial va venoz bosimning pasayishi;
- qonda anemiyaning o'sishi, ECHT va leykotsitozning oshishi, limfotsitlar yo'qligi yoki oz miqdorda bo'lgani holda leykotsitar formulaning chapga surilishi. Qator hollarda qon ekilganda bakteremiya (bakteriyalar borligi)ni aniqlash mumkinligi;
- parenximatoz organlar tomonidan siydikning nisbiy zichligi anchagina pasayishi va unda oqsil hamda shaklli elementlar paydo bo'lishi bilan birga buyraklar funksiyasining buzilishi, jigar funksiyasining yomonlashishi, aksariyat sariqlik va gepatit hodisalari paydo bo'lishi, taloqning kattalashishi;
- me'da-ichak yo'llari tomonidan ishtaha yo'qligi, septik ich ketishi; ko'ngil aynishi va qusish. Septik jarohat uchun: granulatsiyalarning yumshoqligi, loyqa tusli va aksariyat irigan suyuqlikning juda kam ajralishi xosdir. Tomirlarda trombozlar, limfangoitlar, limfadenitlar qayd qilinadi. Sanab o'tilgan hamma simptomlar barqarorligi bilan ajralib turadi.

Yashin tezligidagi sepsis jadal rivojlanib, simptomlarning to‘liq kompleksi bir necha soat ichidayoq namoyon bo‘ladi.

O‘tkir sepsisda to‘liq klinik manzaraning rivojlanishi uchun bir necha kun talab etiladi.

Sepsisning *yarimo‘tkir* shaklida simptomlar sepsisga xos bo‘ladi, biroq dastlabki ikki shaklidagi kabi aniq bo‘lmaydi. Jarayon bir necha hafta davom etadi va rivojlanadi.

Surunkali sepsis sust kechadi va klinik alomatlari bilinar-bilinmas bo‘lib, bir necha oygacha cho‘ziladi.

Qaytalanuvchi sepsisda zo‘rayish davrlari remissiya (so‘nish) davrlari bilan almashinadi.

Metastazli sepsis (septikopiyemiya) klinikasi turli to‘qimalar va a‘zolarida ko‘p sonli yiring bog‘lagan joylar paydo bo‘lishi bilan simptomatik zo‘raygan holda o‘tadi.

Metastazlarsiz o‘tadigan sepsis (septisemiya)ning klinik manzarasi, odatda, birmuncha og‘ir va doimiy bo‘ladi. Bu shaklida remissiyalar kuzatilmaydi va simptomatika ro‘y-rost namoyon bo‘ladi.

Davosi. Kompleks bo‘lishi va qo‘zg‘atuvchiga qarshi kurash, zaharlanishni kamaytirish, organizmning immunitetini oshirish, moddalar almashinuvi va ichki a‘zolar funksiyasi, shuningdek, qon tarkibini yaxshilashga qaratilishi lozim. Bemorlarga suyuqliklardan choy, vitaminli ichimliklar, sutni ko‘p miqdorda ichirish, venaga fiziologik eritma va 5% li glukoza eritmasidan sutkasiga 2—3 litrgacha quyish tavsiya qilinadi.

Organizmning immunobiologikligini oshirish uchun kichik miqdorda takror qon quyiladi, plazma va oqsil preperatlari yuboriladi. Bemorning ovqati vitaminlarga boy va sifatli bo‘lishi kerak. Ularga go‘sht ekstrakti, qaynatilgan baliq, tuxum, tvorog beriladi. Bemorlarga yangi sabzavotlar va mevalar iste‘mol qilish tavsiya etiladi. Antibiotiklar ularning sepsisni keltirib chiqargan mikrofloraga sezuvchanligini hisobga olgan holda tayinlanadi. Sepsis manbayini aniqlashning iloji bo‘lmasa, ta‘sir doirasi keng antibiotiklar buyuriladi. Simptomatik davo olib boriladi.

Profilaktikasi. Infeksiya o‘chog‘ini aktiv davolash, jumladan, yiringli cho‘ntaklar va metastatik o‘choqlarni o‘z vaqtida ochish, yot jismlarni olib tashlash alohida ahamiyatga ega.

Bemorlarni parvarish qilishda qo‘rquv va his-hayajonlarni bartaraf etishning ahamiyati katta. Bemor xonasining havosi toza bo‘lishi lozim. Bemorda yotoq yaralar paydo bo‘lmasligi va me‘dacha-ichak yo‘llarining ishi buzilmasligini kuzatib borish kerak.

Gazli gangrena

Gazli gangrenani gazli gangrena qo'zg'atuvchilari kombinatsiyasi vujudga keltiradi.

Gazli gangrena rivojlanishida shikastlangan va nekrotik yumshoq to'qimalarning borligi hamda qon aylanishining buzilishi katta ahamiyatga ega. Kasallik, ko'pincha, mushaklarga ko'p shikast yetgan, qattiq ifloslangan, yirtilgan, lat yegan, to'mtoq jarohatlarda paydo bo'ladi. Inkubatsiya davri 7 kungacha davom etadi. Inkubatsiya davri qancha qisqa bo'lsa, odatda, kasallik shuncha og'ir o'tadi.

Anaerob infeksiyada spetsifik yallig'lanish reaksiyasi ro'y bermasdan o'tadi va to'qimalarning irishi, shish paydo bo'lishi va to'qimalarda mikroblar ajratadigan toksinlar ta'sirida gaz hosil bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Patologoanatomik o'zgarishlar va klinik kechishi bo'yicha gazli gangrenaning quyidagi turlari farq qilinadi:

— *shish shakli* to'qimalarning qattiq shishishi va intoksikatsiya hodisalari bilan o'tadi;

— *emfizematoz shakli* to'qimalarda gaz hosil bo'lish hodisalari bilan o'tadi;

— *aralash shaklida* qattiq shish bilan birga ko'p miqdorda gazlar ham hosil bo'ladi;

— *nekrotik shaklida* to'qimalar nekrozi ustunlik qiladi;

— *flegmonoz shakli* klinik jihatdan oldingilaridan osonroq o'tadi;

— *to'qimalarni iritadigan gangrenoz shakli* to'qimalarning anchagina irishi, kuchli zaharlanish bilan o'tadi va xatarli kechadi.

Klinikasi. Umumiy klinik manzarasi markaziy nerv sistemasining qo'zg'alishi yoki tormozlanishi bilan ta'riflanadi. Bemor, odatda, es-hushini yo'qotmaydi, uxlamaydi, harorati 39°C gacha ko'tariladi, tomiri bir daqiqada 120—160 martagacha uradi. Yurak faoliyati susayib ketadi. Arterial bosimi 80—90 mm simob ustunigacha pasayadi. Nafas, ko'pincha, yuzaki bo'ladi. Leykotsitoz, ECHT oshadi, eritrotsitlar soni va gemoglobin miqdori kamayadi.

Jarohatda kuchli og'riq paydo bo'ladi, yumshoq to'qimalar shishib ketadi. Teri avvaliga rangsizlanadi, teri ostidagi venalar yaxshi ko'rinadi, keyin qo'ng'ir, qip-qizil va ko'k dog'lar bilan qoplanadi, to'qimalar paypaslanganda qo'lga sovuq undaydi. To'qima barmoq bilan bosilganda jarohatdan gaz pufakchalari

ajralib chiqadi. Mushaklar qaynatilgan go'shtga o'xshaydi, so'ngra ko'kimtir tusga kirib, keyinchalik qoramtir bo'lib qoladi. Teri paypaslanganda kreptasiya aniqlanadi.

Profilaktikasi. Qon ta'minoti yaxshi bo'lgan to'qimalarda anaerob infeksiya kamdan kam rivojlanadi, shuning uchun bog'lamlar qo'yishda qon aylanishini buzmaslik zarur, yaxshi immobilizatsiya qilish kerak. Jarohatga o'z vaqtida va to'g'ri xirurgik ishlov berish eng yaxshi profilaktik chora hisoblanadi. Katta, ezilgan va ifloslangan jarohlarda antibiotiklar yuborish zarur.

Gangrenaga qarshi zardobning profilaktik dozasi 30000 AB ni tashkil qiladi (antiperfringens, antiadematikum va antiseptikum zardoblaridan 10000 AB dan). Dastlab 1:100 nisbatda suyultirilgan zardobga sezuvchanlikni aniqlash uchun teri ichi sinovi qo'yiladi.

Davosi. Rivojlanib borayotgan gazli gangrenada yumshoq to'qimalar suyakka qadar uzunasiga kesiladi, vodorod peroksidli bog'lamlar qo'yiladi (kislorod ajralib chiqishi uchun), jarohat yuzasi aeratsiya qilinadi. Venaga tomchi usulida gangrenaga qarshi zardob quyiladi (150 000—200 000 AB dan bir necha kungacha).

U juda sekin, iliq izotonik eritma bilan birga quyiladi (100—400 ml izotonik eritmaga 100 ml zardob). Dastlab 1 ml quyiladi: reaksiya bermasa, 5 daqiqa o'tgach, dozaning hammasini bir daqiqada 1 ml (25 tomchi) hisobida quyiladi.

Bemor venasiga sutkasiga 3—4 litrgacha suyuqlik yuboriladi. Qon quyiladi, yurakni quvvatlovchi dorilar, antibiotiklar beriladi. Gazli infeksiya bilan kasallangan bemorlar doimiy kuzatuvga va parvarishga muhtoj bo'ladilar.

Kasalxonada ichi infeksiyasi yuqishini oldini olish maqsadida bemorlarni boshqalardan ajratib, alohida xonalarga yotqiziladi, ishlatilgan bog'lov materiallari yoqiladi, asboblari bo'lib-bo'lib sterilizatsiya qilinadi.

Qoqshol

Kasallikni qoqshol tayoqchasi ajratadigan zaharlar keltirib chiqaradi. Bunday tayoqchalar tabiatda keng tarqalgan, ular tuproqda va go'ngda, ayniqsa, ko'p bo'ladi. Qoqshol sporalari fizikaviy va kimyoviy ta'sirlarga juda chidamli va uzoq muddatgacha saqlanishi mumkin. Qon aylanishining buzilishi, organizmning kimyoviy kuchlari susayishi qoqshol rivojlanishi uchun qulay

sharoit hisoblanadi. Qoqshol zahari nerv sistemasiga ta'sir qiladi. Inkubatsiya davri o'rta hisobda 7—10 kun, lekin ba'zan 1—1,5 oygacha cho'zilishi mumkin.

Klinikasi. Bunda bemorning avvaliga chaynov mushaklari tortishib qisqaradi, shunga ko'ra bemor og'zini ocha olmaydi (trizm), so'ngra yuzining mimika mushaklari tortishib qisqaradi, bu yuzga azob chekilayotgandek qiyofani beradi («sardonik tabassum»).

Keyinchalik tortishib qisqarish tana, qo'l-oyoq mushaklarini egallaydi, natijada bemorning holati o'ziga xos shaklni oladi: bemor boshini orqaga tashlab, yoy kabi egilib (opistotonus holatida) yotadi. Halqum mushaklari, qovurg'alararo mushaklar va diafragmaning spazmi qayd qilinishi mumkin (nafas qiyinlashadi). Qattiq tortishib qisqarishda suyaklar sinib ketishi, paylar uzilishi mumkin. Tortishib qisqarishlar qattiq og'riq beradi. Ular qandaydir tashqi ta'sirlovchi yorug'lik, shovqin, og'riq va hokazo sababli yuzaga keladi. Harorat 40°C va bundan ham yuqori bo'ladi, tomir urishi va nafas tezlashgan. Bemor bo'g'ilish, yurak va diafragma mushagining falajlanishi natijasida o'lib qoladi.

Profilaktikasi. Spetsifik profilaktika quyidagi hollarda o'tkaziladi:

— teri qoplamlari va shilliq pardalarning butunligi buzilgan har qanday shikastlanishlarda;

— II va III darajali kuyish va sovuq urishlarda;

— ayollar tibbiy yordamsiz uyda tuqqanda;

— kasalxonadan tashqarida abort qilinganda;

— me'da-ichak yo'llaridagi operatsiyalarda;

— hayvon tishlaganda.

A. Ilgari emlangan bolalar va katta yoshdagi kishilarda qoqsholning shoshilinch profilaktikasi.

Qoqsholga qarshi ilgari emlangan kishilarga shikastlanishning og'ir-yengilligidan qat'i nazar faqat 0,5 ml tozalangan AS anatoksini (qoqsholga qarshi zardob yubormaslik kerak) yuboriladi. Qoqsholga qarshi birinchi revaksinatsiyadan keyin olti oy, ikkinchi revaksinatsiyadan keyin esa bir yildan ko'p vaqt o'tmagan shikastlanishlarda qoqsholga qarshi anatoksin yubormaslik kerak.

B. Emlanmagan bolalarda va katta yoshdagi odamlarda qoqsholning shoshilinch profilaktikasi.

Bunday hollarda 1 ml tozalangan adsorbtsiyalangan qoqsholga qarshi anatoksin yuboriladi, teriichi sinamasi o'tkazilgandan keyin boshqa shpris bilan tananing boshqa qismiga tozalangan qoqsholga qarshi zardob 3000 XB dozada yuboriladi. Qoqsholga qarshi shun-

day faol va sust profilaktika o'tkazilgandan 30—40 kun o'tgach, immunizatsiyani davom ettirish va 0,5 ml AS anatoksinini inyeksiya qilish, so'ngra esa barqaror immunitet vujudga keltirish uchun preparatning xuddi shunday dozasini (0,5 ml) 9—12 oy o'tgach revaksinatsiya qilish lozim.

Zardob yuborish turli reaksiyalar bilan o'tishi mumkin. Bu reaksiyalar uch turda bo'ladi: zardob yuborilgan zahoti yuz beradigan, erta (4—6 kun) va kechikib yuz beradigan reaksiya (2 hafta va bundan ko'proq vaqt o'tgach). Reaksiya harorat ko'tarilishi, et uvushishi, mushaklarning tortishib-qisqarishi, turli xil toshmalar toshishi va yurak-tomirlar faoliyatining buzilishidan namoyon bo'ladi.

Bunday hollarda venaga 1 ml adrenalin (1:100) yoki 1 ml 5% li efedrin eritmasi, 10 ml 0,5% li novokain eritmasi, 10 ml 10% li kalsiy xlorid eritmasi, 20—25 ml 20—40% li glukoza eritmasi qo'shish tavsiya etiladi. Gormonal preparatlar (prednizolon, kortizon, gidrokortizon), yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar va boshqalar kiritiladi.

Davosi. Rivojlanayotgan qoqsholga spetsifik davo choralari yo'q, chunki nerv sistemasi bilan bog'langan zaharlarni neytrallab bo'lmaydi. Qonda aylanib yurgan, hali bog'lanib ulgurmagan zaharlarni neytrallash uchun qoqsholga qarshi zardoblarning davo dozalari qo'llaniladi (10000—150000 XB).

Bundan tashqari, 2—3 kundan keyin 1—2 ml dozada qoqshol anatoksini buyuriladi. Bemorni tinchlantirish uchun xloralhidratli huqnalar (30 ml 3% li xloralhidrat eritmasi) qilinadi, uxlatuvchi dorilar va neyroplegiklar (1—2 ml 2,5% li aminazin eritmasini sutkasiga 4—5 marta) yuboriladi. Organizm suvsizlanishining oldini olish uchun rektal yo'l bilan tomchilatib suyuqlik yuboriladi. Suyuq yoki suyuqroq ovqatlar tavsiya qilinadi. Bemor qorong'i iliq xonaga yotqiziladi va osoyishtalik saqlanadi. Og'ir hollarda traxeostomiya qilinadi, miorelaksantlar buyuriladi va boshqariladigan sun'iy nafas olishga o'tiladi.

Quturish

Qo'zg'atuvchisi — virus. Bu kasallik bemorning psixikasiga ta'sir qiluvchi, ko'ngilni vahima bosuvchi va qo'zg'alish holatiga tushishi tariqasida namoyon bo'ladi. Bemor bir qultum suv ichishga uringanida, keyinchalik esa suvga ko'zi tushganda hamda yutinishda

nafasda ishtirok etuvchi mushaklar tortishib, tirishib qolish (gid-rofobiya), suvdan qoʻrqish holati kuzatiladi. Kasallikning 2—3-kunidan boshlab bemorning es-hushi ayniydi, gallutsinatsiyalar paydo boʻlib, odam alahsirayveradi.

Bemor tinmay chanqaydi, ogʻzidan talaygina soʻlak chiqib turadi, chunki kasal soʻlagini yutaolmay qoladi. Kasallar tobora besaranjom boʻlib, esi kirib-chiqadigan va tajovuzkor boʻlib qoladi, oʻrinda oʻzini har yoqqa urib, yerga tushib emaklaydi, de-razardan oʻzini tashlashga urinadi. Kasallikning qoʻzgʻalish davri falajlar bilan almashinadi va kasallikning 6—9-kuni, baʼzan esa birinchi kunlarida bemorning oʻlimi bilan tugallanadi. Inkubatsiya davri 10—90 kun.

Davosi. Kasallikka qarshi samarali davo qilishning yoʻllari yoʻq. Biroq bemorning azoblarini yengillashtirishga qaratilgan va tibbiy xodimlarni kasallik yuqib qolishidan ehtiyot qilish choralarini koʻrish lozim boʻladi.

Hayvonning tishi botgan joy, yaʼni jarohat imkoni boricha qaynagan iliq suv bilan sovunlab yuviladi va unga yod surtiladi, jarohatning ichkarisiga va yumshoq toʻqimalarga steril antirabik zardob yoki immunoglobulin yuboriladi. Odamni quturgan hayvon tishlab olgan yoki uning soʻlagi badaniga tegib qolgan paytdan boshlab hisoblaganda koʻpi bilan 14 kun ichida emlashga kirishilagina quturishga qarshi emlash naf beradi. Emlash maxsus Paster punktlarida, Jahon sogʻliqni saqlash tashkilotining koʻrsatmalariga muvofiq olib boriladi, antirabik vaksina kursi esa oldin Bezredka usulida antirabik gammaglobulin yuborilgandan keyin boshlanadi. Vaksinat-siya davrida va unga yaqin davrlarda spirtli ichimliklar ichish qatʼiyan man qilinadi.

Shubhali hayvon 14 kun ichida oʻlib qolmasa, u holda emlash toʻxtatiladi. Tashqi taʼsirotlar — yorugʻlik, shovqin-suron, gap-soʻzlar, havo harakatidan xoli qilish uchun bemorni qorongʻilatib qoʻyilgan alohida palataga yotqiziladi.

Tirishishga qarshi kurashish uchun simptomatik vositalar: xloralgidrat, narkotiklar, seduksen, uxlatadigan moddalar qoʻllaniladi; bemorni oziqlantirish uchun parenteral yoʻl bilan tuzli eritmalar, glukoza yuboriladi. Bemor oʻringa bogʻlab qoʻyiladi, individual tibbiy hamshira posti tashkil etiladi. Xodimlar qoʻllariga qoʻlqop kiygan va niqob tutgan holda ishlashlari kerak, chunki bemorning soʻlagida quturish virusi boʻlib, u yuqishi mumkin.

Bemorga juda ehtiyot bo‘lib yaqinlashish kerak. Unga parvarish vaqtida o‘rin-boshiga tutiladigan oqliklar zaxirada turishi lozim. Parvarishga tutilgan buyumlar, idishlar, oqliklar 2% li xloramin eritmasi bilan dorilab yuqumsizlantiriladi.

Quturishga qarshi antirabik tirik vaksinalar bilan emlash quyidagi hollarda buyuriladi:

1) quturganligi ro‘y-rost ko‘rinib turgan, shubhali bo‘lgan hamda noma‘lum hayvonlar tishlab olganda, tirnaganda, badan terisiga va shilliq pardalarga so‘lak tekkan paytlarda;

2) quturgan-quturmaganligi noma‘lum bo‘lgan hayvonlarning so‘lagi yoki miyasi bilan ifloslangan narsalardan badan jarohatlanganida (o‘lgan hayvonlarni yorish, nimtalash vaqtida va hokazo).

3) hayvon odamni kiyimi ustidan tishlab olganida (kiyimni tishlari teshgan yoki yirtib yuborganda; yupqa yoki to‘qilgan kiyim ustidan tishlab olganida); odamga daxl qilgan yoki yaqin yurgan chog‘ida sog‘ bo‘lib, 10 kunlik kuzatuv davomida kasalligi bilan o‘lgan yoki yo‘q bo‘lib ketgan hayvon tishlaganda, so‘lagi tekkan, tirnagan paytlarda;

4) quturish kasalligi uchrab turadigan joylarda odamni yovvoyi kemiruvchilar tishlab olganda;

5) quturish kasalligiga uchragan odamning so‘lagi kishi badaniga ro‘y-rost tekkanda yoki u badanga shikast yetkazganda.

Vaksinatsiya. Emlash kursining qancha davom etishi va vaksinatsiya dozalari badanning qaysi joyi qay tariqa tishlanganiga hamda hayvon salomatligiga bog‘liq bo‘ladi. Emlash maxsus tayyorgarlik ko‘rgan rabiolog tomonidan belgilanadi.

Vaksinaning katta yoshli odam va 10 yoshdan katta bolalarga mo‘ljallangan dozasi yo‘riqnomada ko‘rsatilgan. 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga katta yoshli kishi dozasining yarmi, 3 yoshdan 10 yoshgacha bolalarga 75% buyuriladi. 5 ml dozadagi vaksina oradan kamida 20—30 daqiqa o‘tkazib turib ikki inyeksiya bilan yuborilishi shart.

Antirabik vaksina qorin o‘rta chizig‘idan 2—3 sm chetdagi yoki sal pastroqdagi teri ostiga yuboriladi. Vaksinani qorin teriosti to‘qimasiga yuborishning iloji bo‘lmagan (chandiqlar, katta infiltratlar va boshqalar bo‘lganda) hollarda kurak sohasidagi teri ostiga yuborish mumkin. Vaksina yuborilgandan 5—10 daqiqa keyin bemorga turishga ruxsat beriladi.

Mustahkam immunitet hosil bo‘lishi va asoratlarning oldini olish uchun emlanayotganlarga butun emlash kursi va undan ke-

yingi 6 oy davomida spirtli ichimlik ichish taqiqlanadi. Emlash kursi davomida kasal toliqmasligi, sovqotmasligi va issiq lab ketishdan o'zini ehtiyot qilishi zarur. Emlash ertalab o'tkazilmasligi kerak. Antirabik vaksina bilan emlangandan keyin 2 oy mobaynida bemorga boshqa emlash o'tkazilmasligi kerak.

Shifokor buyurgan dozadagi antirabik gammaglobulin (immunoglobulin)ning hammasi bir kunda yuboriladi. Quturgan bo'ri va go'shtxo'r hayvon yuz va boshning kattagina qismini tishlaganda, badanni qattiq g'ajiganda antirabik immunoglobulinni 2-kuni takror yuborish mumkin. Gammaglobulin dozasining bir qismini, agar jarohatlangan joy imkon bersa, uning atrofidagi teri ostiga yuborish mumkin.

SURUNKALI SPETSIFIK INFEKSIYA

Surunkali spetsifik infeksiyaga spetsifik qo'zg'atuvchilar yuzaga keltiradigan yallig'lanish jarayonlari (tuberkuloz, aktinomikoz, brutselloz) kiritiladi.

Aktinomikoz to'qimalarning nursimon zamburug' — aktinomitsetdan zararlanishidir. Organizmga aktinomikoz nafas yo'llari orqali yoki me'da-ichak yo'llaridan tushadi. Aktinomitset tushgan maydonda spetsifik yallig'lanish reaksiyasi paydo bo'ladi, uning asosini periferiyaga nur shaklida tarqaladigan va to'g'na-g'ich boshidek yo'g'onlashib tugaydigan (druzlar) ingichga tolalar turidan iborat zamburug'lar koloniyasi tashkil qiladi. Druz atrofida juda zich infiltrat hosil bo'ladi. Uning ustidagi teri qizg'ish-ko'kimtir tusga kiradi. Ayrim joylarida u yupqalashadi, oqmalar hosil qiladi, ulardan druzlar bilan och-sariq suyuqlik ajralib chiqadi.

O'pka aktinomikozida klinik manzara o'tkir yoki surunkali absess, bronxopnevmoniya ko'rinishida o'tadi. Aktinomikoz ko'krak devorini ham egallaydi va qon tomirlar, shuningdek, limfa yo'llari bo'ylab metastazlar beradi.

Davosi. Antibiotiklar (penitsillin, streptomitsin, auromitsin)ning katta dozalari va aktinomikoz bilan spetsifik davo (0,1 dan 2 ml gacha har 2—3 kunda, jami 20 tagacha inyeksiya), shuningdek, rentgenoterapiya buyuriladi.

Silning xirurgik turlari. Sil xirurgiyasiga sil mikobakteriyalari qo'zg'atgan xirurgik va davolash usullarini talab etadigan, turli sohalarda joylashadigan qator kasalliklar kiradi.

Sil mikobakteriyalari organizmga quyidagi yo'llar bilan tushadi: nafas yo'llari — chang va sil mikobakteriyalari tutgan havo bilan nafas olishda; hazm yo'llari — sil mikobakteriyalari tutgan ovqat (suv, go'sht) iste'mol qilishda; teri va shilliq pardalar orqali — ular shikastlanganda.

Spetsifik infeksiya avj olishi uchun sharoitlar: organizm himoya kuchlarining pasayishi, to'yib ovqatlanmaslik, turarjoy sharoitlarining og'irligi, ruhiy zo'riqish va boshq.

Sil mikobakteriyalari ta'siri ostida u joylashgan maydonda birlamchi sil o'chog'i hosil bo'ladi. O'choq ichida kazeoz nekroz qayd qilinadi. Kazeoz massaning irib suyuqlanishi yiring hosil bo'lishiga olib keladi. Sildagi yiring nospetsifik yiringdan farqli o'laroq, odatda, jadal va o'tkir kechadigan simptomlari bilan ajralib turmaydi.

Xirurgik silga suyak-bo'g'imlar, limfa tugunlari, seroz pardalar (qorin pardasi, plevra, miya pardalari), me'da, ichak, buyrak, qovuq, moyak va o'pka silining ayrim turlari kiradi.

Suyak-bo'g'imlar sili. Kasallik hamisha ikkilamchi bo'ladi, birlamchi o'choq esa o'pkada yoki qorin bo'shlig'ida joylashadi. Suyak va bo'g'imlar sili bilan zararlanish aksari bolalarda uchraydi, biroq katta yoshdagi kishilarda ham uchrab turadi. Ko'pincha umurtqa pog'onasi zararlanib, sil spondiliti, chanoq-son (koksit) va tizza bo'g'imi sili (gonit) uchraydi.

Suyak turida kasallik suyakning g'ovak moddasida boshlanadi (epifizar-metafizar zona): sil o'chog'i hosil bo'ladi, so'ngra suyak moddasining irib, mayda sekvestrlar va suyak bo'shliqlari hosil bo'lishi kuzatiladi. To'plangan yiring suyak bo'shlig'idan chiqadi va to'qimalararo bo'shliqlar (sovuq kamgaklar) bo'ylab tarqaladi.

Jarayon bo'g'imga o'tishi ham mumkin. Bo'g'im silida sinovial parda shishadi, giperemiyalanib qoladi, vorsinka (tuk)lari bo'ladi, bo'shlig'ida yiringga aylanadigan seroz-fibrinoz suyuqlik hosil bo'ladi, bu yiring tashqariga yoriladi va oqma hosil qiladi.

Bo'g'imlar zararlanishining quyidagi turlari farq qilinadi: a) sinovial-ekssudativ jarayon sinovial pardada rivojlanadi, u giperemiyalanadi, shishadi va fibringa boy suyuqlik ajratadi; fungoz turida granulatsion to'qima hosil bo'ladi, sil do'mboqchalarida kazeoz parchalanish—yamoqlanish kuzatiladi; b) jarayon suyak epifizidan boshlanadi, mayda sekvestrlari bo'lgan kazeoz parchalanish mahsulotlari bilan to'lgan bo'shliq hosil bo'lib, keyinchalik sinovial pardaga o'tadi.

Sil spondilitida zararlanish o'chog'i hamisha umurtqa tanasi oldingi qismining g'ovak moddasida boshlanadi, bu modda, keyinchalik mag'iz moddaning suyuqlanishiga olib keladi. Hosil bo'lgan yiring sizib o'tib abscesslar kelib chiqishiga yo'l ochadi. Yemirilgan umurtqaning shakli o'zgaradi, bu umurtqa pog'onasining bukrilik ko'rinishida qiyshayib qolishiga olib keladi.

Klinikasi. Bo'g'imlarning sil bilan zararlanishi uchun kasallikning zimdan boshlanishi, asta-sekin rivojlanishi va surunkali kechishi xos. Kasallik avj olgan davrda quyidagi xarakterli simptomlar paydo bo'ladi:

a) og'riq doimiy bo'lishi yoki jismoniy harakat vaqtida paydo bo'lishi mumkin; ko'pincha og'riq boshqa sohaga tarqaladi. Masalan, sil koksitida og'riq tizza bo'g'imida qayd qilinishi mumkin;

b) bo'g'im funksiyasining buzilishi og'riqni kamaytirish maqsadida kasal bemorga yuklamani atayin qo'yish oqibati hisoblanadi;

d) mushaklarning atrofiyaga uchrashi neyrotrop o'zgarishlarga va qisman oyoq-qo'lning harakatsiz bo'lishiga bog'liq;

e) teri burmasi va teriosti yog' qavatining qalinlashuvi (Aleksandrov simptomi) kasal oyoq-qo'l terisini simmetrik sohalarda burma ko'rinishida yig'ish yo'li bilan aniqlanadi. Kasal tomondagi burma qalinroq bo'ladi;

f) bo'g'im shishi bo'g'imga avval seroz, so'ngra esa yiringli suyuqlik (bo'g'im empiyemasi) shimilishiga bog'liq;

g) proliferativ turida fibroz to'qima yig'ilishi hisobiga «oq o'sma» hosil bo'ladi;

h) yiring tashqariga yorilganda yumshoq, oqimtir granula-tsiyalar bilan qoplangan oqmalar, aksari ko'p sonli oqmalar hosil bo'ladi;

i) sovuq yiringlar yumshoq to'qimalarning yiring to'plani-shiga faol reaksiyasi natijasi hisoblanadi, tarqalganda ular «yiringli sovuq oqmalar» hosil qiladi;

j) deformatsiya, qiyshayish, kalta tortish, patologik sinish va chiqishlar silning og'ir turida uchraydigan, kech yuzaga chiqadigan simptomlar hisoblanadi.

Sil spondiliti klinikasi, asosan, bo'g'im turiga o'xshaydi. Zararlangan umurtqa sohasida mushaklarning taranglashishi, bukrilik ko'rinishidagi deformatsiya ba'zan orqa miyaning zararlanishidan ajratib turadigan belgilaridan hisoblanadi.

Kasallikning chegaralangan va yengil turi kam uchraydi. Klinik manzarasi ikkilamchi infeksiya qo‘shilganda keskin yomonlashadi, ECHT kuzatiladi, kechikkan bosqichlarida rentgenologik tekshiruvda suyak destruksiyasi kuzatiladi. Kasallik, odatda, bir necha yilga cho‘ziladi.

Davosi. Sil bilan og‘rigan bemorlar maxsus dispanser va sanatoriylarda davolanadi. Bemorlarga umumiy tadbirlar: yaxshi va to‘yimli ovqatlanish, ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish, dozasiga amal qilingan havo va quyosh vannalari qo‘llaniladi. Bemorlarga dori-darmonlardan streptomitsin, PASK, ftivazid, refodin va boshqalar buyuriladi. Gavdaning kasallangan qismi immobilizatsiya qilinadi: sil spondilitida gipsli karavotcha, chanoq-son bo‘g‘imi zararlanganda gipsli koksit bog‘lam, tizza bo‘g‘imi zararlanganda gonit bog‘lam ishlatiladi.

Yiringlaganda punksiya qilinadi, yiringli suyuqlik tortib olinadi va bo‘shliqqa glitserin-yodofom emulsiyasi, streptomitsin va kanamitsin eritmasi yuboriladi.

Hozirgi vaqtda suyak-bo‘g‘im silini davolashning xirurgik usullaridan tobora keng foydalanilmoqda. Sil spondilitida zararlangan umurtqaning nekrotik to‘qimalari olinib, u suyak transplantati bilan fiksatsiya qilinadi. Bo‘g‘im silida zararlangan sinovial parda suyakning destruksiya o‘chog‘i bilan birga olinadi, so‘ngra oyoqning funksional qulay vaziyatida ankiloz hosil qilinadi.

XIRURGIK INFEKSIYA BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI PARVARISH QILISH XUSUSIYATLARI

Xirurgiyada, umuman olganda tibbiyotda kichik va katta kasallik bo‘lmaydi. Bemorga noto‘g‘ri davo qilinganda va vaqt qo‘ldan boy berilganda yuz sohasidagi kichkina chipqon ham o‘limga olib kelishi mumkin. Shuning uchun xirurgik infeksiyalarni davolashda vaqtida shifokorga murojaat qilish, o‘z vaqtida bemorning asoratsiz davolanishi va uni parvarishlash muhim ahamiyatga ega. Umumiy parvarish tadbirlari quyidagilardan iborat.

Mahalliy yiringli infeksiyasi bo‘lgan bemorlarni parvarish qilish. Chipqon (yuz sohasidan tashqaridagi), gidradenit, limfadeniti bo‘lgan bemorlar, odatda, ambulatoriyada davolanadi. Ko‘plab chipqon, karbunkul, abscess va flegmonasi bo‘lgan katta va kichik

yoshdagi bemorlar shifoxonada davolanadilar. Davolashda jarohatning joylashishi va yallig'lanish jarayonining bosqichi hisobga olinadi. Bemorlarni parvarishlashda, avvalo, jarohatlarni o'z vaqtida bog'lash lozim bo'ladi. Agar yiringli jarayon oraliq sohasida yoki anus atrofiga bo'lsa, har bir defekatsiyadan keyin davolovchi antiseptik dorili vanna qilinadi. Kasalda ich yurishmasligi muammosi bo'lsa, tozalovchi huqna qilinadi. Bunday vaziyatlarda ovqatlanish me'yoriy holatga keltiriladi. Organizmning immunobiologik kuchlarini oshirish uchun yuqori kaloriyali, turli-tuman va vitaminlangan ovqat beriladi. Agar bo'limda maxsus yiringli bog'lov xonasi bo'lmasa, avval nisbatan toza bog'lovlar, keyin yiringli bog'lovlar o'tkaziladi.

Umumiy yiringli infeksiyali bemorlarni parvarish qilish. Xonani muntazam ravishda shamollatib turish va toza saqlash kerak. Ichki kiyim, choyshablarning tozaligiga e'tibor berish zarur. Nam ichki kiyimlar, choyshablar va ularning burmalari yotoq yaralar paydo bo'lishiga imkon beradi, bemorni kuniga bir necha marta yotgan holatida harakatlantirish, ho'l sochiq bilan badanini artish lozim.

O'pkadagi asoratlarning oldini olish uchun bemorning qaddi baland qilib yotqiziladi, nafas gimnastikasi qildiriladi, balg'am tuflashga o'rgatiladi. Bemor bolalarga shar shishirish tavsiya qilinadi. Yuqori harorat va organizmning suvsizlanishi me'da-ichak yo'llari ishining buzilishiga olib keladi. Shunga ko'ra, og'iz bo'shlig'ini sinchiklab tozalash (og'izni chayish, nam tampon bilan artish) kerak.

Ich yaxshi kelishi uchun kamida ikki sutkada bir marta tozalovchi huqna qilinadi yoki ichak peristaltikasini kuchaytirishga qaratilgan boshqa tadbirlar, ya'ni gipertonik huqna, 10% li natriy xlorid eritmasini venaga yuborish, mushak orasiga prozerin yuborish buyuriladi. Albatta sutkalik diurez miqdoriga qarab buyraklar funksiyasi tekshirib turiladi.

Sog'ayish davrida bemorni tez-tez to'yimli ovqatlantirishga, asta-sekin harakatlarini faollashtirish, davo gimnastikasi va mushaklarni massaj qilishga katta ahamiyat beriladi.

Gazli infeksiya bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish. Bemorlar sepsis bo'lgan bemorlar kabi parvarishga muhtoj bo'ladilar. Uyqusizlikni davolash uchun dimedrol, lyuminal, noksiron, tinchlantirish uchun andaksin, brom, valeriana, og'riq qoldiruvchi vositalardan promedol, droperidol, pantopon, fentanil buyuriladi.

Anaerob infeksiya boshqa bemorlarga oson yuqadi, shuning uchun bemorni alohida xonaga yotqizish kerak. Xizmatchi xodimlar bunday xonada maxsus kiyim-xalat kiyadilar, ularning bu xalatda boshqa bemorlar yotgan xonaga kirishiga ruxsat etilmaydi. Bog'lov materiali ishlatilganidan so'ng yoqib yuboriladi. Bemorning ich kiyimi va choyshablari maxsus tozalanadi.

Qoqsholga uchragan bemorlarni parvarish qilish. Bemorga osoyishta sharoit yaratish zarur. Bemorlar organizmi anchagina suvsizlanib qolishi sababli ularga parenteral oziqlanish uchun tomchili davolovchi va oziqlantiruvchi huqnalarda 3—4 l suyuqlik berilishi lozim bo'ladi. Bemorning qovug'i o'z-o'zidan bo'shalib turmasa uretrani oldin anesteziya (dikain, sovkain) qilingandan so'ng siydikni kuniga ikki marta kateter orqali chiqarish kerak. Talvasa sindromi bor bemor burniga kiritilgan doimiy ingichka zond orqali ovqatlantiriladi. U yuqori kaloriyali va servitamin bo'lishi kerak. Sepsisdagi kabi muntazam ich kelishi vaqtida siydik ajralishi, badan terisi tozaligi ustidan kuzatib borish, yotoq yaralarni profilaktika qilish zarur.

Suyak-bo'g'im sili bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish. Bu kasallik bolalarda ko'proq uchraydi. Bola, ayniqsa, achchiq, nordon dorilarni ichishdan bosh tortganda ko'proq kuzatiladi. Bu bemorlarni uzoq vaqt majburiy gipsli bog'lam holatida bo'lishini unutmash kerak. Shunga ko'ra yotoq yaralar, zotiljam, mushaklar atrofiyasi kabi ikkilamchi kasalliklarni oldini olishga jiddiy e'tibor berish lozim. Berilayotgan dori-darmonlar dozasiga rioya qilib muolaja qilish lozim. Bemorning ovqati vitaminlarga, oqsillarga boy va xilma-xil bo'lishi kerak.

Oqmalar bo'lganda nospetsifik yiringli infeksiya kirishiga qarshi barcha tadbirlarni o'tkazish zarur. Spetsifik va nospetsifik infeksiyaning qo'shilib kelishi asosiy kasallikni keskin og'irlashtiradi va maxsus davo qilishni talab etadi. Operatsiyadan chiqqan bemor xuddi suyak sili tufayli operatsiya qilingan bemorlar kabi parvarish qilib boriladi, biroq bunda kasallikning uzoqqa cho'zilganligi va surunkali zaharlanish sababli organizm quvvatining pasayib ketganligi hisobga olinadi.

Yiringli suyuqlikdagi mikroflora va uning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash. Oldindan tayyorlangan steril probirkadan foydalaniladi. Probirka ichida steril paxta bo'lakchasi o'ralgan sim yoki cho'p bo'lib, ular probirkaning tiqini orqali o'tkazilgan bo'ladi. Tampon probirkadan olinadi, unga tekshirish uchun

olingan material qo'yiladi, devorlariga tekkizmay yana probirkaga solinadi va probirka tiqin bilan mahkam bekitiladi. Probirka zudlik bilan (mikroblarning qurish va autolizga uchrash xavfi bor) bakteriologik laboratoriyaga yo'llanma bilan birgalikda jo'natiladi, unda bemorning familiyasi, ismi va otasining ismi, bo'limning nomi, tashxisi, surtma olingan joy va tekshiruvdan maqsad (mikrofloraning xarakteri, uning antibiotiklarning muayyan turiga sezuvchanligi va hokazo) yozilgan bo'ladi.

Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun oddiy va murakkab etalon test namunalari

T/r	Savol	Javob
1.	Furunkuloz bilan karbunkulni farqlash mumkinmi?	ha
2.	Flegmonaga uyda davo qilsa bo'ladimi?	yo'q
3.	Limfangoit ikkilamchi kasallikmi?	ha
4.	Chaqaloqlar flegmonasida darhol gospitalizatsiya lozimmi?	ha
5.	Omfalitning nekrozli turi bo'ladimi?	ha
6.	Osteomiyelitni davolash vaqtida u sepsisga asoratlanishi mumkinmi?	ha
7.	Gazli gangrena toza jarohatlarda ham bo'lishi mumkinmi?	yo'q
8.	Gidrofobiya quturishdan boshqa kasalliklarda ham kuzatiladimi?	yo'q
9.	Qoqshol to'liq emlangan bolada ham uchraydimi?	yo'q
10.	Uyda tuqqan ayollarga ham qoqsholga qarshi profilaktika qilinadimi?	ha
11.	Quturishning inkubatsion davri: a) 3 oygacha; b) 4 oy; d) 6 oy; e) 8 oy.	a
12.	Sepsisning turlarini aniqlang: a) yashin tezligida, o'tkir, yarimo'tkir; b) surunkali; d) qaytalanuvchi, metastazli; e) hammasi to'g'ri.	e

1.12. «O‘TKIR QORIN» SINDROMI

Zamonaviy xirurgiyada «o‘tkir qorin» atamasi saqlanib qolingan. Qorin pardasi yallig‘lanishidan yuzaga kelgan kasalliklar simptomi kompleksi shunday nomlanadi. Bunga ichki a‘zolar: jigar, oshqozon osti bezi, o‘t qopi, taloq, me‘da-ichaklar, qorin parda va hokazolarning shikastlari hamda yorilishi, o‘tkir yallig‘lanishi, kovak a‘zolarining teshilishi va tutilishi, qorin bo‘shlig‘iga gematogen yoki limfogen yo‘llar bilan patogen mikroblar tushishi va qorin pardasining yallig‘lanish jarayonlari sabab bo‘ladi. Shulardan eng ko‘p uchraydigan kasalliklar to‘g‘risida to‘xtalib o‘tamiz.

Qorin devorining shikastlanishi. Qorin devorining shikastlari qorinning bevosita travmasida, og‘ir yuk ko‘targanda kuzatiladi. Qorin devorining shikastlari yopiq (qorin to‘g‘ri mushagining yirtilishi) va ochiq (jarohatlar) turlarga bo‘linadi.

Klinikasi. Qorin devorining yopiq shikastlanishi uchun mahalliy og‘riq va gematoma xosdir. Qorinning to‘g‘ri mushagi yirtilganda qon quyilishi qorinning to‘g‘ri mushak qini bilangina chegaralanadi. Palpatsiya qilinganda gematoma o‘smasimon hosila ko‘rinishida aniqlanadi. Qorinning to‘g‘ri mushagi yirtilganda qorin mushaklarini taranglashtirganda ham, bo‘shashtirganda ham o‘smasimon hosila aniqlanadi.

Ba‘zan qorin devori tomirlarining yirtilishi kuzatiladi. Bunda gematoma hosil bo‘lib, u asosan qorin pardasi ustida joylashadi va anchagina maydonni egallaydi. Klinik jihatdan qorin mushaklarining taranglashishi aniqlanadi. Bunday hollarda ichki a‘zolarining shikastlanishini istisno qilish lozim bo‘ladi.

Qorin devorining ochiq va yopiq jarohatlarini aniqlashda qorin pardasi jarohatlari va qorin bo‘shlig‘i a‘zolarini farqlash lozim bo‘ladi.

Davosi. Qorin devori yopiq shikastlanganda bemorga tinch sharoit yaratiladi. Dastlabki kunlari sovuq, keyinchalik issiq muolajalar o‘tkaziladi. Katta gematomalar bo‘shatiladi (punksiya qilish, kesish orqali).

Qorin ochiq jarohatlanganda jarohatga birlamchi xirurgik ishlov beriladi. Bunda, albatta, qorin pardasi va ichki a‘zolar shikastlanganligini tekshirish zarur.

Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining shikastlari. Qorinning yopiq jarohatida, ko‘pincha, ichki a‘zolarining teri ostidan shikastlanishi kuzatiladi.

Klinikasi. Parenximatoz a'zolar — jigar, taloq shikastlanganda simptomlar kompleksida ichki qon ketishi yetakchi o'rin tutadi. Butun qorin bo'ylab diffuz og'riq ro'y beradi, bemor yotgan vaziyatda bo'lganda qorinning chekka qismlarida perkutor tovushning bo'g'irligi, arterial bosimning pasayib ketganligi, gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining kamayganligi, o'rtacha leykotsitoz qayd qilinadi.

Kovak a'zolar — me'da-ichaklar shikastlanganda o'tkir peritonit klinikasi rivojlanadi, butun qorin bo'ylab og'riq bo'ladi, qorin mushaklari taranglashadi, Shchetkin-Blyumberg simptomi musbat bo'ladi, harorat ko'tariladi, leykotsitoz oshadi.

Davosi. Ko'p qon oqmaganda bemorning ahvoli qoniqarli bo'ladi va konservativ davo qo'llaniladi. Bemorga tinchlik beriladi, qoringa sovuq qo'yiladi, gemostatik preparatlardan kalsiy xlorid, vikalol, aminokapron kislotasi va hokazolar ishlatiladi. Natijasiz hollarda operatsiya qilinib, jigar yoki taloqdagi jarohat tikiladi va qon uzil-kesil to'xtatiladi. Iloji bo'lmaganda splenektomiya qilinadi.

Kovak a'zolar yorilganda yorilgan ichakning teshilgan joyi tikiladi yoki qattiq shikastlanganda shu soha rezeksiya qilinib ichaklar bir-biriga ulanadi.

PERITONITLAR

Qorin pardasining yallig'lanishi peritonit deyiladi. Jarayonning tarqalishiga ko'ra tarqalgan, tutash (diffuz), mahalliy (chegaralangan yoki chegaralanmagan) peritonitlar tafovut qilinadi.

Tarqalgan peritonit. Bu turdagi yallig'lanish jarayoni erkin, qorin bo'shlig'ida muayyan chegaralarsiz tarqaladi, jarayonga butun qorin pardasi qo'shiladi.

Klinikasi. Peritonit ikkilamchi rivojlanganligi tufayli uning klinikasi birlamchi kasallik simptomlariga qo'shib ketadi. Bemorlar qorindagi og'riq, quvvatsizlik, tashnalik, ko'ngil aynishidan shikoyat qiladilar. Kovak a'zolar perforatsiyasida avvaliga «xanjar bilan urgandek» og'riq qayd qilinadi, keyinchalik og'riq biroz pasayadi va tutash xarakterga ega bo'ladi. Bemorning umumiy ko'rinishi: chalqancha yoki oyoqlarini qorniga tortib yotadi, yuz qiyofasi o'tkirlashgan, ko'zlari kirtaygan (Gippokrat qiyofasi), terisining rangi kulrang-zahil bo'ladi.

Bemorning harorati avvaliga 38—39°C ga ko'tariladi, keyin normaga tushadi yoki bundan ham pasayadi. Haroratning pulsdan orqada qolishi xarakterli («qaychi simptomi»). Puls kichik, tez,

bir daqiqada 120—140 martagacha uradi. Arterial bosim pasaygan bo‘ladi. Til quruq, karash bog‘lagan, ketma-ket qusish kuzatiladi. Leykotsitoz 15000—25000 ga teng, leykotsitar formula chapga surilgan. Qorin mushaklari taranglashgan, Shchetkin-Blyumberg simptomi musbat. Zaharlanish belgilari ortib boradi.

Davosi. Peritonit keltirib chiqargan sababni tugatish maqsadida tezlik bilan operatsiya qilib, perforativ teshik tikiladi, yallig‘langan chuvalchangsimon o‘simta yoki o‘t pufagi olib tashlanadi. Yiringli suyuqlikni chiqarish uchun qorin bo‘shlig‘iga drenaj qo‘yiladi. Antibiotiklar yuboriladi va ichki zaharlanishga qarshi kurashish uchun katta miqdorda fiziologik eritma, 5% li glukoza eritmasini vitaminlar bilan, plazma, qon, oqsilli gidrolizatlar quyiladi. Oksigenoterapiya, yurak dorilari va sedativ vositalar qo‘llaniladi.

Chegaralangan peritonit deganda, qorin bo‘shlig‘idagi lokal yallig‘lanish jarayoni tushuniladi. Chegaralangan peritonitlarga qorin bo‘shlig‘i jarohatlari, me‘da va o‘n ikki barmoq ichak yarasi, o‘tkir appenditsit, xoletsistit va boshqa kasalliklar sabab bo‘ladi. Yallig‘lanishning chegaralanib qolishiga charvi, ingichka ichak qovuzloqlari va shu lokalizatsiyaning anatomik xususiyatlari imkon beradi.

Klinikasi. Shu sohaning og‘rishi, qorin mushaklarining taranglashishi bilan xarakterlanadi. Duglas bo‘shlig‘idagi absessda yozilish (defekatsiya) og‘riqli bo‘ladi va barmoq bilan tekshirishda to‘g‘ri ichak devori osilib turadi. Absess qorin bo‘shlig‘iga yorilganda peritonit chegaralangan turdan tarqalgan turga o‘tishi mumkin.

Davosi. Yiring bog‘lagan joy kesiladi. Diafragma osti absessida 12-qovurg‘a rezeksiya qilingandan va diafragma kesilgandan keyin u ko‘krak devori orqali ochiladi. Plevra bo‘shlig‘i yiringdan infeksiyalanmasligi uchun plevra yuqoriga surib qo‘yiladi yoki diafragma pariyetal plevrage tikiladi.

Duglas bo‘shlig‘i absesslarida to‘g‘ri ichak orqali yoki ayollarda qin orqali kesib yiring chiqariladi. Ochilgan yiringlagan joyga drenaj qo‘yiladi va umumiy davolash yiringli jarohatlardagi kabi olib boriladi.

Pnevmonokkli peritonit. Pnevmonokk yoki diplokokkdan yuzaga keladigan peritonit o‘g‘il bolalarda qorin bo‘shlig‘iga, qiz bolalarda esa jinsiy a‘zolari orqali pnevmokokk infeksiyasi tushganda yoki gematogen yo‘l bilan paydo bo‘ladi.

Klinikasi. Kasallik to'satdan qorinda kuchli og'riq, harorat ko'tarilishi bilan boshlanadi. Peritonitning boshqa turlaridan farqli o'laroq, qorin devori, odatda, tarang bo'lmaydi. Keyinchalik tushash pnevmokokkli peritonit qorin bo'shlig'ining biror sohasi bilan chegaralanishi mumkin.

Davosi. Operatsiya qilinib qorin ochiladi. Qorin bo'shlig'i suyuqlik va yiringdan tozalanadi. Umumiy antibiotikoterapiya. Antibiotiklarni qorin bo'shlig'iga yuborish yaxshi natija beradi.

Sil peritoniti. Birlamchi sil g'oyat kam uchraydi. Aksariyat u ikkilamchi xarakterga ega bo'ladi va sil infeksiyasi birlamchi o'choqda (o'pka, oyoq sili) gematogen va limfogen yo'l bilan tarqalganda paydo bo'ladi. Kasallikning ilk bosqichlarida qorin pardasida ko'p sonli tariqsimon alohida-alohida do'mboqchalar va qorin bo'shlig'ida seroz yoki eksudativ suyuqlik hosil bo'ladi. Keyinchalik ingichka ichak qovuzlog'i, charvi alohida konglomerat bo'lib, bir-biriga yopishadi, unda kazeoz massa bilan to'lgan bo'shliqlar bo'ladi (fibroz, kazeoz turi). Kazeoz massa so'rilib ketganda ingichka ichak qovuzlog'ining o'zaro yopishgan konglomerati qoladi (chandiqli kasalligi).

Klinikasi. Kasallikning ilk bosqichida qorinda xurujsimon og'riq va qorin bo'shlig'ida eksudat paydo bo'ladi. Bemor ozib ketadi, ishtahasi yo'qoladi. Qabziyat ich ketishi bilan almashinadi. Boshqa a'zolarida sil o'chog'i borligi tashxisni aniqlashga yordam beradi. Oxirgi bosqichida chandiqli kasalligi yetakchi hisoblanib, bu qorinda o'rtacha doimiy og'riq, ichaklarning dam bo'lishi, doimiy qabziyat bilan xarakterlanadi.

Davosi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida silga qarshi maxsus davo mavsumiy davolash va kuchli ovqatlar berish bilan birga olib boriladi. Laparotomiya va ichki a'zolari ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish davolashning ta'sirchan usullari hisoblanadi. Bitishma kasalligida ingichka ichak qovuzlog'i ajratiladi, keyin u muayyan tartibda tikiladi.

Appenditsit

Chualchangsimon o'simtaning yallig'lanishi appenditsit deyiladi. Appenditsit o'tkir va surunkali turda kechishi mumkin.

Appenditsitga chualchangsimon o'simtaga enterogen (ichaklardan) yoki gematogen yo'l bilan infeksiya tushishi sabab bo'ladi. Chualchangsimon o'simta bo'shlig'ida najas toshlari yoki ichak

parazitlari (askaridalar) borligi bu kasallikka moyillik tugʻdiruvchi omillar hisoblanadi. Ular shilliq pardani shikastlab, infeksiya kirishi uchun yoʻl ochadi.

Patologoanatomik jihatdan chuvalchangsimon oʻsimtaning oʻtkir yalligʻlanishi quyidagi turlarga boʻlinadi: oddiy, kataral appenditsit (chuvalchangsimon oʻsimta devorlari shishib, nuqtasimon qon quyilishi), flegmonoz appenditsit (chuvalchangsimon oʻsimta devorining keskin qalinlashuvi, yuzasida fibrinoz parda, boʻshligʻida seroz-yiringli suyuqlik), chuvalchangsimon oʻsimta empiyemasi (oʻsimta toʻgʻnagʻichsimon yoʻgʻon tortgan, boʻshligʻi yiringli suyuqlik bilan toʻlgan), gangrenoz appenditsit (oʻsimta shalvirab qolgan, rangi toʻq, boʻshligʻida yiringli-nekrotik suyuqlik) va h. k.

Surunkali appenditsitda oʻsimta boʻshligʻi obliteratsiyali oʻzgarib, oʻsimta chandiqli oʻzgaragan boʻladi.

Klinik manzarasi. Oʻtkir appenditsit oʻng yonbosh sohada roʻy-rost ogʻriq boʻlishi bilan xarakterlanadi. Baʼzan ogʻriq kindik sohasida paydo boʻladi, soʻngra oʻng yonbosh sohasiga oʻtadi (Koxer simptomi). Ogʻriq qusish, qabziyat bilan oʻtadi.

Qator simptomlari tashxis qoʻyishga maʼlum darajada yordam beradi. Bemor chap biqinini bosib yotganida oʻng yonboshi sohasida simillagan ogʻriq paydo boʻladi. Chap yonbosh sohasi kaft yoni bilan bosilsa va yuqoriga picha silkitilsa, oʻng yonbosh sohasida ogʻriq turadi. Oʻtkir appenditsitning 100 dan ortiq simptomlari tasvirlangan, biroq ularning hammasi nisbiy ahamiyatga ega.

Oʻtkir appenditsitda oʻng yonbosh sohasida qorin mushaklarining taranglashishi, Shchetkin-Blyumberg simptomining musbat boʻlishi, haroratning 38—39°C gacha koʻtarilishi, leykotsitozning 12000—15000 gacha yetganligi qayd qilinadi. Chuvalchangsimon oʻsimtadagi yiring yorilganda (perforativ appenditsit) peritonitning klinik manzarasi namoyon boʻladi.

Surunkali appenditsitda oʻng yonbosh sohasida vaqti-vaqti bilan oʻrta darajada ogʻriq paydo boʻladi. Kasallik uzoq vaqtga choʻzilishi mumkin. Appenditsitning bu turi uchun quyidagi ogʻriq nuqtalari xos: 1) qorin devoriga kindik bilan yonbosh suyagi yuqori-oldingi oʻsigʻi oʻrtasidagi uchdan bir oʻrta va tashqi uchdan bir masofa chegarasi barmoq bilan bosilganda; 2) Lans nuqtasi — yonbosh suyagi ikkala yuqori oldingi oʻsiqlari orasida joylashgan oʻrta va oʻng tomondagi tashqi uchdan bir masofa oʻrtasidan oʻtgan chegara bosilganda ogʻriq boʻlishi.

Davosi. O‘tkir appenditsitda bemor zudlik bilan operatsiya qilinadi — chuvalchangsimon o‘simta olib tashlanadi (appendektomiya). Qorin bo‘shlig‘ida yiringli suyuqlik bo‘lganda chuvalchangsimon o‘simtani olib tashlash uchun kesma orqali drenaj qilinadi. Yiring kam miqdorda bo‘lganda chuvalchangsimon o‘simta olib tashlangach va shu soha yiringli suyuqlikdan tozalangandan so‘ng qorin devori tikiladi, biroq qorin bo‘shlig‘iga antibiotiklar yuborish uchun mikroirrigator (ingichka polixlorvinil naycha) kiritib qo‘yiladi.

Surunkali appenditsitda operatsiya rejali ravishda o‘tkaziladi.

Appenditsitning asoratlangan turi — *appendikular-infiltratda* (o‘ng yonbosh sohasi palpatsiya qilinganda chuvalchangsimon o‘simta, charvi va ichak qovuzlog‘ining yallig‘lanib yopishib qolishi natijasida hosil bo‘lgan zich yallig‘li infiltrat aniqlanadi) avvaliga konservativ terapiya olib boriladi (muzli xalta, umumiy antibiotikoterapiya). Infiltrat so‘rilib bo‘lgandan keyin sovuq davrda appendektomiya qilinadi. Infiltrat abscess hosil qilgan taqdirda appendektomiya o‘tkaziladi va yiringli suyuqlik chiqariladi.

Bolalarda o‘tkir appenditsit shiddatli, kattalardagiga qaraganda birmuncha og‘ir o‘tadi; aksariyat chuvalchangsimon o‘simta perforatsiyasi (teshilishi) kuzatiladi. Yoshi ulg‘aygan kishilarda, aksincha, chuvalchangsimon o‘simta, hatto, destruksiyaga uchraganda ham klinik manzara atipik o‘zgargan bo‘ladi. Homilador ayollarda, ayniqsa, homiladorlikning ikkinchi yarmida og‘riqlar birmuncha yuqori sohada seziladi, ko‘ngil aynishi va qusish ko‘proq sodir bo‘ladi.

Bolalar, homilador ayollar va keksalarda appenditsitning ilk alomatlari bo‘lgandayoq operatsiya qilinadi (yiringli peritonit paydo bo‘lishi va homilaning vaqtidan ilgari tushish xavfi borligi tufayli).

Ichak tutilishi

Ichak tutilishi deganda, oshqozon-ichak tizimi bo‘ylab ichak suyuqligining normal harakati buzilishi yoki batamom to‘xtashi tushuniladi. Ichakning dinamik va mexanik tutilishi farq qilinadi.

Dinamik tutilishida ichaklarning harakat funksiyasi buziladi, bu funktsiya peristaltikaning to‘liq to‘xtashigacha sustlashishi (paralitik turi) yoki ichak spazmigacha keskin kuchayishi (spastik turi) mumkin. *Mexanik* tutilishning turlari juda ko‘p, biroq bu turlarning hammasi prinsip jihatidan quyidagi ikki katta guruhga bo‘linadi: strangulatsion va obturatsion ichak tutilishi.

Ichakning *strangulatsion* tutilishi — ichak tutilishining eng xavfli turidir. Ichak bo'shlig'ining tiqilib qolishi ichak tutqich tomirlari va nervlarining bosilishi bilan o'tadi, bu qon aylanishi buzilishiga va ichak bo'lagining tez jonsizlanishiga olib keladi, ichakning strangulatsion tutilishi churralar qisilib qolganda, ichak buralishida, ichakda tugunlar hosil bo'lganda va shu kabilarda kuzatiladi.

Ichakning *obturatsion* tutilishi ichak tutilishining eng yengil turi hisoblanadi, chunki ichak bo'shlig'ining tiqilib qolishida ichak tutqichning bosilishi sodir bo'lmaydi. Ichakning yot jism, o'sma va shu kabilardan tiqilib qolishi ichak tutilishining obturatsiya turiga kiradi.

Ichaklar *invaginatsiyasi* ichak tutilishining strangulatsion va obturatsion turlari o'rtasidagi oraliq shakli hisoblanadi. Bunda ichakning bir bo'lagi uning davomi bo'lmish ikkinchi bo'lagining ichiga kirib qoladi. Ko'pincha ingichka ichak ko'richak sohasida yo'g'on ichakning ichiga kirib qoladi. Invaginatsiyaga noto'g'ri peristaltika, ichak kasalliklari sabab bo'ladi. Invaginatsiyada ichak tiqilibgina qolmay (obturatsiya), balki ichak tutqich tomirlari bosilib ham qoladi (strangulatsiya), natijada qon aylanishi buziladi va keyinchalik invaginatsiya bo'lgan ichak bo'lagi nekrozga uchraydi.

Ichak tutilishi *mezenterial tomirlar tromboziga* bog'liq bo'lishi ham mumkin. Trombozga shikastlar, qon ivish xususiyatining oshganligi, ichakning yallig'lanish kasalliklari sabab bo'lishi mumkin. Mezenterial tomirlar trombozida ichak tegishli bo'limining qon bilan ta'minlanishi buziladi, keyinchalik esa jonsizlanish va gangrena yuzaga keladi.

Klinikasi. Ichak tutilishining hamma turi uchun bir qator umumiy simptomlar xos: qorinda xurujsimon og'riq turadi, ich kelishi va yel chiqishi to'xtaydi, meteorizm (qorin dam bo'lishi), qayt qilish, intoksikatsiya ana shular jumlasidandir.

Ichak tutilishining ayrim turida ichak tutilishining aytib o'tilgan simptomlaridan tashqari, spetsifik klinik manzara kuzatiladi. Ichak tutilishining falaj turida qorin anchagina dam bo'ladi va peristaltika butunlay bo'lmaydi.

Spastik shakli uchun ichak peristaltikasining kuchayishi bilan birga xurujsimon og'riqlar xarakterlidir. Ichak tutilishining spastik shakli paralitik turga o'tishi mumkin.

Strangulatsion tutilishda qorinda juda qattiq sanchiqsimon og'riq paydo bo'ladi, ba'zan shok yuz berishi mumkin. Og'riq

bilan birga bemor betinim qusadi. Ichak tutilishi nechogʻli yuqorida boʻlsa, qusish shunchalik kuchli boʻladi, biroq ichakning quyi boʻlimlaridan najas kelishi mumkin. Ichakning ayrim boʻlimlari dam boʻlishi sababli qorin asimetriyasi (Val simptomi) paydo boʻladi, auskultatsiyada baʼzan tushayotgan tomchi tovushi eshitaladi (Sklyarov simptomi), toʻgʻri ichak ampulasi kengayadi (Obuxov simptomi), bemorning ahvoli nihoyatda ogʻir boʻladi, arterial bosimi pasayadi, pulsi ipsimon boʻlib qoladi, sovuq ter chiqadi, lablari va barmoqlarning uchi koʻkimsir tus oladi, koʻzlari kirtayadi, tovushi jarangdorligini yoʻqotadi, oyoq-qoʻllari muzlab qoladi, biroq es-hushini yoʻqotmaydi. Tana harorati, odatda, norma atrofida boʻladi, ichakning jonsizlanishi tutash peritonitga olib keladi.

Obtursion ichak tutilishida, agar ichak boʻshligʻi qisman tiqilib qolsa, klinik manzara asta-sekin namoyon boʻla boshlaydi. Ichakning olib keluvchi qovuzlogʻida najas tutilib qoladi, bu xamirsimon konsistensiyadagi oʻsmaga oʻxshash tuzilma koʻrinishida aniqlanadi.

Ichakning toʻla tutilishida bemor koʻp qusadi, qusuqdan najas hidi keladi, qabziyat bilan profuz ich ketishi birin-ketin almashinib turadi. Bunga intoksikatsiya qoʻshiladi.

Invaginatsiyada klinik manzara, odatda, tez roʻy beradi, qusish, qorinda ogʻriq boʻlishi, palpatsiya qilganda elastik konsistensiyadagi silindrsimon tuzilma aniqlanadi, oʻng yonbosh sohasi ichiga tortib ketadi (Lans simptomi), najasda qon paydo boʻlishi mumkin. Invaginatsiya, koʻpincha, bolalarda kuzatiladi, quyi invaginatsiyada invaginat anal teshikdan tashqariga chiqishi mumkin (buni toʻgʻri ichak chiqishidan farqlash zarur).

Ichak tutilishi diagnostikasida rentgenologik tekshiruv muayyan rol oʻynaydi. Obzor rentgenoskopiyada ichak qovuzloqlarida gorizontal suyuqlik sathi bilan ayrim suyuqlik sathi orasida suyuqlik uchastkalari — Kloyber kosachalari aniqlanadi.

Davosi. Ichak tutilishining dinamik turida birinchi navbatda uni keltirib chiqargan sababni bartaraf etish zarur. Ichak silliq mushaklarining ishini tartibga soladigan qudratli omil paraneftal novokain blokadasi hisoblanadi. Falajlanib ichak tutilishida u ichak silliq mushaklarining tonusini oshiradi, spastik turida esa — tonusni pasaytiradi. Ichak tutilishining paralitik shaklida blokada qilishdan tashqari, venaga 10—20 ml 10% li natriy xlorid eritmasi, teri ostiga 1 ml prozerin yoki pituitrin yuborish tavsiya

etiladi. Gipertonik huqna (20—30 ml 10% li natriy xlorid eritmasi) yoki Ognev huqnasi (20 ml natriy xloridning gipertonik eritmasi, glitserin va vodorod peroksiddan) qilinadi. Obturatsion ichak tutilishida, ayniqsa, bu koprostaz sababli kelib chiqqan bo'lsa, tozalovchi yoki sifonli huqna qilinadi. Ichak tutilishining hamma turida intoksikatsiya hodisalarida dezintoksikatsion terapiya (5% li glukoza eritmasi va fiziologik eritmani sutkasiga 3000 ml gacha) olib boriladi.

Konservativ tadbirlar naf bermaganda operatsion davo qilinadi — ichak tutilishining sababi bartaraf etiladi. Ichak tutilishiga sabab bo'lgan bitishmalar kesiladi va deserozlangan bo'laklar peritonizatsiya qilinadi (bitishmalar qaytadan hosil bo'lishining oldini olish uchun). Ichak bo'shlig'i tiqilib qolishi natijasida yuz bergan obturatsion ichak tutilishida ichaklar qisman ko'ndalanganiga kesiladi (enterotomiya), bunda to'siqlar olib tashlanib, ichakning butunligi tiklanadi.

Invaginatsiyada invaginat to'g'rilanadi. Invaginat sohasida ichak anchagina o'zgargan bo'lsa, uni rezeksiya qilib, ichak butunligi tiklanadi.

Strangulatsiyada uni keltirib chiqargan sababni bartaraf qilish zarur. Ichak bo'lagi yashab ketmaydigan taqdirda uni sog'lom to'qimalar chegarasigacha (nekroz sohasidan taxminan 10—15 sm yuqoridan) rezeksiya qilinadi. Ichak tutilishiga o'z vaqtida operatsiyali davo qilmaslik bemorning o'limiga sabab bo'ladi.

TO'G'RI ICHAK VA ORQA CHIQARUV YO'LI KASALLIKLARI

Proktologiyada asosiy tekshiruv usullari. To'g'ri ichakni tekshirishning eng qulay usuli barmoq bilan tekshirish usuli bo'lib, bunda bemorning oyoqlari qorniga tortilib, orqa bilan yotgan holda o'tkaziladi. Buning uchun xirurg qo'lga rezina qo'lqop kiyib, ko'rsatkich barmog'iga yaxshilab vazelin surtadi va qo'lini asta-sekin to'g'ri ichakka kiritadi. Barmoq bilan tekshirish to'g'ri ichak va to'g'ri ichak yonidagi to'qimalarning patologik infiltratsiyasi, tromb hosil qilgan ichki gemorroidal tugunlar, to'g'ri ichak o'smalari va shu kabi boshqa kasalliklarni aniqlash imkonini beradi.

Asbob bilan tekshirish o'tkazishdan oldin bemorning yo'g'on ichagi huqna qilib tozalanadi. Rektoskopiyada rektal ko'zguga

vazelin surtiladi va ehtiyotlik bilan 8—10 sm gacha to‘g‘ri ichakka kiritiladi va patologiyalar aniqlanadi.

Rektoromanoskopiyada ko‘pgina diagnostik ma’lumotlar aniqlanadi. Buning uchun rektoromanoskop tubusiga vazelin surtiladi va sekin-asta 25—30 sm ichkariga kiritilib tekshiriladi. To‘g‘ri va yo‘g‘on ichak shilliq pardasini tekshirish uchun kolonofibroskop qo‘llaniladi.

Orqa chiqaruv yo‘lining yoriqlari

Bunga to‘g‘ri ichak shilliq pardasining anal teshik sohasidagi zich najas massalari, yot jismlar va shu kabilardan shikastlanishi sabab bo‘ladi.

Klinikasi. Defekatsiya vaqtida ro‘y-rost kuchli og‘riq, ozroq qon yoki seroz-qon aralash suyuqlik paydo bo‘ladi. Yoriq, ko‘pincha, ich qotishi bilan o‘tadi. Sfinkter tonusi oshganligi, yoriqning atroflari va ichi zichlashganligi qayd qilinadi.

Davosi. Yoriq yangi bo‘lganda konservativ davo qilinadi. Birinchi navbatda qabziyatning oldini olish, buning uchun parhez ovqatlar tanlash kerak. Bu ichning muntazam, yumshoq kelişhini ta’minlaydi. Bemorga kanakunjut qaynatmasi yoki vazelin moyi ichiriladi. To‘g‘ri ichakka 50—100 ml dan iliq zaytun moyi yuboriladi, novokainli va belladonnali shamchalar buyuriladi, kaliy permanganat yoki ichimlik soda solingan vannaga o‘tirish, mikrohuqnalarni tayinlanadi.

Konservativ terapiya kor qilmaydigan surunkali yoriqlarda to‘g‘ri ichak sfinkteri umumiy va mahalliy anesteziya ostida kesib tashlanadi.

Paraproktit

To‘g‘ri ichak atrof to‘qimalarining yiringli yallig‘lanishi shu nom bilan yuritiladi. Kasallikni aksari aralash infeksiya (stafilokokk, streptokokk, enterokokk, ichak tayoqchasi va boshqalar) keltirib chiqaradi. Infeksiyaning kirish yo‘li — yoriqlar, lat yeyish, jarohatlar, qabziyat va bichilish (matseratsiya) hisoblanadi.

Paraproktit o‘tkir va surunkali turlarga bo‘linadi. Shundan o‘tkir paraproktitning quyidagi turlari farq qilinadi: 1) teriosti; 2) shilliq parda osti; 3) quymuch-rektal; 4) chanoq-to‘g‘ri ichak; 5) retrorektal.

Klinikasi. O'tkir paraproktitning klinikasi uning shakliga bog'liq bo'ladi. Teriosti shaklidagi yallig'lanish chegarasida teri sohasining qizarishi, shishib og'rishi, defekatsiya vaqtida og'riqning kuchayishi kuzatiladi. Bu soha palpatsiya qilinganda unchalik qattiq bo'lmagan infiltrat aniqlanadi. Organizmning umumiy reaksiyasi paraproktitning bu turida unchalik kuchli bo'lmaydi.

Shilliq parda osti shaklida defekatsiya vaqtida og'riq qayd qilinadi. Rektal tekshiruvda to'g'ri ichak shilliq pardasida infiltratsiya sohasi aniqlanadi.

Quymuch-rektal shaklida yallig'lanish jarayoni to'g'ri ichak atrofidagi chanoq to'qimasini egallaydi. Bu shakli lo'qillovchi og'riq, yuqori harorat, et uvushishi bilan o'tadi; rektal tekshirishda to'g'ri ichak atrofida ro'y-rost infiltratsiya aniqlanadi va dumbaning pastki sohasida sezilarli asimetriya kuzatiladi.

Chanoq-to'g'ri ichak shaklida jarayon chanoq tubidan yuqoriga tarqaladi va orqa chiqaruv yo'li sohasida yallig'lanishning tashqi belgilari bo'lmagan holda og'ir septik holat bilan kechadi.

Retrorektal shaklida jarayon limfadenitdan boshlanib, to'g'ri ichakning orqa tomonida joylashadi, keyin tevarak-atrofidagi to'qima yiringlab iriydi. Kasallik oraliqning ro'y-rost og'rishi, yuqori harorat, et uvushishi, leykotsitoz va shu kabilar bilan kechadi.

O'tkir paraproktitning hamma turida to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish tashxis qo'yishda muhim o'rin tutadi.

Davosi. Kasallikning boshida, hali to'qimalar yiringlab iriy boshlamagan paytda umumiy antibiotikoterapiya, UVCH va mahalliy yarimo'tkazgichli lazerlar va kaliy permanganat solingan iliq vannachalarga o'tirish buyuriladi. Konservativ davo naf bermagan hollarda paraproktitning hamma shaklida yiringlagan joyni kesib, kriptoektomiya va yiringli bo'shliqni drenajlash talab etiladi. Bemorga operatsiyadan keyin 3—4 sutkagacha defekatsiyani to'xtatib turish uchun yumshoq parhez ovqatlar buyuriladi. Umumiy antibakterial va dezintoksikatsion terapiya olib boriladi. Jarohatga yiringli jarohatlarni davolashning umumiy qoidalariga binoan davo qilinadi. O'tiriladigan vannachalar tayinlanadi. Har bir defekatsiyadan keyin albatta yara bog'lanadi. Surunkali paraproktit o'tkir paraproktitning asorati bo'lib, unda oqma orqali doim yiring yoki suyuqlik ajralib turadi. Davosi rejali ravishda oqmani bartaraf qilish operatsiyasini o'tkazishdir.

Bavosil

Bavosil deganda, to'g'ri ichak venoz chigallarining muayyan varikoz kengayishi tushuniladi.

Joylashishiga ko'ra ichki va tashqi bavosil farq qilinadi. *Ichki* bavosilni ko'rib bo'lmaydi, barmoq bilan yoki rektoskopik tekshiruv orqali aniqlanadi. *Tashqi* bavosil tugunlari anal teshik yaqinida ko'rinadi. Qator hollarda bu tugunlarning yallig'lanishi kuzatiladi. Bavosilga ich qotishi, homiladorlik, uzoq vaqt o'tirish natijasida kichik chanoqdagi qon dimlanishi hodisalari sabab bo'ladi.

Klinikasi. Bavosil tugunlarining shunchaki kattalashuvi og'riqqa sabab bo'lmasligi va bemorni bezovta qilmasligi mumkin. Biroq qator hollarda ichki bavosil tugunlari katta bo'lganda va sfinkterning berkitish funksiyasi yetarli bo'lmaganda tashqariga chiqib qoladi, bu sfinkter funksiyasini yanada pasaytiradi. Bunday holat to'g'ri ichakdan najasning chiqishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida anal teshik sohasini qichishtiradi, terisi bichiladi va og'riydi. Qator hollarda defekatsiya paytida oz-moz qon ketadi. Tez-tez qon ketishi anemiyaga olib kelishi mumkin. Bunda qonda gemoglobin birmuncha kamayadi.

Bavosil tugunlari tromboflebitida orqa chiqaruv yo'li sohasida ro'y-rost og'riq paydo bo'ladi, bu og'riq defekatsiya paytida kuchayadi. Bavosil tugunlari ko'kimtir tusga kirgan, taranglashgan, ustini fibrinoz parda qoplagan, shilliq pardaning ayrim joylarida yaralar paydo bo'ladi.

Davosi. Asoratlanmagan bavosilda ich qotishining oldini olish uchun parhez tartibga solinadi. Ich qotganda kanakunjut moyi yoki vazelin moyi surtish buyuriladi. Teri bichilganda kaliy permanganat solingan vannalarga o'tiriladi. Kamroq qon ketganda gemostatik vositalar — vikasol, kalsiy xlorid, gemofobin va boshqalar qo'llaniladi. To'g'ri ichakka dorivor shamchalar: betiol, sintomitsinli, novokainli shamchalar buyuriladi. Bavosil tugunlari trombozida 5% li kaliy permanganat eritmasi solingan iliq vannaga o'tiriladi. Antikoagulantlar va mahalliy anuzol, neoanuzol, geparinli shamchalar qo'llaniladi. Presakral novokain blokadasi yaxshi natija beradi.

Agar bavosilda qonashga va yallig'lanishga moyillik bo'lsa, operatsiya qilib davolanadi. Yallig'lanishning o'tkir davrida operatsiya qilish mumkin emas. Agar o'tkir yallig'lanish belgilari bo'lmasa, darhol operatsiya qilinadi. Operatsiyadan keyingi davrda ich ke-

lishi bir necha kunga to'xtatib qo'yiladi. Buning uchun bemorga kletchatkasi kam ovqatlar beriladi. Defekatsiya vaqtdan keyin bemor furatsillinli yoki soda eritmasi solingan 30—40°C li vannaga o'tkaziladi.

To'g'ri ichakning chiqishi

To'g'ri ichakning chiqishi og'ir kasalik bo'lib, bu yo'g'on ichak pastki qismi devorining ajralib orqa chiqaruv kanalidan chiqib qolishidir.

To'g'ri ichakning chiqishi ko'p sabablar natijasida vujudga keladi. Kasallikni keltirib chiqaradigan sabablardan biri yo'g'on ichak yallig'lanish kasalliklari va qabziyat bilan bog'liqdir. Dizentriya va ovqat hazm qilishning buzilishi natijasidagi ich ketishlar va qusishlar, qorin doimiy dam bo'lganda ichi kelmaslik oqibatida qorin bo'shlig'i ichidagi bosim kuchayadi va to'g'ri ichak shilliq qavatining chiqishiga bevosita sabab bo'ladi. Qabziyatlarda ich kelishining qiyinlashuvi va ichak dam bo'lishi ham kasallikning kelib chiqishida muhim rol o'ynaydi. Bundan tashqari, ko'kyo'tal va o'tkir bronxitdagi uzoq vaqtgacha davom etadigan yo'tal, o'g'il bolalarda surunkali qiynalib siyish holatlari ham kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarga kiradi. Shunday qilib, yuqoridagilaridan ko'rinib turibdiki, bolalarda ichak chiqib qolishiga sabab bo'luvchi omillar har xildir.

Bu kasallik kattalar va bolalarda uchraydi. Shundan 1 yoshdan 4 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq kuzatiladi. Katta yoshli erkaklarda ko'p uchrashining asosiy sababi ularning ayollarga nisbatan ko'proq og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanishiga bog'liq. O'g'il bolalarning qiz bolalarga nisbatan 2—2,5 baravar ko'proq ichak kasalliklariga chalinishi ular organizmining nisbatan o'zligi bilan bog'liqdir.

To'g'ri ichak chiqishining anatomik, klinik shakl va darajalarini hisobga olingan quyidagi tasnif havola qilinadi:

1. To'g'ri ichak chiqishining anatomik shakli va darajasiga qarab:

1) shilliq pardaning chiqishi;

2) to'g'ri ichakning chiqishi;

3) to'g'ri ichakning hammasi, ba'zan sigmasimon ichak bir qismining chiqishi.

2. Klinik kechishiga qarab:

A) kompensatsiyalangan (defekatsiya vaqtida ichakning chiqib qolishi va o'z-o'zidan qayta kirib ketishi);

B) subkompensatsiyalangan (defekatsiya vaqtida va ma'lum bir miqdordagi jismoniy zo'riqishda ichak chiqadi va u qo'l bilan to'g'rilanadi. Bunda sfinkter faoliyatining I darajadagi kamchiligi kuzatiladi);

D) dekompensatsiyalangan (ichak yo'talganda, aksirganda, kulganda juda osonlik bilan chiqadi va ko'pincha bemorning axlat yoki gaz ushlay olmasligi bilan kechadi. Bunda sfinkter faoliyatining yetishmovchiligi kuzatiladi).

Klinikasi va tashxislash. To'g'ri ichak chiqishining dastlabki bosqichlarida kasallik asta-sekin rivojlana boshlaydi. Unda faqat defekatsiya vaqtida ichakning shilliq qavati va keyinchalik ichakning qisman chiqishi yuz berib, chiqib qolgan qismi o'z joyiga kirib ketadi. Ichakning chiqishi jarayoni vaqt o'tib rivojlanib borib, uning shakli, darajasi va davomiyligi oshib boradi.

Tashqi tomondan qaraganda to'g'ri ichak shilliq pardasi chiqishi yorqin qizil yoki ko'kimtir rangli bo'lib, mayda yoriqlar yoki markazi «yulduzsimon» yoriqlarga o'xshab ko'rinadi. Ma'lum vaqt o'tgach, sfinkter tonusi saqlangani holda, ichakning chiqqan qismi qiyinchilik bilan o'zi to'g'rilanadi va og'riq paydo bo'ladi. Bunday hol bola ota-onalarining e'tiborini o'ziga qaratadi. Ichakning barcha qavatlari chiqqanida uning chiqqan qismi silindrsimon va sharsimon shaklga ega ko'kimtir rangdagi shilliq parda shishgan bo'ladi, salga qonab ketadi. Kasallik surunkali uzoq davom etsa, ba'zan qon ketishi ham kuzatilishi mumkin. Ba'zi hollarda chiqqan ichak ancha vaqtgacha to'g'rilanmasdan, siqilib qolsa, shilliq qavatining shishi va uning ustida kichik yarachalar paydo bo'lib, fibrinoz qatlami bilan qoplanadi. Kasallik cho'zilib ketsa chiqqan ichak uzunligi ko'payib borib, faqat kuchangan vaqtda emas, balki ozgina jismoniy zo'riqish natijasida, bemor kulganida, yo'talganida, aksirganida qorin ichi bosimining kuchayishi tufayli ichakning to'liq chiqishi kuzatiladi va bunda u faqat qo'l bilan to'g'rilanishi mumkin. Shu bilan birga bemorda anal sfinkteri tonusining sustlanishi natijasida to'g'ri ichakdagi axlat hamda gazni qisman va butunlay ushlab turolmaslik kuzatiladi.

Ba'zan katta yoshdagi bemorlarda og'irroq jism ko'targanida yoki kuchli baqirganida ichakning kattagina qismi to'satdan chiqishi kuzatiladi. Agar anal sfinkterining qisqarish faoliyati yaxshi bo'lsa,

ichakning siqilib qolgan qismi anal teshigi atrofida kattalashadi, sal tegsa ogʻriq seziladi. Baʼzan u oʻta taranglashib, toʻq jigarrang tusga kiradi, uni toʻgʻrilash imkoniyati boʻlmaydi. Bunday hollarda oʻta tez muolajalar oʻtkazish talab qilinadi, umumiy ogʻriqsizlantirish yoʻli bilan anal teshigi kengaytirilib ichak qoʻl bilan joyiga kirgiziladi.

Toʻgʻri ichak chiqishiga tashxis qoʻyish uncha qiyinchilik tugʻdirmaydi, balki ota-onalar oʻzlari kasallik haqida batafsil gapirib beradilar. Baʼzan dastlabki koʻruvda chiqqan ichak koʻrinmay qolishi mumkin. Bunday holda kasallik toʻgʻrisida toʻliq tasavvurga ega boʻlish uchun avvalambor yengil huqna qilingach bemor biroz muddatga tuvakka yoki unitazga oʻtkazilishi kerak, bunda ichakning chiqishi va uni qayta toʻgʻrilash tashxis toʻgʻriligini tasdiqlaydi. Shundan soʻng qoʻl bilan toʻgʻri ichak tekshiriladi va ichak chiqishining sabablari aniqlanadi. Bunda baʼzan toʻgʻri ichakda poliplar ham borligi barmoqlar yordamida aniqlanadi.

Davosi. Bolalarda toʻgʻri ichak chiqishini koʻpchilik hollarda konservativ yoʻl bilan, kattalarda esa koʻproq xirurgik yoʻl bilan davolanadi. Davolash, asosan, uchta yoʻnalishda olib boriladi. Birinchisi konservativ yoʻl boʻlib, unga dori-darmon, fizioterapiya, davolash jismoniy tarbiyasi va anal sfinkterlarini elektrostimulatsiya qilish kiradi. Bu usul, asosan, bolalarda qoʻllaniladi. Ikkinchi usul toʻgʻri ichak atrof toʻqimalariga 70° li spirt eritmasini inyeksiya qilib sunʼiy chandiqlashtirish (sklerozlash) orqali amalga oshiriladi. Sklerozlash terapiyasi yordamchi davolash usuli boʻlib, 5 yoshdan katta boʻlgan bemor bolalarda, shuningdek, 5 yoshgacha boʻlgan bemorlarda konservativ davolash usuli yordam bermaganida qoʻllaniladi. Bunda aseptik yalligʻlanishni chaqirish hisobiga asta-sekin biriktiruvchi toʻqima hosil boʻladi va toʻgʻri ichak atrof toʻqimalari qattiqlashib chandiqa aylanadi. Bu jarayon natijasida kichik chanoq atrofidagi toʻqimalarga toʻgʻri ichak qattiq tortiladi va natijada ichak chiqishi yoʻqoladi. Katta yoshdagi bemorlarda baʼzan qayta inyeksiya yuborish talab qilinadi, yaʼni oradan 3—4 hafta oʻtgach ikkinchi inyeksiya yuboriladi. Agar shunda ham toʻgʻri ichakning chiqishi davom etsa, bu usul bilan davolash toʻxtatiladi.

Konservativ davolash quyidagi hollarda amalga oshiriladi:

1. Kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarni yoʻqotish maqsadida, jumladan, qabziyat yoki ich ketishni davolanadi, foydali

oziq-ovqat rejimi tanlanadi, organizm umumiy davolanadi, tarkibida (ballast) klechatkali moddalari kamroq kuchli ovqatlar, har xil vitaminlar, kuniga bir choy qoshiqdan 2 marta vazelin moyi beriladi va yengil huqna qilinadi, toza havoda uzoq muddat bo‘lishi ta‘minlanadi.

2. Bemorni defekatsiya vaqtida tuvakka yoki unitazga o‘tqazish man qilinadi. Bemor yotgan holda defekatsiya sodir qilishi lozim. Bu harakatlar umum davolashda muhim bo‘lib, ota-onalardan chidam va e‘tiborni talab qiladi.

3. Defekatsiya ichak chiqishi zahotiyuq tezda to‘g‘rilanadi. Chiqqan ichakka vazelin surtib, ikki qo‘l barmoqlari yordamida doka salfetka yoki polietilen plyonka bilan asta-sekin, ortiqcha kuch ishlatmasdan, dastlab chiqqan ichakning markaziy qismidan to‘g‘rilanish boshlanadi, bunda ichak chetlari o‘z-o‘zidan ichkariga kirib ketadi. Ichak to‘g‘rilangach, bola qorni bilan yotqiziladi.

Bundan tashqari, bolalarda to‘g‘ri ichak chiqishini davolashda juda katta ahamiyatga ega bo‘lgan muolajalardan biri chanoq tubi mushaklarini va sfinkter apparatini mustahkamlashga qaratilgan elektrostimulatsiyadir. Bu davolash usulini patogenetik usullar toifasiga kirgizish mumkin. Uni o‘rganish va kelajakda takomillashtirish bolalarda to‘g‘ri ichak chiqishini davolash muammolarini hal qilishda yaxshi natijalar beradi.

Yuqorida sanab o‘tilgan qoidalarga qattiq amal qilish ko‘p hollarda yaxshi va ko‘ngilli natijalar beradi. To‘g‘ri ichak chiqishi asta-sekin kamaya borib, so‘ng tuzala boshlaydi. Davolash muddati 2 haftadan 3—4 oygacha davom etishi mumkin.

Xirurgik davo. Bolalarda to‘g‘ri ichak chiqishini davolashda xirurgik davo juda kam hollarda qo‘llaniladi. U, asosan, katta yoshdagi bolalarda ichak chiqishining III turi bo‘lganda va skleroz — chandiqlatish usuli natijasiz bo‘lganda qo‘llaniladi. To‘g‘ri ichak chiqishini davolashda ko‘plab xirurgik usullar taklif qilingan. Amaliyotda shulardan Tirsha operatsiyasining S.D. Ternovskiy modifikatsiyasi bolalarda qo‘l keladi.

Yuqoridagilarga asosanib shuni aytish mumkinki, kattalar va bolalarda to‘g‘ri ichak chiqishida shifokorlar va xirurlarning davolash usullaridan qay biri to‘g‘ri kelishini to‘g‘ri tanlashlari katta ahamiyatga egadir. Ayniqsa konservativ davo bilan davolash bolalarda muhim rol o‘ynaydi.

Surunkali qabziyat

Axlatning muntazam ravishda 32 va undan ortiq soat davomida tutilishi surunkali qabziyat deb ataladi. Surunkali qabziyat, asosan, yo'g'on ichakni yopib qo'yuvchi o'smalar, jarohatlardan keyingi torayishlar, Girshprung kasalligi natijasida ham kelib chiqadi. Aholi turmush darajasining ko'tarilishi va ovqatlanishning yaxshilanishi, ko'p adinamik holatlar natijasida yo'g'on ichak harakat faoliyati susayadi, bu esa qabziyatning sabablaridan biridir. Ichak harakatining buzilishi va qabziyatning paydo bo'lishiga asab va endokrinologik buzilishlar (gipotireoz) hamda gastrit, o'n ikki barmoq ichak va me'da yarasi, xoletsistit va boshqalar sabab bo'lishi mumkin.

Surunkali qabziyatning boshlanishi ba'zan bolaning yura boshlashi bilan kuzatiladi. Ko'krak yoshida bolani boqishda erta sutdan chiqarish, sigir sutini erta qo'llash holatlari bolada axlatning qattiqqlanishiga va uning ko'p hajmda bo'lishiga olib keladi.

Klinikasi va tashxislash. Surunkali qabziyatning boshlanishida axlat dastlab «tiqin» tariqasida to'planib me'yoriy holatni buzadi. Bu holat kuchayib borib, qabziyatning klinik ko'rinishga ega bo'lishiga olib keladi. Surunkali qabziyatning atonik va spastik shakllari tafovut qilinadi.

Atonik qabziyat, odatda, proktit bilan qo'shilib keladi. U bemorlarda dizenteriya, enterokolit, toksik dispepsiya va kolitlardan keyin ham yuzaga kelishi mumkin. Atonik turdagi qabziyatda defekatsiya refleksi yo'qolib to'g'ri ichak motor faolligi pasayadi va natijada ampulaga to'plangan axlat ko'p turib qolib, qattiqlashadi. Oqibatda axlat chiqishi qiyinlashib, qabziyat kelib chiqadi. Keyinchalik bu qiyinchilik va og'riq bilan defekatsiya sodir bo'lishiga olib keladi. Ba'zan esa ampulada to'plangan qattiq axlat massasining atrofidan peristaltika tufayli haydalgan suyuqlik oqib tushib oz-oz miqdorda yuvindi suyuq axlatni, ayniqsa, og'ir fizik mashqlarni bajarganda bemor o'zi bilmagan holda qo'qqisdan chiqarib turishiga olib keladi.

Spastik qabziyat yo'g'on ichak ta'sirlanganligining bir turi bo'lib, axlatning 2—3 kunlab tutilishi hamda qorinda og'riq bilan ifodalanadi. Ayrim bemorlarda og'riq sezilmasligi ham mumkin. To'g'ri ichak barmoq bilan tekshirilganda ozroq og'riqning sezilishi hamda sfinkter tonusining oshganligi, to'g'ri ichakning birmuncha

torayganligi, axlatning yoʻqligi, baʼzi hollarda esa, koʻplab axlat toshlari aniqlanishi mumkin. Anamnezida katta yoshdagi bemorlar yoki bemor bolaning ota-onalari axlat «qoʻy qumalogʻi»ga oʻxshab kelganligini aytishadi.

Davolash. Avvalo qabziyatning qaysi turga mansubligini ajratib olish kerak, atonik va spastik qabziyatlar «sof» holda kam uchraganligi uchun bu vazifa juda murakkablashadi. Ichni yumshatuvchi vositalarni munatazam qoʻllash ertami-kechmi foyda bermay qoʻyadi. Qabziyat asta-sekin barqarorlashib, shilliq qavat va intramural nerv tugunlaridagi distrofik oʻzgarishlar ichak harakat faoliyatining susayishiga sabab boʻladi. Davolashni har tomonlama oʻylab, individual tanlangan parhezdan boshlash lozim boʻladi. Meva va sabzavotlardan: sabzi, turp, lavlagi, turshaklar, anjir, qora olxoʻri, xurmo, tabiiy meva va sabzavot sharbatlaridan isteʼmol qilish maqsadga muvofiqdir. Ichak aralashmalari hajmini kengaytirib, boʻktirgani uchun anjir va qora olxoʻri alohida ahamiyatga ega.

Funksional qabziyatda parhez bilan bir qatorda bir qancha dori vositalari, jumladan, poliferment moddalar (abomin, pankreatin, polizin, meksaza, festal) spazmolitiklar bilan (noshpa, serukal) qoʻshib beriladi. Disbakterioz alomatlarini paydo boʻlsa, kolibakterin, bifidumbakterin, bifikol, lineks, xilak forte tavsiya etiladi. Yogʻli eritmalarga moychechak, qizilpoycha va dastorbosh damlamalaridan qoʻshib mikrohuqnalarni qilish foyda beradi. Agar bemorda kunning aynan bir vaqtida ichakni boʻshatish odati hosil qilinmasa, surunkali funksional qabziyatlarda qoʻllanilayotgan parhezning foydasi boʻlmaydi. Yaxshisi bolani ertalab defekatsiyaga oʻrgatish kerak. Bunda bola oʻrnidan turgan zahotiyoq mineral suv yoki meva sharbati ichadi. Bu esa meʼda-ichak refleksini uygʻotib, yoʻgʻon ichak peristaltikasini faollashtiradi. Nonushta davrida peristaltika yanada kuchayadi. Nonushtadan 20—30 daqiqa oʻtib, ichak uzilkesil faollashgach, defekatsiyaga harakat qiladi.

Toʻgʻri ichak polioplari

Bular xavfsiz oʻsmalardir. Ular yakka va koʻp sonli, tariq donidan to yongʻoqdek kattalikkacha boʻladi. Ingichka oyoqchada turgan past joylashgan polioplalar orqa chiqaruv yoʻli orqali chiqib qolishi mumkin.

Klinikasi. Tenezmlar, ba'zan qon ketishi kuzatilishi mumkin. Tashxis barmoq bilan tekshirish, rektoskopiya va rektoromano-skopiya asosida qo'yiladi, yuqori joylashgan poliplarda diaqnoz kolonoskopiyada aniqlanadi.

Davosi. Past joylashgan yakka poliplarda ichakning tegishli bo'lagi kesib olib tashlanadi.

To'g'ri ichak raki

Ko'p uchraydi va bemorlar o'rtasida erkaklar bilan ayollar-ning nisbati 3:2 ni tashkil qiladi. Orqa chiqaruv yo'li raki kamroq uchraydi, biroq xatarli o'tadi. To'g'ri ichak ampulasi va proksimal bo'limining raki adenokarsinoma yoki skirr ko'rinishida bo'lib, ba'zan to'g'ri ichakning sirkular torayishiga olib keladi. Metastazlanish limfogen yo'l bilan ham, gematogen yo'l bilan ham ro'y berishi mumkin.

Klinikasi kasallikning bosqichiga bog'liq. Avvaliga kasallik simptomlarsiz o'tishi mumkin. Keyinchalik ich ketishi bilan almashinib turadigan qabziyat, tenezmlar, to'g'ri ichakdan shilimshiq, qon va yiring ajralishi kuzatiladi. O'sma o'sib, to'g'ri ichakni to'sib qo'yishi, bu esa ichak tutilishiga sabab bo'lishi mumkin. O'sma to'g'ri ichak yonidan kletchatkaga o'sib kirganda oraliq sohasida ro'y-rost og'riq paydo bo'ladi, qovuqqa o'sib kirganda siydik ajralishi buziladi.

Barmoq bilan tekshirish, rektoskopiya va rektoromanoskopiyaning katta tashxisiy ahamiyati bor. Tekshirishning bu turlarida o'smani topish, uning o'lchamlari, tarqalganligi, joylashishi va yaralar hosil qilgani aniqlanadi. Gistologik tekshirish uchun o'sma to'qimasidan biopsiya olinadi.

Davosi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida radikal operatsiya qilinadi, bunda to'g'ri ichak o'sma bilan birga sog'lom to'qimalar chegarasigacha olib tashlanadi. Ichakning qolgan qismi oraliq orqali o'tkaziladi yoki qorin devoriga chiqariladi. Kasallikka radikal xirurgik davo qilishning iloji bo'lmaganda va zo'raygan hollarda sigmasimon ichak bo'lagini chap yonbosh sohasidan tashqariga chiqarib qo'yish yo'li bilan sigmostoma qo'yiladi. Rentgenoterapiya, kimyoterapiya va radiologik davo birmuncha qoniqarli natija beradi. Ular davo qilishga to'liq imkon bermasa-da, rak o'smasining o'sishini birmuncha sekinlashtiradi.

Bemorlarni proktologik operatsiyalardan keyin parvarishlash va rehabilitatsiya

Ko'pgina ota-onalar xirurgik operatsiyani yaxshi natijalarga kafolat beruvchi o'ziga xos asosiy yordam deb tushunishadi, boshqa turdagi bosqichli rehabilitatsion davolarni oxirigacha davolashni ortiqcha hisoblashadi va bunga e'tibor berishmaydi. Bu muammoni hal etishda operatsiya qilgan xirurg, davolovchi shifokor va umumiy amaliyot shifokorining o'zaro bemorni operatsiyadan keyingi parvarishlash va rehabilitatsiya o'tkazish to'g'risidagi davo rejasi katta o'rin egallaydi. Bemorning ota-onasi hamda bolani kuzatuviga oladigan poliklinika shifokorlari bolaning rehabilitatsiyasiga oid aniq tavsiyalar va uzil-kesil ma'lumotlar olgan bo'lishi zarur.

Yuqorida bayon etilganlarni hisobga olgan holda rehabilitatsiya davosi muhim o'rin tutadi. Shuning uchun eng qisqa vaqt ichida sog'liqni maksimal tiklashga, ichak faoliyatini me'yorlashtirishga harakat qilingan holda rehabilitatsiya davosini uzluksiz o'tkazish zarur. Bunda rehabilitatsiya dasturi har bir bemor uchun patologik va funksional o'zgarishlar xususiyatlariga qarab alohida tanlanishi lozim.

Rehabilitatsiya jarayoni ikki bosqichga bo'linadi: birinchisi — readaptatsiya, ikkinchisi — to'g'ri ma'nodagi rehabilitatsiya.

Birinchi bosqich bevosita xirurgik aralashuvdan keyin boshlanadi. Bungacha bemor tanasi patologik sharoitlarga ko'nikib qolgan bo'lib, gipotrofiya, kamqonlik, ichak disbakteriozi kabi ikkilamchi o'zgarishlar kelib chiqadi. Ichak yurishmasligi, axlatdan zaharlanishni bartaraf etish, ichak aralashmalarining me'yordagiday yurishining tiklanishi bilan sharoit keskin o'zgaradi va aniq muddat orasida umumiy tananing yangidan yaratilgan to'g'ri ichak hamda uning tutuvchi apparatining readaptatsiyasi kuzatiladi.

Bu jarayonlarni tezlatish uchun umumiy va mahalliy davo tadbirlari qo'llaniladi. Umumiy davo tadbirlariga davolovchi oziqlantirish, vitaminoterapiya, ferment va bakterial dorilar, stimulatorlar kiradi. Davolovchi oziqlantirish qisman kasallik patogenezini ma'lumotlariga asoslangan bo'ladi. Har qanday holda ham ovqat yengil hazm bo'lishi kerak. Bemorga qaynatilgan go'sht yoki baliq, smetana, chala pishirilgan tuxum, sutli bo'tqalar, suvi qochgan bug'doy non, bug'da pishirilgan sabzavotlar (karam, sholg'om, bodring, piyozdan tashqari) va sutli suyuq ovqatlar, yangi uzilgan shirin mevalar iste'mol qilish, sutli choy ichish

tavsiya qilinadi. Ovqatlanish rejimi bir kunda 4—6 mahal, bir xil vaqtlar orasida olib boriladi.

Bemor qabziyatga moyillik sezganda ichni yumshatuvchi mahsulotlar (mevalar, sabzavotlar, go'shtli suyuq ovqatlar, yog'li go'sht, ko'katlar, quritilgan o'rik, sut-qatiq mahsulotlari, karam, asal, olxo'ri, yangi non va boshqalar), aksincha, ich ketishiga moyillik bo'lganda ichni qotiruvchi (guruch, yog'siz go'sht, xamirli mahsulotlar, banan, kartoshka) mahsulotlar buyuriladi. Organizmning qarshiligini oshirish, axlatning surunkali zaharlanish asoratlarini bartaraf etish to'qimalar va ovqat hazm qilish tizimi fermentlari faolligini me'yorlashtirish uchun A, C, B₁, B₆, B₁₂, folat kislota kabi vitaminlar muhimdir.

Bunday hollarda me'da va me'daosti bezining proteolitik fermentli preparatlari pankreatin, kreon, panzinormlar bemorning yoshiga qarab buyuriladi. Bemorlarning ko'pchiligida ichak disbakteriozi borligini hisobga olib, bakteriyali preparatlardan: bifidumbakterin, laktobakterin, kolibakterin, lineks, xilak forte, enteroflorid qabul qilinishi kerak.

Immunitetni ko'taruvchi dorilardan: immunomodulin, T-aktivin, pirimidin hosilalari, qon tarkibida interferon miqdorini ko'taruvchi dorilardan veferon rektal shamcha holatida, anaferon burunga tomizish orqali va sikloferon inyeksiya sifatida beriladi.

Mahalliy tadbirlarni o'tkazishda ichak oxirgi qismining yangi sharoitga ko'nikishini tezlatishga katta ahamiyat beriladi. Operatsiyadan keyingi davrda defekatsiya hissini uyg'otishga hamda yangidan hosil qilingan to'g'ri ichakning tutuvchi sfinkter apparatini mashqlantirishiga qaratilgan rehabilitatsiya davosi o'tkaziladi.

Anorektal soha va oraliq operatsiyasidan keyin birmuncha vaqt mobaynida anastomozit holati kuzatiladi. To'g'ri ichakdan oraliq soha terisini bichiltiradigan suyuqlik ajraladi, shuning uchun oraliq jarohat sohasini sinchiklab tozalab turish, malhamli surtma dorilardan surtib turish tavsiya qilinadi. Yallig'lanish va qichishishga qarshi, toksinlarni zararsizlantiruvchi propolis yoki aktovegin mazi yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Furatsillinli yoki moychechak damlamasidan tayyorlangan issiq vannalar va mikrohuqnalar (ertalab va kechqurun 12—14 kun mobaynida) qilib turish lozim bo'ladi.

Anastomoz bitgandan keyin to'g'ri ichakdan suyuqlik ajratilishi to'xtab, to'g'ri ichak atrofi bo'shlig'ining jarohati bitishi bilanoq defekatsiya refleksini kuchaytirishga qaratilgan tadbirlarga o'tiladi. Asosiy usul ichakni muntazam bo'shatishga qaratilgan bo'lib, bunga

surgi dorilar berish va tozalovchi, mashqlantiruvchi huqnalarni qo‘shib olib borish bilan erishiladi. Huqnani har kuni bir vaqtda, yaxshisi ertalabki nonushtadan keyin issiq va sovuq suvni navbatma-navbat yuborib, 15—20 kun mobaynida o‘tkaziladi. Oradan 1—1,5 oy o‘tib huqnalash takrorlanadi.

Bir vaqtning o‘zida axlat tutishni kuchaytirishga qaratilgan mashqlar bajariladi. Buning uchun mashqni 100—150 ml suvni tutib turishdan boshlash va asta-sekin 200—300 ml ga yetkazish kerak. Ichakni bo‘shatishda yuborilgan suvni birvarakayiga emas, oz-ozdan chiqarish tavsiya qilinadi. Orqa chiqaruv teshigi va to‘g‘ri ichakning chandiqlanishga moyilligi bo‘lsa, torayishning oldini olish uchun barmoq yoki Gegar kengaytirgichi bilan dastlab kunora, keyinchalik haftada 2 marta bujlash tavsiya qilinadi. Bujlash tugagandan 1 oy o‘tib yana nazorat bujlanishi o‘tkaziladi.

Qayta tiklashning birinchi bosqichi davomiyligi 2—3 oydan kam bo‘lmasligi kerak. Bunda birlamchi bosqich dasturining asosiy qismi bemor chiqib ketgunga qadar statsionar sharoitida amalga oshiriladi.

Ikkinchi bosqich to‘g‘ri ma‘nodagi reabilitatsiya bo‘lib, birinchi va ikkinchi bosqich orasida aytarlik chegara yo‘q. Ikkinchi bosqichning bir qancha tadbirlari birinchi bosqichniki bilan qismlarga bo‘lingan holda parallel olib boriladi.

Ikkinchi bosqich dasturi mustaqil defekatsiya uquvini bolada uzil-kesil hosil qilish, to‘g‘ri ichakni tutuvchi sfinkter apparati vazifasini me‘yoriga keltirishdan iboratdir. Bu bosqichda qo‘llaniladigan eng muhim tadbirlar davo badantarbiyasi, fizioterapiya va sanatoriylarda davolanishdan iboratdir.

Bolalarda davo tarbiya jarayonlari kayfiyatni yaxshilashga, davoning ijobiy natijalar berishiga ishonch tug‘diradi. Bularning barchasini davolovchi shifokor tashkil qilib, bemorlarning ota-onalari, maktabgacha tarbiya muassasalarining tarbiyachilari va maktab o‘qituvchilariga tegishli tavsiyalar berishi zarur. Jumladan maktabga boruvchi bola uchun har qanday zaruriy paytda ichakni bo‘shatish maqsadida sinfdan beruxsat chiqib ketishini ta‘minlash juda muhimdir. Tez-tez defekatsiya sodir bo‘lib turadigan bolalar uchun bu juda muhim, chunki refleksni muntazam bosib turish moslashishga va vazifaviy buzilishlarga olib keladi. Bola partada o‘tirgan holda ichini tutolmay qolsa, bu shubhasiz o‘rtoqlari bilan o‘zaro munosabatlari buzilishiga sabab bo‘ladi. Davo badantarbiyasi bilan bir vaqtning o‘zida qorin oldi devorini silash, soat strelkasi yo‘nalishi bo‘ylab, tebratish kabi uqalashlarni qo‘llash ijobiy natijalar beradi.

Asoratlanmagan shakllariga tayyorgarlik umumiy qoidalarga binoan olib boriladi, bunga qo'shimcha qilib operatsiyadan bir kun oldin kechqurun me'da yuviladi. Kamqon bemorlarni (yarasi qonaydigan, me'da raki bor bemorlarni) operatsiyaga tayyorlashda qon, eritrotsit massasini quyish yo'li bilan kamqonlikka qarshi kurash olib boriladi.

Me'daning chiqish bo'limi torayganda me'da cho'zilgan bo'ladi, bemor ko'p qusadi, suv, fermentlar, tuzlar ko'p yo'qotiladi. Me'da tonusini oshirish va intoksikatsiyani kamaytirish uchun operatsiyadan bir necha kun ilgari bemorning me'dasi 0,25% li xlorid kislotasi eritmasi bilan yuviladi. Suv-tuz balansini tiklash maqsadida oqsilli, qon o'rnini bosadigan suyuqliklar, tuzlar, suv, vitaminlar parenteral yo'l bilan yuboriladi.

Me'dasi operatsiya qilingan bemorning parhezga rioya qilishini qat'iy kuzatib borish shart. Operatsiyadan keyin birinchi kuni bemor og'iz orqali hech narsa qabul qilmaydi. Suv-tuz balansini, oqsil va vitaminni quvvatlab turish uchun suv, tuzlar, oqsillar va vitaminlar parenteral yo'l bilan yuboriladi. Keyinchalik parhezni kengaytirib, odatdagi stol (№ 1 b, 1) ga o'tkaziladi. Me'da shirasi kislotaliligi pasayishi sababli me'da rezeksiyasidan so'ng hazmni normaga solish uchun bemorga suyultirilgan xlorid kislotasi, pepsin va me'da shirasi buyuriladi. Shu munosabat bilan bemorga har 2—3 soatda oz-ozdan ovqat beriladi.

Jigar va o't yo'llaridagi operatsiyalarda bemorlarni parvarish qilish. Jigar funksiyasi buzilganda operatsiyaga tayyorgarlik o'rinda yotish rejimi va parhezga rioya qilish (yog'larni chegaralash, vitaminlarni katta miqdorda yuborish, stol № 5, glukozani insulin bilan birga yuborishdan iborat bo'ladi.

Jigar funksiyasi chuqur buzilgan, ya'ni obturatsion sariq kasalligi bor bemorlarni, ayniqsa, sinchiklab tayyorlash talab etiladi. C vitaminining ichaklardan yetarlicha so'rilmaligi protrombin ishlanishi buzilishiga va qon ivish jarayonlari izdan chiqishiga olib kelib, salgina qonayverishda o'z ifodasini topadi. Bu asoratlarning oldini olish uchun bemorlarga C vitamini yoki uning o'rnini bosadigan vikasol, ditsinon, kalsiy xlorid yuboriladi, qon va plazma quyiladi.

Umumiy o't yo'li drenaj qilinadigan operatsiyalarda operatsiya hamshirasi operatsiyadan keyingi davrda drenaj naychaning jarohatga tushib qolmaganligi, drenaj sistemasi buzilmaganligi ustidan kuzatuv olib borishi kerak. Bemorning ahvoli yomon-

Qizilo‘ngach va me‘dadan qon oqishi (yara, rak, venalarning varikoz kengayishi), ro‘y-rost ifodalangan yurak-tomir kasalliklari (aorta anevrizmi, toj tomirlar yetishmovchiligi, miokard infarkti) monelik qiladigan hollar hisoblanadi. Me‘dani yuvish uchun yo‘g‘on me‘da zondi, sig‘imi 0,5—1 litrli voronka va me‘da zondi bilan voronkani tutashtiradigan rezina naycha ishlatiladi. Bemor stulga o‘tqaziladi va undan og‘zini ochish, burun orqali chuqur nafas olish so‘raladi. Suvga ho‘llangan me‘da zondi og‘iz orqali qizilo‘ngachga kiritiladi. Agar zondlashning iloji bo‘lmasa, ko‘rsatkich barmoq halqumga kiritiladi, u bilan til bosiladi va barmoqning yonidan zond kiritiladi.

Ba‘zan burun-halqum o‘ta sezuvchan bo‘lganda zondlashdan 2—3 daqiqa avval tomoq va halqumga 10% li novokain yoki 2% li dikain eritmasi surtiladi. Voronkani bemorning tizzalari sathida tutib turgan holda suvga to‘ldiriladi va bemor og‘zi sohasidan asta-sekin 25 sm yuqoriga ko‘tariladi. Voronkadagi suv sathi naychaga yetishi bilan voronkani pastga tushirib, uni avvalgi holatda tutib turish lozim. Me‘dadagi suv bilan suyultirilgan me‘da suyuqligi voronkaga tusha boshlaydi. U to‘kib tashlanadi. Bu muolaja me‘da suyuqligi to‘liq haydalguncha bir necha marta bajariladi.

**Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun
oddiy va murakkab etalon test namunalari**

T/r	Savol	Javob
1.	Peritonitda qaychi simptomi bo‘ladimi?	ha
2.	Chegaralangan va tarqalgan peritonitni farqlash mumkinmi?	ha
3.	Och qolgandagi qorindagi og‘riq appenditsidagi kabi bo‘ladimi?	yo‘q
4.	Og‘riqning sariqlik bilan birga kechishi xolangitga xosmi?	ha
5.	Kosxer simptomi o‘tkir appenditsitga xosmi?	ha
6.	Sitkovskiy simptomi peritonitga xosmi?	ha
7.	Gemorroyda kuchli og‘riq bo‘ladimi?	yo‘q
8.	Paraproktitda kuchli og‘riq bo‘ladimi?	ha
9.	Anus yorig‘ida kuchli og‘riq bo‘ladimi?	ha

10.	O'tkir appenditsitda og'riqning xarakteri: a) sanchuvchi; b) doimiy simillovchi; d) xanjarsimon; e) to'mtoq.	b
11.	O'tkir peritonitga oid simptomlar: a) Voskresenskiy simptomi; b) «qaychi simptomi»; d) giperleykotsitoz; e) hammasi to'g'ri.	e

1.13. OYOQ-QO'LLARDA QON AYLANISHINING BUZILISHI SINDROMI

Klinik amaliyotda tomirlarning yallig'lanishi va distrofik kasalliklari katta ahamiyatga ega. Bu bo'limda tomirlarning distrofik xarakterdagi kasalliklari, shuningdek, tomirlar trombozi va emboliyalarini ko'rib chiqamiz.

Obliteratsiyalovchi endarteriit va ateroskleroz

Obliteratsiyalovchi endarteriit yoshroq arteriya tomirlarining asta-sekin bitishi bilan o'tadigan kasallikdir. Bunda ko'proq oyoq tomirlari zararlanadi. Aksariyat erkaklar kasallanadi. Oyoqlarning sovqotishi, nerv-asab shikastlanishi, tamaki chekish, surunkali zaharlanish unga moyillik chaqiradigan omillardan hisoblanadi. Avvaliga tomirlar spazmi, keyin tomir devorida biriktiruvchi to'qimaning o'sib qalin tortishi ko'rinishidagi morfologik o'zgarishlar ro'y beradi. Obliteratsiyalovchi ateroskleroz yoshi ulg'aygan kishilarda umumiy ateroskleroz zaminida vujudga keladi va oyoq tomirlarining, biriktiruvchi to'qimaning o'sib qalin tortishi va ularning aterosklerotik zararlanishi hisobiga morfologik o'zgarishlari bilan xarakterlanadi.

Klinikasi. Obliteratsiyalovchi endarteriit bilan obliteratsiyalovchi aterosklerozning klinik manzarasi bir-biriga ko'p jihatdan o'xshaydi. Bemorlar avvaliga zararlangan oyoqning sovqotayotganidan, chumoli o'rmalayotgandek sezgi paydo bo'lganidan noliydilar. So'ngra bunga boldir mushaklarining og'rishi qo'shiladi. Dastlab bu og'riqlar yurganda paydo bo'ladi, to'xtaganda esa yo'qoladi, bu «galma-gal oqsoqlanish» simptomi deyiladi.

Kasallikning ilk davrida ko'zdan kechirilganda terining rangsizlanganligi qayd qilinadi. Teri po'st tashlaydi, tirnoqlar mo'rt

bo'lib qoladi, oyoq paypaslanganda sovuq bo'ladi, oyoq panjasi dorsal arteriyasi va katta boldirning orqa arteriyasida puls yo'qoladi. Kasallikning rivojlangan davrida qo'shimcha ravishda son arteriyasida pulsatsiya yo'qligi qon almashinishi buzilishidan darak beradi. Keyinchalik oyoq panjasining bosh barmog'ida kichkina yaracha paydo bo'ladi, u kattalashadi va barmoq gangrenasiga, so'ngra oyoq panjasi gangrenasiga aylanadi.

Davosi qon ta'minotini yaxshilashga qaratilgan. Bemorning ko'p harakat qilmasligi tavsiya etiladi. Dorilardan spazmolitiklar va tomir kengaytiruvchi vositalar: diprofen, paxikarpin, padutin yoki angiotrofin, B₁, B₆ vitaminlari va askorbinat kislota buyuriladi. Buyrak atrofi kletchatkasiga novokainli blokada qilish va barokamerada davolash yaxshi samara beradi. Konservativ davo yetarlicha natija bermaganda davolashning operatsiya usullari tatbiq qilinadi. Tomirdagi chegaralangan joyda morfologik o'zgarishlar yuz berganda tromb intima bilan birga olib tashlanadi (intimtrombektomiya), transplantat yordamida aylanma anastomoz qo'yiladi yoki tomirning shu qismi rezeksiya qilinib, so'ngra tomir transplantatini ko'chirib o'tkazish yo'li bilan qon ta'minoti tiklanadi.

Venalarning varikoz kengayishi

Venalarning varikoz kengayishi, asosan, oyoqlarda paydo bo'ladi, odatda, katta teriosti venoz sistemasi zararlanadi. Endokrin regulatsiyasi va tomirlar innervatsiyasi buzilishlari, vena devori elastik va mushak elementlarining nobopligi (issiq sexlar, kirxonalar, novvoyxonalarda ishlash) moyillik tug'diradigan omillardan hisoblanadi.

Klinikasi. Bemorlarni varikoz kengaygan oyoqning tez charchashi, og'irlik sezgisi bezovta qiladi. Tik turganda boldir va oyoq panjasiga shish keladi, shuningdek, boldirning orqa sohasidagi teriosti venalari egri-bugri va kengayib, ko'kargan holda ochiq-ravshan ko'rinib turadi. Og'ir turlarida teri yupqalashadi, po'st tashlaydi, ekzema va tuzalmaydigan yaralar paydo bo'ladi.

Davosi. Konservativ va operatsiya usullarida olib boriladi. Konservativ davo qilishda elastik bintlar boylash taklif etiladi.

Kichik varikoz kengayishlarda venaga sklerozlaydigan moddalar yuboriladi. Vena sklerozlanadi va uning bo'shlig'i obliteratsiyalanib bitadi.

Katta varikoz kengaygan venalarga operatsiya yo‘li bilan davo qilinadi. Bunda kengaygan vena zond yordamida olinadi (Bebkok operatsiyasi), ochiq usulda qirqiladi (Madelung operatsiyasi), katta teriosti venasi quyilish sohasidan bog‘lab qo‘yiladi (Trojanov-Trendelenburg operatsiyasi), ichkariga kiradigan venalar guruhi boldir to‘pig‘i ustidan bog‘lanib kesiladi (Linton operatsiyasi).

Tromboz va emboliyalar

Qonning ivish xususiyati buzilganda yoki tomir devori shikastlanganda qonda uning qator tarkibiy qismlari — fibrin va eritrotsitlar cho‘kadi, ular o‘zaro yopishib, tomir yo‘lini bekitib qo‘yadigan kompakt massa hosil qiladi. Bu massa tromb, tomirning tiqilib qolishi esa tromboz deb ataladi. Odatda, tromb hosil bo‘lishi asta-sekin ro‘y beradi, bu yangidan kengaygan, kollaterallar degan nom olgan mayda tomirlar orqali aylanma qon aylanish sistemasi paydo bo‘lishi uchun sharoitni yuzaga keltiradi.

Trombning bir qismi asosiy massadan uzilib chiqib, embolga aylanadi. Keyinchalik embol tomir bo‘shlig‘ini qon oqimi orqali berkitib qo‘yishi tufayli emboliyani keltirib chiqaradi. Bundan tashqari, emboliyani yog‘ bo‘lakchalari, havo pufakchalari, jarohatda yoki infeksiyalarda tomir bo‘shlig‘iga tushgan mikroblar to‘plamlari ham keltirib chiqarishi mumkin. Emboliyada qon aylanishi to‘satdan buziladi, kollaterallar rivojlanishga ulgura olmaydi, natijada to‘qimalar yoki a‘zoning tegishli qismi tez orada nekrozga uchraydi. Bosh miya, yurak va o‘pka tomirlarining emboliyalari, ayniqsa, xavfli bo‘lib, kishining to‘satdan o‘lib qolishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Klinikasi tromb hosil bo‘lish tezligiga, tomirning katta-kichikligi va kollaterallarining miqdoriga bog‘liq. Venalar trombozida qon aylanishining buzilishi qon dimlanishi, zararlangan vena sohasidagi sianoz, shish, og‘riq bilan ta‘riflanadi. Arteriyalar trombozida qon tomir yo‘li batamom bekilib, qon aylanishining buzilishi asta-sekin ro‘y beradi va keyinchalik gangrenaga olib kelishi mumkin. Arteriyalar emboliyasida to‘satdan keskin og‘riq turadi, oyoqlar sovqotadi, tomir urmay qoladi va gangrena paydo bo‘ladi. Bosh miya, o‘pka, yurak emboliyasida ularning funksiyasi to‘satdan to‘xtab qoladi. Emboliya qisman yuz berganda a‘zolarning ishi batamom to‘xtamaydi va davo to‘g‘ri olib borilsa, bemor hayotini saqlab qolish mumkin.

Davosi. Konservativ tadbirlar qorin spazmini yo‘qotishga qaratilgan papaverin, novokainli va antikoagulantlardan geparin, palentan, neodikumarin, fibrinolizin va boshqalar yuborishga qaratilgan. Antikoagulantlar protrombin indeksini nazorat qilib turgan holda (70—95%, 30% kamaytiriladi) qo‘llaniladi. Oyoq tomirlari trombozida oyoq yuqori ko‘tarilib, mutlaqo tinch holatda qo‘yiladi. Yirik arterial tomirlar emboliyasida zudlik bilan operatsiya — embolektomiya qilinadi.

Nekrozlar

To‘qimalar yoki a‘zolarining mahalliy o‘lishini shu atama bilan ifodalash odat bo‘lgan. Nekroz asosida qator ichki va tashqi omillar ta‘sirida to‘qimalarda qon ta‘minoti va oziqlanishning chuqur buzilishlari yotadi. Nekrozga sabab bo‘ladigan tashqi omillarga:

- to‘qima (mushaklar, nervlar, tomirlar)ni chuqur shikastlantiruvchi o‘tkir jarohatlar;

- to‘qimalarning jgut yoki gipsli bog‘lam ostida uzoq vaqt bosilib yotishi;

- ichaklarning churra darvozasida qisilishi;

- termik va kimyoviy omillarning ta‘siri (sovuq urishi, kuyish) kiradi.

Ichki omillarga:

- qon tomirining embol, tromb yoki tomirlar bo‘shlig‘ining obliteratsiyalovchi endarteriiti yoki uning aterosklerozli torayishidan bekilib qolishi;

- mikroblar, hayot faoliyatida hosil bo‘ladigan zaharli toksinlar (gazli gangrena) ta‘sirida kelib chiqadigan nekrozlar;

- periferik va markaziy nerv sistemasi kasalligi yoki shikastlanishi sababli to‘qimalar innervatsiyasining buzilishi.

Nekroz turlari. Gangrena qo‘l yoki oyoqdagi yirik qon tomirlar o‘tkazuvchanligining buzilishi oqibatida yuz beradi. Gangrenaning *quruq* va *ho‘l* turlari farq qilinadi.

Quruq gangrena nekrotik to‘qimalarning asta-sekin zichlashuvi va qurishi (mumifikatsiya) bilan ta‘riflanadi. Sog‘lom to‘qimalar bilan nekrozga uchragan to‘qimalar chegarasida granulyatsion to‘qimadan iborat demarkatsiya chizig‘i hosil bo‘ladi. To‘qimaning nekrozlangan qismi o‘z-o‘zidan ko‘chishi mumkin.

Ho‘l gangrena venoz qon aylanishi buzilishi va yiringli yoki irigan infeksiya qo‘shilishi oqibatida arterial tomir bo‘shlig‘i tez

bekilib qolganda (emboliya) kuzatiladi. Klinik jihatdan u to‘qimalarning shishganligi, terida qoramtir-qo‘ng‘ir-qizil yoki kulrang dog‘lar va badbo‘y suyuqlik bilan to‘lgan pufaklar paydo bo‘lishi, og‘ir zaharlanish bilan kechadi. O‘z vaqtida davo qilinmasa, bemorlar hayotdan ko‘z yumadilar. Nekrozning turli shakllarini davolash uchun uni keltirib chiqargan sababni bartaraf qilish lozim. Qon tomir shikastlanganda u tikiladi. Tomir tromb yoki emboldan bekilib qolganda ular olib tashlanadi.

Nekrozda ho‘l gangrena rivojlanishining oldini olish zarur. Bu maqsadda nekroz maydoniga to‘qimalarni quritishni ko‘zda tutadigan ochiq usul bilan davo qilinadi.

Ho‘l gangrenada uni quruq gangrenaga aylantirishga harakat qilish zarur. Buning uchun spirtli bog‘lamlar qo‘yiladi, nobud bo‘lgan to‘qimalarga yod eritmasi surtiladi. Demarkatsion chiziq paydo bo‘lganda nekrektomiya qilinadi (jonsizlangan maydon olib tashlanadi).

Infarkt deb, yurak miokardining oxirgi arterial tomirlar bo‘shlig‘i bekilishi (spazm, tromboz, emboliya) natijasida a‘zoning bir qismi nekrozga uchrashiga aytiladi. Infarkt, ko‘pincha, yurak mushagi, o‘pka va buyraklarda kuzatiladi. Infarktning klinikasi zararlangan a‘zo faoliyatining buzilishi bilan ifodalanadi.

Yotoq yaralar — gavdaning o‘z massasi bosishi sababli teri yoki shilliq parda va teriosti to‘qimalarining nekrozga uchrashidir. Yotoq yaralar turli xil kasalliklar bilan og‘rib, og‘ir ahvolda yotgan bemorlarda yoki orqa miyasi shikastlangan bemorlarning odatda, orqasi, dumg‘azasi, dum sohasi yoki oyoq panjalarida paydo bo‘ladi. Bosilish maydonida avvaliga teri qizaradi, sezuvchanlik buziladi, keyinroq teri qichishadi, qurishib ko‘chadi va bu joyga infeksiya tushib, ichkaridagi to‘qimalarni iritadi.

Yaralar. Yara deb, teri yoki shilliq pardaning ba‘zan ichkarida joylashgan to‘qimalarga o‘tadigan, bitishga moyilligi kam nuqsonga aytiladi. Yaraning surunkali kechishi uning xarakterli xususiyati hisoblanadi.

Yaralarning hosil bo‘lish sabablari turli-tuman. Biroq, ularning asosida to‘qimalar oziqlanishining buzilishi yotadi, bu distrofik jarayonga va nekrozga olib keladi. Yaralar ko‘proq oyoq venalarining varikoz kengayishi, obliteratsiyalovchi endarteriit va ateroskleroz zaminida paydo bo‘ladi. Ba‘zan trofik yaralar nerv o‘zani shikastlanganda, masalan, quymuch nervi shikastlanganda tovon yoki oyoq kafti sohasida hosil bo‘ladi. Zaxm va sil yaralari uchraydi.

Davosi. Yarani hosil qilgan sababni aniqlash zarur. Yaralar, odatda, konservativ yo‘l bilan davolanadi yoki operativ yo‘l bilan yara kesiladi va hosil bo‘lgan teri nuqsoni teri transplantati bilan bekitiladi. Nerv o‘zagi shikastlanishi natijasida paydo bo‘lgan yaralarda ular chandiqli to‘qimalardan xalos qilinadi. Keyinchalik yara o‘z-o‘zidan bitib ketishi mumkin.

Oqmalar. Oqma (fistula) deganda, chuqur joylashgan to‘qimalar, a‘zolar va bo‘shliqlardan gavdaning tashqi yuzasi (tashqi) yoki boshqa a‘zoga (ichki) keladigan patologik yo‘l tushuniladi.

Oqmalar kelib chiqishiga ko‘ra embrional davrda yoriqlar va yo‘llarning o‘sib yetilmasligidan hosil bo‘ladigan *tug‘ma* (bo‘yin, kindik, qovuq, ichak va oraliq) va yiringli yallig‘lanish jarayonlari (flegmona, abscess, osteomiyelit yoki turli xil sabablar) oqibatida yuz bergan *orttirilgan* oqmalarga bo‘linadi. Muayyan ko‘rsatmalarga binoan xirurg tomonidan hosil qilingan *sun‘iy* oqmalar (qizilo‘ngach, me‘da, qovuq, yo‘g‘on ichak) alohida guruhni tashkil etadi.

Tashqi oqmalarni tashxislash qiyinchilik tug‘dirmaydi. Bunday hollarda fistula kanalini zondlash va unga kontrast modda (yodolipol, sergozin, kardiotrast) yuborish, keyin esa rentgenografiya-fistulografiya qilish buyuriladi.

Davosi. Oqmaning davosi uning hosil bo‘lishiga olib kelgan sababni bartaraf etishga qaratiladi. Tug‘ma, orttirilgan va sun‘iy oqmalarni, ko‘pincha, jarrohlik yo‘li bilan bekitishga harakat qilinadi.

NEKROZLAR, TOMIR KASALLIKLARI, YARALAR VA OQMALAR BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI PARVARISH QILISH XUSUSIYATLARI

Bemorlarning bu darajasi eng og‘ir guruhga kiradi. Parvarish qilishning asosiy qoidalari yiringli infeksiyasi bor bemorlarni parvarish qilishdagi kabitdir.

Obliteratsiyalovchi endarteriit va aterosklerozli bemorlarni parvarish qilish. Bunday bemorlarga davo qilishning asosiy sharti — bemorning tamaki chekishdan voz kechishidir. Chekish tomirlar spazmiga olib keladi. Oyoqlarni issiq tutish va toza saqlash kerak. Muntazam qichish va shilinish trofik yara kelib chiqishiga sabab bo‘ladi. Poyabzal oyoqqa yarasha va issiq bo‘lishi lozim. Trofik yara bo‘lganda aseptikaga qat‘iy amal qilgan holda bog‘lamlarni muntazam almashtirib turish kerak. Og‘riq tutganda uni yo‘qotish

uchun tomir kengaytiradigan preparatlarni qo'llash va ular yetarlicha naf bermaganda esa narkotiklar tatbiq qilish lozim bo'ladi.

Venalarning varikoz kengaygan devorlarini parvarish qilish. Oyoqlarni elastik bint bilan o'z vaqtida va to'g'ri bintlash, elastik paypoq kiyish kasallik rivojlanishini anchagina susaytiradi. Tor poyafzal kiymaslik, oyoq terisi shilinishiga yo'l qo'ymaslik lozim. Bu kasallik ba'zan venadan anchagina qon oqishiga sabab bo'ladi. Bosib turadigan bog'lam qon oqishini to'xtatishi mumkin. Trofik yaralarni davolashda aseptikaga nihoyatda amal qilish lozim. Uzoq vaqt tik turib ishlashga to'g'ri keladigan kasbda ishlamaslik kerak.

Gangrenali bemorlarni parvarish qilish «Yiringli xirurgiya» bo'limida, sun'iy oqmal bemorlarni parvarish qilish «Operatsiyadan keyingi davr» bobida bayon etilgan.

**Talabalarining mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun
oddiy va murakkab etalon test namunalari**

T/r	Savol	Javob
1.	Obliteratsiyalovchi endarteriit va obliteratsiyalovchi ateroskleroz orasida farq bormi?	ha
2.	Varikoz kengayishda oyoqda charchash va og'riq seziladimi?	ha
3.	To'satdan oyoqda keskin og'riq paydo bo'lishi, oyoqning sovqotishi, pulsning yo'qolishi va gangrena arterial emboliyaga xosmi?	ha
4.	Gangrenaning quruq va ho'l turi bormi?	ha
5.	Nekrozda ho'l gangrenaning oldini olish zarurmi?	ha
6.	Nekroz turlari: a) quruq; b) ho'l; d) quruq va ho'l; e) hammasi to'g'ri.	d

**1.14. SIYDIK AJRATISH FAOLIYATINING
BUZILISHI SINDROMI**

Urologiya xirurgiyaning siydik-tanosil a'zolari (buyrak, siydik yo'llari, qovuq, siydik chiqarish kanali, prostata bezi, moyaklar, olat) kasalliklari bor bemorlarni davolash bilan shug'ullanadigan qismidir.

BEMORLARNI UROLOGIK TEKSHIRISH USULLARI VA TERMINOLOGIYA

Sistoskopiya — qovuq maxsus sistoskop asbobi yordamida vizual tekshiriladigan jarayon. Qovuq shilliq pardasidan tashqari siydik yoʻli teshiklari koʻzdan kechiriladi, ularning funksiyasi aniqlanadi va siydik yoʻllarini kateterlash yordamida koʻtariluvchi piyelografiya qilinadi.

Xromosistoskopiya usuli buyraklar funksiyasini aniqlash imkonini beradi. Bu maqsadda venaga 4 ml 0,4% li indigokarmin eritmasi yuboriladi. Qovuqqa sistoskop kiritiladi. Normada 3—5 daqiqa oʻtgach siydik yoʻllaridan koʻk rangga boʻyalgan siydik ajraladi. Indigokarmin ajralib chiqishi ushlanib qolganda buyrak yoki siydik yoʻllari funksiyasining buzilganligi toʻgʻrisida fikr yuritish mumkin.

Siydik yoʻllarini kateterizatsiya qilish. Tekshirish uchun maxsus kateterizatsion sistoskop qoʻllaniladi. Uning yordamida siydik yoʻliga maxsus kateter kiritiladi. Siydik yoʻli chandiqli torayganda yoki unga tosh tiqilib qolganda kateter toʻsiq oldida toʻxtab qoladi. Siydik yoʻli kateteri orqali siydikni bevosita buyrak jomidan olish mumkin.

Koʻtariluvchi piyelografiya. Siydik yoʻli kateteri orqali buyrak jomiga kontrast modda (20% li sergozin, verografin, kardiostat, urotrast yoki kislorod) kiritilib rentgen surati olinadi. Kontrast modda fonida toshlar va oʻsma yaxshi koʻrinadi.

Venaga kontrast modda yuborib urografiya qilish. Venaga 40% li sergozin eritmasidan 50 ml yuboriladi va 10, 20, 30 daqiqadan keyin siydik yoʻllarining rentgen surati olinadi. Bu usul buyraklarning ajratish funksiyasini va toʻsiqlar borligini aniqlash imkonini beradi.

Sistografiya 10—20% li sergozin, verografin yoki kardiostat eritmasidan 150—100 ml quyib toʻldirilgan qovuqni rentgenografiya qilishdir. Qovuqdagi oʻsmalar va shikastlarni tashxislash uchun qoʻllaniladi.

Uretrografiya uretraga 10—20% li sergozin, verografin yoki kardiostat eritmasidan 10—20 ml yuborilgandan keyin rentgenografiya qilinadi. Bu tekshirish usuli uretra shikastlari va oʻsmalarini tashxislash uchun amaliyotda koʻp qoʻllaniladi.

Urologik terminologiyalar:

Normal sutkalik diurez (bir sutkada ajraladigan siydik miqdori) oʻrta hisobda 1,5 l ga teng (700 dan 3000 ml gacha).

Poliuriya diurezning ko‘payishidir. U haddan tashqari ko‘p suyuqlik ichganda qonda qand miqdori oshganligi natijasida qonning osmotik bosimi ko‘tarilganda (qandli diabet), gipofiz antidiuretik gormonining faolligi yetarlicha bo‘lmasligi natijasida kanalchalarda suv reabsorbsiyasi buzilganda (qandsiz diabet), surunkali nefritlarda buyraklarning ekskrsion xususiyati pasayganda kuzatiladi.

Oliguriya — diurezning barqaror pasayishi.

Anuriya — siydikning butunlay ajralmay qolishi. U buyrak kasalliklari oqibatida organizm faoliyati susayganda, siydik yo‘liga tosh, shilliq tiqilib qolganda yoki uni o‘sma bosib qo‘yganda, shuningdek, qon aylanishi buzilganda yoki reflektor tarzda sodir bo‘lishi mumkin. Normada qovuqning sig‘imi 200—300 ml, qovuq sutkasiga 5—6 marta bo‘shatib turiladi.

Pollakiuriya — siydik chiqarish ritmining tezlashuvi, u aksari poliuriya bilan birga uchraydi. Bunday hollarda siydikning tez-tez qistashi qovuqning to‘lishiga bog‘liq. Pollakiuriyaning og‘riqli va qiynalib siyish — *dizuriya* bilan birga uchrashi qovuq yallig‘langanda yoki unda toshlar bo‘lganda shilliq pardaning ta’sirlanishi natijasida kuzatiladi.

Proteinuriya (albuminuriya) — siydikda oqsil paydo bo‘lishi sog‘lom kishilarda ham jismoniy charchash, ko‘p ovqat yeyish, sovqotishdan keyin kuzatilishi mumkin. Ba’zi bir kishilarda proteinuriya tana vertikal holatda bo‘lganda ro‘y beradi va gorizontal holatda yo‘qoladi (*ortostatik proteinuriya*). Proteinuriya aksariyat nefritlar, piyelitlarda (3—6 %) va nefrozlarda (10—50 %) kuzatiladi.

Gemoglobinuriya — siydikda erkin gemoglobin paydo bo‘lishi eritrotsitlarning jadal yemirilish jarayoni (gemoliz)dan dalolat beradi. Bunda siydik undagi gemoglobin miqdoriga ko‘ra pushti rangdan qora ranggacha bo‘yaladi. Siydikda qon paydo bo‘lishi *gematuriya* deyiladi.

BUYRAKLARNING YOPIQ SHIKASTLARI

Buyraklarning yopiq shikastlari bel sohasining to‘mtoq narsadan shikastlanishi, balanddan yiqilish, ikki narsa o‘rtasida qisilib qolish natijasida sodir bo‘ladi. Bunda kichikroq subkapsular shikastlar, shuningdek, buyrakning to‘la-to‘kis yorilishi va uning siydik yo‘lidan uzilishigacha bo‘lgan og‘ir shikastlar kuzatilishi mumkin.

Klinikasi. Bemor bel sohasining shikastlangan yarmida og‘riq, shish paydo bo‘lishidan noliydi. Siydikka qon aralashib keladi. Bunda

sistoskopiyaning muhim ahamiyati bor, bunda tegishli siydik yoʻlida qon yoki qon laxtasi siydik yoʻlining nusxasi koʻrinishida ajralib chiqadi. Siydik yoʻli uzilganda undan siydik ajralmaydi.

Davosi. Kichikroq shikastlarda konservativ terapiya qilinadi: tinch sharoit yaratiladi, bel sohasiga muzli xaltacha qoʻyiladi, infeksiyaning oldini olish uchun antibiotiklar qoʻllaniladi. Gemostatik terapiya: kalsiy xlorid, vikasol, epsilon-aminokapron kislota va shu kabilar tavsiya etiladi. Buyrakning katta shikastlarida operatsiya qilib davolashga kirishiladi, buyrak yoki siydik yoʻlining yirtilgan qismi tikiladi. Jarohat katta boʻlsa, ikkinchi buyrak ishlab turganiga ishonch hosil qilingan holda buyrak olib tashlanadi (nefrektomiya).

BUYRAK YALLIGʻLANISHI KASALLIKLARI

Piyelonefrit. Buyrak jomi, kosachalari hamda parenximasining yalligʻlanishi piyelonefrit deb ataladi. Hozirgi vaqtda antibiotiklar va boshqa uroseptiklar keng qoʻllanilishiga qaramasdan, piyelonefrit bolalar orasida keng tarqalgan kasalliklar jumlasiga kiradi. Bu kasallikning kelib chiqishida angina, pnevmoniya, furunkuloz, sepsis kabi yuqumli kasalliklar, organizmda surunkali yiringli oʻchoqlarning mavjudligi katta ahamiyatga ega.

Klinikasi bolaning funksional va immunobiologik holati hamda yosh davrlarining oʻziga xosligi bilan chambarchas bogʻlangan. Kichik yoshdagi bolada piyelonefritning umumiy belgilari yaqqol koʻzga tashlanadi, mahalliy belgilari noaniq boʻlib, oʻziga xosligi kuzatilmaydi. Siydik sindromi elas-elas bilinib, tashxis qoʻyishda tez-tez xatoliklarga yoʻl qoʻyiladi.

Chaqaloqlarda va koʻkrak yoshidagi bolalarda siyish jarayoni buzilib, tana harorati koʻtariladi. Bolaning ishtahasi yoʻqolib rangi oqaradi, qayt qilib, ichi ketishi mumkin. Yuqorida koʻrsatilgan belgilar asosida ochiq toksikoz va dehidratatsiya boshlanadi, siydikda leykotsituriya, makrogematuriya (mikrogematuriya), proteinuriya, silindruriya qayd etiladi. Qonda anemiya, ECHTning ortishi, leykotsitoz roʻy beradi. Katta yoshdagi bolalarda ham toksikoz simptomlari paydo boʻladi. Ular bel sohasidagi ogʻriqdan shikoyat qiladilar. Biroq bu ogʻriq qorin sohasida boʻlishi ham mumkin. Ayrim hollarda bemor tizza va son boʻgʻimlarini bukkan holda ushlab yotishga majbur boʻladi. Odatda, bu belgilar buyrak oʻlchamlari ancha kattalashib, yiringli jarayon buyrak atrofiga oʻtganda kuzatiladi.

Yallig'lanish jarayoni natijasida bemorlarda gepatorenal sindrom rivojlanib, gepatitga xos klinik belgilar ham ko'rinishi mumkin.

Surunkali piyelonefrit o'zining to'lqinsimon kechishi bilan tavsiflanadi. Ayrim bemorlarda bu xastalik latent bo'lib, u juda xavfli. Latent piyelonefritning simptomi aniq emas. Talaygina bemorlarda bu xastalik dispanser ko'rigidan o'tayotganda tasodifan aniqlanadi. Ayrim bemorlarda ishtahaning yomonligi, behollik, tana haroratining subfebril bo'lishi, bot-bot ko'tarilib turishi, qorin sohasida simillagan og'riq aniqlanadi. Bolalarda siyish jarayonida qisqa muddatli og'riq bo'lishi, tana haroratining ko'tarilishi, belda uvushgan og'riq ota-onalarning diqqatini o'ziga tortishi mumkin. Ammo bu simptomlar tez o'tib ketadi. Shu sababli ota-onalar bu shikoyatlar bilan kamdan kam murojaat qiladilar.

Davosi. Piyelonefritni davolash uning bosqichiga bog'liq. Birlamchi piyelonefritda bemorga parhez, antibakterial va stimullovchi terapiya buyuriladi. Piyelonefritni davolashda nefrotoksik ta'siri bo'lmagan, piyelonefritda eng ko'p uchraydigan mikroblarga ta'siri kuchli, konsentratsiyasi yetarli darajada yuqori bo'lgan dorilar qo'llaniladi.

Piyelonefritni davolash uchun eng kam nefrotoksik ta'sirga ega penitsillin guruhi, seporin, eritromitsin va levomitsetin kabilarni qo'llash maqsadga muvofiq. Nitrofuranlar (furadonin, furazolidon, furagin) va nolidaksin kislota hosilalari (negram, nevigramon) yaxshi natija beradi. Piyelonefritni davolashda grammusbat va grammanfiy mikroblarga nisbatan antibakterial dori 5-Nok qo'llaniladi. Piyelonefritni kompleks davolashda dorivor giyohlar (dalachoy, moychechak, mavrak, na'matak, oq qayin kurtagi, buyrak choyi va h.k.) ham yaxshi natija beradi. Kasallikni davolash uzoq muddatni talab qiladi. Shuning uchun stimullovchi moddalar, vitaminlar (A, C, B₁, B₆, B₁₂ va h.k.), dibazol, anabolik gormonlar, giposensibillovchilar (pipolfen, dimedrol, suprastin va h.k.)ni qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Paranefrit. Buyrak atrofidagi yog' kletchatkasining yiringli yallig'lanish jarayoni paranefrit deb ataladi. Aksariyat yallig'lanish qo'shni a'zolar va to'qimalardan (appenditsit, xoletsistit, pankreatit va hokazo) ikkilamchi o'tgandan keyin paydo bo'ladi. Yiringli jarayon infeksiya uzoqroqdagi sohalardan gematogen yoki limfogen (chipqon, karbunkul, osteomiyelit va h.k.) yo'l bilan o'tgandan keyin ham vujudga kelishi mumkin. Paranefritda buyrakni o'rab turgan yog' to'qimasining batamom irishi kuzatilishi mumkin.

Klinikasi. Kasallik haroratning keskin ko'tarilishi, et uvushishi va bel sohasining kuchli og'rishi bilan xarakterlanadi. Jarayon zo'rayganda yiringlagan joy qorin bo'shlig'iga yoki plevra bo'shlig'iga yorilishi mumkin. Mahalliy ko'zdan kechirishda bel sohasining silliqlangani, ba'zan giperemiyasi va palpatsiya qilindanda qattiq og'riq aniqlanadi. Qonda o'tkir yallig'lanish jarayoniga xos o'zgarishlar qayd qilinadi.

Davosi. Ko'p suyuqlik ichish va siydik haydovchi dorilar: ayiq-quloq, na'matak buyuriladi. Infeksiyaga qarshi kurashish uchun antibiotiklar beriladi. Paranebral soha kesilib, yiring chiqariladi va tampon yoki trunda qo'yiladi.

Buyrak sanchig'i hadeb takrorlanaversa, konservativ va xirurgik davo tadbirlari natija bermasa, radikal operatsiya yo'li orqali asosiy kasallikka davo qilinadi: toshlar buyrak jomidan (piyelolitotomiya), buyrakdan (nefrolitotomiya), siydik yo'lidan (ureterolitotomiya) olib tashlanadi. Buyrak butunlay ishlamay qolganda buyrak olib tashlanadi (nefrektomiya).

Buyrak-tosh kasalligi. Bu kasallik nisbatan ko'p uchraydi. Buyrak toshi bir yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Toshlarning buyrakdagi soniga ko'ra yagona buyrak toshi yoki bir necha buyrak toshi farqlanadi. Tojsimon-korall tosh yoki toshlar buyrak kosachalariga o'sib kirib, davolashda ancha qiyinchiliklarni tug'diradi. Buyrakdagi toshlar har xil o'lcham va shakllarga ega bo'lishi mumkin. Bu sifatlarni aniqlash amaliy jihatdan katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari, politravma ham farq qilinadiki, bunda tosh yoki toshlar bitta yoki ikkala buyrakda, siydik yo'lida yoki qovuqda birdaniga paydo bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Buyrak-tosh kasalligi (nefrolitiaz)ning asosiy klinik belgilari quyidagilardir: belda og'riq bo'lishi, gematuriya, leykotsituriya, piuriya, dizuriya va mayda toshlarning siydik bilan chiqishi. Yuqorida ko'rsatilgan belgilarning bo'lishi tosh yoki toshlarning o'lchami, shakli, joylashgan o'rni, yallig'lanish jarayoni bor yoki yo'qligi, shuningdek, uning faolligi bilan chambarchas bog'langan.

Kichkina tosh buyrak kosachalarida joylashgan bo'lsa, urodinamika kamdan kam izdan chiqadi, demak, og'riq simillagan tusda bo'ladi. Harakatchan toshda esa buyrak kosachasi bo'yni yoki buyrak jomchasi teshigiga tosh tiqilib qolishidan buyrak ichki bosimi oshadi va bunda buyrak sanchig'i kuzatiladi. Nefrolitiazda buyrak sanchig'i, ko'pincha, to'satdan boshlanadi, bemorning bel sohasida

to'satdan qattiq og'riq turib, sonning old yuzasiga, chov va qovga, o'g'il bolalarda olat va urug'donlarga, qizlarda diloqqa beriladi. Buyrak sanchig'i xuruji davrida ko'ngil aynishi yoki qayt qilish ham kuzatiladi.

Davosi. Nefrolitiazni davolash hozirgi kun tibbiyotida eng dolzarb muammolardan biridir. Toshning joylashgan o'rni, shakli, katta-kichikligi, asoratlangan yoki asoratlanmaganligiga qarab ko'pgina davo usullari mavjud. Bemorlarni dorilar bilan hamda davolanish maskanlarida davolash konservativ usul hisoblanadi va unga quyidagi ko'rsatmalar asos bo'ladi: toshning o'lchamlari 0,3—0,5 sm dan katta bo'lmay, yumaloq va yuzasi silliq hamda joylashgan yeridan chiqib ketishiga ishonch bo'lgan taqdirda va buyrak faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatmasa; tosh buyrak kosachasida joylashgan bo'lib, urodinamika buzilmasa va piyelonefrit xuruji kuzatilmasa.

Operatsiya bilan davolashga vaqtincha moneliklar bo'lsa, konservativ terapiya operatsiyaga tayyorlash va operatsiyadan keyingi davrlarda ham qo'llaniladi. Ushbu vaziyatda konservativ terapiya deganda, tosh yoki toshlarni operatsiya qilmasdan tushirish, operatsiyadan oldin va keyin har xil asoratlarning oldini olish tushunilishini unutmazlik kerak.

QOVUQ KASALLIKLARI

Sistit. Qovuqning yallig'lanishi sistit deyiladi. Me'yorda siydik, odatda, steril bo'ladi. Qovuqqa infeksiya jomlaridan ular yallig'langanda (piyelit), siydik chiqarish kanalidan (infeksiyaning retrograd tarqalishi, masalan, qovuqni kateterlashda) kiradi.

Klinikasi. O'tkir va surunkali sistit farq qilinadi. O'tkir sistit bo'lgan bemor qovuq sohasidagi og'riqdan va tez-tez siydik qishtashidan shikoyat qiladi. Siydik loyqa, unda yiring, ba'zan qon bo'ladi, ishqoriy reaksiyaga ega. Surunkali sistitda bu hodisalar o'zgargan bo'ladi. Infeksiya buyrakka tarqalganda bemorning ahvoli birdaniga yomonlashib qoladi.

Davosi. O'tkir sistitda o'rinda yotish rejimi, qovuqning ta'sirlanishini kamaytirish uchun sut-o'simlikli parhez ovqatlar buyuriladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar bilan davo qilinadi. Ko'p suyuqlik ichiriladi, salol beriladi. O'tkir og'riqlar bosilgandan so'ng qovuq kumush nitrat (1:5000), simob oksisianid (1:5000)ning kuchsiz eritmalari bilan yuviladi.

Qovuq toshlari. Qovuqqa kichikroq toshlar uning jomlaridan tushishi mumkin, biroq ko'pgina hollarda ular o'z-o'zidan hosil bo'ladi. Epiteliy, shilimshiq, yot jism va boshqalar toshlar uchun asos bo'lishi mumkin. Siydik chiqarish kanalining chandiqli torayishi va prostata bezi adenomasida qovuqdagi dimlanish hodisalari va sistit toshlar hosil bo'lishiga sharoit yaratadi. Toshlar bitta va ko'p sonli, mayda (bir necha millimetr keladigan) yoki qovuq bo'shlig'ini batamom bekitib turadigan darajada katta bo'lishi mumkin. Kimyoviy tarkibiga ko'ra fosfatlar, uratlar va oksalatlar farq qilinadi.

Klinikasi. Qovuq sohasida og'riq, tez-tez siydik qistashi va siyib bo'lish bilanoq og'riq paydo bo'lib, uning jinsiy olat boshchasiga tarqalishi, siydik chiqarish kanali teshigining tosh, qon laxtasi va shilliq bilan bekilib qolishi natijasida siydik chiqarishning to'satdan to'xtab qolishi qayd qilinadi. Qovuq metalli kateter bilan kateterlanganda metallning toshga urilishiga xos tovush sezgisi paydo bo'ladi. Uzil-kesil tashxis sistoskopiya, sistografiya va umumiy rentgenografiyadan keyin qo'yiladi.

Davosi. Qovuqdagi toshlarni maxsus asboblari: litotriptor yoki URAT-1 apparati yordamida maydalab, so'ngra yuvib turish mumkin. Davoning boshqa usuli — qovuqni ochib toshlarni operatsiya yo'li bilan olib tashlashdir.

PROSTATA BEZI KASALLIKLARI

Prostata bezi adenomasi. Bezsimon to'qima va biriktiruvchi to'qimaning prostata bezi kattalashishi bilan o'tadigan o'sib qalinlashuvi shu atama bilan nomlanadi. Prostata bezi kattalashganda siydik chiqarish to'silib qoladi, natijada, qovuq, siydik yo'llari va, hatto, jomlarida siydik doim dimlanib turadi. Dimlanish fonida infeksiya qo'shilib ketadi, sistit va piyelonefrit paydo bo'ladi. Prostata adenomasi rakka aylanishi mumkin. Kasallik, asosan, yoshi ulg'aygan kishilarda uchraydi.

Klinikasi. Boshlang'ich bosqichlarda siydik chiqarish qiyinlashadi va tez-tez siygisi qistaydi, siygisi qistashi, ayniqsa, tunda kuchayadi. Keyinchalik siydik butunlay ushlanib qoladi. Qovuq cho'zilib ketadi. Siydik chiqarish kanalidan siydik to'xtovsiz tomchilab chiqib turadi. Palpatsiyada prostata bezining kattalashganligi aniqlanadi. Rakka aylangan prostata bezi egri-bugri, juda berch konsistensiyaga ega bo'ladi. Sistoskopiya kattalashgan prostata bezi qovuq bo'shlig'iga chiqib turadi.

Davosi. Siydik birdan tutilib qolganda kateterizatsiya qilinadi. Avvaliga yumshoq kateter kiritiladi, uni kiritishning iloji bo'lmasa, metall kateter kiritiladi. Issiq muolajalar tavsiya etilmaydi. Sinestrol, sustanon, endokrin preparatlari qo'llaniladi. Odatda, konservativ davo qisqa muddat ta'sir etadi. Radikal davo prostata bezini olib tashlash (*adenomektomiya*) dan iborat. Bemorning ahvoli og'ir bo'lganda qovusti fistulasi qo'yish bilan kifoyalaniladi.

MOYAK PARDALARI KASALLIKLARI

Moyak istisqosi. Istisqo — moyakning asl pardasi bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishidir. U tug'ma va orttirilgan bo'lishi mumkin. Orttilgan shaklida uning qo'shni to'qimalaridagi jarohat yoki surunkali yallig'lanish jarayoni etiologik omil hisoblanadi. Suyuqlik tiniq sarg'img'ir tusli bo'ladi. Uning miqdori 1—2 l gacha yetishi mumkin.

Klinikasi. Yorg'oqning tegishli yarmi kattalashadi. Moyak pardalari istisqosida butun yorg'oq kattalashadi. Palpatsiya qilishda og'rimaydigan elastik tuzilma aniqlanadi. Fluktuatsiya qayd qilinadi. Perkussiyada bo'g'iq tovush aniqlanadi. Moyak orqali yorug'lik dastasi o'tganda bu soha ko'rinadi (*diafanoskopiya*).

Davosi. Radikal operatsiya tuzalishga imkon beradi. Vinkelman usuli pardalarni qirqish va ularning ichki yuzasini tashqariga ag'darishdan iborat. Pardalar Bergman usulida kesiladi.

Orxit. Tuxumdon yallig'lanishiga orxit deyiladi. Boshqa tabiatli flora yoki sil mikobakteriyalari tomonidan qo'zg'atilishi mumkin.

Epididimit — moyak ortiqlarining yallig'lanishi. Etiologiyasi orxitdagi kabi. Davolash qo'zg'atuvchisining turiga bog'liq.

SIYDIK CHIQARUV YO'LIGA ALOQADOR KASALLIKLAR

Epispadiya siydik chiqarish kanali nuqsonlaridan biridir. Bunda siydik chiqarish kanalining dorsal devori yirilib, olatning g'ovak tanalari ham bir-biri bilan zich yopishmagan bo'ladi.

Klinikasi. Asosan epispadiya shakliga bog'liq. Olat boshi epispadiyasida, olat boshi ham yassilangan bo'ladi. Siyish jarayoni buzilmagan, lekin siydik turli tomonga sachraydi. Ereksiyada olat tanasi oz yoki ko'proq qorin tarafga egilgan bo'ladi. Tana epis-

padiyasida uretra teshigi olat tanasida joylashadi. Qov suyaklari ham simfizdan uzoqlashgan, qorinning to'g'ri mushagi yo'q yoki kam rivojlangan. Olat ereksiyalanganida qorin tomonga ancha egiladi. Ayrim hollarda bola kulganida, kuchanganida siydik tomchilaydi. Siyish paytida bola tizzasiga suyanadi (siydik sachramasligi uchun).

Total epispadiyada uretraning dorsal devori bo'lmaydi, olat haddan tashqari egilgan bo'ladi. Qov suyaklari birlashadigan simfiz sohasida dahansimon teshik bo'lib, undan to'xtovsiz siydik chiqib turadi. Ayrim hollarda qovuq shilliq qavati ham shu teshikdan ko'rinadi. Qov suyaklari orasidagi diastaza 8—12 sm gacha boradi. Bemor «o'rdak yurish» qilib yuradi. Yorg'oq rivojlanmagan, uning atrofi va son terilari chaqalangan. Epispadiyaga duchor bo'lgan bemorlarning 30% da kriptorxizm, yuqori siydik yo'llari nuqsonlari ham kuzatiladi.

Davosi. Epispadiyaning olat boshi va klitor turlarida davo tadbirlari ko'rilmaydi. Tana va total shaklidagi epispadiyalarni operatsiya qilish zarur. Agar siydik tuta olmaslik aniqlansa, eng avvalo shu nuqsonni bartaraf etish lozim. Uretrani tiklashda Yung, Tirsh va Dyuplej-Tirsh operatsiyalari bajariladi.

Gipospadiyada uretra old devorining bo'lmasligi, siydik chiqarish kanali tashqi teshigining qisman yoki olat volyar yuzasining turli joylarida bo'lishi kuzatiladi. Gipospadiya paydo bo'lishida embrion bilan ona o'rtasidagi gormonlar disbalansi katta ahamiyatga ega. Bu hol homiladorlikning boshlanish davrida ruhiy shikastlanishlar sababli ro'y beradi.

Klinikasi. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi olat boshi cho'qqisida bo'lmay, olat toj egati yoki tanasining turli joylarida hamda yorg'oq va oraliqda bo'lsa, buni gipospadiya deb tushunmoq kerak. Bunda uretra teshigi qayerda joylashganligiga qarab uning shakli aniqlanadi.

Shunisi muhimki, gipospadiya teshigidan olat boshigacha xorda tortqisi va fibroz chandiqlar mavjud bo'lib, ular olatning volyar yuza tomonga egilishini ta'minlaydi. Shuning uchun ham gipospadiyaga uchragan olat xuddi vergulga yoki o'roqqa o'xshab egilib qoladi. Yillar o'tishi bilan g'ovak tanalar o'saveradi, biroq xorda tortqisi va fibroz chandiqlar uzunligi o'zgarmasdan qolaveradi. Shu sababli ham olatning egikligi tobora ortaveradi. Mana shu egiklik tufayli gipospadiyaning yorg'oq, tana-yorg'oq va oraliq turlarida bolalar o'tirib siyishga majbur bo'ladilar.

Davosi. Gipospadiyani davolash, asosan, 3 bosqichda olib boriladi. Olat egriligini to'g'rilash, uretroplastika orqali yasalgan neouretra bilan uretrani ulash.

Gipospadiya teshigi stenozini bartaraf qilish bujlash yoki operatsiya bilan bajarilishi mumkin.

Balanopostit. Olat boshi va kertmak varaqlarining yallig'lanishidir. Xastalik, asosan, tug'ma va orttirilgan fimoz natijasida kertmak xaltachalari ichida yallig'lanish boshlanib, olat boshiga ham o'tishi sababli kelib chiqadi.

Klinikasi. Belgilari yallig'lanish hamda fimoz tufayli siydik tutilishi ko'rinishida kuzatiladi. Ba'zan kertmak teshigining torayishidan (yallig'lanish tufayli) siydik ingichka oqim bilan chiqadi. Yallig'langan joylar siydik ta'sirida bezillab, achishib og'riydi va bundan bolalar qiynaladilar. Shu sababli ular siyishdan qo'rqib, siydikni sun'iy ravishda tutib turishga harakat qiladilar. Ammo uddasidan chiqa olmasdan siyishga majbur bo'ladilar va bu paytda ular qattiq chinqirib yig'lashga tushadilar.

Davosi. Yallig'lanish jarayoniga qarshi dorilar qo'llanadi. Olat iliq antiseptik (furatsillin yoki kaliy permanganat) eritmalari bilan vanna qilinadi. Mahalliy 5—10% li sintomitsin emulsiyasini qo'llash yaxshi natija beradi. Balanopostitning tez-tez qaytalashi sunnat qilishga ko'rsatmadir.

Fimoz. Chekka kertmak teshigining ancha torayishi shu termin bilan ifodalanadi. Bu jinsiy olat boshchasini ochishga to'sqinlik qiladi. Odatda, bunday patologiya bolalarda uchraydi va tug'ma xarakterda bo'ladi. Katta yoshdagi kishilarda fimoz chekka kertmak jarohatidan yoki yallig'lanishdan (ko'pincha so'zakli yallig'lanishdan) keyin vujudga keladi. Chekka kertmak teshigi torayganda siydik chiqishi qiyinlashadi (siydik ingichka oqim bilan chiqadi). Siydik ushlanishga yallig'lanish qo'shilishi mumkin, bu anchagina og'riqqa sabab bo'ladi.

Davosi. Chekka kertmak aylantirib qirqiladi yoki kesiladi (sunnat). Balanopostitda antiseptikli mahalliy vannachalar buyuriladi.

Parafimoz. Kasallik fimozning asorati hisoblanadi. Jinsiy olat boshchasi toraygan chekka kertmakdan sirg'alib chiqadi va qisilib qoladi, bu o'z navbatida qon aylanishining buzilishiga olib keladi. Olat boshchasi shishadi va ko'karib ketadi. O'z vaqtida tibbiy yordam ko'rsatilmagan taqdirda olat boshchasi nekrozlanishi (irishi) mumkin.

Davosi. Jinsiy olat boshchasiga vazelin surtiladi, olatni II va III barmoqlar bilan ushlab turiladi, bosh barmoq bilan boshchasi bosib, to'g'rilanadi. Keyinchalik chekka kertmakni orqa (dorzal) yuzasi bo'yicha kesiladi.

UROLOGIK BEMORLARNI PARVARISH QILISH XUSUSIYATLARI

Urologik bemorlarni parvarish qilishning asosiy usullari umumiy ixtisoslikdagi jarrohlik bemorlarini parvarish qilishdagi ka-bidir. Biroq uning o'ziga xos tomonlari ham bor. Operatsiyadan oldingi davrda buyraklar funksiyasini yaxshilashga alohida aha-miyat beriladi. Shu maqsadda oqsillar va tuz cheklangan parhez taomlar (stol №7) tayinlanadi, diurezni ko'paytiradigan vositalar (40% li glukoza eritmasi) yuboriladi. Siydik infeksiya bilan za-rarlanganda mikroblarning dori moddalariga sezuvchanligini hi-sobga olgan holda antibakterial dorilar tavsiya etiladi.

Urologik kasalliklari bor bemorlarning ko'pchiligi yoshi ul-g'aygan va keksa kishilar bo'ladi, shu munosabat bilan ular orga-nizmining, ayniqsa, operatsion jarohatga kompensator imko-niyatlari pasayib ketishini nazarda tutish zarur. Yoshi o'tgan odam-larning nerv sistemasi tez charchaydi. Tibbiyot xodimining vazi-fasi bemordagi qo'rquv, operatsiyaning qanday natija bilan tu-gashidan qo'rqish hissini yo'qotish maqsadida uning psixikasiga ta'sir qilishdan iborat.

Keksa yoshdagi kishilarning ko'pchiligida, ko'pincha, yurak-tomir sistemasi o'zgarib, qon aylanishi yetishmovchiligi, jigar va boshqa a'zolar ishining buzilishi alomatlarini kuzatiladi. Bular-ning hammasi kasallikning o'tishini ancha og'irlashtiradi va ope-ratsiyadan oldingi tayyorgarlikni uzaytiradi.

Operatsiyadan keyingi davrda qon oqayotgani, shuningdek, drenajning bekilib qolgani yoki surilganini o'z vaqtida aniqlash uchun bog'lamlar va drenajlarni yaxshilab kuzatish zarur. Odatda, urologik operatsiyalardan, jumladan, sistotomiyadan keyin siydik oqib chiqishi uchun drenajlar qoldiriladi va kateterlar kiritiladi. Karavotga shisha bog'lab qo'yiladi, unga drenajdan chiqadigan suyuqlik yig'iladi.

Ichidagi suyuqlikni kuzatib turish uchun shishalar tiniq va infeksiya tushishining oldini olish uchun steril bo'lishi shart. Siydik hidini yo'qotish maqsadida, odatda, shishaga ozgina miqdorda

dezodoratsiya qiladigan moddalar quyiladi. Uzaytirgichlar sifatida har yer-har yerida shisha naychalari bo'lgan rezina naychalar ishlatiladi.

Diurezning aniq hisobini olib borishda: tabiiy yo'l va drenaj orqali chiqadigan siydik miqdorini hamda naycha yonidan sizib chiqqan siydik miqdorini alohida-alohida aniqlash zarur. Odatda, drenajlar doka bog'ichlar bilan mahkamlanadi, bunda tana aylantirib bog'lanadi yoki yopishqoq plastir bilan yopishtirib qo'yiladi. Matsratsiyani profilaktika qilish uchun drenajlar atrofi-dagi teriga indifferent maz surtiladi.

Yorg'oqdagi operatsiyalardan keyin dokadan tayyorlangan steril suspenzoriy ishlatiladi. Kateterlar va drenajlarni shifokor almashtiradi. Hamshiraga qovuqni drenaj qilish yoki kateter orqali yuvish vazifasi topshiriladi. *Qovuqni yuvish* uchun Esmarx krujkasi yoki Jane shprisidan foydalaniladi. Odatda, biror antiseptikning kuchsiz eritmasi qo'llaniladi: qovuqqa 50—100 ml eritma kiritiladi, so'ngra chiqariladi. Bunday muolajalar bir necha marta, sof suyuqlik paydo bo'lguncha qilinadi. Sutkasiga kam deganda 3 marta yuviladi. Choklar olingandan keyin vannalar tavsiya etiladi. Drenaj yetarlicha bo'lmaganda siydik cho'ntaklari hosil bo'ladi. Ajralmalarining drenaj orqali chiqmay qolishi va tana haroratining ko'tarilishi siydik cho'ntaklari paydo bo'lganidan dalolat beradi.

Qovuqni kateterlash usuli. Yumshoq (rezina) va qattiq (metall) kateterlar farq qilinadi. Kateterlar 30 xil bo'lib, ularning diametri 1/3 mm dan farq qiladi. Odatda, o'rtacha raqamlilari (14—18) ishlatiladi. Avval yumshoq kateter bilan kateterlanadi, bu natija bermaganda metall kateter qo'llaniladi.

Erkaklarga kateter qo'yish: bemor oyoqlarini kerib chalqancha yotadi. Oyoqlari orasiga toza tuvak qo'yiladi. Chap qo'l bilan jinsiy olat ushlanadi, uning boshchasiga dezinfeksiya qiladigan eritma (0,1% li sulema eritmasi, kaliy permanganat eritmasi) surtiladi. Steril kateter uchiga steril glitserin yoki vazelin moyi quyiladi. Yumshoq kateter pinset bilan qo'yiladi (66-rasm, a), metall kateter qarama-qarshi uchidan ushlanadi va avvaliga deyarli pastga tushirilib, kateterning uchi qovuqqa kiritiladi va siydik yig'iladi.

Ayollarga kateter qo'yish. Buning uchun chap qo'l bilan jinsiy lablar keriladi, vulva dastlab furatsillin eritmasi bilan yaxshilab artiladi va kateter siydik chiqarish kanaliga kiritiladi.

**Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun
oddiy va murakkab etalon test namunalari**

T/r	Savol	Javob
1.	Sistoskopiya qovuq va uretra ko'riladimi?	ha
2.	Xromosistoskopiya indigokarmin ishlatiladimi?	ha
3.	Sistografiya yodolipol ishlatiladimi?	yo'q
4.	Poliuriya qandsiz diabetda ham kuzatiladimi?	ha
5.	Gemoglobinuriya va gematuriya bir-biridan farq qiladimi?	ha
6.	Piyelonefritni davolashda parhez buyuriladimi?	ha
7.	Mayda toshlarni konservativ davolash mumkinmi?	ha
8.	Prostatitda siydik tutiladimi?	yo'q
9.	Gipospadiya bola odatdagidek siyadimi?	yo'q
10.	Balanopostitda siydik tutilishi kuzatiladimi?	yo'q
11.	Buyrak va yuqori siydik yo'li tosh kasalligini aniqlaydigan tekshirish usulini belgilang: a) sistostografiya; b) ekskretor urografiya; d) ko'tariluvchi uretrografiya; e) xromosistoskopiya.	a
12.	Gipospadiya siyish xarakteri: a) o'tirib; b) turib; d) yotib; e) b dan tashqari hammasi to'g'ri.	e

1.15. O'SMALAR SINDROMI

O'sma deganda, to'qimalarning patologik o'sishi tushuniladi. U bir necha sabablar oqibatida yuzaga keladi va normal to'qimalardan tuzilishi, rivojlanishi, o'sishi, oziqlanishi va moddalar almashinuvi jarayonlari bilan keskin farq qiladi.

O'smalarning tasnifi. O'smalar ularni tashkil etgan to'qimalarning tuzilishiga ko'ra quyidagi guruhlariga bo'linadi:

1. Epitelial o'smalar: xavfsiz (papillomalar — so'rg'ichsimon adenomalar, bezsimon kistalar — bo'shliqli o'smalar); xavfli (karsinoma yoki rak).

2. Biriktiruvchi to‘qima o‘smalari: xavfsiz (fibromalar); xavfli (sarkomalar).

3. Tomir o‘smalari: xavfsiz (gemangioma, limfangioma); xavfli (gemangiosarkomalar).

4. Yog‘li o‘smalar: xavfsiz (lipoma); xavfli (liposarkoma).

5. Nerv to‘qimasi o‘smalari: xavfsiz (nevrinoma); xavfli (xavfli nevrinoma).

6. Pay qinlari va bo‘g‘im xaltalari o‘smalari: xavfsiz (sinovioma); xavfli (xavfli sinovioma).

7. Aralash o‘smalar: xavfsiz va xavfli tuzilishga ega bo‘lgan turli xildagi to‘qimalardan iborat o‘smalar.

Xavfli o‘smalar deganda, yetilmagan to‘qimadan tuzilgan o‘smalar tushuniladi. Ular tez o‘shishi, qo‘shni to‘qimalarga o‘sib kirishi va o‘sma hujayralarining limfa yo‘llari yoki qon tomirlari sistemasi orqali boshqa a‘zolar va to‘qimalarga tarqalishi (metastazlanishi)ga moyilligi bilan ajralib turadi.

O‘sma olib tashlangandan keyin u yana shu sohada paydo bo‘lishi mumkin. O‘smalarning qo‘shni to‘qimalarga o‘sib kirishi o‘sma hujayralarining to‘qimalararo yoriqlarga kirishi, qo‘shni to‘qimalarni yemirishi, o‘rin almashinuvi yo‘li bilan sodir bo‘ladi. Bunday o‘sish infiltrativ o‘sish deyiladi. Metastatik o‘sma onalik o‘sma tuzilishiga ega va xuddi shunday progressiv sur‘atda o‘shishi bilan farq qiladi. Xavfli o‘smalarda organizmning holdan toyishi — kaxeksiya kuzatiladi.

Xavfli o‘sma rivojlanishida to‘rt davr farq qilinadi:

1) o‘smaning mahalliy o‘shishi;

2) uning limfa yo‘llari bo‘ylab yaqindagi limfa tugunlarigacha tarqalishi;

3) metastazlarning gematogen tarqalishi;

4) o‘smaning butun organizm bo‘ylab tarqalishi.

Xavfsiz o‘smalarga yetilgan to‘qimadan tashkil topgan, qo‘shni to‘qimalarni surib o‘sadigan, ammo ularga o‘sib kirmaydigan, metastazlar bermaydigan, umumiy holsizlikka sabab bo‘lmaydigan va yemirmaydigan o‘smalar kiradi.

O‘smalarning paydo bo‘lish va o‘shish sabablari. Hozirgi vaqtda o‘smalar paydo bo‘lishini tushuntiradigan asosiy nazariya *poli-etologik nazariya* hisoblanadi. Bu nazariyaga binoan, tirik organizmning har bir hujayrasida o‘sma qo‘zg‘ata oladigan maxsus virus bo‘ladi, biroq bu virus nofaol holatda turadi (anabioz). Uning faol holatga o‘tishi uchun qator tashqi omillar (kanserojenlar)ning

qo'shimcha ta'siri bo'lishi zarur. Ular o'z navbatida kimyoviy (chiqindi gaz, tutun, kimyo korxonasi bo'ladigan benzpirenlar, aromatik aminlar va hokazo), fizikaviy (quyoshning ultrabinafsha nurlari, rentgen va gamma nurlari, atomning elementar zarrachalari va hokazolar) va biologik (turli parazitlar) omillarga bo'linadi.

Virus faollashadi va hujayraning gen strukturasi, xususan, DNK va RNK ga ta'sir qilib, irsiyatni o'zgartiradi, bu to'qimaning yangi turi, ya'ni o'sma hosil bo'lishiga olib keladi. Biroq bunda yuqorida sanab o'tilgan omillar mavjudligi, ko'pincha, o'sma rivojlanishi uchun kifoya qilmasligini unutmaslik zarur. Organizm immun biologik himoya kuchlarining pasayishi o'sma rivojlani-shiga sabab bo'ladi.

O'smalarning ayrim turlari. *Papillomalar* — epiteliy bilan qoplangan biriktiruvchi to'qima asosidan iborat so'rg'ich qavatning xavfsiz o'smalaridir. Ular terida yoki shilliq pardalarda (aksariyat me'da, ichaklar va siydik ajratadigan apparatning shilliq pardalarida) kuzatilishi mumkin. Papillomalar xavfli o'smalarga aylanib ketishi mumkin.

Adenomalar bez to'qimalarida hosil bo'ladi. Ba'zan bezsimon rakka aylanishi mumkin. Ular gavdaning bez to'qimalari bo'lgan hamma a'zolarida, jumladan so'lak, limfa, sut, qalqonsimon, tuxumdon bezlari va hokazolarda uchraydi.

Dermoid kistalar xaltasimon tuzilmalar bo'lib, embrional rivojlanish davrida teri kichikroq bo'lakchalarining ichkariga kirishi natijasida vujudga keladi. Ularning zich pardasi bo'lib, bu parda teri yog'i bilan ko'chgan epiteliy tanachalari aralashmasi, tuk (soch) dan iborat bo'tqasimon massani o'rab turadi. Ko'proq chanoq va oldingi ko'ks oralig'i sohasida joylashadi.

Rak epiteliy hujayralaridan rivojlanib, eng ko'p uchraydigan xavfli o'sma hisoblanadi. Rak epiteliy hujayralari bo'lgan hamma a'zolari zararlantiradi. Epiteliyning o'zgarib, atipik tuzilish xususiyatiga ega bo'lishi rak o'smasining alomati hisoblanadi.

Rak o'smasining tez o'sishi va qon bilan yetarlicha ta'minlanmasligi o'sma qismlarining nekrozga uchrashiga, keyin parchalanib, bo'shliqqa va yaralar hosil bo'lishiga olib keladi. Rak yarasi o'ziga xos belgilar bilan ajralib turadi: chetlari va tubi zich, gungurt, yog'li parda bilan qoplanadi. Rak o'smasining limfa va qon tomirlar bo'ylab metastazlar berishi xarakterlidir. Rak jarayoni, ko'pincha, kaxeziya bilan o'tadi. Me'da rak bilan zararlenganda kaxeziya, ayniqsa, tez kuzatiladi.

Fibroma — biriktiruvchi to‘qimadan tuzilgan xavfsiz o‘sma. Organizmning deyarli barcha to‘qimalarida uchraydi. Ko‘proq bachadon, teri, teriosti to‘qimasida joylashadi. O‘sib, juda ham kattalashib ketishi mumkin.

Lipoma — yog‘ to‘qimasidan hosil bo‘ladigan xavfsiz o‘sma. Bo‘laksimon tuzilishga ega, yupqa devorli kapsula bilan o‘ralgan, sekin o‘sadi. Yog‘ to‘qimasi bo‘lgan har qanday a‘zoda joylashadi.

Xondroma — tog‘ay to‘qimalaridan tuzilgan xavfsiz o‘sma. Sekin o‘sishi bilan ajralib turadi.

Osteoma — suyak to‘qimasidan iborat o‘sma. Sekin o‘sadi. Aynib, xavfli shaklga o‘tib ketishi mumkin.

Sarkoma — biriktiruvchi to‘qimadan rivojlangan xavfli o‘sma. U tog‘ay to‘qimasidan paydo bo‘lsa, xondrosarkoma, suyakdan hosil bo‘ladigani — osteosarkoma, fassiyalarniki — fibrosarkoma, limfa tugunlaridan — limfosarkoma, qon tomirlaridan rivojlansa angiosarkoma deyiladi. Sarkoma o‘zining kechish xususiyatiga ko‘ra xavfli o‘smalarning barcha alomatlariga ega.

Angioma — tomirlardan o‘sib chiqadigan xavfsiz o‘sma. U limfangiomalar va gemangiomalarga bo‘linadi. Gemangioma o‘z navbatida 1) oddiy yoki kapillar; 2) kavernoza yoki g‘orsimon; 3) shoxlanadigan gemangiomalarga bo‘linadi.

Katta gemangiomalarda o‘sma sohasida, ko‘pincha, tomir shovqinini eshitish mumkin.

Mioma — mushak to‘qimasidan hosil bo‘ladigan o‘sma. Silliqli mushak o‘smasi — lipomioma, ko‘ndalang-targ‘il mushak o‘smasi rabdomioma deyiladi. Ular sekin o‘sadi.

Nevrinoma — nerv ustunining Shvann pardalaridan hosil bo‘lgan o‘sma (shvannoma). Kam uchraydi. Ko‘pincha quymuch, o‘rtalik va tirsak nervlarida joylashadi. O‘tkazuvchi tur bo‘yicha ro‘y-rost og‘riqqa sabab bo‘ladigan kichikroq o‘smasimon tuzilmadan iborat.

Glioma — bosh miya bilan orqa miya o‘smasi. Xavfsiz o‘smalarga taalluqli bo‘lishiga qaramay, infiltratlanib tez o‘sishi, tevarakatrofdagi to‘qimalarga o‘sib kirishi bilan xarakterlanadi. Glioma olib tashlangandan so‘ng retsiv yuz berishi mumkin.

Klinika amaliyotida patologiyaning eng xavfli turi bo‘lgan xavfli o‘smalarning ahamiyati katta.

Xavfli o‘smalar tashxisi. Xavfli o‘smalarni tashxislashda boshqa kasalliklar tashxisidagi kabi anamnestik ma‘lumotlar katta ahamiyatga ega. Bemorning shikoyatlari, ko‘zdan kechirish natijalari

va aniq tashxis qo'yish imkonini beradigan tekshirishning qo'shimcha usullariga sitologik tashxis kiradi. Bunda a'zodan punkt yoki surtma olinib, o'sma tuzilishi aniqlanadi. Bundan tashqari, xavfli o'smalarni tashxislashda a'zolari umumiy rentgenografiya, kompyuter tomografiya, radioizotop skanirlash va UTT tekshirishlarini olib borish o'z vaqtida tashxislashga yordam beradi.

Xavfli o'smalarni erta aniqlash uchun tibbiyot xodimlari onkologik jihatdan hushyor bo'lishlari kerak. 40 yoshdan oshgan va turli surunkali kasalliklari bo'lgan shaxslar «kasallik xavfi oshgan», ya'ni xavfli o'sma rivojlanishiga moyil guruhga kiritiladi va yiliga kamida bir marta profilaktik maxsus tekshiruvdan o'tishlari lozim bo'ladi.

Tolali optikasi bor zamonaviy asboblardan yordamida o'tkaziladigan endoskopik tekshiruvlar (fibrobronxoskop, fibroezofagoskop, fibrogastroskop va boshqalar) tashxis qo'yish imkoniyatlarini ancha kengaytiradi.

Xavfli o'smalarning rivojlanish bosqichlari. Xavfli o'smaga tashxis qo'yish bilan birga kasallikning qanday bosqichda ekanligini aniqlash lozim. Davo uning bosqichiga qarab buyuriladi.

1-bosqich regional limfa bezlarini egallamagan va ichkarida joylashgan to'qimalarga o'sib kirmagan kichkina o'sma borligi bilan xarakterlanadi.

2-bosqichda o'sma ro'y-rost aniqlanadi, biroq zararlangan a'zodan tashqariga chiqmagan bo'ladi. Regional limfa tugunlariga yakka metastazlar berishi mumkin.

3-bosqichida o'sma zararlangan a'zodan tashqariga chiqadi va yaqin joylashgan to'qimaga o'sib kiradi. Regional limfa tugunlariga bergan ko'p sonli metastazlari bo'ladi.

4-bosqichida o'sma juda kattalashadi va parchalanishga uchraydi, ko'p sonli kechikkan metastazlar beradi. Rakdan zaharlanish hisobiga kaxeksiya rivojlanadi.

Xavfli o'smalarni davolash. Hozirgi vaqtda xavfli o'smalarni davolashda xirurgik yo'l, nur bilan davolash, kimyoterapiya va gormonoterapiya usullari qo'llaniladi.

Davolashning jarrohlik usullari eng radikal usul hisoblanadi va aksariyat ichki a'zolar — qizilo'ngach, me'da, o'pka, bachadon va hokazolar zararlanganda qo'llaniladi. Davolashning bu turida biror-bir a'zo batamom yoki qisman sog'lom to'qimalar chegarasidan regional limfa tugunlari va atrofdagi to'qimalar bilan birga qo'shib olib tashlanadi.

Nur bilan davolash mustaqil davo sifatida yoki jarrohlik, gormonal va kimyoterapevtik davo bilan birga qo'llaniladi.

Ionlanuvchi nurlanish spektri xilma-xil bo'lgan hozirgi vaqtda nur bilan davolashning hamma usullarini nurni qo'llash usuliga ko'ra shartli ravishda 3 guruhga bo'lish mumkin:

1) teri orqali tashqi tomondan;

2) nurlanish manbayini tabiiy bo'shliqlarga — og'iz, bachadon bo'shlig'i, qizilo'ngach, qovuq yoki sun'iy hosil qilingan bo'shliqlarga yuborish;

3) to'qima ichini (o'sma) nurlantirish.

Keyingi yillarda xavfli hujayralarga tanlab ta'sir qiladigan maxsus kimyoviy preparatlar Tio TEF, embixin, DOFA, sarkolizin, lofenal, koxamin va boshqalar amaliyotda keng foydalanilmoqda.

Ayrim xavfli o'smalarni davolashda *gormonlar* bilan davolash yaxshi natija beradi. Chunonchi, sut bezi rakida erkak jinsiy gormonlari — androgenlar, prostata bezi rakida — ayol jinsiy gormonlari (estrogenlar) qo'llaniladi.

Barcha usullar birga qo'shib olib borilganda gormonoterapiya yaxshi terapevtik natija beradi. Maqsadga muvofiq terapiya nechog'li erta qo'llanilsa, natijasi shuncha yaxshi bo'ladi.

Xavfsiz o'smalarni davolash hech qanday qiyinchilik tug'dirmaydi. Xavfsiz o'sma xavfli o'smaga aylanib ketishi mumkinligini hisobga olib uni olib tashlash o'smaning xavfli o'sma profilaktikasi ekanligini unutmaslik zarur.

Rak oldi kasalligi holati to'g'risida tushuncha. Xavfli o'smadan oldin yuzaga keladigan va, ko'pincha, xavfli o'smaga aylanadigan turli xil jarayonlar yoki holatlar rak oldi kasalligi holati deb ataladi. Bunday holatlar jumlasiga rivojlanishdagi nuqsonlar, jumladan, adashgan embrional pushtlar, surunkali yallig'lanish jarayonlari, to'qima regeneratsiyasining buzilishi, giperplastik buzilishlar kiradi. Shuning uchun bunday holatlarni xirurgik yo'l bilan erta bartaraf qilish og'ir asoratlarning oldini oladi.

ONKOLOGIK YORDAMNING TASHKIL ETILISHI

Onkologik xizmatning asosiy zvenosi onkologik dispanserlar hisoblanadi. Onkologik dispanserlar zamonaviy diagnostika va davolash apparatlari bilan jihozlangan bo'lib, unda malakali mutaxassislar xizmat qiladi.

Onkologik bo'limlarning vazifasi onkologik bemorlarni hisobga olish, ular ustidan dispanser kuzatuvini olib borish, tegishli davo bilan ta'minlash va o'zi ishlab turgan hududda rakning oldini olish hamda uni erta diagnostika qilish bo'yicha turli xil tadbirlarni amalga oshirish hisoblanadi.

Xavfli o'smalarni aniqlashda profilaktik tekshiruvlarning ahamiyati katta bo'lib, uning uch turi mavjud:

— kompleks tekshiruvlar, bunda rak kasalliklariga emas, balki boshqa kasalliklar ham aniqlanadi;

— maqsadli tekshiruvlar, bunda rak oldi kasalliklari va xavfli o'smalar maxsus aniqlanadi;

— rakni aniqlash uchun oldindan individual profilaktik tekshiruv o'tkaziladi, bunda bemor boshqa kasallik bilan poliklinika yoki kasalxonaga murojaat qilganda uni shifokor tekshiruvdan o'tkazadi.

ONKOLOGIK BEMORLARNI PARVARISH QILISH XUSUSIYATLARI

Onkologik kasalliklari bor bemorlarni parvarish qilishning o'ziga xos tomonlari mavjud. Bemordan haqiqiy tashxisni yashirish, ya'ni bemor psixikasini avaylab muhofaza qilish zarur. «Rak», «sarkoma» atamaları o'rniga «yara», «torayish», «qattiq-lanish» kabi so'zlar ishlatilishi lozim. Bemorning ahvoli yomonlashganda ham uni sog'ayib ketishga ishonirish va buni vaqtinchalik tanglik deb tushuntirish lozim. Ko'pchilik onkologik bemorlarning asabi nozik bo'ladi, ular tezda ta'sirchan bo'lib qoladilar, shuning uchun o'sma kasalligi og'irlashgan bemorlarni boshqa bemorlardan ajratish zarur.

Bemorga tegishli hujjatlarning tasodifan uning qo'lga tushib qolishidan ehtiyot bo'lish kerak. Bemorga turli-tuman taomlarni o'z ichiga olgan yuqori kaloriyalı ovqat berilishi lozim. Rak intoksikatsiyasi hisobiga ularda ishtaha yo'qolishini nazarda tutib, ishtahani yaxshilash maqsadida ularga xlorid kislotasi bilan pepsin va musallas buyuriladi. Odatda bemorlarda qabziyat kuzatiladi. Bunday hollarda haftasiga 2—3 marta tozalovchi huqnalar qilinishi lozim bo'ladi.

O'sma to'qimasi irib parchalanganda qon ketishi ehtimoli bo'lib, bunday hollarda bemorga gemostatik vositalar berilishi lozim bo'ladi. Sirtida joylashgan o'sma parchalanib, infeksiya hodisalari yuzaga kelganda dezodoratsiya qiladigan vositalar (5% li

kaliy permanganat, skipidar va b.) tavsiya qilinadi. Balg‘ami og‘zi burab bekutiladigan maxsus banka yoki tufdonlarga yig‘iladi, ular har kuni issiq suv va 10% li xlorli ohak eritmasi bilan yuviladi.

Sutkasiga 2—5 marta 1 osh qoshiqdan chaga nastoykasi, kuniga 3 marta 3000—9000 TB dan krusin inyeksiyasi, ovqatdan oldin 5—10 mg dan nelsit yaxshi foyda qiladi. Qusishda aminazin buyuriladi.

Og‘riqni qoldirish uchun darhol narkotik moddalarga o‘tish yaramaydi, ular bemorni holdan toydiradi va o‘rganib qolishga olib keladi. Shuning uchun dastlab og‘riqsizlantirishni analgetiklardan boshlagan ma‘qul. O‘sma suyaklarga metastaz berganda 10 ml 1% li geksenal eritmasini inyeksiya qilish tavsiya etiladi. Perifokal yallig‘lanish reaksiyasidan og‘riq bo‘lganda antibiotiklar va sulfanilamidlar qo‘llaniladi.

Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash uchun oddiy va murakkab etalon test namunalari

T/r	Savol	Javob
1.	Lipoma xavfli o‘smaga kiradimi?	yo‘q
2.	Ateroma metastaz beradimi?	yo‘q
3.	Sarkoma xavfli o‘smaga kiradimi?	ha
4.	Glioma xavfli o‘smami?	yo‘q
5.	Xavfsiz o‘smani davolashda nur terapiyasi ishlatiladimi?	yo‘q
6.	Xavfli o‘smada nur terapiyasi ishlatiladimi?	ha
7.	Rak kasalligini oldini olsa bo‘ladimi?	ha
8.	Xavfli o‘smaning rivojlanish bosqichlari: a) 2 bosqichli; b) 3 bosqichli; d) 4 bosqichli; e) 5 bosqichli.	d
9.	Onkologik kasallar qaysi klinik guruhda simptomatik davolanadilar: a) 1 a; b) 1 b; d) 2; e) 4.	e

1.16. OILAVIY SHIFOXONALAR, SHIKASTLANISH PUNKTI, QISHLOQ SHIFOKORLIK PUNKTIDA TIBBIY YORDAMNI TASHKIL QILISHDA O'RTA TIBBIYOT XODIMINING O'RNI

Oilaviy shifoxona (OSH), shikastlanish punkti (SHP), qishloq shifokorlik punkti (QSHP) va qishloq shifokorlik ambulatoriyasi (QSHA) sog'liqni saqlash tizimining birlamchi zvenosiga kiradi. Tibbiyot hamshirasi bu tibbiyot muassasalarida, asosan, umumiy amaliyot shifokori va oilaviy shifokor nazoratida bolalar va kattalarni davolash jarayonida bemorlarni qabul qilishda, profilaktik emlashda hujjatlarni rasmiylashtirishda faol ishtirok etadi. Shu bilan birga kundalik amaliyotda xirurgik kasalliklarni birlamchi zvenoda tashxislashda, ularga birinchi tibbiy yordam ko'rsatishda, transportirovka qilishda lozim bo'lgan maxsus shifoxonalarga darhol kasallarni jo'natishda tibbiyot hamshirasining o'rni kattadir. Ayniqsa, bu holat baxtsiz hodisalarda, kutilmagan holatlarda, qo'qqisdan ro'y beradigan kasalliklar, jarohatlar, shikastlanishlarda shifokorgacha bo'lgan birinchi tibbiy yordamni tashkil-lashtirish holatlarida shifokorsiz hamshiraning faolligi bilan namoyon bo'ladi. Tibbiyot hamshirasining shifokorgacha bo'lgan shoshilinch tibbiy yordamni ko'rsatishi baxtsiz hodisalarda va o'tkir xirurgik kasalliklarni davolashda eng muhim birinchi davolash bosqichi bo'lib, bu kasallikning davo natijasiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun ham to'g'ri va o'z vaqtida ko'rsatilgan birinchi shifokorgacha bo'lgan yordam jarohatlangan kasalda har xil asoratlarning oldini oladi va uni davolash muddatini qisqartiradi.

Aksincha, noto'g'ri va kechiktirib ko'rsatilgan shifokorgacha bo'lgan yordam kasalning ahvolini og'irlashtiradi, og'ir asoratlar (hushdan ketish, shok, o'tkir qon ketishi, jarohatlar, kuyish va boshqalar)ni keltirib chiqaradi va ba'zan o'limga olib keladi.

To'satdan avj oladigan og'ir kasalliklar va baxtsiz hodisalar hayotda doimo uchrab turadi. Bunday hollarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish talab qilinadi va buni har bir kishi uddalay olishi kerak.

Qisqa muddatga hushdan ketish bosh miyada qon aylanishi-ning o'tkir yetishmovchiligi oqibatida sodir bo'ladi. Bunday holat odam qattiq charchaganda, qo'rqqanda, havosi og'ir xonada bo'lganda yuz beradi va, ko'pincha, kamqon, yuqumli kasal-

liklardan endi tuzalgan bemorlarda kuzatiladi. Bunda bemorning boshi aylanadi, ko'ngli ayniydi, ko'z oldi qorong'ilashib, hushini yo'qotadi.

Bemorning rangi keskin oqarib, badan terisi sovuq ter bilan qoplanadi, oyoq-qo'llari soviydi, tomir urishi tez va kuchsiz bo'lib qoladi. Odatda xuruj 20—40 soniya davom etadi va bemor hushiga keladi. Bunday hollarda bemorning yostig'i olinib, karavotining oyoq tomoni ko'tarib qo'yiladi. Derazani ochib, ko'ylak yoqalari yechiladi, yuziga, ko'kragiga sovuq suv purkaladi, novshadil spirt shimdirilgan paxta hidlatiladi. Tadbirlar samara bermasa, shifokor chaqiriladi.

Shok organizmning asosiy hayotiy funksiyalari bo'lmish qon aylanishi va nafas olishning buzilishi bilan belgilanadi. Klinika amaliyotida kardiogen, anafilaktik, kuyish, jarohat va boshqa shok turlari uchrab turadi.

Jarohatdan kelib chiqadigan shokka shikastlanish, qon yo'qotish, og'riq, qonsizlanish, to'qimalardan so'rilgan parchalanish mahsulotlaridan zaharlanish kabi omillar sabab bo'ladi.

Travmatik shok bosqichli jarayon bo'lib, unda erektil va torpid bosqichlar farq qilinadi.

Eretil bosqich jarohatdan keyin birdan rivojlanadi va bunda bemorda o'ziga va atrofdagi voqealarga bo'lgan munosabat yo'qoladi. Teri rangi oqargan, tomir urishi tezlashgan, qon bosimi normal, ba'zan yuqori bo'ladi. Eretil bosqich 10—20 daqiqa davom etadi va torpid bosqichga o'tadi.

Torpid bosqichda bemorning qon bosimi tushadi, qo'zg'alish karaxtlik bilan almashinadi. Shok dinamik jarayon bo'lib, yengil bosqichda davolanmasa, u og'ir bosqichga o'tadi. Shokda birinchi yordam:

- 1) nafas yo'llarini tozalash va havo o'tishini ta'minlash;
- 2) tashqi qon ketishini to'xtatish;
- 3) tez fursatda kasalxonaga yetkazib borish.

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

Me'dadan qon ketganda qon qusish kuzatiladi. U me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasining yoki jigar kasalliklarining asorati sifatida yuzaga chiqadi. Qon ko'p ketganda bemorning ahvoli ancha yomonlashadi. Uning darmoni quriydi, ko'z oldi qorong'ilashadi,

boshi aylanadi, ko'ngli ayniydi, ko'p tashna bo'ladi va, hatto, qisqa muddatga hushidan ketishi mumkin. Bemorning rangi oqargan, tomir urishi tezlashgan, kuchsiz. Bunday hollarda tezda shifokorni chaqirish kerak. Shifokor kelguncha bemorni yotqizib, me'da sohasiga muzli xaltacha qo'yish, unga dori-darmon, ovqat bermasdan tinchlantirishga harakat qilish kerak.

Ichakdan qon ketganda axlatga qon aralashib kelishi yoki axlat o'rniga qon kelishi mumkin. Bemorni o'rniga yotqizib, qorniga sovuq narsa qo'yish kerak. Bemor axlatini shifokor kelguncha saqlash lozim bo'ladi.

O'pkadan qon ketganda yo'talganda og'izdan och qizil rangli ko'piksimon qon ajralib chiqadi. Bu o'pka sili, o'smalar, yurak porogi va qator bronx kasalliklarida uchraydi. Agar qon ketishi kuchli bo'lsa, ketayotgan qon bronxlarni bekitib qo'ymasligi uchun bemorni qorniga yotqizilib, karavotining oyoq tomonini 40—60 sm yuqori ko'tarib qo'yiladi. Agar bemorning ahvoli unchalik og'ir bo'lmasa, qaddini baland qilib o'tqaziladi. Bemorga muz bo'lakchalari yutish, sovuq suv ichish, to'sh sohasiga muzli xaltacha qo'yish tavsiya qilinadi. Mana shuning uchun ham tibbiyot hamshirasi birinchi tibbiy yordamni shifokor kelgungacha bajarishi va uning usullarini chuqur bilishi lozim bo'ladi. Shifokorgacha bo'lgan tibbiy yordam va keyinchalik davolash to'rt bosqichda olib boriladi:

1. Voqea sodir bo'lgan joyda birinchi yordam ko'rsatish.

2. Bemorni ehtiyotkorlik bilan zambilga ko'chirish.

3. Bemorni lozim bo'lgan davo muassasasiga (xirurgiya, travmatologiya bo'limlari) transportirovka qilish.

4. Ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatilganidan keyin uy sharoitida davoni amalga oshirish.

Birinchi bosqichda tibbiy yordamni voqea sodir bo'lgan joyda ko'rsatishda tibbiyot hamshirasi quyidagi ishlarni ketma-ket amalga oshiradi: bemordan shikast yetkazuvchi omilni uzoqlashtirish yoki bartaraf qilish; tor kiyimlarni yechish; qon ketishini to'xtatish; jarohatga aseptik bog'lam qo'yish; jarohatlangan qo'l yoki oyoqni immobilizatsiya qilish; kasalni lozim bo'lgan holatda yotqizish; bemorning hayotiy funksiyalarini tiklash (yurak, nafas, yurak-qon tomir holati, miya faoliyati); og'riqsizlantirish; transportirovka qilish.

Bundan tashqari, har bir tibbiyot hamshirasining vazifasiga o'sha hududdagi aholiga birinchi tibbiy yordam ko'rsatish usullarini o'rgatish ham kiradi. Har bir korxonada va dala brigadasida sanitariya posti tashkil qilinishi lozim bo'ladi. Sanitariya postida

birinchi tibbiy yordamni tashkillashtirish uchun u tibbiy aptechka bilan ta'minlanadi.

Birinchi tibbiy yordam aptechkasi ichida quyidagilar bo'lishi lozim: 5% li yod eritmasi; har xil o'lchamdagi bintlar; individual bog'lov paketi; gigroskopik paxta; jgut; shinalar to'plami; novshadil spirti; BF-6 yelimi; eslatma va tavsiya qog'ozi.

O'rta tibbiyot xodimi faoliyatida asosiy o'rinni travmatizmning oldini olish egallaydi. Bularga zavod va fabrikalarda, yorug'lik, ish joyini yaxshi tashkil qilish, texnika xavfsizligi qoidalariga rioya qilish, texnik asbob-uskunalar, transportdan foydalanish qoidalarini bilish, meteorologik omillar va h.k. kiradi. Shularni nazarga olgan holda, ko'cha, sport va bolalar travmatizmini o'z vaqtida bartaraf qilinadi.

Bundan tashqari, tibbiy hamshiraning shoshilinch yordam ko'rsatish uchun sanitar sumkasi bo'lishi lozim. Bu sumkada:

- bint, paxta, individual paket, ro'mol;
- transport shina to'plami;
- qon to'xtatuvchi jgut;
- steril shprislar, nina, pinsetlar va qon to'xtatuvchi qisqichlar, og'iz kengaytirgich, til ushlagich, nina ushlagich, nina bilan qaychi, skalpel, steril shpatel, jgut va qo'lqoplar;
- xalat, qalpoq, ro'mol, qalam, daftarcha, sochiq, sovun;
- o'pka sun'iy ventilatsiya apparati (RPA) ning eng sodda turi;
- dori-darmonlar (ampulada): analeptiklar (kordiamin, kofein, kamfora, lobelin), analgetiklar (analgin, baralgin, omnopon, promedol), antigistaminlar (dimedrol, suprastin, pipolfen), simpatomimetiklar (adrenalin, noradrenalin), spazmolitiklar (papaverin, platifillin, no-shpa, eufillin), qon to'xtatuvchi preparatlar (ditsinon, vikasol, kalsiy xlor) va boshqa dori-darmonlar (faollashgan ko'mir, magneziy sulfat, kaliy permanganat, yod eritmasi, etil spirti, novshadil spirti va brilliant ko'ki);
- zondlarning har xil turi (me'dani yuvish uchun), qovuq kateterlari, antidotlar (amilnitrat, atropin), dori ichirish uchun stakancha, qoqsholga va gangrenaga qarshi zardob va anatoksin bo'lishi lozim.

Mana shu qo'l ostidagi mavjud dori-darmon, asbob-uskuna bilan hamshira shifokor nazoratida xirurgik bemorlarga lozim paytda birinchi tibbiy yordamni ko'rsatib, o'z vaqtida ixtisoslashgan xirurgik bo'limlarga (umumiy xirurgiya, bolalar xirurgiyasi, travmatologiya, ortopediya, ko'z kasalliklari va h.k.) yuborishni tashkillashtirishda ishtirok etishi lozim bo'ladi.

Reanimatsiya deganda, narkoz, operatsiya, tasodifiy shikastlanish, zaharlanish va boshqalar bilan bog‘liq asoratlar natijasida yuz bergan klinik o‘limda organizmni tiriltirishga qaratilgan tadbirlar kompleksi tushuniladi. Tiriltirish xodimlardan katta tajriba, tez va puxta ishlashni talab qiladigan nihoyatda murakkab jarayondir.

2.1. TERMINAL HOLATLAR VA KLINIK O‘LIM

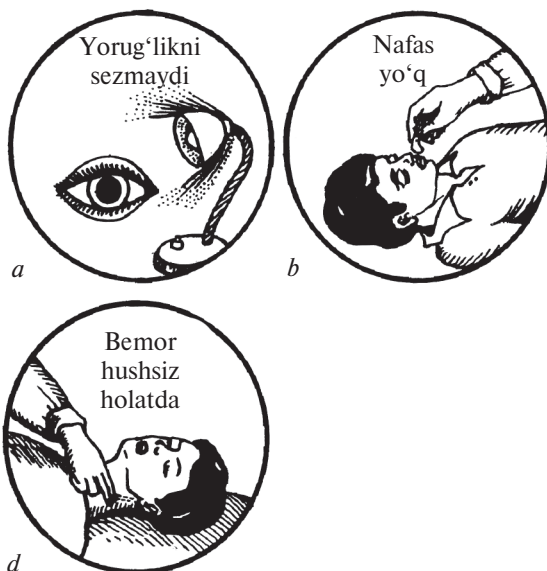
Terminal holat yig‘ma tushuncha bo‘lib, hayot funksiyalari haddan tashqari pasayib ketishi bilan xarakterlanadi va agonal oldi, agonal fazalar, shuningdek, klinik o‘limni o‘z ichiga oladi.

Klinik o‘lim birdaniga yuz bermay, balki qator — agonal oldi va agonal fazalarni o‘taydi. Bular qator hollarda aniq yuzaga chiqmasligi mumkin.

Agonal oldi fazasida es-hush saqlangan, biroq tormozlanish bo‘ladi, arterial bosim past bo‘ladi. Bunda maksimal bosim 40—60 mm simob usutuniga teng, minimalini aniqlab bo‘lmaydi. Tomir urishi sust bo‘lib, hansirash kuzatiladi, nafas ritmi buziladi. Bu faza bir necha soatdan bir sutkagacha davom etadi.

Agonal fazada bemorning es-hushi yo‘qoladi. Ko‘z qorachiq-lari kengayadi, yo‘rug‘likni sezmaydi, arteriya bosimi aniqlanmaydi, tomir urishi bilinmaydi, yurak tonlari bo‘g‘iq, nafas olish siyrak, yuzaki bo‘ladi. Bu faza bir necha daqiqadan bir necha soatgacha cho‘zilishi mumkin.

Klinik o‘lim deganda, yurak, nafas va bosh miya faoliyati to‘xtashi tushuniladi va 4—5 daqiqa davom etadi. Bunday holatda hayot hali so‘nmagan, bosh miya po‘stloq qavati hujayralarida qayta tiklanmaydigan o‘zgarishlar yuzaga kelmagan va hayot faoliyatini to‘la tiklash imkoniyati bo‘ladi (91-rasm). Klinik o‘lim biologik o‘limga o‘tishi mumkin. Biologik o‘lim — organizmning hayotiy jarayonlari orqaga qaytmaydigan holatdir. Nafas va yurak faoliyatining to‘xtashidan tashqari murda dog‘lari va murdaning qotishi biologik o‘limning eng muhim belgilari hisoblanadi.



91-rasm. Klinik o'lim belgilari.

Biologik o'lim yuz berganda nafas va puls bo'lmaydi. Bosh miyada gipoksiya boshlangandanoq qorachiqning keskin kengayishini payqash mumkin. Shuning uchun davo tadbirlarini qorachiq kengayishiga qadar boshlash biologik o'limning oldini oladi.

REANIMATSIYA USULLARI

Yurakning to'xtab qolishi va nafas to'xtashi hali qaytmas, tiklanmaydigan o'zgarishlar biologik o'lim yuz berdi degan ma'noni bildirmaydi. Yuqorida ko'rsatilganidek, biologik o'limdan oldin atigi 4—5 daqiqa davom etadigan klinik o'lim yuz beradi, bu paytda shoshilinch choralar ko'rilgan taqdirda yurak, nafas va bosh miya faoliyatini tiklasa bo'ladi. Bu muhim fursat bo'lib, yurak faoliyatini birmuncha kech muddatlarda ham tiklash mumkin bo'ladi. Ammo bosh miya po'stlog'i faoliyati bunday holatda batamom va qaytmas darajada to'xtaydi. Bu ijtimoiy o'lim yuz berganligidan dalolat beradi, bunda inson ijtimoiy subyekt sifatida jamiyatdagi o'z funksiyalarini bajara olmaydi. Hatto ish namunali yo'lga qo'yilgan taqdirda ham tez tibbiy yordam xizmati 10—15 daqiqa o'tgandan keyingina yetib kelishi mumkin. Shuning uchun oddiy reanimatsiya usullarini bilish katta ahamiyatga ega.

Yurak va nafas faoliyatining buzilishi turli sabablarga ko'ra ro'yobga chiqadi. Ma'lum darajada o'pkadagi havo almashinuvining buzilishi tufayli yurak faoliyati ham izdan chiqib, bemorda terminal holat rivojlanadi va bu reanimatsiya usullarini qo'llashni taqozo qiladi.

Yurak faoliyatining buzilishi va to'xtashi turli vaziyatlarga ko'ra suvga cho'kkanda, bo'g'ulganda, elektr yoki yashindan shikastlanganda: miyaga qon quyilganda, miokard infarktida, issiq urganda, ko'p qon yo'qotilganda, yurak sohasiga qattiq urilganda, muzlab qolganda uchrashi mumkin. Yurak to'xtashi, ko'pincha, turli xildagi gipoksiyalar, giperkapniya va asidozga olib keluvchi jarayonlardan so'ng boshlanadi. Natijada qon aylanishining buzilishi, yurak yetishmovchiligi va nihoyat yurakning to'xtashi kelib chiqadi.

Qon aylanishining buzilishiga uch omil: yurak, qon tomir faoliyatining buzilishi va qon tomir devorining tonusi oshishi sabab bo'ladi. Bu yurakning nasos xususiyati, uning baroretseptorlariga qon yoki boshqa suyuqliklarning bosimi ta'siri tufayli ro'yobga chiqadi. Yurak mushaklarining qon tomirlari bilan ta'minlanishi ham tomir ichi bosimiga bog'liq. Bosim yetarli darajada bo'lsa, yurak toj tomirlarining qon bilan ta'minlanishi yetarli darajada bo'ladi.

Yurak to'xtab qolishining ikki turi farq qilinadi:

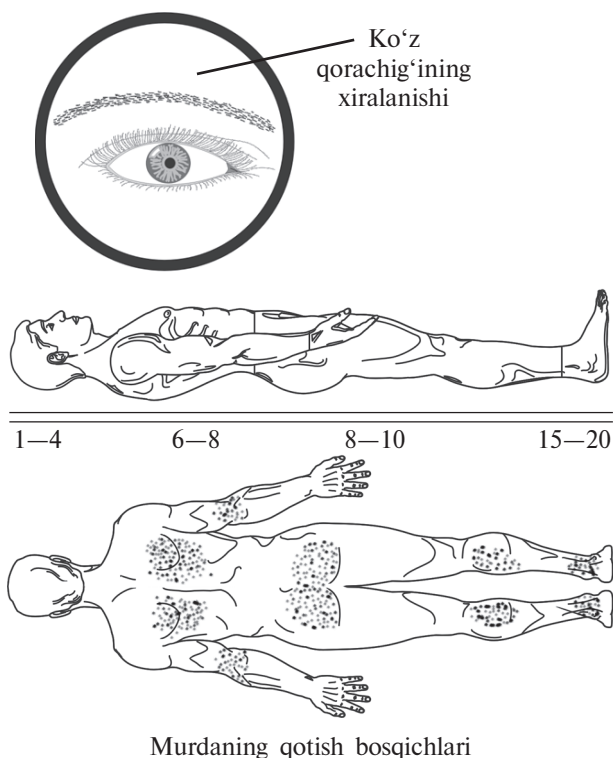
1. Asistoliya.
2. Qorinchalar fibrillatsiyasi.

Qorinchalar fibrillatsiyasida yurak mushaklarining muayyan tolalari betartib, nomutanosib qisqaradi. Asistoliyada yurak qorinchalarining qisqarishi mutlaqo to'xtaydi, ammo bunda miokard tonuslari ma'lum vaqtgacha saqlangan bo'ladi. Yurak to'xtashining asosiy simptomlari quyidagilardan iborat:

- bemorning hushdan ketishi;
- pulsning son va uyqu arteriyalarida yo'qolishi;
- yurak tonlarining eshitilmasligi;
- nafas to'xtashi;
- teri va shilliq qavatlarning oqarishi;
- ko'z qorachiqklarining kengayishi va refleksning yo'qolishi;
- mushaklar atoniyasi;
- jarohatdan qon oqishining to'xtashi va uning rangining qorayishi.

Bu simptomlarning paydo bo'lishi qon aylanishi va yurak faoliyati to'xtashidan darak beradi hamda bunday paytda ortiqcha tekshiruv o'tkazishga, jumladan, qon bosimini o'lchash, pulsni

sanash, EKG yoki shifokorni izlashga hojat qolmaydi. Yurakni tashqi massaj qilish va sun'iy nafas oldirishga kirishish lozim. Yurakni tashqi massaj qilish doim sun'iy nafas oldirish bilan bir paytda olib boriladi, natijada aylanib boradigan qon kislorod bilan ta'minlanadi, bu esa gipoksiya kamayishiga olib keladi. Nafas olishning buzilishi yoki to'xtashi turli sabablarga ko'ra yuzaga keladi: nafas yo'llariga yot jinslarning tiqilib qolishi, og'riq, nafas olish markaziy boshqarilishining buzilishi, miyaga qon quyilishi, suvga cho'kish, elektrdan shikastlanish, ko'krak qafasi shikasti, shok, zaharlanishlar, asfiksiya, qon ketishi va boshqalar. Nafas olish buzilganda yurak faoliyati ham buziladi yoki to'xtaydi (sinkopiya). Yurak faoliyati buzilishlarida miokard infarkti, qon aylanishining buzilish sabablari ham katta rol o'ynaydi. Bemorda biologik o'lim sodir bo'lganda ko'z qorachig'i xiralashadi, yotoq joylarda murda dog'lari paydo bo'ladi. Keyinchalik esa murda tanasi vaqt o'tishi bilan qotadi (92-rasm, a, b).



92-rasm. Biologik o'lim holatlari.

Yurak va o'pka faoliyati buzilishida uni tiklash uchun reanimatsiyaning oddiy usullarini hamma shifokorlar, o'rta tibbiyot xodimlari va aholining ayrim guruhlari ham bilishlari zarur. Buning ma'nosi shundaki, turli baxtsiz hodisalar, shikastlar, zaharlanishlar va shu kabi ko'pgina terminal holatlarda miya po'stlog'ining hujayralari kislorod yetishmovchiligi natijasida 4—5 daqiqa ichida o'ladi. Keng qo'llaniladigan reanimatsiyaning oddiy usullaridan yurakni tashqi uqalash va o'pkaning sun'iy ventilatsiyasi klinik o'lim paytida eng yaxshi natijali va asosiy usul hisoblanadi.

Yurak-o'pkani reanimatsiya qilish quyidagi bosqichlardan iborat:

- 1) nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash;
- 2) shikastlangan odam o'pkasiga havo yoki kislorodni puflash yo'li bilan o'pkani sun'iy ventilatsiya qilish;
- 3) yurakni tashqi uqalash yo'li bilan qon aylanishini sun'iy ravishda ta'minlash;
- 4) dori vositalarini o'z vaqtida yuborish elektrokardiogramma yozuvi yoki kardiomonitorga asoslanib, defibrillatsiyani o'z vaqtida bajarish;
- 5) organizmni hayotiy muhim funksiyalarini quvvatlab turishga va barqaror qilishga qaratilgan reanimatsiya davridan keyingi intensiv davoni o'z vaqtida o'tkazish.

Nafas olish. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash, nafas-tovush boylamlarining spazmi (laringospazm), nafas yo'llariga qusuq massasi tiqilib qolishi, intubatsion naychanning buralib ketishi, tilning halqumga ketib qolishi va shu kabilar oqibatida o'pkaga havo tushishi qiyinlashuvidan nafas faoliyati to'xtashi mumkin. Ana shu xatarli asoratning oldini olish uchun uni yodda tutish va tegishli profilaktik tadbirlar o'tkazish zarur.

Nafas yo'llari to'liq yoki qisman bekilib qolishi mumkin. Be-hush holatda yotgan odamda nafas yo'llari erkin o'tkazuvchanligini tiklash uchun tez va izchillik bilan quyidagi tadbirlarni o'tkazish zarur:

- 1) bemorni qattiq yuzaga chalqancha yotqizish;
- 2) boshini orqaga engashtirish;
- 3) pastki jag'ini oldinga va yuqoriga surish, og'zini ochish;
- 4) og'zi va tomog'ini shilimshiq va boshqa ajralmalardan tozalash;
- 5) bemorning og'ziga havo yuborib, ko'krak qafasi ekskuriyasi va nafas chiqarishini kuzatib borish lozim.

Qator hollarda nafas to'xtashining sababi bartaraf qilingandan keyin ham nafas tiklanmasligi mumkin. Bunday hollarda be-

morga 1—2 ml 20% li lobelin yoki sititon, 1—2 ml 20% li kordiamin 10—20 ml 40% li glukoza eritmasi bilan birga yuboriladi va zudlik bilan sun'iy nafas oldirishga kirishiladi.

O'pkaning sun'iy ventilatsiyasi. Nafas oldirish usuli bemor bo'lgan sharoitlarda va nafas olishning to'xtash sababiga ko'ra tanlanadi.

Tashqi nafas olish jarayoni buzilgan paytda sun'iy ventilatsiya qilishning asosiy usuli o'pkaga nafas kiritishdir. O'pkaga sun'iy nafas berishning oddiy Silvestr va Nilson usullaridan ham foydalanish mumkin. Bu maqsad uchun «og'izdan — og'izga», «og'izdan — burunga» nafas berish usullari, maxsus havo berish qopchasidan, havo kirituvchi naychalar, narkoz niqobi va narkoz asbobi, nafas beruvchi maxsus asboblardan yoki endotraxeal va S simon naychalardan foydalaniladi. Reanimatsiya tadbirlari erta gipoksiya holatigacha boshlansa uning natijasi ham yuqori bo'ladi. Klinik o'limning 3 daqiqasi davomida o'tkazilgan tadbirlardan keyingi ijobiy natija 75%, 4 daqiqadan keyin 50%, 5 daqiqadan keyin 25%, ammo 10 daqiqadan keyin 0 ga teng, chunki odatdagi haroratda to'qimalarning qaytmas o'limi 10 daqqa davomida ro'yobga chiqadi.

Sun'iy ventilatsiya qilishdan oldin nafas yo'llarini erkin o'tkazuvchanligini tashqi ta'minlash uchun dastlab to'siqlar, yot jinslar, suv shilimshiqi va qondan tozalash zarur. Og'iz bo'shlig'ini ko'rib chiqish bilan birga ko'krak qafasini siqib turuvchi kiyimlar ham yechiladi. Og'iz bo'shlig'i sochiq yoki ro'molchani barmoqqa o'rab tozalab artiladi. Agar yosh bola bo'lsa, uni oyog'idan ko'tarib yoki yordam ko'rsatuvchining tizzasiga qorni bilan yotqizilib, nafas yo'llaridagi suyuqliklar va boshqa xalaqit beruvchi narsalardan tozalanadi (93-rasm).

«Og'izdan — og'izga» nafas berish. Bemorni chalqancha yotqizib uning kuraklari tagiga yostiqchaga o'xshatib yumaloqlangan kiyimbosh yoki adyol qo'yiladi va bemorning boshi orqaga engashtiriladi, pastki jag'i esa birmuncha oldinga va yuqoriga suriladi. Shu paytda reanimatsiya o'tkazuvchi chuqur nafas olib,



93-rasm. Bolalar nafas yo'llaridagi yot jismni chiqarish usullari.

soʻngra bemorning ogʻziga havo yuboradi. Havo chiqarish paytida bemor boshi egilgan, pastki jagʻi esa tishlari bir-biriga tegib turgan holatigacha boʻshatiladi, nafas chiqarish kiritishga nisbatan ikki marta uzoqroq boʻladi.

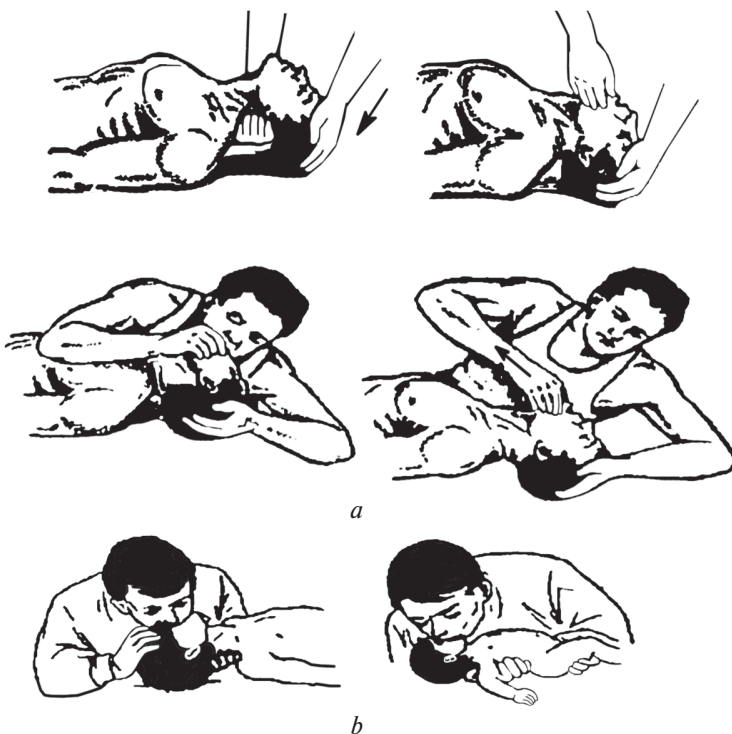
«Ogʻizdan — ogʻizga» nafas berishda reanimatsiya oʻtkazayotgan tibbiyot xodimi ikkinchi qoʻli bilan bemor burnini bekitib turadi. Shundan soʻng bemor ogʻzini roʻmolcha bilan bekitadi va ogʻzi bilan qamrab olib oʻpkasiga havo yuboradi.

Nafas chiqarish sust boʻlib, u koʻkrak qafasining elastikligi hisobiga yuzaga keladi. Shuning uchun reanimatsiya oʻtkazayotgan xodim bemor koʻkrak qafasining harakatini kuzatib turmogʻi lozim, koʻkrak qafasi koʻtarilgach, bemorning yuzini yon tomoniga burish bilan nafas chiqariladi. Nafas oldirish daqiqasiga 20—25 marta boʻlishi kerak. Yuborilayotgan havo hajmi va tarkibini ham unutmash kerak. Reanimatsiya oʻtkazayotgan xodim tomonidan kiritilayotgan havo tarkibidagi kislorod miqdori atmosferadagiga nisbatan kamroq boʻlsa, bemor hayotini saqlab qolish uchun yetarlidir.

Katta yoshdagi bemorlarda «ogʻizdan — ogʻizga» nafas berish bosqichida S simon shakldagi naychalardan foydalanish ancha ijobiy natija beradi. Naychaning bir uchini nafas yoʻliga kiritib, tashqi uchidan puflash bilan havo kiritish oson bajariladi. Bolalarda «ogʻizdan — ogʻizga» nafas berishda pastki jagʻni ushlab turishga hojat qolmaydi. Bemorga nafas kiritilgandan soʻng, bilak, son yoki uyqu arteriyalarida tomir urishi bor yoki yoʻqligini aniqlash zarur, tomir urishi tiklangandan keyin ham sunʼiy nafas oldirish davom ettiriladi.

«Ogʻizdan — ogʻizga» yoki «ogʻizdan — burunga» havo puflash usuli sunʼiy nafas oldirishning eng taʼsirchan va oddiy usullaridan hisoblanadi. Bemorning jagʻi mahkam qisilgan hollarda «ogʻizdan — burunga» sunʼiy nafas oldirish usuli foydali hisoblanadi. Bu maqsadda bir qoʻl bilan bemor boshini manglayidan orqaga engashtiriladi, ikkinchi qoʻl bilan iyagidan ushlanadi va pastki jagʻini yuqoriga koʻtarib, ogʻzi bekitiladi (quyida batafsil maʼlumot beriladi). Soʻngra, chuqur nafas olib, lablar bilan burunni qamrab olib jadallik bilan nafas puflanadi (94-rasm, *a*).

Bolaga sunʼiy nafas oldirishda ogʻiz va burni birgalikda mahkam qamrab olinadi va havo puflanib (oz miqdorda), koʻkrak qafasining koʻtarilishi kuzatib turiladi (94-rasm, *b*). Bolalarda nafas tezligi 1 daqiqada 16—18 marta atrofida boʻlishi kerak.



94-rasm. Sun'iy nafas berish usullari.

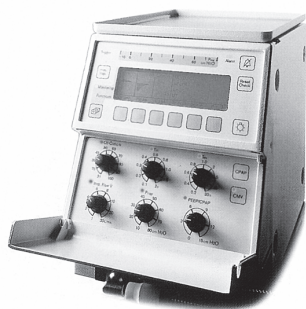
Sun'iy nafas oldirishda «Ambu» va «Ruben» qopchig'i nihoyatda qulay (95-rasm).

Yuqorida bayon etilgan usullarga qaraganda asboblarning (DD-1, DP-2, DP-3, RO-5, RO-6 va hokazolar) yordamida nafas oldirish ko'proq samara beradi. Asboblarning, ayniqsa, so'nggi modellari qo'llanilganda bemorning nafas olishi va nafas chiqarishi avtomatik boshqariladi. Sun'iy nafas oldirish mustaqil nafas olish tiklanguncha cheklanmagan holda uzoq muddat amalga oshirilishi mumkin. Shu maqsadda bolalarga «Bebilog-8000», «Drager EVITA XL» asboblari qo'llaniladi (96-rasm, a, b).

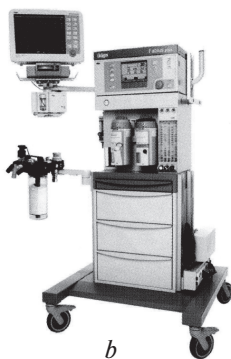
Yurakni tashqi uqalash va sun'iy nafas oldirish, yurak to'xtaganda



95-rasm. Niqob yordamida o'pkani sun'iy ventilatsiya qilish.



a



b

96-rasm. «Bebilog-8000» (a) va «Drager EVITA XL» (b) apparatlari.

o‘tkaziladigan reanimatsion tadbirlar bo‘lib, bular bir vaqtda bajariladi. Yurakni tashqi uqalash usulida to‘sh suyagining pastki 1/3 qismi kaft bilan faol bosiladi. Bunda yurak to‘sh suyagi va umurtqa pog‘onasi oralig‘ida qisiladi va ma‘lum miqdordagi qon yurakdan tomirlarga haydaladi. Bunday harakat daqiqasiga 50—70 marta takrorlanadi va muolaja tekis, qattiq joyda bemorni chalqancha yotqizilgan holatda o‘tkaziladi. Bemorning oyog‘iga veneseksiya qilinib, darhol quyidagi preparatlar yuboriladi: a) adrenalin, noradrenalinning 0,5—1 ml fiziologik eritmasi yurak ichiga; b) natriy bikarbonatning 4% li eritmasi 70—100 ml dan venaga (yuqoridagi preparatlar yurak faoliyati tiklangunga qadar, 10 daqiqadan keyin yarim doza miqdorida kiritilishi mumkin); d) kalsiy xlorning 10% li 10 ml, B₆ vitaminining 6% li 1 ml eritmasi, insulin 10—20 TB dan yurak yoki vena ichiga; e) novokainning 0,5% li 20—40 ml eritmasidan venaga.

Yurakni tashqi uqalash quyidagi ijobiy natija belgilari bilan aniqlanadi: a) uyqu arteriyasida tomir urishining paydo bo‘lishi; b) qorachiqslarning torayishi; d) yuz terisi, tirnoqlar va lablarning qizarishi; e) mustaqil nafas harakatlarining paydo bo‘lishi; f) mushaklar tonusining paydo bo‘lishi.

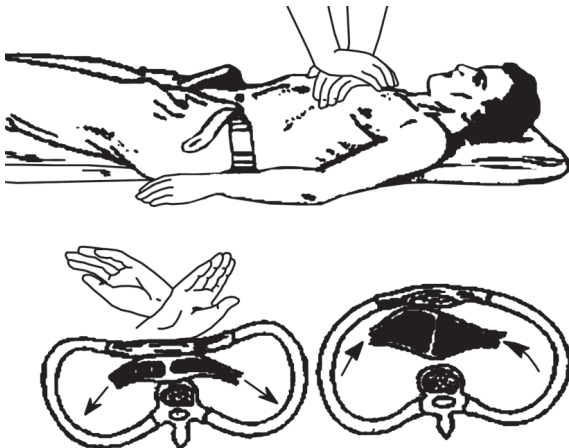
Yurakni tashqi uqalash 2—3 daqiqa davomida o‘tkaziladi va uning natijasi bo‘lmasa yurakni ochiq uqalash o‘tkaziladi (bemorga jarrohlik muolajasi — torakotomiya qilish imkoniyati bo‘lgan taqdirda).

Miokard atoniyasi kuzatilsa, yurak yoki vena ichiga adrenalin, kalsiy xlor, natriy bikarbonat, vitaminlar, gidrokartizon, novokain va boshqa preparatlarni takroran kiritish lozim.

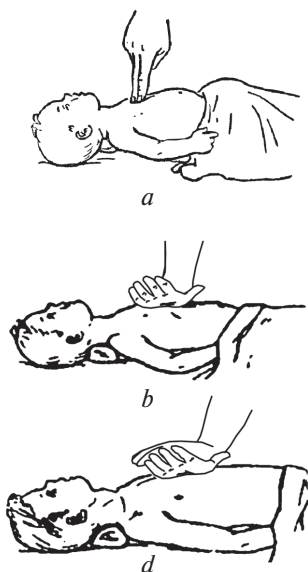
Miyadagi qisqa muddatli gipoksiya miya faoliyatini izdan chiqarishi mumkin. Shuning uchun ham bemorlarga kislorod, vena ichiga glukoza, C, B vitamin guruhlari va yurak glikozidlari, antibiotiklar kiritiladi. Antigistamin preparatlari, kalsiy xlor, kortikosteroidlar, benzogeksoniy yoki arfonad kabilarni kiritish miya va o'pka shishishining oldini oladi.

Yurakni bilvosita (yopiq) uqalash. Bu usulning mohiyati shundan iboratki, yurakning to'sh suyagi bilan umurtqa pog'onasi o'rtasida bosilishi tufayli katta va kichik qon aylanish doirasining yirik tomirlariga qon haydaladi va shu tariqa qon aylanishi va hayotiy muhim a'zolar funksiyasi sun'iy ravishda quvvatlab turiladi. Bemor qattiq o'ringa (pol, stol, kushetka) chalqancha yotqiziladi. Bir qo'l kafti to'sh suyagining pastki uchdan bir qismiga, ikkinchi kaft birinchisining ustiga qo'yiladi, qo'llar tirsak bo'g'imlarida yozilgan bo'lishi kerak (97-rasm).

Barmoqlarni ko'krak qafasiga tekkizmaslik g'oyatda muhim, bu bir tomondan uqalash ta'sirchanligiga imkon beradi, chunki harakat kuchi ko'krak devoriga emas, balki to'shning pastki uchdan bir qismiga yo'naltiriladi va ikkinchidan qovurg'alarning sinish xavfi birmuncha kamayadi. So'ngra yordam ko'rsatayotgan odam to'shni turtkisimon bosib, uni umurtqa pog'onasi yo'nalishi bo'yicha 3—5 sm ga siljitishga, shu vaziyatda taxminan 1, 2 soniya (katta odamda) tutib turishga, so'ngra qo'llarni to'shdan olmasdan turib, ularni tez bo'shashtirishga harakat qiladi.



97-rasm. Yurakni yopiq usulda uqalash.



98-rasm. Bolalarda yurakni yopiq usulda uqalash.

Ko'krak qafasini faqat qo'l kuchi bilan emas, balki gavda og'irligini ishga solib bosish kerak. Bu uqalashning juda ta'sirchan bo'lishini va uzoq muddat uqalash uchun kuch saqlanib qolishini ta'minlaydi. Turtkisimon harakatlar soni 60 dan kam bo'lmasligi kerak.

10—12 yoshgacha bo'lgan bolalarda yurakning tashqi uqalanishini faqat bir qo'l bilan, chaqaloq bolalarda esa ikki barmoq uchi bilan o'tkazish kerak. Turtkilar soni daqiqasiga 70—80 va 100—120 bo'lishi lozim (98-rasm, a, b, d).

To'shni har gal bosishda uyqu va son arteriyalarida puls paydo bo'lishi va ko'z qorachiqklarining torayishi o'tkazilayotgan tashqi uqalashning foyda berayotganining mezonini hisoblanadi.

Yurakni to'g'ridan to'g'ri (ochiq) uqalash. Quyidagi hollarda bu usulga ko'rsatma bo'ladi: 1) bilvosita yurakni uqalash yetarlicha foyda bermaganida; 2) ko'krak bo'shlig'ida o'tkaziladigan operatsiyada yurak to'xtab qolganda; 3) yurak tamponadasida, plevra ichiga qon oqqanda yoki pnevmotoraksda; 4) ko'krak qafasining ro'y-rost rigidligi yoki umurtqa pog'onasi va ko'krak qafasi patologiyasi (bukriligi) tufayli; 5) gipotermiya holatidagi bemorlarda defibrillatsiyaga takror urinishlar natija bermaganda va bevosita yurakni isitish zarur bo'lganda.

Yurakni ochiq uqalash texnikasi (shifokor o'tkazadi) muayyan ko'nikmalarni talab etadi, bunday ko'nikmalar bo'lmaganda bu usulni qo'llamaslik kerak. Buning uchun ko'krak qafasi 4—5 qovurg'a orasi bo'yicha chap tomondan ochiladi. Yurak perikardini ochmasdan va perikardni ochib uqalash mumkin. Jarroh yurakni kaftiga oladi. Qo'lning to'rt barmog'i yurak orqasida, bosh barmoq esa oldingi tomonda bo'ladi. Barmoqlar va kaft yordamida yurak jadallik bilan qisiladi. Yurak katta bo'lganda bir qo'lni orqaga, ikkinchisini esa oldinga qo'yib, ikkala qo'l bilan uqalanadi.

Bu yetarli natija bermaganda yurak bo'shlig'iga adrenalin, kalsiy xlorid yuboriladi. Bu vaqtda aorta ravog'iga qon quyish mumkin. Yurak faoliyati tiklanganda ba'zan yurak mushagining oz-

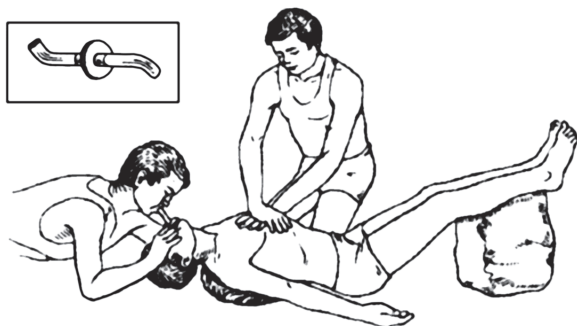
moz uchishi (fibrillatsiyasi) ko‘riladi. Bunday hollarda yurak orqali defibrillator asbobi yordamida 4000—6000 V kuchlanish atrofidagi elektr zaryad o‘tkaziladi.

Reanimatsiya tadbirlari vaqtida o‘pkaning sun‘iy ventilatsiyasi bilan yurak uqalashni birga qo‘shib olib borilishini unutmaslik kerak. Reanimatsiya tadbirlarini ikki kishi bajaradi (bir kishi bajarishi ham mumkin). Bittasi o‘pka ventilatsiasini o‘tkazadi, ikkinchisi yurakni uqalaydi. Sun‘iy nafas oldirish va yurak qisqarishlari o‘rtasidagi nisbat 1:5 bo‘lishi kerak, ya‘ni har gal havo yuborishdan keyin yurakni 5 marta uqalash zarur. Havo puflash vaqtida tashqi uqalashni to‘xtatish kerakligini unutmaslik lozim, aks holda havo shikastlangan odamning o‘pkasiga kirmaydi (99-rasm).

Qon aylanishi tiklangan vaqtni aniqlash uchun har 2—3 daqiqa oralig‘ida uqalashni bir necha soniyaga to‘xtatish lozim. Agar yurak faoliyati tiklangan bo‘lsa va uyqu arteriyalarida puls aniqlansa, uqalash to‘xtatiladi, o‘pkaning sun‘iy ventilatsiyasi esa mustaqil nafas tiklanguncha davom ettiriladi.

Dori-darmonlar yuborish. Klinik o‘lim vaqtida dori vositalarini faqat shifokor tayinlaydi. Preparatlar faqat qon o‘zaniga yuqorida ko‘rsatib o‘tilgan reanimatsiya tadbirlari jarayonida yuboriladi.

0,1% li adrenalın venaga yoki yurak ichiga 0,5—1 mg dan har daqiqada bo‘lib-bo‘lib yuboriladi. Uni natriy gidrokarbonatning 7% li yoki 4% li eritmasi bilan venaga 1—2 ml/kg dozada qo‘llash eng yaxshi natija beradi. Dori-darmonlar yuborish jarayonida uqalash ancha foydali bo‘ladi, tomirlar tonusi yaxshilanadi, arteriya bosimi ko‘tariladi, qon oqimi kuchayadi. Miokardning qisqarish xususiyatini kuchaytirish uchun kalsiy xloridning 10% li eritmasidan 5—10 ml ni venaga yuborish maqsadga muvofiq bo‘ladi.



99-rasm. Sun‘iy nafas berish va yurakni yopiq usulda uqalash.

Reanimatsiya tadbirlari o'tkazishda brigada tuzilib, xatolikka yo'l qo'ymasdan tez harakat qilish kerak bo'ladi. Anesteziist hamshira shoshilinch intubatsiya, traxeostomiya, yurakni yopiq va ochiq uqalash, arteriya ichiga qon quyish va shu kabilarda qanday asboblarni qay tartibda uzatish kerakligini bilishi shart. Reanimatologlar brigadasining ishi tartibli bo'lgandagina ijobiy natija berishi mumkin.

«*Og'izdan — burunga*» *nafas berish*. Ayrim holatlarda chaynov mushaklarining kuchli tirishishi tufayli og'izni ochishga imkoniyat bo'lmaydi, bunday hollarda sun'iy nafas oldirish burun orqali bajariladi.

Bu usulda havo bemorning burni orqali kiritiladi. Bunday yo'l bilan bemorning og'zini bekitib, burun bo'shlig'iga puflanadi. Til orqaga ketib qolmasligi uchun pastki jag'ni oldinga siljitib turish lozim. Havo chiqarishda bemorning og'zi ochiq bo'lishi kerak. Bu usulda bosh yetarli darajada orqaga egilmasa havoning ko'proq qismi me'daga tushib qolishi va uning kengayishiga olib kelishi mumkin, buning natijasi me'da massasining bir qismi halqumga chiqishi (regurgitatsiya) va nafas yo'lga tushib qolishi (aspiratsiya) kabi og'ir asoratlarni yuzaga keltirishi mumkin.

Shuning uchun ham sun'iy nafas oldirish paytida qorin devorining kattalashuvi kuzatilsa, bu havoning me'daga tushayotganidan darak beradi. Reanimatolog bu holatga diqqatini qaratmog'i lozim. Yuqoridagi kabi asoratlar bo'lmasligi uchun nafas purkash paytida me'da sohasi kaft bilan bosiladi, ammo bu paytda aspiratsiyaning oldini olish chora-tadbirlarini ham ko'rmoq lozim. Bunda bemor boshini yonboshiga qaratib, zarur bo'lgan paytda bemorning og'zini tezda qusuq massalaridan tozalash kerak.

Kasalxona, qabul bo'limi, sog'lomlashtirish punktlari va QVPlarda o'pkani sun'iy ventilatsiya qilish uchun maxsus asboblardan — respiratorlardan foydalaniladi. Buning uchun qo'l bilan boshqariladigan kichik va oddiygina RPA-1, RPA-2 apparatlaridan foydalaniladi. Bu apparatlar yordamida istalgan hajmda havo kiritish mumkin. Apparat tarkibida og'iz ochgich, turli o'lchamdagi narkoz niqoblari va havo o'tkazuvchi naychalar bo'ladi.

Bu apparatlardan to'g'ri foydalanishni har bir tibbiyot xodimi bilishi lozim. Tez yordam mashinalari, maxsus cho'milish joylaridagi qutqarish stansiyalari ham RPA respiratorlari bilan ta'minlangan bo'lishi lozim.

Umumiy intensiv davolash xususiyatlari. Davolash, asosan, quyidagi asosiy patalogik o'zgarishlarni: gipoksiya va gipoksemiya, katta va kichik qon aylanish doirasidagi dimlanishni, yurakning qisqarish funksiyasini va elektrolit muvozanatini normallashtirishni o'z ichiga oladi.

Gipoksiya va gipoksemiya oksigen bilan davolash tufayli barataraf qilinadi. Bemorga namlangan oksigen berish bilan miokarddagi kislorod miqdori oshiriladi, bu bilan miokardning qisqarish funksiyasi yaxshilanadi hamda sianoz va nafas siqilishi kabi alomatlar kamayadi.

Yurakka oqib kelayotgan qon miqdorini kamaytirish quyidagicha bajariladi: oyoqlarni pastga tushirish yoki 20—30 daqiqa jgut (yoki manjet) qo'yish bilan venadagi qon aylanishini vaqtincha to'xtatib turish (depolash).

Siydik haydovchi preparatlarni quyish bilan organizmdagi suyuqlikni chiqarishni tezlashtirish uchun bemorga laziks (furosemid) va manitol, diakarb (fonurit), gipotiazid (0,025—0,5), suyuqliklar ichish tavsiya qilinadi va tuz chegaralanadi. Laziks 4—12 mg, uregit 50—100 mg yoki mochevinaning 30% li eritmasi venaga yuboriladi.

Miokardning qisqarish funksiyasini yaxshilash uchun yurak glikozidlarini quyish asosiy o'rinda turadi. Yurak glikozidlari ta'sirida yurak ritmi, miokardning qisqarish xususiyati, energiya, elektrolit va gormonlar almashinuvi tezda yaxshilanadi. Bu maqsadda og'ir holatlarda, ko'pincha, strofantin va korglikon qo'llaniladi. Strofantinning 0,5 ml 0,05% li eritmasi 10 ml 40% li glukoza bilan birga venaga kuniga 1—2 marta yuboriladi. Bolalar uchun (chaqaloqlarga) strofantinni bo'lib-bo'lib yuborish mumkin (0,025 mg/kg yoki 0,25 ml/kg). Strofantin bo'lmasa, uning o'rniga strofantin nastoykasi 2 tomchidan 40% li glukoza eritmasi bilan ichishga beriladi.

Korglikon va erizid ta'sir qilishiga ko'ra strofantinga yaqin va kam zaharli. Korglikon kuchli va tez ta'sir qilib, uning 0,5—1 ml miqdori 40% li glukoza eritmasi bilan venaga sekin yuboriladi (4—6 daq.) va 8—10 soat davomida ta'sir etadi. Undan tashqari, digoksin, izolanid, olitrozid kabi glikozidlar ham ishlatiladi. Erizid 0,5—1 ml dan 40% li glukozaning 20 ml eritmasida venaga yuboriladi. Bu infarktning o'tkir davrida, paroksizmal taxikardiya, titroq aritmiya, gipertonik krizda yaxshi natija beradi. Yurak glikozidlari nihoyatda sekinlik bilan vena orqali yuboriladi.

Strofantin dozadini oshirish hollarida bemorga papaverin va magneziiy sulfat, unitiol va panangin eritmalarini qo‘shimcha yuborish lozim.

Bemorda shishlar paydo bo‘lganda digitalis preparatlari bilan birgalikda eufillin 0,3—0,5 g dan kuniga 3 marta yoki 5,0—2,4% li eritmasi 20,0—40% li glukoz bilan vena ichiga yuboriladi. Eufillin miokard qisqarishini, kichik qon aylanish doirasidagi gemodinamikani yaxshilaydi.

Kortikosteroid gormonlari tomirlar o‘tkazuvchanligi oshishida uni normal holatga qaytaradi, tomirlarning periferik qismidagi qarshilikning pasayishi va yurakning siqib chiqarish ishini yaxshilaydi. Buning uchun prednizolon 60—100 mg, gidrokartizon 100—200 mg va deksametizon 2—4 mg dan qo‘llanadi. Bolalar uchun prednizolon 1—2 mg/kg dan ishlatiladi, yurak mushaklaridagi metabolik o‘zgarishlarni korreksiya qilish maqsadida glukoz eritmasi bilan insulin, panangin, kokarboksilaza, B₁, B₆, C, PP vitaminlari, gidrokarbonat eritmasi va unitiol kabi preparatlar ham ishlatiladi.

2.3. O‘TKIR NAFAS YETISHMOVCHILIGI REANIMATSIYASI VA INTENSIV TERAPIYA

Organizmdagi a‘zolarining hayot faoliyati uchun kislorod juda zarur, buning uchun tashqi muhitdagi havo tarkibidagi kislorod tashqi nafas yo‘llari orqali kirib, o‘pka alveolarini to‘ldiradi va alveola devori orqali o‘pkadagi kapillar qon tomiriga o‘tib, to‘qimalarga tarqaladi. O‘pka alveolari orqali karbonat angidrid gazining kislorod bilan almashinishiga tashqi nafas olish deyiladi. Shunga ko‘ra organizm O₂ bilan ta‘minlanib, tashqi muhit bilan alveola o‘rtasida doimiy bog‘liqlik bo‘ladi.

O‘tkir nafas yetishmovchiligi haqida tushuncha. Tashqi nafas olish bilan organizmning oksigenga nisbatan ehtiyojini qondira olmagan holati, keng ma’noda aytganda, o‘pkalarning nafasga aloqador bo‘lmagan va nafasga aloqador funksiyalari buzilishi natijasida venoz qonning arterial qonga aylantirish qobiliyatining izdan chiqishi o‘tkir nafas yetishmovchiligi (O‘NY) deb tushuniladi. Natijada organizmda chuqur va og‘ir gaz almashinuvi buzilishi kuzatiladi.

O‘NY kelib chiqish sabablaridan qat’i nazar, organizmdagi qon va to‘qimalardagi kislorod miqdorining kamayishi gipoksiya holatiga olib keladi. O‘NY quyidagi sabablarga ko‘ra rivojlanadi:

— nafas aʼzolarining shikastlanishi, jumladan, koʻkrak qafasining, traxeyaning jarohatlanishi, infeksiya, intoksikatsiyalar va boshqalar natijasida;

— kalla va bosh miyaning shikastlari, dori-darmonlar taʼsiri, gipoksiya, operatsiya tufayli nafas markazi ishining pasayishi va boshqalar natijasida;

— bemor nafas yoʻllarining bekilib qolishi yoki obturatsiya tufayli;

— gemoglobin miqdorining kamayishi, anemiya, is gazidan zaharlanish;

— umumiy aylanib yuruvchi qon miqdorining kamayishi yoki venalarda qon dimlanishi natijasida kislorod miqdorining kamayishi.

Klinikasi. OʻNY da rivojlanayotgan gipoksiya va giperkapniya tufayli hayotiy zarur aʼzolar faoliyati izdan chiqadi. Shunga koʻra kompensator mexanizmlar ishga tushishi natijasida bemorda yoʻtal, nafas siqishi, nafas olishning tezlashuvi, nafas yetishmasligi, boʻgʻilish kabi holatlar paydo boʻladi. Boʻgʻilishda yengil sianoz boʻlib, pulsning tezlashuvi kuzatiladi, bemor es-hushining oʻzgarishi va koma holatlari rivojlanadi. Bemor dastlab qoʻzgʻalgan, bezovta boʻlib, keyin tormozlanish jarayoni boshlanadi, alahlaydi (gallutsinatsiya va alahlash). Bemorning teri qavatlari nam, yuzi koʻkargan yoki oqargan boʻladi. Nafas olishda yordamchi mushaklar, burun qanotlari qatnashadi, taxikardiya kuchayadi, puls va AB koʻtarilib ketadi.

Gipoksiya organizmda quyidagi darajalarda rivojlanadi:

1-darajali gipoksiyada nafas olish tezlashadi, sianoz, AB koʻtariladi va taxikardiya kuchayadi.

2-darajali gipoksiyada taxikardiya, sianoz, nafas olish qiyinlashadi, bemor hushidan ketadi, ammo reflekslar saqlanadi.

3-darajasi bemorning koma holati bilan xarakterlanadi, reflekslar ham yoʻqoladi, sianoz keskin rivojlanadi va bradikardiya paydo boʻladi. Bu darajada 4—5 daqiqa davomida bevosita reanimatsiya usullarini qoʻllash bilan bemor hayotini saqlab qolish mumkin.

4-daraja soʻnggi bosqich boʻlib, bemorni asrab qolish qiyin kechadi.

Giperkapniya ham 2 darajada rivojlanadi:

1-darajasida nafas siqishi, kuchli terlash va bronxlardan suyuqlik ajralishi kuchayadi. Diurez kamayadi, AB tushib ketadi, bemor qoʻzgʻalgan va bezovta boʻladi.

2-darajasida nafas soni kamayadi, bronxlar gipersekretsiyasi, nafas siqishi, sianoz paydo boʻladi, organizmga havo kiritish bilan ular tezda yoʻqoladi. Bemor hushidan ketadi va koma holatiga tushadi. Renimatsiya tadbirlari yaxshi natija beradi.

Davosi. OʻNYni davolash reanimatologiyaning asosiy vazifalaridan biri hisoblanadi. Davolash tadbirlari simptomatik xususiyatga ega, chunki jarayon boshqa biror kasallik tufayli roʻyobga chiqadi. Shunga koʻra, reanimatsiya tadbirlari ham nafas yetishmovchiligini keltirib chiqargan sabablarni nazarda tutgan holda olib boriladi. Ogʻir asoratlarning oldini olish uchun davolash hayotiy zarur funksiyalar izdan chiqmasdan ancha erta boshlanishi lozim.

Ogʻir nafas yetishmovchiligida dastlab jarayonni keltirib chiqaruvchi sabablarni yoʻqotish kerak va keyin simptomatik davo choralari koʻriladi.

1. Nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligi buzilishi nafas yoʻlining bekiilib qolishi sababli tilning orqaga ketib qolishi va pastki jagʻning tushib ketishi tufayli paydo boʻladi. Shuning uchun bunda jagʻni oldinga koʻtarish, nafas yoʻli oʻtkazuvchanligini eng oddiy usul — havo oʻtkazuvchi naychalar qoʻyish bilan tiklash mumkin.

Halqum refleksi boʻlmaganda bemorlar naychaga qarshilik koʻrsatmaydi. Bunda traxeyaning shilliq pardasini qitiqlash bilan yoʻnaltirib, toʻplangan sekretlarni chiqarish mumkin, buning uchun traxeyaning uzuksimon va qalqonsimon togʻaylari orasiga ingichka ninali shpris bilan punksiya qilinib, 1—2 ml fiziologik eritma yuboriladi. Bu muolajalarni har 4—6 soatda takrorlash mumkin. Koma uzoq davom etsa shu usul yoʻgʻonroq igna bilan bajarilib, igna orqali polietilen naychani traxeyaga 3—4 sm kirgiziladi, u chok bilan mahkamlanadi, shu drenaj orqali antibiotik, 2—3 ml fiziologik eritmada eritilgan ximotripsin aralashmasi yuborilib yoʻtal chaqiriladi va shu yoʻl bilan bronx shoxlari tozalanadi.

Bundan tashqari, burun yoʻli orqali kateter kiritish kabi oddiy usul bilan ham suyuqlikni soʻrib olish mumkin. Balgʻamni suyultirish va uning ajralishini osonlashtirish uchun bemorga ingalatsiya, namlangan oksigen fermentlari (tripsin, ximopsin), dezoksiribonukleaza, balgʻam ajratuvchilar (kaliy yod, termopsis) beriladi. Bundan tashqari, quyidagicha davo oʻtkaziladi. Agar bronxlar spazmga moyil boʻlsa, eufillin va gormonlar tavsiya etiladi.

Ogʻriqsizlantirish. Bemorni turli yoʻllar yordamida ogʻriqdan xoli etish bilan yoʻtal orqali bronxlarni tozalab turish zarur, aks holda oʻpkada ogʻir asoratlar rivojlanishi mumkin.

Kislorod bilan davolash. Kislorod berish yoʻli bilan organizmdagi gipoksiya kamaytiriladi. Buning uchun nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligini taʼminlagan holda oʻpkaning sunʼiy ventilyatsiyasini oʻtkazish maqsadga muvofiq. Kislorodni namlangan holatda Bobrov asbobi orqali burun nafas yoʻliga qoʻyilgan kateter bilan beriladi. Bu maqsadda KI-1, KI-2, I-2 ingalatsiyalaridan va narkoz asboblardan foydalanish mumkin.

Organizmda kislorod miqdorining oshib ketishi va uning taʼsirini kamaytirish maqsadida ingalatsiya har 2 soatda 20—30 daqiqaga toʻxtatiladi. Kislorodli davo uchun faqat tibbiy kislorod ishlatiladi, uning tarkibida 91% oksigen va 1% azot mavjud.

Oʻtkir nafas yetishmovchiligi rivojlanishida unga qarshi radikal usullardan foydalanish ijobiy natija beradi. Buning uchun konikotomiya, traxeostomiya va traxeyani intubatsiya qilish usullari ishlatiladi.

Konikotomiya zudlik bilan qilinadigan operatsiya boʻlib, turli sabablarga (jumladan, yot jismlar, tomoqdagi shish, shikastlar, oʻsmalar va boshqalar) koʻra rivojlangan asfiksiya tufayli qilinadi. Bu operatsiya traxeostomiya qilish uchun vaqt yetmagan va intubatsiya qilishning iloji boʻlmaganda oʻtkaziladi.

Konikotomiyada qalqonsimon va uzuksimon togʻaylar orasidagi parda maxsus asbob — torakotom yoki boshqa oʻtkir asbob bilan ochilib, u yerga traxeostom yoki boshqa intubatsion naycha kiritiladi.

Traxeostomiya. Oʻtkir nafas yetishmovchiligini davolash kompleksiga traxeostomiya ham kiritiladi.

Traxeostomiya quyidagi holatlarda qoʻyiladi:

1. Yuqori nafas yoʻllari bekilib qolganda, yaʼni ovoz naylarida shish, spazm, yot jismlar boʻlganida.

2. Yutish buzilishida.

3. Uzoq muddat oʻpkani sunʼiy ventilyatsiya qilish maqsadida.

4. Traxeya va bronxlardan suyuqlikni soʻrib olish uchun.

5. Traxeyani intubatsiya qilish soʻnggi paytlarda traxeostomiyaga nisbatan koʻproq qoʻllanilmoqda. Zamonaviy yumshoq endotraxeal naychalar bilan 20—35 sutkaga sunʼiy nafas oʻtkazish imkoniyati yaratiladi.

6. Laringoskop yordamida nafas yoʻliga kateterlar qoʻyish yoʻli bilan traxeya va bronxlarni tozalash. Bu usul bemor hushida boʻlsa, umumiy narkoz (ftorotan) ostida oʻtkaziladi.

Behush holatlarda esa bu muolaja shoshilinch boʻlgani uchun narkozsiz ham bajarilishi mumkin.

Aerozol bilan davolash. Buning uchun balg'amni suyultiruvchilar, ko'pgina mahalliy ta'sir etuvchi preparatlar (natiriy gidrokarbonat, fermentlar va boshqalar), bronxolitik, adrenalin, efedrin, izadrin, eufillin kabilar ishlatiladi. So'nggi paytlarda ultratovush bilan davolash ham qo'llanilmoqda.

Nafas yetishmovchiligining og'ir holatlarida va nafas to'xtaganida o'pkani sun'iy ventilatsiya qilish yaxshi natija beradi. O'pkasi sun'iy ventilatsiya qilingan bemorlar har doim tibbiyot xodimlarining diqqat markazida turishi kerak. Bunday bemorlar faqat ko'z bilangina emas, balki asbob yordamida ham kuzatib boriladi. O'pkani sun'iy ventilatsiya qilish infuziya va transfuziya bilan birga olib borilganda ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bemorlarni kuzatish davomida nafas yo'llarini balg'am va shilliqlardan tez-tez tozalab turishni unutmazlik kerak.

2.4. KOMA VA SHOK HOLATLARIDA REANIMATSIYA VA INTENSIV TERAPIYA

Shok — kuchli ta'sirlanishga (og'riqqa) nisbatan markaziy asab tizimining qaytargan javobi, ya'ni gemodinamik o'zgarishlar bilan kechadigan simptomlar kompleksidir. Og'ir shikastlar, jarohatlar, kuyish va turli kasalliklarda organizmning hayot faoliyatiga salbiy ta'sir etuvchi omillardan paydo bo'ladi. Bular, avvalo, og'riq, qon yo'qotish, shikastlangan to'qimalarda hosil bo'lgan zaharli moddalardir. Natijada, bu omillarning bosh miya va ichki sekretsiya bezlariga ta'siri tufayli organizmni boshqarib turuvchi funksiyalar keskin izdan chiqadi va shok holatida murakkab reaksiya bo'ladi.

Shok tufayli organizmning hamma tiriklik funksiyalari: markaziy asab tizimi, qon aylanish, nafas olish, moddalar almashinuvi, jigar va buyraklar faoliyatining buzilishi tez rivojlanadi. Kelib chiqish sabablariga ko'ra, bir-biriga juda o'xshash bo'lgan bir necha shoklar: shikastlanish shoki, kuyish shoki, kardiogen shok, anafilaktik shok, septik shok va boshqalar farqlanadi.

SHIKASTLANISH SHOKI

Bu shokning paydo bo'lishiga a'zo va tana qismlarining shikastlanishlari sabab bo'ladi. Shikastlanish shokining rivojlanishida qon yo'qotish, kuchli og'riq, to'qimalarning parchalanishi kabi omillar muhim o'rin tutadi.

Shokning og'ir va yengil kechishi asab va jismoniy tomondan toliqish, qo'rqish, sovqotish, och qolish, intoksikatsiya kabilarga bog'liq. Shikastlanish shoki qon yo'qotishni yomon ko'taradigan (bolalar, keksalar va og'riqqa juda sezuvchi) shaxslarda tezroq rivojlanadi. Bundan tashqari refleksogen zonalar shikastlanganda ham shok tezroq paydo bo'lishi mumkin.

Shikastlanish shoki patogenezida asosiy omillardan bo'lgan qon va plazmani yo'qotish yotadi, natijada organizmda aylanayotgan (sirkulatsiyadagi) qon va plazma hajmi kamayadi. Bu esa gipoksiya va giperkapniya rivojlanishiga olib keladi. Shu bilan birga qon yo'qotishning tezligi ham ahamiyatga ega. Sirkulatsiyadagi qon hajmining 20—30% ga kamayishi qon bosimining pasayishiga va nihoyat o'limga olib kelishi mumkin. Qon aylanishi buzilishi natijasida o'pka ventilatsiyasi pasayadi, buyrakning ajratish funksiyasi izdan chiqadi, buyrakusti gormonlarini ajralish miqdori kamayadi, unga nisbatan organizmning talabi kuchayadi, jigar funksiyasi izdan chiqadi va nihoyat kengaygan kapillardan plazma hujayralararo bo'shliqlarga chiqa boshlaydi.

Klinikasi. Shikastlanish shokining kechishi ikki bosqichda o'tadi: *erekttil* (qo'zg'alish) bosqichi shikastlangan zahoti rivojlanadi. Bunda asab tizimining qo'zg'alishi tufayli bemorda harakat kuchaygan, es-hush saqlangan, faqat og'riqdan shikoyat qilinadi. Teri va shilliq qavatlar oqargan, sovuq ter bilan qoplangan, puls tezlashgan. AB normada yoki qisman ko'tarilgan, nafas olish tezlashgan. Bemor bezovta, harakatchan. Agar zararli omillar ta'siri davom etaversa, ikkinchi bosqichga o'tadi.

Torpid (tormozlanish) bosqichda asab, yurak, o'pka, jigar, buyraklar faoliyati pasayib ketadi. Qonda yig'iladigan zaharli moddalar tomirlar va kapillarlarni falajlaydi. Bemorning ahvoli keskin og'irlashadi. Es-hush saqlangan bo'lsa-da, ruhiyat qorong'ilashgan (depressiya), teri oqargan, sovuq yopishqoq ter bilan qoplangan. Puls ipsimon tez, AB tushib ketgan, a'zolarga qon kelishi kamaygan bo'ladi. Kislorod tanqisligi kuchayadi, bu esa asab hujayralarining juda tez halok bo'lishiga olib keladi. Nafas olish pasaygan, yurak tonlari bo'g'iq. Buyrak funksiyasi buzilib, anuriya rivojlanadi. Shuning uchun ham shok holatida reanimatsiya va intensiv davo tadbirlarini barvaqt va zudlik bilan o'tkazish kerak.

Shokning klinik kechishi torpid bosqichining og'irligiga ko'ra uch darajaga bo'linadi. Darajalarni belgilashda, asosan, sistolik arterial bosim ko'rsatkichlari asos qilib olinadi.

1-yengil darajasi. Umumiy ahvol qoniqarli, es-hush saqlangan, puls daqiqasiga 90—100 marta uradi, AB 100—90 mm simob ustuniga teng.

2-oʻrtacha ogʻirlikdagi darajasi. Bemorning es-hushi qorongʻilashgan, puls daqiqasiga 110—130 marta uradi, nafas olish tez, 26 marta va yuzaki. Teri oqargan, sovuq ter bosgan, reflekslar soʻna boshlagan.

3-ogʻir darajasi. Bemorning ahvoli ogʻir, esi kirarli-chiqarli, atrofga befarq qaraydi. Terisi yopishqoq ter bilan qoplangan, lablar, burun, barmoq uchlari koʻkimsiz tusda. Puls ipsimon, daqiqasiga 140—160 marta uradi. AB 70 mm simob ustunidan pastga tushib ketgan.

Nafas yuzaki, tez va siyrak boʻladi. Bemor tagini beixtiyor bulgʻab qoʻyishi mumkin.

Shokning yengil darajasi yetarli darajada yordam koʻrsatilmasa, albatta, ogʻir darajasiga oʻtishi va shokning qaytmas oʻzgarishlariga olib kelishi mumkin. Shikastlanganda, fojia roʻy berganda yoki statsionargacha boʻlgan paytda birinchi yordam koʻrsatish qanchalik toʻliq boʻlishi bemor hayoti va uning taqdiriga toʻgʻridan toʻgʻri taʼsir etadi.

Davosi. Shokni davolash kompleksi uning patogenezi nazarida tutgan holda oʻtkazilishi kerak. Shokda birinchi yordam koʻrsatish uni keltirib chiqargan sabablarni bartaraf etishga qaratilgan:

1. Nafas yoʻllarini tozalash va oʻtkazuvchanligini tiklash, intubatsiya va oʻpkani sunʼiy ventilatsiya qilish.

2. Tashqi qon oqishini toʻxtatish, jarohatni bogʻlab qoʻyish, qon toʻxtatuvchi jgutlarni ayrim joylarga bogʻlash.

3. Ogʻriqsizlantirish.

4. Immobilizatsiya.

5. Venaga qon va plazma oʻrnini bosuvchi suyuqliklar yuborish va gemoglobin miqdorini kuzatib borish (100 g/l dan past boʻlmasin).

6. Bemorni shikastlangan joydan ehtiyotlik bilan olib chiqish va tezlik bilan shifoxonaga yotqizish.

Shikastlanish shokida reanimatsiya tadbirlari hayotiy zarur aʼzolar funksiyasi buzilishining oldini olishga qaratiladi. Shokni davolash markaziy asab tizimining funksiyasini normallashtirish, ogʻriqqa qarshi kurashish, sirkulatsiyadagi qon hajmini toʻldirish, tomirlar tonusini koʻtarish, gaz almashinuvi, buyrak, jigar funksiyalarini va boshqa holatlarni normallashtirish kabi maqsadlarni nazarda tutgan holda bajariladi.

Shikastlanganda og‘riq sindromlarini yo‘qotish va pasaytirish bilan bemorning ruhiy reaksiyasini ham pasaytirish kerak. Bu maqsad uchun novokain eritmasi bilan singan suyaklar infiltratsiyasi, g‘ilofli, qovurg‘alararo anesteziya qilish maqsadga muvofiq. Shu bilan birga reopoliglukinni 500 ml dan sutkasiga 2 marta yuborish, analgetiklardan 2 ml (analgin 1—2 ml) morfin, omnupon, pantopon va 1—2 ml promedol ishlatiladi. Morfin nafas markazini susaytiruvchi ta’sirga egaligiga ko‘ra uni bo‘shliq shikastlarida, shokning 3-bosqichida va terminal holatda ishlatmagan ma’qul.

Og‘riqsizlantirish uchun azot oksidi bilan yengil narkoz berish ham yaxshi natija beradi. Kalla, ko‘krak shikastlarida blokadalar qilingandan keyin ular 5—6 daqiqa o‘tgach ta’sir qiladi va 5—6 soatgacha davom etadi.

1. Shundan keyin bemorga nafas transport immobilizatsiyasi qilinadi, ya’ni shikastlangan sohalar Kramer va Diterixs shinalari bilan mahkamlanadi.

2. Nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini tiklash va kuzatib borish zarur, chunki nafas o‘tishining buzilishi o‘tkir nafas yetishmovchiligiga olib keladi.

Sirkulatsiyadagi qon hajmining to‘lishi, shok paytida qon hajmining kamayishi tashqi va ichki qon oqishi tufayli yuzaga keladi. Davom etayotgan qon oqishi paytida qon hajmini to‘ldirish mumkin emas. Shuning uchun ham avval oqayotgan qon to‘xtatilib, so‘ngra uning o‘rnini to‘ldirmoq zarur. Bu maqsad uchun turli xildagi kolloid eritmalar ishlatiladi.

Sintetik kolloid eritmalar — poliglukin, reopoliglukin, polidez, jelatinol; kristall tuzli eritmalar (ringer, laktosol, natriy xlorning izotonik eritmasi) vena orqali yuboriladi. Aylanma qon hajmi tiklanganligi arterial va markaziy venalardagi bosim ko‘tarilishi bilan belgilanadi. Shokning hamma bosqichida qon tomiriga gistaminning ta’sirini hisobga olib, albatta antigistamin preparatlar (dimedrol, suprastin, pipolfen) yuboriladi.

Nafas buzilishiga qarshi kurashish uchun shok paytida har doim nafas buzilishini kuzatish kerak. Kurak, umurtqa pog‘onasi, orqa miya shikastlarida va elektrdan shikastlanishlarda nafas olishning buzilishi ko‘proq namoyon bo‘ladi. Bunday holatda oksigen ingalatsiyasi qilinishi kerak. Shu bilan birga bemor o‘p-kasi asbob orqali uzoq muddat sun’iy ventilatsiya qilinadi. Natijada bemorda gipoksiyaning oldini olish mumkin bo‘ladi.

Moddalar almashinuvi buzilishining oldini olish va normalashtirish uchun 4% li natriy gidrokarbonat (200—300 ml), natriy laktat (200 ml), venaga 10—15 ml 5% li askorbinat kislota, 1—2 ml B₁, B₆, B₁₂ vitamin eritmalari yuboriladi.

Giperkalsiyemiya rivojlangan taqdirda 1% li kalsiy xlor, glukoza, insulin bilan prednizolon 30—60 mg dan venaga yuboriladi. Vena ichiga plazma, oqsil gidrolizati, albumin (10—20, 200 ml) kiritish bilan organizmdagi oqsillar yetishmovchiligi (gipoproteinemiya) bartaraf qilinadi.

Tromboemboliyaning oldini olish uchun 5000 TB geparin har 6 soatda yuboriladi. Proteaz ingibitorlari (trasilol), kontrikal 40—60 TB dan buyuriladi. Oʻtkir buyrak yetishmovchiligida esa diuretiklar qoʻllaniladi, peritoneal yoki ekstrakorporal dializ qilinadi. Bemorlar zarur boʻlsa, zond orqali ovqatlantiriladi va umumiy gigiyenik choralar amalga oshiriladi.

KARDIOGEN SHOK

Kardiogen shok miokard infarktining eng xavfli, baʼzan oʻlimga olib keluvchi holati boʻlib, 12—15% holda uchraydi. Natijada, yurakning nasos funksiyasi buziladi, periferik qon tomirlar kengayib, qon bosimi tushib ketadi.

Kardiogen shokning rivojlanish sabablari miokard infarkti, mitral va aorta klapanlarining poroklari hamda operatsiyalar hisoblanadi.

Kardiogen shok tufayli qon aylanishining periferik qismidagi mikrosirkulatsiyasi izdan chiqadi, natijada arteriyalarda spazmalar paydo boʻladi, ularda kislorodni tashish va toʻqimalarni oziqlantirish funksiyalari buziladi. Buning natijasida toʻqimalarda gipoksiya va asidoz rivojlanadi, fermentlar muvozanati buzilib, toʻqimalarning nobud boʻlishi kuzatiladi. Vena qonining yurakka qaytib kelishi pasayishi tufayli yurakning ishlashi, har daqiqada qonning yetib borish funksiyalari ham pasayaveradi. Kardiogen shokning reflektor, areaktiv, aritmik shok kabi turlari mavjud.

Klinikasi. Kardiogen shokda qon bosimining tushib ketishi, nafas olishning buzilishi, oliguriya, anuriya va asidozning rivojlanishi kuzatiladi. Shu bilan birga terining oqarishi, sovuq ter, sianoz, venalarning boʻshashib qolishi, pulsning ipsimon boʻlishi kabilar tez rivojlanadi. Arterial qon bosimi 50—20 mm simob ustuniga tushib ketadi. Tana harorati ham pasayadi. Bemorda

ogʻriq sindromi kuchli boʻladi, oʻtkir yurak va buyrak yetishmovchiligi paydo boʻladi. Bemor hushidan ketadi, atrofga befarq qaraydi, nigohi uzoqqa tikilgan holatda boʻladi.

Kardiogen shokning ham uch darajasi: yengil, oʻrta va juda ogʻir darajalari mavjud.

1-darajasi. Yurak yetishmovchiligi simptomlari yetarli darajada rivojlanmagan holda AB 90—70 mm simob ustunida 4—5 soat davom etadi.

2-darajasi. Bunda shokning periferik simptomlari, yurak yetishmovchiligi simptomlari (tinch holatdagi nafas tiqilishi, akrotsianoz, oʻpka dimlanishi, xirillashlar), gemodinamikaning turgʻun emasligi rivojlana boshlaydi, AB 70 mm simob ustunidan pastga tushadi, puls ingichka va tezlashgan. Bu davr 5 soatdan koʻproq davom etadi.

3-darajasi. Bemorning ahvoli juda ogʻir boʻlib, AB keskin tushib ketadi, puls aniqlanmaydi yoki ipsimon, oʻtkir yurak yetishmovchiligi va oʻpka shishi rivojlanadi.

Davosi. Dastlab bemorning ahvoliga koʻra, kislorod berish uchun burunga kateter qoʻyish bilan bir vaqtda kardioskop va elektrokardiograf asboblari ham ulanadi.

Ikkinchi asosiy davolash muolajalaridan biri venaga kateter qoʻyish. Tashxis toʻliq tahlil qilingunga qadar tomchi holatda quyidagi eritmalarni yuborish maqsadga muvofiq: 5—20% li glukozadan 300 ml (1 TB insulin 3—4 g), quruq glukoza 1:9 nisbatda, kalsiy xlor 1,5—2 g, 5% li B vitamini 2 — 3 ml va prednizolon 30—60 mg.

Yurak faoliyatini yaxshilash maqsadida antiaritmik preparatlar, yurak glikozidlari, β -blokatorlar (anaprilin, obzidan, inderal) qoʻllaniladi. Sinusli bradikardiyaning davolash uchun 0,1% li atropindan 0,5—1 ml vena ichiga va teri ostiga, 0,06% li alupent 0,5—1,0 ml dan vena ichiga yoki teri ostiga yuboriladi.

Qorinchalar ekstrasistoliyasini davolash maqsadida 1% li lidokain 5—10 ml dan venaga tez yuboriladi. 10% li novokainamid 5—10 ml dan vena ichiga, xinidin 0,1—0,2 g dan ichishga beriladi.

Tromboemboliya asoratlarning oldini olish uchun antikoagulantlardan dastlab 10—25 ming birlikda heparin vena ichiga, soʻngra 5—10 ming birlikdan 4—6 soat davomida teri ostiga yuboriladi. Shu bilan birga fibrinolizin 30000 TB yoki streptokinaza 250000—750000 TB, tromboplastin, dikumarin va fenilin yuborish zarur.

KUYISH SHOKI

Kuyish shoki kuyish tufayli juda kuchli ogʻriq taʼsiriga organizmning qaytargan javob reaksiyasidir.

Kuyishning 2—3-darajasida kuyish teri sathining 5% ni tashkil etsa yoki 1-darajali kuyishda 10—15% maydonni egallasa shok rivojlanishi mumkin. Agar kuyish nafas yoʻllarida boʻlsa, terining kuyish maydoni kichik boʻlgan taqdirda ham, shok rivojlangan bolalarda terining 1/3—1/4 qismi kuyganda hayot uchun xavfli shok rivojlanishi va baʼzan oʻlim bilan tugashi mumkin.

Kuyish sezuvchi asab oxirlariga taʼsir etib, kuchli ogʻriqqa sabab boʻladi. Kuchli ogʻriq esa, oʻz navbatida, markaziy asab tizimida oʻzgarishlar sodir qiladi. Issiqlikning toʻqimalarga taʼsiridan kapillar devorlarining oʻtkazuvchanligi buziladi. Oqibatda, tomir ichidan oqsil va suyuqliklar toʻqimalar orasiga chiqib keta boshlaydi. Shuning natijasida kuygan toʻqimalar va maydon atrofida shish paydo boʻladi. Organizmning suyuqlik yoʻqotishi kuyishning 2—3-darajalarida koʻproq uchraydi. Kuyishda 1 kun mobaynida 6—8 litrgacha plazma yoʻqotish mumkin. Kuyish shokida bir qism eritrotsitlar gemolizga uchrashi va qon aylanishining buzilishi natijasida gipoksiya rivojlanishi mumkin. Natijada qon quyushlashadi, yaʼni gemokonsentratsiya paydo boʻladi. Qonning yopishqoqligi oshadi. Kapillardan qon oqishi sekinlashadi. Organizmda qon mikrosirkulatsiyasining buzilishi metabolik va biokimyoviy oʻzgarishlarga olib keladi. Oxirigacha parchalanmagan moddalar miqdori koʻpayadi va asidoz rivojlanadi. Organizmdagi oksidlanish jarayonlari buzilishi tufayli harorati pasaya boradi.

Shuning uchun ham kuyish shokida statsionargacha yordam koʻrsatishdagi tadbirlar ogʻriq va qon hajmini toʻldirishga qaratilgan boʻlishi kerak.

Klinikasi. Kuyish shokining klinik kechishi erektel va torpid bosqichdan iborat.

Erektel bosqichda bemorlar qoʻzgʻalgan, kuchli ogʻriqdan shikoyat qiladi, toʻxtovsiz ingraydi, qaltiraydi. Puls va nafas olish tezlashgan, arterial qon bosimi normada yoki koʻtarilgan. Hushi saqlangan, erektel bosqich 1—1,5 soat davom etadi.

Torpid bosqich hamma funksiyalar tormozlanishi bilan xarakterlanadi. Bemor atrofga befarq qaraydi, apatiya roʻy beradi,

yumshoq, nigohi o'tkir. Bemorlarda qusish paydo bo'ladi. Torpid bosqichning asosiy o'zgarishlaridan biri oliguriyadir, og'ir hollarda anuriya paydo bo'ladi.

Kuyish shokida yoki umuman kuyishda dastlab kuyish (alanga, qaynoq suv, bug', qizigan metall, kimyoviy moddalar va boshqalar) sababini bilish zarur. So'ngra kuyish vaqti va kuyish maydoni aniqlanadi. Kuyish maydonining sathi uch xil usulda aniqlanadi: «To'qqizlik» usuli, kaft va Postnikov usullari.

Davosi. Birinchi yordam ko'rsatish bemorni issiqlik manbaidan olib chiqish, yonayotgan kiyimlarni o'chirishdan boshlanadi. Kuyish sathiga aseptik bog'lam qo'yiladi.

Kuyish shokida barvaqt shokka qarshi kurashish tadbirlari o'tkaziladi. Buning uchun novokain blokadalari qilinadi. Oyoqlar kuyganda ikki tomonlama paranefral novokain blokadasi (A.B. Vishnevskiy usuli bo'yicha), kalla, bo'yin, ko'krak, qo'llar kuyganda esa vagosimpatik blokada qilinadi. Novokain kapillarlarning suyuqlik o'tkazishini pasaytiradi.

Og'riqsizlantirish uchun morfin, omnopon, pantopon, pro-medol, fentanil kabilardan birortasi yuboriladi. Bu preparatlarni vena orqali yuborgan ma'qul, chunki kuyganda mushak orqali so'rilishi buziladi. Katta yoshdagi bemorlarga mushak va tomirlar ichiga, 3 yoshgacha bo'lgan bolalar venasiga dorini tez kiritish nafas to'xtab qolishiga olib keladi. Narkotiklar antigistaminlar (1 ml dimedrol yoki 1 ml pipolfen) bilan yuborilsa, ularning ta'siri yana ham yaxshi bo'ladi.

Kuyish shoki paytida aylanayotgan qon hajmini to'ldirish uchun sutka davomida 3,5 — 4,5 litrgacha suyuqlik yuboriladi. Ular transportda juda ehtiyotlik bilan olib boriladi. Bemorlar kuyish markazidagi reanimatsiya yoki shikastlanishlar bo'limiga yotqiziladi. U yerda yana suyuqliklardan plazma 200—500 ml, laktosol — 800 ml, novokain — 400 ml, reopoliglukin — 500 ml, 5% li glukoza — 1000 ml, insulin 20 TB va qon 250—500 ml miqdorida yuboriladi. Bemorda oliguriya va gipotoniya rivojlanishi glukokortikoidlar (gidrokortizon — 100—200 mg, prednizolon — 30—60 mg) yuborish uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Kuyish shokida to'qimalardan suyuqlikning so'rilishi keskin buzilgan bo'lib, teriosti va mushak orasiga kiritilgan dorilar to'qimalar orasiga to'planib qoladi. Shuning uchun ham shok paytida yurak preparatlarini, og'riq qoldiruvchilarni faqat vena orqali yuborish mumkin.

ANAFILAKTIK SHOK

Anafilaktik shok og'ir allergik reaksiyaning bir turi bo'lib, organizmga kirgan begona oqsillar va organik kimyoviy moddalarga nisbatan qarshi reaksiyadir. Anafilaktik shok organizmning turli xil moddalarga nisbatan sezuvchanligi oshib ketganda, ya'ni sensibilizatsiya holatida qo'shimcha kiritilgan allergen tufayli rivojlanadi.

Ba'zan ayrim oziq-ovqatlar (tuxum, no'xat, zamburug'lar va boshqalar) tufayli ham paydo bo'lishi mumkin. Bunday holatda qayta yoki ikkinchi marta dori moddalar (vaksina, zardob, antibiotiklar va boshqalar)ning kiritilishi anafilaktik shok xurujini chaqirishi mumkin.

Klinikasi. Anafilaktik shok inyeksiya qilingandan 10 soniya yoki 10—15 daqiqadan keyin, ba'zan 4—5 soatdan keyin ham rivojlaniishi mumkin. Anafilaktik shok, ayniqsa, bolalar uchun xavflidir. Bemor bezovtalanadi, terisi qichiydi, keng tarqalgan qizarish, toshmalar paydo bo'ladi, yo'tal xuruji, nafas olishning buzilishi, arterial bosimning tushib ketishi, taxikardiya, yurak tonlarining bo'g'iqligi, aritmiya kabilar paydo bo'ladi. Badan birdan qizib ketadi va qaltiraydi, so'ngra oyoq-qo'llar soviydi, sovuq ter bosadi, qorinda, yurak sohasida og'riq paydo bo'ladi. Gavdaning ayrim qismlarida shishlar paydo bo'ladi, ular o'z-o'zidan o'tib ketadi. Og'ir holatlarda hushdan ketish, beixtiyor ich ketishi va diurez kabilar kuzatiladi.

Bemorlarda nafas olish va yurak-qon tomir tizimining buzilishi paydo bo'ladi. Bolalarda yutqin shishishi tufayli o'lim ro'y beradi. Kattalarda esa yurak faoliyati ritmining buzilishi ko'proq uchraydi. Shok qanchalik tez rivojlansa, uning kechishi ham og'ir o'tadi. Anafilaktik shok paytida organizmda ko'p miqdorda gistamin va kinin qonga o'ta boshlaydi. Bu moddalar tomirlar devori o'tkazuvchanligini oshirib yuboradi, bronxlar spazmini chaqiradi, to'qimalarda shish paydo bo'ladi. Yuqoridagi o'zgarishlar tufayli terminal holatlar ro'y beradi.

Shoshilinch yordam. Statsionargacha bo'lgan holatda quyidagi tartibda yordam ko'rsatiladi:

1. Agar anafilaktik shok inyeksiya qilingandan keyin rivojlansa, inyeksiya qilingan joyning proksimal (yuqori) qismiga jgut qo'yiladi.

2. Teri ostiga 5,0 ml 1:1000 nisbatda suyultirilgan adrenalineritmasi va shuncha miqdorda antidot inyeksiya qilingan joyga kiritiladi.

3. Hidrokortizon 100—150 mg, antigistamin preparatlar (1 ml 1% li dimedrol, 1 ml 2,5% li pipolfen yoki 1 ml 2% li suprastin) bilan birga mushak orasiga yuboriladi.

4. Kininga qarshi ingibitorlar: trasilol va kontrikal 50000—70000 birlikda venaga yuboriladi.

5. Qon tomir tonusini oshirish uchun kalsiy xlor, adrenalın, noradrenalin (0,5 ml) eritmalari 500 ml 5% li glukoza bilan yuboriladi.

6. Niqob yordamida kislorod beriladi.

7. Yutqında kuchli shish bo‘lgan taqdirda nafas o‘tishi yaxshilanishi uchun Dyufoninasi bilan konikotomiya qilinadi va kateter orqali traxeostom kiritilib, nafas olish tiklanadi. Bu muolajalar bemorni reanimatsiya bo‘limiga yetkazib borish uchun yetarli hisoblanadi yoki traxeostom qo‘yiladi.

8. Adrenalından keyin natija yaxshi bo‘lmasa, tezda poliglukin quyish bilan sirkulatsiyadagi qon hajmini to‘ldirish zarur.

9. Bronxospazmni yo‘qotish uchun 5—10 ml 24% li eufillin eritmasi venaga yuboriladi va vagosimpatik novokain blokadasi qilinadi.

10. Teridagi toshmalarni yo‘qotish uchun antigistamin preparatlar (dimedrol, pipolfen, suprastin) yuboriladi.

11. Oziq-ovqat mahsulotlaridan anafilaktik shok paydo bo‘lgan taqdirda oshqozon yuviladi.

ENDOTOKSIK SHOK

Endotoksik shok patogenezida turli xil infeksiyalar tufayli rivojlanish yotadi. Ko‘proq grammusbat, grammanfiy va anaerob infeksiyalar chaqiradi. Buni boshqa mikroblar ham chaqirishi mumkin (siydik yo‘llari, o‘t yo‘llaridagi infeksiya, pankreonekroz, nafas yo‘llari yallig‘lanishi, septik abort, turli xildagi peritonitlar). Ekzotoksin ishlab chiqaruvchi grammusbat mikroblar to‘qimalarda proteoliz (oksidlarni erituvchi maxsus modda) — plazmokinın hosil qiladi va gistamin kabi ta‘sir etadi. Natijada zaharlanish va toksemiya rivojlanadi. Bular esa, o‘z navbatida jigarni zaharlaydi, tomirlarni shikastlaydi va izdan chiqaradi, buyrakusti bezlari yetishmovchiligi yuzaga keladi.

Klinikasi. Kasallik simptomlari mikroblar ko‘payishi tezligi bilan paydo bo‘ladi. 6—10 soat davomida, ba‘zan 2—3 kun ichida paydo bo‘ladi. Toksik infeksiyon shok tez rivojlanadi, qaltirash, harorat ko‘tarilishi, umumiy ahvolning yomonlashishi kuzatiladi. Avval teri issiq, quruq, so‘ngra nam bo‘lib, sovuqda oqaradi, og‘ir shok holatida ko‘kintir bo‘ladi. Bemorda tez ruhiy o‘zgarish ro‘y berib, hushni yo‘qotishgacha boradi. Dastlab o‘pkadagi giperventilatsiya

nafas aritmiyasi bilan almashadi va patologik nafas olish paydo bo‘ladi. Qusish va ich ketishi kuzatiladi. Tezda oliguriya rivojlanadi. Metabolik asidoz, to‘qimalar gipoksiyasi kuchayadi. Ayrim hollarda giperkaliyemiya kuchayadi. Leykotsitoz kuzatiladi.

Davosi. Asosiy davolash usullaridan biri antibiotiklarni qo‘llash, qon aylanishini yaxshilash va dezintoksikasiya davo tadbirlaridir. Maxsus davolash usullari bo‘lmagani uchun 50—60% bemor 48 soat ichida o‘lib qolishi mumkin.

1. Asosiy davolash usuli keng spektrli antibiotiklarni qo‘llashdir: ampitsillin, sefalosporin, oletetrin, xlortetratsiklin, oksitetratsiklin, randomitsin, vibramitsin kabilar. Ba‘zan penitsillin qatoridagi kombinatsiyalar — streptomitsin, kanamitsin, grami-tsidin va boshqalar qo‘llaniladi.

2. Abscess hosil bo‘lganda uni ochish va drenaj qilish.

3. Kortikosteroidlar yaxshi natija beradi, umumiy reaksiyani pasaytiradi. Gemodinamikaga ijobiy ta‘sir etadi. Yurakning qon otib chiqarish xususiyati oshadi. Venaga yuqori dozada gidrokortizon 50—100 mg, prednizolon — 10—20 mg/kg yoki deksametazon — 2—2,5 mg/kg, 200—300 ml 5% li glukoza eritmasi yuboriladi.

4. Vazopressor davo. Buning uchun vazopressorlardan (mezaton, ba‘zi paytlarda proteolitik ingibitor — trasilol, kontrikal, adrenalin) ishlatiladi. Trasilol 40000—50000 TB miqdorda buyuriladi.

5. Yo‘qolgan suyuqlik o‘rni to‘ldiriladi va mikrosirkulatsiya qilinadi, buning uchun sorbitol, gemodez, jelatinol, reopoliglukin tayinlanadi.

6. Kislota-ishqor va suv-elektrolit muvozanati yaxshilanadi.

7. Yurak glikozidlari buyuriladi.

8. Qonning ivish xususiyati yuqori bo‘lganda (giperkoagulyatsiya) 1500 TB heparin tayinlanadi.

9. Diurezni yaxshilash uchun diuretiklar (laziks) beriladi.

10. O‘pkadagi asoratlarning oldini olish choralari ko‘riladi.

11. Yuqori kaloriyali ovqatlar beriladi va alohida parvarish qilish tadbirlari ko‘riladi.

SUVGA CHO‘KISH VA BO‘G‘ILISHDA YORDAM KO‘RSATISH

Suvga cho‘kish. Tiriltirish bo‘yicha tadbirlar nafas va yurak-tomirlar sistemasiga bir vaqtning o‘zida ta‘sir ko‘rsatish maqsadida kompleks tarzda olib borilishi lozim.

1. Agar shikastlangan kishi hushini yo'qotmagan bo'lsa, uni isitish va tinchlantirish lozim. Buning uchun ho'l kiyimlarni yechish, bemorni yaxshilab ishqalash, qunt bilan uqalash, quruq ich kiyim kiygizish, achchiq qilib damlangan issiq choy yoki kofe, 25—30 tomchi valeriana nastoykasi ichirish kerak.

2. Hushini yo'qotgan, lekin pulsi va nafasi saqlanib qolgan bo'lsa, shikastlangan kishini zambilga oyoq tomonini baland ko'tarib yotqizish, novshadil spirti hidlatish, kislorod ingalatsiyasi qilish, 1 ml kordiamin yoki 1 ml 1% li lobelin eritmasi yoki 1 ml 5% li efedrin eritmasi yuborish va venaga 50 ml 40% li glukoza eritmasi quyish lozim. Badanni ishqalash kerak.

3. Agar shikastlangan kishi terminal holatda bo'lsa, kiyimbosh tugmalarini yechish, og'ziga kirgan suv va balchiqni barmoqlar bilan tozalash kerak. Cho'kib ko'karib ketgan kishilarda yuqori nafas yo'llari va me'daga tushgan suvni keyinroq chiqarish lozim. Yordam ko'rsatadigan kishi shikastlangan odamni o'z tizzasiga boshini pastga osiltirib qorni bilan yotqizadi va orqasini qo'llari bilan bosadi. Suv o'zicha oqib tushadi. Bu tadbirlar tez o'tkaziladi, shundan so'ng sun'iy nafas oldirish va yurakni bevosita uqalashga (yuqorida ko'rsatilgan usullar bo'yicha) kirishiladi. Sharoit bo'lganda sun'iy nafas oldirish asbobidan foydalaniladi, yurak mushagiga adrenalin yuboriladi, arteriya ichiga qon quyiladi va hokazo.

Bo'g'ilish (asfiksiya) kislorod yetishmasligi sababli vujudga keladigan o'tkir kechadigan jarayondir. Katta yoshdagi odamlarda bo'g'ilish, ko'pincha, hiqildoq, traxeya, bronx bo'shlig'ining bekilib qolishi, ovqat massasi, qon tiqilib qolishi (aspiratsiya), yot jismlar tushishi, hiqildoqning arqon qovuzlog'i (o'ldirish, o'z-o'zini o'ldirish), o'sma, tovush yorig'ining yallig'li shishdan bo'g'ilib qolishi, difteriya (nafas yo'llarining difteritik parda bilan bekilib qolishi natijasida), qoqsholda, xlor, ammiak, vodorod sulfid kabilardan zaharlanishda, bolalarda bundan tashqari spazmofiliya sababli hiqildoq spazmida sodir bo'ladi.

Davosi. Uni keltirib chiqargan sabablarga qarab olib boriladi. Yuqori nafas yo'llarida yot jismlar bo'lganda ularni tezlik bilan olib tashlash, o'ldirish va o'z-o'zini o'ldirishda arqonni zudlik bilan yechish, o'smalarda shoshilinch traxeostomiya qilish zarur.

Bo'g'ilishning hamma hollarida kislorod terapiyasi qilish kerak. Bo'g'ilish asta-sekin rivojlanayotgan bemor kislorodli xonaga

joylashtiriladi, bu yerda 40—60% li oksigen konsentratsiyasi vujudga keltiriladi; bo‘g‘ilish tez sodir bo‘layotganda sof oksigen yoki uning karbonat anhidrid bilan aralashmasi (5—8%) beriladi; keyingisi nafas markazini qo‘zg‘atadi. Glukozani askorbinat kislotasi bilan yuborish yaxshi ta‘sir ko‘rsatadi.

Nafas to‘xtab qolganda sun‘iy ventilatsiya o‘tkazish, lobelin, sititon yuborish, teridagi retseptorlarni ta‘sirlantirish (shapillatib urish, sovuq suv bilan ho‘llash va boshqalar) zarur. Statsionar sharoitlarida bemor asbob yordamida sun‘iy nafas oldirishga o‘tkaziladi. Yurak faoliyati sustlashib qolganda va qon bosimi tushib ketganda strofantin, kofein, kordiamin tayinlanadi.

**Talabalarning mavzuga doir bilim darajasini aniqlash
uchun etalon test namunalari**

T/r	Savol	Javob
1.	Apnoe uzoq cho‘zilganda olib boriladigan chora-tadbirlar	a) yurakni defibrillatsiya qilish; b) yurakni bevosita uqalash; d) traxeya intubatsiyasi va sun‘iy nafas berish; e) infuzion terapiya, analgetiklar qo‘llash.
2.	Eksikoz darajasini baholash uchun qonda qanday tekshiruvlar olib boriladi?	a) qondagi bilirubin miqdori; b) transaminaza; d) leykotsitoz; e) oqsil, gemoglobin, gematokrit va eritrotsit miqdori aniqlanadi.
3.	Bemorda shok holatini xarakterlovchi klinik belgilarni ko‘rsating.	a) teri qoplami oqish va qo‘ng‘ir rangda, «oqish dog‘» simptomi musbat, AB pasaygan, taxikardiya, oliguriya kuzatiladi; b) hush yo‘qolgan, qusish, ichak falaji, shilliq qavatlardan qon oqishi kuzatiladi; d) teri qoplami va shilliq qavatlar oqargan, nafas yetishmaydi, jigar kattalashgan; e) teri qoplami va shilliq qavatlar ko‘kargan, nafas yetishmovchiligi, koma, gi perkapniya kuzatiladi.

4.	Bolalarda shokni keltirib chiqaradigan etiologik omillarni ayting.	a) og‘riq, o‘tkir suvsizlanish, qon yo‘qotish, zaharlanish, anafilaksiya; b) og‘riq, gipoglikemik holat, yurak-qon yetishmovchiligi; d) markaziy nerv sistemasi buzilishiga olib keladigan o‘tkir jarrohlik kasalligi; yurak-qon tomir sistemasi-ning tug‘ma nuqsonlari—immuno-defitsit rivojlanishi; e) shifokorning qo‘pol muomalasi.
5.	Qon yo‘qotish va gipovolemiyani baholash usullarini aytib bering.	a) tana harorati, teri rangi, AB, tomir urishi tezligi, yurakdan chiqayotgan qon hajmi, soatli diurez; b) AB, yurak chegarasini aniqlash, ko‘krak qafasi rentenografiyasi; d) EKG, tomir urishi tezligi, soatlik diurez, nafas olish tezligi, EEG; e) tomir urishi va nafas urish tezligini aniqlash.
6.	Terminal holat paytida kranioserebral gipotermiya qachon buyuriladi?	a) zudlik bilan; b) miya shishi paydo bo‘lishi bilan; d) metabolik korreksiya o‘zgarishidan keyin; e) mustaqil nafas olish paydo bo‘lgandan keyin.
7.	Yurak-qon tomir yetishmovchiligining qaysi turi o‘pka shishiga olib kelishi mumkin?	a) qon-tomir yetishmovchiligi; b) chap qorincha yetishmovchiligi; d) o‘ng qorincha yetishmovchiligi; e) o‘pka kasalliklaridagi tomir yetishmovchiligi.
8.	Talvasaga qarshi davolash natija bermaganda qanday chora qo‘llaniladi?	a) ekstrakorporal zararsizlantirish usuli; b) nafas yo‘liga naycha qo‘yish; d) infuzion terapiya o‘tkazish; e) sun‘iy nafas berish.
9.	Issiqlik ajralishini fizik usul bilan kamaytirish uchun nima buyuriladi?	a) antioksidant; b) antiqipoksant; d) oshqozonni yuvish; e) terini 70° li spirt bilan artish.
10.	Talvasalar, ko‘pincha, qaysi yoshda uchraydi?	a) 3 yoshgacha; b) 2—5 yoshlarda; d) 3 yoshdan keyin; e) 7 yoshgacha.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

Л.А. Бурятян, Г.А. Ребов, А.З. Монеевич. Анестезиология и реаниматология. М., «Медицина», 1987.

L.S. Zalikina. Bemorlarni umumiy parvarish qilish. T., Ibn Sino nomidagi nashriyot, 1989.

Sh.I. Karimov. Xirurgik kasalliklar. T., Ibn Sino nomidagi nashriyot, 1992.

S.N. Muratov. Xirurgik kasalliklar va bemorlarni parvarish qilish. T., Ibn Sino nomidagi nashriyot, 1989.

B.T. Tursunov. Xirurgik bemorlar parvarishi. T., Ibn Sino nomidagi nashriyot, 1993.

A.C. Сулаймонов, А.Ж. Хамроев, А.С. Ленюшкин. Амбулаторная проктология детского возраста. Т., Изд-во «Ибн Сино», 1994.

Сестринский процесс и документации. Хоненлоген Европейское региональное бюро ВОЗ. 1996.

А.Ф. Дронов, А.И. Ленюшкин, Л.М. Кондратьева, Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Медицина. М., 1998.

В.М. Кузнецова. Сестринское дело в хирургии. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2000.

A.J. Hamrayev, A.V. Alimov, T.S. A'zamxo'jayev. Xirurgiya va reanimatsiya asoslari. T., Ibn Sino, 2002.

E.I., Qosimov, M.Z., Zoxidova, Sh.Ya. Zokirxo'jayev. Xamshiralik ishi asoslari. O'quv qo'llanma, T., 2003.

<http://medprom.ru/medprom/colibli> 66.

Мед.пром.ру — сестринское дело в хирургии. Практикум. nht.

MUNDARIJA

So'zboshi	3
-----------------	---

I qism. XIRURGIYA (A.J. Hamrayev)

1.1. Kirish	4
Xirurgiyaning qisqacha tarixi	5
O'zbekistonda xirurgiya fanining rivojlanishi	10
Mamlakatimizda xirurgik yordamning tashkil etilishi	15
Xirurgiyada tibbiyot etikasi va deontologiyasi	17
Xirurgik yordam ko'rsatishda hamshiraning tutgan o'rni	24
1.2. Xirurgiyaning ishini tashkil etish	26
Xirurgik statsionarning tuzilishi	26
Operatsiya hamshirasining ish faoliyati	40
Xirurgiya bo'limida hamshira yuritadigan hujjatlar	43
1.3. Xirurgiyada infeksiya tushishining oldini olish	46
Antiseptika	48
Aseptika	58
Xirurgik operatsiya haqida tushuncha	72
Toza va yiringli xirurgiya	73
1.4. Og'riqsizlantirish	80
Og'riqsizlantirish haqida tushuncha	80
Umumiy og'riqsizlantirish	81
Mahalliy og'riqsizlantirish va uning turlari	89
Anestezist-hamshira ishining xususiyatlari va bemorlarni narkozdan keyin parvarishlash	93
1.5. Qon ketish sindromi	96
Qon ketishiga sabab bo'luvchi kasalliklar	102
Qon ketish asoratlari	102
1.6. Infuziya va transfuziya	106
Respublikamizda donorlikni tashkil qilish	107
Qon guruhlari haqida ta'limot	108
Qonni konservalash va saqlash	113
Qon quyish usullari	114
Qon quyishda ro'y beradigan xatoliklar, asoratlar va ularning oldini olish	117
Qon preparatlari	118
Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar	119
Muolaja hamshirasining ish xususiyatlari	119
1.7. Desmurgiya	121
Yumshoq bog'lama turlari	121
Bintlash qoidalari va bog'lamlarning turlari	125

1.8. Operatsiyadan oldingi davr haqida tushuncha	140
Rentgenologik tekshirish usullari	142
Endoskopik tekshirish usullari	143
Ultratovushli tekshiruv	144
Magnit-rezonansli va kompyuter tomografiya tekshirish usullari	144
Bemorning me'da-ichak tizimini rentgenologik tekshiruvga tayyorlash	146
O't pufagi va o't yo'llarini rentgenologik tekshirishga tayyorlash	146
Yoshi ulg'aygan va keksa yoshdagi bemorlarni operatsiyaga tayyorlashning ba'zi bir xususiyatlari	149
Holsizlangan bemorni operatsiyaga tayyorlashning o'ziga xos xususiyatlari	149
Bolalarni operatsiyaga tayyorlash xususiyatlari	150
1.9. Operatsiyadan keyingi davr	152
Operatsiyadan keyingi davrda bemorni ovqatlantirish	163
Bolalarni operatsiyadan keyin parvarish qilish	164
Yoshi ulg'aygan va keksa yoshdagi bemorlarni operatsiyadan keyin parvarishlash	168
Operatsiyadan keyin yuz beradigan asoratlar	169
1.10. Shikastlanish sindromi	174
Travmatizm va uning oldini olish haqida tushuncha	175
Bosh miya shikastlanishlari	176
Kalla, yuz qismi suyaklari va jag' bo'g'imlarining shikastlanishi	177
Jag' suyagi singanda birinchi yordam ko'rsatish va transportirovka qilish	179
Bosh miyaning yopiq shikastlari	181
Bosh miyaning ochiq shikastlari	184
Ko'krak qafasi shikastlari	185
Yurak jarohatlari	189
Umurtqa pog'onasining shikastlanishlari	190
Chanoq va chanoq a'zolarining shikastlanishi	193
Travmatik shok	195
Shikastlangan bemorlarni transportirovka qilish	196
Jarohatlar haqida tushuncha	209
Kuyish	214
Sovuq urishi	220
1.11. Yallig'lanish sindromi	223
Mahalliy xirurgik infeksiya	223
Umumiy xirurgik infeksiya	232
Surunkali spetsifik infeksiya	241
Xirurgik infeksiya bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	244
1.12. «O'tkir qorin» sindromi	248
Peritonitlar	249
To'g'ri ichak va orqa chiqaruv yo'li kasalliklari	256
1.13. Oyoq-qo'llarda qon aylanishining buzilishi sindromi	275
Nekrozlar, tomir kasalliklari, yaralar va oqmalar bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	280

1.14. Siydik ajratish faoliyatining buzilishi sindromi	281
Bemorlarni urologik tekshirish usullari va terminologiya	282
Buyraklarning yopiq jarohatlari	283
Buyrak yallig'lanishi kasalliklari	284
Qovuq kasalliklari	287
Prostata bezi kasalliklari	288
Moyak pardalari kasalliklari	289
Siydik chiqaruv yo'liga aloqador kasalliklar	289
Urologik bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	292
1.15. O'smalar sindromi	294
Onkologik yordamning tashkil etilishi	299
Onkologik bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	300
1.16. Oilaviy shifoxonalar, shikastlanish punkti, qishloq shifokorlik punktida tibbiy yordamni tashkil qilishda o'rta tibbiyot xodimining o'rni	302

II qism. REANIMATSIYA (A.V. Alimov, T.S. A'zamxo'jayev)

2.1. Terminal holatlar va klinik o'lim	306
Reanimatsiya usullari	307
2.2. O'tkir yurak-tomir yetishmovchiligida reanimatsiya va intensiv terapiya	319
2.3. O'tkir nafas yetishmovchiligi reanimatsiyasi va intensiv terapiya	322
2.4. Koma va shok holatlarida reanimatsiya va intensiv terapiya	326
Shikastlanish shoki	326
Kardiogen shok	330
Kuyish shoki	332
Anafilaktik shok	334
Endotoksik shok	335
Suvga cho'kish va bo'g'ilishda yordam ko'rsatish	336
Foydalanilgan adabiyotlar	340

H25 **A.J. HAMRAYEV va boshq. Xirurgiya va reanimatsiya asoslari.** Tibbiyot kollejlari uchun darslik (Qayta ishlangan va to'ldirilgan 4-nashri)
T.: «ILM ZIYO», 2017. — 344 b.

UO'K: 617-089 (075)
KBK 54.5

ISBN 978-9943-16-182-5

ABDURASHID JO'RAQULOVICH HAMRAYEV,
ANVAR VALIYEVICH ALIMOV,
TAL'AT SAYDOLIMOVICH A'ZAMXO'JAYEV

XIRURGIYA VA REANIMATSIYA ASOSLARI

Tibbiyot kollejlari uchun darslik

Qayta ishlangan va to'ldirilgan 4-nashri

Toshkent — «ILM ZIYO» — 2017

Muharrir *B. Hudoyorova*
Badiiy muharrir *M. Burxonov*
Texnik muharrir *F. Samatov*
Musahhih *B. Saidova*

Noshirlik litsenziyasi AI № 275, 15.07.2015-y.

2017-yil 23-oktabrda chop etishga ruxsat berildi. Bichimi 60x90^{1/16}.
«Tayms» harfida terilib, ofset usulida chop etildi. Bosma tabog'i 21,5.
Nashr tabog'i 19,5. 744 nusxa. Buyurtma № 32.

«ILM ZIYO» nashriyot uyi. 100129, Toshkent, Navoiy ko'chasi, 30-uy.
Shartnoma 28—17.

«PAPER MAX» xususiy korxonasiida chop etildi.
Toshkent, Navoiy ko'chasi, 30-uy.