

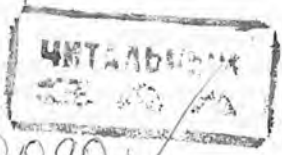
53.5
B49

M. BEKMURODOVA

JARROHLIK VA REANIMATSIYA ASOSLARIDA HAMSHIRALIK ISHI

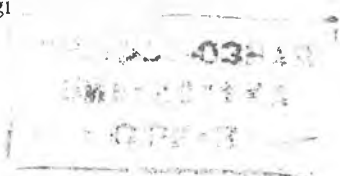
*O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
tomonidan tibbiyot kollejlari o'quvchilari uchun
darslik sifatida tavsiya etilgan*

*Работа мед. сестры
в хирург. и реанимации*



110090 ✓

Toshkent
Abu Ali ibn Sino nomidagi
tibbiyot nashriyoti
2003



Muallif:

M. Bekmurodova,

Y. Otabekov nomidagi Qo'qon tayanch tibbiyot bilim yurti oliy toifali
uslubchi va oliy toifali jarrohlik fani o'qituvchisi.

T a q r i z c h i l a r:

A. Sulaymonov,

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti bolalar jarrohlik mudiri,
tibbiyot fanlari doktori, professor.

T. A'zamxo'jayev,

Toshkent pediatriya instituti jarrohlik klinikasi bosh vrachi,
reanimatsiya kafedrasining professori, tibbiyot fanlari doktori.

Z. Oxunova,

Y. Otabekov nomidagi tayanch tibbiyot bilim yurti direktori, oliy
toifali terapiya fani o'qituvchisi.

X. Mahmudov,

Andijon tibbiyot kolleji direktori tibbiyot fanlari nomzodi.

M.X. Xoldorov,

Y. Otabekov nomidagi Qo'qon tayanch tibbiyot bilim yurtining bo'lim
boshlig'i, tibbiyot fanlari nomzodi.

Inson sog'ligi va salomatligiga mas'ul bo'lgan tibbiyot xodimlariga bilim va malakadan tashqari bemorga mehr-muhabbat va muomala madaniyati ham eng muhim va zarur fazilat hisoblanadi. Ayniqsa, jarrohlik va reanimatsiya bo'limlarida ishlayotgan o'rta tibbiyot xodimlarining mas'uliyati jiddiy. Qo'qon tibbiyot kollejining oliy toifali uslubchisi va o'qituvchisi Mukarram Bekmurodovanning kollejlarning o'qituvchilari va o'quvchilariga mo'ljallangan «Jarrohlik va reanimatsiya asoslarida hamshiralik ishi» darsligida ana shu sifatlarga ega bo'lmoq uchun hamshiralar nimalarga e'tibor berishlari haqida gap boradi.

B $\frac{4108010000 - 29}{M 354 (04) - 2003}$ — 2003

I SBN 5-638-00938-8

© Abu Ali ibn Sino nomidagi
tibbiyot nashriyoti 2003 y.

SO‘Z BOSHI

Respublikada «Ta’lim to‘g‘risidagi qonun» «Kadrlar tayyorlash milliy dasturi» hamda O‘zbekiston Respublikasida «Sog‘liqni saqlashni isloh qilish» konsepsiyasi ishlab chiqilgandan so‘ng barcha sohalar kabi tibbiyot tizimi ham o‘rta bo‘g‘indagi kadrlarni tayyorlash masalalariga katta et‘ibor berilmoqda. Butun dunyo bo‘yicha hamshiralar malakasini oshirish qayta tayyorlash masalasi yechimini topmoqda. Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti va rivojlangan mamlakatlar bilan hamkorlikda tibbiyot kollejarida o‘qitishning rejalari tuzilib, dasturlar yaratildi. Hozirgi davrdagi asosiy muammolardan biri zamon talabiga mos o‘quv darsliklari, qo‘llanmalar yaratish hisoblanadi. Shunga ko‘ra Vazirlar Mahkamasining qarori, O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining farmoyishlari e‘lon qilinib, Oliy va o‘rta maxsus ta’lim, Sog‘liqni saqlash vazirliklarining shu masalalarga doir dastur va bo‘yruqlari tayyorlandi. Ushbu hujjatlarda boshqa masalalar qatori maktablar va o‘rta ta’lim tizimida dars beradigan o‘qituvchilar tomonidan yozilgan darslik mualliflariga ilmiy unvon va ilmiy daraja berilishi ko‘zda tutilishi o‘qituvchilarni izlanib, darslik yaratishiga turtki bo‘lmoqda. Mustaqil Respublikamizga hozirgi zamon talabiga javob bera oladigan chuqur bilimli, amaliy ko‘nikmalarga ega, yuqori malakali, zamonaviy tibbiyot asboblari bilan ishlay oladigan, kasallik alomatlariga ko‘ra «Hamshira tashxisi» qo‘yib, bemor ahvolini baholab, mustaqil davolash rejasini tuzib, bemorga birinchi yordam ko‘rsata oladigan o‘rta bo‘g‘indagi tibbiyot hamshirasi kerak. Bunday yetuk mutaxassislarni tayyorlash uchun o‘quv yurtining

moddiy-texnika bazasiga, uning o'quv qurollari va darsliklar bilan ta'minlanganligiga ko'p jihatdan bog'liqdir. Talabalarni o'z ustida muntazam ishlashi oraliq va yakuniy nazorat uchun testlarning yechimini mustaqil topish uchun tibbiyot kollejlari uchun jarrohlik va reanimatsiya asoslarida hamshiralik ishi fanidan darslik zarurligini hisobga olib, ushbu darslikni yaratishga kirishdik. Sababi jarrohlik fanidan yozilgan darsliklar ancha eskirib hozirgi zamon tibbiyotidagi zamonaviy usullar hamda reanimatsiya asoslaridan yetarli o'zbek tilida dastur asosida yozilgan adabiyotlar yo'qligi talabalar uchun muammolarga olib kelmoqda. Shularni nazarda tutgan holda O'z. R.SSV Oliy va o'rta ta'lim bo'yicha o'quv-uslub idorasi tasdiqlagan tibbiyot kollejlari uchun jarrohlik va reanimatsiya asoslari fanidan o'quv dasturi asosida darslik yozildi. Kitob 2 qismdan iborat bo'lab, birinchi qism jarrohlik, ikkinchi qism reanimatsiya asoslariga bag'ishlanadi. Darslik oxirida jarrohlik va reanimatsiya asoslaridan mavzular bo'yicha muammoli masalalar va testlar to'plami javoblari bilan kiritilgan va jarrohlik amaliyotida juda ko'p ishlatiladigan dorilar uchun retseptlardan namunalar berilgan. Mazkur o'quv darsligi o'rta maxsus tibbiyot kollejlari talabalarining «Jarrohlik va reanimatsiya asoslarida hamshiralik ishi» fanini chuqur o'rganishlarida va ish faoliyatlarida foydalanish uchun qo'l keladi degan umiddamiz. Fikr va mulohazalar va takliflarni mamnuniyat bilan qabul qilamiz.

Muallif

I qism. JARROHLIK

1 - B o b

JARROHLIK VA JARROHLIK KASALLIGI HAQIDA TUSHUNCHA

Jarrohlik tibbiyotning bir sohasi bo'lib, kasallangan sohani asboblardan va qo'l bilan mexanik usulda davolash qilinadigan kasalliklarni o'rganadi va shunday kasalliklar davosining jarrohlik usullarini ishlab chiqadi.

«Xirurgiya» so'zi grekcha bo'lib, «Qo'l amali», «mohirlik» degan ma'noni anglatadi. Hozirgi zamonda xirurgiyani bunday tarqatishda tushinish ushbu fanning mazmuniga to'g'ri kelmaydi, balki xirurgiya deganda davolash uchun to'qimalarga asosan mexanik usul qo'llaniladigan patologik o'choqni ochish va uni tugatish uchun aksariyat ularni kesish bilan davolaniladigan kasalliklarni o'rganadigan tibbiyot fanining yetakchi ixtisosliklaridan biri tushuniladi.

Xirurgik operatsiya kasallikning kechishiga nisbatan ko'riladigan chora bo'lib, ba'zi hollarda operatsiya yo'li bilan badanga jarohat yetkazish (qonli jarrohlik operatsiyalari), boshqa hollarda esa maxsus mexanik usullarni qo'llash: chiqiqlarni o'rniga solish, suyak singandada bo'laklarini to'g'rilab (repozitsiya) qo'yish (qonsiz jarrohlik operatsiyalari) bilan amalga oshiriladi. Jarrohlik operatsiyalari ko'pincha davolash maqsadida amalga oshiriladi, ba'zi hollarda esa tashxis qo'yish, ya'ni kasalliklarni aniqlash maqsadida bajariladi (biopsiya, punktsiya, qorinni yorib ko'rish - laparotomiya).

Hozirgi zamonda xirurgiya tushunchasining ma'nosi ancha keng. Xirurgik operatsiya choralarining usullarini egallabgina qolmay, balki tibbiyotga taalluqli boshqa fanlar: anatomiya, fiziologiya, terapiya, farmakologiya va boshqa qator fanlarni ham yaxshi bilish kerak.

Xirurgik kasalliklar — asosan jarrohlik yo'li bilan davolash qilinadigan kasalliklardir. Xirurgik kasalliklarni quyidagi guruhlarga ajratish mumkin:

1. Homilaning rivojlanish nuqsonlari (tug'ma nuqson kasalliklari, orqa chiqaruv teshigining bitib qolganligi, qattiq tanglayning yoriqligi «bo'ri og'iz», labning tirtiqdigi — «quyon lab», yurakning tug'ma nuqsonlari va hokazolar).

2. Shikastlanishlar yoki travmalar (jarrohatlar, suyaklarning chiqishi, sinishi, sovuqqa oldirish, kuyishlar, elektrdan shikastlanish).

3. Xirurgik infeksiyalar (abscesslar, flegmonalar, sepsis, suyak-bo'g'im sili, parazit kasalliklar).

4. O'smalar (xavfsiz va xavfli).

5. Chirishlar (nekrozlar).

6. Kasallikning bosqichiga va kuzatiladigan asoratiga ko'ra terapevtlar ham, jarrohlar ham davoladigan bir-biriga yaqin kasalliklar. (Me'da va 12 barmoqli ichakning yara kasalligi, o'pka absessi, o't pufagi va buyrak tosh kasalligi va hokazo).

Xirurgiyaning ravnaqi va yil sayin rivojlanishi munosabati bilan terapevtik kasalliklar deb aytiladigan ayrim kasalliklarga xirurgik usulda davoladigan bo'ldi (masalan, tug'ma va orttirilgan yurak poroklari, yurak infarkt-miokardi, qandli diabet, bronxoektoziya kasalliklari va hokazo).

Organlar va to'qimalarni ko'chirib o'tkazish (buyrak, jigar, o'pka, yurak, teri) transplantatsiya (ko'chirib o'tkazish) qilishning joriy etilishi munosabati bilan xirurgiya uchun keng istiqbolalar ochilmoqda.

Xirurgik kasalliklarning asosiy guruhlari qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir kasalliklari: ko'richak, xoletsistit, me'da va 12 barmoqli ichak yarasining teshilishi va boshqalar tashkil etadi. Xirurgik yo'l bilan davolash mumkin bo'lgan hollar, shuni zarur qilib qo'yadigan sabablar mutloq (qon ketishi, shikastlar, biror joyning yiringlashi, irib ketishi) va nisbiy bo'lishi mumkin, ya'ni bemorning operatsiyasiz tuzalib ketishi va boshqa sabablarga ko'ra operatsiya kechiktiriladigan bo'lsa, bunday hol nisbiy hisoblanadi. Ba'zi hollarda bemorning umumiy ahvoriga (yurak qon-tomir kasalligining dekompensatsiya fazasida) yoki o'sma kasalligining IV bosqichida xirurgik yo'l bilan davolash qilinmaydi. «Xirurgik kasalliklar» tushunchasi nisbiy bo'lib, hozirgi paytdagi ilm-fanning rivoji va jarrohlik imkoniyatlariga qarab o'zgarib turadi. Ya'ni XX asrning boshlari va 50-yillarda tug'ma va orttirilgan poroklarga xirurgik yo'l bilan davolash qilinmas edi. Hozirgi kunda esa giiperbarik oksigenatsiyali barokameralarda nafaqat yurak

klapanlarini ko'chirib o'tkazish, balki yurakning o'zini ham ko'chirib o'tkazish operatsiyalari qilinmoqda. Shunday qilib, xirurgik davo o'rinni bo'lib chiqadigan hollar ko'payishi yoki aksincha, keskin kamayib, joyini konservativ davosiga bo'shatib berishi mumkin.

Tibbiyotning eng qadimgi amaliyotlaridan biri keyingi zamonlarda, xususan XIX-XX asrda takomillashib, murakkab operatsiyalarni: me'dani, ichak yoki o'pkaning bir qismini olib tashlash, tomir va nervlarni tikish, shuningdek, singan suyaklar, og'ir jamhatlar, kuyishning operatsiya usullari va texnikaning ishlab chiqilishi, xirurgiyadan travmatologiya, ortopediya, urologiya, neyroxirurgiya singari mustaqil bo'limlarning ajralib chiqish imkonini berdi. Bu o'z navbatida oftalmologiya, otorinolarngologiya, neyroxirurgiya, urologiya, ginekologiya, travmatologiya, onkologiyaning mustaqil fan sifatida rivojlanishiga imkon yaratdi.

Xirurgiyaning to'xtovsiz rivojlanishi olimlar, amaliyotchilar izlanishlari va tadqiqotlari samarali o'laroq, ixtisoslashtirilgan yordam tobora rivojlanib bormoqda. Ana shu sa'y-harakatlar tufayli xirurgiyaning, yurak tomir, o'pka-xirurgiyasi, praktologiya, endokrinologiya, transplantologiya bo'limlari, kuyish, yiringli kasalliklar, gastro-entologiya tarmoqlari shakillandi.

Respublikamizda shoshilinch-jarrohlik yordamini tashkil qilish bo'yicha yirik shaharlar, ayrim vohalarda hududiy kasalxonalar tashkil qilindi.

JARROHLIK TARIXI

Xirurgiyaning ilk rivojlanishi juda qadim zamonlarda paydo bo'lgan. Tosh asrida kishilarni trepanatsiya qilingan (bosh suyagini teshish operatsiyasi) bosh suyaklari qazilmalar chog'ida topilgan.

Qadimgi Misrda oyoq-qo'llarni kesib tashlash (amputatsiya), bichib qo'yish, singan naysimon suyaklarni qimirlamaydigan qilib bog'lash usullari bajarilgani haqida daliliy misollar bor. Masalan hindlar xirurgik ignalarni ishlatishga va to'qimalarni choklash usullarini ishlab chiqqanlar. Ularda turli-tuman jarrohlik asboblari bo'lib, shular yordamida burunni tiklash bo'yicha plastik operatsiyalar mohirlik bilan bajarilgan.

Shifokorlar juda katta hurmat-e'tiborga sazovor bo'lgan ko'lina Yunonistonda va qadimiy Rimda jarrohlik yuksak darajada rivoj topgan.

Eramizdan avvalgi V asrda Yunonistonning atoqli shifokori Gippokrat ilmiy tibbiyotga jumladan jarrohlikka asos solgan. Gippokrat yiringli jarohatlarni davolash, qon to'xtatish usullarini ishlab chiqib operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishda ozodalikka qattiq rioya qilish, toza yomg'ir suvini ishlatishni tavsiya etdi. Suyak sinishlarini davolashda u shinalar, taxtakach ishlatdi, (massaj) uqalash, badan tarbiya joriy qildi, uning jarrohlik davolash usullari juda yuksak darajada edi. Eramizning I asrida yashagan Qadimgi Rim shifokori Sels o'z mohiyat e'tibori bilan qomusiy olim sifatida ko'p asarlar yozib, o'sha davrning tibbiy bilimlarini batafsil bayon qildi. U hozirgi vaqtda ham o'z kuchini saqlab qolgan operatsiyalarni takomillashtirdi (masalan: kataraktani olib tashlash, qovuqdan toshni olib tashlash, kalla suyagini treponatsiya qilishni).

Turonzamin xalqlarining uch ming yil naridagi tarihidan hikoya qiluvchi «Avesto» kitobida ham tabobatning boshqa usullari qatori jarrohlik amaliyoti haqida gapiriladi «... har bir muvaffaqiyatli chiqqan jarrohlik uchun tabib mehnati bemorning moddiy imkoniyatiga jamoada tutgan mavqeiga qarab taqdirlanadi». Kitobda hatto homilani ham jarrohlik yo'l bilan olish usuli qo'llanilganligi aytitadi.

Eramizning II asrida yashagan Galen 13 asr mobaynida tibbiyotda hukm surgan ilmiy meros qoldirdi. U fiziologiya, anotomiya va amaliy jarrohlikka doir talaygina qimmatli ma'lumotlar qoldirdi. Galen qonab turgan tomirni burash yo'li bilan qon oqishini to'xtatish usulini ishlab chiqdi. Jarohatlarni choklash uchun ipak ip ishlatdi, tirtiq labni operatsiya qilish usulini va boshqa ko'p operatsiyalarni takomillashtirdi. Jarrohlikni rivojlanishida buyuk alloma Abu Ali ibn Sinoning xizmatlari katta uning besh kitobdan iborat "Tib qonunlari"ning to'rtinchi kitobida jarrohlik faniga oid kasalliklar, shikastlanish sabablari, kechishi va davolash usullari haqida gap boradi.

Ibn Sino buyrak toshlarini operatsiya qilib olib tashlash traxeotomiya qilish (kekirdakni yorib naycha qo'yish), jarohatlarni davolash usullarini takomillashtirgan. Hozirgi kunda ham «Tib qonunlari» asari alohida diqqatga sazovordir.

O'rta asrlarda din hukmronligi tufayli jarrohlik fan sifatida keng rivoj topa olmadi. Murdalarni yorish va qon chiqarish bilan bog'liq operatsiyalarni taqiqlangani, uning uchun o'lim jazosi berilishi bois jarrohlik amaliyoti o'ta mahfiy holda bajarilardi.

Jarrohlik bilan mashg'ul bo'lishga sartaroshlarga ijozat berilgan bo'lib, ular bozorlarda aylanib yurishar va odamlarga o'z xizmatlarini taklif qilishardi. Sartaroshlar orasida farangistonlik jarroh Ambruaz Pare (1517-1590) mashhur kishilardan hisoblanalar edi. U o'q tekkan jarohatlar to'g'risida ta'lim yaratdi. Amputatsiya usulini takomillashtirdi va operatsiya davrida qon tomirlarini bog'lash usulini qo'lladi.

Jarohatni davolashda Paratsels (1493-1541) boy tajribaga ega edi. U nazariy va amaliy tibbiyotni ishlab chiqishda kimyoning yutuqlaridan foydalandi, jarohatni bitiradigan vositalar va ko'pgina dori moddalarini qo'llanish usullarini amaliyotga tavsiya qildi.

Vezaliyning (1514-1564) anatomik tadqiqotlari, Garveyning (1578-1657) qon aylanish qonunlarini taklif qilishi, Levenguk (1632-1723) tomonidan mikroskopning ixtiro qilinishi jarrohlik fanining jadal sur'atlar bilan rivojlanishi uchun sharoit yaratib berdi.

1731 yilda Parijda xirurgik akademiyasi ta'sis qilinib, u o'sha davr ilmiy jarrohligining markaziga aylangan edi. XIX asrda xirurgiyaning rivojlanishi uchun turtki bo'lib xizmat qilgan yangi ilmiy ma'lumotlar olindi. Patologik, anatomiya, tibbiyot tajribasi bakteriologiya, topografik anatomiya asos solindi.

O'sha davrdagi davogohlar ichida infeksiya tarqalishi chinakam ofat hisoblanib, ko'pchilik hollarda mohirlik bilan bajarilgan operatsiyalarning natijasini puchga chiqarar edi. Bemorlar jarrohlatining yiringli zararlanishidan nobud bo'lar edilar.

Ingliz jarrohi Lister (1827-1912) Pasterning moyli va sirkali bijg'ishning rivojlanishida mikroorganizmlarning roliga doir ishlariga asoslanib, jarohatning yiringlashiga jarohatga havodan tushadigan tirik mikroorganizmlar—mikroblar sabab bo'ladi, degan xulosaga keldi va shu mikroblarga qarshi karbol kislotani qo'llashni taklif etdi. Shu maqsadda operatsiya xonasi havosiga karbol kislotasi purkatish xirurg qo'li va operatsiya maydoniga karbol kislotasi surtish yo'lga qo'yildi. Opreatsiya choklari va operatsiya jarohatlariga ham karbol kislotaga shimdirilgan maxsus bog'lam qo'yilar edi. Antiseptik usul xirurgiyaning rivojlanishiga turki bo'lib xizmat qildi, biroq uning bir qancha kamchiliklari ham bor edi. Karbol kislotasi jarohatning bitishini sekinlashtiradi va so'rilib zaharlanishiga sabab bo'lishi ehtimoli bor edi. XIX asrning oxirlarida Bergman va uning

shogirdi Shemelbush aseptika usullarini taklif qildi. Bu usulda bog'lov materiallari va jarrohlik asboblari yuqori harorat ostida bug' bilan sterillash, shuningdek, operatsiya maydoni va operatsiya blokini alohida ozoda tutishni tashkil qilish qoidalari mujassamlashgan. Shunday qilib tibbiyotda bir butun aseptika va antiseptika qoidalari rivojlandi hamda ishlatib kelinmoqda. XIX asrning o'rtalarida og'riqsizlantirishning taklif etilishi jarrohlik amaliyotlarini bajarish uchun qulaylik yaratadi.

Zamonaviy og'riqsizlantirish usuli paydo bo'lmagan oldin operatsiya vaqtida bemorni og'riq iztirobidan xolos qilish uchun turli usullar: bemorni hushidan ketkazish nerv asoslarini mexanik bosib turish, operatsiya qilinadigan joyga qor yoki muz qo'llanilardi. Qadimgi Misr, Xitoy, Yunoniston, Rimda mandragora ildizi, bangidevona, hind nashasi, beladonna ekstrakti, alkogol afyun, sikutu va boshqalar qo'llanilgan. Biroq bu omillar og'riqni qisman kamaytirgan, ko'pincha og'ir asoratlarga sabab bo'lgan.

1844 yilda tish shifokori Uels anesteziya qiladigan modda sifatida azot (I) oksidini, Morton-efirni, 1847 yilda Simpson—xloroformni taklif etdi.

1846 yilda birinchi marta efir narkozi ostida jag' ostidagi o'smani olib tashlash - Uorren tomonidan bajarildi. Rossiyada narkoz uchun efirni N.I. Pirogov 1847 yilda Kavkaz urushida jang maydonida birinchi marta qo'lladi. U narkozning endotraxeal, venaga, to'g'ri ichak ichiga yuborish usulini tajriba qilib, narkoz davrlarini ilmiy ravishda asoslab berdi. 1902 yilda N.P. Kravkov va 1909 yilda S.P. Fyodorov klinikada Ridonol bilan vena ichiga narkozni yuborish usulini ishlab chiqdilar.

Umumiy og'riqsizlantirish ishlab chiqilishi bilan birga mahalliy og'riqsizlantirishning turli xil usullari ham paydo bo'ldi. Rus olimi Anrep 1879 yilda mahalliy anesteziya uchun kokoinni qo'llashni taklif qildi, bu usul shilliq qavatlarni og'riqsizlantirishda keng qo'llanildi. 1905 yilda Eynxori novokainni tavsiya qildi, bundan hozir ham keng foydalanilmoqda. 1889 yilda nemis xirurgi Bir orqa miya anesteziyasini taklif qildi.

A.V. Vishnevskiy so'riluvchi infiltrativ va g'ilofli anesteziya usullari bilan mahalliy anesteziya qilishni taklif etdi va amaliyotga keng joriy qildi. Og'riqsizlantirishning mahalliy turlaridan o'tkazuvchan anesteziya (Kulenkampf), peridural anesteziya (Doliotti) va boshqa turlari ishlab chiqilmoqda.

Narkotik moddalar dozasini kamaytirish maqsadida narkozdan oldin narkotik analgetiklar va neyroliptoanalgezatsiya qiluvchi moddalar, miorelaksantlar, kuraresimon moddalar qo'llanilmoqda bu esa tana muskullari tonusini tushiradi va bemorni intubatsiya qilish, boshqariladigan nafasga o'tkazishni va narkoz asoratlari xavfini kamaytiradi. Yurak va yirik tomirlar operatsiyalarida sun'iy qon aylanish, sun'iy gipotermiya usullari qo'llaniladi. Qon quyish g'oyasi juda qadim zamonlarda paydo bo'lgan. 1492 yilda Rim papasi Innokentey VIII ga ikkita yigitning qoni quyilgan, biroq ularning uchalasi ham nobud bo'lganlar. 1628 yilda Garvey qon aylanish to'g'risidagi qonunni taklif etgandan keyingina qon quyish uchun dastlabki ilmiy asoslar paydo bo'ldi. 1666 yilda ingliz Louer hayvonlarda qon quyish bo'yicha tajribalarni amalga oshirdi. Bu tajribalarga asoslanib, Lyudvik IV ning saroy vrachi Deni va jarroh Emerets og'ir yotgan bemorga qo'zichoq qonini quydilar. Bemor sog'aydi. Shunday qon quyishni boshqa bemorda ham takrorlashga urinib qo'rdilar biroq bemor halok bo'ldi. Odamdan odamga qon quyish birinchi marta 1819 yilda Angliyada Blandell va 1832 yilda Rossiyada Volf tomonidan amalga oshirildi. XIX asrda dunyo bo'yicha qariyb 600 kishiga qon quyish natijasida 59 ta bemorda yaxshi natijalar berganligini qayd qilish lozim.

Faqat XX asrning boshlarida qon quyishning ilmiy negizlari vujudga keldi. 1901 yilda Landshteyner qonning uch guruhini, 1907 yilda Yanskiy va 1910 yilda Moss tomonidan to'rtinchi qon guruhi kashf etildi. Shu kashfiyotlardan keyingi qon quyish tibbiyot amaliyotida xavfsiz qo'llanish imkoniyati vujudga keldi. Operatsiyalarda aseptika va antiseptika usullari, og'riqsizlantirish, shuningdek, qon quyish XIX asrning oxirida va XX asrning boshida me'da, ichaklar, jigar, o't yo'llari, buyrak kabi organlarda operatsiyalar bajarish usullarini ishlab chiqishga imkon yaratib berdi.

XX asrda qizilo'ngach, o'pka va yurak, tayanch-harakat a'zolarida shuningdek, miya va nervlarda operatsiyalar o'tkazish usullari ishlab chiqildi va jarrohlik amaliyotida keng joriy qilindi. Organ va to'qimalar buyrak, yurak, jigar, o'pkani transplantatsiya qilish (ko'chirib o'tkazish) ni ishlab chiqish jadal sur'atlar bilan olib borildi.

Rossiyada xirurgiyaning taraqqiyoti haqida bizga juda kam ma'lumot yetib kelgan. XVII asrgacha qon ketish, yiringlagan joyni kesish, kuydirib davolash hollarida tamponada qilishga doir ma'lumotlar uchrab turar edi. Xirurgik yordamni o'zicha o'rgangan tabiblar, shikastbandlar tomonidan ko'rsatilar edi. XVII asrdagina polyak vrachlari, ularning qo'l ostida ishlovchi dorixonaxodimlari va sartaroshlar paydo bo'la boshladi.

1654 yilda birinchi rus tibbiyot maktabi («shikastbandlar» maktabi) va ikkita muvaqqat harbiy gospital ochildi. 1706 yilda Moskvada Petr I farmoniga asosan birinchi shifoxona ish boshladi. Keyinchalik ana shu shifoxona «Rossiyadagi tibbiyot maktabi va tibbiyot-jarrohlik bilim yurtiga aylandi XVIII asrda Petrburgda Tibbiyot - jarrohlik akademiyasi va tibbiyot kulliyoti bo'lgan Moskva universiteti ochilgan edi. Bu muassasalar keyinchalik tibbiyot fanining yirik markaziga aylandi va jarrohlikning rivojlanishga ishonchli zamin yaratdi.

Nikolay Ivanovich Pirogov haqli ravishda Rossiyaning va chet el xirurgiyasining atoqli namoyondasidir. U Moskva universitetining tibbiyot fakultetini tugatib Yurev (hozirgi Tartu) dorilfunida professorlik faoliyatiga maxsus tayyorgarlikdan o'tgan va 26 yoshida xirurgiya kafedrasiga boshchilik qilgan. «Arterial stvollar bilan fassiyalarning xirurgik anatomiyasi» degan asarini aynan o'sha davrda nashr qildirgan. U topografik anatomiyadan atlas yaratdi.

1847 yilda Kavkaz urushida og'riqsizlantirish uchun efir narkozini qo'llagan N.I. Pirogov Gippokrat eslatib o'tgandek yiringlashning sababchisi. «Miazmalar» ekanligini uqtirdi. N.I. Pirogov «Umumiy harbiy dala xirurgiyasining asoslari» kitobida jarohatlarning oldini olish va davolashga doir choralar bilan birga «Jang maydonida yara-dorlarni saralashga alohida ahamiyat berish kerak» degan taklifni kiritdi. U Rossiyada birinchi bo'lib singan suyaklarni davolashda gips bog'lamlar ishlatishni taklif etgan.

Xirurglarning bundan keyingi avlodi o'z orasidan bir qancha yirik olimlarni yetishtirib chiqardi. Ular orasida antiseptika va aseptikaning tarqalishi va rivojiga ko'p hissa qo'shgan N.V. Sklifosovskiy alohida o'rin egallaydi.

XX asrning boshida Peterburgda V.A. Oppel va G.N. Turner, Moskvada A.V. Martinov va P.P. Dyakonov, Qozonda V.I. Razumovskiy, Saratovda S.I. Spasokukotskiy, Tomskda P.I. Tixonovning jarrohlik maktablari vujudga keldi.

S.P. Fedorov (1869-1936) buyraklar, siydik yo'li va qovuq xirurgiyasini ishlab chiqishga katta hissa qo'shgan, o't pufagi xirurgiyasiga doir salmoqli asarlar yaratgan bo'lsa S.I. Spasokukotskiy (1870-1943) o'pka va plevraning yiringli kasalliklari xirurgiyasi, qon quyishga doir klinik-tajriba tadqiqotlar, jarroh qo'lini zararsizlantirish usullari va boshqa sohalar bo'yicha qimmatli asarlari bilan mashhur bo'ldi.

N.N. Burdenko (1878-1946) shok, jarohatlarni davolash, harbiy-dala xirurgiyasini, neyroxirurgiya asoslarini ishlab chiqishga ko'p hissa qo'shdi, neyroxirurgiya institutiga asos soldi va Tibbiyot Fanlari akademiyasining birinchi prezidenti sifatida katta tashkilotchilik ishlarini bajardi.

Uning zamondoshlari Y.Y. Janelidze (1883-1950) yurak xirurgiyasiga asos solganlardan biri bo'lib, pay va suyak plastinkasi ichakning tutilib qolishi, shoshilinch xirurgiyaga bag'ishlangan noyob asarlar muallifi bo'lsa, N.N. Petrov (1876-1964) taniqli onkolog sifatida rakka qarshi kurash tizimini tashkil qilish ishiga katta hissa qo'shdi.

A.V. Vishnevskiy (1874-1948) mahalliy og'riqsizlantirish usullarini, moy-balzamli bog'lamlar va bir qancha operatsiya usullarini ishlab chiqdi va tibbiyot amaliyotida keng joriy qildi. Uning ishlarini o'g'li A.A. Vishnevskiy davom ettirdi.

Yurak va yirik tomirlar xirurgiyasining asoschisi A.N. Bakulev (1890-1967) xirurgiyaning boshqa bo'limlarini ham rivojlantirib, yurak tomirlar xirurgiyasi institutini tashkil qildi va tibbiyot fanlari akademiyasining prezidenti bo'lib ishladi.

Me'da-ichak xirurgiyasiga doir ko'pgina asarlar muallifi S.S. Yudin (1891-1954) qizilo'ngach plastinkasi, orqa miya anesteziyasi bo'yicha kashfiyotlar yaratadi.

Ularning izlanish va tadqiqotlarini davom ettirib, jarrohlik amaliyotining zamonaviy usullarini ishlab chiqqan va amaliyotga tadbiq etgan. Akademik B.V. Petrovskiy qizilo'ngach va kardiya, yirik tomirlar va yurakdagi operatsiyalar usullarini ishlab chiqqan bo'lsa. Akademik N.N. Bloxin (atoqli onkolog-olim), tibbiyot fanlar akademiyasi akademigi L.K. Bogush (taniqli ftizioxirurg), akademik V.A. Korolyov (kardioxirurg), akademik I.S. Kolesnikov (torokal xirurgik), akademik professor N.M. Amosov (o'pka, yurak operatsiyalari tibbiy kibernetika asoschisi) va boshqa olimlar samarali mehnat qilmoqdalar.

O'ZBEKISTONDA TIBBIYOTNING, SHU JUMLADAN XIRURGIYANING TARAQQIYOTI

Boy madaniyatga ega bo'lgan O'rta Osiyo davlatlari jumladan O'zbekistonda tibbiyot va jarrohlik fani qadimdan rivojlangan. Abu Bakr Al-Buxoriy, Abu Mansur Al-Qumriy, Abu Saxl masihiy jurjoniy, Ar-Roziy, Abu Ali ibn Sino kabi tabobatga asos solgan olimlarning olamshumul asarlari fikrimizning yorqin dalilidir. Ibn Sino o'zining «Tib qonunlari» kitobida og'riq va og'riqsizlantirish, shikastlanishlar, yiringli yallig'lanish jarayonlari, jarohatlarni davolash sohasida o'zining chuqur bilimini namoyish etgan Turkiston o'lkasi istilo qilingandan keyin chor Rossiyasi sog'liqni saqlashni rivojlantirishga kam e'tibor berdi, chor hukumati shu sohalar uchun nihoyatda oz mablag' ajratardi. O'zbekistonda 1903 yilda Toshkent shahar kasalxonasi qoshida xirurgiya bo'limi tashkil etilgan.

O'zining boy tibbiy merosiga va xalq tabobati an'analoriga ega bo'lgan o'zbek tibbiyoti 1917 yildan keyin gurkirab rivojlana boshladi. O'zbekistonda tibbiyot fanining shakllanishiga maxsus yo'llanma bilan kelgan olimlar katta hissa qo'shdilar. Turkiston Davlat dorilfununi qoshida tibbiyot fakultetini tashkil qilishda P.F.Barovskiy, V.Voyno-Yasenskiy, A.D. Grexov kabi mahalliy olimlarning ham xizmati katta bo'ldi.

Jarrohlik sohasida o'tkir appenditsit, o't-tosh kasalligi, o'tkir xoletsistit, ichakdan qon ketishi, jigar serrozi, me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasi, yarali kolit kabi kasalliklarni jarrohlik usulida davolash masalalari atroflicha o'rganildi.

50-yillarga kelib respublikada eksperimental pulmonologiya yo'lga qo'yilgan bo'lsa, 60-yildan boshlab yurak poroklarini xirurgik yo'l bilan davolash usullari ishlab chiqildi. Tomir xirurgiyasi (angioxirurgiya) o'rganildi. Bunda P.F. Borovskiy, P.P. Sitkovskiy, V.F. Voyno-Yasenskiy, I.I. Orlov, S.A. Masumov, L.D. Vasilenko, M.S. Astrov, V.N. Yasevich, V.V. Voxidov, S.M. A'zamxo'jayev, M.P. Postlov, M.A. Ashrapova, B.A. Oxunjonov, R.M. Normuxamedov kabi olimlarning hissasi katta.

1971 yilda respublikada buyrakni ko'chirib o'tkazish markazida O'rta Osiyoda birinchi marta buyrakni ko'chirib o'tkazish operatsiyasi amalga oshirildi. Respublikamizda neyroxirurgiyaning rivojlanishida M.X. Qoriyev, A.S. Mirsodiqov kabi olimlar katta hissa qo'shdilar Ortopedik kasalliklarni samarali davolash, sanoat

va qishloq xo'jalik travmatizmining oldini olish va shikastlanishni jarrohlik usulida davolash N.M. Shomatov, O.Sh. Shokirov, Y.V. Luzina va boshqa olimlarning nomi bilan bog'liq O'zbekistonda onkoxirurgiyaning rivojlantirishda, ftizoxirurgiya sohasida ham ishlar qilindi. Urologiya sohasida esa issiq iqlimga mansub bo'lgan siydik-tosh kasalliklarini jarrohlik yo'li bilan davolashda olimlardan N.S. Pereshivkin, D.A. Vvedinskiy, M. Mirsoatov, T.N. Pozdnyakova, O.M. Muxtarov, D.L. Arustomov va boshqalarning izlanishlari o'z samarashish berdi.

Bolalar jarrohligi kafedrasining tashkilotchilari professor Y.V. Kuzmin (1937-1947), Q.X.Tagirov (1917-1972), professor M.Ahmedov, A.S. Sulaymonov, A.M. Shamsiyevlarning xizmatlari katta.

Mustaqil O'zbekiston Respublikasida jarrohlik fani zo'r yangiliklar bilan boyib gurkirab rivojlanmoqda. Mavjud jarrohlikning hamma tarmoqlari bo'yicha ilmiy tekshirish institutlari bo'lib, jarrohlikning ko'p tarmoqlari bo'yicha rivojlangan xorijiy davlatlar bilan hamkorlikda tibbiyot asbob-uskunalari, noyob apparatlar bilan boyitilib kun sayin rivojlanmoqda. O'zbekistonda jarrohlik kasalliklariga tashxis qo'yish va davolash uchun kompyuterli tomografiya apparatlari, yurak qon-tomirlar xirurgiyasidagi perbarik oksigenatsiyali barokame-ralar bilan jihozlangan holda operatsiyalar qilinmoqda.

Toshkent jarrohlik markazini tashkil qilib, yurak va yirik qon tomirlarida birinchi marta operatsiya qilgan akademik V.V. Vohidovning mehnatlari tizimning ravnaqida katta bo'ldi. Bu soha bo'yicha uning shogirdi professor E.A. Karimov O'zbekistonda birinchi marta yurak-qon tomirlarini aortaga ulash (aorta-koronar shuntirovaniya) operatsiyasi, ya'ni infarkt oldi holatda bemorni miokard infarktidan saqlashdek profilaktik ishni amalga oshirdi.

O'zbekistonda atoqli jarrohlarning butun bir avlodi kamol topib jarrohlik fanini rivojlantirish va odamlarni jarrohlik yo'li bilan og'ir dardlardan xolos qilishda sidqidildan fidoyilik bilan mehnat qilmoqdalar. R.Q. Islombekov — endokrinologiya jarrohligida ish olib borib, buqoq kasalligini radiaktiv yod bilan davolashda jahonga tanildi. O'.O. Ori pov O'zbekistonda qorin bo'shlig'i jarrohligini rivojlantirishning tashkilotchilaridan biri sifatida oshqozon osti bezi kasalliklarida radikal operatsiyalarni

takomillashtirgan bo'lsa. R.M. Najmiddinov — abdominal jarrohlikni rivojlantirdi, jigar va o't yo'llari operatsiyalarini takomillashtirdi. Sh.I. Karimov O'zbekistonda yirik qon-tomirlar yurak xirurgiyasini Toshkent davlat tibbiyot oliygohi qoshida bo'lim sifatida ochib takomillashtirdi va kardioxirurgiya, angioxirurgiyani rivojlantirishga hissa qo'shdi va oliygoh talabalari uchun «Xirurgik kasalliklar» kitobini yaratdi. R.M. Nurmuhamedov esa O'zbekistonda birinchi bo'lib gerantoxirurgiyaga asos soldi, ya'ni jarrohlik kasalliklarini qari va yoshi o'tgan bemorlarda kechishining xususiyatlarini belgiladi va davolash usulini ilmiy ravishda asoslab berdi.

Ko'krak qafasi organlarini jarrohlik yo'li bilan davolashda professor F.G. Nazirovning xizmatlari katta. Uning rahbarligida O'zbekiston Respublikasida tibbiyot tizimini isloh qilish borasida va hamshiralarning malakasini oshirish, oliy malumotli hamshiralar tayyorlash borasida katta ishlar amalga oshirilmoqda.

Hozirgi zamon xirurgiyasi tibbiyotning ilmiy asoslangan sohasidir. Vatanimizda texnikaning yutuqlari juda xilma-xil maqsadlarda ishlatilmoqda, xuddi shuningdek, tibbiyotda ham keng joriy qilinmoqda.

Masalan: Gi perbarik oksigenatsiyali barokameralardan operatsiya bajarilishi, lazer va elektr pichoqlarining ishlatilishi, kompyuterli tomografiyani qo'llab tashxis qo'yish va endoskopik xirurgik yo'l bilan davolash, murakkab tashxis apparatlari misol bo'la oldai.

Navbatda organ va to'qimalar transplantatsiyasini bajarish (ko'chirib o'tkazish), organ va to'qimalarning funksiyalarini bajarib turadigan asobob hamda apparatlarni (sun'iy buyrak, me'da osti bezi, yurak klapanlarini) implantatsiya qilish (payvand qilib qo'yish) turibdi. Mana shunday mas'uliyatli ishlarga Respublikamizda birinchi qadamlar qo'yildi. Hozirgi paytda xirurgiya fani ko'p tarmoqli sohalarga bo'lingan holda rivojlanmoqda. Qorin bo'shlig'i organlarining kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolashni mo'ljallangan umumxirurgiya bo'limlaridan tashqari, yiringli kasalliklar xirurgiyasi qon tomirlarni davolash uchun angioxirurgiya, ko'krak qafasi a'zolarini davolash uchun torakal xirurgiya, shikastlanishlarni davolash uchun travmotologiya bo'limlaridan tashqari xirurgiyaning quyidagi tarmoqlari ham faoliyat ko'rsatmoqda, bularga: stomotologiya yuz-jag' xirurgiyasi, ginekologiya, otorinolaringologiya, oftalmoxirurgiya, onkologiya, travmotologiya va

ortopediya, yurak-tomir xirurgiyasi, jarrohlik endokrinologiyasi, flebologiya, anesteziologiya va reanimatologiya, o'pka xirurgiyasi va hokazolar misol bo'la oladi.

O'ZBEKISTONDA JARROHLIK YORDAMINING TASHKIL ETILISHI

Bizning mamlakatimizda jarrohlik yordam bosqichma-bosqich amalga oshiriladi. Qishloq joylardagi, shuningdek yirik korxonalarda sog'liqni saqlash punktlari bo'lib, ularda asosan o'rta tibbiyot xodimlari xizmat qiladi. Ularning vazifasi shifokor ko'rgungacha birinchi tibbiy yordamni tashkil qilish (qon oqishni vaqtincha to'xtatish, jarohatga aseptik bog'lam quyish va hokazo). Bir muncha og'ir kasalliklarda bemorlarni QVP vrachiga va poliklinikalardagi xirurg kabinetiga yuboriladi (jarrohlatni birlamchi xirurgik tozalash, flegmonal hamda absesslarni kesish va hokazo).

Bemorlarni statsionarda davolash uchun tuman, shahar, viloyat va respublika kasalxonalarining jarrohlik bo'limlariga joylashtiriladi. Qator shahar, viloyat va respublika kasalxonalarining tegishli ixtisoslashgan bo'limlarida xirurgik yordam ko'rsatiladi. Yirik shaharlarda ixtisoslashgan bo'limlar bilan bir qatorda zamonaviy asbob-uskunalar bilan jihozlangan malakali mutaxassislar hamda ilmiy xodimlar ishlaydigan maxsus ilmiy-tadqiqot institutlari, markazlar bor.

TIBBIYOT HAMSHIRASINING JARROHLIK FAOLIYATDAGI O'RNI

Jarrohlik kasalligi bor bemorlarni davolashda o'rta tibbiyot xodimining o'rni g'oyat muhimdir. Ko'pchilik hollarda xirurgik davolash natijasi o'z vaqtida va to'g'ri birinchi yordam ko'rsatishga bog'liq bo'lib, buni odatda, o'rta tibbiyot xodimi amalga oshiradi.

Bemorni operatsiyaga tayyorlash, jarrohlik blok ishini tashkil etish, operatsiyadan keyingi bemorni parvarish qilish, davolashning garovi hisoblanadi. Bu bosqichlarda tibbiyot hamshirasi davolash ishida faol va bevosita ishtirok etadi. Bemorni yaxshi parvarish qilish aksariyat hayot uchun xavfli bo'lgan turli-tuman asoratlarning oldini oladi. Jarrohlik kasalliklari bilan bemorni parvarish qilish qoidalarini sinchiklab bajarish xirurgik yordamining muhim qismlaridan biridir. Tibbiyot

hamshirasi shifokorning eng yaqin yordamchisi. Vrach bemorga buyurgan muolajalarini hamshira bajaradi. U vrach muolajalarini sidqidildan va to'la-to'kis ado etishi, bemorlarga mehribon va g'amxo'r bo'lishi kerak.

PALATA HAMSHIRASINING VAZIFASI

Palata hamshirasi bosh hamshira va palata shifokoriga bo'ysunadi. Tibbiy hamshira shifokor buyurtmalarini o'z vaqtida bajarishi lozim. Ba'zi muolajalarni o'zi mustaqil bajaradi (inyeksiya qilish, banka, xantal qo'yish, xuqna qilish va hokazo), ba'zi bir murakkab muolajalarni bajarishda shifokor yordam beradi, kerakli asbob-uskularlarni tayyorlab beradi. Palata hamshirasi bemordan tekshirish uchun axlat, balg'am, siydikni yig'adi, shifokor buyurtmasiga ko'ra tekshirish uchun qon oladi, sutkalik siydik va balg'amni o'lchaydi. Ertalab va kechqurun hamma bemorlarning tana haroratini o'lchab, kasallik tarixiga qayd qiladi.

Palata hamshirasi har kuni shifokor bilan bemorlarni kuzatishda ishtirok qiladi: bemorlarni ko'rishda yordamlashadi, o'zining kuzatuv ma'lumotlarini aytadi va shifokorning yangi buyurtmalarini yozib oladi. Shifokor bilan bemorlarni kuzatish jarayonida kasallik haqida tushuncha oladi, davolashning ahamiyatini kuzatadi va bemorlarning yana qaysi holatlarini kuzatishini aniqlab oladi. Bemorlarni parvarish qilish palata hamshirasining vazifasidir. U bemorlar badanining tozaligini kuzatadi: og'ir bemorlar terisini nam sochiq bilan artib, kichik tibbiy hamshira yordamida kiyimlari va choyshablarni almashtiradi. O'zi yuradigan bemorlarning gigiyenik vanna qabul qilishini tashkil qiladi.

Palata hamshirasi bemorlarning ovqatlanishini kuzatadi, ularning parhez ovqatlar bilan ovqatlanishini tashkil qiladi, ayniqsa, operatsiyadan keyingi davrda, og'ir bemorlarning ovqatlanishida yordam beradi. Hamshira bemorga ovqatlanish mumkin bo'lgan taomlarni nazorat qilishi kerak. Palatalarni o'z vaqtida tozalash, yig'ishtirishni nazorat qilish va kichik tibbiyot xodimidan talab qilishi kerak.

Palata hamshirasi yangi kelgan bemorni qabul qilib olishi, qabul bo'limida sanitariya tozalovidan o'tganligini nazorat qilib, palataga joylashtirib, darhol shifokorga ma'lumot berishi kerak.

Yangi kelgan bemorni xirurgiya bo'limining ichki qonun-qoidalarini bilan tanishtiradi. U javob berilgan bemorning ketishini ham tashkil qilib beradi.

Bemorlarni kuzatish, kasallikning kechishini, dorilar ta'sirini, bemorlarning kayfiyatini nazorat qilib kuzatishi kerak.

Bemorlarni operatsiyaga tayyorlashda va operatsiyadan keyin kuzatishda nazorat qilish muhimdir.

Bemorlarni kechasiyu-kunduzi bilan kuzatish zarur, chunki o'z vaqtida chora qo'llash va bemorga tibbiy yordam berish muhimdir.

Tibbiyot hamshirasi bemorning qarindosh-urug'lari va yaqinlari bilan suhbatlashishiga to'g'ri keladi.

Shuningdek bemorni ko'rgani kelgan kishi bilan palataga kirgungacha uchrashishi kerak. Ularni bemorning oldiga kirishiga tayyorlab, bemorning ahvoriga qarab toliqtirmasiklarini tayinlaydi. Agar bemorning oldiga kelgan kishi mast bo'lsa, kasal bo'lsa (gripp, nafas yo'llari yallig'lanishi, tumov) bemor oldiga kirishga ruxsat bermaydi.

OPERATSIYA XONASI HAMSHIRASINING VAZIFASI

Operatsiyada qatnashadigan hamshira (operatsiya hamshirasi) har bir operatsiyaga bog'lov materiallari, jarrohlik asboblari va boshqa buyumlarni tayyorlab qo'yadi, jarrohlik operatsiyalarini o'tkazishda ishtirok etadi (operatsiyaning borishida zarur bo'lgan jarrohlik asboblari va materiallarni berib turadi), zarur hollarda ingalyatsion narkoz beradi (vrach nazorati ostida), bemorning narkoz va operatsiyaga qanday tayyorlanganini tekshirib ko'radi, bemorni operatsiyadan chiqqan bemorlar yotadigan palataga olib boradi va navbatchi hamshiraga topshiradi.

Operatsiya hamshirasi davo manipulyatsiyalari, seroz bo'shliqlardan suyuqliklarni tortib olish, sun'iy pnevmotoraks qo'yish va boshqa ishlar paytida shifokorlarga yordam berib turadi: shifokor kuzatuv ostida eng oddiy bog'lamlarni alishtiradi, bint, kosinkali bog'lam, shinali va boshqa bog'lamlarni qo'yadi; gipsli bog'lam qo'yishga hamma narsani taxt qilib beradi, bemorlar parvarishini ta'minlaydi.

Operatsiya hamshirasi jarrohning aytganlariga amal qilib, bog'lov materiallarining (paxta, doka, ipak, ketgut va boshqalarni) sterilligini tekshirib ko'rish uchun laboratoriyaga yuboradi, operatsiya paytida ishlatiladigan barcha materiallar, asboblari, eritmalar, oqliklar va boshqalarning steril bo'lishini ta'minlab beradi.

BOG'LOV XONASI HAMSHIRASINING VAZIFALARI

Bog'lov xonasida xodim steril niqob tutib olib ishlaydi, asboblarni, bog'lov materiallarini kornsanglar bilan olib uzatib turadi. Bog'lamlarni olish va qo'yish ishlarini ham asboblarni yordamida bajarish kerak. Yiringli jarohlarni bog'lash vaqtida qo'lqop kiyib olish, barcha ishlarni faqat asboblarni yordamida bajarish lozim.

Bog'lov xonasi hamshirasi butun ishni boshdan-oyoq ta'minlab beradi: kerakli miqdordagi materialni tayyorlab, sterillash uchun bikslarga joylaydi, ish kuni boshlanishida steril stolni taxt qilib qo'yadi, jarohlarni bog'lashga taalluqli barcha ishlarda shifokorga yordam beradi, ish kunining oxirida esa asbob va materiallar turadigan stolni yig'ishtirib oladi va yangidan rostlab qo'yadi. Bog'lov xonasining hamshirasi zarur buyumlarni asbob bilan uzatib turish usulini yaxshi bilishi kerak. Bog'lov xonasida ishlash vaqtida ishlatilgan bog'lov materiali damba-dam yig'ishtirilib, olib turiladi, iflos bo'lgan asboblarni mexanik ravishda tozalanadi va vaqti-vaqti bilan pol artib turiladi.

Bog'lov xonasida ishlatiladigan asboblarni maxsus dezinfeksiyalanib keyin tozalanadi.

ANESTEZIOLOG HAMSHIRASINING VAZIFALARI

Anestezist hamshira bemorni operatsiya stoliga xirurg bilan maslahatlashgan holda narkoz, nafas beriladigan, kuzatish apparatlariga qulay vaziyatda yotqizishi kerak.

Shuningdek so'rgichlar, defibrilyator, elektokardioskopni tekshirib ko'rishi, venapunksiya, venaseksiyaga ishlatiladigan sistemani tayyorlab, bularni to'ldirib ham qo'yishi, narkotik moddalar va muskul relaksantlarini tayyorlab, shprislarga tortib olib qo'yishi, narkozni o'tkazish uchun zarur bo'ladigan hamma apparatlarni: narkoz apparati, intubatsiya va laringoskopiya uchun kerakli narsalarni tekshirib chiqishi, hujjatlarni (og'riqsizlantirish bayonotini anesteziya va operatsiya grafigini) tayyor qilib qo'yishi kerak.

Operatsiya paytida narkozning chuqurligini va narkoz apparati bilan kuzatuvchi apparatlarning qanday ishlab turganligini beto'xtov nazorat qilib borishi zarur. Narkozning chuqurligini shifokor bilan, elektroensefalografiya

ko'rsatishlariga yoki narkoz bosqichlari indikatoriga qarab kuzatib borishadi.

Narkoz apparatiga kislorod qanday o'tayotgani muntazam nazorat qilib boriladi. Arterial va venoz qon bosimining darajasi, puls tezligiga doimo qarab turiladi. Barcha ma'lumotlar narkoz grafigiga yozib boriladi, operatsiya bilan narkozning eng mas'uliyatli paytlari qayd qilib qo'yiladi. Narkoz tugagach, 2 soatgacha bemorni kuzatadi, agar biror asorat yuz bersa, shifokor anesteziolog ko'rsatmalarini bajaradi.

MUOLAJA HAMSHIRASINING VAZIFASI

Muolaja hamshirasi muolaja xonasida steril niqob tutib ishlaydi, qo'llarini maxsus zararsizlantirib steril xalat kiygan holda muolajalarni bajarishi kerak. Har kuni steril stolni taxtlaydi va qachon almashtirilgani haqida soati, kunini yozib qog'ozini osib qo'yadi.

Muolaja xonasida hamma turdagi in'eksiyalar qilinadi: vena orqali tomchilab qon va qon o'rnini bosuvchi moddalar quyiladi, qon guruhlarini aniqlanadi, qon qo'yish uchun sinamalar, rezus, individual mos kelishliklar aniqlanadi. Shuningdek, dori moddalarning saqlanish tartibini kuzatib va uning qoidalariga amal qiladi. Narkotik dorilarni maxsus hisobga olish daftariga yozib borishi kerak. Shprislarni steril bixsdan ishlatilishdan oldin steril asbob yordamida olinadi va ishlatilgan shprislarni maxsus tozalaniladi, qon qoldiqlarini qoldirmaslik uchun maxsus tozalaniladi.

Muolaja xonasining sanitariya holatiga to'liq javob beradi.

KATTA TIBBIY HAMSHIRANING VAZIFASI

Katta tibbiy hamshirani bo'lim mudiri eng tajribali, 5 yildan ortiq ish stajiga ega bo'lgan tibbiyot hamshiralari orasidan tanlab oladi va bosh shifokor tasdiqlaydi. Katta tibbiy hamshira o'rta va kichik tibbiy xodimlarning rahbari va murabbiyasi bo'lib hisoblanadi, ish jadvalini tuzadi, bo'lim hujjatlarini yozib boradi.

Atrof-muhitning tozaligi, bo'limning ichki sanitariya ishlarini, parhez taomlar talabnomasini tuzishni nazorat qilib turadi.

Bo'limni shprislarni bilan, dori-darmonlar bilan ta'minlaydi va bu haqda bo'lim boshlig'iga ma'lumot beradi.

Hamma postlarga talabnoma asosida dori-darmonlar tarqatadi. Oshxonaning tozaligi, ovqatning sifatini, idishlarni zararsizlantirish, yuvish qoidalarini nazorat qiladi.

Bog'lov materiallari, spirt, o'ta zaharli narkotik moddalar, qimmatbaho dorilarni hisobga olish daftari va hujjatlarni ko'rib chiqadi.

Bo'limning sanitariya holatini, xo'jalik hamshirasining, kichik tibbiyot xodimlarining ish faoliyatini nazorat qiladi.

Kasallik tarixini ko'zdan kechirib, muolajalar bajarilishi, hujjatlar, jurnallarning saqlanishi va yuritilishini nazorat qiladi.

SHIFOXONA BOSH HAMSHIRASINING VAZIFASI

Shifoxona bosh hamshirasini kasalxona bosh shifokori eng tajribali tibbiyot hamshiralari orasidan tanlab oladi va ish staji 5 yildan kam bo'lmagan, o'rta tibbiy ma'lumotga ega bo'lgan hamshirani tayinlaydi.

Shifoxona bosh hamshirasining vazifalariga quyidagilar kiradi:

1. Shifoxona tibbiy hamshiralari yig'inini tashkil qilib, yil boshida reja tuzib, bosh shifokor tomonidan tasdiqlaydi va 1 oyda bir marta o'tkaziladi va o'zining tarmoqlari hisoboti tinglaniladi, hamda tibbiyot yangiliklari haqida ma'lumot berib boradi.

2. Shifoxona bo'yicha bo'limlarning sanitariya-epidemiologik tartibini nazorat qiladi.

3. Bo'limlarda bosh hamshiraning ish faoliyati va hujjatlarni olib borish tartibini nazorat qilib, sanitariya daftarchasining holatini nazorat qiladi.

4. Har hafta bo'limlarda hamshiralar yig'inida ishtirok qilib ishdagi xato va kamchiliklarni muhokama qilinib. Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan chiqarilgan buyruqlar bilan tanishtirib boradi.

5. Haftasida bir marta ma'muriy xodimlar bilan bo'limlararo tekshirish o'tkazadi.

6. Sanitariya-epidemiologiya stansiyasi xodimi bilan kuzatish sanitariya-epidemiologiya tartibni tekshirishda ishtirok qiladi.

7. Zaharli narkotik, kuchli ta'sir qiluvchi dori moddalari-ning hisobi va saqlanishini, muolaja xonasida spirtning ishlatilishini nazorat qiladi.

8. Xodimlarning malaka oshirishini nazorat qiladi va ularning navbatini tuzadi, malaka oshirishni ta'minlashni amalga oshiradi.

9. Xodimlarning ta'tilga chiqish tartibini tuzadi va uni nazorat qiladi.

10. Jarrohlik bo'limi, muolaja xonasida sterillik holatini nazorat qiladi.

11. Hamshiralalar ilmiy-nazariy yig'inini tashkil qilib, o'tkazadi.

12. Shifoxona tibbiy hamshiralari va kichik tibbiyot xodimlarning shaxsiy savollari va ishlari bo'yicha qabul qilib, hal qilishda yordam beradi.

13. O'ta xavfli yuqumli kasalliklardan himoyalash, anjom va dorilarni, bikslarni ko'rib chiqadi (haftaning oxirgi kuni). 2 oyda bir marta o'ta xavfli yuqumli kasalliklar haqida savol-javoblar o'tkazishni tashkil qiladi.

14. 6 oyda bir marta texnika xavfsizligi muhandisi bilan texnika havfsizligi bo'yicha instruktaaj o'tkazadi va uni daftarga qayd etadi.

15. Mavsumiy kasalliklarning oldini olishga tayyorgarlik ko'rish.

16. Ikki haftada bir marta o'tkaziladigan bo'lim yig'ilishida kichik tibbiyot xodimlari malakasini oshirishga oid mavzularda ma'ruzalar tashkil qiladi.

17. Haftada bir marta shifokorlarning umumiy ko'rigiga qatnashish, bemorlarning kiyinishi, choyshablarning tozaligi, palatalarning umumiy sanitariya holatini ko'rib chiqadi.

18. Har oyning oxirida oylik hisobotni topshiradi.

JARROHLIK ISHINI TASHKIL QILISH

Jarrohlikning boshqa tibbiyot fanlaridan farqli ravishda o'ziga xos xususiyati bo'lib, bunga ko'ra jarrohlik xizmat asosini operatsiya qilib davolash tashkil etadi. Operatsiya qilishda aseptika va antiseptika masalalariga katta e'tibor beriladi. Xirurgiya muassasalarida bemorlar «toza» va «yiringli» bemorlarga bo'linib, shu munosabat bilan toza va yiringli jarrohlik bo'limlari tafovut qilinadi. Toza jarrohlik bo'limi yiringli va yallig'lanishi bo'lmagan bemorlarni (buqoq, me'daning yara kasalligi, xavfsiz, xavfli o'smalar va hokazo) davolash bilan shug'ullanadi.

Yiringli jarrohlik bo'limi yiringli infeksiyalar (ostemielit, o'pka absessi, flegmona va hokazolar) sabab bo'lgan bemorlar davolaniladi. Infeksiyani bir bemordan ikkinchisiga (kasalxona ichida yuqadigan infeksiya), ayniqsa «yiringli» bemorlardan «toza» bemorlarga o'tish ehtimolini nazarda tutib, yiringli kasalligi bor bemorlar maxsus palatalarga yotqiziladi. Bunday bemorlarning soni ko'p bo'lganda tegishli davo tadbirlari o'tkaziladigan maxsus yiringli jarrohlik bo'limi tashkil etiladi. Bu bo'limda aseptikaga rioya qilishga qo'yiladigan talablar toza bo'limlardagiga nisbatan bir muncha yuqori bo'ladi.

ASOSIY JARROHLIK MUASSASALARI

1. Jarrohlik shifoxonasini tashkil qilish.

Qabul bo'limi. Bemorlarni qabulxonada orqali qabul qilinib, ular shu yerda birlamchi saralaniladi. Bemorlar kasallikning turiga ko'ra tegishli bo'limlarga yotqiziladi. Qabulxonada bo'limida ro'yxatga olish, bemorlarni birlamchi ko'zdan kechirish xonasi va yuvintirish xonasi (erkaklar va ayollar uchun alohida), shifoxonaning toza kiyimlarni saqlash xonasi va bemorlarning kiyimini saqlash xonasidan iborat. Qabulxonada bo'limida 1—2 ta tashxis qo'yish bo'yicha kuzatuv xonalari, shuningdek, yuqumli kasalliklar gumon qilingan bemorlar uchun alohida xona (izolyator) bo'lishi muhimdir.

Qabulxonada bo'limida bemorlar sanitariya tozalovidan o'tkaziladi (gigiyenik yuvintiriladi, boshida bit, sirka bor yo'qligi qarab chiqiladi) va shifoxona kiyimini kiyadi.

Umumjarrohlik bo'limi. Xirurgik bemorlar maxsus jihozlangan va uskunalar bilan ta'minlangan jarrohlik bo'limlarda davo qilinadi, 20—25 o'ringa mo'ljallangan kichikroq vrachlik shifoxonalarda

jarrohlik bo'limi bo'lmasligi mumkin, lekin hamma tuman va shaharlarda shoshilinch tez tibbiy ilmiy markazlarida shoshilinch jarrohlik bo'limi va rejali jarrohlik bo'limlarda operatsiyalarni bajarish imkonini beradigan sharoit yaratilgandir. Bunday shifoxonalarda sterillash, operatsiya va jarohatlarni bog'lash uchun maxsus xonalar bo'ladi. Jarrohlik bo'limida bemorlar uchun xonalar, operatsiya bloki, bog'lov xonasi va qo'shimcha xonalar (sanitariya tarmog'i, yuvinish xonasi, oshxona, bemorlar uchun kiyim-kechak, oqliklarni saqlash xonasi, xodimlar xonasi va hokazo) bo'ladi. Jarrohlik bo'limida oqova suv tarmog'i (issiq, sovuq suv) markazdan isitish, kanalizatsiya va havoni yangilab turish uchun ventilyatsiya bo'lishi shart.

Shikastlanish bo'limi. Shikastlangan bemorlarni davolash uchun moslashtirilgan jarrohlik bo'limidir. Jarrohlik bo'limidan farqli ravishda shikastlanish bo'limida rentgen tekshirish xonasi, gips bog'lam qo'yish xonasi, bog'lov xonasi, apparatxona, davo fizkulturasi, fizioterapiya xonalari bo'lishi zarur.

Gips bog'lov xonasida odatda singan joy og'riqsizlantiriladi, chiqqan suyak joyiga solinadi, singan suyaklar to'g'rilanib, gipsli bog'lamlar qo'yiladi. Aseptika talablariga ko'ra gips bog'lov xonasi operatsiya xonasiga qo'yiladigan talablarga mos kelishi kerak. Gips bog'lov xonasida singan suyaklarni joy-joyiga solish, suyaklarni taxtakachlash, gips bog'lamlarni qo'yish uchun maxsus apparatlar, ko'chma rentgen apparati va boshqalar bo'lishi kerak.

Operatsiya blokiga operatsiya xonasi, operatsiya xonasidan oldingi xona va materiallar saqlanadigan xona kiradi. Jarrohlik bo'limidagi ishning hajmiga ko'ra bir necha operatsiya xonalari bo'lishi mumkin. Biroq toza va yiringli operatsiya xonalari bo'lishi lozim. Birgina operatsiya xonasi bo'lganda toza operatsiyalarni birinchi navbatda o'tkazish va yiringli operatsiyadan keyin operatsiya xonasi to'la-to'kis yig'ishtirib tozalanishi shart.

Yiringli operatsiya xonasini ham toza operatsiya xonasi kabi yig'ishtirilib tozalaniladi. Operatsiya xonasi devorlari va shipi moyli kraska bilan bo'yaladi, poliga keramik plitalar yotqiziladi.

Isitish. Markazlashtirilgan tarmoq orqali bug'da isitgan yaxshi. Operatsiya xonasining harorati bir m'yorda 22-24°C atrofida bo'lishi kerak.

Yoritish. Xona yetarlicha yorug' bo'lishi va rangni buzib ko'rsatmasligi lozim. Tik tushadigan quyosh nurlari xirurg ishini qiyinlashtiradi va yozda xonani qizitib yuboradi. Operatsiya maydonini

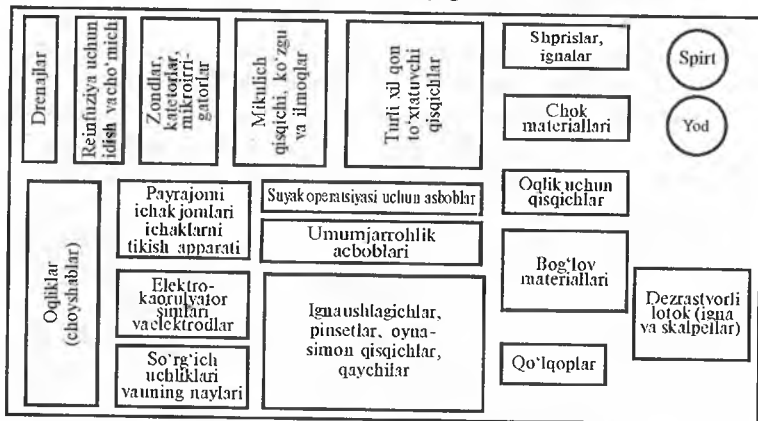
yoritish uchun xirurgning boshi va qo'llaridan soya tushurmaydigan maxsus lampalar qo'llaniladi. Zarurat bo'lganda yon tomondan yoritadigan lampalar qo'llaniladi. Neyroxirurgik operatsiyalarda xirurg boshiga kiyadigan maxsus turdagi yoritkichlardan foydalaniladi.

Ventilyatsiya. Operatsiya xonasi yaxshi shamollatilishi kerak. Havoni sterillab beradigan maxsus kondensionerlar eng ma'qul hisoblanadi.

Jihozlar. Operatsiya xonasida ishga zarur apparatlar va mebellargina bo'lishi kerak (1-rasm). Operatsiya stoli, asboblari va bog'lov materiallari qo'yiladigan operatsiya hamshirasi stoli, xirurg uchun, asbob-uskunalar uchun stolcha, qon oqishi-ni to'xtatish uchun elektrokoagulyator, elektrosog'ich va anesteziya apparatlari shular jumlasiga kiradi. Kislorod ballonlar va narkotik gazli ballonlar operatsiya xonasidan tashqarida alohida xonalarda saqlanishi lozim va ular maxsus gaz naylari yordamida operatsiya xonasiga kirgiziladi.

Operatsiya xonasini tozalash quyidagicha bo'ladi:

1. Kundalik tozalash — operatsiya jarayonida polga tushgan saftetka bo'laklari terib olinadi, qondan ifloslangan pol artib turiladi, operatsiya tugagach, qondan ifloslangan tog'oracha, qon tekkan oqliklar, choyshablar yig'ishtiriladi.



1-rasm

2. Yakuniy tozalash — operatsiya kuni oxirida pol va mebellar tozalab yuviladi, devorlar odam bo'yi yetadigan joyigacha dezinfeksiyalovchi moddalar bilan namlab artiladi.

3. Batamom yig'ishtirib tozalash — ship, devorlar, pol, derazalar haftasiga bir marta mexanik va kimyoviy tozalaniladi (dezinfeksiya).

4. Oldidan yig'ishtirib tozalash — har bir operatsiya kuni oldidan gorizontol sathlarni ho'l latta bilan artib, tun bo'yi o'tirib qolgan changdan tozalanadi.

Operatsiya xonalarini yuvishda turli xil dezinfeksiyalovchi (masalan, 50g soda, 5 g ko'k sovun va bir chelak issiq suvga 150 g lizol solingan aralashma) eritmalar bilan faqat nam usulda artib tozalaniladi. Ikkinchi chelakda toza issiq suv va sovun bo'lishi kerak. Devorlar, ship, polga kimyoviy moddalar bilan ishlov berilgandan so'ng, iliq suv bilan yuviladi. Yig'ishtirib tozalab bo'lingandan keyin mebel, devorlar va pol toza latta bilan artiladi. Tozalashdan keyin 6—8 soat bakteriotsid lampa (BUV-15, BUV-30) yoqib qo'yiladi.

Operatsiya xonasidan oldingi xona. Operatsiya hamshirasi, jarroh va uning yordamchilarining operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishi uchun xizmat qiladi. Tayyorgarlik qo'l yuvishdan boshlanadi. Buning uchun issiq va sovuq suvli maxsus jo'mrakli qo'l yuvgichlar, qo'l yuviladigan tog'oralar, qum soatlar 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 bemorni operatsiya xonasiga olib kiriladi.

Sterillash va avtoklavlash xonasi — operatsiyada ishlatiladigan oqliklar va asboblarni sterillash uchun avtoklavlar, sterilizatorlar va qaynatkichlar o'rnatilgan bo'ladi.

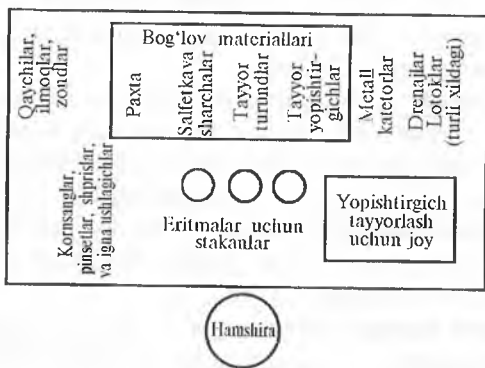
Asboblarni saqlash uchun xona — jarrohlik asboblari va apparatlarni saqlash uchun xizmat qiladi. Ular maxsus oynakli shkaflarda saqlanadi.

Bog'lov xonalari. Jarohatlarini bog'lash xonasiga qo'yiladigan talablar quyidagicha: devorlari moyli bo'yoq bilan bo'yalgan yoki keramik plita yopishtirilgan, yorug' xona bo'lishi kerak.

Bog'lov xonasida harorat 18° C dan kam bo'lmasligi kerak. Bog'lov xonasining jihozlari: bemorga bog'lov qo'yish uchun stol, asboblari va bog'lov materiallari uchun stol, bemorlar o'tirishi uchun bir nechta stul, yechilgan bog'lamlar uchun konteyner, asboblari, dori moddalar uchun shkaf. Asboblari bog'lov xonasining o'zida yoki qo'shni xonada sterillaniladi. Bog'lov xonasi

markazlashtirilgan tarmoq orqali issiq va sovuq suv bilan ta'minlanishi kerak. Bog'lov xonasi nihoyatda toza saqlanishi zarur. Asboblar va bog'lov materiallari turadigan stolning usti steril choyshab bilan yopib qo'yiladi (2-rasm). Asboblar va bog'lov materiallari korsang yordamida olib beriladi. Jarohat albatta asboblar yordamida bog'laniladi. Avval toza jarohatlar so'ngra yiringli jarohatli bemorlarga bog'lam qo'yiladi. Ish kuni oxirida bog'lov xonasini ho'l latta bilan artib tozalanib, ultrabinafsha nuri bilan nurlantiriladi. Yirik bo'limlarda «toza» va «yiringli» bemorlar uchun ikkita alohida bog'lov xonasi bo'ladi.

Bemorxonalarining jarrohlik bo'limida keng, yorug' va yaxshi shabodalaniладigan bemor xonalari bo'lishi kerak. Xonada harorat 18-20° C atrofida saqlanishi zarur. Krovatlarni bemorning oldiga hamma tomonlama boradigan qilib joylashtiriladi. Operatsiyadan keyin bemorlar uchun xonalar alohida bo'lishi kerak. Shifoxonada maxsus yiringli bo'lim bo'lmasa, yiringli bemorlar uchun alohida xonalar ajratish kerak.



2-rasm

Jarrohlik va shikastlanish bo'limlarida sanab o'tilganlardan tashqari muolajalarni bajarish, maxsus muolaja xonasi bo'lishi lozim, bu yerda inyeksiyalar, bo'shliqlarni punksiya qilinadi, dori moddalarni doimiy yuborib turish uchun o'mrov osti venasiga kateter qo'yiladi va boshqalar. Jarrohlik bo'limlarida bemorlar og'irlashib qolganda va operatsiyadan chiqqan bemorlar zarurat bo'lganda reanimatsiya tadbirlarini bajarish uchun, maxsus apparatlari bo'lgan reanimatsiya va intensiv davolash bo'limi jihozlaniladi.

Hamshiralalar posti. Odatda palatalarga yaqin joylashgan yo‘lakda tibbiy hamshira stoli qo‘yiladi. Stol yoniga yorug‘lik yoki tovush signalizatsiyasi va bo‘lim ichi dorixonasi uchun maxsus shkaf joylashtirilgan bo‘ladi. Bu shkafda bemorlarni davolash uchun zarur dori-darmonlar saqlanadi. Shkafning alohida kalit bilan qulflanadigan maxsus bo‘limlarida A va B ro‘yxatdagi preparatlar saqlanadi.

Poliklinikaning jarrohlik bo‘limi. Katta shaharlarda yirik poliklinikalarda mustaqil jarrohlik bo‘limlari alohida tashkil qilinadi. Uning vazifasi bemorlarni birlamchi ko‘zdan kechirish, bemorlarni shifoxonada davolash va ambulatoriyada davolash uchun tanlashdan iborat. Shifoxonadan uyiga jo‘natilgan bemorlar poliklinikaning jarrohlik bo‘limida davolashni davom ettiradilar.

Poliklinikaning jarrohlik bo‘limida kamida uchta xona: shifokor qabulxonasi, operatsiya xonasi va bog‘lov xonasi bo‘lishi kerak. Ko‘pchilik poliklinikalarda «toza» va «yiringli» bemorlar bir-biridan ajratilgan bo‘lib, bunda xonalar soni ikki baravar ko‘p bo‘ladi. Poliklinikaning jarrohlik bo‘limida rentgenologik kabinet, laboratoriya, davo fizkulturasi kabineti bo‘lishi shart. Bu qo‘shimcha kabinetlar faqat xirurgik bemorlarga emas, balki boshqa turdagi bemorlarga ham xizmat qiladi. Asboblar va bog‘lov materiallari odatda poliklinikada markazlashgan holda sterillaniladi.

Ambulatoriyaning jarrohlik kabineti. Ambulatoriyaning jarrohlik xonasi uchun alohida xona ajratiladi. Bu xonada bemorlar qabul qilinadi, kichikroq operatsiyalar o‘tkaziladi va jarohatlar bog‘laniladi. Jarrohlik xonasi ham poliklinikaning jarrohlik bo‘limi prinsipi bo‘yicha bir necha xonani egallashi maqsadga muvofiq. Ambulatoriyadagi jarrohlik xonasining ish qonun-qoidasi poliklinikani singaridir. U bemorlar sonining bir muncha kamligi bilan farq qiladi xolos.

Shikastlanishlar punkti. Yirik shifoxonalar va poliklinikalarda maxsus davolash-profilaktika birlik — shikastlanishlar punkti bo‘lib, u shikastlangan bemorlarga xizmat qiladi. Shikastlanishlar punktida shifokor-travmatolog xonasi, operatsiya xonasi, gips-bog‘lov xonasi varentgenologik xona bo‘lishi kerak. Shikastlanishlar punktida suyaklar singanda mahalliy og‘riqsizlantirish o‘tkaziladi, suyak siniqlari to‘g‘rilaniladi (repozitsiyalanadi), oddiy gips bog‘lamlari qo‘yiladi,

chiqqan suyaklar o'rniga solinadi, kichikroq jarohatlar birlamchi jarrohlik tozalovdan o'tkaziladi va hokazo. Bemor shifoxonada davolanishga muhtoj bo'lganda shikastlanish bo'limiga jo'natiladi. Shikastlanishlar punkti tumandagi shikastlangan bemorlarni hisobga oladi, ularni shifoxonadan uyga jo'natilgandan so'ng qo'shimcha davolanishni kuzatib boradi va shuningdek shikastlangan bemorlarni mehnatga layoqatli qilib, sog'lig'ini qayta tiklash (reabilitatsiya) masalalari bilan shug'ullanadi.

JARROHLIK OPERATSIYA HAQIDA TUSHUNCHA

Jarrohlik operatsiya — bemorning to'qimalari va organlariga davolash va tashxis qo'yish maqsadida mexanik ta'sir ko'rsatishdir.

Operatsiya turlari: Bajarilish muddatiga ko'ra operatsiyalar:

1. Rejali (bemor kasalxonaga kelgandan keyin bir necha kun hamma organlar faoliyati tekshirilib, so'ngra operatsiya bajariladi).

2. Shoshilinch (bemor kasalxonaga keltirilishi bilan, qisqa muddat ichida tekshirilib operatsiya bajariladi) turlarga bo'linadi.

Aralash tasnifiga ko'ra :

1. Radikal (patologik to'qima yoki organ to'liq olib tashlanadi).

2. Palliativ (patologik organ yoki to'qima olib tashlanmasligi mumkin, biroq operatsiya yetakchi belgilarni vaqtincha tugatishga mo'ljallangan bo'ladi) operatsiyalar farq qilinadi. Operatsiyani bajarish turiga ko'ra ular:

1. Qonli

2. Qonsiz operatsiyalarga bo'linadi.

Operatsiyaning birinchi turi deganda to'qimalarni kesish, kesilgan to'qimalardan qon oqishini to'xtatish, to'qimalarni birlashtirishda chok qo'yish va operatsiyaning tasnifiga ko'ra, boshqa muolajalarni bajarish tushuniladi. Jarrohlik operatsiyaning ikkinchi turi to'qimalarni kesish bilan bog'liq bo'lmagan va qon oqmaydigan xirurgik muolajalarni bajarishdir. Chiqqan suyaklarni joyiga solish, suyak siniqlarini o'z o'rniga qo'yish shunday operatsiya tadbirlari qatoriga kiradi. Operatsiyaning hamma turlari ayniqsa, qonli operatsiyalarda operatsiyadan key-

ingi davrda infeksiyaning oldini olishga, yaxshi og'riqsizlantirishga va kesilgan to'qimalardan qon oqishini qunt bilan to'xtatishga qaratilgan profilaktik tadbirlar majmuasini amalga oshirish ko'zda tutiladi.

JARROHLIK ASBOBLARI

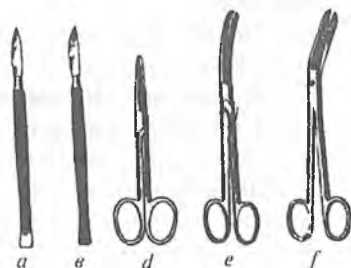
Operatsiyalar uchun ishlatiladigan jarrohlik asboblari ikkita katta guruhga bo'linadi.

I. Umumiy jarrohlik asboblari — deyarli barcha operatsiyalarda keng ishlatiladi. Bularga quyidagilar kiradi.

- a) to'qimalarni kesish va ajratish uchun asboblari;
- b) yordamchi jarrohlik asboblari — pinsetlar, ilmoqlar, zondlar, qisqichlar, korsanglar va boshqalar;
- v) jarohatdan qon to'xtatish uchun ishlatiladigan asboblari;
- g) to'qimalarni biriktiruvchi asboblari.

To'qimalarni ajratadigan (kesadigan) asboblari: (3-rasm)

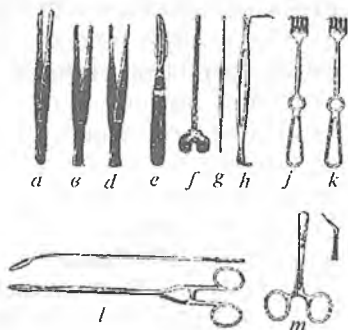
- a) o'tkir uchli pichoq (skalpel);
- b) qorinchali pichoq (skalpel);
- v) o'tkir uchli to'g'ri qaychi;
- g) kuper qaychisi;
- d) tomirlar uchun ishlatiladigan qaychi;



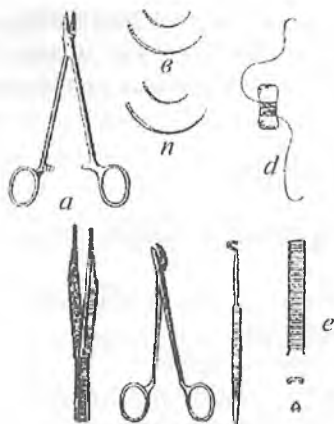
3-rasm

Yordamchi jarrohlik asboblari: (4-rasm)

- a) tishli pinset;
- b) xirurgik pinset;
- v) anatomik pinset;
- g) koxer zondi;
- d) tarnovsimon zond;
- e) tugmachali zond;
- j) farabef ilmog'i;
- z,i) bir va ko'p tishli ilmoqlar;
- k) korsang;
- l) sapkalar;



4-rasm.



5-rasm.

Qon to'xtatuvchi qisqichlar va choklash ignalari:

- a) Koxer qisqichi;
- b) Bilrot qisqichi;
- v) «chivin» tipidagi qisqich;
- g) Dyushan ignasi (o'ng va chap).

To'qimalarni biriktirish uchun qo'llaniladigan asboblari: (5-rasm)

- a) Gegar igna tutqichi;
- b) ichak ignalari (yumaloq);
- v) kesadigan (uch qirrali) ignalar;
- g) atravmatik ignalar;
- d) Mishel qisqichini qo'yish uchun to'plam.

Shprislari:

- a) Jane shprisi;
- b) «rekord» shprisi;

II. Maxsus jarrohlik asboblari

Qorin bo'shlig'i a'zolari operatsiyalari uchun asboblari:

- 1) Trosse jarohat kergichi;
- 2) Mikulich jarohat kergichi;
- 3) Jigar ko'zgusi;
- 4) Qorin ko'zgusi;
- 5) Trokar;
- 6) Reverden shpateli;
- 7) Ichakning yumshoq jomlari;
- 8) Ichakni qisib turadigan jomlar;
- 9) Ichakni qisib turaligan Payeyer jomi.

Suyak operatsiyalari uchun asboblari:

- 1) Farabef raspatori (to'g'ri va uchi qayrilgan);
- 2) yassi va tarnovsimon iskana;
- 3) osteotom;
- 4) bolg'achalar (metall va yog'ochdan yasalgan);
- 5) yoysimon arra;
- 6) Jiglining sim arrasi;
- 7) Olening fiksatsion qisqichi;
- 8) Farabefning fiksatsion qisqichi;
- 9) Lyuer tishlagichi;
- 10) Liston qisqichi.

Oyoq-qo'llar operatsiyalarida ishlatiladigan asboblari:

- 1-3) amputatsion pichoqlar (katta, o'rta, kichik);
- 4) ikki tomoni o'tkir pichoq;
- 5) falanga pichog'i;
- 6) reziksion pichoq;
- 7) skalpel;
- 8) retraktor.

Traxeostomiya uchun asboblari:

- 1) traxeostomik kanyula (yig'ilgan va qismlarga ajratilgani);
- 2) trussoning traxeaya kergichi;
- 3) bir tishli ilmoq.

Ko'krak qafasi va ko'krak bo'shlig'i a'zolaridagi operatsiyalar uchun asboblari:

- 1) Duayeyen raspatori;
- 2) Duayyen tishlagichi;
- 3) Shumaxer tishlagichi;
- 4) Shtille tishlagichi;
- 5) Lyuer qisqichi;
- 6) Jarohat kengaytirgich;
- 7) Fridrix qisqichi.

Neyroxirurgik operatsiyalar uchun asboblari:

- 1) parma (kolovorot) frezalari bilan;
- 2) Jiglining sim arrasi;
- 3) raspatorlar;
- 4) miya shpateli;
- 5) dissektor;
- 6) qaychilar;
- 7) klipslar.

Buyrak va siydik chiqaruv yo'llaridagi operatsiyalar uchun asboblari:

- 1) Fedorovning buyrak qisqichi;
- 2) rezina kateter;
- 3) metall kateter;
- 4) sistoskop;
- 5) siydik nayi kateterlari;
- 6) kateterlash uchun sistoskop.

To'g'ri ichakdagi operatsiyalar uchun asboblari:

- a) rektoskop;
- b) rektal ko'zgu;
- v) Alesa qisqichlari;
- g) gemoroidal qisqichlar.

Yuqorida jarrohlik amaliyotida ishlatiladigan asboblarning hammasi emas, faqat asosiy xillari sanab o'tildi. Zamonaviy operatsiya xonalari, ayniqsa maxsus yo'nalishdagi operatsiya xonalari eng murakkab apparatlar: yurakdagi operatsiyalar uchun sun'iy qon aylanishi apparati, bosh miya biopotensiallarini yozib borish uchun elektr epsefalograf, yurak faoliyatini nazorat qilib turadigan elektrokardioskop bilan jihozlangan.

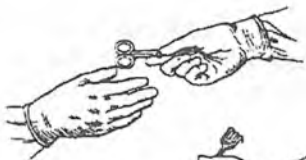
Bu asboblardan tashqari, ko'p operatsiyalar uchun zarur apparatlar: termokoagulyatsiya uchun EXVCH apparati, suyuqliklarni so'rib olish uchun aspiratsiya qilish (so'rish) apparati va shu kabilar bo'ladi. (6, 7, 8, 9, 10, 11-rasmlar)



6-rasm.



7-rasm.



8-rasm.



9-rasm.



10-rasm.



11-rasm.

JARROHLIKDA INFEKSIYA TUSHISHINING OLDINI OLISH

Jarohatga mikroblarning tushish xavfi.

Jarrohlik infeksiya tarqalish yo'llarining xilma-xilligi.

Endogen va ekzogen infeksiya.

«Infeksiya» so'zi ostida odam organizmi mikroorganizmlar, aksariyat mikroblar bilan makroorganizmning muayyan javob reaksiyasi bilan o'tadigan o'zaro munosabati tushuniladi.

Infeksiyaning xususiy bo'limlariga xirurgik infeksiya kiradi. Infeksiya deganda kasallik qo'zg'atuvchi (yiring hosil qiluvchi) mikroblar tushishidan, vujudga keladigan, xirurgik davolashni talab qilinadigan (furunkul, karbunkul, flegmona, osteomyelit, jarohatni yiringlashi va boshqalar) odam organizmidagi yiringli yallig'lanish holatlari tushuniladi.

Xirurgik infeksiya haqidagi masalani ko'zdan kechirishda quyidagi tushunchalarni bilish zarur, chunonchi:

1. Jarohat birlamchi ifloslanadigan birlamchi infeksiya;
2. Reinfeksiya — birlamchi infeksiyaning tugashi jarayonida takroriy yuqishi;
3. Superinfeksiya — tugallangan infeksiyon jarayon sharoitlarida takroriy yuqish bu odatda juda tez og'ir kechadi.

Mikroblarning organizmga tushishi uchun «kirish darvozasi» bo'lishi, ya'ni qoplamlar (teri, shilliq pardalar) butunligi buziladi. Xirurgik infeksiya ikkita omilga: organizmga tushgan mikroblarning dozasi va virulentligiga hamda organizmning himoya kuchlariga bog'liq. Birinchisi nechog'li yuzaga chiqqan va ikkinchisining imkoniyati nechog'li kam bo'lsa, infeksiya shu qadar kuchli rivojlanadi.

Xirurgik infeksiya profilaktikasi asosini organizm himoya kuchlarining kuchayishi, teri va shilliq pardalarning mikrofloralaridan ifloslanishining kamayishi, shuningdek, mikroorganizmlarning oldini olish va o'z vaqtida xirurgik tozalashni tashkil etadi. Rivojlanib bo'lgan xirurgik infeksiyaga avvalo organizmning immunologik kuchlarini imkon boricha oshirish va mikrofloraning rivojlanishi uchun noqulay sharoitlar yara-

tish yo'li bilan davo qilinadi. Buning uchun jarrohlik amaliyotida antiseptika moddalar, shuningdek, davolashning jarrohlik usullari keng qo'llaniladigan bo'ladi.

To'qimalar kesiladigan (qonli operatsiya) yoki suyaklar chiqqanda va singanida to'qimalar kesilmaydigan (qonsiz operatsiya) xirurgik operatsiya infeksiyaning rivojlanishi uchun katta imkoniyatlar vujudga keltiradi (operatsion jarohat orqali) kirish darvozasi ochilgan to'qimalarda qon borligi, operatsion travma tufayli organizmning himoya kuchlarining kamayishi.

Operatsiya qilingan hududda infeksiya rivojlanishining oldini olish uchun hozirgi vaqtda tadbirlar majmuasi ishlab chiqilgan. Operatsion brigada maxsus usullar bilan qo'llarni zararsizlantiradi, jarohatga tegadigan hamma narsalardagi mikroorganizmlarni yo'qotish uchun bog'lov materiallari, asboblari tayyorlaniladi (aseptika). Qator hollarda operatsiyaga qadar va deyarli hamisha operatsiyadan keyin bemor organizmidagi mikroflorani yo'qotish maqsadida unga dori moddalari beriladi (antiseptiklar). Og'riqsizlantirish turini tanlash va to'g'ri o'tkazishga katta e'tibor beriladi, chunki yaxshi og'riqsizlantirish operatsiya qilingan joyga (sohaga) orom (bu infeksiyaga qarshi muhim profilaktik tadbir hisoblanadi) beribgina qolmay, balki organizmning himoya kuchlarini saqlab qolishga imkon ham beradi. Qonli operatsiyalarda qunt bilan gemostaz (qon oqishni to'xtatish) bilan shug'ullanish, qonsiz operatsiyalarda suyak singan yoki chiqqan zonada gemotomani (qon yig'ilishini) ko'paytirmaslik uchun muolajalarni ehtiyotlik bilan olib borish kerak. Tomirlarda emas, balki to'qimalarda bo'ladigan qon mikroorganizmlar, ya'ni infeksiya rivojlanishi uchun juda yaxshi oziqli muhit hisoblanadi.

Yuqorida sanab o'tilgan tadbirlar majmuasi bekam-ko'st puxtalik bilan bajarilgan taqdirdagina infeksiyon asorat rivojlanishining oldini olish mumkin bo'ladi.

Yiring hosil qiladigan mikroblar

Patologik holatlarni keltirib chiqaradigan yiringlatuvchi mikroblar aerob (atmosfera kislorod bo'lganda yashaydi va rivojlanadi) va anaerob (kislorodsiz rivojlanadi) bo'lishi mumkin.

Stafilokokk (*staphylococcus aureus*) — anaerob sharoitlarda ham rivojlana oladigan aerob hisoblanadi. Tabiatda keng tarqalgan va havoda, buyumlarda, kiyim-boshlarda odam tanasida va shu

kabilarda bo'ladi. Oq va tilla rang stafilakokk farq qilinadi. Bu mikroba ko'pincha yiringli holatlarning qo'zg'atuvchisi bo'lib xizmat qiladi. Stafilokokk quruqlikka yaxshi chidamli va qaynab turgan suvda bir necha daqiqadan so'ng halok bo'ladi.

Streptokokk (*Streptococcus pyogenes*) stafilakokk singari keng tarqalgan, bir muncha chidamli. Yiringli holatlarga sabab bo'ladi, aksariyat seroz pardalar va bo'g'imlarning sinovial pardalarini yallig'lantiradi.

Pnevmokokk (*Pneumococcus*) aerob sharoitlarda yashaydi. O'pkani va bo'g'imlarning sinovial pardalarni ayniqsa ko'p yallig'lantiradi.

Ichak tayoqchasi (*Bacterium colicommunis*) ichaklarda va najasdan ifloslangan joylarda bo'ladi. Aerob va anaerob sharoitlarda ko'payadi. Ko'pincha yiringli holatlarning kechishini og'irlashtiradi. Bu mikroba ta'sirida kletchatka, muskullar, paylar irib ketishi mumkin.

Jarrohlik amaliyotida anaerob bakteriyalardan jarohat orqali tushib kasallik qo'zg'atuvchi gazli gangrena va qoqsholning qo'zg'atuvchilari nihoyatda ahamiyatlidir.

Gazli gangrena tayoqchasi (*Clostridium perfringens*) gazli gangrenaning eng ko'p tarqalgan qo'zg'atuvchisidir. Sporalar hosil qiladi, toksinlar va gaz ishlab chiqaradi. Toksinlari gemoliz, umumiy intoksikatsiya, nerv faoliyatining zararsizlanishini keltirib chiqaradi.

Xavfli shish tayoqchasi (*Clostridium oedimatiens*) spora hosil qiladigan mikroba kletchatka va muskullar shishiga sabab bo'ladigan toksinlar ajratadi.

Septik vibrion (*Clostridium vibrion septicus*). Uning toksinlari seroz va seroz-gemorogik yallig'lanish hisobiga avj olib boradigan shishiga sabab bo'ladi. Muskullar va kletchatkaning nekroziga olib keladi. Toksinlari tomirlarni zararlantiradi.

To'qimani iritadigan batsilla (*Clostridium histolyticum*) — spora hosil qiladigan harakatchan mikroba to'qimalarni nekrozga olib keladi va iritib yuboridigan toksinlar ajratadi.

Qoqshol tayoqchasi (*Clostridium titani*) — spora hosil qiladigan mikroba. Sporalar qaynatilganda halok bo'lmaydi, tetanogemalizin va tetanospazmin toksinlarini hosil qiladi, keyingi toksin markaziy nerv sistemasiga tushib uni spetsifik zararlantiradi, o'ta og'ir infeksiya kasallik — qoqsholga duchor qiladi.

Infeksiyaning organizmda rivojlanish omillari

Organizmda infeksiya qo'zg'atuvchilari tushgandan so'ng hamisha ham patologik holat paydo bo'lavermaydi. Organizmning himoya kuchlari yaxshi bo'lganda mikroblar halok bo'lishi mumkin. Organizm himoya kuchlarining pasayishi va tushgan qo'zg'atuvchining katta miqdori va yuqori virulentligi organizmda infeksiyaning rivojlanishi uchun asosiy sharoit hisoblanadi. Qator hollarda ayniqsa, o'z ta'siridagi jarohatlanishda organizm to'qimalariga yot jism bilan birga, shuningdek har xil mikroorganizmlar kiradi. Qandaydir sabablarga ko'ra yot jism operativ yo'l bilan chiqarib tashlanmaydi. Organizmning himoya kuchlari tufayli yot jism atrofida biriktiruvchi to'qimadan iborat kapsula hosil bo'ladi — bu yot jism bilan organizm o'rtasidagi to'siqdir. Biroq bu to'siq yemirilganda yoki organizmning himoya kuchlari kamayib ketganda infeksiya yuzaga chiqib, yg'iringlatishi yoki xatto kuchli septik holatni qo'zg'atishi mumkin. Bunday infeksiyani biz mudrab yotgan infeksiya deb ataymiz.

Jarohatga infeksiya qo'zg'atuvchilar ekzogen va endogen orqali tushishi mumkin. Infeksiyaning ekzogen bilan tushishi, ya'ni tashqi muhitdan har xil yo'l bilan infeksiyalarning jarohatga tushishidir. Endogen yo'l esa odam organizmida mavjud bo'lgan infeksiya o'choqlaridan (kariyes tish, bodomcha bezining surunkali yallig'lanishi, yiringli bo'shliqlar) qon tomiri yoki limfa tomiri orqali jarohatga tushishdir. Jarohatga infeksiyaning ekzogen yo'l bilan tushishi quyidagicha bo'ladi: kontaktli, havo-tomchi, implantatsion yo'llardir.

Kontakt yo'l bilan yuqadigan infeksiya hammadan ko'p uchraydi. Ana shunday infeksiyaning oddiy misoli turmushda, ishlab chiqarish, transportda uchraydigan jarohatlanish hollaridir, bunda badanga shikast yetkazgan narsadan jarohatga mikroob tushib qoladi.

Aseptikadan oldingi davrlarda, ya'ni operatsiyalar sterilanmagan asboblardan qilinadigan mahallarda kontakt infeksiya jarrohlik amaliyotida ayniqsa ko'p uchraydi.

Havo-tomchi yo'li bilan yuqadigan infeksiya. Odam gaplashgan mahalida havoga sachrab chiqadigan so'lak tomchilari, jarohatga tushib qolganida ana shunday infeksiya paydo bo'ladi. Rezina qo'lqop teshilib «qo'lqop suvi» jarohatga tushganda ham jarohat infeksiyalanishi mumkin.

Implantatsion infeksiya protezlar qo'yilib, choklar solingandan keyin, urush sharoitlarida esa yot jismlar (o'q, turli narsalarning parchalari, kiyimning uzilgan joylari) badanga kirib qolgan paytlarda avj oladi. Bunday infeksiya odatda, jarohatlanish yoki operatsiyadan ancha muddat o'tgandan keyin ma'lum bo'ladi. Dori preparatlar ishlatilganligi yoki noqulay sharoitlar (o'ta charchoqlik, och qolish, sovqotish) natijasida organizm himoya kuchlarining susayib qolishi implantatsion infeksiyaning vujudga kelishiga yo'l ochadi.

Jarohlikning boshqa tibbiyot fanlaridan farqli, o'ziga xos talablari bo'lib, bunga ko'ra xirurgik xizmat asosini operatsiya qilib davolash tashkil etadi. Operatsiya qilishda aseptika va antiseptika masalalariga katta e'tibor beriladi.

Aseptikada juz'iy xatolarga yo'l qo'yish va antiseptikaning qanchalik muhimligiga yetarlicha baho bermaslik operatsion jarohatining yiringlab ketishiga va boshqa og'ir oqibatlariga sabab bo'ladi. Xirurgiya muassasalarida bemorlar «toza» va «yiringli» bemorlarga bo'linib, toza va yiringli xirurgiya tafovut qilinadi.

Yiringli va yallig'lanish kasalliklari (buqoq, me'daning yara kasalligi, o'smalar va hokazo) bo'lmagan bemorlarni davolash bilan shug'ullanadi. Yiringli xirurgiya kasallanib qolishiga infeksiya (osteomiyelit, o'pka absessi, flegmona va hokazolar) sabab bo'lgan bemorlarga yordam beradi. Infeksiyaning bir bemordan ikkinchisiga ayniqsa «yiringli» bemorlardan «toza» bemorlarga o'tish ehtimolini nazarda tutib shifoxona ichida yuqadigan infeksiyani, yiringli kasalliklari bor bemorlarni maxsus palatalarga yotqiziladi. Bunday bemorlarning soni ko'p bo'lganda tegishli davo tadbirlari o'tkaziladigan maxsus yiringli xirurgiya bo'limi tashkil etiladi.

Bu bo'limda aseptikaga rioya qilishga qo'yiladigan talablar toza bo'limlardagiga nisbatan bir muncha yuqori bo'ladi. Bog'lov xonalarida ishlatilgan bog'lov materiallari yoqib kuydiriladi, asboblari esa maxsus zararsizlantiriladi, xona esa kvars lampalari yordamida tozalaniladi. Ilgari aseptika antiseptikaga qarshi tushunilar edi, qaysiki antiseptik moddalar qandaydir darajada odam to'qimalarini shikastlar edi. Bu esa tezda aseptika va antiseptikaning qarshi yo'nalishlarini o'zgartirib, ikkala usulni umumlashtirish kerakligini davr taqozo qildi. «Aseptika va antiseptika» ni bir butun tushungan holda, asboblarni zararsizlantirish, bog'lov materiallari va boshqa jihozlarni fizikaviy usul (aseptika), xuddi shunday

ximiyaviy usul (antiseptika) larni qo'llashga olib keldi. Keyingi 20 — 25 yilda nomlanishni o'zgartirishni talab qildi. Hozirgi paytda «aseptika» tushunchasi, yuqorida aytilgandek, operatsiya jarayonida tashqaridan mikroblarni jarohatga tushirmaslik chora-tadbirlarini o'z ichiga oladi. Shu maqsadda kimyoviy, fizik usullardan foydalalanib zararsizlantirish usullari, sanitariya-gigiyenik va har xil tashkiliy ishlar amalga oshiriladi. «Antiseptika» deb jarohatga tushgan mikroblarni yo'qotishga qaratilgan davo-profilaktik chora-tadbirlardir. Shunday qilib, aseptika va antiseptikaning zamonaviy tushunchasi shundan iboratki: aseptika xirurgik infeksiyani profilaktika qilish bo'lsa, antiseptika esa — xirurgik infeksiyani davolashning bir usulidir. Ikkala usulda ham fizikaviy va kimyoviy moddalar qo'yullaniladi. Hozirgi davrda jarrohlikda aseptika va antiseptika bir butun qo'llaniladi.

JARROHLIK INFEKSIYANING OLDINI OLISH

Aseptika va antiseptika

Antiseptika — jarohatdagi mikroblarning rivojlanishi va ularning to'qimalar ichkarisiga kirishiga noqulay sharoitlar yaratishga qaratilgan tadbirlar yig'indisidir. Antiseptik vositalarning qanday usul bilan ishlatilishiga qarab mahalliy va umumiy antiseptika farq qiladi.

Aseptika — xirurgik infeksiyaga qarshi kurash usuli bo'lib, uning asosi jarohatga infeksiya tushishining oldini olish hisoblanadi. Aniq vazifa va shart-sharoitlarga qarab jarrohlik ishi amaliyotida shu usullarning ikkalasidan birgalikda, oldinma-keyin yoki alohida-alohida foydalaniladi.

Jarohatning nima sababdan yiringlab, yallig'lanib ketishini ingliz xirurgi Lister ilmiy jihatdan tushuntirib berdi. Bakteriyalarni yo'q qilish uchun u terini 5% li karbol kislotasi eritmasi bilan tozalash, jarohatni esa xuddi shu eritmaga ho'llangan bir necha qavat doka va klyonka bilan yopib bog'lab qo'yishni taklif etdi. Operatsiya oldidan xirurg qo'lini 3% li karbol kislotasi eritmasi bilan obdon tozalash tavsiya qilindi. Barcha asboblar fenol eritmasida saqlanardi. Kuchsiz karbol kislotasi eritmasini purkash yo'li bilan operatsiya xonasining havosi yuqumsizlantirilardi. Lister usuli samarali bo'lib chiqdi va tezgina butun jahonda o'z tarafdorlarini topdi. Tajriba to'planib, borgan sayin antiseptika

bekamu ko'st sterillikni ta'minlab bera olmasligi, karbol kislotasi hujayralar pardasini yemirib, ularni halok qilib yuborishi aniqlandi. Antiseptikaning noma'qul tomonlari yangi usullarni qidirib ko'rishga majbur etdi.

Professor Bergman va uning assistenti Shimmelbush maxsus tayyorlangan xonada steril asboblardan steril qo'llar bilan qilingan operatsiya jarohatini ifloslanishdan saqlab qolishga imkon berishini tasdiqlab berdilar. O'tgan asrning oxiridan boshlab barcha operatsiyalar aseptika sharoitlarida qilinadigan bo'ldi.

Antiseptikaning keyingi taraqqiyoti rus xirurglarining nomi bilan bog'langan. S.P. Kolomin (1842—1886), N.K. Reyeyer (1846—1890), N.V. Sklifosovskiy (1836—1904) antiseptika usulini mukammallashtirishdi va soddalashtirishda, uni faqat shifoxona sharoitlaridagina emas, balki harbiy-dala amaliyotiga ham joriy etishdi.

M.S. Subbotin (1843—1913), P.I. Dyakonov (1855—1908), M.Y. Preobrajenskiy (1846—1918) va boshqalar aseptika usulini Rossiyada muvaffaqiyat bilan ishlab chiqib, joriy etishdi. Aseptik bog'lamlarning yangi xillarini, oqliklarni, asboblarni sterillash usullarini, sterillash uchun kerakli apparatlarni (avtoklavlarni), individual bog'lov paketini (N.A. Velyaminov) ishlab chiqdilar. Jarohatlar yiringlashining oldini olish maqsadida N.I. Pirogov jarrohlik bo'limining maxsus tartibini ishlab chiqqan. U bemorlar yotadigan xonalarning yaxshi shamollatilishi, shifokorlarning qo'li va asboblarning tozaligi ustidan kuzatib turishni talab qilgan, jarohatni qaynagan suvda yuvish uchun maxsus choynaklar tutishni joriy etgan. N.I. Pirogov yiringlashning sababchisi, Gippokrat eslatib o'tgandek, «miazmalar» ekanligini uqtirgan.

ANTISEPTIKA

Antiseptika deb jarohatdagi yoki butun organizmdagi mikroblar va uning sporalari yo'qotish yoki sonini kamaytirishga qaratilgan choralar-tadbirlar yig'indisiga aytiladi.

Antiseptika mexanik, fizik, kimyoviy va biologik usullar bilan amalga oshiriladi.

1. Mexanik usullari. Jarohatni birlamchi xirurgik tozalash: jarohat chetlari va tubini kesib, o'lgan to'qimalar va yot jismlarni olib tashlashdan iborat. Jarohatlar yiring boylab ketgan bo'lsa, yiringni chiqarish, o'lgan jarohat keng qilib ochiladi. Jarohatlar hamda bo'shliqlarni antiseptik eritmalar bilan yuvish usullari mexanik antiseptikaga kiradi.

2. Fizikaviy usullari. Asosiy vazifasi yiringlagan jarohatni (tamponlar) turundalar va drenajlar yordamida tashqariga oqizish (drenajlash), jarohatga fizikaviy usullar bilan ta'sir ko'rsatishdir (quritish, issiqlik va yorug'lik muolajalari qilish, kvarsplash). Natijada mikroblarning hayot faoliyati uchun noqulay shart-sharoitlar yuzaga keladi. Jarohatni ochiq holda qoldirib davolab borish ham uning qovjirashiga — degidratatsiyalanishiga yordam beradi. Jarohatga ultrabinafsha nur berish degidratatsiyani kuchaytiradi, bakteriotsid ta'sir ko'rsatadi va regenerativ jarayonlarni kuchaytiradi.

3. Kimyoviy usullar. Kimyoviy antiseptika jarohatdagi mikroblar florasini har xil kimyoviy moddalar yordamida yo'q qilishni ta'minlab beradi. Kimyoviy antiseptiklar guruhiga qo'l, operatsiya maydoni, asboblarni va boshqa anjomlarni yuqumsizlantirish uchun ishlatiladigan preparatlar kiradi.

I. Anorganik birikmalar.

1) Galoidlar: yodning spirtidagi eritmasi, suv va spirtida tayyorlangan Lyugol eritmasi yodoform, yodopiron, yodanat.

2) Oksidlovchilar: vodorod peroksidi, kaliy permanganat.

3) Anorganik kislota va ishqorlar: ammiak eritmasi, borat kislotasi.

4) Og'ir metallarning tuzlari: sulema, kumush nitrat.

II. Organik birikmalar.

1) Spirtlar: etil spirt.

2) Aldegidlar: formaldegid lizofom.

3) Fenollar: karbol kislota, lizol, rezorsin.

4) Nitro furanlar: furatsil, furadonin, furazolidon.

5) Bo'yovchilar: metilen ko'ki, brilliant ko'ki.

6) Organik kislotalar: salitsilat, benzoat kislota. Jarrohlik amaliyotida juda ko'p ishlatiladigan asosiy kimyoviy antiseptikalarga misollar quyidagicha:

Karbol kislota zaharli: asboblari, kateterlar, drenajlar naychalarini, qo'lqoplarni dezinfeksiya qilish uchun 2—5% li eritmalar ko'rinishida ishlatiladi. Hozir undan faqat Krupenin eritmasi (uch xil moddadan iborat eritma) da foydalaniladi. Bu eritma kesuvchi asboblari va plastmassa buyumlarni sterillash uchun, shuningdek, qaynatib sterillangan ignalar, skalpellar,

qisqichlar, polietilen naychalarni saqlab qo'yish uchun ishlatiladi. Mikroblarning vegetativ formalari unda 30 daqiqadan keyin o'lib ketsa, sporalari 60—90 daqiqandan keyin o'ladi. Skalpellarni sterillash muddati 30—45 minutni, polietilen naychalarni sterillash muddati esa 1—2 soatni tashkil etadi. Bu eritma karbol kislotasi (3 g), natriy karbonat (15 g), formalin (20 g), distillangan suv (1000 g) dan iborat.

Dizenfeksiyalovchi eritmadan chiqarib olingan narsalarni ishlatishdan ilgari distillangan suv yoki izotonik natriy xlorid eritmasi bilan yuviladi.

Lizol hadeganda bitavermaydigan yaralarga davo qilishda vannalar uchun 1—3% li eritmalar ko'rinishida ishlatiladi, 3—10% li eritmalar choyshab va boshqa oqliklarni dezinfeksiyalash, operatsiya xonalari, bog'lov xonalarni yuvish uchun, shuningdek, yiring, ichak suyuqligi tegib qolgan asboblarni tozalash uchun qo'llaniladi. Asboblari issiq suvda sovunlab yuviladi va 3—5% li lizol eritmasiga 1 soat solib qo'yilib, keyin suv bilan chayqab olinadi, quritilib, toza asboblari bilan birga sterillanadi.

Sulema juda zaharli. Kiyim-kechaklar, bemorga tutiladigan buyumlarni dezinfeksiya qilish, qo'lqoplarni yuvish va ipak tayyorlash uchun 0,1% li eritmasi ishlatiladi. Sulema eritmalarini adashtirib yubormaslik uchun ularga bir oz pushti yoki havorang bo'yoq qo'shib qo'yiladi. Sulema eritmalarining jarohat va teri yuzasidan yaxshi so'rilib, o'tuvchanligini hisobga olib, bu eritmalar bilan ishlashda nihoyat darajada ehtiyot bo'lish kerak.

Sterillanishi kerak bo'lgan hamma narsalar qaynoq suvda sovunlab yuvilib qondan yaxshilab tozalanishi kerak, chunki sulema oqsillar bilan birikib preparatning bakteriyaga o'tishiga to'sqinlik qiladigan albuminlar hosil qiladi.

Xlor preparatlari. Bu preparatlarning bakteritsid va sporotsid xossalari tarkibidagi aktiv xlor miqdoriga bog'liq bo'ladi. Shu preparatlarning eritmalariga ammoniy tuzlari qo'shilganida ularning bakteritsid ta'siri zo'rayadi.

Dixlorizotsianurat va trixlorizotsianurat kislotalar kuchli bakteritsid va sporotsid xossalari egadir. Bularning birinchisining tarkibida 70% xlor bo'lsa ikkinchisining tarkibida 90% xlor bor. Bu preparatlar chidamsiz, shu sababdan ularni ishlatish oldidan tayyorlanadi. Ulardan asosan xonalarni dezinfeksiya qilish uchun foydalanadi.

Tarkibida xlor bo'ladigan preparatlarning kamchiligi metallarga korroziyalovchi ta'sir ko'rsatish, gazlamalarning rangini oqartirib, kuchini ketkazib qo'yishdir.

Xloramin jarohatlar, yiringlagan bo'shliqlar muolajasida ishlatiladi, ya'ni 0,5 — 1% li eritmasi bilan jarohat yuviladi yoki tamponlar va bog'lamlar ho'llanadi. Xloramin qo'l asboblari va qo'lqoplarni dezinfeksiya qilish uchun ham ishlatiladi. Bu preparatning dezodoratsiyalovchi, ya'ni badbo'y hidlarni yo'qotuvchi ta'siri bor.

Kumush nitrat yoki lyapis. 2—10% li eritmalari bo'shliqlarni chayish, 10 va 20% li eritmalari kuydirish uchun ishlatiladi. Burishtiruvchi va yallig'lanishga qarshi ta'siri ham bor.

Yod nastoykasi. Spirdagi 5—10% li eritmasidan operatsiya maydoni, qo'l terisi, jarohatlar atrofidagi terini dezinfeksiya qilish uchun foydalaniladi. Ortiqcha sezgirligi bor odamlarda terining kuyib qolishiga, toshma toshishiga sabab bo'ladi.

Operatsiya maydoni va qo'llarni tozalash uchun yod birikmalari: yodonat, yodopiron, yodolan so'nggi yillarda ko'p ishlatilmoqda.

Etil spirt qo'llar, kesuvchi asboblarni dezinfeksiyalash, chok materialini sterillash uchun ishlatiladi. Oshlovchi ta'siri bor (70% li eritmasi).

Birmuncha yuqori konsentratsiyadagi spirt oqsilni ivitib qo'yadi, shu narsa preparatning bakteriya hujayrasiga o'tishiga to'sqinlik qiladi. Spirt ko'pincha sterillab olingan asboblarni uzoq saqlab qo'yish uchun ishlatiladi.

Brilliant yashilining spirdagi 1% li eritmasi (Bakkal eritmasi) xirurg qo'llari va operatsiya maydoniga ishlov berish uchun ishlatiladi — kuydirgi, qoqshol va ichak tayoqchasining spora kulturalari 15 daqiqa ichida halok bo'lib ketadi. Sterillash uchun yaxshilab yuvilgan asboblari brilliant yashili eritmasiga 15—20 minutga solib qo'yiladi, keyin yana saqlash uchun steril kornsang bilan olinib, 96% li spirtga solib qo'yiladi. Bu metodning kamchiligi shuki, qo'llar va operatsiyaga ishlatiladigan oqliklar yashil rangga bo'yalib qoladi.

Vodorod peroksid jarohat va bo'shliqlarni chayish, shuningdek, anaerob jarohatlarga ishlov berish uchun 3% li eritma ko'rinishida ishlatiladi.

3—6% li vodorod peroksid eritmasi bilan 0,5% li sulfanol yoki yuvuvchi sintetik vositalar eritmasining aralashmasidan operatsiya bloki xonalarni dezinfeksiya qilish uchun foydalaniladi. Vodorod peroksidning asosiy afzalligi shuki, u odam uchun bezarar.

Betapropilakton 1:1000 konsentratsiyada bakteritsid ta'sir ko'rsatadi. 2% li eritmasida ko'k yiring tayoqchasi 10 daqiqa ichida o'ladi. Sterillashga 1% li eritmasi ishlatiladi. Metall asboblari va plastmassa buyumlar 50° C temperaturadagi 1% li eritmasida 1 soatdan keyin steril bo'lib qoladi.

Kaliy permanganat yiringli jarohatlar va bo'shliqlarni chayish uchun suvdagi 0,1—0,5% li eritmalar holida, kuygan joylar va yaralarga surtish uchun esa 2—5% li eritmalar holida qo'llaniladi. Dezinfeksiyalovchi ta'siri bor.

Furatsilinning suvdagi 0,02% li eritmali, spirtidagi 0,066% li eritmasi yoki 0,2% li maz ko'rinishda yiringli jarohatlarga davo qilishda, yotoq yaralar, kuygan jarohatlar va bo'shliqlarni chayish uchun ishlatiladi.

4. Biologik usullari. Biologik antiseptika organizm himoya kuchlarini kuchaytirish, jarohatda mikroorganizmlar ko'payishi va yashashi uchun noqulay sharoitlar yaratishni ko'zda tutadi. Biologik antiseptiklar jumlasiga antibiotiklar, fermentlar, immun zardoblar kiradi.

Antibiotiklar — mikroblar hayvonlar o'simliklardan olinadigan moddalar bo'lib, mikroblarni tanlab-tanlab hayot faoliyatini susaytirib qo'yadi. Antibiotiklar mikroorganizmlar pardalari hosil bo'lish jarayoni va vazifalarini yoki ribonuklein kislotalar hamda oqsillar sintezini izdan chiqaradi. Umuman olganda ular mikroorganizmlarning ko'payishini to'xtatadi, (bakteriostatik) yoki o'ldiradi (bakteritsid ta'sir). Ijobiy ta'siri bilan birga antibiotiklarning organizmga zarari ham bor. *Masalan:* bemorning uzoq vaqt streptomitsin qabul qilishi eshitish qobiliyatini pasaytirish va muvozanatning buzilishiga sabab bo'lishi mumkin. Shuningdek, antibiotiklarni uzoq vaqt qabul qilish toksik va allergik, kandidoz kabi asoratlarni keltirib chiqaradi. Antibiotiklar uzoq vaqt katta dozalarda qo'llanilganda mikroorganizmlar o'zgaradi, disbakterioz keltirib chiqaradi. Natijada bemor turli zamburug'lar bilan kasallanadi va og'ir xastalik—kandidoz kelib chiqadi.

Hozirgi paytda antibiotik ta'siri bo'lgan 2000 dan ko'proq antibiotiklar ma'lum, lekin ulardan faqat 200 tasigina terapevtik ahamiyatga ega. Ayniqsa xirurgiyada aminoglyukozid (kanamitsin, sillosporinlar), sefaloridin, sefamezin, klofaran, kefzol, sefotriksil, yarimsintetik penitsillinlar (oksatsillin, metatsillin, ampitsillin, ampioks) guruhiga mansub antibiotiklar keng qo'llaniladi.

Antibiotiklarning kashf qilinishi bilan jarohat infeksiyasining oldini olish va davolashda yangi davr boshlanadi. 1877 yilda Paster va Juber ba'zi bir mikroblar batsillalarning o'sishini to'xtatishni aniqlab, mikroblar antoganizmi (antibioz) ni topdilar. 1868—1871 yillarda Mapassein va Polotobenov birinchi mog'or zam-burug'ining yiringli mikroblarning o'sishini to'xtata olishini (bakteriostatik ta'sirini) topdilar. Ammo penitsillinni amaliyotda qo'llash ikkinchi jahon urushi davridan boshlanadi. 1929 yilda Flemning penitsillinni kashf qildi. 1940 yilda Cheyin uni toza holda olib, kimyoviy tuzilishini ochishga muvaffaq bo'ldi, Flora esa tozalangan penitsillinning terapevtik kuchini aniqlab, birinchi bo'lib bemorlarni davoladi. 1945 yilda yuqorida qayd qilingan olimlarga Nobel mukofoti berildi. Keyinchalik gramitsidin (1942 y.), streptomitsin (1944 y.), sefolosporin (1945 y.), xlorometsitin (1947 y.), aureomitsin (1948 y.), gentomitsin (1961 y.), kabi antibiotiklar ochildi. 1942 yilda Z. Yermoleva kristall pensillin, 1947 yilda esa steriptomitsinni olishga muvoffaq bo'ldi.

Penitsillin guruhi

Benzilpenitsillin grammusbat stafilakokk, pnevmakokk va bakteriyalar, spiroxetalar va ayrim patogen mikroorganizmlarga kuchli ta'sir qiladi. Uning natriy yoki kaliy tuzlari aerosol sifatida mahalliy, mushak ichiga yuboriladi. Natriyli tuzni vena tomiriga ham yuborsa bo'ladi. Kattalar uchun kuniga 2—4 mln. TB, og'ir hollarda 10—20/120 mln. TB ishlatiladi. Benzilpenitsillinning novokainli tuzi (bitsillin) sekin so'riladi va mushak ichiga yuborilganda uzoq vaqtgacha ta'sir qiladi. U sutkasiga 500 000 TB, ikki marta yuboriladi. Bemorga bitsillin haftasiga 1 500 000 TB, bitsilin 5 esa oyiga 1,5 mln. TB bir marta yuboriladi.

Yarimsintetik penitsillinlar ta'sir doirasi keng antibiotiklar-ni o'z ichiga oladi, ularning ko'p qismi (metitsillin, ampitsillin) grammusbat va grammanfiy bakteriyalarga ta'sir qiladi (ko'k yiringlatuvchi tayoqcha bundan mustasno).

Metitsillin sutkasiga 4—6 g, og'ir hollarda bu doza 8—12 g (4—6 soat interval bilan) mushak ichiga yuboriladi. Oksatsillin va ampitsillin kapsulada (tabletkada), shuningdek, 2—4 g suyuq eritmasi sutkasiga mushak yoki tomir ichiga kiritiladi.

Ampioks. Ampitsillin va oksatsillin preparatlar aralashmasi bo'lib, mushaklar orasiga sutkasiga 4—6 g yuboriladi, kapsulada esa 0,25 g li preparatlari qo'llaniladi.

Karbenitsillin. Mushaklar yoki tomir ichiga sutkasiga 4—8 g yuboriladi. Grammusbat va grammanfiy bakterilarga, shuningdek, ko'k yiringlatuvchi tayoqcha proteyga kuchli ta'sir qiladi.

Sefalosporin guruhi

Yarim sintetik bo'lgan guruhdagi antibiotiklar asosida 7—aminotsefalosporin kislota yotadi. Sefalosporinning ta'sir doirasi keng, hatto benzilpensillin ta'sir qilmaydigan mikroorganizmlarni ham o'ldiradi.

Sefaloridin (seporin). Sutkasiga 4—6 g bo'shliqlarga, mushaklar ichiga, vena kiritiladi.

Sefaleksin (separeks). Kapsula va suspenziya ko'rinishida sutkasiga 1 g qo'llaniladi (sepayeks).

Sefazalin (kefzol, sefamizin, klofaran, sefataksin), ta'sir spektri keng preparat bo'lib, sutkasiga 6—10 g mushaklarga va vena ichiga qo'llaniladi.

Makrolidlar

Molekulasida makrosiklik lakton halqasi bo'lgan birikma.

Eritromitsin va oleandomitsin fosfat. Antimikrob ta'siri bo'yicha penitsillinga yaqin. Grammusbat, ba'zi grammanfiy kokklarga, brutsella rikketskiy, traxoma, zahm qo'zg'atuvchilariga ta'sirchan tabletka va kapsulada chiqariladi, sutkasiga 0,25 g 4—6 marta ichiladi, emulsiyasi esa mushaklar va vena ichiga yuboriladi.

Levomitsetin guruhi. Amaliyotda ko'proq levomitsetin va sintomitsetin ishlatiladi. Sintomitsetin tarkibida levomitsetin bor. Ular grammusbat, grammanfiy kokklarga, spiroxeta, rikketskiy va ba'zi bir viruslarga o'ta ta'sirchan. Kapsula, tabletka, ko'z tomchisi, aerosol. (levovinizol, olazol), surtma dori, liniment (1—10% li sintomitsetin, iruksol) mushaklar va vena ichiga sutkasiga 2—4 g kiritiladi.

Tetrasiklinlar. Bu guruhdagi antibiotiklar ta'sir doirasi keng preparatlardir. Tetrasiklin guruhiga kiruvchi antibiotiklar grammusbat va grammanfiy kokklarga, spiroxeta, leptopiralarga, rikketsiyalarga, viruslarga kuchli ta'sir qiladi. Ular tabletka, kapsula, sharbat (biomitsetin, aureomitsetin, vibromitsin, vitotsiklin) sifatida dori (tetrasiklin, oksitetrasiklin, surtma dorilar, oksikarb, oksizon va boshqalar) sifatida, shuningdek, mushaklar ichiga, vena tomiriga (terramitsin, morfositsetin, rondonitsin) ishlatiladi.

Aminoglikozidlar. Ular bakteritsit ta'siriga ega bo'lib, ta'sir doirasi keng preparatlarga kiradi. Bu guruhning ma'lum bir qismi nursimon zamburug'lardan (streptomitsin, neomitsin, kanamitsin) olinadi. Aminoglikozidlar buyrak va quloqqa toksinli ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Streptomitsin. Ichak tayoqchasi unga sezuvchanligi sababli qorin bo'shlig'idagi yiringli jarayonlarda ishlatiladi. Bundan tashqari, sil tayoqchasi, grammanfiy mikroblarga kuchli ta'sir qiladi. Ko'pincha sulfat va xlorat tuzlar sutkasiga 1 g gacha mushaklar ichiga yuboriladi. Kasallikning turi va og'ir-yengilligiga qarab, boshqa preparatlar bilan birga ishlatiladi.

Monomitsin ko'pgina oddiy mikroblar, grammusbat va ayrim grammanfiy bakteriyalarning o'sishini to'xtatadi. Tabletkada 0,5 g dan mushaklar ichiga, 0,5—1 g dan shuningdek, mahalliy ishlatiladi.

Kanamitsin. Anaerob va sil tayoqchalariga ta'sir qiladigan aminoglikozidlar. 0,5—1 g dan tabletkalari ichishga va mushaklar, tomir bo'shlig'iga yuboriladi.

Gentamisin. Grammusbat, grammanfiy kokklarga, protey, salmonella, ichak tayoqchasiga bakteriostatik ta'sir qiladi. Sutkasiga 1—3 mg/kg miqdorda 7—8 kun mobaynida mushak orasiga yuboriladi. Nafas yo'llari shamollaganda 0,1% li eritmasi aerazol, teri kasalligida 0,1% li surtma dori, krem sifatida qo'llaniladi.

Gramitsidin. Bu preparat grammusbat mikroblarga nisbatan juda faol. Ta'sir dorasi keng antibiotik bo'lganligi va yiring ta'sirida faolligi kamaymaganligi uchun jarohatlarni davolashda suvli, spirtli, moyli eritmaları mahalliy ishlatiladi. Jarohatlarning o'lik to'qimalardan, mikrofloradan tez tozalanishiga yordam beradi. 2% li eritmasi ampulalarda chiqariladi va ishlatishdan oldi 150-200 ml distillangan steril suvda eritiladi.

Rifamitsinlar. Bu guruhga nursimon zamburug' hayot faoliyatidan paydo bo'lgan tabiiy va yarim sun'iy antibiotiklar kiradi.

Rifamitsin. Kuchli antibakterial ta'sirga ega, grammanfiy bakteriyalarga, sil tayoqchalariga kuchli ta'sir ko'rsatadi, shuning uchun o'pka xirurgiyasida keng ishlatiladi. Jigarga salbiy ta'siri bor. Mahalliy, mushaklar va tomirlar ichiga 0,5—1,5 g kuniga qo'llaniladi.

Turli guruhdagi antibiotiklar. Linkomitsin grammusbat mikroorganizmlarga, strepto-stafilo- va pnevmokokklar hamda ba'zi bir anaeroblarga, shuningdek, gazli gangrena (qoqshol)

qo'zg'atuvchilariga antibakterial ta'siri bor. Suyak potologiyasi (ostemiyelitlarda) hamda yuqumli infeksiyon kasalliklarni davolashda keng ishlatiladi. Sutkasiga har 8 soat 1,5—2 g gacha 3 marta mushaklar, tomirlar ichiga va tabletkada qo'llaniladi.

Ristomitsin. Grammusbat mikroblar, shuningdek anaerob, kislotaga chidamli bakteriyalarning o'sishini to'xtatadi, faqat tomir ichiga yuboriladi. Sutkalik 1—1,5 mln TB ni tashkil qiladi. Grammanfiy bakteriyalarga va zamburug'larga befarq.

Klindomitsin. Ta'siri bo'yicha linkomitsinga o'xshaydi. 0,15—145 g dan tabletkada ichishga, 0,5—2,5 g dan mushaklar va tomirlarga yuboriladi.

Fuzidin natriy. Grammusbat mikroblarga kuchli ta'sir qiladi. Yiringli jarayonlarda, ayniqsa osteomiyelitda keng qo'llaniladi.

Polimiksinlar. (siklik polimiksin M sulfat). Tomirlar ichiga yuborish mumkin emas. Yiringli jarohatlarni, bo'shliqlarni yuvish uchun 10 000 — 20 000 TB natriy xlorid yoki 0,5% li novokain eritmasi eritib foydalaniladi. Mushak ichiga polimiksin M sulfat vazinga qarab 0,5 — 0,7 mg/kg dan 3—4 marta yuboriladi.

Zamburug' kasalliklarga qarshi preparatlar. Nistatin, levorin, amfogyukamin, mikogeptin va amfoteritsii B kandidozlarga qarshi kimyoterapevtik moddalar hisoblanadi. Tabletkada 250 000 (50 000) TB 6—8 marta, mahalliy surtma dori, emulsiya va ingalyatsiya uchun eritmalar ko'rinishida ishlatiladi. Amfoteritsin B vena tomiriga 5000 TB 5000 ml 5% li glyukoza suyuqligi bilan tomchilab 4—6 martadan yuboriladi.

Sulfanilamidlar

Bu guruhdagi preparatlar mikroblarga qarshi faol bo'lib, bakteriostatik ta'siriga ega. Ular o'z kimyoviy tarkibi bo'yicha paraaminobenzoy kislotaga yaqin va mikroblar hujayralari paraaminobenzoy kislotaga ta'siriga uchraganda bu preparatlar ulardagi moddalar almashinuvini to'xtatadi. Sulfanilamidlar xirurgiyada keng qo'llaniladi va ta'siri bo'yicha uch guruhga bo'linadi: qisqa vaqt, o'rtacha vaqt, uzoq vaqt ta'sir qiladigan preparatlar.

1. Qisqa vaqt ta'sir etuvchi sulfanilamidlar:

- a) oq streptotsid;
- b) norsulfazol;
- v) etazol;
- g) natriy sulfatsil;
- d) urosulfan;

- e) sulgin;
- j) ftalazol.

Bu preparatlar qonda 6 soatgacha saqlanib turadi, shuning uchun ularni bemorlarga tayinlashda dori yuborish orasidagi vaqt e'tibordan chetda qolmasligi kerak.

2. O'rtacha vaqt ta'sir etuvchi preparatlar:

- a) sulfametaksazol;
- b) trimetapril.

Bu preparatlar qonda 16—18 soatgacha saqlanib turadi, shuning uchun ularni sutkasiga ikki marta yuborilsa bas.

3. Uzoq vaqt ta'sir qiladigan preparatlar:

- a) sulfadimetoksin;
- b) sulfamonometoksin;
- v) sulfapiridazin;
- g) sulfalen.

Bu preparatlar konsentratsiyasi qonda 2 sutkagacha, o'rtacha uzoq davrgacha ta'sir qiladigan preparatlar esa 10 kungacha o'z kuchini saqlab turadi.

Nitrofuran preparatlari

Nitrofuranlar grammusbat va grammanfiy, shuningdek, ba'zi bir yirik viruslar, trixomonada va lyambliyalarga ham kuchli ta'sir qiladi. Bu preparatlarning ta'sir doirasi kimyoviy tuzilishga qarab har xil bo'lishi mumkin: bakteritsid yoki bakteriostatik ta'sir. Ba'zan antibiotiklar va sulfanilamidlarga sezgirli bo'lmagan hol-larda ham mikroorganizmlarning o'sishini to'xtatadi. Jarrohlik amaliyotda furatsilin, furaplast, furazolin, furazolidon, furgin va solofur kabi xillari ishlatiladi.

Furatsilin. Kukun yoki tabletkada 0,1 g dan sariq yoki ko'kimtir rangda bo'ladi. Yiringli va kuygan jarohatlarni, terining yiringli kasalliklarini va bo'shliqlarini yuvishda 0,02% suvli (1:5000), 0,25% li (1:5000) surtma dori sifatida qo'llaniladi.

Furaplast. Furatsillin, dimetilftalat, perxlorvinillin, smola, atseton va xlorformdan tashkil topgan. Teri shilinganda va kichik jarohatlarda qo'llanib, 1—2 daqiqada quriydi va mustahkam, elastik parda hosil bo'ladi.

Furazolidon. Furazolin, furadonin siydik yo'llari yallig'lan-ganda, genekologiya amaliyotida va yiringli kasalliklarda ishlatiladi. Tabletkada 0,1—0,2 g dan 3—4 marta kuniga og'iz orqali mahalliy yiringli jarohat va bo'shliqlarni (uni fiziologik eritmada eritib) yuvishda foydalaniladi.

Eruvchan furagen (C-solafur) stafilokokk, streptokokk ichak tayoqchasi va boshqa yiringli jarayonlarga (sepsis, anaerob infeksiyasi) ta'sirchan. 0,1% li eritmasi (0,3—0,5 g preparat) sutkasiga tomchilab tomirlar ichiga har kuni yoki kunora quyiladi.

Xinoksalin preparatlari. O'tkir bakterial infeksiyaga ta'sir qiladigan kimyoterapevtik preparatlar ichida xinoksalin preparatlari alohida o'rin tutadi. Ularga xinoksidin va dioksidin preparatlari kiradi.

Xinoksidin. Ta'sir doirasi keng antimikrob preparat bo'lib, vulgar protey, ko'k yiringlatuvchi, Fridlender va ichak tayoqchasi, salmonella, gazli gangrena keltirib chiqaruvchi mikroblarga ta'sir qiladi. Faqat katta yoshdagi odamlarga 0,25 g dan kuniga 3 marta beriladi.

Dioksidin: Yiringli jarayonlarni, gazli gangrenani davolashda ishlatiladi. 0,5 —1% li eritma yoki 5% li surtma dori sifatida yiringli jarohatni, bo'shliqlarni yuvishda, mahalliy ishlatiladi. 1% suyuqlikda vena tomiri ichiga 10 ml, sutkasiga 60—70 ml tomchilab yuboriladi.

8-oksixinolin preparatlari

Bu preparatlar (xinozol, meksaform, meksaza, nitroksalin va boshqalar) antibakterial, antiparazitar va zamburug' xastaliklarida faol.

Xinozol. 1:1000 — 1:2000 eritmada barmoqlarni dezinfeksiya qilish, jarohat, yaralarni yuvish uchun 1—2% li sepma dori va 5—10% li surtma dori sifatida qo'llaniladi.

Nitroksalin. Buyrak va siydik yo'llari infeksiyalarini davolashda qo'llaniladi. 0,4—0,1 g dan sutkasiga 4 marta yuboriladi (sinonimi 5-NOK).

5-nitroimidazol preparatlari

Bu preparatlar o'tkir va surunkali trixomonoz, leyshmanioz amnyobiaz va boshqa protozoy infeksiyalarini davolashda ishlatiladi. Anaerob infeksiyani davolash va oldini olish uchun ham hozirgi kunda ko'p foydalaniladi.

Metranidazol. Qorin bo'shlig'i infeksiyasi, peritonitlarni, ginekologik va tug'ishdan keyingi infeksiyalarni, plevra empiyemasi, yiringli meningit va osteomiyelitlarni davolashda ishlatiladi.

0,25 g dan kuniga 2—3 marta 7—10 kun, shuningdek shamchalar ko'rinishida qo'llaniladi. 0,5 g ni 100 ml fiziologik suyuqlikda eritib, tomchilab tomir ichiga yuboriladigan preparatni metragil deyiladi. Sinonimlari flagil, troxopol, vaginitisod, ilion, orvail.

Tunidazol. Tuzilish va ta'siri metronidazolga yaqin. 0,5 g tabletkada kuniga 3—4 marta beriladi.

Tabiiy antibakterial preparatlar

Novoimanin. Sariqchoy o'simligidan olinadi, abscess, flegmona, infeksiya tushgan jarohatlarni davolashda mahalliy qo'llaniladi. 0,1% li eritmasi tamponlar, yiringli jarohatlarda, burun-tomoq kasalliklarida esa 0,1—0,01% li eritmasi ishlatiladi. 10 ml dan 1% li eritmada chiqariladi.

Xlorofilipt. Evkalipt bargidan olingan xlorofillar yig'indisi. Xirurgiyada mahalliy va parenteral usulda 0,2% li eritmasi kuygan va trofik yaralarda, 0,01—25% li eritmasi yiringli bo'shliqlarni yuvish uchun ishlatiladi. 0,25% li eritmasi 2 ml dan ampulada chiqariladi. Septik holatlarda 2 ml ni 38 ml fiziologiya suyuqligida eritilib, sutkasiga 4 marta vena tomiriga 4—5 kun mobaynida yuboriladi.

Ekteritsid. Baliq moyining oksidlanishi natijasida hosil bo'lgan suvda eruvchan modda. Quyish, trofik va yiringlagan yara frunkul va karbunkul, sekvestr ektomidan so'ng preparatni suyultirmasdan qo'llaniladi. Flakonlarda 100 va 250 ml dan chiqariladi.

Badiz. Ba'zi bir saxaromitsetlarni fermentatsiya qilish natijasida olingan preparat. Stafilakokka nisbatan antibakterial faollikka ega, undan kuchsizroq protey ko'k yiringlatuvchi bakteriyalarga ta'sir qiladi. Jarohatlarda reparat jarayonlarni yaxshilaydi, nekrotik massalar ko'chishiga yordam beradi. Flakonlarda 400 ml dan chiqariladi va salftkalar bilan ho'llab jarohatga qo'yiladi.

Fermentlar va zardoblar

Enzimoterapiya (fermentlar bilan davolash). Ferment preparatlari nekrolitik ta'sir ko'rsatib, jarohat va yiringli bo'shliqlarni yiringdan, fibrin lahtalaridan tozalaydi, yallig'lanishga qarshi xossaga ega bo'ladi, antibiotiklarning aktivligini kuchaytiradi. Hayvonlardan olinadigan fermentlar: tripsin, ximotripsin, ximopsin, ribonukleaza, shuningdek bakteriyalardan olinadigan — streptokinaza ishlatiladi.

Fermentlarni ishlatish usullari.

1. Oldin preparatni 2 ml 0,25% li novokain eritmasida eritib, 4 mg dan kristalik tripsin (ximotripsin) muskullar orasiga sutkasiga 2 martadan yuboriladi.

2. Jarohatni antiseptiklar (vodorod peroksid furatsillin) bilan yuvilgach, quritiladi va 2—5% li ximopsin yoki ximotripsin eritmasiga ho'llangan salftkalar bilan yopib qo'yiladi. (mahalliy tarzda ishlatiladi). Preparatni jarohatga sepib, ustidan gipertonik

natriy xlorid eritmasi ho'llangan salftka yopib qo'yish mumkin. Jarohatga qo'yiladigan bog'lam uchun odatda 30 mg tripsin, 150 mg ximopsin yoki 25 000 TB streptokinaza, 12500 TB ribonukleaza kifoya qilinadi. Bog'lam har kuni almashtirib turiladi.

3. Teshik yaralari bor kasallarda kateter yoki igna orqali yarani chayish uchun eritmasi ishlatiladi. 10 mg tripsin yoki 50 mg ximopsin 20 ml izotonik natriy xlorid eritmasida eritiladi. Preparat kuniga 2 mahal yuborib turiladi.

4. 5—10 mg tripsin (ximotripsin) eritilgan 500—1000 ml izotonik natriy xlorid eritmasi yoki 5% li glyukoza asta-sekin, 2 soat davomida venaga yuboriladi. Chanoq suyaklari, ko'krak, qovurg'alar, umurtqa pog'onasi osteomiyelitida 5—7 kun davomida venaga yuborib turiladi. 20 ml izotonik eritmadagi 10 mg tripsinni oldin jgut qo'yib turib, venaga yuborsa bo'ladi, bunda preparat inyeksiya qilinganidan keyin 20 minut o'tgach jgutni olinadi.

5. Osteomiyelit o'chog'iga imkon boricha yaqin qilib suyakning g'ovak moddasiga maxsus igna kiritilib, davoning boshidan oxirigacha shu joyda qoldirib qo'yiladi. 30 ml 0,5% li novokain eritmasiga eritilgan 10 mg tripsin 2—3 hafta davomida har kuni yuborib turiladi (suyak orasiga yuborish).

6. Tripsinni ingalyatsion metod bilan yuborish o'pka kasalliklarida keng rasm bo'lgan. Ingalyatsiya uchun 25 mg tripsin yoki tegishli dozadagi 5 ml steril izotonik natriy xlorid eritmasida eritiladi. Preparatni yuborish uchun AI—1, UI markali ingalyatorlardan, PAI—1 markali ixcham azrozol ingalyatorlaridan foydalaniladi.

7. Elektroforez AGN—32 va AGN—33 markali apparatlar yordami bilan o'tkaziladi. Tripsin eritmasi apparatning kasallik o'chog'i ustiga qo'yib qo'yiladigan manfiy qutbi orqali yuboriladi. Muolaja 20 minut davom etadi.

Spetsifik zardoblar. Organizmni passiv va aktiv immun holatiga keltirishga imkon beradiki, bu narsa uning infeksiyaga qarshiligini kuchaytiradi.

Antistafilokokk plazma venaga yoki muskullar orasiga yuboriladi (bemor tanasi massasining har bir kilogrammiga 4—6 ml plazma). Preparat bir marta yoki bir necha kun davomida takror-takror yuborib turiladi.

Antistafilokokk gamma-globulin 3—6 ml dan bir marta yoki bir necha kun davomida muskullar orasiga yuboriladi.

Stafilokokk anatoksini sxema bo'yicha yuboriladi. Preparat 0,1 ml dan boshlab teri ostiga yuboriladi va har 2 kunda 0,1 ml dan qo'shib borib, bir inyeksiyaga 1 ml gacha yetkaziladi. Mana shu doza eng katta doza hisoblanadi. Shoshilinch-operatsiyalarga yiringli asorat-

larni oldini olish uchun 0,5 ml anatoksinni kurak sohasining terisi ostiga bir marta yuborish yo'li bilan ekspres-immunizatsiya o'tkazish mumkin. Stafilokokklarga qarshi preparatlar stafilokokk infeksiyasining og'ir formalariga (sepsisga) davo qilishda o'rinli bo'ladi. Xronik tarzda o'tayotgan yoki qo'zib turadigan yiringli infeksiyaga davo qilishda oddiy gamma-globulin ishlatiladi. 3—5 ml dan muskullar orasiga inyeksiya qilib turiladi.

Qoqshol anatoksini profilaktika maqsadida qoqsholga qarshi zardob bilan birgalikda 3000 TB miqdorida yuboriladi. Dastlabki dozasi 0,5 ml 5 kundan keyin yana 0,5 ml yuboriladi. Teri orasiga zardob yuborish oldindan odatda bilakka alohida berilgan ampuladan olingan 1:100 nisbatdagi 0,1 ml qoqsholga qarshi zardob yuborib ko'riladi.

O'sha joyda atrofi salgina qizirib paydo bo'ladigan papula 20 minutdan keyin 0,9 sm dan kattalashib ketmasa, suyultirilmagan zardobdan 0,1 ml va reaksiya bo'lmay tursa, 50—70 daqiqadan keyin dozaning hammasi yuboriladi. Reaksiya musbat bo'lib chiqqan mahalda badanning juda katta joylari jarohatlangan bo'lsagina, teri orasiga suyultirilmagan zardob yuboriladi. Bunday hollarda 1:100 nisbatda suyultirilgan zardob 20 minut oralatib turib, teri ostiga 0,5 :2,5: 5 ml dan yuboriladi va reaksiya bo'lmasa, qolgan doza inyeksiya qilinadi. Qoqsholga qarshi zardobning davo maqsadida buyurilgan dozasi ham (10 ta profilaktik doza) xuddi shu qoidalarga rioya qilingan holda yuboriladi. Sinab ko'rishga ishlatiladigan maxsus ampulalar bo'lmasa, zardob 0,1 ml dozada, 30 minutdan keyin yana 0,2 ml miqdorida va reaksiya bo'lmasa, 60 minutdan keyin qolganining hammasi yuboriladi.

Gangrenaga qarshi zardob profilaktika maqsadida 40 000 XB miqdorida yuboriladi (gazli gangrenaning to'rtala qo'zg'atuvchisidan har biriga qarshi 10 000 XB dan). Davo dozasi 200 000 XB tashkil qiladi (qo'zg'atuvchilaridan har biriga qarshi 50 000 XB dan). Profilaktika maqsadida zardob muskullar orasiga yuboriladi, bunda oldin odamning yot oqsilga sezuvchanligi sinab ko'riladi. Teri orasiga 1:100 nisbatan suyultirilgan 0,1 ml yuboriladi va reaksiya bo'lmasa (papula 0,9 sm dan ortmaydigan bo'lsa) dozaning hammasi yuboriladi. Davo dozasi 100 ml zardobni 400 ml izotonik

natriy xlorid eritmasida suyultirilgandan keyin venaga yuboriladi. Aralashmani 37° C gacha isitib, oldingi 5 minutda 1 ml dan, keyin esa 1 min tezlik bilan yuborib turiladi.

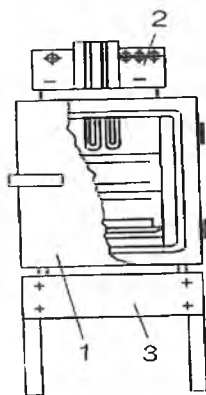
ASEPTIKA

Aseptika deb operatsiya jarohatiga tashqi muhitdan mikroblarni tushirmaslik chora-tadbirlariga aytiladi. Aseptika sterillash asosida olib boriladi.

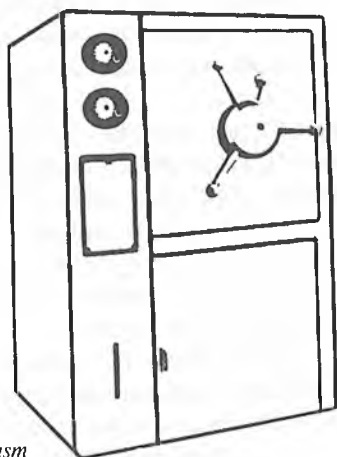
Sterillash deb mikroblar va ularning sporalarini yo'qotish usullariga aytiladi. Sterillash quyidagi usullarda olib boriladi.

1. Quydirish
2. Cho'g'lantirish
3. Qaynatish
4. Avtoklavlash
5. Kimyoviy moddalar ta'sirida
6. Fizik usullar (ultrabinafsha nurlar, ionlashtiruvchi nurlar, ultra tovush bilan havoni filtrlash).

1. **Kuydirib sterillash** usuli zarur bo'lganda ishlatiladi, chunki bu usulni qo'llanilganda sterillash to'liq bo'lmaydi, asboblarning sifati buziladi. Shuning uchun kamdan-kam hollarda masalan, operatsiya uchun biror asbob zarur bo'lganda ishlatiladi. Bu usulni qo'llash uchun sterilizator qopqog'iga yoki tog'aragacha toza yuvib quritilgan asboblarni qo'yib ozroq miqdorda 96°C li spirt quyilib o't yoqiladi. O't yonib o'chgach asboblarni ishlatish mumkin.



12-rasm



13-rasm

2. **Cho'g'lantirish** (quruq issiqlik bilan sterillash). Bu usul metall asboblarni sterillash uchun keng qo'llaniladi. Shu maqsadda quruq issiq beradigan maxsus shkafdan foydalaniladi. (12-rasm)

Asboblarni yaxshi tozalanib shkafga joylashtiriladi va qopqog'i germetik berkitiladi, so'ngra elektr tarmog'iga ulanadi. 10—15 daqiqa o'tgach shkafda harorat 120—140°C gacha ko'tariladi. 200° C da asboblarni 40 daqiqa mobaynida sterillaniladi. Bu usul ishonchli bo'lganligi uchun keng ishlatiladi.

3. **Bosim va bug' ostida sterillash** (avtoklavlash). Operatsiya choyshablari, bog'lov materiallari, rezina qo'lqoplar, asboblarni, qon quyish uchun sistema va boshqalarni avtoklavlash usuli bilan sterillash mumkin. Avtoklav turi va tuzilishi jihatdan har xil bo'ladi, biroq hammasining ishlash uslubi bir xil. Avtoklav qo'sh devorli metall qozondan iborat bo'lib, devorlari orasiga suv quyiladi. Sterillaniladigan materialni bikslar nomini olgan maxsus metall qutilarga solib avtoklavga qo'yiladi. Avtoklav qopqog'i yopiladi zich (germetik) berkitilishi uchun boltlarini burab qo'yiladi. Avtoklavning monometri, ehtiyot klapani, suv va bug'ni chiqarish uchun kranlari bor. Elektr isitgich, gaz va boshqa avtoklavda suvni qizdiradigan manba bo'lishi mumkin. Avtoklavda suv qizdirilganda 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 atmosfera bosimi 120°C, 1,5 atmosferada 127°C, 2 atmosferada — 134°C, 1 atmosfera bosimda sterillashni-1 soat, 1,5 atmosfera bosimda sterillashni 45 daqiqa, 2 atmosfera bosimda esa 30 daqiqa davom ettirilishi kerak.

Avtoklavlash ishlatilmaganda suvi to'kib qo'yiladi.

Rezina qo'lqoplarni sterillashda ularning ustiga va ichiga talk sepiladi, juft-juft qilib qo'yiladi, yopishib qolmasligi uchun doka salftkaga o'raladi va alohida biksga joylanadi. Ularni 1,5 atmosfera bosimda 30 daqiqa sterillash kerak.

Kateterlar, drenajlar sochiqqa o'rab joylanadi va 1 atmosferada 1 soat sterillanadi. Sterillangan material biksdan ko'pi bilan 3—sutka saqlanishi kerak. Sterillash davri tugallangandan so'ng

- a) uning isitgichini ulash;
- b) bug' chiqadigan jo'mragini asta-sekin oxirigacha olib bosimning nolga qadar tushishini kutib turish;
- v) avtoklav qopqog'ini ochish;

g) bikslarni olish va darhol ulardagi bug' chiqadigan teshiklarni berkitish;

d) avtoklav qopqog'ini yopish zarur.

Sterillashda materiallarni sterillash ustidan nazorat o'rnatish shart. Buning uchun muayyan haroratda suyuqlanadigan moddalar: oltingugurt poroshogi (117°C), antipirin, amidopirin (110°C), rezorsin (119°C) benzoat kislota (124°C), mochevina (132°C) dan foydalaniladi. Bu moddalardan biri probirkaga solinadi. Sterillash tugallangandan so'ng modda suyuqlansa, sterillash to'g'ri o'tkazilgan hisoblanadi. Poroshok suyuqlanmasa, sterillashni takrorlash kerak. Bundan tashqari kam deganda 10 kunda bir marta bakteriologik tekshiruv o'tkaziladi. Buning uchun materialning kichkina bo'lakchalarini probirkaga solinadi, doka tiqin bilan berkitiladi va probirkani biks ichiga qo'yiladi. Sterillash tugagandan so'ng bu probirkalarni bakteriologik laboratoriyaga jo'natiladi. Laboratoriyadan olingan xulosa maxsus papkada saqlanishi kerak.

4. Qaynatib sterillash.

Bu usul bilan odatda metall asboblari, shisha va rezina buyumlar sterillanadi. Asboblarni cho'tkalar va sovun bilan tozalab yuvilgach, 2% li soda eritmasida suvning qaynab chiqqan vaqtidan boshlab 45 daqiqa mobaynida qaynatish yo'li bilan sterillanadi. Yiringli infeksiya va ayniqsa anaerob mikroblar bilan ifloslangan asboblari 2—3 marta bo'lib-bo'lib 45 daqiqadan qaynatiladi. Qulufli bor murakkab asboblarni qismlarga ajratib qaynatish lozim. Qaynatib sterillash qopqog'i zich berkitiladigan maxsus metall qutidan iborat sterilizatorlarda (qaynatkichlarda) bajariladi.

Asboblari maxsus sterilizator to'riga joylanadi va sterilizatorga solinadi. Sterillashdan so'ng to'rni maxsus ilmoqlar bilan olinadi va steril stolga qo'yiladi, shu yerda ularni tartibga solinadi. Shisha buyumlar (shprislar, probirkalar, menzurkalar va hokazo) asboblardan alohida qaynatib serillanadi.

Shprislarini qismlarga ajratib sterillash shart. Shisha buyumlarini sterillashdan oldin dokaga o'raladi va sovuq yoki ilitilgan suvga solinadi. Orqa miya anesteziyasi uchun ishlatiladigan shpris va ignalar distillangan suvda alohida qaynatiladi. Agar asboblari ularda cho'kindi yig'ilib qolmasligi uchun oddiy suvda qaynatilsa, sterilizator tubiga yupqa qilib paxta qatlami qo'yiladi.

Hozirgi vaqtda operatsiyalarda qo'llaniladigan jarrohlik asboblari shprislar, ignalar va boshqa buyumlarni sterillashdan oldin ularni fizikaviy va kimyoviy tozalashga katta ahamiyat beriladi. Shu maqsadda ishdan so'ng ular oqar suvda yuviladi va issiq (50°C) yuviladigan eritmaga 15 daqiqagacha solib qo'yiladi. Qondan ifloslanganda 0,5% li yuvadigan eritma (20 ml 30% li pergidrol eritmasi, 975 ml suv 5 g «Lotos» poroshogi), yiringdan ifloslanganda 1% li yuvadigan eritma (40 ml 30% li pergidrol eritmasi, 950 ml suv, 10 g «Lotos» poroshogi) ishlatiladi. Eritmaga solib qo'yilgandan so'ng asboblarni shu eritmada har bir buyumni 25—30 soniyadan cho'tka yoki paxta tomponlar bilan yuviladi. Yuvilgan buyumlar oqar suvda, so'ng distillangan suvda ($30\text{--}40^{\circ}\text{C}$) chayiladi. Qaynatish muddati yuqorida ko'rsatilgan kabidir. Rezina ashyolar (kateterlar, drenajlar, qo'lqoplar) avtoklavlashdan tashqari, qaynatish yo'li bilan (soda qo'shmasdan) 15 daqiqa mobaynida sterillanadi.

5. Kimyoviy vositalar yordamida sterillash.

Kesadigan asboblari ishqoriy suvda yuvilgandan so'ng oqar suvda chayiladi, qaynab turgan suvga 4 daqiqa solib sterillaniladi, keyin spirtida (30 daqiqa) yoki tarkibida uch xil modda bor eritmada 3 soat saqlanadi. Turli maqsadlarda ishlatiladigan yarim qattiq (ipak, laklangan) kateterlar maxsus formolin bug'li sterillizatorlarda yoki qopqog'i ishqab berkitiladigan shisha silindrlarga osib qo'yilgan holda sterillanadi. Formalin bug'i bilan sterillash 2 sutka davomida bajariladi. Shu maqsadda idish tubiga 2—3 tabletka formalin quyiladi yoki 20—30 ml suyuq formalin quyiladi.

Optik jihozli asboblari (sistoskop, retoskop va boshqalar) ni sterillashda asbobning har bir qismini 1:1000 nisbatli simob oksisionid eritmasi bilan (optikasiga tegmasdan) artiladi. Bir qancha asboblarni sterillashda ularni zararsizlantirish uchun 1:5000 nisbatdagi diotsid eritmasiga 3—4 soatga solib qo'yishdan ham foydalaniladigan bo'ldi. Rezina qo'lqoplarni «Sovuq» usulda sterillash quyidagilardan iborat.

a) tarkibida uch xil modda bor eritmada 3 soat mobaynida sterillash;

b) 2% li xloramin eritmasida 1 soat mobaynida sterillash;

v) 1:1000 nisbadagi sulema eritmasida ham 1 soat mobaynida sterillash;

g) 1:5000 nisbatdagi dotsid eritmasida 30 daqiqa mobaynida sterillash;

Ularni steril sochiq bilan artib quritilgandan va steril talk sepilgandan so'ng steril biksda saqlash mumkin. Bu usul poliklinika va ambulatoriya sharoitlarida qulay. Keyingi paytlarda asboblari, rezina ashyolar (kateterlar, qo'loqlar va hokazolar) va optik asboblarni sterillashda maxsus apparatlar «Ultra-Eys» ham qo'llanilmoqda.

Apparatning ishi ultratovush ta'siriga asoslangan va dezinfeksiya qiladigan maxsus vositaga asoslangan. Sterillash vaqti 30 soniyadan 1 daqiqagacha.

Bundan tashqari zamonaviy kimyoviy sterillashga quyidagilar ham kiradi: etilen oksid hamda kuchli antiseptiklarni 0,2% li paraatsetat kislota eritmasi, 6% vodorod peroksid eritmasi, 0,1 li tergitsid 0,5% li spirtli gibitan, saydeks. Etilen oksid suv va spirtida eriydigan bakteriyalarning proteinni alkillash xususiyati bo'lgan bakteritsid moddadir. Normal atmosfera sharoitida u rangsiz, efirga o'xshash badbo'y gaz. Gazli sterilizator uchun katta xona kerak emas, faqat xona yaxshi shabadalatsa bas. Bu usul bilan kateterlar, jarrohlik rezina qo'loqlar, tomir protezlari, endoskoplar, respirator va sun'iy qon aylanish apparatlari sterillaniladi.

Sovuq usulda sterillash deganda kimyoviy usulda sterillash tushuniladi. Bu moddalar suyuqlik va gaz holatda ishlatiladi.

Korroziyaga chidamli metallardan tayyorlangan jarrohlik asboblari, rezinadan, plastmassadan tayyorlangan buyumlar 6% vodorod peroksidi, 1% dezakson (sirka kislotasi), 1, 2, 5% li glutar aldegid aralashmasida (RENAL firmasi Vengriya Respublikasi), asosida glutar aldegid bo'lgan ikki komponentli modda saydeks («Serdjikos» Buyuk Britaniya firmasi), («Djonson va Djonson» AQSH), gigaseptff. «Mayr» konsentrat holda, ishlatishdan oldin 1:30 nisbatda suyultiriladi (Endoskoplarni sterillashda bo'ktirish uchun ishlatiladi). Tibbiyot anjomlarini kimyoviy sterillash uchun natriy xlorning elektrokimyoviy faollashtirilgan eritmasi (0,03—0,05% neytral anoliti), etilen oksidi va boshqalar qo'llaniladi. Kimyoviy usulda sterillash uchun emal, shisha yoki plastmassadan tayyorlangan qopqog'i zich bekitiladigan idishlardan foydalaniladi. Sterillashda asboblari eritma ichiga to'liq tushishi kerak.

Polimer materialdan tayyorlangan, rezina, shisha, korroziyaga chidamli asboblari 6% vodorod peroksidi eritmasida 18°C haroratda 360 daqiqa, 50°C li haroratda 180 daqiqa; dezokson-1 eritmasida

18^oC li haroratda 45 daqiqa sterillaniladi. Polimer materiallardan tayyorlangan, rezinali, shisha asboblari 2,5% glutar aldehidga 18^o C li haroratda 360 daqiqa davomida sterillaniladi.

Saydeks. («Serdijkos»). Buyuk Britaniya kompaniyasi, «Djonson va Djonson» AQSH) asosida glutar aldehidi bo'lgan ikki komponentli modda, o'ziga xos hidi bor. Bunga ma'lum miqdorda kukinsimon faollashtiruvchi modda qo'shiladi. Faollashtiruvchi moddalar ishqor komponenti bo'ladi, ingibatori korroziya va bo'yovchilardir. Saydeks bakteriotsid virulitsid fungitsid va sporotsid xususiyatga ega. Bu modda bilan issiqlikka bardosh bermaydigan asboblari va buyumlar, egiluvchan va qattiq endoskoplari, mikroxiirurgiya va stomatologiya amaliyotida qo'llaniladigan metall asboblari sterillaniladi.

Saydeks bilan dezinfeksiyalash va sterillashtan faqat faol holatda qo'llaniladi.

Jarohat yuzasiga tekkan qon bilan ifloslangan yoki inyeksiyada ishlatilgan va shilliq qavatlarga tekkan barcha asboblari sterillanishi kerak.

Saydeks toksik ta'sir qiluvchi birikmalarga kiradi. Ifloslangan asboblari salftkalar bilan artilib, oqar suvda yuvilib, keyin dezinfeksiyalanadi. Saydeksni ishlatishdan oldin konstrda kerakli faollashtiruvchi eritma quyilib, konstrga sepiladi, faollashtiriladi. Eritma faollashtirilgandan so'ng zangor rangga bo'yaladi. Faollashtirilgan ishchi eritmani 10 martagacha 14 sutka davomida ishlatish mumkin. Ko'p marta ishlatiladigan ishchi eritma suyulib ketmasligi uchun asboblari quritilib so'ngra bo'ktiriladi.

Dezinfeksiyalash va sterillasht uchun (qopqog'li kastyul, bak, chelak) emal idish bo'lishi kerak.

Bo'ktirilgan asbobning suyuqlik sathi eng ustki qavati 1 sm dan kam bo'lmasligi lozim.

Bakteriya va viruslar bilan ifloslangan asboblari 15 daqiqa sil mikrobakteriyalarida 90 daqiqa dezinfeksiyalanadi.

21—22^o C li haroratda polimerdan tayyorlangan buyumlar 10 soat metall asboblari 4 soat davomida sterillaniladi. Dezinfeksiyalash vaqti o'tgach asboblari eritmadan olinib, ichimlik suvi to'ldirilgan idishga solinadi va saydeks preparati qoldiqlari yuviladi.

Metall buyumlar 5 daqiqa, qolgan asboblari 15 daqiqa davomida suvga to'liq bo'ktirilib tozalaniladi, asboblari kanallari shpris yoki bosim ostida chayib yuviladi.

Asboblari mato salftkalar yordamida quritilib tibbiy shkaflarda saqlaniladi.

Barcha sterillash muolajalari aseptik sharoitda o'tkaziladi.

Sterillash vaqti o'tgach asboblari eritmadan olinib, steril choyshabga qo'yiladi, asbobni kanallaridagi eritma shpris yordamida so'rib olinadi va steril choyshab to'shalgan biksga joylaniladi. Steril asboblari 3 sutka davomida saqlanishi mumkin. Sterillangan asboblardan saydeks qoldiqlarini yuvish uchun idishni 132° C li avtoklavda 20 daqiqa sterillaniladi va steril distillangan suv bilan yuviladi. 6% vodorod peroksidi va 1% li dezakson-I eritmasi sterillash o'tkazilgandan so'ng qayta ishlatilmaydi.

Sterillashdan so'ng asboblarni saydeks qoldiqlarini yuvishda to'liq talab darajasidagi aseptik sharoitda o'tkaziladi.

GAZ VA RADIATIV NUR YORDAMIDA STERILLASH

Endoskopik apparatlar, anesteziya va reanimatsiya anjomlari, ekstrokarporal qon aylanishi apparatlari, plastmassa buyumlar, ketgutni sterillash uchun ishlatiladi. Bu maqsadda formalin, etilin oksidi, bromid metilin aralashmasi 1:2,5 nisbatida ishlatiladi. Sterillash avtomatik gaz kameralarida olib boriladi. Tibbiyot asboblari pergament, polietilin, qog'oz paketlarning biriga solinadi. Avtoklav, quruq issiq usulida sterillashga bardosh bermaydigan jarrohlik asbob qismlari gaz yordamida sterillanadi.

Tibbiyotda ishlatiladigan I martalik asboblari — shprislar, sistemalar ishlab chiqarish korxonalarida bu usul qo'llaniladi. Buning uchun β va γ nurlari, kobolt va seziiy radioklidlar qo'llaniladi. Nurlash dozasi 2,5 M rad (25000 Gr) dan past bo'lmasligi kerak. Radiativ nur yordamida sterillash issiqlikka bardosh bermaydigan metallar, endoprotezlar, bir marta ishlatiladigan shprislar, kateter, dorili eritmalarni sterillashda juda qo'l keladi. Bundan tashqari nur bilan sterillangan tibbiyot buyumlari germetik holda bir necha oy sterilligi buzilmaydi. Bundan tashqari ultratovush, elektr toki yordamida ham sterillanilmoqda, lekin tibbiyot amaliyotida keng qo'llanilgani yo'q.

Ultrabinafsha nurlari.

Quyosh nurlari bakteriotsid xossasiga egadir (ayniqsa qisqa to'lqinli ultrabinafsha nurlari). Quyosh nurlari ta'siri ostida bakteriyalar tez halok bo'lib ketadi, sporalar ultrabinafsha nurlari ta'siriga kamroq beriladi. Havoda changning ko'p bo'lishi quyosh nurlarining bakteriotsid ta'sirini keskin susaytirib qo'yadi.

Ionlashtiruvchi nur.

Radiaktiv izotoplardagi kabol-60, seziy-137 bakteriotsid ta'sir ko'rsatadigan i nurlari chiqarib turadi. Ionlashtiruvchi nur bilan sterillash tibbiyot korxonalaridagi maxsus qurilmalarda o'tkaziladi. Chok (materiallari) ashyolari, plastmassa, rezina buyumlar yaxshi yuqumsizlanib chiqadi.

Ultratovush bilan sterillash.

Bu usul ham o'rganib borilmoqda, ammo amaliy faoliyatda jarroh qo'llarini sterillash uchun ishlatiladigan apparatlardan foydalaniladi. Bu usul tezkorligi, ishonchliligi va qulayligi bilan ajralib turadi.

Havoni filtrlash.

A'zolar ko'chirib o'tkaziladigan jarrohlik xonalarida havo alohida yo'l bilan tozalab turiladi. Havo mikroblarni ushlab qoladigan maxsus filtrlar (Shamberlin shami) orqali filtrlab o'tkaziladi. Odatdagi jarrohlik xonalariga konditsionerlar yoki havo tozalagichlar o'rnatiladi. Tibbiyotning hamma sohasidagi barcha mutaxassislik faoliyatlarida aseptika va antiseptika muhimdir. Aseptika va antiseptikani joriy qilishga oid Sog'liqni saqlash vazirligining quyidagicha buyruqlari bo'lib, o'z kuchini yo'qotgani yo'q va shu buyruqlar asosida ish olib borilmoqda. Buyruq O'zbekiston Sog'liqni saqlash vazirligining 1994 yil 19 apreldagi «Yiringli xirurgik kasalliklar bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordamni yaxshilash va shifoxona ichki infeksiyasining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlarni kuchaytirish haqida» deb nomlangan qarori.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 1996 yil dekabrda «Mamlakatimizda virusli gepatit kasalligini kamaytirish chora-tadbirlari, 1985 yil 22 apreldagi « Bakteriologik tekshirish uchun analizlar olish qoidalari haqida» gi qarorlari dasturilamal vazifasini o'tamoqda.

Aseptikaning asosiy negizlari.

1. Bemor organizmi va jarohatining tashqi muhit bilan aloqadorligini (kontaktdan) saqlash. Buning uchun maxsus operatsiya xonalarida mikrobsiz holatda operatsiya bajariladi.

Operatsiya xonasini tayyorlash.

Operatsiya xonasini tayyorlash ishi muntazam va tartibli olib borilishi hamda mexanik, kimyoviy va fizikaviy usullar bilan ishlash, ya'ni tozalashni o'z ichiga olishi kerak.

Operatsiya xonasini yig'ishtirib tozalash.

Operatsiyadan avval yig'ishtirib tozalash pollar, operatsiya stoli va boshqa asboblardan hamda buyumlarni har kuni artib turishdan iboratdir.

Kundalik yig'ishtirib tozalash.

Kundalik yig'ishtirib tozalash ishi operatsiya jarayonida qilib boriladi va ifloslangan barcha buyumlarni yig'ishtirib, operatsiya stoli, pol, apparatlar artilib tozalanib turishdan iborat bo'ladi.

Obdon yig'ishtirib tozalash ishi operatsiya tugagandan keyin o'tkaziladi: pol, devorlar, apparatlarga ishlov berilib, tozalab artiladi.

Ko'tarib, yig'ishtirib tozalash ishi 10 kunda bir marta o'tkazib turiladi, operatsiya xonasi sovunlab, issiq suv antiseptiklar bilan yuvib tozalanadi. Apparatlar ham yaxshilab tozalanadi.

Operatsiya xonasiga har kuni simob kvarsli lampalar (B.U.F. — 30) dan nur berib turilishi kerak. Devorga yoki shiftga o'rnatilgan stasionar lampalar bilan bir qancha vaqt nur berilishi ularning quvvatiga bog'liq (30 m³ li binoga bitta o'rnatiladigan OBN—200 yoki OBN—350 lampasi, 60 m³ o'rnatiladigan OBN—150 yoki OBN—300 lampasi 2 soat yoqib qo'yiladi). O'zining alohida havo tozalagich tarmog'iga ega bo'lgan katta sahni operatsiya xonalari-da havo beradigan va uni so'rib oladigan sistemaning to'g'ri ishlashini tekshirib turish lozim.

Operatsiyada ishtirok etadigan kishilarning hammasi operatsiyadan avval dushga tushishadi va alohida kiyim kiyib olishadi, oyoqlariga ip gazlamadan tikilgan baxilalar kiyishadi. Operatsiya xonasida xodimlarning sintetik matodan (kapron, neylon va boshqa) tikilgan ustki va ichki kiyimda yurishi qat'iy man qilinadi. Sun'iy tolali gazlama aseptika buzilishiga olib keladi. Operatsiyada ishtirok etadigan xodimlarning hammasi havo tomchi infeksiyasi tarqalishiga qarshi to'sqinlik qiladigan niqob taqib olishi kerak. Operatsiya vaqtida baland ovozd va uzoq gaplashish qat'iy man qilinadi. Faqat zarur gaplar va ko'rsatmalarni past ovoz bilan aytishga ruxsat etiladi.

Operatsiyada ishtirok etadigan odamlar soni hamisha imkon boricha kamroq bo'lishi kerak.

2. Bemor organizmiga va operatsiya jarohatiga tegadigan buyumlardan asboblardan mikroorganizmlarni bartaraf etish kerak.

Buning uchun operatsiya maydonini xirurg qo‘lini tozalash va zararsizlantirishi, asbob-uskunalar, chok materiallar va bog‘lov materiallarini sterillash kerak.

Xirurgik va operatsiya ishtirokchilarining qo‘llarini tayyorlash.

Tibbiy xodimlar qo‘llaridagi mikroob florasi kelib chiqishi jihatidan ikki xil bo‘lishi mumkin:

1. Teri sirtining ifloslanishi natijasida paydo bo‘ladigan mikroblar;

2. Teri qatlamida doim uchraydigan mikroblar.

Shunday qilib, qo‘llarni zararsizlantirishda teri sirtida bo‘ladigan mikroblarni yo‘qotish va teridagi mayda-mayda teshiklardan mikroblar chiqishiga yo‘l qo‘ymaslik zarur. Bunga terini mexanik tarzda tozalash, antiseptik eritmalar bilan zararsizlantirish, oshlash yo‘li bilan erishiladi. Qo‘l panjasining terisi shikastlangan, yiringli yallig‘lanish joylar bo‘lgan tibbiy xodimlarni operatsiyada ishtirok etishga qo‘yib bo‘lmaydi. Qo‘l tirnoqlari olingan bo‘lishi lozim, qo‘l terisi elastik va muloyim bo‘lishi uchun ertaga operatsiya degan kuni kechqurun qo‘lga vazelin yoki lanolin surtiladi.

Qo‘lni aseptik zararsizlantirish usullari ikki guruhga bo‘linadi: birinchi guruhga mexanik yo‘l bilan tozalash, dezinfeksiya qilish va oshlash kirs, ikkinchi guruhga faqat qo‘l terisini oshlash kiradi.

Qo‘lni yuvish uchun ishlatiladigan cho‘tkalar sirlangan kastyulkada 30 daqiqa davomida qaynatish yo‘li bilan sterillanadi, bu cho‘tkalar shu idishning o‘zida saqlanadi, cho‘tkalar steril kornsang bilan olib beriladi.



14-rasm

Qo‘l ma‘lum bir tartib bilan yuviladi: avval cho‘tka bilan barmoqlar, keyin kaft, qo‘lning orqa tomoni yuvib chiqiladi va bilakka o‘tiladi. Sovun ko‘pigini yuvishda qo‘l shunday tutiladiki, toki sovun ko‘pigi birinchi galda qo‘l panjalaridan, keyin esa bilaklardan yuvilib tushib ketadigan bo‘lsin.

Sovun bilan choʻtkani qoʻl yuvgichga qoʻyib boʻlmaydi, ularni qoʻlda ushlab turish kerak. Qoʻlni steril sochiq yordamida tartib bilan artiladi, avval qoʻl panjalari, soʻngra bilakni artishga oʻtiladi. Qoʻllarni zararsizlantirishning koʻpgina usullari bor. Ularning qaysi birini tanlab olish qanday antiseptik moddalar borligiga va ularni xodimlar qanday koʻtara olishi va oʻrganishlariga bogʻliq.



15-rasm.

Dezinfeksiya qiladigan moddalar quyidagi shartlarga javob berishi kerak:

1. Piogen mikroflorani tez oʻldirishi.
2. Operatsiya davomida hoʻl steril holda boʻlishi uchun qoʻlqopda hosil boʻlgan qoʻlqop suvini toza saqlashi;



16-rasm.

3. Kumulyativ xossaga ega boʻlishi, dezinfeksiya orasida ham xirurglar qoʻli mikroorganizmlardan holi boʻlishi;
4. Qoʻl terisiga salbiy taʼsir qilmasligi kerak.

Qoʻlni operatsiyaga tayyorlashga doir qoidalar Sogʻliqni saqlash vazirligining maxsus buyrugʻida taʼriflab berilgan. Shulardan biri pervomur «S-4» dir. Bu vodorod peroksid bilan va xlorgekssidin biglyukonat (gibetan) aralashmasidir. Hozirgi kunda sintetik anionli va kationli moddalar, turlamchi ammoniy aralashmasi, kuchli bakteriotsid taʼsiri boʻlgan (Sitolpiridiy xlorid serigel) preparat paydo boʻldi. Avvallari keng ishlatilgan Fyurbringer (1897), Spasokukotskiy-Kochergin (1929) usullari tarixiy ahamiyatga ega.

SPASOKUKOTSKIY-KOCHERGIN USULI

Bu usulda qo'lni yuvish uchun ishlatiladigan sirli quruq tog'araga 5 ml 96% li spirtidan quyib o't yoqiladi. Tog'orani orqa tomonidan ushlab aylana harakatlantirib, hamma tomoniga qiyshaytirib, kuydirib sterillanadi, so'ngra steril tog'oraga 1 litrli distirlangan suv quyiladi va 5 ml nashatir spirt konsentrati qo'shiladi, natijada 0,5% nashatir spirt eritmasi hosil bo'ladi va shu eritmadan alohida tog'araga solinib 3 daqiqa steril salfetka yordamida qo'lni obdon yuviladi, so'ngra steril sochiq yordamida quritilib 70° C li spirtida ho'llangan salfetka yordamida 5- daqiqa davomida qo'lni artiladi, tirnoq atroflari teri burimalari 5% li yod eritmasida namlangan sharcha yordamida artiladi va qo'l operatsiyaga tayyor hisoblanadi.

Qo'lni ultratovush yordamida sterillash.

Qo'l 0,05% li gibitaning (xlogeksilin biglyukonat) suvli eritmasiga botiriladi va undan ultratovush to'lqinlari o'tkaziladi. Qo'lni tez-tez yuvib turishda hamda xo'jalik sovuni va qattiq suv ta'sirida jarrohning qo'l terisi quruqlashib qoladi. Qattiq suvni yumshatish uchun 1 litr suvga 1 choy qoshiq natriy gidrokarbonat (soda) qo'shiladi va qo'lni yuviladi. Shuningdek, «Spermasetti» kosmetik sovundan foydalanish tavsiya qilinadi.

Hozirgi paytda quyidagi usullardan ham foydalaniladi:

1. Pervomur bilan qo'lni zararsizlantirish (S-4). Pervomur tayyorlash jarayonida bakteritsid xossasiga ega bo'lgan chumoli kislotasi hosil bo'ladi. Bu preparat quyidagicha tayyorlanadi: 1 litrli kolbaga 171 ml 33% li vodorod peroksid 69 ml 100% li chumoli kislota yoki 81 l 85% li chumoli kislota eritmasi quyiladi. Eritma 1,5 soat sovutgichga qo'yib qo'yiladi va vaqti-vaqti bilan chayqatib turiladi. Qo'lni zararsizlantirish uchun mana shu tayyorlangan eritma 10 baravar suyultiriladi (2,4%). Eritma 1 kechakunduz muddatga yaroqli bo'lib turadi. Qo'llar 1 daqiqa davomida cho'tkasiz sovunlab yuviladi, chayilib, steril sochiq yordamida artiladi va pervomur eritmasiga tirsak bo'g'limlarigacha 1 daqiqa solib turiladi. Keyin qo'llarni steril sochiq yordamida quruq qilib artiladi va steril qo'lqop kiyiladi. Operatsiya davomida qo'lqopni har 60 daqiqadan keyin 2,4% li pervomur eritmasi bilan yuvib turiladi.

2. Gibitan (Xlogeksidin biglyukanat eritmasi) bilan qo'lni zararsizlantirish.

Xlorgeksidin 20% li eritma holida 500 ml shishalarda chiqariladi. Qo'llarni spirtidagi 0,5% l eritmasi bilan zararsizlantirish uchun asosiy eritmadan 500 ml spirtga 12,5 ml xlorgeksidin hisobidan 70% li spirtida suyultiriladi. Qo'llar issiq suvda sovunlab yuvilib, steril sochiq bilan quruq qilib artiladi va 2—3 daqiqa davomida xlorgeksidinning spirtidagi 0,5% li eritmasi bilan ishqalab artiladi, bunda artishni oldin barmoqlardan boshlab, keyin bilakning o'rtasiga yetkazib tugallanadi.

3. Yodopiron bilan qo'lni zararsizlantirish.

Yodopironning ishchi eritmaları yonib turgan spirt ustiga tutib, ikki marta kuydirib olingan sirli tog'arada tayyorlanadi. 2 litr iliq suv quyiladi va yuvuvchi laurilsulfat poroshogidan 20 ml qo'shiladi (o'lchov idishda), poroshok erib ketgandan keyin 40 ml yodopiron qo'shiladi, shisha yoki yog'och tayoqcha bilan yaxshilab aralashtiriladi. Bunday eritmada 0,05% erkin yod bo'ladi.

Oldin qo'llarni jo'mrak ostiga tutib cho'tka bilan 1—2 daqiqa yuviladi (tirnoq yoni bo'shliqlariga alohida e'tirob berib), steril salfetka bilan artiladi. So'ngra qo'llar 4—5 daqiqa davomida yodopiron eritmasida yuviladi, keyin steril salfetka bilan artib, steril xalat kiyib so'ngra steril qo'lqop kiyiladi.

BOG'LOV MATERIALLARI, CHOYSHABLAR VA KIYIM-KECHAKLARNI STERILLASH

Operatsiya uchun jarroh va uning yordamchilari, tibbiyot hamshirasi maxsus kiyimlar kiyadi. Operatsiya va jarohat bog'lashda ishlatiladigan bog'lov materiallari va choyshablar hamda operatsiya ishtirokchilarining kiyim-kechaklari steril bo'lishi lozim.

Niqoblar. Tomchi infeksiyasi xavfini kamaytirish uchun xodimlar og'iz va burunga maxsus niqob tutib yuradi. Niqoblar kattaligi 16x20 sm bo'lgan 4 qavatli dokadan tayyorlanib, burchaklariga 4 ta bog'ich chatib qo'yiladi. Niqob ishlatishdan oldin sterillaniladi. Niqobni tutishda uning ustki bog'ichlari xirurgning qo'lga tegib ketmaydigan qilib ushlab turish kerak. Kichik tibbiy hamshira orqa tomonga o'tib, bog'ichlarning uchidan ushlaydi va ularni quloqning chig'anoqlari orasidan o'tkazib, boshning tepa qismida bog'laydi.

Xalatlar. Operatsion xalatlar ip matodan tikiladi. Xalatning rangi oq, pushti yoki havo rang bo'lishi mumkin. Ularni orqa tomonidan taqiladi. Sterillashdan oldin xalatning yengini

va bog'ichlarini ichiga qalib taxlanadi. Xalatni biksdan zararsizlantirilgan qo'l bilan juda ehtiyotkorona, birorta nosteril narsaga tekizmay olinadi va xodim xalatni uzatilgan qo'lida o'zidan narida tutib turadi. Xalatni yozib, birin-ketin yengi kiyiladi va xalatni old tomoniga tashlanadi. Xalatni boshqa odam orqa tomondan bog'ichlarini bog'lab qo'yadi. Sterillashdan oldin cho'ntakka solib qo'yilgan belbog'ni xalat kiyayotgan xodimning o'ziga mos qilib tortib turadi. Kichik tibbiy xodim belbog'ning uchlaridan ushlab, ularni orqa tomonidan bog'lab qo'yadi. Xalat yenglari uzungina bo'lib, bilakni panjaga qadar to'la-to'kis berkitib turishi kerak.

Qalpoqlar va durrachalar. Operatsiyada qatnashadigan xodimlar boshdagi sochni batamom berkitib turadigan, gazlamadan tikilgan qalpoqlar kiyishi va durrachalar o'rashi shart.

Baxilalar. Boldir sohasigacha shippak va cholvor ustidan kiyiladigan ip matodan tikilgan paypoqlar.

Choyshablar: jarrohlik asboblari qo'yiladigan stolga bir necha qavat qilib taxlangan steril choyshablar yozib qo'yiladi. Uni yozishda sterilligini buzmaslik kerak. Tibbiy hamshira choyshabni qo'lini uzatib turgan holda havoda yozadi. Operatsiya paytida bemorni ustidan o'ralgan steril choyshab operatsiya stolidan kamida 0,5 m pastga tushib turishi kerak.

Sochiqlar. Qo'lni zararsizlantiruvchi eritmalar bilan yuvilgandan so'ng artib quritish va operatsiya maydoni tozalangach uni ajratib qo'yish uchun ishlatiladi.

Salfetkalar. Salfetkalar gidroskopik (yog'sizlantirilgan to'rlari yirik) dokadan tayyorlanadi. Dokadan bintlar, tamponlar va sharchalar qilinadi. Salfetkalar 3 xil o'Ichovdagi kvadrat yoki to'g'ri burchakli doka parchalaridan iborat bo'lib, katta salfetkalar 1 metr dokadan 2 dona (50*70 sm), o'rtacha salfetkalar 4 dona (50*35 sm), kichik salfetkalar 8 dona (25*35 sm) tayyorlaniladi. Salfetkalar o'Ichamlari bo'yicha kesib tayyorlangach, dona chetlarini ikkala tomondan 1,5 — 2 sm dan ichkariga qayriladi, so'ngra salfetkani uzunasiga ikki buklab qo'yiladi. Salfetkalar operatsiya vaqtida jarohatni quritish, jarohatni berkitib bog'lashda ishlatiladi.

Tomponlar. Uzun doka tilimlari salfetka singari, chetlarini qayirib eni bo'ylab ikki qavat qilib buklab tayyorlanadi. Tamponlarning uzunligi har xil bo'ladi. Ular jarohatdan qon oqishini to'xtatish va yiringli bo'shliqlarni drenajlashda ishlatiladi.

Turundalar. Tamponlardan o'z eni (1 sm) bilan farq qiladi, tayyorlash usuli o'shaning o'zi, koptok kabi o'ralib keyin sterillanadi, unchalik katta bo'lmagan yiringli bo'shliqlarni drenajlash uchun kerakli o'lchamda kesib olib ishlatiladi.

Sharchalar. 4 xil qilib tayyorlanadi: o'rtacha salfetkadan (35*50 sm), kichik salfetkadan (35*25 sm, 5*5 sm, 2*2 sm). Bir parcha dokani uch buklab markazini cho'qqaytirib, burchak qilib taxlanadi. Asosida qolgan qismini ichiga qaytarib qo'yiladi.

Salfetka, tamponlar, sharchalar va bintlar ishlatilgandan so'ng albatta kuydiriladi.

Oq gigroskopik paxta suyuqlikni yaxshi shimadi va jarohatga salfetka ustidan qo'yilishi mumkin, bu esa jarohat suyuqligini bog'lamga yaxshi oqib chiqishini ta'minlaydi.

Xalatlar, niqoblar, choyshablar va jarohatni bog'laydigan barcha materiallarni albatta sterillash lozim. Buning uchun hamma materiallar maxsus bikslarga joylanadi so'ng avtoklavda yuqori bosim va bug' ostida sterillanadi.

Bog'lov materiallari va oqliklar biksga uch xil usulda joylashtiriladi:

1. Kichik operatsiya xonalarida (universal) umumiy joylash usulidan foydalaniladi. Biksga operatsiya uchun talab qilinish ehtimoli bo'lgan materiallarning hamma turlari qavatma-qavat qilib sektorlarga bo'lib joylanadi. Birinchi qavatga qo'l salfetka, ikkinchi qavatga choshab, sochiqlar, uchinchisiga salfetkalar, tamponlar, sharchalar va boshqalar.

2. Operatsiyalarning muayn turi uchun maqsadga muvofiq joylash usuli qo'llanilishi mumkin (biksga masalan me'da rezeksiyasi uchun zarur materiallarning hammasi joylanadi).

3. Katta operatsiya xonalarida ko'pincha ma'lum turdagi joylash usulidan foydalaniladi. (Har bir biksga materialning ma'lum turi: xalatlar, choyshablar, tamponlar va shu kabilar joylanadi). Biks barabani ichiga bug' bemalol o'tishi uchun hamma buyumlar bemalol g'ovak qilib joylaniladi. Baraban qopqog'ining dastasiga sterillangan vaqti va sterillashni o'tkazgan ma'sul shaxsning familiyasi yozilgan yorliq osib qo'yiladi.

Chok materiallari va ularni sterillash. Jarrohlik amaliyotida chok materiali sifatida ipak, kapron, lavsan, kanop va qog'oz iplar, ot qili, ayollar sochi va ketgut ishlatiladi.

Ipak pishitilgan va to'qilgan ipak ko'rinishida chiqariladi. Ipakning yo'g'onligi 00 dan 16 nomergacha bo'ladi. Ingichka (00 va 1) nomerlari tomirlarga, 2-ichaklarga, 3—4 — o'rta ligatura, 5—16 nomerli yo'g'on nomerlar, asosan laparotomiya yada qorinning to'g'ri muskuli aponevrozini tikishda va suyaklardagi operatsiyada ishlatiladi. Ipak ko'proq Koxer usulida sterillanadi. Ipak kalavasini iliq suvda 2—3 marta sovunlab yuviladi va quruq sochiq bilan artiladi. Ipakni (3—5 metr uzunlikda) steril qo'llar bilan shisha g'altaklarga yoki qirralari o'tmas qilingan buyum oynasiga o'raladi va yog'sizlantirish uchun 12—24 soatga efirga solib qo'yiladi. Ipakni efirli bankadan olib shuncha muddatga 70% li spirtga solib qo'yiladi. Keyin ipakni 1:1000 nisbatli sulema eritmasida 10 daqiqa mobaynida qaynatiladi, so'ngra 96% li spirt to'ldirilgan, tiqini ishqab berkitilgan bankaga solib qo'yiladi. Ipak ishlatilguncha shu bankada saqlanadi. Ipakni avtoklavda sterillasa ham bo'ladi, biroq bunda uning pishiqligi kamayadi.

Kapron va ingichka ipakni chumoli kislotasi eritmasida sterilash mumkin, buning uchun ularning ustiga shu eritmani 10 daqiqaga qo'yiladi, 8 nomerli yo'g'on ipak, lavsanga esa 18—20 daqiqaga qo'yiladi. Chok materiali shu eritmada saqlangandan so'ng uch marta distillangan suvda yuviladi, steril shisha idishlarga solinadi va 96% li spirtida saqlanadi.

Protezlar va kapron lentalariga eritma 10 daqiqaga qo'yiladi, so'ngra ularni ham distillangan suvda uch marta yuviladi va 96% li spirtida saqlanadi. Chok materiali jumladan, sintetik (kapron, lavsan) materialni boshqa usulda sterillash ham mumkin. Chok materiali kalavalarini 1:5000 nisbatli diotsid eritmasiga 24 soatga solib qo'yiladi, so'ngra ustidan 96% li spirt quyiladi.

Ketgut - qo'y ichagining muskul-seroz qavatidan tayyorlangan, yo'g'onligi har xil iplardan iborat. Ingichka — yo'g'onligiga ko'ra u 000 dan 9 nomergacha bo'ladi. To'qimalarda ketgut 2—3 haftadan so'ng so'riladi. So'rilish muddatini uzaytirish uchun uni maxsus ishlanadi—xromlanadi, kumushlanadi. Formalin bilan ishlanadi. Bakteriologik ifloslanish darajasi ko'p bo'lishi mumkinligini hisobga olib, sterillashni puxta amalga oshirish lozim.

Ketgutni Sitkovskiy usuli bo'yicha sterillash.

1. Ketgut kalavasi 24 soat efirga solib qo'yiladi.

2. Ketgut iplarini uch bo'lak qilib qirqib 1:1000 nisbatli sulemaning bo'yalmagan eritmasida ho'llangan salfetka bilan artiladi.

3. 1-nomergacha bo'lgan ketgut iplari 2% li kaliy yodid eritmasiga 30 soniyaga, 1-nomerdan yo'g'on iplar nomeriga qarab shuncha daqiqaga solib qo'yiladi.

4. Ketgutni kichik xalqa ko'rinishida o'rab, orasidan ip o'tkazilib tubiga yod kristali (3 litrga 40g yod 5 metrda 60 g yod) solingan, tiqini ishqab berkitiladigan steril shisha banka ichiga osib qo'yiladi.

Banka tiqini ustidan parafin quyiladi. Bankani har kuni silkitib turish zarur. Ingichka ketgut 3 sutka o'tgach, yo'g'onrog'ini 5 sutkadan so'ng ishlatsa bo'ladi.

Ketgutni Lyugolning spirtli eritmasida sterillash.

1. Ketgut kalavasini 12-24 soat efirga solib qo'yiladi. Efirni to'kib, ketgutga har 8 sutkada 2 marta Lyugolning spirtidagi eritmasi (1000 ml 96% li spirt, 10 g kaliy yod 10 g sof) quyiladi. Ketgut bakteriologik nazoratdan o'tkazilib so'ngra Lyugol eritmasida saqlanadi.

Ketgutni Lyugolning suvli eritmasida sterillash.

Bundan oldingi usuldan farqi shundaki, spirtli eritma o'rniga suvli eritma ishlatiladi (shuncha miqdordagi spirt o'rniga distillangan suv ishlatiladi), lekin sterillashdan keyin ketgutni 96% li spirtida saqlanadi.

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

Ot yolidan odatda plastik operatsiyalarda, ayniqsa yuzdagi operatsiyalarda chok materialni sifatida foydalaniladi. Ot yoli iliq suvda sovunlab yuviladi. Suvning ko'pigi oppoq paxtadek bo'lguncha yangilab turiladi. Yolni quritiladi, halqa-halqa qilib qo'yiladi, yog'sizlantirish uchun 7 sutkagacha benzinda saqlanadi. Shundan so'ng uni 40 daqiqa qaynatiladi. Steril sochiq bilan quritiladi va 7 sutkaga 96% li spirtga solib qo'yiladi.

Spirtni yangi spirt bilan almashtirib, yana 7 sutka qoldiriladi. Yolni spirtli bankada saqlanadi. Chok materiallari sterillangandan so'ng laboratoriyaga ekish uchun yuboriladi. Bakteriyalarning o'sishi haqidagi javob manfiy bo'lganda chok materialini ishlatishga ruxsat etish mumkin.

OG'RIQSIZLANTIRISH

OG'RIQSIZLANTIRISH VA NARKOZ
HAQIDA TUSHUNCHA

Og'riq deb tashqi muhit ta'sirida (mexanik, termik, fizik) teri va shilliq qavatdagi nerv oxirlarining ta'sirlanishi natijasida nerv tomirlari orqali impulslarning markaziy nerv faoliyatiga borishi va shunga bo'lgan javob reaksiyasiga aytiladi. Shunga ko'ra, og'riqsizlantirish 2 xil bo'ladi, yani narkotik dorilar ta'sirida markaziy nerv faoliyatining vaqtinchalik tormozlanishiga umumiy og'riqsizlantirish hamda teri va shilliq qavatlaridagi nerv oxirlarini anesteziyalovchi moddalar ta'sirida vaqtinchalik karaxtlashga mahalliy og'riqsizlantirishlar farq qilinadi.

Og'riqsizlantirish deb narkotik va anesteziyalovchi moddalar ta'sirida vaqtinchalik og'riq sezgilarining karaxtlik holatiga aytiladi. Tibbiyotning bu sohasi bilan shug'ullanuvchi vrachlarni anesteziologlar, o'rta tibbiyot xodimlarini esa anestizistlar deyiladi.

Og'riqsizlantirish qadimgi Misr, Xitoy, Yunoniston, Rimda mandrigara ildizi, bangidevona, hind nashasi, belladona ekstrakti, alkogol, afyun, sikitu va boshqalar ta'sirida amalga oshirilgan. Bu moddalar eritma, damlama holda ichirilgan, teriga iylab surtilgan, shuningdek, huqnalar qilingan. Biroq og'riqsizlantirishning bu turlari og'riqni qisman kamaytirgan, xolos va ko'pincha og'ir asoratga sabab bo'lgan

1844 yilda tish do'xtiri Uels og'riqsizlantirish uchun azot (I) oksidini, Marton efirni, 1847 yilda Simpson xloroformni taklif etgandan so'ng og'riqsiz operatsiya qilish imkoni vujudga keldi.

Rossiyada 1847 yilda N.I.Pirogov birinchi marta efir narkozini qo'llab narkoz hosil qildi. 1909 yilda S.N.Fyodorov gedonal bilan vena ichiga yuboriladigan narkozni ishlab chiqdi. Umumiy og'riqsizlantirish bilan birga mahalliy og'riqsizlantirish usullari ham ishlab chiqildi. 1879 yilda rus olimi Anrep mahalliy og'riqsizlantirish uchun kokainni qo'lladi, bu usul shilliq pardalarni og'riqsizlantirishda keng qo'llanildi. 1905 yilda Eynxorn novokainni tavsiya qildi, bundan hozir ham keng foydalanilmoqda. 1889 yilda nemis olimi Bir orqa miya anesteziyasini taklif qildi.

A.V.Vishnevskiy so‘riluvchi qavatma-qavat infiltrativ va g‘ilofli anesteziya usullari bilan mahalliy anesteziya qilishni taklif etib, amaliyotda keng joriy qildi. Hozirgi zamonaviy anestiziyada narkotik moddalarning miqdorini kamaytirish maqsadida narkozdan oldin primedikatsiya qilinadi, buning uchun morfin, skopolamin, barbiturat kislota preparatlari, fentanil va boshqalar qo‘llaniladi. Aralash va kombinatsiyalangan narkoz turlari qo‘llanilmoqda.

Umumiy og‘riqsizlantirish (narkoz). Umumiy og‘riqsizlantirish deb narkotik moddalar ta‘sirida markaziy nerv faoliyatini vaqtincha karaxtlash holatiga aytiladi. Bunda es-hush, sezuvchanlikning hamma turlari birin-ketin yo‘qoladi, skelet mushaklari bo‘shashadi va reflekslar so‘nadi.

Narkoz vaqtida uzunchoq miya faoliyati (nafas, yurak, tomirlarni harakatlantiruvchi narkozlar) saqlanib qoladi. Narkotik moddalar miqdori juda ko‘payib ketganda bu markazlar ham falajlanib qolishi mumkin, bu narkoz qilinayotgan odamni o‘limga olib kelishi mumkin.

Narkoz turlari. Narkotik moddalarni odam organizmiga yuborish yo‘llariga ko‘ra:

1. ingalyatsion:
2. noingalyatsion narkoz farq qilinadi.

Ingalyatsion narkoz deb narkotik modda nafas yo‘llari orqali yuboriladigan umumiy og‘riqsizlantirish turiga aytiladi.

Noingalyatsion narkoz deb nafas yo‘lidan tashqari vena ichiga, to‘g‘ri ichak, teri osti orqali narkotik moddalar yuborish yo‘li bilan narkoz hosil qilinishiga aytiladi.

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

Bir xil narkotik modda yuborib narkoz hosil qilinsa, «sof narkoz» deyiladi. Agar bir nechta narkotik moddalar aralashmasi qo‘llansa, aralash narkoz, agar narkotik moddalarning yuborish yo‘llari turli xil bo‘lsa, kombinatsiyalangan narkoz deb ataladi.

Ingalyatsion narkoz. Narkozning bu turiga turli xil narkotik moddalar (efir, ftoratan, xloretil va boshqalar)ni yoki gazlar (azot (I) oksid siklopropan va boshqalar)ni nafasga olish (ingalyatsiya) yo‘li bilan erishiladi. Ingalyatsiya uchun quyidagi narkotik moddalar keng qo‘llanilmoqda:

I. Suyuq narkotik moddalar:

1. efir;
2. xloroform;
3. xlor etil;
4. ftoratan;
5. pentran;
6. trixlor etilen;
7. venetlen.

II. Gazsimon narkotik moddalar:

1. azot (I) oksidi;
2. siklopropan;
3. trilen.

Narkoz bosqichlari va darajalari

Narkoz 4 bosqichda davom etadi:

1 bosqich — analgeziya bosqichi — 3—4 daqiqa davom etadi va es-hushning xiralashuvi, ogʻriq sezishning yoʻqolishi bilan xarakterlanadi. Koʻz qorachigʻlari yorugʻlikka reaksiya beradi, reflekslar saqlanib qoladi. A\B pulsdagi oʻzgarish boʻlmaydi. Bu bosqichda kichikroq operatsiyalarni bajarish mumkin.

2 bosqich — qoʻzgʻalish bosqichi — bir muncha uzoqroq davom etadi va bemorda harakat kuchayishi, nutq markazining qoʻzgʻalishi bilan kechadi. Arterial bosimi oshadi, puls tezlashadi, mushak tonusi oshib, reflekslar kuchayadi, tez va notekis nafas oladi, qayt qilishi mumkin. Bu bosqich qattiq mast boʻlgan odamning holatini eslatadi.

3 bosqich — xirurgik uyqu bosqichi boʻlib, bu bosqichda jarrohlik amaliyoti oʻtkaziladi. Bu bosqichda 4 da daraja farq qilinadi:

Birinchi daraja (III₁): bemorning es-hushi batamom yoʻqotilgan. Ogʻriq va taktil sezuvchanligi yoʻq. Koʻz qorachigʻi toraygan, biroq muguz parda refleksi va muskullarning tarangligi saqlanib qoladi. Koʻz soqqalarining «suzib yuradigan» harakatlari saqlanib qoladi.

Ikkinchi darajasi (III₂): qorachiqlari toraygan, muguz parda refleksi saqlanib qolgan. Muskullar qisman boʻshashadi. Bu darajada tilning halqumga tiqilib qolish xavfi boʻladi.

Uchinchi darajasi (III₃): puls sekinlashadi, arterial bosim pasayadi, nafas yuzaki bo'lib qoladi. Ko'z yorig'i kengayadi, muguz parda refleksi yo'qoladi. Muskullar batomom bo'shashadi.

To'rtinchi darajasi (III₄): nafas bir muncha yuza, qorachig'lar kengaygan, yorug'likka reaksiya bermaydi, muguz parda nursiz. Puls tez, to'liqligi sust. Arterial bosim tobora pasayadi. Narkozning bu darajasiga tushishga yo'l qo'ymaslik kerak, chunki o'lim bilan tugashi mumkin.

4 bosqich — uyg'onish. Narkozning barcha alomatlari aksincha tartib bilan yo'qoladi. Uyg'onish 2 soatgacha davom etishi mumkin.

Ingalyatsion narkoz uchun niqoblar va apparatlar

Narkoz paydo bo'lgan davrdan boshlab juda ko'p turdagi niqoblar taklif qilingan. Ularning ko'pchiligi hozirgi vaqtda jarrohlik amaliyotida qo'llanilmaydi, faqat tarixiy ahamiyatga ega, xolos.

Hozirgi paytda niqob yordamida narkoz berish kamdan-kam qo'llaniladi.

A-27, AN-1, UN-1, UNAP-2, polinarkon Ra_b kabi apparatlardan keng foydalaniladi. Tuzilishdagi turli xil xususiyatlariga qaramay hamma narkoz apparatlari to'rtta asosiy blokdan: ballon bilan reduktor, dozimetr, bug'latuvchi va nafas sistemasidan iborat. Ballonlar bosim ostida turadigan gazlarga mo'ljallangan. Ajratib olish maqsadida ballonlarni turli rangga bo'yaladi: kislorodli ballonlarni havo rangga, azot (I) oksidli ballonni kulrang bo'yoqqa, siklopropanli ballonni qizil rangga bo'yaladi.

Ballondagi narkoz apparatiga berilayotgan gaz bosimini pasaytirish maqsadida reduktor bo'ladi.

Dozimetr - gazning qancha miqdorda sarflanishini ko'rsatuvchi asbob. Maxsus buragich yordamida bemorga bera-yotgan gaz hajmini tartibga solish mumkin.

Bug'latgich - suyuq narkotik moddalar (efir, ftoratan, xloroform va boshqalar) uchun asbob. Bug'latgichda suyuq narkotik modda gazga aylanadi. Uning miqdori odatda hajm foizlarda dozalanadi va maxsus moslama bilan tartibga solib turiladi. Narkoz apparatining nafas sistemi apparatidan bemorga kislorod va narkotik modda berishni ta'minlash uchun xizmat qiladi. Nafas sistemi nafas olish va nafas chiqarish uchun qat-

qat qilib ishlangan naychalar, klapanlar sistemasi, adsorber (qatron ohak-karbonat angidridning kimyoviy shimdirgichi solingan asbob), nafas qopchig'i, bosqoncha, niqob yoki intubatsion naycha va adapter - shlanglardan maskaga yoki intubatsion naychaga o'tadigan moslamadan iborat.

Apparat narokozi uchun yuzga qo'yiladigan niqoblar bemorning yoshiga yarasha turli hajmlarda og'iz va burunni germetik holda yaxshi berkitib turadigan qilib tayyorlanadi. Intubatsion naychalari turli xil hajmda (chaqaloqlar uchun № 00 dan katta yoshdagi jussasi yirik kishilar uchun № 12 gacha) bir bo'shliqli (traxeyani intubatsion qilish uchun) va ikki bo'shliqli (bronxlarni alohida-alohida intubatsion qilish uchun) qilib chiqariladi.

Apparatlar yordamida narkoz berish to'rt usulning biri bo'yicha amalga oshirilishi mumkin.

Ochiq usulda. Narkoz vaqtida bemor narkotik moddani atmosfera havosi bilan birga oladi. Nafas atmosferaga chiqaziladi. Bu usulning afzalligi shundaki, nafas chiqarishga qarshilik bo'lmaydi va sistemada karbonat kislota yig'ilmaydi. Narkotik moddani aniq dozada berib bo'lmaslik, ya'ni uning ko'p sarflanishi va operatsiya xonasi havosining bu moddadan ifloslanishi bu usulning kamchiligi hisoblanadi.

Yarim ochiq usul. Hozirgina aytib o'tilgan usuldan farqli ravishda bemor atmosfera havosi o'rniga narkotik modda bilan birga kislorod bilan nafas oladi. Bunda ham nafas atmosferaga chiqariladi. Kamchiliklari bundan oldingi usul kabidir. Biroq afzalligi shundaki, bemor kislorod bilan nafas oladi va narkotik modda dozasini belgilash imkoni bo'ladi.

Yarim yopiq usul. Apparatdan kislorod va narkotik modda bilan nafas olinadi, qisman atmosferaga va qisman apparatning nafas sistemasiga nafas chiqariladi. Narkotik moddani bir muncha mukammal dozada berish va operatsiya xonasining kam ifloslanishi uning afzalligi bo'lsa, kamchiligi olishga qarshilikning oshishi hisoblanadi.

Yopiq usul. Hozirgina bayon etilgan usuldan farqli ravishda nafas bilan chiqariladigan havo to'la-to'kis nafas qopchig'iga o'tadi va adsorber orqali yana bemorga keladi.

Afzalligi — nafasga olinadigan moddalarni aniq dozada berish va operatsiya xonasining ifloslanmasligi bo'lsa, kamchiligi — nafas bilan chiqariladigan havo ko'proq qarshilikka uchraydi va sistemada ortiqcha karbonat kislota yig'ilib qolishi mumkin.

INGALYATSION NARKOZDA ASORATLAR VA ULARNING OLDINI OLISH

Narkozda yuz beradigan asoratlarni ikki turga bo'lish mumkin.

1. Narkoz davrida yuz beradigan asoratlar;
2. Narkozdan keyingi davrda yuz beradigan asoratlar.

Narkoz jarayonidagi asoratlar narkoz 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. Asfiksiya asosida quyidagi sabablar yotishi mumkin:

1. Mexanik sabablar (tilning orqaga ketib qolishi, qusuq massalar tiqilib qolishi va hokazo);

2. Toksinli sabablar (narkotik moddalar miqdori oshib ketishi);

3. Reflektor sabablar (narkotik ta'siri ostida yurak va nafasning to'xtab qolishi). Yurak to'xtashi odatda asfiksiya sababli ro'y beradi.

Narkozdan keyingi davrda yuz beradigan asoratlar:

Nafas a'zolarida yuz beradigan asoratlar (yallig'lanish, atelektaz, bronxitlar), aksariyat efir narkozidan keyin uchraydi. Bu asoratlarning oldini olishda operatsiyadan keyingi davrda bemorlarning faolligini oshirishda yordam berish (davo fizkulturasi, nafas mashqlari, balg'amni faol ajratish, barvaqt o'rindan turg'azish) shuningdek, antibiotiklar sulfanilamidlar ishining buzilishi, zaharli ta'sir qiladigan siklopropan va efirni qo'llashdan so'ng ko'proq kuzatiladi. O'tkir yurak yetishmovchiligi vujudga kelishi mumkin, bu esa ba'zan o'limga olib boradi.

Oldini olish uchun yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar yuboriladi va narkozning bir muncha mukammal turini qo'llanish yo'li bilan narkotik modda kamroq ishlatiladi.

Jigardagi asoratlar aksariyat efir va xloroform qo'llanishdan so'ng ko'proq kuzatiladi, bunda o'tkir jigar yetishmovchiligi, sariq atrofiya yuzaga kelishi mumkin. Oldini olish: miorelaksantlar qo'llanib, bemorni uyquning past darajalarida tutib turish hisobiga narkotik modda miqdorini kamaytirishdan iborat.

Buyraklarda yuz beradigan asoratlar asosan buyrak yetishmovchiligining oligauriya, albuminuriya ko'rinishida yuzaga keladi. Siydikning nisbiy zichligi oshadi, leykotsitlar va eritrotsitlar paydo bo'ladi. Odatda bu holatlar tezda o'tib ketadi va maxsus davolash usullarini talab qilmaydi.

Narkoz va operatsiyadan keyin moddalar almashinuvi, eng ko'proq uglevod almashinuvi buziladi, natijada atsidoz rivojlanadi. Atsidoz klinik jihatdan bosh og'rishi, ko'ngil aynishi, qusish, uyqusizlik kabi belgilar bilan namoyon bo'ladi. Og'ir hollarda es kiral-chiqarli bo'lib qoladi, bemor alahlaydi, koma holatiga tushishi mumkin. Atsidozni aniqlash uchun ishqoriy-kislotali holatni bilish zarur. Shu maqsadda hozirgi vaqtda «Mikro-Astrup» yoki «AZIV» apparatlaridan foydalaniladi. Atsidoz davo qilish uchun natriy bikarbonat, glyukozani insulin bilan infuziyaterapiya qilinadi. Organizmning suvsizlanishiga va gipoxlorimiyaga olib keladigan suvtuz almashinishining buzilishi ikkinchi asorat hisoblanadi. Suv-tuz almashinuvi buzilganda ajratilgan siydik miqdori va undagi natriy xlorid konsentratsiyasini kuzatib borish zarur. Bunday hollatlarda tuzli eritmalar infuziya yo'li bilan yuboriladi.

Periferik nervlar falaji. Bu holat narkoz vaqtida birorta nerv o'zagining mexanik shikastlanishi natijasida va ayrim hollarda narkotik moddaning markaziy nerv faoliyatiga zaharli ta'siri oqibatida ro'y berishi mumkin. Ko'pincha yelka chigali yoki qo'lning ayrim nervlari (bilak, tirsak, o'rta nerv)ning chigali falajlanishi kuzatiladi, bu — narkoz vaqtida qo'lni yozib qo'yish yoki nerv o'zagining operatsion stol qirrasida suyak o'rtasida bosilib qolishi sababli o'sha nervlarning ezilib qolishi oqibatida yuz beradi. Falajlikning yengil darajasi tez tuzatiladi. Bir muncha og'ir falajlanish hollarida maxsus davo qilinadi: prozerin, dibazol in'eksiya qilinib, fizioterapiya muolajalari amalga oshiriladi.

Ingalyatsiyali narkozni qo'llash va qo'llanishga moneliklar

Hozirgi zamon tibbiyotida ingalyatsiyali narkozni qo'llashni keng amalga oshirilmoqda. Barcha murakkab operatsiyalar ingolyatsiyali narkoz ostida amalga oshiriladi.

Ingolyatsiyali narkozni qo'llanishga moneliklar ikkiga bo'linadi: batamom va nisbiy moneliklar.

I. Batamom moneliklar: narkozni qo'llaganda o'lim yuz berish ehtimoli bo'lgan hollar. Bunday hollarga quyidagilar kiradi:

a) yurak-tomir kasalliklarining dekompensatsiya bosqichi, dori bilan davolaganda ta'sir qilmaydigan xafaqon kasalliklari, shok, kollaps, o'tkir anemiya va og'ir hollardagi gipotoniya;

b) Nafas aʼzolari kasalliklari, oʻpka faoliyatining yetishmovchiligi, oʻtkir zotiljam;

v) jigar faoliyatining buzilishi bilan kechadigan jigar kasalliklari, gepatit va oʻtkir jigar yetishmovchiligi;

g) buyrak faoliyati buzilishi bilan kechadigan buyrak kasalliklari, oʻtkir nefritlar;

d) Koxeksiya va anemiyaning ogʻir bosqichlari, bosh miya ichki bosimining oshishi kasalligi — oʻsmalar va boshqalar.

II. Nisbiy moneliklar: bularga yuqorida sanab oʻtilgan kasalliklarda funksional buzilishlari kamroq yuzaga chiqqan hollaridagi kasalliklar kiradi.

BEMORLARNI NARKOZGA TAYYORLASH

Narkozdan oldin medikamentoz tayyorlash yoki premedikatsiya uning xususiyati hisoblanadi. Kechki (operatsiyadan bir kun oldingi) ertalabki (operatsiya kunidagi) premedikatsiya farq qilinadi. Premedikatsiyadan maqsad bemorni tinchlantirish va narkozni yaxshi oʻtkazishdir. Kechki premedikatsiya uchun uxlatuvchi dorilar (barbamil, etaminal - natriy, noksiron, relanium va boshqalar), analgetiklar (promedol, omnopon), neyroleptik va antigistamin preparatlar (atropin, aminazin, dimedrol, pipolfen), anoleptiklar (kordiamin, lobilen, prozerin, sititon) va trankvilizatorlar (memproton, trioksazin, seduksin, elenium va boshqalar) dan foydalaniladi. Ertalabki premedikatsiya uchun odatda analgetiklar, neyroleptiklar va antigistamin preparatlardan foydalaniladi. Premedikatsiya har kimga alohida tayinlanadi.

Premedikatsiya oʻtkazishda anesteziolog biror preparat yuborishni soatlar boʻyicha belgilab chiqadi. Tibbiyot hamshirasining vazifasi ushbu koʻrsatmalarni puxta bajarishdan iborat. Biroq tadbirlar oʻtkazishda bemor holatida oʻzgarishlar yuz bersa, tibbiyot hamshirasi bu haqda navbatchi shifokorga xabar qilishi shart.

Narkoz berish texnikasi. Niqobli usulda efir, xloroform va qisqa muddatli narkoz uchun xlor etildan foydalanish mumkin.

Burun, yonoqlar va iyakni kuyib qolishdan saqlash uchun vazelin surtiladi. Olib qoʻyiladigan tish protezlari narkozdan oldin olib qoʻyiladi. Esmarx va shimelbush niqoblari bilan narkoz berishda metall toʻrni berkitib turadigan dokaga avval tegishli

modda shimdiriladi va bemorni narkotik hidga o'rgatish uchun niqobni asta-sekin yuziga yaqinlashtiriladi, aks holda bemor bo'g'ilib qolishi va yo'tal tutishi mumkin. Niqob bemor yuziga qo'yib bo'lingandan so'ng narkotik moddaning behuda sarflanishini kamaytirish uchun uni germetik berkitiladi va moddani maskaga tomiziladi. Nafas olish sharoitlarini yaxshilash uchun maska vaqti-vaqti bilan ko'tarib turiladi yoki ostiga kislorodli yostiq naychasi kiritiladi. Narkozning niqobli usulidan foydalanishda tilning halqumga tiqilib qolishi mumkinligini unutmaslik zarur. Buning oldini olish uchun pastki jag' burchaklarini barmoqlar bilan bosib, uni oldinga tortiladi.

Zamonaviy tibbiyot amaliyotida narkozning niqobli turlaridan kamdan-kam foydalaniladi. Biroq maxsus narkoz apparatlarisiz shoshilinch operatsiya o'tkazilganda, narkoz berishning niqobli turini qo'llashga to'g'ri keladi. Apparat bilan narkoz berishda avval apparat tayyor holga keltiriladi:

1. Apparat yerga ulanadi;

2. Adsorber ochiladi;

3. Bemorga niqob kiygiziladi;

4. Kislorod regulyatorini dozimetrlning I darajasiga ochish va niqob klapanini niqob apparat sistemasi bilan ulanadigan qilib o'rnatiladi;

5. «Kislorodni tez berish» tugmachasini bosish va qopchiq kislorod bilan to'ldiriladi;

6. Efir idishni ochib, sistemaga kislorodning efir bug'lari bilan aralashma holda tushishini ta'minlash zarur. Narkoz boshqa narkotik moddalar bilan o'tkaziladigan bo'lsa, ularni sistemaga ulash va dozalash lozim.

Narkoz tugagandan so'ng niqob va naychalar olib qo'yiladi, tashqi va ichki tomonidan iliq suv bilan sovunlab yuviladi va quritiladi.

Narkoz berish uchun operatsiya stolning bosh tomoniga narkoz apparati, elektr so'rg'ich (og'iz bo'shlig'idagi moddalarni aspiratsiya qilish va endotraxsol naycha uchun), narkoz stolchasi va boshqa qo'shimcha apparatlar o'rnatiladi.

Narkoz stolchasiga endotraxeal naychalar, og'iz kergich, til tutqich, havo naychasi, qaychi, laringoskop, steril sharchalar va salftokalar solingan idish hamda zarur dorilar (barbituratlar, miorelaksantlar va boshqalar) terib qo'yiladi. Murakkab operatsiyalarda yana bitta stolchaga venaseksiya, qon quyish kabilarda ishlatiladigan materiallar va asboblari qo'yib qo'yishga to'g'ri keladi.

Intubatsion narkoz.

Zamonaviy narkoz apparatlari yordamida narkozni bir muncha takomillashgan turda intubatsion usulida o'tkazish mumkin. Traxeyaga laringoskop yordamida intubatsion naycha kiritiladi. Intubatsiya qilishdan oldin bemorni niqobli narkoz bilan yoki venaga geksenal, tiopental yoki sombrivin yuborib uxlatib qo'yiladi.

Skelet muskullarni bo'shashtirish uchun mioreleksontlar yuboriladi.

Intubatsiya qilish uchun bemorning boshini orqaga engash-tiriladi va og'zini ochiladi. Laringoskop bilan til ildizi va hiqildoq usti qopqog'ini oldinga va yuqoriga bosiladi. Intubatsion naychani traxeyaga tovush boylamlari orasiga kiritiladi. Intubatsion naychadagi manjetchaga havo yuborilib damlaniladi yoki og'iz bo'shlig'ini bint bilan tamponlanadi. Naychani tashqi uchini narkoz apparatiga ulanadi va narkoz berishni davom ettiriladi. Shundan so'ng boshqariladigan nafas oldirishga o'tiladi. Narkoz tugagandan so'ng, bemor mustaqil nafas olishni boshlaganda, naychani chiqariladi. Endotraxeal naychalar ishlatilgandan so'ng niqoblar singari yuviladi, so'ngra 2 daqiqaga qaynab turgan suvga solib olinib, so'ngra 2 soatga 70% li spirtga yoki 30 daqiqaga 1:5000 nisbatdagi diotsit eritmasiga solib qo'yiladi. Quritilgan-dan so'ng barabanlarda saqlanadi. Laringoskop yuzasini va o'tish qismini suv bilan sovunlab yuvib, spirt bilan artiladi. Intubatsion narkozning niqobli narkozdan quyidagi afzalliklari bor:

1. tilning tiqilib qolishi, nafas yo'llariga yot jismlar (qusuq massasi, tish protezlari) tiqilib qolish xavfi bartaraf qilinadi;

2. narkotik moddaning miqdori aniq bo'ladi va sarflanishi kamayadi;

3. gaz almashinuvining buzilishi sababli qilinadigan operatsiyalarda «boshqariladigan» nafasga o'tish mumkin;

4. narkotik modda kislorod bilan bosim ostida yuboriladi, bu — organizmni kislorod to'la-to'kis to'yintiradi;

5. laringospazm tufayli nafas buzilishi xavfi yo'qoladi;

6. zararli bo'shliq kamayadi;

7. organizmning asosiy faoliyatini bir muncha muvaffaqiyatli boshqarish imkoni bo'ladi.

Intubatsion narkozning kamchiliklari:

1. bajarishning murakkabligi;

2. og'iz, halqum, tovush bog'lamlari, hiqildoq shilliq pardalarining shikastlanishi, tishlarning sinib qolishi;
3. laringitlar, halqum shilliq pardasining yallig'lanishi mumkin;
4. intubatsion narkozni faqat tajribali anesteziolog o'tkazishi mumkin;

NOINGALYATSIYALI NARKOZ VA UNING TURLARI

1. **Vena ichi narkozi.** Vena ichi narkozi uchun giksensal, tiopental - natriy, viodrel, natriy oksibutirat (GOMK), sombrevin va boshqalar qo'llaniladi. Bemor holatiga qarab operatsiyadan oldin kerakli konsentratsiyadagi (2—5—10%) eritmani 300—800 ml hisobiga 5% li glyukoza yoki fiziologik eritmalar bilan suyultirib tayyorlaniladi. Katta yoshdagi bemorlar uchun yuqorida ko'rsatilgan preparatlarning miqdori 1 gr dan oshmasligim lozim. Narkozdan oldin bemorga 0,5—1 ml 0,1% li atropin eritmasi yuboriladi. Tayyorlangan eritmani 20 grammlı shpritsga olinadi va 30—60 sekund ichida venaga yuboriladi. Narkoz qo'zg'alish bosqichi yuz bermagani holda 2—3 daqiqadan so'ng ro'y beradi. Og'riqni sezish yo'qoladi, bemor hushdan ketadi, biroq ko'z soqqasining harakatlari saqlanib qolib, bu—narkoz III bosqichning birinchi darajasiga mos kéladi. Nafas olish qiyinlashuvining oldini olish uchun kislorod berish tartibga solinadi. Narkoz holatini quvvatlab turish uchun bemorga vaqti-vaqti bilan o'sha eritmadan 2—3 ml yuborib turiladi. Ko'z qorachig'ining kengayishi narkoz dozasining oshirib yuborilganining xavfli alomatidir. Bunday holatda dori yuborish to'xtatiladi, kafein, lobelin yuboriladi. Zarurat bo'lganda bemorni boshqariladigan nafas berish apparatiga o'tkaziladi. Vena ichiga narkoz mushaklarni bo'shashtirishni talab etmaydigan kichik operatsiyalarda mustaqil ravishda yoki intubatsion narkoz oldidan dastlabki kirish narkozi sifatida qo'llaniladi.

2. **To'g'ri ichak ichi narkozi.** Bunday narkoz bolalar jarrohlik amaliyotida ko'proq qo'llaniladi. Odatda 3% li avertan yoki narkolan eritmasidan foydalaniladi. Narkotik moddaning ilitilgan eritmasi yordamida yuboriladi. Bemor 15—20 daqiqadan so'ng uxlab qoladi va uyqu bir necha soat davom etadi. Narkotik modda miqdori bemor og'irligining har 1 kg ga 0,1—0,2 gr hisobida belgilanadi. Kamchiligi yarali kolit, praktitlar, narkozning yetarlicha chuqur emasligi, toksikligi sababli 1% gacha o'lim yuz berishi. Bu usul kamdan-kam qo'llaniladi.

3. Neyroliptoanalgeziya. Es-hush saqlanib qolgan holda og'riq sezuvchanligining yo'qolishi bilan kechadigan o'ziga xos holat. U fentanil analgetigini (10—20 kg og'irligiga 0,005% li eritmasidan 1 mg) va neyroleptik modda degidrobenezperidolni (1 kg og'irlikka 0,5 mg) venaga yuborilganda yuzaga keladi. Spontan nafas saqlanib qoladigan qisqa muddatli narkoz hosil qilish uchun mustaqil ravishda yoki endotraxeal narkoz bilan birga 1—2 mg talamonad (fentanil va degidrobenezperidol aralashmasi) ko'rinishida qo'llaniladi.

4. Elektr narkoz. Turli parametrlardagi elektr tokining ta'siri bilan hosil qilinadi.

OG'RIQSIZLANTIRISHNING ARALASH VA KOMBINATSIYA QILINGAN USULLARI

Hozirgi paytda jarrohlik amaliyotida bitta narkotik modda (masalan, efir) qo'llaniladigan sof narkoz, ayni vaqtda ikkita yoki bir nechta moddalar (masalan, efir va azot (I) oksid aralashmasi yuboriladigan aralash narkoz va moddalar hamda ularni yuborish usullari) o'zgartirib turiladigan kombinatsiya qilingan narkoz tafovut qilinadi. Bunda avval venaga geksenal yuboriladi, uyqu boshlangandan so'ng efir narkozi beriladi, shu tufayli katta dozadagi narkotik moddalarning salbiy xossalari bartaraf etishga muvaffaq bo'linadi. Kombinatsiya qilingan og'riqsizlantirishda muskul relaksantlari ko'p qo'llaniladi. Murakkab operatsiya qilish uchun muskullarning bo'shashishi g'oyat muhimdir. Bundan tashqari miorelaksantlardan bemorni intubatsiya qilishni osonlashtirish, mustaqil nafas olishni to'xtatish uchun foydalaniladi, bu boshqariladigan nafas olishda juda muhim.

Hozirgi vaqtda murakkab operatsiyalarda, kombinatsiya qilingan og'riqsizlantirish qo'llaniladi. Narkozning bu turida asoratlar kam ko'riladi.

Sun'iy gipotermiya. Sun'iy gipotermiya (tana haroratini sovutish) moddalar almashinuvining bir muncha pasayishi kuzatiladi, bu loaqal qisqa muddatga (3—4 daqiqaga) yurak to'xtashi va ko'p qon yo'qotish bilan bog'liq bo'lgan ayrim operatsiyalarda g'oyat muhimdir. Haroratning pasayishi darajasiga qarab, mo'tadil (34—32°C gacha sovutish), o'rtacha (31—28°C gacha) va chuqur (27—8°C gacha) gipotermiya farq qilinadi.

Gipotermiya qilish usuli: Termoregulyatsiya qiladigan mexanizmlarni to'xtatish uchun dorilar yuborib, tayyorgarlik o'tkazilgandan so'ng (2,5% li 2 ml aminazin eritmasi, 0,5% — 4 ml etizin eritmasi, 2,5% li — 2 ml diprozin eritmasi, 2% li — 2 ml promedol eritmasi) kombinatsiya qilingan narkoz o'tkazilib, bemorni muzdek suv quyilgan vannaga tushiriladi yoki bemor atrofiga muz solingan xaltachalar qo'yib chiqiladi. Operatsiyadan so'ng bemorni issiq vannaga (suv harorati 40—45 gradus) yoki issiq grelkalar bilan isitiladi. Ko'p hollarda mahalliy gipotermiya qo'llaniladi (boshni maxsus apparatda sovutiladi — kranigepotermiya).

Sun'iy qon aylanishi. Yurakni 15—20 daqiqa to'xtatish talab etiladigan yurak operatsiyalarida sun'iy qon aylanishi qo'llaniladi. Buning uchun AIQ deb nom olgan sun'iy qon aylanishi apparatlari ishlatiladi. Bu apparatlarning ishlash prinsipi shunga asoslanganki, yurak ishi to'xtatilib va aylanib yuradigan qonni sun'iy o'pka (oksigenator) vositasida kislorod bilan tuyintirib, organizmda (nasoslar yordamida) sun'iy qon aylanishi ta'minlanadi. Yurak faoliyatini ko'proq muddatga to'xtatib qo'yish talab etiladigan o'ta shikastli operatsiyalarda sun'iy qon aylanishi bilan birga gipotermiya qilinadi.

MAHALLIY OG'RIQSIZLANTIRISH VA UNING TURLARI

Mahalliy og'riqsizlantirish (anesteziya) deb bemorning es-hushi saqlanib qolgan holda, operatsiya qilinadigan sohani anesteziyalovchi moddalar ta'sirida karaxtlash holatiga aytiladi.

Jarrohlik amaliyotida mahalliy og'riqsizlantirishning quyidagi turlari farq qilinadi.

1. Surkash yo'li bilan anesteziya qilish;
2. Qavatma-qavat infiltratsion anesteziya;
3. G'ilofli anesteziya;
4. Regionar — o'tkazuvchi anestiziya;
5. Vena va arteriya ichi anesteziyasi;
6. Suyak ichi anesteziyasi;
7. Muzlatish yo'li bilan anesteziyalash;
8. Peridural anesteziya;
9. Orqa miya anesteziyasi;
10. Sakral anesteziyasi.

Mahalliy og'riqsizlantirish amaliy jihatdan xavfsizligi tufayli jarrohlik amaliyotida keng qo'llaniladi. Og'riqsizlantirishning bu turi asosan kichik operatsiyalarda (append-ektomiya, churrani kesish va hokazo) qo'llaniladi, biroq yetarlicha malaka bo'lganda mahalliy anesteziyada katta operatsiyalarni ham bajarish mumkin. Operatsiyalarning deyarli 80 foizi mahalliy og'riqsizlantirish usulida bajariladi.

Mahalliy anesteziya uchun nisbatan xavfsiz va kam toksinli novokain kam qo'llaniladi. Novokainning 0,25—0,5% li eritmalari va kamroq hollarda o'tkazuvchi hamda suyak ichi anesteziyalarida 1—2% li eritmalari ishlatiladi.

Mahalliy anesteziyada asoratlar juda kam ro'y beradi. Novokainga sezuvchanligi yuqori bo'lgan ayrim bemorlarda novokaindan zaharlanishning belgilari paydo bo'ladi: bosh aylanishi, holsizlanish, ko'ngil aynishi, teri va shilliq qavatlar bo'zaradi, puls tezlashadi. Bir muncha og'ir zaharlanishda bezovtalanish qo'zg'alish qo'rquv sezgisi, galyutsinatsiyalar, qusish kuzatiladi. Bunday belgilar ko'rilganda anesteziyani to'xtatish bemorga amilnitrit bug'ini hidlatish (paxta bo'lakchasiga 5 tomchi), 1/2 ml 20% li kofein eritmasi, 1 ml 1% li dimedrol eritmasini ik'eksiya qilish zarur. Kislorod inyeksiya qilish muhimdir.

Novokaindan tashqari mahalliy og'riqsizlantirish uchun 0,5%, 1%—2% li lidokain eritmasi (stomotologiya amaliyotida), trimekain 0,25—0,5—1% li eritmasi infiltrativ va 2% li eritmasi regional hamda orqa miya anesteziyasi uchun, dikain 0,3% eritmasi predural anesteziya uchun, 2—3% li eritmasi surtib anesteziya uchun qo'llaniladi.

1) **Surkash yo'li bilan anesteziya.** Ko'z kasalliklari amaliyotida, urologiyada, otorinolarologiyada, bronxologiyada ko'p qo'llaniladi. Og'riq sezgisini yo'qotish zarur bo'lgan to'qima sohalarini 1—10% li novokain eritmasi yoki 0,1% li novokain, 2—3% dikain eritmasiga ho'llangan tampon bilan artiladi;

2) **Qavatma-qavat infiltrativ anesteziya.** Bu usulda anesteziyalovchi eritmani qavatma-qavat qilib shimdirishdan iborat. Buning uchun 0,25—0,5% li novokain eritmasi ishlatiladi. Anesteziyaning bu usulini A.V.Vishnevskiy batafsil ishlab chiqqan. Bu usulda kesma chizig'i bo'ylab teri orasiga ingichka igna yordamida «limon po'stlog'i» belgisi paydo bo'lguncha novokain

eritmasi yuboriladi, so'ngra yo'g'onroq va uzunroq igna bilan bir muncha chuqur to'qimalar infiltratsiya qilinadi. Infiltratsiya asta-sekin qavatma-qavat to'qimalar kesilgan sayin o'tkazilishi mumkin. Qorin yoki ko'krak qafasi bo'shlig'idagi operatsiyada paretal qorin pardasi yoki plevrani anesteziya qilish shart;

3) **G'ilofli anesteziya.** Og'riqsizlantirishning bu usulini ham A. V. Vishnevskiy ishlab chiqqan. Oyoq-qo'llardagi operatsiyalarda qo'llanilib, kesma sathining yuqorisidan jgut bog'laniladi, jgutdan pastroqda ikki yoki uch nuqtadan teri orqali 0,25% li novokain eritmasini (500—800 ml) ananevroz ostiga chuqur in'eksiya qilib yuboriladi. Og'riqsizlantirishning bu usuli oyoq-qo'llarni amputatsiya qilishda keng qo'llaniladi.

Asoratlari: jgutni tez yechib olinganda novokain intoksikatsiyasi yuz berishi ehtimol. Oldini olish uchun jgutni asta-sekin bo'shatib yechish.

Davosi: yuqoridagi aytilgan antidotlarni ishlatishdan iborat.

4) **O'tkazuvchi yo'llar anesteziyasi.** Novokain eritmasini bevosita nervga 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'tkazuvchi anesteziya) va qo'ldagi operatsiyalarda (Qulekampf usulida o'tkazuvchi anesteziya) ko'p ishlatiladi.

Asoratlaridan: nerv shikastlanishi kuzatiladi.

Davosi: prozerin, dibazol in'eksiyasi, fizioterapiya davosi qo'llaniladi.

5) **Vena ichi va arteriya ichi anesteziyasi.** Anesteziyaning bu turi ham oyoq va qo'l operatsiyalarida qo'llaniladi. 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 kerak bo'ladi.

Asoratlari va davolash: xuddi g'ilofli anesteziyadagidek bo'ladi.

6) **Suyak ichi anesteziyasi.** Vena ichi anesteziyasining bir turi hisoblanadi. Oyoq yoki qo'lga venoz jgut qo'yiladi, so'ngra suyakning (tovon, son suyak bo'rtmalari, katta boldir suyagining ustki metafizm, bilak va tirsak suyaklarining boshchalari) g'ovak moddasiga maxsus yo'g'on igna orqali 1% li novokain eritmasi-

dan 30—50 ml yuboriladi. Og'riqsizlantirishning bu turi ortopediya va travmatologiya amaliyotida tayanch-harakat a'zolar operatsiyalarida keng qo'llaniladi.

Asoratlari: bundan oldingi usullar singari.

Oldini olish va davosi ham shunday.

7) **Muzlatish yo'li bilan anesteziyalash.** Bu maqsadda xlor etil oqimini og'riqsizlantirish kerak bo'lgan to'qimalar sohasiga yo'naltiriladi. Xlor etil eritmasi tez bug'lanib, harakat keskin pasayadi va muzlash holatiga olib keladi. Shu soha og'riqsizlanadi. Bu usul teri ostida joylashgan yiringlagan sohani kesishda qo'llaniladi. (17-rasm).



17-rasm

8) **Peridural anesteziya.** Anesteziyalovchi modda peridural bo'shliqqa yuboriladi, qattiq miya pardasi teshilmaydi. 1% trimekain eritmasi 20—30 ml yoki 1% lidokain eritmasidan 20—30 ml foydalaniladi. Og'riqsizlantirish 4—5 soat davom etadi, orqa miya anesteziyasiga nisbatan xavf-xatar kam bo'ladi. Og'riqsizlantirishning bu turi torakal operatsiyalardan keyin og'riqsizlantirish maqsadida keng qo'llaniladi. Kamchiligi — uni bajarish uchun ko'p vaqt sarf bo'ladi.

9) **Orqa miya anesteziyasi.** Anesteziyalovchi modda orqa miyaning subaraxnondal bo'shlig'iga yuboriladi. Orqa miya suyuqligi bilan aralashib, orqa miya nervlari ildizlarini namlaydi, natijada og'riqsizlatiruvchi ta'sir vujudga keladi. Anesteziya uchun 5% li novokain eritmasidan 1—2 ml, 1% sovkain eritmasidan 0,5—1 ml, 2% trimekain eritmasidan 1—2 ml, 2%: lidokain eritmasidan 1—2 ml qo'llaniladi. Bemorni o'tqazib yoki yon-boshlatib yotqizib, bir ignasi yordamida orqa miya bo'shlig'iga anesteziyalovchi modda yuboriladi va bemor chalqancha yotqiziladi, boshini balandroq ko'tarib qo'yiladi, 10—15 daqiqadan so'ng anesteziya yuz beradi. Orqa miya anesteziyada qorin bo'shlig'i, kichik chanoq organlari, oyoqlarda turli xil operatsiyalarni o'tkazish mumkin. Quyidagi asoratlar kuzatilishi ehtimoli bor.

1. Punksiya vaqtida qattiq og'riq sezish mumkin.

2. Arterial bosim pasayib ketish holati ro'y berishi mumkin.

Asoratlarni davolash uchun qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyiladi, mezaton, efedrin, adrenalin, yurak dorilari yuboriladi.

Anesteziya darajasi — yuqori bo'lganda nafas to'xtashi mumkin, buni suniy nafas oldirish yo'li bilan bartaraf qilinadi, bundan tashqari lobelin buyuriladi. Ba'zan tana harorati bir oz ko'tariladi, bemorning ko'ngli ayniydi, qusadi, boshi og'riydi, siydigi tutiladi. Bunday hollarda simptomatik davo qilinadi.

ANESTEZIST - HAMSHIRA ISHINING XUSUSIYATLARI VA BEMORLARNI NARKOZDAN KEYIN PARVARISH QILISH

Anesteziist — tibbiyot hamshirasi quyidagi vazifalarni bajaradi:

1. Anesteziolog — vrach buyurgan dorilarning tayyorgarligini bajaradi;

2. Anesteziya uchun apparatlarni, shuningdek, kerakli asboblarni, narkotik vositalarni, kislorod va shu kabilarni narkozga tayyorlaydi;

3. Narkozdan so'ng asboblarni va apparatlarni tozalaydi hamda dezinfeksiya qiladi;

4. Bemorni narkozga o'z vaqtida yetkazish va operatsiya stoliga yotqizish ustidan nazorat qilish;

5. Narkoz davrining boshidan oxirigacha bemor uyg'onib bo'lgunga qadar anesteziolog —vrachga doimo yordam berib turadi;

6. Operatsiya vaqtida narkoz kartasiga puls, nafas arterial bosimi va boshqa ko'rsatkichlarni yozib boradi;

7. Operatsiya qilingan bemorni operatsiya xonasidan operatsiyadan keyingi palataga o'tkazilishini kuzatib va anesteziolog - vrach ko'rsatmasi bo'yicha keyinchalik unga qarab turadi. Anesteziist-hamshira anesteziolog - vrach ruxsatisiz operatsiya xonasidan hech qayerga chiqib ketmasligi shart.

8. Og'riqsizlantirishga sarflangan dori moddalarning hisobini olib boradi, ularni dorixonadan o'z vaqtida yozdirib oladi;

9. Anesteziologiya asoslarini bilishi, zarurat bo'lganda niqobli narkoz bera olishi va boshqaradigan nafasga o'tkaza olishi kerak.

Operatsiyadan keyin dastlabki kunda anesteziolog - vrach va anesteziist-hamshira bemorning ahvolini kuzatib turishi lozim.

Odatdagi operatsiyalardan so'ng bemor yostiqsiz chalqancha yotqiziladi.

Oyoqlariga issiq qilinadi, namlangan kislorod berish yo'lga solinadi, puls, nafas, terining rangi kuzatib turiladi, arterial

bosim o'lanadi. Bu ma'lumotlarning hammasi maxsus kartaga yozib qo'yiladi. Bemor holatiga qarab bu ma'lumotlar 15, 30 yoki 60 daqiqadan so'ng yozib boriladi. Anestezist-hamshira barcha o'zgarishlar haqida anesteziologga xabar qilib turishi kerak. U bemorni bir zum ham yolg'iz qoldirmasligi shart.

Og'irlashmagan mahalliy anesteziyadan keyin bemorlarni parvarish qilishning o'ziga xos xususiyatlari yo'q va kasallik holatiga hamda o'tkazilgan operatsiyaga ko'ra olib boriladi.

Orqa miya anesteziyasidan keyin bemorni chalqanchasiga yotqiziladi, boshi tagiga yostiq qo'yilmaydi, o'rnidan turish ruxsat etilmaydi, bemor shu vaziyatnini 2 sutka mobaynida saqlab turishi kerak. Xuddi narkozdan keyin bo'lganidek, bemorning tomir urishi va arterial bosimini muntazam aniqlab turiladi.

5 - B o b

QON OQISH SINDROMI

Qon oqish deb qon tomiri devorining butunligi buzilishi oqibatida tashqariga yoki bo'shliqlarga qonning oqib chiqishiga aytiladi.

QON OQISHINING SABABLARI VA TURLARI

Qon oqish sababi 2 xil bo'ladi:

1. Qon tomiri devorining mexanik shikastlanishi ta'sirida butunligining buzilishi oqibatida qon oqishi yuz berishi mumkin, bunday qon oqishlari shikast ta'siridagi qon oqishlar (posttravmatik qon oqishlar) deb ataladi.

2. Qon tomir devorining o'tkazuvchanligining buzilishi, qon ivishining buzilishi va qon tomir devorining yiringlash yoki yara ta'sirida yemirilishi oqibatida qon ketishi mumkin, bunday qon ketishini patologik qon oqishi deyiladi.

Qanday qon tomirning shikastlanishiga ko'ra qon oqishlarning quyidagi turlari farq qilinadi.

I.Arterial qon oqishlar: — arterial qon tomiri shikastlanishi oqibatida och qizil rangdagi qon bosim bilan otilib chiqadi va qisqa muddat ichida ko'p miqdorda qon yo'qotish mumkin. Bunday qon oqish juda xavfli bo'lib, agar yirik arteriyalar shikastlanganda bir necha daqiqa ichida o'lim yuz berishi mumkin.

2. **Venoz qon oqishi:** — vena qon tomiri shikastlanishi oqibatida yuzaga keladi. Bunda qon oqishi bir tekisda bo'lib, to'q-qizil rangdagi qon sizib oqadi. Tomirning markaziy oxiri bosilganda qon oqishi to'xtamaydi, yirik venoz tomirlar ayniqsa, bo'yin sohasidagi vena qon tomirlari shikastlanganda o'lim havо emboliyasi natijasida sodir bo'lish mumkin. Bo'yin venasida manfiy bosim kuchli bo'lganligi sababli jarohatdan havо vena tomiriga so'rilib kiradi va havо «tiqini» yurakning o'ng bo'lmaxasi yoki o'pka arteriyalarini berkitib qo'yadi. Bu qon aylanishining keskin buzilishiga olib keladi. O'lim yurakning reflektor to'xtashi va nafas markazining falajlanishidan yuz beradi.

3. **Kapilyar qon oqishi:** - arterial va vena kapilyarlari shikastlanishi oqibatida yuzaga keladi. Jarohat yuzasidan bir tekisda och qizil ham emas, to'q qizil ham emas, qizil rangdagi qon oqadi. Odatda kapilyar qon oqishi o'z-o'zidan to'xtashga moyil bo'lib, siqiq bog'lam qo'yish kifoya.

4. **Perenxematoz qon oqishi.** Ichki a'zolar - jigar, taloq, o'pka, buyraklarning hamma tomirlari (arteriyalar, venalar, kapilyarlar) shikastlanganda kuzatiladi. Bunday qon oqish juda xavfli, chunki qon tomirlari devorining parexematoz organ stromasi tomonidan tutib turilishi hisobiga tomirlarning toraymasligi, shuningdek, parenximatoz organda antikoagulyant moddalar tufayli torayish hosil bo'lmasligidan o'z-o'zidan to'xtashga moyil emas. Qon oqishi: birlamchi (tomir shikastlangan zahoti boshlanadi) va ikkilamchi (qon to'xtagandan so'ng bir oz o'tgach, masalan, operatsiyadan so'ng chok materialini so'rilib ketganda yoki jarohatdagi yiringlanish fonida tomir chiriganda) bo'ladi. Qon oqishi, shuningdek, tashqi (qon jarohatdan oqib tashqariga chiqadi) va ichki (qon tomirdan qon bo'shliqlariga oqib chiqadi) turlarga bo'linadi.

O'tkir qon oqishining klinikasi

O'tkir qon ketishi natijasida o'tkir kam qonlik yuzaga keladi. Buning klinikasida teri va shilliq qavatlarning birdaniga bo'zarib ketishi, yuz so'lib, ko'z kirtayadi, arterial va venoz bosim pasayadi, puls tezlashadi, ipsimon bo'ladi. Nafas olish tezlashib, yuzalashadi. Bosh aylanadi, ko'z o'ngi qorong'ilashuvi, tananing bo'shshishi, tashnalik, ko'ngil aynishi va qusish kuzatiladi. O'tkir qon yo'qotishda o'lim og'ir kislorod yetish-

movchiligi ta'sirida nafas markazining falajlanishi va yurak faoliyatining to'xtashidan yuz beradi. Zaiiflashgan bemorlarda (och qolganda, toliqqanda, asab-ruhiy shikastlanishiga uchraganda, shok bo'lgan va hokazo) hatto oz miqdorda qon yo'qotish ham o'limga olib kelishi mumkin. Bolalar (ayniqsa, yoshiga to'lmagan bolalar) va keksalar qon oqishini yomon ko'taradi.

Qon oqishini to'xtatish

Qon oqishini to'xtatish yordam berish sharoitlari va tibbiyot xodimining malakasiga ko'ra vaqtinchalik va uzul-kesil bo'lishi mumkin. Odatda o'rta tibbiyot xodimi hodisa sodir bo'lgan joyda bemorni shifoxonaga transportda olib ketishdan oldin qon oqishini to'xtatadi. Qon oqishni uzul-kesil to'xtatish shifoxona sharoitida va ayrim hollarda operatsiya yo'li bilan bajariladi.

QON OQISHNI VAQTINCHA TO'XTATISH

Qon oqishni vaqtincha to'xtatishning quyidagi usullari farq qilinadi:

1. Siqib turadigan bog'lam qo'l-oyoqni taxtakachlab va baland holatda ko'tarib qo'yib, bosib turadigan siqib bog'lam qo'yish venalar va kichikroq arteriyalardan qon oqishni vaqtinchalik to'xtatishi mumkin. Jarohatga steril salftkadan bir qavat qilib qo'yiladi, ustidan steril doka qatlami qo'yilib, uni doka bilan qo'shib oyoq yoki qo'lga mahkam o'rab, bint yordamida bog'lanadi. (18-rasm)

2. Oyoq- qo'llarni bo'g'imdan bukish. Taqim arteriyasi, tirsak, chov bo'g'imidagi qon tomirlar shikastlanganda bo'g'imni maksimal bukib, qattiq qilib bog'lab qo'yilganda qon oqishi vaqtincha to'xtaydi. (19-rasm.)

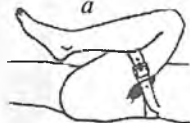
3. Arteriya asosidan barmoq bilan bosib turish yirik arteriyalar jarohatlanganda arteriya asosidan barmoq bilan qattiq bosganda qon oqishi to'xtaydi. Masalan, o'mrov osti arteriyasini o'mrov suyagi ustida joylashgan nuqtadan birinchi qovurg'aga, to'sh o'mrov so'rg'ichsimon mu-



18-rasm



a



b



d



e

19-rasm

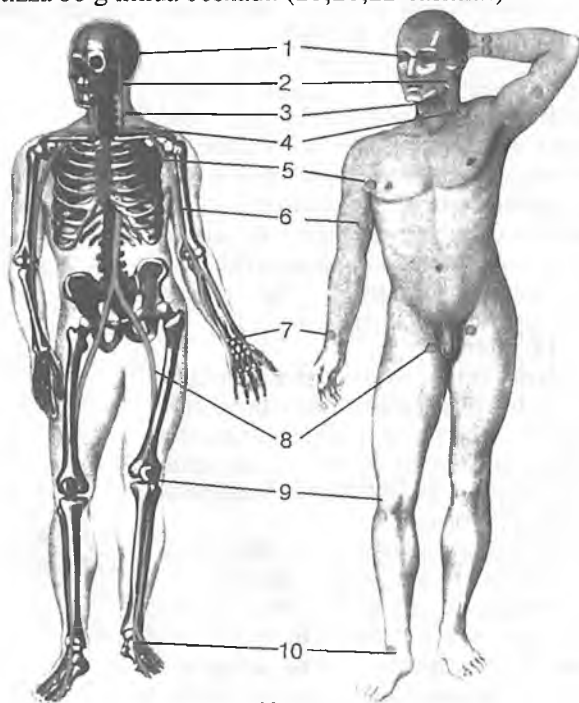


20-rasm



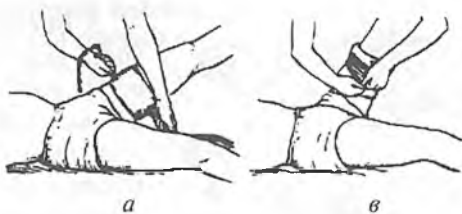
21-rasm

shakning to'sh suyagi dastasiga bosiladi, uyqu arteriyasini barmoq bilan VI bo'yin umurtqasining ko'ndalang o'simtasiga bosish mumkin. Taqim arteriyasini taqim chuqurchasidan to'qimalarni yarim bukilgan tizza bo'g'imida bosiladi. (20,21,22-rasmlar)



22-rasm

4. Jgut solish oyoq qo'llarda qon oqayotganda qon oqayotgan joydan yuqori bitta suyak bor sohaga jgut bog'lami qo'yiladi. Jgutni birinchi marta 1873 yilda Esmarx



23-rasm

qo'llagan shuning uchun ham rezina qon to'x-tatuvchi jgut uning nomi bilan Esmarx jguti deyiladi. Jgut qo'yish tartibi quyidagicha:

a) Qo'l, oyoqni ko'targan holda yumshoq mato yoki sochiq bilan o'rab ustidan jgut bog'lanadi.

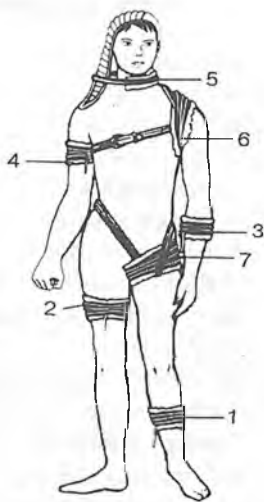
b) Jgut aylanasi 1/2 qismiga ustma-ust tushgan holda bog'lanadi.

v) Qo'l oyoqning bitta suyak bor sohasiga qo'yiladi, aks holda qon oqishi to'xtamaydi.

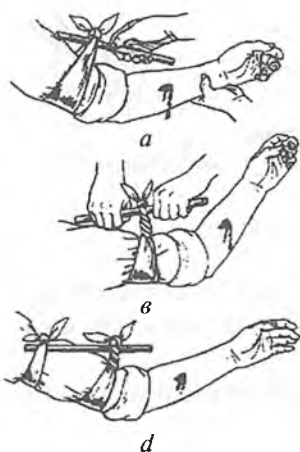
g) Jgut bog'lami qattiq siqib qo'yilmaydi, nerv to'qimalar falajlanishi mumkin, bo'sh qo'yilsa, qon oqishi to'xtamaydi.

d) Jgut bog'lam to'g'ri qo'yilganda **pereferiyada** tomir urishi yo'qoladi va qon oqishi to'xtaydi.

e) Jgut bog'lami yoz faslida 2 soatgacha, qish faslida 1,5 soatgacha qo'yiladi. Agar shifoxonaga borguncha masofa 2 soatdan oshiq bo'lsa, 2 soatdan so'ng jgut yechilib jarohatda qon paydo bo'lgach yana jgut solinadi. Jgut bog'lami qo'yilgach, albatta vaqti qog'ozga yozib qo'yilishi lozim. Hozirgi paytda jgutlar takomillashtirilgan bo'lib, avtomatik jgutlar qo'llaniladi. Bunday jgutlarni qo'yish va yechish tezda amalga oshiriladi, soat millari ko'rsatilgan burash mexanizmi bo'lim, jgut qo'yilgan vaqtga to'g'rilab qo'yiladi va shunga qarab jgut qo'yilgan vaqtni aniqlash mumkin.



24-rasm



25-rasm

5. Burama qo'yish. Bu usul ham xuddi jgut solish usuliga o'xshash bo'lib, jgut bo'lmaganda ro'molchani halqa shaklida bog'lab, kaltakcha yordamida burab siqiladi va kaltakchani ikkala uchi mahkamlab qo'yiladi. (23—24—25—rasmlar)

6. Jarohatda qonab turgan sohani bosib turib qo'lga steril qo'lqop kiyiladi, yoki qo'lga spirt, yod bilan artiladi va ko'rsatkich barmoqni jarohatga kiritib, sizib chiqayotgan qon sezilgach, tomir bosiladi.

7. Jarohatni tarang tamponlash. Buning uchun tampon olinib, uni kornsang bilan jarohatni birin-ketin va tarang qilib to'ldiriladi. Odatda chu-

qur jarohatlarda qo'llaniladi.

8. Qonab turgan tomirga qisqich qo'yish. Oyoq-qo'l, chanoq qorin bo'shlig'ida chuqur joylashgan tomirlardan oqayotgan qonni to'xtatish imkoni bo'lmaganda qo'llaniladi.

QON OQISHNI UZIL-KESIL TO'XTATISH

Qon oqishni uzil-kesil to'xtatish jarrohlik shifoxonalarida operatsiyaga qo'yiladigan barcha talablarni hisobga olgan holda amalga oshiriladi.

Qon oqishni uzil-kesil to'xtatish 4 xil usulda olib boriladi.

1. Mexanik usul
2. Fizikaviy usul
3. Kimyoviy usul
4. Biologik usul.

Qon oqishini to'xtatishning mexanik usuli.

Jarohatdagi tomirni bog'lash. Bu usul juda keng tarqalgan bo'lib, tomir asosidan chok materiallari yordamida bog'laniladi. Natijada qon oqishi to'xtaydi.

Tomirni choklash. Yirik qon tomirlar kesilganda ular yon tomonlama yoki aylanma shaklda qon tomirlar bir-biriga ulab tikiladi. Tomirni choklash uchun maxsus avtomatik tomir choklagichlar bo'lib, tomirlarni tikish tezkorlik bilan amalga oshiriladi.

Qon oqishini to'xtatishning fizikaviy usuli.

Muz xaltalari yordamida mahalliy sovuq qo'llash natijasida qon tomirlar torayib tromb hosil bo'lishi tezlashadi va qon oqishi to'xtaydi. Ba'zan charvilardan qon ketganda 60–80° C ga isitilgan fiziologik eritmaga namlangan salftkaga o'rab turilsa 1—2 daqiqa qon oqishi to'xtaydi.

Elektrokoagulyatsiya apparati yordamida yuqori chastotali tok ta'sirida qon tomir uchlari koagulyatsiyalanadi va qon oqishi to'xtaydi. Hozirgi paytda bu usul operatsiya jarayonida keng qo'llaniladi.

Kimyoviy usul. Qon ketishni to'xtatish maqsadida dori preparatlari qo'llaniladi. Bularga:

1. Qon tomirini toraytiruvchi dorilar: adrenalin, noradrenalin, surarelin. Qon tomirlari torayib tromb hosil bo'lishi tezlashadi.

2. Qon ivishiga ta'sir qiluvchi dorilar kalsiy xlorid 10%—10,0 venaga amino kapron kislotasi 5%—10%—100—50,0 venaga tomchilab, vikasol 1%—3,0 mushak orasiga, etamzilat 12,5%—2,0 venaga yoki mushak orasiga, ditsinon 2,0 venaga yoki mushak orasiga yuboriladi. Vodород peroksid 3% li mahalliy qo'llanganda, jarohatdan qon ketishini to'xtatadi.

Biologik usullar. Yangi olingan qon nisbiy dozada oz-ozdan quyilganda qon oqishini to'xtatish xususiyatiga ega, antigemofiliya zardobi, γ globulin, trombositlar massasi, fibrinogen quyilganda qon oqishini tezda to'xtatadi. Jarohatdan qon ketganda mahalliy fibrin pardasi gemostatik salftka va boshqalar qon to'xtatishda keng qo'llaniladi.

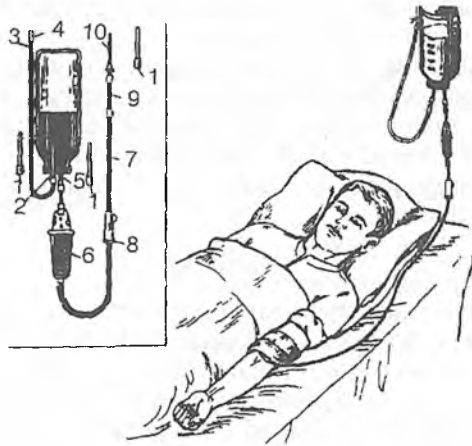
Gemofiliya

Qon ivishi xususiyatining keskin pasayib ketishi bilan kechadigan tug'ma irsiy qon kasalligi. Bu kasallik ona avlodidan o'tadi va faqat o'g'il bolalar kasallanadi. Qon ivishining u yoki bu omillar yetishmasligiga ko'ra gemofiliyaning «A», «B» va «S» turlari farq qilinadi. «A» gemofiliyasida antigemofil globulin (ATT), antigemofil zardobi (ATZ), quruq va yangi zardob quyish yaxshi naf beradi. «B» va «S» gemofiliyasida yangi massasi, fibrinogen, vitaminlar «C» va «P», rutin, kalsiy xlorid yuborish yaxshi natija beradi. Gemofiliyaning klinik belgilari kichik shikastlanishlarda ham (lat yeyish, pichoq kesishi, tish oldirish va hokazo) ko'p qon oqishi, qon oqishining to'xtamasligi belgilari bilan kechadi. Qon oqishi juda qiyinchilik bilan to'xtatiladi. Hozirgi kunda bu kasallikni davolash masalalari hal qilingan.

INFUZIYA VA TRANSFUZIYA

Infuziya va transfuziya hozirgi vaqtda tibbiyot amaliyotida juda keng qo'llaniladi.

Odam organizmiga suyuq dori moddalarini maxsus sistemalar orqali ko'p miqdorda yuborish usullariga infuziya terapiya deyiladi. 26-rasm. Infuziya qilish uchun vena ichiga, arteriya ichiga, teri ostiga yuborish turlari tibbiyotning hamma sohalari-da keng qo'llanilmoqda. Qon va qon preparatlarini maxsus sistema orqali odam organizmiga yuborish usullariga transfuziya deyiladi va hozirgi kunda tibbiyotning bu tarmog'i maxsus fan — transfuziologiya degan nom bilan ajratilgan.



26-rasm

QON QUYISH TARIXI

Odamning yo'qotgan qonini to'ldirish g'oyasi juda qadim zamonlarda paydo bo'lgan. Keksa kishiga «navqiron» qon quyilsa, keksaning umrini uzaytirish mumkin, degan fikrlar ham bo'lgan.

Shu sababli 1492 yilda Rim papasi Innokentiy VIII ga ikkita navqiron yigitning qoni quyilgan, biroq ularning uchalasi ham nobud bo'lishgan. 1628 yilda Garvey qon aylanish to'g'risidagi qonunni kashf etgandan keyingina qon quyish uchun dastlabki ilmiy dalillar paydo bo'ldi. 1666 yilda ingliz Louer hayvonlarda qon quyishni tajriba qilib, ishonchli ma'lumotlar natijasini asosladi. Shundan so'ng Lyudovik XIV ning saroy vrachi Deni va Emerits og'ir yotgan bemorga qo'zichoq qonini quydilar, bemor sog'aydi. Shunday tajriba yana boshqa bemorlarda o'tkazilganda, bemor halok bo'lgan. Odamdand odamga qon quyish birinchi marta 1819 yilda Angliyada Blandell va 1832 yilda Rossiyada Volf tomonidan amalga oshirildi.

XX asrning boshlarida qon quyish ilmiy ravishda amalga oshirildi. 1901 yilda Landshteyner qonning uchta guruhini, 1907 yilda Yanskiy va 1910 yilda Moss to'rtinchi guruhini kashf qildilar.

Shu kashfiyotlardan keyingina qon quyishning klinik amaliyotda xavfsiz qo'llash imkoniyati vujudga keladi.

1919 yilda Rosiyada V.N.Shamov birinchi marta qon guruhi mansubligini hisobga olib, qon quyishni bajardi. 1926 yilda Moskvada A.Bogdanov Markaziy qon quyish institutini tashkil qildi. Barcha respublikalar singari O'zbekistonda ham qon quyish institutining shahobchasi tashkil qilindi. Hozirgi kunda barcha viloyatlar, shahar va tumanlarda qon quyish bo'limlari, xonalari tashkil qilingan bo'lib, ular donorlarni hisobga oladi va tekshiradi, konservlangan qonni tayyorlaydi va davolash muassasalarini shunday qon bilan ta'minlaydi, xuddi shuningdek, qon quyish masalalarining ilmiy negizini ishlab chiqadi.

O'zbekistonda birinchi bo'lib V.K.Yasevich qon quyish xizmatini tashkil qildi. U «O'rta Osiyo xalqlarida qon guruhini o'rganishga doir materiallar» (1938 yil) mavzuida doktorlik dissertatsiyasini himoya qildi va hozirgi kunda ham bu mavzu qon quyish amaliyotida gematolog - vrachlar uchun dasturamal bo'lib kelmoqda.

1920 yilda A.N.Kryukov Toshkentda gematologik yordam ko'rsatuvchi ilmiy tekshirish bo'limini ochdi va qon quyish ham rivojlandi. Professor I.I.Orlov 1930 yilda Toshkentda xirurgiya klinikasi qoshida birinchi qon quyish xonasini ochdi va uni professor V.K.Yasevich boshqardi. Birinchi donorlar tibbiyot xodimlari, bemorlarning qarindosh urug'lari bo'lgan.

1934 yilda qon quyish stansiyalari tashkil qilinib, maxsus asbob—uskunalar bilan jihozlangan.

1934—1935 yillarda Samarqand tibbiyot instituti, Buxoro viloyati kasalxonasi, Qo‘qon tumanlararo kasalxonasi va Termiz shahrida qon quyish bo‘limlari tashkil qilindi.

1933 yil 1 sentyabrda Toshkentda Markaziy qon quyish stansiyasi tashkil qilinib, u Moskvadagi Markaziy qon quyish institutining filiali bo‘lib xizmat qildi. 1940 yilda Markaziy qon quyish stansiyasi O‘zbekiston Respublikasi Gemotologiya va qon quyish institutiga aylantirildi. Uni tashkil etishda V.K.Yasevich, M.Z.Itin, E.I.Otaxonov, A.Y.Yunusov, S.A.A‘zamxo‘jayev, N.I.Ismoilov, Q.B.Boltayev, T.S.Sulaymonova va boshqa olimlarning xizmati katta. Hozirgi kunda Respublikada 10 dan ortiq qon quyish markazlari, 200 ga yaqin markaziy qon quyish stansiyalari, minglab qon quyish bo‘limlari tashkil qilingan.

Qon quyish ikkinchi jahon urushi yillarida ayniqsa keng rivojlangan. Qon quyish tufayli minglab kishilarning hayoti saqlanib qolindi va juda ko‘p jangchilar safga qaytdi.

Qon quyishning asosiy manbalari donorlik hisoblanadi. Donorlik rag‘batlantiriladi va umumiy insonparvarlik burchi hisoblanadi. Donorlarda quyidagi tekshirishlar albatta o‘tkazilishi shart:

1. Umumiy qon tahlilida ayollarda gemoglobin miqdori 120g/l, eritrotsitlar — 4,000.000, leykotsitlar — 5000, ECHT — 14 mm/s, erkaklarda gemoglobin miqdori 123 g/l, eritrotsitlar 4,200,000, leykotsitlar — 5500—8000 dan kam bo‘lmasligi, ECHT — 10 mm/s;

2. Siydik tahlili;

3. Qonni bezgak plazmodiyalariga tekshirish;

4. Zahmga Vasserman reaksiyasini aniqlash;

5. SPIDga qon tekshiriladi;

Donorlarni terapevt va vrach-venerologlar albatta tekshirishadi. Donorlikka moneliklar:

1) Yuqumli va tanosil kasalliklar, (zahm, SPID, oqsim, sil, bezgak va boshqalar);

2) Holsizlanish, shishlarga moyillik, xafli o‘smalar, hafaqon va boshqa kasalliklar;

3) Me‘da va o‘t pufagida o‘tkazilgan operatsiyalar, yuqumli gepatitlar bilan kasallangan kishilardan qon olish mutlaqo monelik qiladigan hol hisoblanadi.

Homiladorlik, emiziklik davr, hayz ko'rish davri vaqtinchalik monelik hisoblanadi. Gripp va anginadan so'ng qon olishga bemor batamom sog'aygandan bir oy o'tgandan keyingina ruxsat etiladi. Takroriy qon olishga 8 hafta o'tgach ruxsat etiladi. Donor bir yil mobaynida ko'pi bilan 5 marta qon topshirishi mumkin.

QON GURUHLARI VA ULARNI ANIQLASH














Qon guruhleri odam qonining eritrotsitlardagi «A» va «B» aglyutinogenlar va qon zardobidagi α va β aglyutininlar bor yo'qligiga qarab farq qilinadi. Qonning to'rtta guruhi bo'ladi.

Birinchi guruh — 0 (I) $\alpha\beta$, eritrotsitlarida aglyutinogenlar bo'lmaydi, zardobda esa ikkala aglyutininlar - $\alpha\beta$ bor;

Ikkinchi guruh — A (II) β , eritrotsitlarda aglyutinogen B, zardobda esa aglyutinin β bor;

Uchinchi guruh — B (III) α , eritrotsitlarda aglyutinogen B, zardobda esa aglyutinin α bor;

To'rtinchi guruh — AB (IV) 0, eritrotsitlarda aglyutinogenlar AB bor, biroq zardobda aglyutinin bo'lmaydi. (27-rasm.)

aniqlanadigan qon eritrotsitlarning standart zardob yordamidagi reaksiyalar natijasi			Aniqlanadigan qon guruhining mansubligi
			I(0)
			II(A)
			III(B)
			IV(AB)
AB(IV) qon guruhi uchun nazorat zardobi			

27-rasm

Aglyutinogen A - aglyutinin α bilan va aglyutinogen B aglyutinin β bilan duch kelganda aglyutinatsiya (yopishish) reaksiyasi paydo bo'ladi, tirik organizmda esa quyiladigan qon (donor qoni) eritrotsitlarining gemolizi yuz beradi.

Qon quyilganda donor, eritrotsitlari retsiptiyent (qon oluvchi) zardobi bilangina gemolizga uchraydi, lekin buning aksi bo'lmaydi. Nemis olimi Ottenburg nazariyasiga ko'ra donor zardobidagi aglyutininlar retsiptiyent qonida juda kam suyuladi, shu sababli organizmda ularning titri juda kichik bo'ladi va retsiptiyent eritrotsitlar gemolizini yuzaga keltira olmaydi. Ko'p miqdorda qon quyilgandagina retsiptiyent eritrotsitlarining gemolizi yuz berishi mumkin. Shunga ko'ra qon quyilganda donor qoni aglyutinogenlari va retsiptiyent aglyutininlarigina emas, balki quyidagi qon aglyutinogenlari va aglyutininlarini ham nazarda tutish kerak.

Xulosa qilib aytganda, 0 (I) guruh qonini noilojlikdan har qanday kishiga quyish mumkin (universal donor). Ammo qoni shu guruhdagi kishiga faqat birinchi guruh qonni quyish mumkin.

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

Uchinchi guruh qonini B (III) uchinchi guruhdagi bemorga va kamdan-kam hollarda qoni to'rtinchi guruhdagi retsiptiyentlarga quyiladi.

To'rtinchi guruh AB (IV) qonini faqat shu guruhga mansub bemorga quyish mumkin.

Hozirgi davrda gemotransfuziologiyaning qoidalariga binoan faqat bir xil guruhdagi qon quyilishi shart.

Qon guruhini aniqlashning 2 xil usuli bor: standart zardoblar bo'yicha (to'g'ri reaksiya) va standart eritrotsitlar bo'yicha (teskari reaksiya).

Tibbiyot amaliyotida qon guruhlari standart zardoblar yordamida aniqlaniladi.

Bu usul bo'yicha qon guruhini aniqlash uchun aniqlanadigan qon guruhlari avvaldan qon quyish punktlarida tayyorlangan standart zardoblar bilan aralashtiriladi va aglyutinatsiya bor-yo'qligiga qarab qon guruhi haqida xulosa chiqariladi. Uchta qon 0 (I), A (II), B (III) guruhlari standart zardoblarining har bir guruh uchun ikkita har xil seriyalari qo'llaniladi. Maxsus qon guruhini aniqlash likopchasiga har bir seriyadan bir juftdan 2 tomchidan standart zardob tomiziladi (qon guruhlari likopchaga oldindan

yoʻzib qoʻyilgan boʻladi). Har bir zardoblarga alohida tomizgichlar ishlatiladi. Tekshiriladigan bemorning nomsiz barmogʻi spirt bilan artilib maxsus skarifikator igna bilan sanchilib har bir guruh roʻparasiga 6 tomchi qon olinadi va ularni standart zardoblari boʻlgan likopchaga yonma-yon tushiriladi. Qon va zardoblarni alohida shisha tayoqchalar bilan aralashtiriladi. 5 daqiqadan soʻng har bir zardobga I tomchidan fiziologik eritma qoʻshiladi (soxta aglyutinatsiyani bartaraf qilish uchun).

Tekshirish natijalari:

a) Uchala juft tomchilarda aglyutinatsiya roʻy bermasa, bu holda tekshirilayotgan qon 0 (I) birinchi guruhga kiradi;

b) A (II) zardob tomchisidan aglyutinatsiya boʻlmasdan 0 (I) va B (III) zardoblarda aglyutinatsiya roʻy bersa qon guruhi A (II) ekanligini koʻrsatadi;

v) B (III) guruhdagi qon zardobi bilan aglyutinatsiya boʻlmasligi va 0 (I) hamda A (II) zardobida aglyutinatsiya roʻy berishi qon guruhi B (III) ekanligini koʻrsatadi;

g) Uchala 0 (I), A(II), B (III) zardob tomchilarda ham aglyutinatsiya roʻy berishi AB (IV) - toʻrtinchi guruhga mansubligini bildiradi.

Qon guruhini aniqlashda xatolikka yoʻl qoʻymaslik uchun ikki seriyadagi standart zardoblar bilan aniqlaniladi. Uchala zardob bilan aglyutinatsiya roʻy berganda - AB (IV) qon guruhini AB (IV) qon guruhi zardobi bilan qoʻshimcha aniqlash oʻtkaziladi.

Qon guruhini standart eritrotsitlari bilan aniqlash ham xuddi standart zardoblar yordamida aniqlashdek amalga oshiriladi. Faqat bu usulda bemorning zardobi bilan standart 0 (I), A (II), B (III) guruhlari eritrotsitlari aralashtiriladi. Bu usul deyarli tibbiyot amaliyotida qoʻllaniladi.

REZUS-FAKTOR VA UNI ANIQLASH

Rezus faktor eritrotsitlar tarkibidan oqsil tanachasi boʻlib birinchi marta Macasus ihesus degan maymunlarda aniqlangan va shuning uchun ham rezus faktor deb atalgan. Bu faktor butun dunyodagi odamlarning 85% da boʻladi va (Ph+) rezus musbat deyiladi. 15% odamlarda bu faktor boʻlmaydi va ular rezus manfiy (Ph-) deyiladi. Rezus-musbat qonni rezus-manfiy qonli odamga quyilganda sensibilizatsiya yuz beradi, yaʼni yot oqsil tanachaga qarshi antitelolar ishlab chiqiladi (antirezus-aglyutininlar).

Bunday sensibilizatsiya:

1) rezus manfiy bemorlarga rezus-musbat qonni quyish natijasida;

2) qoni rezus manfiy homiladorlarda va homilaning qoni rezus-musbat homiladorlikda sodir bo'lishi mumkin.

Bunday guruhlardagi kishilarda antirezus-aglyutininlar ishlangandan keyin rezus-musbat qonni quyish natijasida anafilaktik shok paydo bo'lib, bu juda og'ir oqibatlariga, hatto o'limga sabab bo'lishi mumkin. Shuning uchun qon quyishda rezus-faktorni aniqlab, rezus mos kelishlikni aniqlash zarur.

Rezus-manfiy qon qoni rezus-musbat bemorlarga ham, qoni rezus manfiy bemorlarga ham quyilishi mumkin, rezus-musbat qon faqat qoni rezus-musbat kishilarga quyilishi mumkin. Rezus-faktor ikki xil usulda aniqlaniladi:

Tuz bilan aniqlash usuli.

Homiladorlikda rezus-musbat faktor bilan immunlangan xotinlar qonidan tayyorlangan rezus-manfiy zardob yordamida aniqlash o'tkaziladi. Shunday zardobni maymun qoni bilan immunlangan dengiz cho'chqalaridan olsa ham bo'ladi.

Tekshirilayotgan kishi qonini 4:1 nisbatda 4% li natriy sitrat eritmasi quyilgan probirkada aralashtiriladi va 3—5 daqiqa mobaynida sentrifugalanadi. Zardob to'kib tashlangach, qolgan eritrotsitlarni fiziologik eritma bilan 2 marta yuviladi va 2% li aralashma hosil qilish uchun izotonik eritma bilan aralashtiriladi. Kichkina probirkalarga 2 tomchidan anti-rezus zardobdan va 2% li tekshirilayotgan eritrotsitlar suspenziyasidan bir tomchidan tushiriladi.

Probirkalar silkitiladi va 1 soatga 36—37°C haroratdagi termostatga qo'yiladi. Lupa yordamida ko'rilganda aglyutinatsiya reaksiyasi musbat bo'lgan probirka tubida cheti kungirador eritrotsitlar cho'kmasi aniqlanadi, bu rezus musbat qon deyiladi (Ph+), rezus manfiy (Ph-) qon bo'lganda chetlari yumaloq doira ko'rinishda eritrotsitlar cho'kmasi aniqlaniladi.

Jelatina bilan aniqlash usuli.

1. Shtativga 6 ta probirka qo'yiladi va ularni quyidagicha: ikkitasi «—» ikkitasi «+» va ikkitasi «bemor» deb belgilanib, uning familiyasi, ismi va otasining ismi yoziladi.

2. 2 ta nazoratdagi probirkaga bir tomchidan standart Ph— , ikkita boshqa nazoratdagi probirkalarga Ph+ va probirkalarning uchinchi juftiga 1 tomchidan tekshiriladigan eritrotsitlardan tushiriladi.

3. Hamma probirkalarga +46 +48°C dagi 10% li jelatinadan 1 tomchidan tomiziladi.

4. 1 qatordagi hamma probirkalarga bir seriyadagi zardob antirezusidan bir tomchidan qo'shiladi.

5. Probirkalar ichidagini ehtiyotlik bilan aralashtiriladi va +48°C dagi suv hammomiga qo'yiladi.

6. 5-daqiqa o'tgach shtativ suv hammomidan chiqarib olinib, hamma probirkalarga +46 +48°C gacha ilitilgan NaCl ning izotonik eritmasidan 5—10 ml dan qo'shiladi va aralashtirilgandan keyin natija aniqlanadi: aglyutinatsiyaning mayda parchalari birligi «rezus musbat Ph+» qondan, aglyutinatsiya yo'qligi «rezus manfiy Ph-» qondan dalolat beradi.

Rezus mos kelish-kelmasligini aniqlash.

Qon quyishdan oldin albatta rezus mos kelish-kelmaslik sinamasini aniqlash o'tkaziladi. Buning uchun bemordan 5 ml qon olib sentrifugalanadi va zardobi ajratiladi. Petri kosachasiga 2 tomchi bemor zardobidan tomiziladi va zardobga donor qonidan bir tomchi tomizilib yaxshi aralashtiriladi. Petri kosachasi qopqog'i berkitilib, 42—45°C haroratdagi suv hammomiga 10 daqiqaga qo'yiladi. Tekshirish natijalariga quyidagicha baho beriladi: aglyutinatsiya yuz bersa, rezus mos kelmagan bo'lib, bunday qonni quyish mumkin emas, agar aglyutinatsiya ro'y bermasa, donor qoni bemor qoni bilan mos kelganligini ko'rsatadi va bunday qonni quyish mumkin.

Qonning mos kelish-kelmasligini aniqlash.

Qon quyishdan oldin qonning mos kelishini sinamalari o'tkazilishi shart.

Individual mos kelish-kelmasligini aniqlash. Bu sinamani o'tkazish uchun bemor venasidan 5 ml qon olinib natriy sitrat eritmasidan bir tomchi tomizilib sentrifugalanadi yoki tindirib qo'yiladi. Likoqchaga bemor qoni zardobidan 2 tomchi va donor qonidan bir tomchi tomizilib aralashtiriladi. Bir daqiqadan so'ng natija ko'riladi. Aglyutinatsiya reaksiyasi ro'y bersa, donor qoni bemor qoni bilan mos kelmaydi, aglyutinatsiya ro'y bermasa, mos kelganligini ko'rsatadi.

Biologik mos kelish-kelmasligini aniqlash. Individual va rezus mos kelgan qonni isitib sistemaga ulanadi va bemorning venasi orqali tomchilab yuboriladi. 25 ml qon yuborilgach qon quyish to'xtatilib, bemorda bel og'rig'i, et uvishishi, bezovtalik belgilari bo'lmasa, yana qon quyish davom ettiriladi. Xuddi shunday qonni 25 ml dan 3 daqiqali tanaffus bilan 3 marta yuboriladi.

Bemorda gemodinamik buzilishlar qayd qilinmasa va shikoyatlar bo'lmasa, sinama manfiy bo'lib qon quyish davom etdiriladi. Agar bemor bezovtalanib yuqoridagi shikoyatlar aniqlansa, sinama musbat bo'lib zudlik bilan qon quyish to'xtatiladi, bemorni maxsus kuzatib turiladi.

Qonni konservalash va saqlash.

Qonni konservalash uchun maxsus operatsiya xonasida talab va qoidalarga qat'iy rioya qilgan holda bajariladi: xodimlar operatsiyaga kiyingandek kiyinadilar qo'llarini ham maxsus operatsiyaga kirgandek yuvadilar va operatsiya maydoni tozalaniladi. Steril choyshab va salfetkalar bilan o'raladi. Tirsak venasidan venapunksiya usulida qon maxsus qon ivishini bartaraf qiluvchi suyuqligi bor steril shisha idishlar, ampula va polietilen xaltachalarga olinadi.

Qon ivishini bartaraf qiluvchi eritmalar:

a) sitrat tuzli eritma (0,5 gr natriy sitrat, 0,85 gr 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;

v) glyukoza - sitrat eritmasi (5 gr natriy sitrat, 25 gr glyukoza, 100 ml distillangan suv) 100 ml qonga 10 ml sitrat eritmasi va 1 mg glyukoza olinadi; saqlash muddati 25 sutkagacha. Konservalashning hamma hollarida konservant sifatida qonga birorta antibiotik yoki qonni parchalamaydigan antiseptik qo'shiladi.

Qonni olib bo'lgandan so'ng idish germetik berkitiladi va unga qon guruhi, olingan vaqti, konservalash turi va donor familiyasi, ismi yozilgan qog'oz yopishtiriladi. Qon rezus-manfiy bo'lganda albatta yozib qo'yiladi. Qon muzlatkichlarda 4-6°C haroratda saqlanadi.

QON QUYISH USULLARI

Qon quyish usullari 2 xil bo'ladi:

1. **Bevosita qon quyish.** Qon donor venasidan retsipiient venasiga bevosita quyiladi. Bemor ahvoli og'ir bo'lib to'satdan ko'p qon yo'qotganda, sepsis, gemofiliyada bu usulni qo'llash mumkin. Lekin O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan to'g'ridan-to'g'ri qon quyish taqiqlangan. Hozirgi davr tibbiyotida bevosita qon quyish oqibatidagi og'ir asoratlarni hisobga olgan holda bu usul ishlatilmaydi.

2. **Bilvosita qon quyish.** Donor qoni avval maxsus idishlarga yig'iladi, konservalanadi va keyinchalik zarur bo'lganda uni quyiladi. Bu usul quyidagicha amalga oshiriladi.

a) **vena ichiga qon quyish:** ko'p qon yo'qotganda qon oqim qilib yoki bemorning holatiga qarab tomchilab venapunksiya usulida qon quyiladi. Tomchilab quyishda yurak-tomir faoliyatining zo'riqishi xavfi kamayadi;

b) **arteriya ichiga qon quyish:** klinik o'lim holatida yoki shunga yaqin holatdagi bemorlarga arteriya qon tomiriga bosim ostida maxsus asboblardan yordamida qon quyiladi;

v) **suyak ichiga qon quyish:** qon suyakning g'ovak moddasiga (to'sh suyagi, tovon, yonbosh suyagi qanotiga va boshqalarga) quyiladi. Venaga qon quyish qiyin bo'lganda ayniqsa bolalarda keng qo'llaniladi;

g) **almashlab qon quyish:** bemorlarning qoni ayniganda - gemolitik zaharlanganda (is gazi, margimush bilan zaharlanganda) qo'llaniladi. Qonning ma'lum qismi chiqazilib, toza qon quyib to'ldiriladi;

d) **reinfuziya** - o'z qonini o'ziga quyish: bemor shikastlanish yoki kasallik oqibatida seroz bo'shliqqa oqib tushgan o'z qonini, masalan taloq, jigar yorilganda, tuxumdon naylaridagi homiladorlikda yorilib ketganda (oqib tushgan qon yig'iladi, natriy sitrat yoki giparin shimdirilgan 4 qavatli dokadan filtrlab o'tkaziladi) qonni olib o'ziga quyiladi;

e) **murda qonini quyish** (yuqumli bo'lmagan kasalliklar - miyaga qon quyilishi, og'ir shikastlardan, yurak infarktidan o'lgan kishilarning jasadidan 2 soatgacha olinadi). Murda qoni ivimaydi, shuning uchun uni konservantlar qo'shmasdan ko'p miqdorda tayyorlaniladi.

Qonning yaroqligini aniqlash.

Qon quyishdan oldin uning yaroqligini aniqlaniladi. Yaroqli qon 2 qismdan iborat bo'lib, yuqorida och sariq rangdagi tiniq zardobi va pastki qavatida qonning bir tekis massadagi shaklli elementlari bo'ladi. Qon flakonida qonning pasporti yirtilmagan va to'liq ma'lumotlar yozilgan bo'lishi kerak. Agar qonga infeksiya tushgan bo'lsa, qon zardobi loyqa va unda paxtasimon mikroblar kaloniyalari aniqlaniladi. Gemolizda qon zardobi pushti rangda bo'ladi. Qonning shaklli elementlarida qon laxtaklari aniqlanilsa, yaxshi konservalanmagan qon bo'ladi. Bunday qonlarni quyish man etiladi.

Qon quyish tartibi.

Qon quyish qat'iy tartib bilan amalga oshiriladi.

Retsipiyentning qon guruhi va rezus mos kelishligi aniqlaniladi. Donor qoni haqida ham xuddi shunday ma'lumotlar bo'lishi kerak. Qon quyishdan oldin bu ko'rsatkichlar yana aniqlaniladi. Qonni individual, rezus, biologik mos kelish-kelmasligi sinamasi o'tkazib aniqlaniladi. Qonni quyishdan oldin tana haroratida isitiladi.

Flakondan qon quyish. Qon solingan flakon tiqini spirt bilan tozalab artilib ikkita maxsus igna (uzun va kalta) kiritiladi. Kalta ignaga qon quyish sistemasining uchi ulanadi, flakonni teskari qilib to'ntariladi, tomizgichni, uning bir qismida havo bo'ladigan, naychada esa havo bo'lmaydigan qilib to'ldiriladi; sistemaning ikkinchi uchini esa bemor venasiga kiritilgan ignaga ulanadi maxsus tayyorlanilgan bir marta foydalaniladigan sistemadan foydalanib qon quyiladi.

Polietilen xaltachadan qon quyish. Qon quyish uchun tomizgichi bo'lgan sistemaning ikkala tomonida ignalari bo'ladi. Qon solingan xaltachani bitta igna bilan maxsus naycha orqali teshiladi. Ikkinchi naycha orqali xaltacha tubiga 1—2 sm yetmaydigan uzun igna kiritiladi. Sistemani flakondan quyish qoidalari bo'yicha to'ldiriladi. Sistemaning ikkinchi ignasini bemor venasiga kiritiladi. Arteriya ichiga qon quyishda uzun igna uchiga (flakon) yoki qo'shimcha ignaga (xaltacha) ballon naychasi kiygiziladi, balloncha orqali qon bor flakon yoki xaltachaning tepa qismidan 160—180 ml simob ustunidagi bosim ostida haydaladi.

Qon quyish 100—150 ml daqiqa tezlik bilan o'tkaziladi.

QON QUYISHGA KO'RSATMALAR VA MONELIKLAR

Qon quyishga ko'rsatmalar:

1. yo'qotilgan qon o'rnini qoplash uchun;
2. organizmni dezintoksikatsiya qilish maqsadida (organizmdagi zaharli moddalarni chiqazib yuborish);
3. travmatik shokni davolash va oldini olish maqsadida;
4. hayot uchun zarur organlarning faoliyatini quvvatlashtirish uchun (gemopoez, regeniratsiya, organizmning immun biologik himoya kuchini oshirish uchun);
5. terminal holatlarda tiriltirish uchun;
6. gemostatik (qon to'xtatish) maqsadida.

Qon quyishga mutloq moneliklar:

1. yurak-qon tomirlar faoliyatining dekompensatsiyasida;
2. o'pka sili kasalligining faol davrida (yangi infiltrativ turida);
3. allergik kasalliklar (eshakem, kvinke shishi, ekzema va boshqalar);
4. tromboz va emboliyalar;
5. jigar va buyrakning o'tkir yallig'lanish kasalliklari (gepatit, nefritlar);
6. havfli hafaqonlik kasalligida.

QON QUYISHDAGI XATOLIKLAR, XAVFLAR, ASORATLAR VA ULARNING OLDINI OLISH

Gemotransfuzion shok: — qon guruhini aniqlashda xatoliklarga yo'l qo'yish oqibatida, qon guruhi mos kelmaydigan qonni quyishdan keyin yuz beradi.

Belgilari: bemor ko'krak qafasida qisilish sezgisi paydo bo'ladi, bosh og'rishi, qorni va bel sohasida og'riq sezib puls tezlashadi, qon bosimi tushib ketadi, ba'zan ko'ngil aynib qusadi, beixtiyor siydik va axlat ajralishi kuzatiladi.

Birinchi yordam va davolash: Qon quyish darhol to'xtatiladi va shokka qarshi suyuqliklar quyiladi. (5% glyukoza, poligyukin eritmalari) mos keladigan bir xil guruhdagi qonni almashlab quyiladi, paranefral novokainli blokada qilinadi. O'tkir buyrak yetishmovchiligi bo'lganda me'da yuviladi «suniy buyrak» apparati yordamida gemodializ qilinadi.

Rezus-faktori mos kelmagan qonni quyish. Klinik kechishi xuddi qon guruhi mos kelmagan qonni quyishdagi kabidir. Belgilar faqat bir muncha kechroq yuz berishi mumkin. Siydikda albuminuriya, gematuriya paydo bo'lishi tashxis qo'yishda asos bo'ladi.

Birinchi yordam va davolash. Qon guruhi mos kelmaydigan qonni quyishdagi singaridir.

Ifloslangan va infeksiya tushgan qonni quyish:

Belgilari: qon quyilgandan keyin bir muncha soatdan keyin paydo bo'ladi va bemorni bezgak tutib titraydi, arterial bosim pasayib ketadi, puls sustlashadi, teri va shilliq qavatlari ko'karadi.

Birinchi yordam va davolash. Qon guruhi mos kelmagan qonni quyishdek olib boriladi va antibiotiklar ham qo'shiladi.

Anafilaktik shok: odam organizmining turli xil oqsillarga sensibilizatsiyalanishidan ya'ni organizmning ayrim a'zolarining

atrof-muhit yoki ichki muhitning ba'zi omillari ta'siriga sezuvchanligining oshishi oqibatida paydo bo'ladi.

Belgilari: arterial bosimning pasayishi, puls tezlashishi, teri va shilliq qavatlarning oqarishi, nafas yuzalashib tezlashadi.

Birinchi yordam va davolash. Tezda qon quyish to'xtatilib, shokka qarshi davo choralari qo'llaniladi, antigistamin dorilar yuboriladi.

Sitrat shoki: Natriy sitrati bo'lgan ko'p miqdordagi qon quyilganda yuzaga keladi.

Belgilari: gemodinamika buzilishi, talvasaga tushish bilan klinik belgilar paydo bo'ladi.

Davolash: qon quyish to'xtatilib, venaga 10% li kalsiy xlorid eritmasi quyiladi.

Pirogen reaksiyalar: Faqat qon emas qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyganda ham paydo bo'lishi mumkin, bunga turli xil bakteriyalarning hayot faoliyati mahsulotlari bo'lgan pirogen moddalarning organizmga tushishi sabab bo'ladi.

Belgilari: et junjikishi, tana haroratining ko'tarilishi, holsizlanish, nafas qisishi, teriga toshmalar toshishidir.

Profiolaktikasi: qon quyishda ishlatiladigan idishlarni toza tutish bo'yicha qoidalarga qat'iy rioya qilish, quyiladigan qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar yaroqlik muddatiga rioya qilishdan iborat.

Yurakning to'satdan kengayishi: Haddan tashqari tez qon quyilganda yuz beradi.

Belgilari: Bemorning ko'krak qafasida qisilish hissini sezish, nafas olishning qiyinlashishi, teri va shilliq qavatlarning ko'karishi. Ba'zan tezda yurak to'xtab bemor o'lib qoladi.

Havo emboliyasi: Qon quyish sistemasida qon bilan birga havo kirib yurakning o'ng bo'lmachasi va o'pka qon tomirlariga tiqilib qolishi.

Belgilari: Bemor ko'ksida og'riq sezadi, bezovta bo'ladi, ko'karadi, nafas olish qiyinlashadi, yuragi urishdan to'xtaydi.

Trombdan yuz beradigan emboliya: Sistemadan va ignalardan qon laxtaklari o'pka tomirlariga kirishi va ularda infarkt hosil bo'lishi mumkin.

Belgilari: ko'krakda og'riq, qon tupirish, nafas qisishi, isitmalash. Tromblar bosh miya tomirlariga tushishi mumkin. Bunda hushdan ketish, arterial va venoz bosimining tushib ketishi, yuza nafas olish paydo bo'ladi.

QON PREPARATLARI

Hozirgi zamon tibbiyotida qon va qon preparatlari qo'llanilmoqda. Ba'zan bir kasalliklarda qon komponentlarini qo'llash bir muncha maqsadga muvofiqdir. Jarrohlik amaliyotida quyidagi qon preparatlari eng ko'p qo'llaniladi.

Plazma qonni 4° C da 48 soat tindirib qo'yib olinadi.

Zardob plazma ajratilgandan so'ng olinadi. Plazma va zardob suyuq (nativ plazma va zardob) hamda quruq holda chiqariladi. Quruq plazma 5 yilgacha saqlanishi mumkin. Ishlatishdan oldin uni steril distillangan suvda yozuvida ko'rsatilgan nisbatda (20—30%) suyultiriladi. Plazma quyish turli sabablardan yuz bergan shokda, qon oqqanida gemostaz maqsadida, organizmda oqsil kamayganda (gepoproteinemiya) va boshqa hollarda qo'llaniladi.

Eritrotsitlar massasi — 80—90% eritrotsitlar va 20—10% plazmadan iborat bo'lib, ampula yoki flakonlarda chiqariladi.

Qo'llanishga ko'rsatmalar: ro'y-rost ifodalangan kam qonlik, gipo va disproteinemiya, intoksikatsiya. Monelik qiladigan hollar qon quyishdagi kabidir.

Leykotsitlar massasi - tarkibida ko'p miqdorda leykotsitlar bo'ladigan qon komponenti. Quyishga ko'rsatmalar: qon yaratilishning gipoplastik va aplastik holati, dorilar agranulotsitoz va sepsis. Monelik qiladigan hollar: bemorlarda antileykotsitlar antitelolar borligidir.

Trombotsitlar massasi - suyuq va quruq holda chiqariladi. Qonning ivishi xossasi buzilganda (verlgof kasalligi, aplastik anemiya va boshqalar) gemostatik maqsadda venaga quyish uchun qo'llaniladi. Monelik qiladigan hollar: tromblar hosil bo'lishiga moyillik.

Qon oqishini, ayniqsa, parenximatoz qon oqishini mahalliy to'xtatish uchun quyidagi preparatlar bir muncha keng tarqalgan: quruq trombin, gemostatik gubka, biologik antiseptika tampon (BAT), fibrin pardasi. Qon ivishiga qarshi preparatlar jumlasiga fibrinolizin va trombolitik kiradi.

Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar.

Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar tibbiyotida keng qo'llaniladi. Bu suyuqliklar arterial bosimni oshirishi, dezintoksikatsiya (organizmdan zaharli moddalarni chiqazish va neytrallash), oqsillar sintezini tiklash maqsadida ko'p qo'llanilmoqda. Ularning ba'zilar umumlashgan ta'sir ko'rsatadi. Masalan, poliglyukin qon

bosimini oshiradi va organizmning intoksikatsiyasini kamaytiradi. Qon o'rnini bosadigan eritmalar ko'pincha vena ichiga tomchilab qon va qon preparatlar bilan birga yuboriladi.

Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar 3 xil bo'ladi.

I. Shokka qarshi ta'sir qiladigan qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar:

1. poliglyukin;
2. gimovinil (o'rtacha molekulyar polivinil pirrolidin);
3. o'rtacha molekulyar polivinil;
4. jelatinol.

II. Dezintoksinatsiya qiladigan qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar:

1. gemodez (past molekulyar polivinilpirrolidin);
2. reopoliglyukin (past molekulyar poliglyukin).

III. Parenteral ovqatlantiruvchi suyuqliklar:

1. gidrolizin A-103;
2. **SOLIPK** ning kazein gidrolizati;
3. aminopeptid;
4. aminokrovin;
5. qon o'rnini bosadigan oqsil BK-8;
6. **LIPK** ning moyli emulsiyasi (lipomayz).

Yuqorida aytib o'tilgan yuqori ta'sirchan preparatlar bilan birga tuzli kristallsimon eritmalar: 0,85% li natriy xlorid eritmasi—fiziologik, Ringer-Lok eritmasi (9 g natriy xlorid, 0,25 g kaliy xlorid 0,23 kalsiy xlorid 0,2 g natriy bekorbanat, 1 g glyukoza, 1000 ml suv), Ringer eritmasi (8 g natriy xlorid 0,1 g kalsiy xlorid 0,075 g kaliy xlorid 0,1 g natriy bikorbanat, 1000 ml suv). **SOLIPK** ning tuzli infuzini (8 g natriy xlorid 0,2 g kaliy xlorid 0,25 g kalsiy xlorid 0,05 g magniy xlorid 0,8 g natriy bikorbanat, 0,3 g natriy fosfat, 1000 ml suv). Tuzli eritmalar asosan organizm suvsizlanganda, intoksikatsiyada, ko'p qon yo'qotganda qo'llaniladi.

Qon quyishda hamshiraning ish faoliyati.

Yirik jarrohlik statsionarlarida, tez tibbiy yordam markazlarida maxsus qon quyish xonalari tashkil qilingan bo'lib, u yerda maxsus tayyorlanilgan hamshiralar ishlaydilar. Bemorning inyeksiya qilinadigan joyidagi terisi top-toza bo'lishi kerak. Teri kir bo'lsa, uni sovunlab yuviladi, so'ngra spirtga ho'llangan paxta bilan artiladi. Qon quyishdan oldin hamshira qo'lini oqib turgan suvda cho'tkalab, 5 daqiqa davomida yuvadi va spirt bilan artib tozalanadi.

Qon quyishdan oldin qon guruhleri aniqlanilib rezus, individual mos kelishlik aniqlanilib, qonning yaroqliligini aniqlab vrach nazorati ostida qonni xona haroratida isitilib, sekin aralastirgach, sistemaga ulanadi va qon quyish venapunksiya yoki o'mrov osti venasiga kateterlash yo'li bilan amalga oshiriladi. Qon quyish jarayonida biologik mos kelishligini aniqlab vrach nazorati ostida qon quyiladi.

Mikroirrigator yordamida venani punksiya qilish, o'mrov osti venasi punksiyasi, arteriya ichi punksiyasi, suyak ichiga dorilar va qon quyish kabilar vrach bajaradigan muolajalar bo'lib hamshira yordam berib turadi.

7 - B o b

DESMURGIYA

Desmurgiya — bog'lamlar haqidagi fan bo'lib, bog'lamlarni bog'lash va qo'llanish qoidalarini o'rgatadi.

Bog'lam deganda bemor tanasini davo maqsadida mahkam o'rab bog'lash tushuniladi. Jarohatga yoki gavdaning ma'lum qismiga davo maqsadida qo'yiladigan materiallarga bog'lam material deyiladi. Bog'lamni almashtirishga qayta bog'lash deyiladi.

Bog'lamlar ikki guruhga bo'linadi:

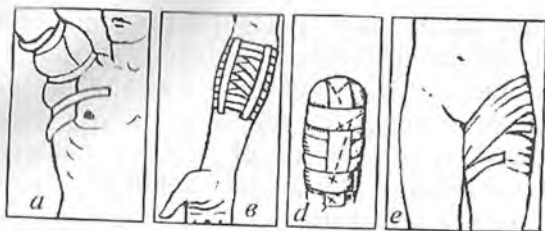
1. yumshoq (bintli, plasterli, kleolli, durruchali) bog'lamlar;
2. qattiq (kraxmalli, gipsli, shinali) bog'lamlar.

YUMSHOQ BOG'LAMLAR

Yumshoq bog'lam quyidagi turlarga bo'linadi: yelimli, leykoplasterli, kolloidli, kleolli, BF -6 yelimi yopishtirilgan, durrachali, bintli.

I. **Yelimli bog'lamlar**, asosan operatsiyadan keyingi jarohat sohasiga bog'lam qo'yishda qo'llaniladi. Bu sohada tuk bo'lsa, uni oldin qirib tozalanib so'ngra bog'lam qo'yiladi.

II. **Leykoplasterli bog'lam**. Gavdaning bog'lam qo'yish noqulay bo'lgan joylariga leykoplasterli bog'lam qo'yiladi (masalan, yonoq, yuz, yelka, dumba va boshqa sohalar). Jarohatga qo'yilgan bog'lov materialini bir necha tilim yopishqoq plaster bilan terining



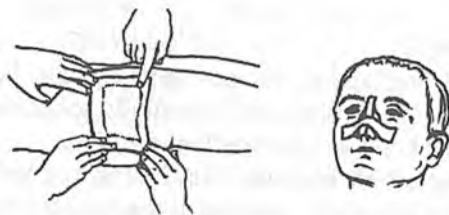
28-rasm

sogʻlom qismiga mahkamlanadi. Leykoplasterli bogʻlamning kamchiligi shuki, uning ostidagi teri shilinadi va unchalik yaxshi ushlab turmaydi (ayniqsa, boʻkkanda). (28-rasm)

III. Kleolli bogʻlam. Kleol qaragʻay yelimining baravar miqdorda spirt va efirdagi eritmasidir. Jarohat bogʻlam bilan berkitiladi. Bogʻlam atrofidagi teriga kleol surtiladi va ustidan 1 qavat salfetka bilan yopilib, oz-moz quritib mahkam bosiladi. Dokaning ortiqcha yopishmay qolgan qismini kesib tashlanadi. Kamchiligi— yetarli darajada qattiq yopishmaydi va teri qotib qolgan kleoldan ifloslanib qoladi. (29-rasm)

IV. Kolloidli bogʻlam. Bu bogʻlamning oldingi bogʻlamdan farqi shundaki, bunda dokani teriga kleol bilan emas, balki kolloid (spirt va efir aralashgan nitrokletchatka eritmasi) bilan yopishtiriladi. Kamchiligi: kam qayishqoqligi va terini taʼsirlantirishidir. Xuddi shu maqsadda rezina yelim (efir bilan benzin aralashgan rezina eritmasi), BF-6 yelimidan foydalanish mumkin.

V. Durrachali bogʻlamlar. Bu maqsad uchun uchburchak shaklidagi birorta bogʻlov materiali (doka, boʻz, surp va hokazo) parchasi ishlatiladi. Bunday bogʻlamning eng uzun tomoni

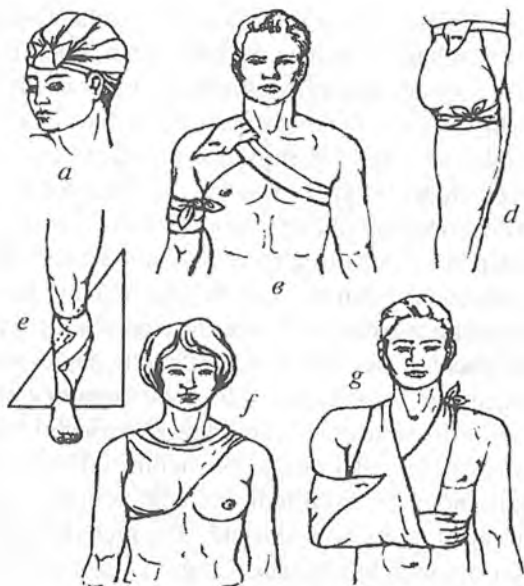


29-rasm

durrachaning asosi, uning ro'parasidagi burchagi — tepasi, qolgan ikkita burchagi — uchlar deyiladi. Durrachali bog'lam qo'l yoki o'mrov suyagi shikastlanganda, qo'lni osib qo'yish uchun qo'llaniladi. Durraning o'rtasiga to'g'ri burchak hosil qilib, bukilgan bilak qo'yiladi, durraning tepasi tirsakka yo'naltiriladi. Durraning uchlari bo'yinga bog'lanadi. Durrachaning tepasini tirsak atrofida orqadan oldinga tomon bukib tekislanadi va tirsakning oldidan bog'lamga to'g'nab qo'yiladi. Yelka sohasiga ikkita yoki bitta durracha bilan bog'lam bog'lash qulay. Boshni bog'laganda durracha asosini esa sohasiga qo'yiladi, tepasi yuzaga tushiriladi, uchlari peshonadan bog'lanadi, tepasini bog'langan uchlari orqali bosh tepasiga qayiladi va shu joyga to'g'nab qo'yiladi. Sut bezini durra bilan bog'lashda kosinka asosini tepasini kasal tomonda orqadan yelka ustiga, bir uchini ikkinchi yelka ustiga oldingi tomondan yo'naltiriladi, ikkinchi uchini esa jarohat yoki yara tomondagi qo'ltiqqa tushiriladi. Durrachaning ikkala uchini va tepasini orqadan bog'lanadi. Chanoq - son bo'g'imiga ikkita durracha bilan bog'lam bog'lanadi. Bitta durruni (buklanganligi) belbog' ko'rinishda gavdani aylantirib bog'laniladi. Ikkinchisining tepasini durracha - belboqqa mahkamlanadi, uning asosi bilan chanoq-son bo'g'imini berkitiladi, uchlarini son atrofidan o'raladi va bog'lanadi, oraliq sohasiga durrachali bog'lam bog'lashda durracha tepasini oraliqdan o'tkaziladi, asosi bilan qorinni berkitiladi, uchlarini esa orqaga o'tkaziladi va u yerda tepasi bilan bog'lanadi. Dumba sohasiga bog'lamni xuddi oraliq sohasiga qo'yilgan durrachali bog'lamdek amalga oshiriladi, biroq durracha tepasini va ikkala uchini old tomonidan bog'lanadi. Oyoq va qo'l panjasiga durrachali bog'lam bog'lashga durrachaning o'rtasi panjaning kaft yuzasiga qo'yiladi, tepasi barmoqlar orasiga o'tkazib, kaft ustida aylantiriladi, uchlarini aylantiriladi va to'piqdan yuqorida bog'laniladi, tepasini esa bog'langan uchlari tepasida mahkamlanadi. (30-rasm)

VI. Elastik to'rsimon - bintlar bilan bog'lam qo'yish. Fabrika usulida yetti nomerda (№ 0 dan № 6 gacha) ishlab chiqariladi. Gavdaning har qanday qismiga qo'yish mumkin. (31-rasm)

VII. Bintli bog'lamlar. Bintlar gigroskopik dokalardan tayyorlanib, 3 xil kenglikda chiqariladi.



30-rasm



31-rasm



32-rasm.

1. Ensiz bintlar (eni 3—5—7 sm) bo'lib, bular oyoq, qo'l panjasi barmoqlarini bog'lash uchun ishlatiladi;
2. O'rtacha kenglikdagi bintlar (10—12 sm). Bular bosh, panja, bilak, boldirni bog'lashda qo'llaniladi;

3. Keng bintlar (14—18 sm) ko'krak qafasi, sut bezi va sonni bog'lash uchun ishlatiladi. Bintlarning o'ralgan qismi boshchasi, erkin uchi esa dum qismi deyiladi.

Bog'lamni yaxshi bog'lash uchun quyidagi talablarga rioya qilish shart.

1) bog'lam gavdaning kasallangan qismini berkitib turishi kerak;

2) limfa va qon aylanish buzilmasligi kerak;

3) bemorga bog'lam xalaqit bermasligi kerak;

4) bog'lam toza turishi kerak;

5) gavdaga zich yopishib turishi kerak.

Bintli bog'lam qo'yish qoidalari quyidagicha bo'ladi:

a) bemor bintlanadigan sohasi uchun qulay vaziyatda (tik turgan yoki o'tirgan) bo'lishi kerak;

b) bintli bog'lam qo'yilgan sohaning fiziologik holati bog'lamdan keyin saqlanib qolishi kerak. Shu maqsadda turli xil bolishlar, tirsaklar yoki maxsus stollardan foydalaniladi;

v) bemor bog'lam qo'yayotgan kishi ko'ksining damida bo'lishi kerak;

g) bintli bog'lam aksariyat chetdan markazga tomon bog'lanadi, biroq qator hollarda bog'lam teskari yo'nalishda bajariladi;

d) bog'lam odatda chapdan o'ngga tomon bintlanadi;

e) bintli mahkamlaydigan o'ramidan keyin uning har bir keyingi o'rami oldingi o'ramning yarmini yopib borishi kerak;

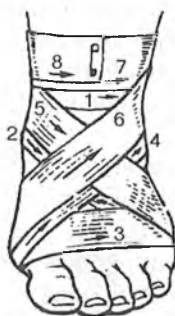
yo) oyoq-qo'llarda bog'lam pastdan yuqoriga yo'naltirib bog'laniladi (chunki qon aylanishi buzilishi mumkin), bintlashda bint zich yopishib turishi uchun 1—2 marta aylantirishdan so'ng qayriladi. Bintlash oxirida bintni o'rtasidan yirtib jarohatdan chetroqqa surib mahkamlab bog'lanadi. Bintli bog'lamlarning quyidagi turlari farq qilinadi:

1. **Sopqonsimon bog'lam.** Bintni bir parchasidan (1 metr-cha bint) tayyorlanadi. Bintning ikkala uchini o'rtasidan uzunasiga kesiladi, lekin o'rtasini kesmay qoldiriladi. Sopqonsimon holatda pastki bog'ichlar yuqoriga, yuqoridagi bog'ichlar pastga bog'laniladi. Bu bog'lam burun, iyakka ensa sohalariga qo'yiladi. (33-rasm)

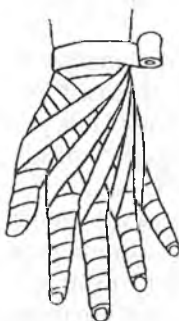
2. **T - simon bog'lam.** O'rtasiga boshqa bint tikilgan yoki uning uchi tashlab qo'yilgan oraliqqa bog'lanadi: gorizontol qismini tana tevaragida belboqqa o'xshab aylantiriladi, vertikal qismi esa belbog'dan oraliq orqali o'tkaziladi va o'sha belboqqa tananing boshqa tomonidan bog'lanadi.



33-rasm



34-rasm



35-rasm.

3. Sirkulyar yoki aylanma bog‘lam. Bint gir aylantirib o‘raladi, bintning navbatdagi o‘rami avvalgi o‘ramni tamomila berkitadi. 34-rasm

4. Spiralsimon bog‘lam. Bintning navbatdagi har bir o‘rami avvalgi o‘ramning yarmini yoki bundan kattaroq qismini berkitadi. Bog‘lamning bu turi ikki xil: yuqoriga ko‘taruvchi bintlash pastdan yuqoriga, pastga tushuvchi bintlash esa buning aksicha bo‘ladi. 35-rasm

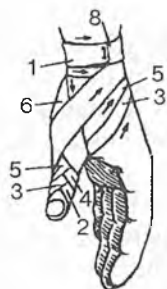
5. O‘rmalovchi bog‘lam. Spiralsimon bog‘lam kabidir, lekin o‘ramlari bir-biriga duch kelmaydi. Odatda bintlashning boshida murakkab bog‘lam sifatida tanaga qo‘yilgan salftekalarni tutib turish uchun qo‘llaniladi.

6. Butsimon yoki sakkizsimon bog‘lam. Bog‘lamning bu turida bint o‘ramlari bir-biri bilan kesishtiriladi. 36-rasm

7. Boshoqsimon bog‘lam. Sakkizsimon bog‘lamning boshqa turi bo‘lib, bint o‘rami bir chiziq bo‘yicha kesishtirib, bu boshoqni eslatadi. (37-rasm)

8. Toshbaqasimon bog‘lam. Tizza va tirsak bo‘g‘imlari sohasida qo‘llaniladi. Ikki xil turi farq qilinadi — tarqaluvchi va yig‘iluvchi turlari bor. Tarqaluvchi bog‘lamni, masalan, tizza bo‘g‘imi sohasiga yopiladi, bunda bint bo‘g‘imning o‘rtasidan, «tizza ko‘zidan» aylantirib olinadi. Keyingi o‘ramlarini dastlabki o‘ramning 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. Yig‘iluvchi 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. (38-39-rasm)

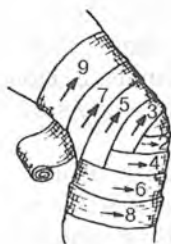
9. Qaytalovchi bog‘lam. Bunday bog‘lamni aksariyat oyoq-qo‘lning kesib tashlangandan (amputatsiya) qolgan qismi (cho‘ltog‘i)ga ishlatiladi. Bintni mahkamlash uchun bir necha marta aylantirib o‘raladi. So‘ngra uni barmoqlar bilan tutib turib, 90° burchak ostida qayriladi va cho‘ltoq orqali uzunasiga o‘ramlar qilinadi. Uzunasiga olingan har bir o‘ram aylanasiga o‘ram bilan mahkamlanadi. Cho‘ltoqni bint bilan tamomila bekilgunga qadar o‘ramni davom ettiriladi. Bunday bog‘lamni boshga ham qo‘yish mumkin. Bog‘lamlarning sanab o‘tilgan turlaridan foydalanib, gavdaning istalgan sohalariga qo‘yish mumkin. Bularning ayrim turlari ustida to‘xtatilib o‘tamiz.



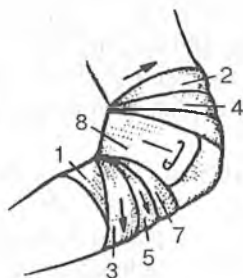
36-pasm.

Boshga bog‘lam qo‘yish. Vazifasiga ko‘ra bog‘lamlarning bir necha turi qo‘llaniladi.

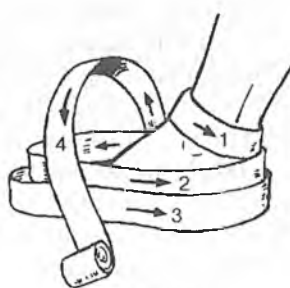
Gippokrat qalpog‘i. Bog‘lam qo‘yish uchun ikkita bintdan foydalaniladi.



37-rasm



38-rasm



39-rasm



40-rasm



41-rasm

O'ng qo'ldagi bint boshchasi bilan aylanma o'ramlar qilina-
di va bintlanayotgan o'ramlar mahkamlanadi. Ular tarqalgan yoki
to'planib, asta-sekin kalla gumbazini berkitadi. (41-rasm)

Qolpoqcha-chepets shaklida bog'lash. Taxminan 1 metr
uzunlikdan bint parchasini bosh tepasiga ko'ndalang yo'nalish-
da qo'yiladi, ikkala uchini esa quloq supralarining oldidan pastga
tushiriladi va tarang qilib tortib turiladi (yordamchi yoki
bemorning o'zi). Bint bilan bosh atrofidan birinchi aylanma o'ram
qilinadi. Keyingi o'ramda bog'ichga yetgach bint shu bog'ich
atrofida aylantiriladi va bir oz qiyshiq yo'nalishda ensani berkitib
yurgiziladi. Ikkinchi tomonda bintni bog'ich atrofida qarama-
qarshi tomonga aylantiriladi va qiyshiqroq yo'nalishda boshining
peshona qismiga olib boriladi. Bintning keyingi o'rami bilan ensa
sohasi berkitiladi va hokazo. Shu tariqa bosh bir tekisda bintlanadi.
Bint uchini bog'ga mahkam bog'lanadi. Bog' uchlarini iyak tagida
bog'lab tugiladi. (42-rasm)

Bir ko'zga bog'lam qo'yish. O'ng ko'zga bog'lam bog'lashga
bintni bog'lash qoidalariga binoan chapdan o'ngga qarab yurgi-
ziladi. Chap ko'zni bog'lashda buning aksicha qilinadi. Bintni
aylanma yo'nalishda bosh atrofidan aylantirib, mahkamlanadi,
so'ngra uni orqadan pastga—ensaga tushiriladi va kasal tomondagi
quloq ostidan qiyshiq o'ram doira bilan mahkamlanadi. So'ngra
avvalgi o'ramning yuqorisidan yana qiyshiq o'ram qilinadi. Doira
o'ramlarni qiyshiq o'ramlar bilan navbatlab, butun ko'z sohasi
berkitiladi. (43-rasm, a)

Ikkala ko'zga bog'lam qo'yish. Mustahkamlovchi bog'lam —
peshona-ensa sohasidan gir aylantirib o'rab, keyingi o'ramni
bosh tepasi va peshona bo'ylab pastga tushiriladi va yuqoridan
pastga tomon chap ko'zni berkitadigan qiyshiq o'ram qilinadi,



42-rasm



43-rasm

so'ng bintni ensa orqali o'tkazib, pastdan yuqoriga tomon o'ng ko'zni berkitadigan qiyshiq o'ram qo'yiladi. Buning natijasida bintning keyingi hamma o'ramlar qanshar sohasida kesishib, ikkala ko'zni berkitadi. Bintlash oxirida bog'lamni gorizontaal doira shaklida o'rash bilan mustahkamlanadi. (43-rasm, b)

No'xtasimon bog'lam qo'yish. Bunday bog'lam asosan iyak sohasini berkitish uchun qo'llaniladi. Mustahkamlovchi bog'lam - peshona-ensa sohasidan aylanma o'ram qo'yilib, so'ngra ikkinchi o'ramni ensa sohasiga bo'yinning yon yuzasiga qiyshiq yo'nalishda yurgiziladi va u yerdan jag' ostidan vertikal holatga o'tkaziladi. Bintni quloq supralari ustidan olib, bosh atrofida bir necha marta aylantiriladi, so'ngra bintni iyak ostidan boshqa tomonga yoki ensaga qiyshiq holda yurgiziladi va gorizontaal o'ramlar qilib bog'lam mustahkamlanadi. Pastki jag'ni tamomila berkitish uchun mustahkamlaydigan gorizontaal o'ramlar qilgandan so'ng bint boshchasini ensa bo'ylab bo'yinning yon tomoniga, keyinroq bo'yin atrofiga tushiriladi, orqaga qaytariladi va bint o'ramini iyakdan pastroqqa tushirib, vertikal holatga o'tkaziladi va bog'lamni bosh atrofida mustahkamlanadi. (44-rasm)

Bo'yin sohasiga bog'lam qo'yish. Bo'yinning yuqori qismini bog'lash uchun bosh tevaragida galma-gal bir necha qiyshiq o'ramlar bilan (peshona va ensa sohasini ham qamrab olib) aylanma o'ramlar qo'yiladi. Ensa sohasini aylanma o'ramlar qilib bintlash bilan birga, butsimon bog'lam hosil bo'ladi. (45-rasm)



44-rasm



45-rasm



46-rasm

Bo'yinning pastki qismiga bog'lam qo'yish uchun, bosh tevaragidagi o'ramlarni ensa sohasining butsimon bog'lami va orqaning boshqosimon bog'lami o'ramlari bilan to'ldiriladi.

Qo'lni bog'lash. Bitta barmoqni bog'lash. Mustahkamlovchi bog'lam kaftning yuqori qismi bilakdan aylanma bog'lamlar qo'yishdan boshlanadi. So'ngra qo'l panjasining orqasi osha barmoq uchigacha qiyshiq holda bint yo'naltiriladi va shu yerdan pastdan yuqoriga tomon barmoq asosigacha spiralsimon bog'lam qo'yiladi, keyin qo'l panjasining orqasi osha kaft ustiga keltiriladi, bu yerda

mahkamlovchi aylanma o'ramlar qilinadi. (46-rasm)

Bosh barmoqni bog'lash boshqosimon turda bajariladi. Mustahkamlovchi bog'lam kaft usti sohasiga qo'yiladi. So'ngra bintni qo'l panjasi orqasi osha barmoq uchigacha o'raladi, kaft usti - bilakning orqa tomoniga, so'ngra kaft tomonga qaytariladi. Bint barmoqni tamomila berkitguncha o'ramlar takrorlanadi.

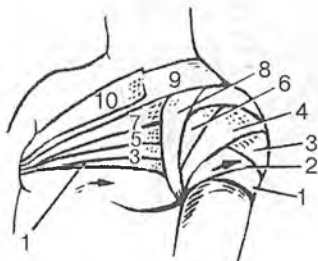
Qo'lqopsimon bog'lam qo'yish. Bitta barmoqni bintlash qoidasidan foydalanib, panjaning hamma barmoqlarini birinкетин «Qo'lqop» shaklida bintlab chiqish mumkin. Chap qo'lni bintlashni qulaylashtirish maqsadida bog'lamni jinjiloqdan, o'ng qo'lni bintlashda bosh barmoqdan boshlash kerak.

Panjaning qaytuvchan bog'lami. Bint bilakka mahkamlanadi, so'ngra uni panjaning orqa tomoni osha barmoqlarga yo'naltiriladi va kaft bo'ylab qaytiladi. Bilakka yana mahkamlovchi o'ram qo'yiladi va bintni o'rash takrorlanadi. Qo'l panjasi va barmoqlar va panja bintning ko'ndalang o'ramlari bilan yopiladi. Bog'lam bilakka mahkamlab qo'yiladi.

Bilakni bog'lash. 1—2 o'ramdan so'ng bintni qayirib, spiralsimon tipda bog'lanadi.

Tirsak bo'g'imini bog'lashda tarqaluvchi va yig'iluvchi toshbaqasimon bog'lam qo'yiladi.

Yelkani bog'lash. Oddiy spiralsimon bog'lam qo'llaniladi, biroq bunda bintni qayirmasdan o'raladi. (47-rasm)



47-rasm.

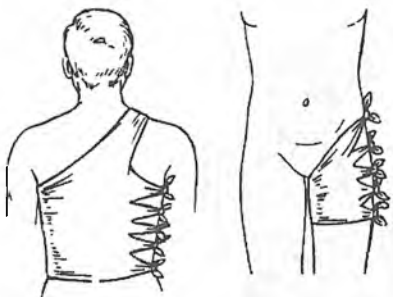
Qo'ltiqni bog'lash. Mahkamlaydigan bog'lam yelkadan boshlanadi, bog'lam asosini boshhoqsimon bog'lam tashkil qiladi. Bintni qo'ltiq sohasidan yelka ustiga, orqaga qarama-qarshi tomondagi qo'ltiqqa ko'krak qafasining oldingi yuzasiga qiyshiq yurgizib, birinchi o'ramini yelka usti sohasida kesishtiriladi va bint ko'krak qafasining orqa yuzasidan qo'ltiqqa chiqariladi. Keyingi o'ram oldingi o'ram kabi boshlanadi, biroq har bir yangi o'ramini asta-sekin picha yuqoriga ko'tara boriladi, natijada bint yelka usti sohasini, qo'ltiqning oldingi va orqa qismlarini tamomila berkitadi. Yaxshiroq mahkamlash uchun ko'krak qafasini qiyshiq yo'nalishida gir aylantirib bog'lanadi, bintni orqaga sog'lom yelka ustiga o'tkazilib va bu yerdan ko'krak qafasining oldingi yuzasi bo'ylab pastga bintlanayotgan tomondagi qo'ltiqqa tushiriladi. Shunday o'ramlarning bir nechtasidan so'ng bog'lam butunlay mahkamlab qo'yiladi.

Ko'krak qafasini bog'lash. Ko'krak qafasiga bog'lam bog'lashda qattiq bintlash nafas aktiga halaqit berishini, bo'sh bog'laganda bog'lamning foydasiz ekanligini unutmash zarur.

Spiral bog'lam. Taxminan 2 metr uzunlikdagi bint bo'lagini o'ng yoki chap yelkaga bintning erkin uchlari ko'krak qafasining oldingi yoki orqa tomonidan tushib turadigan qilib tashlab qo'yiladi. Bog'lamni ko'krak qafasining pastki qismidan bintning shu bo'lagini berkitishdan boshlanadi. Bintning spiral o'ramlarini asta-sekin to qo'ltiqqa yetkazib o'raladi. Oxirgi o'rami mahkamlanadi. Yelkaga tashlangan bintning osilib turgan uchini ko'krak qafasining oldingi yuzasi bo'ylab yuqoriga ko'tariladi ikkinchi yelka orqali tashlanadi va uchlari orqa tomondan bog'lanadi. Mushtefarov usulida bog'lam kam qo'yiladi. (48-rasm)

Xochsimon bog'lam.

Gavdaning orqa qismlarini bintlash uchun tevaragiga aylanma o'rashdan boshlanadi old tomondan yelkaga olib chiqiladi. Orqaga o'tkaziladi va bintni qarama-qarshi tomondan qo'ltiq sohasiga qiyshiq holda yo'naltiriladi. Bint yo'nalishlarini shu tariqa takrorlab ularni ikkala yelka ustiga asta-sekin ko'tarib va ko'krak qafasi bo'yicha pastga tushib orqa berkitiladi.



48-rasm.

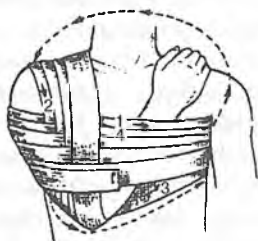
Bitta sut bezini bog'lash. Bu bog'lam sut bezini yopib turishdan tashqari uni ko'tarib turadigan o'ziga xos suspensoriy vazifasini ham bajaradi. O'ng tomondagi sut bezini bog'lashga bintni chapdan o'ngga, chap tomondagi sut bezini bog'lashga o'ngdan chapga qarab o'raladi. Mustahkamlovchi bog'lam ko'krak qafasini sut bezlari tagidan aylantirib o'rashdan boshlanadi. Keyingi o'ram sut bezining pastki va ichki qismlarini qamrab oladi, qarama-qarshi tomondagi yelka ko'tariladi va yelkaning orqa tomonidan pastga tushib bintlanayotgan sut bezi tomonidan qo'ltiqqa boradi. So'ngra bint sut bezining pastki qismini egallaydi. Aylantirib o'rash bilan oldingi o'ram mustahkamlanadi. Keyingi o'ramlarni sut bezi pastdan batamom yopilmaguncha asta-sekin yuqoriga ko'tarib takrorlanadi. Emizukli onalarda sut bezini bog'lashda bolani emizish yoki sutni sog'ib tashlash uchun sut bezining uchi bint bilan yopiladi.

Ikkala sut bezini bog'lash. Dastlabki o'ramlarni bitta sut bezini bintlashdagi kabi o'raladi. Keyin bintni ko'krak qafasining sut beziga dastlab bint o'ralgan yarmidagi yelkadan o'tkazib, orqada qiyshaytirib o'raladi. Bintni pastga, sut bezlari oralig'ida tushiriladi va qarama-qarshi tomondagi sut bezini yopiladi, so'ngra ko'krak qafasi gir aylantirib o'raladi. Tegishli o'ramlarni navbatlab, asta-sekin ikkala sut bezini yopiladi.

Dezo bog'lami. Oldin qo'ltiqqa paxta yostiqla qo'yiladi. Bilakni tirsak bo'g'imida to'g'ri burchak ostida bukiladi va ko'krakka qo'yiladi. Yelkani birinchi doira o'ram bilan ko'krak qafasiga bintlanadi. 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 egallaydi va uni bilakni ushlab turgan holda yuqoriga, sog'lom tomondagi qo'ltiqqa



49-rasm.



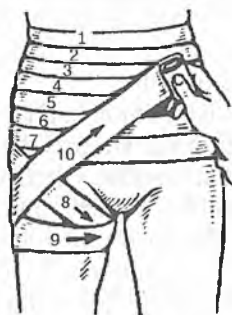
50-rasm.

qiyshiq yo'naltiriladi, so'ngra ko'krak qafasining orqa sathi bo'ylab o'tkazib, kasal yelkaga yo'naltiriladi, pastga tushirilib, bilakni aylantirib o'tkaziladi va ko'krak qafasining orqa sathiga sog'lom tomondagi qo'ltiqqa yo'naltiriladi. Bog'lam yaxshi mahkamlanmaguncha o'ramlar takror o'ralaveradi. (49-rasm)

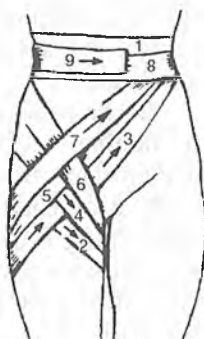
Velpo bog'lami. Kasal qo'l panjasi sog'lom yelkaga qo'yiladi. Bintning aylanma o'rami bilan kasal qo'lni ko'krak qafasiga mahkamlanadi. Keyin bintni sog'lom tomondan qo'ltiqdan o'tkazib, orqadan kasal tomondan yelkaga qiyshaytirib yuritiladi, pastga vertikal tushiriladi, tirsak ortiga o'tkaziladi va ko'krak qafasini aylantirib gorizontal o'rab, qo'lni qayta mahkamlanadi. Bint o'ramlari takrorlanadi. Gorizontal o'ramlar bundan olingi o'ramlar pastiga tushadi, vertikal o'ramlar esa oldingi o'ramlar ichiga tushadi. (50-rasm)

Qorin va chanoqni bog'lash. Qorin sohasiga odatda spiralsimon bog'lam yopiladi, biroq uni mahkamlash maqsadida ko'pincha chanoqning boshhoqsimon bog'lami bilan birga qo'llanishga to'g'ri keladi. (51-rasm)

Bir tomonlama boshhoqsimon bog'lam juda qulay. Bog'lam bog'lashning maqsadiga ko'ra u qorinning pastki qismi, sonning uchdan bir yuqori qismini va dumbani yopishi mumkin. Bint o'ramlari kesishadigan joyga muvofiq holda orqa, yon va oldingi (chov) boshhoqsimon bog'lamlar farq qilinadi. Belda sirkulyar o'ramlar qilib mustahkamlovchi bint bog'lanadi, so'ngra bintni sonning yon tomonidan oldinga, keyin sonning oldingi va ichki yuzasi bo'yicha o'ram bog'lanadi. Bint sonning orqa yarim doirasini aylanib o'tib, uning tashqi tomonidan chiqadi va chov



51-rasm.



52-rasm.

sohasidan gavdaning orqa yarim doirasi orqali qiyshayib o'tadi. Bint o'ramlari takrorlanadi, bintning keyingi o'rami oldingisidan yuqori tushsa yuqoriga ko'tariluvchi bog'lam, pastga o'ralsa pastga tushuvchi bog'lam deyiladi.

Ikki tomonlama boshqosimon bog'lam ikkala son va dumbaning uchdan bir yuqori qismini yopish uchun qo'llaniladi. Avvalgi bog'lam kabi unga belga sirkulyar o'rashdan boshlanadi, biroq bintni ikkinchi chovning oldingi yuzasidan, so'ngra sonning tashqi yuzasidan yurgiziladi, uning orqa yarim doirasini qamrab olinadi, ichki yuzasiga chiqariladi va chov sohasi bo'ylab tananing orqa yarim doirasiga o'tkaziladi. Bu yerdan bint o'rami bir tomonlama boshqosimon bog'lamdagi singari davom ettiriladi. Bintni ikkala oyoqqa navbat bilan, gavdaning shikastlangan qismi berkilguncha o'raladi. Bog'lamni tanada sirkulyar o'ram qilib mahkamlanadi.

Oraliqni bog'lash. Oraliqqa sakkizsimon bog'lam qilinadi, bunda bint o'ramlari oraliqda kesishadi.

Oyoqni bog'lash. Bunda ham qo'lni bog'lashdagi kabi talablar qo'yiladi.

Sonni bog'lash. Odatda 1—2 o'ramdan so'ng aylantirib spiral shaklida o'raladi. (52-rasm)

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

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

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

Boldir-panja bo'g'imini bog'lash. Odatda sakkizsimon bog'lam qo'llaniladi. Mahkamlovchi o'ramni to'piqning yuqorisidan aylantiriladi. Bintni panjaning orqa tomonidan qiyshiq yurgizib 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 mahkamlanadi.

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 qayiriladi. Tovon sohasida bintning har bir yangi o'rami avvalgi o'ramning yuqorisiga tushadi, boldir-panja bo'g'imiga tobora yaqin keltirib kesishtiriladi.

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

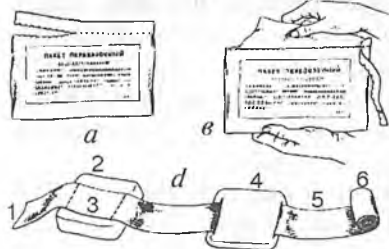
Oyoq panjasining bosh barmog'ini bog'lash. Bog'lash prinsipi qo'lning bosh barmog'ini bog'lash kabidir. Bog'lam to'piqlar sohasida mahkamlanadi.

Suspensoriy. Moyaklar, ularning ortiqlari kasalligini yoki yorg'oqda qilingan operatsiyadan so'ng yorg'oqni ko'tarib turishga mo'ljallangan maxsus moslamadir. Fabrikada tayyolangan suspensoriylar bo'ladi. Suspensoriyni mustaqil ravishda tayyorlash ham mumkin. Buning uchun oddiy bintdan foydalaniladi. Bitta bintdan belbog' qilinadi. 1 m uzunlikdagi serbar bint bo'lagini qirqib olinadi. Bintning ikki chekkasidan uzunasiga qirqiladi, o'rtasidan 10 sm uzunlikdagi qismini qirqmasdan qoldiriladi. Bu qismining bir chekkasini yorg'oq ildizi ostiga yaqinlashtiriladi, uning uchlari belboqqa bog'lanadi. Ikkinchi chekkasini yorg'oqning oldingi qismiga tashlanadi va uning uchlarini ham belboqqa bir oz tortib bog'lanadi.

Bog'lamda jinsiy olat uchun teshik ochish mumkin. Bog'lam (suspensoriy)ning asosiy vazifasi yorg'oqni jinsiy olat bilan birga yuqori (qoringa tomon) ko'tarib turishdan iborat. Buning uchun hamma uchlarini belbog'ning oldingi qismiga bog'lab qo'yish shart.

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

Individual bog'lov paketi. Paket bintga birlashtirilgan ikkita paxta-doka yostiqchadan iborat. Ularning bittasini bint ustidan yurgizish mumkin. Yara bog'lam materiali uchta paketda: ichki -



53-rasm.

to'g'nog'ichli qog'oz paketda va tashqi rezina aralashgan paketda bo'ladi. Bint va yostiqlar steril bo'ladi. Rezina aralashgan qavatni chizig'idan yirtib ochiladi, so'ngra ichidagi qog'oz qavati ochiladi, yostiqlar kerakli masofaga qo'yiladi va qo'l tekizilmagan yuzasi bilan jarohat ustiga yopiladi.

Teshib o'tgan yaralanishlarda bitga yostiqlar bilan kirish teshigi, ikkinchisi bilan esa jarohatning chiqish teshigi berkitiladi, shundan so'ng yostiqlar bint bilan o'rab bog'lanadi. (53-rasm)

8 - B o b

OPERATSIYADAN OLDINGI DAVR

Bemorni operatsiyaga tayyorlashning asosiy tartiblari

Operatsiyadan oldingi davr deganda bemorning operatsiya qildirish uchun jarrohlik bo'limiga kelgan vaqtdan uni bajarishgacha bo'lgan davrga aytiladi.

Operatsiyadan oldingi davr ikkiga bo'linadi:

a) tashxis qo'yish davri, bunda tashxis oydinlashtiriladi, organlar va sistemalarning holati aniqlanadi, operatsiyaga ko'rsatmalar hal qilinadi;

b) operatsiyaga tayyorlov davri, bunga ham asosiy kasallikning, ham birga keladigan patologik holatlarning og'ir kechishini pasaytirishga, organizm tizimlarining asosiy a'zolari ishini yaxshilashga qaratilgan davo tadbirlarining butun bir yig'indisi kiradi. Kasallikning qandayligiga ko'ra bu davr kechiktirib bo'lmaydigan kasalliklari (yurak jarohati, me'da yarasining teshilishi, o'tkir appenditsit va hokazo) bo'lgan bemorlarda bir necha daqiqa va soatlardan bir necha kunlargaacha (bronxoektatik kasallik yurak poroklari va hokazo) davom qilishi mumkin.

Operatsiyadan oldingi davrning umumiy vazifasi operatsiyaning xavf-xatarlarini imkon boricha kamaytirish hisoblanadi. Bemor organizmining buzilgan faoliyatlarining batafsil

o'rganish, bu buzilishlarni tuzatish, a'zo va tizimlari faoliyatini imkoniyatlarining zahiralarni yaratish operatsiyadan oldingi davrning asosiy vazifasidir. Uning ikkinchi vazifasi operatsion jarohatga infeksiya tushishiga yo'l qo'ymaslik hisoblanadi.

Rejali operatsiyaga tayyorlash

Yurak-tomir tizimi. Yurak-tomirlar tizimini tekshirishda biror bir kasallik (yurak porogi, gipertoniya kasalligi va hokazo) aniqlanadi. Bemorlarda arterial bosim (ayrim hollarda venoz bosim ham), puls albatta o'lchanadi, elektro kardiografiya, oksigemometriya (qonning kislorodga to'yinishini aniqlash) va umumiy qon tahlili qilinadi. Birorta kasallik aniqlanganda vrach kerakli dori-darmonlar buyuradi.

Nafas a'zolari. Nafas a'zolarini tekshirishda yuqori nafas yo'llari yallig'lanishi, bronxit, o'pka yallig'lanishi bor-yo'qligini aniqlash va bular bo'lsa, operatsiyadan oldingi davrda bu yallig'lanish holatlarini yo'qotish kerak. Og'riqsizlantirish turini tanlashda O'TS (o'pkaning tiriklik sig'imi; normada 3500—4500 ml) aniqlanadi. Shtange sinamasi (bemor maksimal nafas olganida qancha vaqt nafasni tutib tura olishi; normada 40—50 sekund) qilib ko'riladi. Murakkab operatsiyalarga, ayniqsa o'pka va yurak operatsiyalariga tayyorlashda spiroografiya, yurak bo'shlig'ini zondlash va boshqa tekshiruvlar qilish shart.

Hazm a'zolari. Og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirishga (sanatsiyaga) milkning yallig'lanishi holatlarini, chirigan tishlarni oldirishga katta ahamiyat beriladi. Me'da-ichak yo'llarida birorta kasallik (gastrit, me'da va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi, kolit, bavoil va hokazo) topilganda, ularni dori-darmonlar bilan davolanadi. Operatsiya umumiy narkoz ostida olib boriladigan hollarda jigar faoliyatini tekshirib ko'rish zarur (zardobning umumiy oqsili va uning fraksiyalari, Takata - Ara, timol va formol sinamalari).

Siydik-tanosil tizimi. Siydikning umumiy tahlili, Zimnitskiy sinamasi qilinadi, qoldiq azot aniqlanadi. Kerak bo'lganda maxsus urologik tekshirish o'tkaziladi (vena ichi piyelografiyasi, sistoskopiya). Ayollar operatsiyadan oldin albatta ginekologik tekshiriladi. Kasallik topilganda tegishli davo olib boriladi.

Operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrda qon ketish xavfining kuchayishi sababli hayz ko'rish davrida operatsiya qilinmaydi.

Qon va qon yaratuvchi a'zolar. Operatsiyadan oldin qonning umumiy tahlilidan tashqari, qon 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 (masalan, gemofiliyada) kuzatilishi mumkin. Qonning ivish xususiyati oshganda trombozlar va emboliyalar paydo bo'lish ehtimoli bor. Qon yuz bergan o'zgarishlarni nazarda tutib, operatsiyagacha tegishli korreksiya qilinadi.

Asab-ruhiy holat. Bemor ruhiyatini ehtiyot qilish zarur, chunki unga ozor yetkazish asosiy kasallikning kechishini og'irlashtirishi mumkin. Ayrim bemorlar o'zlarida rak borligini bilganlaridan keyin ruhan eziladilar: tund bo'lib qoladilar, ishtaha va uyquni yo'qotadilar.

Tibbiyot xodimining vazifasi bemorni tinchlantirishdir. Unga bo'lajak operatsiyaning nechog'lik zarurligini yaxshilab tushuntirish, operatsiyaning yaxshi natija bilan tugashiga ishontirish, misol tariqisida so'zlab berish kerak.

Tibbiyot hamshirasi biror holatni tushuntirishda davolovchi shifokor gaplariga asoslanishi lozim. Ma'lumotlar bir-biriga to'g'ri kelmagan hollarda bemor tibbiyot xodimiga ishonmay qo'yadi. Kasallik tarixining bemor qo'liga tushib qolishiga aslo yo'l qo'yib bo'lmaydi. Maxsus bilimi bo'lmagan bemor undagi ma'lumotlarga tushunmay, o'zicha noto'g'ri xulosa chiqarishi mumkin.

Teri qoplamlari. Teri qoplarini ko'zdan kechirganda yiring boylagan joy, yallig'langan infiltratlar borligiga ahamiyat berish lozim. Teridagi hamma yallig'lanish holatlarini tugatish shart, chunki operatsiyadan keyingi davrda bu kasalliklar endogen infeksiya manbai bo'lib qolishi va hatto yiringli holatni avj oldirib, og'ir asoratlar keltirib chiqarishi mumkin.

Operatsiyadan bir kun oldin bemor gigiyenik vanna qabul qiladi. Operatsiya maydoni sohasidagi tuk-junlar faqat operatsiya qilinadigan kuni tozalanadi.

Yoshi ulg'aygan va keksa yoshdagi bemorlarni operatsiyaga tayyorlashning ba'zi bir xususiyatlari. Bemorlarni operatsiyaga tayyorlashning umumiy qoidalari ularning yoshidan qat'iy nazar hamma uchun bir xil, biroq organizmning qayta tiklanish

imkoniyatlari kamayib ketishi va operatsion jarohatga qarshilik kuchining pasayishi sababli yoshi ulg'aygan va keksa kishilar birmuncha puxta tekshirishga hamda tegishlicha dorilar yordamida tayyorlashga muhtoj bo'ladilar.

Keksa kishilarning asab tizimiga tez ozor yetadi va tibbiyot xodimining vazifasi uni avaylashdan iborat.

Yoshi ulg'aygan kishilarning yurak-tomirlari tizimida ko'pincha yoshga oid o'zgarishlar kuzatilib, qon aylanishi yetishmovchiligi bilan o'tadi. Ular albatta elektrokardiogramma qilinib, keyin terapevt maslahatidan o'tkaziladi, kardiotrop vositalar buyuriladi. Ularda aksariyat pnevmoskleroz va o'pka emfizemasi uchraydi. Jigar va buyraklarda ham ma'lum o'zgarishlar sodir bo'ladi. Bularning hammasi kasallikning o'tishini ancha og'irlashtiradi va operatsiyadan oldingi tayyorgarlik muddatini uzaytirib yuboradi. Bunday bemorlar uchun nafas gimnastikasi operatsiyadan keyin yuz beradigan zotiljamning oldini olishda muhim vosita bo'lib xizmat qiladi.

Yoshi ulg'aygan bemorlarning ichak faoliyati yetarli bo'lmaganidan aksari qabziyatdan nolib yuradilar. Operatsiyadan oldin ularga tegishli yumshoq parhez ovqatlar tayinlanadi, vaqti-vaqti bilan tozalov huqnasi qilinadi. (54-rasm)

Bemorni iliq dush xonasida sanitariya tozalovdan o'tkaziladi. Vannaga tushishi buyurilgan bo'lsa, suv harorati 36—37°C dan oshmasligi kerak. Organizmning qarshilik kuchi kamayganligini hisobga olib, bemorlarni sovqatishdan saqlash lozim.

Bunday bemorlarga barbituratlarni ehtiyotlik bilan buyurish kerak (nafas markazi ishining pasayishi, jigar va buyrak faoliyatining buzilishi). 60 dan oshgan kishilarga har qanday dori vositalarini buyurishda yuqori dozani emas, balki kattalarga beriladigan umumiy dozaning 3/4—1/2 qismini qo'llanish lozim. Bunday kishilarga narkotik vositalarni tanlash ham g'oyat qiyin. Morfin nafasning buzilishiga sabab bo'lgani uchun uni yuborish tavsiya qilinmaydi. Pantopon va promedol qo'llangan ma'qul.

Holsizlangan, kuchsizlangan bemorlarni operatsiyaga tayyorlash. O'pka, me'da-ichak yo'llarining uzoq davom qiladigan surunkali kasalliklari bilan xastalangan, yallig'lanish holati bor bemorlar



54-rasm

organizmining himoya kuchlari anchagina kamayganligi, oriqlab ketish, organizmning suv-elektrolit almashinishi 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 organlarda asoratlar avj olishiga moyillik tug'diradi. Bunday bemorlarga takroran qon quyiladi, vitaminlardan B₁₂, C, A, 40% li glyukoza eritmasi yuboriladi, temir suvsizlanganda 1,5—3 l fiziologik eritma yoki Ringer—Lokk eritmasini qo'yish buyuriladi. Yurak ishi susayganda yurak glikozidlari, kamfora, kordiamin qo'llaniladi.

Bemor juda oriqlab ketganda va odatdagi usulda ovqatlantirib bo'lmaganda ovqatli huqnalardan foydalanish buyuriladi. Avval ichaklarini tozalash maqsadida oddiy tozalash huqnasi qilinadi. (54-rasm) Yo'g'on ichak orqali suv, osh tuzi, glyukoza va spirt so'rilishi mumkinligini esdan chiqarmaslik kerak, shuning uchun ovqatli huqna tarkibiga 0,85% li osh tuzi eritmasi, barobar miqdorda olingan 5% li glyukoza eritmasi va 4-5% li spirtli eritma kiradi. 37—40°C gacha ilitilgan shu tarkibda sutkasiga 2 l gacha yuboriladi. To'g'ri ichak orqali BK-8 eritmasi, aminopeptid yuborish mumkin. Biroq bunday hollarda parenteral ovqatlantirishni qo'llagan yaxshi. Shu maqsadda venaga 300—500 ml dan albumin, protein, kazein gidrolizati va qon o'rnini bosadigan boshqa suyuqliklar, 40% li glyukoza eritmasini insulin bilan, venaga yoki teri ostiga fiziologik eritma yuboriladi. Vitaminlar to'plamini qo'llash zarur. Yog'larni kiritish uchun intralipid 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 vasiylarining yozma roziligini olish shart. Ularga operatsiyaning holatini, og'ir-yengilligi, xavfi, shuningdek qanday natija bilan tugashi mumkinligini tushuntirish lozim. Ota-onasi yo'qligida oshig'ich yoki kechiktirib bo'lmaydigan operatsiya qilishga zarurat tug'ilganda bu qoidaga amal qilinmaydi. Bunday hollarda kamida ikki kishidan iborat vrachlar konsiliumi operatsiya qilish-qilmaslik masalasini hal qilishi lozim. Kasalxonaning bo'lim mudiri va bosh vrachiga qanday qarorga kelingani to'g'risida xabar qilish zarur.

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

Bolalarda qo'shimcha tekshirishlar sonini iloji boricha kamaytirishga harakat qilinadi.

Operatsiyaga tayyorlash uning holatiga, kasallikka, bemorning yoshi va umumiy ahvoriga bog'liq. Murakkab operatsiyalardan oldin funksional tashxis usullaridan foydalanib, batafsil tekshiruv o'tkazish zarur. Bemorni operatsiyaga tayyorlashda ruhiy omilning o'rni katta. Bu masalada ota-onalar va tarbiyachilar yordam berishlari 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 2 soatdan so'ng so'rilib ketadi va qusishga sabab bo'lmaydi. Bemorni operatsiyaga tayyorlash uchun surgi dorilar tayinlanmaydi. Tozalash huqnasi bir kun avval kechqurun va operatsiya kuni qilinadi.

Bemorni shoshilinch operatsiyaga tayyorlash

Shoshilinch operatsiyaga tayyorlash rejasi har kimda har xil. Qisqa anamnez to'planadi, 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 ahvolining og'ir-yengilligiga va operatsiyalarning nechog'li shoshilinch sur'atda o'tkazilishiga qarab, to'liq yoki qisman sanitariya tozalovdan o'tkaziladi. Shoshilinch hollarda bemorning kiyimlari yechiladi, tanasining ifloslangan sohalari nam sochiq bilan artiladi, tuk (jun)lari qirib tashlanadi. Me'dasi to'lib ketgan taqdirda undagi modda zond bilan chiqariladi. Huqna qilinmaydi. Siydik ajratish qiyinlashgan bo'lsa, kateter bilan chiqariladi, odatdagi hollarda esa bemorning mustaqil siyishi kifoya qiladi.

ENDOSKOPIK MUOLAJALARNI O'TKAZISH

Endoskopiya — ichki a'zolari optik-ko'rish tizimi orqali ko'rib tekshirish usulidir.

Hozirgi vaqtda ichki a'zolari endoskoplar yordamida operatsiyalar qilish ham yo'lga qo'yilgan.

Bronxoskopiya — bemorlarning bronxlar tizimini, nafas yo'llarini bronxoskop yordamida ko'z bilan ko'rib tekshirish usuli.

Ko'rsatmalar:

1. Turli xil bronxologik potologiyalar, kuchli yo'tallarda, ko'p miqdorda shilliq ajralganda, qon tupurganda, yoki yiringli balg'am ajraganda.

2. O'pka parenxemasining o'choqli yoki tarqoq yallig'lanishida, limfa tugunlari kattalashganda sil va o'pka kasalligiga tashxis qo'yishda.

3. Nafas yo'llaridagi yot jismlarni so'rib olishda.

4. Jarrohlik operatsiyalaridan keyin va narkozdan keyin nafas olish qiyinlashganda, astmatik holatlarda, shikastlanishlar, yallig'lanish kasalliklarida, o'pka, bronxlar tuzilishi nuqsonlarida.

Jihozlar: Fridel (MSV-41 modeli) va Shtoru qattiq bronxoskoplari; proksimol va distal qismida yoritkichlari joylashtirilgan yarim metall qattiq tizim bo'lib, o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish uchun bronxlarda tiqilib qolgan moddalarni yuvish, biopsiya qilishda, bronxlar ichida operatsiya bajarishda qo'llaniladi. Optik teleskop yordamida o'pka ichi bo'shliqlari katetrlanib, biopsiyani olishda, ko'rishda yordam beradi.

Bronxofibroskoplar: Yaponiya firmasida «Olympus», «Asaxi-Pentaks», «Machida» markali va Amerikada ishlab chiqilgan turlari mavjud.

Buning tuzilishida qattiq va egiluvchan bronxoskopga fotokamera ulangan bo'lib, rasmga va kino, videokasetaga yozib olish imkonini beradi.

Bronxoskopiya qilishdan oldin bemorlarni ruhan va dori-darmon yordamida tayyorlanadi.

Trankvilizator yordamida premedikatsiya qilinadi. Tekshirish davrida me'da bo'sh bo'lishi kerak. Siydik qopchasi va ichaklar bo'shatiladi. Qattiq bronxoskoplarni nafas yo'llariga yuborishdan oldin vena ichiga narkoz beriladi hamda miorelaksantlar qo'llaniladi. Bronxofibroskopiya qilishda mahalliy og'riqsizlantirish qo'llaniladi. Buning uchun yuqori nafas yo'llariga 0,1% - naftizin yoki galozolin yoki 0,5 ml 3% efidrin sepiladi. Anesteziya uchun 1% - 7,8 ml dikain eritmasi, 2—4% - 15 ml lidokain eritmasi yordamida anesteziyalash yaxshi natija bermoqda, ovoz boylamini anesteziya qilishda 2—3 ml anestetik eritmasi, traxeya va bronxlar shilliq qavatini anesteziya qilishda 10% - 10—15 ml novokain eritmasidan foydalaniladi.

Ezofagokopiya

Qizillo'ngachni optik ko'rish tizimi orqali tekshirish usuli ezofagokopiya deyiladi.

Ko'rsatmalar:

- qizilo'ngachda yot jismlar (tashxis qo'yish va davolash maqsadida) bo'lganda
- qizilo'ngach shikastlanganda
- me'da va ichaklarning yuqori qismida, qizilo'ngach o'tkazuvchanligi buzilganda
- qizilo'ngachdan qon ketganda
- qizilo'ngach kasalliklariga tashxis qo'yish va davolashda
- operatsiya muolajalarini bajarishda (poliektomiya, skleroterapiya, venalarning varikoz kengayishi va boshqalar).

Jihozlar: Ezofagokopiya qilish uchun egiluvchan va qattiq endoskoplari, biopsiya uchun asboblari, sitologik tekshirish uchun asboblari, elektroxirurgik asboblari, yot jismlar olish uchun asboblari va bo'yovchi guruhidagi antiseptiklar kerak bo'ladi.

Premedikatsiya. Tekshirishdan 45—60 daqiqa oldin 0,1% - 1—2 ml atropin va 0,5%—20 seduksin teri ostiga yuboriladi. Tekshirishdan 1 kun oldin ruhiy tinchlantirish uchun meprostan, seduksin, tazepam ichgani beriladi. Og'iz-halqum sohasini og'riqsizlantirish uchun dikain, trimekain ishlatiladi 0,25%—3% - 3 ml miqdorda yuqoridagi anesteziyalovchi moddalar sepilib, surkab yoki chayish yo'li bilan og'riqsizlantiriladi. 0,1% adrenalini ritmasi aralastirilsa anesteziyalash davomiyligi ortadi.

Gastroskopiya

Me'dani maxsus optik ko'rish tizimi gastofibroskop yordamida ko'rib tekshirish usuliga gastroskopiya deyiladi.

Ko'rsatmalar:

- me'daning o'tkir, surunkali yallig'lanishiga, xavfli, xavfsiz o'sma kasalliklariga tashxis qo'yish uchun
- me'da kasalliklariga solishtirma tashxis qo'yish uchun
- biopsiya qilish uchun
- me'daning sekretor faoliyati topografiyasini aniqlash uchun
- me'da kasalliklarini turli xil usullarda davolashni baholash uchun
- me'da kasalliklarini davolash, shuningdek operatsiya amaliyotini bajarish uchun

- me'dada yot jism bo'lganda olib tashlash uchun
 - me'da-ichaklarning yuqori qismida tutilish bo'lganda
 - me'da qon tomirlaridan qon oqqanda koagulyatsiyalash uchun
- Bemorlarni tayyorlash, premedikatsiya, anesteziya huddi yuqoridagidek.

Duodenofibroskopiya

Duodeno fibroskopiya tekshirish usulida yuqori gorizontaal va 12 barmoqli ichakning chiqish qismi ko'riladi. 10—12 mm, 1255—1360 mm uzunlikdagi biopsiya kanali 2—2,8 mm diametrlil optik yoritkichi yon tomonida bo'lgan endoskop ishlatiladi.

Ko'rsatmasi:

- sariqlik
- me'da-ichakdan qon ketishi me'da-ichak tizimining yuqori tutilishi
- 12 barmoqli ichak, me'da osti bezi sohasi kasalliklarida
- 12 barmoqli ichakning o'zgarishlari va 12 barmoqli ichakning katta so'rg'ichlarini (pH muhitini, o't tushishi tekshirish) faoliyatlarini o'rganish uchun
- endoskopik retrograd - pankreotolangiografiya qilish uchun
- 12 barmoqli ichak, 12 barmoqli ichak katta so'rg'ichi, jigardan tashqari o't yo'llari kasalliklarini dorilar, endoskop, xirurgik usullarda davolash holatini bahalash uchun.

Bemorlarni tayyorlash, premedikatsiya, anesteziya (ezafagoskopiyaga qarang).

Xromosistoskopiya

Siydik qopchasini optik ko'rish tizimini xromosistoskop yordamida ko'rib tekshirish usuliga xromosistoskop deyiladi.

Ko'rsatma:

- siydik qopchasi shilliq qavati kasalliklariga tashxis qo'yish uchun;
- tashxis qo'yish maqsadida;
- to'qimalarning patologik o'zgarishini biopsiya qilish uchun;
- davolash maqsadida;

Urologik endoskopik xonaning jihozlanishi: urologik kreslo, vintlik taburetka, riostat transformatr, ko'rish, katetrlovchi va operatsiya qiluvchi sistoskopl, siydik qopchasini to'ldirish va yuvish uchun sistema, steril stol va boshqalar.

Torokoskopiya

Torokoskopiya (plevroskopiya) endoskop yordamida plevra bo'shlig'ini tekshirish.

Ko'rsatma:

- noma'lum sababli plevritlar;
- spontan pnevmotoraks;
- plevradagi o'smalar;
- plevra bo'shlig'idagi yot jismlar;
- plevraning vissiral va pariyetal varog'larinig nuqsonlari;
- o'pkadagi, ko'krak qafasi devoridagi va ko'ks oralig'idagi o'sma va yallig'lanish holatlari supplevral joylashganda;
- bronxoplevral oqmalarda.

Jihozlar: 2 xil endoskopdan foydalaniladi: qattiq torokoskop va fibroskop hamda kerakli asboblari.

Bemorlarni tayyorlash, premedikatsiya, anesteziya qilish.

Bemorni to'liq klinik va rentgenologik tekshiruvdan o'tkazish kerak. Agar plevra bo'shlig'ida ko'p suyuqlik bo'lsa, punksiya qilib, suyuqlik chiqazilishi lozim. Yurak yetishmovchiligi bo'lsa, kerakli davo choralari qilinadi. Tekshiruv o'tkazishdan 1 kun oldin bemorga sedativ dorilar beriladi va torokoskopiya qilishdan 30—40 daqiqa oldin 2%—1,0 ml promedol va 0,1%—0,5 ml atropin teri ostiga yuboriladi.

Bemorni torokoskopiya qilishda huddi operatsiyaga tayyorlangandek tayyorlaniladi. Torokoskopiya operatsiya xonasida bajariladi, yiringli yallig'lanish bo'lganda bog'lov xonasida bajariladi.

Laporoskopiya

Ko'rsatmalar:

Tashxisi noaniq bo'lgan qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishi belgilarida qilinadi.

Bemorlarni tayyorlash va premedikatsiya: qorin bo'shlig'i a'zolari operatsiyalaridagidek tayyorlanadi. Rejali laporoskopiya qilishda kechqurun va ertalab ichaklar huqna qilib tozalanadi, ovqat yeyilmaydi, qorin devoridagi tuklar tozalanib, 0,25% novokain bilan mahalliy og'riqsizlantirib laporoskopiya o'tkaziladi. Ruhiy kasalliklar va shokda, qo'zg'alish holatlarida umumiy narkoz beriladi.

Jihozlanish bitta va ikkita asbobli kanalli, 5 dan 15 mm diametrlilik, yon yo'nalishli tizimli yoritkichli laporoskoplar, biopsiya, koagulyatsiya va boshqa jarrohlik amaliyotlarini bajarish uchun asboblari, fotoapparatlar bo'ladi.

Rektoromanoskopiya

To'g'ri ichak va sigmasimon ichakning distal qismining shilliq qavatlarini ko'rish uchun ishlatiladi.

Ko'rsatma:

- dezinteriyaga gumon qilinganda;
- yo'g'on ichaklar disfunktsiyasida;
- axlatda patologik ajralmalar bo'lganda;
- to'g'ri va sigmasimon ichaklarda polipoz va o'sma gumon qilinganda;
- surunkali dezinteriyada.

Jihozlar: P-60 modelidagi rektoskop 2,5 sm diametrli 20—25 va 30 sm uzunlikdagi nikellangan ichki qismi ko'zguli metall naydan iborat bo'lib, har bir nayning uch qismida yoritkich lampasi bor. Tekshirish jarayonida ichakni shikastlab qo'ymaslik uchun apparatga yo'g'on sterjinli oleva uchigacha kirgiziladi, oleva ichakning tashqi teshigidan osonlik bilan kirishga va yo'g'on ichak bo'ylab erkin harakat qilishga yordam beradi.

Kolonoskopiya

Yo'g'on ichaklarning optik ko'rish tizimini kolonoskop yordamida ko'rib tekshirishga kolonoskopiya deyiladi.

Ko'rsatma:

- klinik va rentgenologik tekshirganda xavfsiz va xavfli o'sma kasalliklari belgilari bo'lganda;
- yo'g'on ichak kasalligini aniqlash va jarrohlik amaliyoti hajmini aniqlash uchun;
- tashxis qo'yishda morfologik darajasini aniqlash;
- ichaklar tutilishida;
- qon ketishda;
- yot jism bo'lganda;
- chambar ichak kasalliklari va shikastlanishlarda.

Jihozlash. Tashxis qo'yish uchun va operatsiya qilish uchun kolonoskoplar 9—16mm diametrli, 65 dan 175 sm uzunlikdagi, operatsiya qilish uchun ikkita; a) asboblardan uchun; b) kolonoskopiya ko'rish uchun kanali bor kolonoskoplar ishlatiladi.

Bemorlarni tayyorlash, primedikatsiya, anesteziyalash; yo'g'on ichak axlat moddadan, suyuqlik, shilliqdan tozalanadi. Eng asosiysi bemorni yaxshi tayyorlanilsa, tekshirish natijasi yaxshi bo'ladi. Buning uchun shlaklarsiz parhez ovqatlar buyuriladi va surgidorilar

bilan ichak tozalanadi va huqna qilinadi. Surgi dorilardan 60—80 ml kanakunjut moyi, 140 mg senna, 125—250 ml 25% magneziiy sulfat eritmasi tekshirishdan 1 sutka oldin beriladi. Tekshirishdan 4—5 soat oldin 5%—1500 ml mannit beriladi. Tekshirishdan 15—17 soat oldin kunduzgi 30—60 gr kanakunjut moyi ichkizilib, bemorni ichi kelgandan so'ng 2 marta 1—1,5 litr suv bilan tozalov huqna qilinadi 1—2 soat oralatib, tekshirishdan oldin ertalab yana 2 marta tozalov huqna qilinadi. Tozalov huqnasi qilingandan 2 soat so'ng kolonoskopiya tekshiruvu o'tkaziladi. Bemor og'riq va nohush holatlar sezmasligi uchun og'riqsizlantiruvchi dorilardan qilish mumkin. Endoskopik tekshirishda vaqtida apparatni yuborishda va chiqazishda hamda bemorning ahvolini kuzatib davolash va jarrohlik amaliyotini bajarishda yordam beradi.

Endoskoplarni tozalash, dezinfeksiya qilish va sterillash

Barcha endoskoplarni ishlatilgandan so'ng albatta dezinfeksiyalanadi. Dezinfeksiya qilishdan oldin ular tozalanadi.

Endoskopik tekshiruv o'tkazilgandan so'ng ifloslangan endoskopning (me'da shirasi, qon va boshqalardan) tashqi yuzasi salfetka yordamida artiladi, nay qismidagi ifloslar havo yoki suv yuborish yo'li bilan tozalanadi. Qattiq endoskoplarni tozalashdan oldin qismlarga ajratiladi. Endoskopni tozalashda tibbiyot xodimi xalat kiyib, rezina fartuk tutib va rezina qo'lqop kiygan holda bajariishi kerak. Ishlatilgan shprislarni, salfetkalarini dezinfeksiya qilish uchun 1 soatga dezinfeksiyalovchi eritmaga botiriladi. Tozalangan endoskop birorta xlor saqlovchi moddalar yordamida dezinfeksiya qilinadi.

Endoskoplarni 0,5% xlorgeksidin, biglyukonatning suvdagi yoki spirdagi eritmasida 76% etil spirtida; 4% vodorod peroksidida; 0,5% yuvuvchi modda aralashmasida 20-22°C isitilgan holda bo'ktirish yo'li bilan dezinfeksiyalanadi.

Endoskopning qattiq metall qismlari, qaynatilib, bug' ostida, quruq, issiq usullarida dezinfeksiyalanadi.

Endoskoplarni dezinfeksiya qilingandan so'ng sterillashdan oldingi tozalovdan o'tkaziladi. Buning uchun birorta yuvuvchi modda va vodorod peroksidning, suv aralashmasi bo'ktirilib va har bir qismi alohida yuviladi. Keyin endoskopni qattiq qismlari distillangan suvda chayiladi va quruq choyshab ustiga nomi ketguncha qo'yiladi.

Yumshoq endoskoplarning yuvuvchi eritmaga bo'ktirilgandan so'ng asboblarning nay qismlari shpris yordamida bosim bilan yuviladi va cho'tka yordamida tozalanadi. Keyin nay ichki qismlari havo yuborib quritiladi.

Endoskoplarni sterillashda 2,5% li glutar aldegid, saydeks; formaldegidni etil spirti aralashmasi bug'ida 150 mg/l yoki etilen oksidida 1200 mg/l; termik usulda; bug'da 132°C va issiq havoda 180°C usullari qo'llaniladi.

Sterillash tugatilgach, endoskoplarning sterillovchi moddalar qoldiqlaridan tozalash uchun steril suvda yuviladi. Endoskoplarni sterillashda tibbiyot xodimi barcha aseptika qoidalariga amal qilgan holda bajarishi kerak.

Endoskopning sterilligini nazorat qilishni bakteriologik laboratoriya, sanitariya-epidemiologiya stansiyalari xodimlari olib boradilar, bir yilda 2 marta, bakteriologik laboratoriya 1 oyda 1 marta o'tkazilishi shart.

9 - B o b

OPERATSIYADAN KEYINGI DAVR

Operatsiyani tugallab, jarrohlik bo'limidan uyga jo'natilib, ish qobiliyati tiklanguncha bo'lgan davrni operatsiyadan keyingi davr deb ataladi. Operatsiyaning turi va hajmiga, bemorning umuiy ahvoriga ko'ra bu davr bir necha kundan bir necha oygacha cho'zilishi mumkin. Jarrohlik operatsiyaning natijasi ko'p jihatdan operatsiyadan keyingi davrning qanday o'tkazilganiga bog'liq. Operatsiyadan keyingi davrning bemorlarni pravariish qilishda o'rta tibbiyot xodimining o'rni katta. Vrach ko'rsatmalarini to'g'ri va o'z vaqtida bajarish hamda bemorga mehribonlik qilish uning tez sog'ayib ketishi uchun sharoit yaratib beradi.

Bemorlarni operatsiya xonasidan transportirovka qilish. Bemorni operatsiya xonasidan operatsiyadan keyingi xonaga anesteziolog-vrach yoki operatsiyadan keyin yotiladigan xonaning tibbiyot hamshirasi boshchiligida olib kelinadi. Bunda qo'shimcha shikast yuz berishidan, bog'lamning surilib ketishidan, gips bog'lamning sinib qolishidan ehtiyot bo'lish kerak. Bemorni operatsiya stolidan katalkaga (aravachaga) solinadi va katalkani operatsiyadan keyingi xonaga yurgizib kelinadi. Zambil qo'yilgan katalkaning bosh tomonini karavotning oyoq tomoniga to'g'ri burchak ostida qo'yiladi. Bemorni boshqa vaziyatda olib yotqizilsa ham bo'ladi: zambilning oyoq tomonini karavotning bosh tomoniga qo'yiladi va bemorni karavotga olinadi.

Bemor xonasini va o'rin-ko'rpani tayyorlash. Hozirgi vaqtda umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladigan, ayniqsa murakkab operatsiyalarda bemorlarni 2—4 kun reanimatsiya bo'limiga joylashtiriladi. Keyinchalik ularning ahvoriga qarab, operatsiyadan keyingi yoki umumiy xonaga o'tkaziladi. Operatsiyadan keyin bemorlar yotadigan xona katta bo'lmisligi (ko'pi bilan 2—3 kishilik bo'lishi) kerak. Bemor yotgan xonada kislorodni markaziy uzatish tizimi va reanimatsion tadbirlar o'tkazish uchun zarur asboblardan, apparatlar hamda dori-darmonlar to'plami bo'lishi shart.

Odatda bemorga qulay vaziyat yaratish imkonini beradigan funksional karavotlar qo'yiladi. Karavotga toza choyshablar yoziladi, choyshab ostiga kleyonka solinadi. Bemorni yotqizishdan oldin o'rin joy isitiladi.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar ko'p terlaydi, shunga ko'ra ich kiyimlarni alishtirishga to'g'ri keladi. Ich kiyimlari muayyan tartib bilan alishtiriladi. Avval ko'ylakning orqa etagi ehtiyotlik bilan tortiladi va boshdan chiqarib ko'krakka tushiriladi, so'ngra yenglarini, oldin sog'lom qo'ldan, keyin kasal qo'ldan yechiladi. Ko'ylakni teskari tartibda kiyiladi: avval kasal qo'lga, so'ngra sog'lom qo'lga, undan keyin boshdan o'tkazib, yelkaga tortiladi va burmalari to'g'rilanadi. Choyshab quyidagi tartibda alishtiriladi. Bemorni yonboshiga buriladi va karavot chetiga suriladi. Choyshabning bo'sh turgan yarmini bemorning yelkasiga suriladi. To'shakning bo'shab qolgan qismiga toza choyshab yoziladi, bemorni aylantirib toza choyshabga chalqancha yotqiziladi. Kir choyshab yig'ishtiriladi, tozasi esa tekis qilib yoyiladi.

Yotoq yaralar, ayniqsa dumg'aza sohasida paydo bo'lishiga yo'l qo'ymaslik uchun bemorni choyshabga o'ralgach, ichiga havo puflangan rezina chambarga yotqizilib, ustiga ko'rpa yopib qo'yiladi. Uni juda ham issiq qilib o'rab-chirmash yaramaydi.

Bemorlarni kuzatish va parvarish qilish. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni kuzatishda tibbiyot hamshirasining o'rni katta. Operatsiyadan chiqqan bemorlar yoniga hamshira posti tayinlanadi.

Tibbiyot hamshirasi asosiy organlar faoliyati ko'rsatkichlari: puls, nafas, arterial bosim, harorat, ichilgan va ajratilgan (siydik bilan, plevra yoki qorin bo'shlig'idan) suyuqlik miqdorini yozib borishi kerak.

Bemorning shikoyatlarini hisobga olish lozim. Bemorning yuz qiyofasiga (iztirobli, osoyishta, tetik va hokazo), terisining rangiga (bo'zargan, qizargan, ko'kargan) va ushlab ko'rilganda ularning haroratiga ahamiyat berishi zarur. Tana haroratini albatta o'lchab turish (pasaygan, normal, oshgan), bemorni muntazam ravishda umumiy ko'zdan kechirib borish lozim. Hayot uchun zarur a'zo va tizimlar holati ustidan sinchiklab kuzatib turishi zarur.

Bemorlarga qarashni to'g'ri uyushtirish turli xil asoratlar-ning oldini olishda eng yaxshi chora hisoblanadi.

Yurak-tomirlar tizimi. Yurak-tomirlar tizimining ishi to'g'risida puls, arterial bosim, terining tusiga qarab xulosa chiqariladi. Pulsning sekinlashishi va tarangligining oshishi (1 daqiqada 40—50 marta uradi) shish va miyaga qon quyilishi, meningit sababli markaziy asab tizimi faoliyatining buzilganligidan dalolat berishi mumkin. Arterial bosimning pasayib ketishi va terining bo'zarishi bilan pulsning tezlashishi va zaiflashishi (1 daqiqada 10 martadan ko'p uradi) ikkilamchi shok rivojlanganda yoki qon ketganda yuz berishi ehtimolidir. Agar xuddi shunday manzara to'satdan yuz bersa va ko'krakda og'riq paydo bo'lishi, qon tupurish bilan o'tsa, bu holda bemorda o'pka arteriyasi emboliyasi borligi to'g'risida fikr yuritish mumkin. Bu patologiyada bemor bir necha soniya ichida halok bo'lishi mumkin. Shokka qarshi tadbirlar o'tkazish (qon va qon o'rnini bosadigan suyuqliklar quyish, yurak va tomirlar fao-liyatini oshiradigan vositalar) ikkilamchi shokning oldini olish, davolashning asosi hisoblanadi.

Nafas a'zolari. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda operatsion sohaning qayerdaligidan qat'iy nazar, nafas harakatining kamayishi (og'riq, bemorning majburiy holat egallashi), bronxial moddaning yig'ilib qolishi (balg'amning yetarlicha ajralmasligi) hisobiga o'pka ventilyatsiyasining kamayishi (tez va yuzaki nafas olish) sodir bo'ladi. Bunday holat o'pka yetishmovchiligi va o'pka-ni yallig'lanishiga olib kelishi mumkin. Tibbiyot hamshirasi yordamida bemorlarning erta faol harakat qilishi, davo fizkultura-si, uqalash, muntazam ravishda kislorod ingolyatsiyasi qilish, antibiotiklar bilan davolash, vaqti-vaqtda balg'am ajratib turish, o'pka yetishmovchiligi va operatsiyadan keyingi o'pka yallig'lanishining oldini olishdir.

Xazm organlari. Har qanday operatsiya, hatto u hazm organlarida o'tkazilmagan bo'lsa ham hazm organlari faoliyatiga ta'sir qiladi. Markaziy asab tizimining tormozlovchi ta'siri,

bemorning kam harakat qilishi hazm organlarida muayyan disfunksiyani vujudga keltiradi. Hazm organlari ahvoli haqida muhim ma'lumotni tilni ko'zdan kechirilganda bilish mumkin.

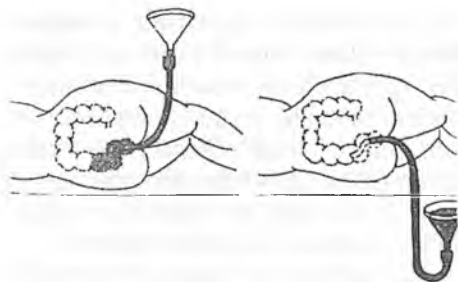
Til quruqligi organizmning suyuqlik yo'qotganidan va suv almashinuvining buzilishidan dalolat beradi. Quruq va yoriqlari bo'lgani holda tilning quyuq, qo'ng'ir karash bilan qoplanishi qorin bo'shlig'idagi patologiyada — etiologiyasi turlicha bo'lgan peritonitda, me'da-ichak yo'llari parezida kuzitilishi mumkin.

Og'iz quruqshaganda og'iz bo'shlig'ida nordon suv bilan, yoriqlar paydo bo'lganda esa natriy bikorbonat eritmasi bilan (bir stakan suvga 1 choy qoshiq), 2% li borat kislotasi eritmasi, vodorod peroksid (bir stakan suvga 2 choy qoshiq), 1:400 kaliy permanganat eritmasi bilan chayish va artish, glitserin surtish tavsiya qilinadi. Og'iz bo'shlig'i quruq bo'lganda stomatit (shilliq pardasining yallig'lanishi) yoki parotit (quloq oldi bezining yallig'lanishi) ro'y berishi mumkin. So'lak ajralishini kuchaytirish maqsadida suvga limon suvi yoki zirk suvidan qo'shiladi. 3—4 tomchi 1% li pilokarpinni til ostiga tomizish mumkin.

Ko'ngil aynishi va qusish narkoz, organizmning intoksikatsiyasi, ichaklarning tutilib qolishi, peritonit oqibatida yuz berishi mumkin. Ko'ngil ayniganda va qusganda buning sababini aniqlash zarur. Qusishda birinchi yordam: boshni chetga burib engashtirish, burun orqali ingichka zond kiritish va me'dani yuvishdan iborat. Dori vositalari (atropin, novokain, aminazin, etaperazin, serukal, aeron, pipolfen) qo'llanish ham mumkin. Qusuq mas-salarining tiqilib qolishi yuz bermasligini kuzatib turish zarur.

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

Meteriozm (qorin dam bo'lishi). Operatsiyadan keyin ichaklar parezi meteriozm sabablaridan hisoblanadi. Meteorizmni yo'qotish maqsadida quyidagi tadbirlarni og'ishmay amalga oshirish tavsiya qilinadi: 1) bemorni vaqti-vaqti bilan o'rnidan turg'izish, to'g'ri ichagiga gaz haydaydigan naycha qo'yish, tozalash huqnasi yoki gipertonik huqna (5% li natriy xlorid eritmasidan 150-200 ml) qilish, venaga 10% li kalsiy xlorid eritmasidan 1—2 ml yuborish kerak; 2) parezning og'ir hollarida sifonli huqna buyuriladi. Sig'imi 1—2 l voronkaga rezina naycha kiygizib, uning



55-rasm.



56-rasm.

ikkinchi uchini to'g'ri ichakka kiritiladi, voronkaga uy harorati-dagi suv quyilib, voronkani yuqoriga ko'tariladi, suv yo'g'on ichakka boradi; voronka pastga tushirilganda suv axlat massalari va gazlar bilan voronkaga tushadi, huqna uchun 10—12 l suv talab etiladi. (55-rasm) Qator hollarda paranefral novokain blokadasidan foydalaniladi (100 ml 0,25% li novokain eritmasini paranefral kletchatkaga yuboriladi), blokada ikki tomondan qilinishi mumkin.

Bu tadbirlardan tashqari, quyosh chigalini galvanizatsiya yoki diatermiya qilish venaga sorbitolni tomchilab yuborishdan foydalanish mumkin. Oqne bo'yicha huqna (30 ml dan glitserin, vodorod peroksid, 10% li natriy xlorid va 150 mg suv).

Qabziyat. Erta faol harakatlar qilish qabziyatning oldini olishda eng yaxshi chora hisoblanadi. Ovqatda ko'p miqdorda kletchatka bo'lishi va ichni yumshatadigan ta'sir ko'rsatish (qatiq, kefir, mevalar) kerak. Huqna qilish mumkin.

Ich ketishi. Sabablari turli-tuman: asab reflektor, axilik (me'da shirasi kislotaligi pasayib ketganda), enteritlar, kolitlar, peritonitlar, ichak disbakteriozi va boshqalar. Ich ketishini davolash asosiy kasallikka qarshi kurashishdan iborat. Axilik ich ketishida xlorid kislotasi bilan pepsin buyurish yaxshi natija beradi.

Siydik ajratish tizimi. Normada odam sutkasiga 1500 ml siydik ajratadi. Biroq qator hollarda buyrak faoliyatining buzilib (asab-reflektor, intoksikatsiya sababli va hokazo) siydik ajratilishi hatto uzil-kesil to'xtab qolishgacha boradi (anuriya). Ba'zan buyrak normal ishlab turgani holda siydik ajratilishning tutilishi — ishuriya kuzatilib, bu aksariyat asab-reflektor xarakterda bo'ladi.

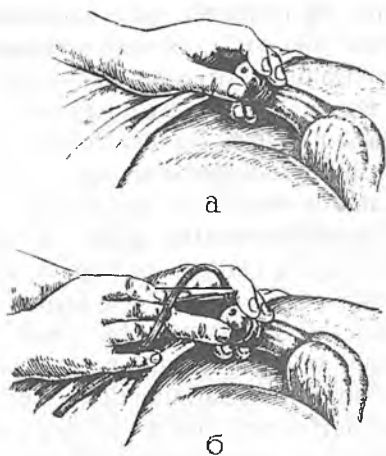
Anuriyada paranefral novokain blokadasi, buyrak sohasiga diatermiya qilish, pilokarpin, siydik haydovchi dorilar yordam beradi. Anuriya davom etaverganda va uremiya paydo bo'lganda bemorni «sun'iy buyrak» apparati bilan gemodializ qilinadi.

Anuriyada paranefral novokain blokadasi, buyrak sohasiga diatermiya qilish, pilokarpin, siydik haydovchi dorilar yordam beradi. Anuriya davom eta-

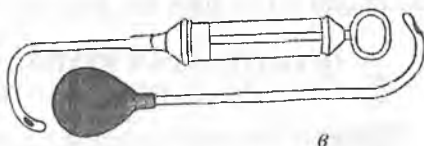
verganda va uremiya paydo bo'lganda, bemorni isitilgan sudnaga o'tqazish yoki yotqizib qo'yish, tog'oraga suvni tomchilatib tushirish (refleks yo'li bilan ta'sir qilish) mumkin. Shu tadbirlar yaxshi natija bermaganda vrach ko'rsatmasi bo'yicha qovuq kateterizatsiya qilinadi. 56, 57, 58-rasm. Narkotiklar (morfin, omnopon) qo'llanilgandan keyin ko'pincha siydik ushlanib qoladi.

Asab-ruhiy tizimi.

Operatsiyadan keyingi davrda ruhiy holat katta ahamiyatga ega. Injiq, besaramjon bemor tartib va muolajalarni yaxshi bajarmaydi, bu asoratlarga sabab bo'lishi mumkin. Operatsiyadan keyingi davrda asab-ruhiy zo'riqishni bartaraf etish zarur, bunga dorilar bilan davolash bilangina emas, balki yaxshi parvarish qilish bilan ham erishiladi.



57-рasm.



58-рasm.

Bog‘lamga qarab turish. Narkoz ta’siri o‘tib bo‘lgandan so‘ng bemor bezovtalanib, turli harakatlar qilib bog‘lamni tasodifan yechib yoki surib yuborishi natijasida qon oqishi yoki jarohatga infeksiya tushib yiringlanishi mumkin.

Bemor tinch holatda yotganida ham bog‘lamga qon shimilib qolishi mumkin. Bunday hollarning hammasida ham tibbiyot hamshirasi zudlik bilan vrachga xabar berishi shart. Odatda bunday holatlarda bog‘lamlar alishtiriladi.

Terini parvarish qilish. Badan terisiga yaxshi e’tibor berilmaganda ko‘pincha suyaklarning bo‘rtgan joylarida yotoq yaralar paydo bo‘ladi. Bu asoratlar og‘ir yotgan bemorlarda tashqi (ekzogen) va ichki (endogen) omillarning qo‘shilib ketishi ta’sirida paydo bo‘ladi. Birinchi omillarga to‘shak choyshab burmalarining dumg‘aza, tovon, sohasida ya’ni suyak bilan teri o‘rtasida teri osti kletchatkasi sust rivojlangan joyda teriga uzoq vaqtgacha mexanik bosim tushishi ta’siridir. Ikkinchi omillarga trofikaning buzilishi: mikrosirkulyatsiyaning izdan chiqishi metabolik atsidoz gipoproteinemiya kiradi. Klinik jihatdan bu terining qizarishi (giperemiya) bilan ifodalanadi. Keyinchalik bu soha jonsizlanadi, terisi ko‘chadi, to‘qimalar yiringlab, erib ketadi. Bu asoratning oldini olish uchun avvalo parvarish qilish zarur: bemorlarning tez-tez gavdasi vaziyatini o‘zgartirib turish, choyshabdagi burmalarni tekislab turish, tagiga chamber qo‘yish lozim. Badan terisini kamfora spirti bilan muntazam artib turish lozim.

Yotoq yaralar paydo bo‘lganda, birinchi navbatda ularga infeksiya tushishining, ho‘l nekrozga o‘tishining oldini olish kerak. Buning uchun yotoq yaraga va uning atrofidagi teriga 5% li kaliy permanganat eritmasi, 5–10% li yod eritmasi surtiladi, bir-muncha chuqur nekrozlarda esa natriy seninat, Lassar pastasi yoki Vishnevskiy surtmasi surtilgan bog‘lamlar qo‘yiladi. Nekrotik to‘qimalarning ostini yuvish zarur. Ayollarning esa, ichi ketmagan bo‘lsa ham har kuni ostini yuvish shart.

OPERATSIYADAN KEYINGI DAVRDA BEMORNI OVQATLANTIRISH.

Ovqatlanish operatsiyaning hajmi va turiga bog‘liq. Bemorni choynak, qoshiq yordamida ovqatlantirish va unga qusish vaqtida qarash usullari qo‘llaniladi.

1. Me'da-ichak yo'llaridagi operatsiyalardan keyin dastlabki kunlari bemor umuman enteral ovqatlantirilmaligi mumkin, so'ngra unga parhez ovqatlar buyuriladi (bulyon, kisel, qotgan non va boshqalar) stol №1 a yoki stol №1 b berila boshlanadi, keyinchalik asta-sekin umumiy stolga (№15) o'tkaziladi. Sut berish mumkin emas— qorinni dam qiladi (meteorizm). Gastrostoma qo'yilganda me'daga voronka orqali suyuq ovqatlar quyib ovqatlantiriladi. (59-rasm)



59-rasm.

2. Meda-ichak yo'llarining yuqori bo'limidagi (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, glyukoza, qon yuboriladi, ovqatli huqnalar qilinadi. 2—3 kundan boshlab, stol №0 (bulyon, kisel), 4—5 kundan stol №1 a, 6—7 kundan stol №1 b (bo'tqasimon ovqat), 10—12 kundan asoratlar bo'lmaganda bemorni umumiy stolga o'tkaziladi.

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

4. Yo'g'on ichakdagi operatsiyadan so'ng 4—5 sutkagacha bemorning ichi kelmaydigan sharoitlar yaratish zarur. Bemorga kletchatkasi kam ovqat va kuniga 8—10 tomchidan opiy eritmasi beriladi.

5. Og'iz bo'shlig'idagi operatsiyalardan so'ng burun orqali zond kiritiladi va bemorga zond orqali suyuq ovqat (bulyon, qaymoq, sut, kisel) beriladi. (60-rasm)

6. Me'da-ichak yo'llariga aloqador bo'lmagan operatsiyalardan so'ng bemorga dastlabki 1—2 kun ichida stol №1 a yoki №1 b keyinchalik stol №15 buyuriladi.



60-rasm.

Operatsiyadan so'ng bemorning o'rnidan turishi. Bemorning o'rnidan turishiga faqat vrach ruxsat beradi. Hozirgi vaqtda operatsiyaning og'ir-yengilligiga va turiga ko'ra, 2—3 kuni turish tavsiya qilinmoqda.

Choklarni qoldirish muddatlari va olish tartibi. Kichikroq operatsiyalardan keyin (appendektomiya, churrani kesish) choklar 7—8 sutkada olinadi. Qorinni (me'da rezeksiyasi, xolesistektomiya), ko'krak qafasini (pulmoektomiya, lobektomiya) kesib ochish bilan bog'liq bo'lgan operatsiyalarda 9—10 sutkada olinadi. Xavfli o'smalar sababli qilingan operatsiyalardan keyin choklarni olish 12—14 sutkalgacha qoldiriladi, chunki bunday bemorlarda to'qimalar tiklanishi sekinlashgan bo'ladi. Choklar asboblari yordamida olinadi. Choklar sohasiga yod eritmasi surtiladi. Chokning bir uchini pinset bilan tortiladi va teri ostidan ipning to'qimalarda turgan qismini (chok materialining oq qismini) tortib olinadi. Ipni bu sohadan qaychi yoki skalpel bilan qirqiladi va olib tashlanadi. Operatsion maydonga yana yod eritmasidan surtib aseptik bog'lam bilan yopiladi.

BOLALARNI OPERATSIYADAN KEYIN PARVARISH QILISH

Kichikroq, ayniqsa mahalliy anesteziya oldida o'tkaziladigan operatsiyalardan so'ng bolani umumiy xonaga yotqizish mumkin. Chaqaloq bolani onasiga beriladi. Katta operatsiyalardan so'ng bolani reanimatsion tadbirlar o'tkazish imkonini beradigan apparatlar bilan jihozlangan, operatsiyadan keyingi maxsus xonaga yotqiziladi.

Bolalar sovuqqa chidamsiz bo'ladi, shunga ko'ra operatsiya xonasida ham, operatsiyadan keyin yotiladigan xonada ham havo harorati 20—22°C bo'lishi kerak. Oy-kuniga yetmay tug'ilgan va chaqaloq bolalarga maxsus xonalar ajratish zarur, ularda harorat 22—26°C atrofida saqlanishi kerak. Havo harorati 34—37°C bo'lgan ochiq yoki yopiq kuvezlardan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Narkoz berib qilingan operatsiyadan so'ng dastlabki soatlarda bolani chalqancha yotqizish tavsiya etiladi. Kollaps ro'y berishi ehtimoli borligidan gavdaning bosh qismini birdaniga ko'tarishdan ehtiyot bo'lish kerak.

Bolaga qusayotgan paytda qarab turish zarur. Bunday hollarda boshini yon tomonga burish kerak. Qusishdan so'ng og'zini paxta tampon bilan artish lozim. Operatsiyadan keyin ertasi kuni gavdaning yuqori qismini 30^o burchakka ko'tariladi.

Parvarish xususiyatlari operatsiyaning turi va og'ir-yengilligiga bog'liq. Yurak, katta tomirlar, o'pka, qizilo'ngachdagi operatsiyalardan so'ng bolalar reanimatsion palatasida dastlabki 1—2 kungacha vrachlik posti tashkil qilinadi.

Bog'lamni qunt bilan tekshirib borish zarur. Chot va qorinning pastki qismidagi jarohatlarda nam o'tkazmaydigan materiallar (kleyonka, polixlorvinil parda va boshqalar)dan foydalanib, alohida ehtiyot choralarini ko'rish lozim. Drenaj naychalar va doimiy kateterlarni ayniqsa diqqat bilan kuzatib borish zarur. Bolalar ulardan tezroq qutilishga urinib, olib tashlashlari mumkin.

Og'riqni yo'qitish uchun barbituratlar buyuriladi, bular ayni vaqtda bolalarni tinchlantiradi va uyqusini yaxshilaydi. Narkotiklar juda zarur holatlardagina qo'llaniladi.

Mahalliy anesteziya qilib o'tkazilgan operatsiyalardan keyin operatsiyaning turi bo'yicha imkoniyat bo'lsa, operatsiya o'tishi bilan suv ichishga (qoshiqlab shirin choy) ruxsat etiladi.

Narkozdan so'ng va bemor qusmayotgan bo'lsa, 4—6 soatdan keyin suv ichish mumkin.

Bemorga operatsiyadan 6—8 soat o'tgach ovqat berila boshlanadi. Ovqatning tarkibi va miqdori bolaning yoshiga, kasallikning va operatsiyaning turiga bog'liq. Suv-tuz va oqsil almashinuvini tiklashda yetarli miqdorda vitaminlar bilan ta'minlashning ahamiyati katta.

Yelning normal chiqishi uchun bir necha kun surunkasiga gaz haydovchi naycha kiritish tavsiya etiladi.

Har qanday operatsiyalardan, ayniqsa ko'krak bo'shlig'i a'zolaridagi operatsiyalardan so'ng kislorod qo'llanish zarur.

Gipertermiya. Bolalar yoshining xususiyati shundan iboratki, hatto kichikroq operatsiyalardan keyin ham harorat 40—41^oS gacha ko'tarilib ketishi mumkin.

Ranglar gipertermiya sindromi (Ombredan sindromi) ayniqsa xavfli. Operatsiyadan, hatto kichik operatsiyadan so'ng bir necha soat o'tgach, og'riqsizlantirishning turidan qat'iy nazar, harorat 40—41^oC gacha ko'tarilishi mumkin. Yuz oqarib ketadi, keskin kollaps yuz 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 ichakni asta-sekin takror yuviladi, havo sovutgich bilan sovutiladi. Venaga 5% li sovutilgan glyukoza eritmasi, muskullar orasiga bemorning 1 kg massasiga 0,5 ml hisobida 1% li dimedrol eritmasi analgin bilan birga (biroq ko'pi bilan 20—25 ml) yuboriladi.

Talvasalar tutishi. Talvasa tutishga moyillik operatsiya qilingan bolalar uchun xos belgi hisoblanadi. Talvasa tutishi gipoksiya, gipertoniya, novokain dozasining oshirib yuborilishi, miya po'stlog'i harakat sohasining geksenal yoki tiopental bilan ta'sirlanishi, haroratning yuqoriligi, bosh suyagi ichiga qon quyilishi, gipergidratatsiya oqibatida sodir bo'lishi mumkin. Davo talvasa tutishini keltirib chiqargan sabablarni yo'qotishdan iboratdir.

O'tkir nafas yetishmovchiligi. Ko'pincha yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi oqibatida, kamroq markaziy asab tizimi tomonidan vujudga keladi.

Belgilari: qattiq 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 olish to'satdan to'xtab qolishi mumkin. Profilaktikasi qusuq massasi bilan tiqilish oldini olish, burun-halqumni shilimshiqdan muntazam tozalab turish, kiritiladigan suyuqlik miqdorini qattiq kuzatib turish, vaqti-vaqti bilan kislorod berib turish, 1 daqiqada 20—22 martadan og'izdan-og'izga usulida sun'iy nafas oldirishdan iborat («Reanimatsiya»ga q.)

O'tkir yurak-tomirlar yetishmovchiligi. Operatsiya qilingan bola ahvolining tobora yomonlashib borishi bilan ta'riflanadi. Loqaydlik va tevarak-atrofdagi voqealarga qiziqishning yo'qolishi o'rnini og'riqqa ta'sirning yo'qligi egallaydi, barmoqlarining oxirgi bo'g'imlari ko'kimtir tusga kiradi, puls ipsimon va yumshoq bo'lib qoladi, arterial bosim pasaygan, teri kulrangnamo tusga kirgan, nam, yurak tonlari pasaygan. Yurak-tomirlar yetishmovchiligining belgilari paydo bo'lishi hamono tomirlarga qo'llaniladigan vositalar — yoshga qarab kordiamin, efedrin yuboriladi, kislorod beriladi, bolaning boshi past qilib qo'yiladi. Yurak to'xtab qolganda, yoki yurak faoliyati

birdaniga sustlashganda, yurakni yopiq uqalash kerak. Bu muolaja yurakning — to'shning orqa sathi va umurtqa pog'onasining oldingi sathi o'rtasida bosilishini ta'minlashi kerak. Buning uchun kichik yoshdagi bolalarda yopiq uqalash bajarayotgan shaxs to'rtala barmog'ining kaft yuzalari bilan to'shning uchdan bir pastki qismini 1—2 s interval bilan ritmik turtkisimon bosadi. 8 yoshdan oshgan bolalarda biri ikkinchisining ustiga qo'yilgan ikkita qo'lning kaftlari bilan bosiladi. Odatda yopiq uqalash sun'iy nafas oldirish bilan qo'shib olib boriladi.

Yoshi ulg'aygan keksa yoshdagi bemorlarni operatsiyadan keyin parvarish qilish. Bu guruhdagi bemorlar o'pka asoratlariiga moyil bo'ladilar, shuning uchun operatsiyaning birinchi kunidan asoratlarning oldini olish uchun profilaktik choralar ko'riladi: o'rinda qaddini baland qilib yotqiziladi, u yonboshidan bu yonboshiga aylantirish ertaroq boshlanadi, ko'krakka galma-galdan bankalar va gorchichniklar qo'yiladi, traxeo-bronxial shoxni yaxshi drenaj qiladigan nafas gimnastikasi o'tkaziladi. Yoshi ulg'aygan kishilar organizmi kislorod tanqisligiga g'oyat sezuvchan bo'ladi, shunga ko'ra ular nam kislorod bilan nafas olishlari kerak.

Tromblar hosil bo'lishiga moyillik qayd qilinadi, bu qonning ivish xususiyatini 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'rnini bosadigan suyuqliklarni 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'qimalarning bosilishiga, bu esa teri qismlarining jonsizlanishiga olib kelishi mumkin. Shunga ko'ra suyuqlikni ham asta-sekin, unga deuritik dorilarni qo'shib va shu sohaga issiq qo'yib, tomchilab yuboriladi. Yoshi ulg'aygan bemorlarga suyuqlikni to'g'ri ichagi orqali yuborgan ma'qul.

Yoshi ulg'aygan kishilarda operatsion jarohatning yuzaga chiqmagan subyektiv sezgilarsiz va belgilarsiz yiringlanishi ko'proq kuzatiladi. Shuning uchun bog'lamni tez-tez almashtirib turish tavsiya etiladi. Vitaminlar to'plami buyuriladi. Badan terisini yaxshi parvarish qilmaslik, tez orada yotoq yaralar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Keksalar kishilarda bunday yaralar hadeganda tuzalmaydi.

OPERATSIYADAN KEYIN YUZ BERADIGAN ASORATLAR

Qon oqishi operatsiyadan so'ng qon oqishini to'xtatish yetarlicha o'tkazilmaganda, qon tomirlar ligatura surilib tushganda, qon ivishi buzilganda ro'y beradi. Qon oqishini yetarli to'xtatilmaganda yoki ligatura surilib tushganda bemorni operatsion stolga qaytadan yotqiziladi, jarohatni sinchiklab ko'zdan kechirib, qon oqishini uzil-kesil to'xtatiladi. Qonning ivishi xususiyati buzilganda qon to'xtatuvchi dorilar (kalsiy xlorid, vikasol, aminokapron kislotasi, yangi sitrat qon va boshqalar) qo'llanish kerak.

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

Bu xatarli asoratning oldini olish texnik jihatdan to'g'ri o'tkazilgan intubatsiya hisoblanadi.

Davolash — anitgistamin preparatlar (dimedrol, pipolfen, suprastin); shishga qarshi dorilar (kalsiy xlorid, gidrokartizon) qo'llanish; mentol, sodali eritma, namlangan kislorod ingolyatsiyasi - ko'krakka gorchichniklar, oyoqqa grelkalar tayyorlanadi (chalg'ituvchi terapiya). Konservativ davolash naf bermaganda traxeostomiya qilinadi.

O'pka shishi. O'tkir yurak-tomirlar yetishmovchiligi va o'pkada qon dimlanib qolishi sababli bo'g'ilish xuruji tutishi bilan belgilanadi. Bo'g'ilishda nafas olish ham, nafas chiqarish ham qiyinlashadi, bu o'lim vahimasi bilan o'tadi. Bemor odatda majburiy holatni egallaydi, oyoqlarini pastga tushirib o'tiradi, terisi ko'kimtir tusda, ter bosgan, nafas olishi keskin tezlashgan, xuruj cho'zilganda chiyillab eshitiladi.

Xuruj quruq yo'tal yoki ko'pikli balg'am ajralish bilan o'tadi. Puls tezlashgan va tarang bo'ladi.

Birinchi yordam shundan iboratki, tibbiyot hamshirasi bemorni o'tqazib, oyoqlarini o'rnidan tushirib qo'yishi, kilorod ingalyatsiyasini ta'minlashi lozim. Venaga 0,5 ml 0,05% li strofantin eritmasi yoki 1ml 0,06% li korglikon eritmasi 20 ml izotonik eritmasi yoki 5% li glyukoza eritmasi bilan yuboriladi. Shu vaqtning o'zida 2 ml laziks (40mg) yuboriladi. Shu preparatlarni va 10 ml 2,4% 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 yalligʻlanishi; aksari operatsiyadan keyingi davrda organlaridagi katta onkologik operatsiyalardan keyingi davrda darmonsizlangan va yoshi ulgʻaygan kishilarda hazm yoʻllari aʼzolaridagi katta onkologik operatsiyalardan keyin paydo boʻladi. Ogʻiz orqali ovqatlanmaydigan yoki suyuq ovqat ichadigan bemorlarda chaynov mushaklarining faoliyati yoʻqoladi, soʻlak bezlari sekretsiyasi buziladi, ogʻiz boʻshligʻida mikroblar oʻsishi va ularning soʻlak yoʻllari orqali oʻtishiga sharoitlar yaratiladi. Bunda bezning ikkalasi yoki bittasi yalligʻlanadi: ogʻriydi, shishadi, ogʻizni ochish, chaynash gaplashish mumkin boʻlmay qoladi, umumiy ahvol yomonlashadi, harorat koʻtariladi.

Parotitning oldini olish uchun soʻlak bezlari faoliyatini quvvatlab turishga eʼtibor berish, ogʻizni limon boʻlakchasi bilan artish, qora suxari chaynab, uni idishga tuflash ogʻizni kuchsiz antiseptik eritma bilan chayib turish, til ostiga 1% li pilokarpin eritmasidan 3—4 tomchidan kuniga 3 marta tomizish kerak.

Davolash mahalliy isituvchi kompresslar, kontrikal yoki trasilolni 20.000—30.000 TB dan venaga tomchilab yuborish fizioterapiya, kasallikning boshlangʻich davrlarida antibakterial dori buyurishdan iborat, yiringlab ketganda kesiladi va yiringli boʻshliq drenaj qilinadi.

Operatsiyadan keyin yuz beradigan zotiljam aksari koʻkrak qafasidagi va qorin boʻshligʻining yuqori boʻlimidagi operatsiyalardan soʻng paydo boʻladi. Operatsiyadan keyin bemorlar yuzaki nafas oladilar, operatsion choklar sohasidagi ogʻriq sababli yoʻtalib, balgʻam ajratishdan qoʻrqadilar. Nafas yoʻllarida balgʻam tutilib qoladi natijada operatsiyadan soʻng zaiflashib qolgan organizmda oʻpka yalligʻlanishi boshlanishi mumkin. Oldini olish maqsadida bemor oʻzini faol tutishi, balgʻamni ajratib turishi, nafas gimnastikasi bilan shugʻullanishi zarur. Ogʻriq qoldiradigan vositalarni vaqtida yuborish kerak. Teri ostiga 3 ml 20% li kamfora eritmasi bilan 1 ml efirni (shprisga qunt bilan aralashtirib) yuboriladi, gir aylantirib bankalar, gorchichniklar qoʻyiladi, nam kislorod bilan nafas oldiriladi.

Bemorlarda zotiljam paydo boʻlganda harorat koʻtariladi, umumiy holat va nafas olish qiyinlashadi, yoʻtal paydo boʻladi, oʻpkada nam xirillashlar eshitiladi.

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

Operatsiyadan keyin yuz beradigan peritonit aksariyat qorin bo'shlig'ida ichi kovak organlardagi choklarning so'kilishi sababli sodir bo'ladi. Tibbiyot hamshirasi bu xatarli asoratni aniqlay bilishi va bu haqda vrachga o'z vaqtida xabar berishi lozim. Bemorlarning qornida to'satdan o'tkir og'riq paydo bo'ladi, ba'zan og'riq sohasi aniq bilinadi, umumiy ahvoli yomonlashadi, harorat ko'tariladi, pulsi tezlashadi, qattiq tashnalik azob beradi, ko'ngli ayniydi, qusadi, qorning oldingi devoridagi mushaklar taranglashadi. Keyinchalik intoksikatsiyaning kuchayishidan qorindagi og'riq bir oz kamayishi mumkin, bemor qusadi, ichi to'xtab, yel chiqmay qo'yadi. Ichaklar dam bo'lib, diafragmani ko'tarib yuboradi, natijada nafas olish qiyinlashadi, yurak ishi buziladi. Organizm suvsizlanadi, yuz qiyofasi o'zgaradi, ko'zlar ichiga botadi. Zaiflashgan bemorlarda klinik manzara birmuncha boshqacha o'tishi mumkin.

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

Operatsiyadan keyingi psixozlar. Zaiflashgan va oson qo'zg'aladigan bemorlarda operatsiyadan keyingi psixozlar nomini olgan holat paydo bo'lishi mumkin. Ular qo'zg'alangan holatda kuchli harakatlar qilish, harakat qilishning buzilishi, gallyutsinatsiya—yo'q narsalardan vahimaga tushish va alahlash bilan ifodalanadi. Bunday holatdagi bemor karavotdan sakrab tushishi, bog'lamni yechib tashlashi, o'ziga va atrofidagi kishilarga tan jarohati yetkazishi mumkin. Bemorga nasihat qilish uni yotqizishga, tinchlantirishga urinish foyda bermaydi. Bemorning terisi ostiga aminazin (1 ml 2,5% li eritmasi) yoki huqnada xlogidrat (50 ml 40% li eritmasi) yuboriladi. Bemorni tinmay kuzatib turish va psixiatr konsultatsiyasi tashkil qilish zarur. Ba'zan psixoz operatsiyadan keyingi intoksikatsiya, choklarning yetishmasligi kabilardan bo'lishi mumkin. Bu asoratlarni tugatish bemorning ruhiy holatini normaga keltiradi.

Tromboembolik asoratlar. Trombozlar rivojlanishiga venalar varikoz kengaygan, qon ivishi buzilgan, qon oqimi sekinlashgan, operatsiya vaqtida tomirlari shikastlangan shaxslar moyil bo'ladilar.

Vena trombozga uchraganda (tiqilib qolganda) va yallig'langanda tromboflebit vujudga keladi. Venalarning varikoz kengayishi bilan kasallangan shaxslar bilan birga bu asoratga semiz, shuningdek, zaiflashgan, ayniqsa onkologik bemorlar, ko'p tuqqan ayollar moyil bo'ladilar. Bemorlarning bu toifadagilarda tromboz hosil bo'lishi xavfi saqlanib qoladi.

Tromboflebit yuza (aksari boldir) va chuqur venalarda (boldir, chanoq) vujudga kelishi mumkin. Yuza venalar tromboflebiti uchun teri osti venalari sohasidagi og'riq xarakterli hisoblanadi. Bu soha ostida yotgan to'qimalarda yallig'lanish infiltratsiyasi, ba'zan terining o'pkasimon qizarishi, haroratning ko'tarilishi kuzatiladi. Boldirning chuqur venalari tromboflebiti uchun oyoqdagi shish, chuqur venalar sohasida og'riq haroratning ko'tarilishi xarakterlidir. Chanoq venalari tromboflebiti uchun oyoqdagi tutash shish, chanoq bag'rini palpatsiya qilishda og'riq harorat ko'tarilishi kuzatiladi.

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

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

Trombozlarning oldini olishda to'qimalarda qon dimlanishini kamaytirish maqsadida bemorning operatsiyadan keyingi davrdagi faolligi suvsizlanishga qarshi kurash, venalarning varikoz kengayishida oyoqlarga elastik paypoqlar kiyish yoki ularni elastik bintlar bilan bintlashning ahamiyati katta.

Tromboflebitga mahalliy davo qilish moy-balzamli bog'lamlar qo'yish (Vishnevskiy mazi), oyoq vaziyatini baland qilib yotishdan iborat (Beler shinasi, bolish).

Qonning ivish xususiyatini pasaytiradigan dorilar, antikoagulyantlar, fibrinolizin keng qo'llaniladi. Antikoagulyantlar va fibrinolizini qon ivish sistemasi ko'rsatkichlarini, xususan protrambinni nazorat qilib turgan holda qo'llaniladi. Tromboflebitda antibakterial dorilar buyuriladi. O'tkir holatlar tugagandan keyin birlamchi o'tkazilgan operatsiya turi va bemorning umumiy ahvoriga ko'ra tromboflebitni bundan keyingi davolash haqidagi masala hal qilinadi (fizioterapiya, operatsiya qilib davolash).

SHIKASTLANISH SINDROMI

TRAVMATOLOGIYANING UMUMIY MASALALARI

Shikastlanish yoki travma deb, organizmga tashqi omillarning (mexanik, termik, kimyoviy va boshqalarning) birdaniga o'ta kuchli ta'siri keltirib chiqargan kasallikka aytilib, bu omillar a'zo va to'qimalarda anatomik butunlikning, fiziologik faoliyatlarning buzilishiga olib keladi va organizmning mahalliy va umumiy o'zgarishlariga sabab bo'ladi.

Shikastlangan bemorni tekshirish xususiyatlari
Maxsus terminologiyalar

Shifokor kelguncha birinchi yordam ko'rsatish va davo muolajalarini birmuncha samarali o'tkazish uchun hamshira shikastlangan bemorni tekshirish asoslarini bilib olishi kerak. Bo'g'imdagi harakatlar hajmi maxsus asbob - burchak o'lchagich bilan aniqlanadi va darajalarda qayd qilinadi. Burchak o'lchagich uchlarini oyoq yoki qo'lning o'qi bo'ylab qo'yiladi, burchak o'lchagich o'qini esa shu bo'g'imning aylanish o'qiga muvofiq joylashtiriladi. Hisob oyoq yoki qo'lning dastlabki vaziyatiga nisbatan olinadi. Dastlabki vaziyat deganda tana va oyoq-qo'llarning erkin vertikal vaziyatida bo'g'imning holati tushuniladi (chanoqson va tizza bo'g'imlari uchun 180° li burchak, boldir-tovon bo'g'imi uchun 90° burchak dastlabki vaziyat hisoblanadi).

Sagittal tekislikdagi harakat bukish va yozish (fleksiya va ekstenziya) deb yuritiladi. Bunday oyoq va qo'l panjasi uchun oyoq kafti, kaft orqasi va kaftni bukish degan so'zlarni qo'shish lozim.

Frontal tekislikdagi harakatlarni 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 uzilganda va cho'zilganda ro'y beradi. patologik harakatchanlik deb, bo'g'im bo'lma-gandagi (singan, soxta bo'g'im) harakatchanlikka aytiladi.

Oyoq-qo'llarning uzunligi va aylanasini o'lchash uchun san-timetrli lenta ishlatiladi. O'lchashda kasal sohani albatta sog'lom simmetrik soha bilan taqqoslanadi. Solishtirma o'lchamda suyak do'nglari tanish nuqtalari bo'lib xizmat qiladi.

Yelka uzunligini kurakning akromial o'sig'idan to yelkaning tashqi do'ng ustida ko'tarilgan joyigacha aniqlanadi. Bilak uzunligini yelkaning tashqi do'ng ustidagi ko'tarilgan joyidan to bigizsimon o'siqqacha aniqlanadi. Qo'lning boshdan-oyoq uzunligini akromial o'siqdan kaft yuzasi bo'ylab III barmoq oxirigacha aniqlanadi.

Oyoq uzunligini yonbosh suyagining oldingi ustki o'sig'i-dan to ichki to'piqqacha, son uzunligini katta ko'st bilan tizza bo'g'imining bo'g'im yorig'igacha, boldir uzunligini bo'g'im yorig'idan to tashqi to'piqqacha aniqlanadi.

Qisqarish yoki uzaytirishning quyidagi turlari farq qilinadi:

1. Chin (anatomik) qisqarish yoki uzayish. U oyoq yoki qo'l uzunligining anatomik o'zgarishlariga bog'liq. Qisqarish suyak siniqlarining uzunasiga siljishi, o'sishdan orqada qolish va boshqalar natijasida yuz bergan suyak sinishida kuzatiladi. Oyoq yoki qo'lning uzayishi sildan zararlanishning boshlang'ich bosqichlarida (bo'g'imda suyaklarning surilishi — bo'g'im yorig'ining kattalashishi hisobiga) yuz berishi mumkin;

2. Proyeksion qisqarish yoki uzayish oyoq-qo'lning kontraktura yoki ankiloz sababli noto'g'ri vaziyati natijasida kelib chiqadi;

3. Nisbiy (dislokatsion) qisqarish yoki uzayish suyak chiqishi hollarida, birikadigan bitta suyak boshqasiga nisbatan siljiganda kuzatiladi;

4. Bemorning vertikal vaziyatda oyoqning funksional qisqarishi yoki uzayishi (summar qisqarish yoki uzayish) - bu oyoqning chin proyeksion va nisbiy qisqarishi yig'indisidir.

Oyoq (kasal va sog'lom oyoq) aylanasini simmetrik joylarda (suyakning tanish nuqtalaridan ma'lum masofalarda) o'lchanadi. Masalan, o'ng tomondagi son aylanasini katta ko'stdan 10 sm quyida aniqlansa, chap sonni ham shu maso-fadan o'lchash kerak. Odatda aylanani oyoqning yuqori, o'rta va pastki uchdan bir qismlarida o'lchanadi. Muskul kuchini aniqlashning muhim ahamiyati bor.

Muskul kuchiga shartli ravishda besh balli sistema bo'yicha baho beriladi: 1-muskul kuchi normal, 2-muskul kuchining oz-moz pasayishi, 3-muskullarning ro'y-rost parezi, 4-muskul kuchini anchagina pasayishi, 5-muskulning to'liq falajlanishi.

Muskul kuchini odatda gavdaning qarama-qarshi tomonidagi kuch bilan taqqoslanadi. O'lchash uchun maxsus asbob - dinamometr ishlatiladi.

SHIKASTLAR TASNIFI

Tibbiyotda qabul qilingan nomlanish bo'yicha shikastlarning quyidagi turlari farq qilinadi.

I. Shikastga sabab bo'lgan sharoitlarga ko'ra:

1. ishlab chiqarishga aloqador bo'lmagan shikastlar:
 - a) transportda shikastlanish (temir yo'l, avtomobil, tramvay va hokazo);
 - b) piyoda yurishda yuz beradigan shikastlar;
 - v) maishiy shikastlar;
 - g) sport shikastlari;
 - d) boshqa shikastlar;
2. ishlab chiqarish shikastlari (sanoat, qishloq xo'jaligi).
3. ataylab qilingan shikastlar (harbiy va hokazo).

II. Shikastlovchi omil turi bo'yicha:

1. mexanik;
2. termik;
3. kimyoviy;
4. operatsion;
5. nur va boshqalar;

III. Shikastlanish xarakteri bo'yicha:

1. yopiq (teri va shilliq pardalar shikastlanmaydigan);
2. ochiq (teri va shilliq pardalar shikastlanadigan);
3. bo'shliqlarga teshib kiradigan (qorin pardasi, plevra, sinovial parda kabilar shikastlanadi);
4. bo'shliqlarga teshib kirmaydigan (barer to'siqlar shikastlanmaydigan);
5. yakkam-dukkam;
6. ko'p sonli;
7. oddiy (to'qimalarning bitta uchastkasigina shikastlanadigan);
8. kombinatsiya qilinganda shikastlar (bir qancha a'zolar shikastlanadi).

IV. Shikastlaydigan kuch ta'sir qilgan joy bo'yicha:

1. bevosita (shikastlanish kuch tushgan sohada yuz beradigan);
2. bilvosita (shikastlanish kuch tushgan sohadan uzoqda sodir bo'lgan);

V. Ta'sir qilgan vaqti bo'yicha:

1. O'tkir (ta'sir bo'lishi hamono yuz beradi);
2. Surunkali (shikast yetkazuvchi ta'sir ko'p marta ta'sir etganda paydo bo'ladi).

TRAVMATIZM VA UNING PROFILAKTIKASI TO'G'RISIDA TUSHUNCHA

Travmatizim deganda texnika xavfsizligi qoidalariga rioya qilmaslik natijasida yuz beradigan shikastlanishlarga olib kelgan vaqtlarning sabablari tushuniladi.

I. Shikastlanish yuz bergan sharoitlar va joyiga ko'ra:

1. sanoat; 2. qishloq xo'jaligi; 3. transport; 4. sport; 5. maishiy; 6. harbiy travmatizm tafovut qilinadi.

Bunday bo'linishi shu turdagi shikast sababini va yuz bergan sharoitlarni aniqlash imkonini beradi.

Travmatizmning turini hisobga olib, tegishlicha oldini olish choralari ishlab chiqiladi. Travmatizmning oldini olish quyidagi tadbirlardan iborat:

1. mehnat va xavfsizlik texnikasini to'g'ri tashkil etish;
2. ishlovchilarning shaxsiy xavfsizligini yaxshilash;
3. ko'cha harakati qoidalariga rioya qilish va hokazo.

Shikastlarda birinchi yordam uyushtirish

Birinchi yordam uyushtirishda baxtsiz hodisa to'satdan ro'y berishini unutmash kerak. Shikast yuz bergan sharoit va joydan qat'i nazar, shikastlanganga zudlik bilan yordam ko'rsatish va tezda davolash muassasasiga yuborish kerak.

Hodisa yuz bergan joyda quyidagicha yordam ko'rsatish kerak: shikast sabab bo'layotgan omil ta'sirini, qon oqishini to'xtatish, aseptik bog'lam bog'lash, transport immobilizatsiyasi qilish, og'riqsizlantiruvchi dorilar va nafas hamda yurak-tomir sistemalari ishini yaxshilaydigan davolashlar yuborish kerak. Shundan so'ng bemorni transportda davolash muassasasiga ozor yetkazmay olib borishni uyushtirish lozim.

O'zbekistonda shikastlanishda yordamni uyushtirish

Sanoat korxonalari, qurilish tashkilotlarining har bir bo'limlarida, xo'jalik brigadalarida, stadionlar va boshqa joylarda sanitariya birligi tashkil qilinib, uning a'zolari shikastlangan kishiga birinchi yordam ko'rsata oladigan bo'lishi kerak. Sanitariya birligidan tashqari, tibbiy xonalar bo'lib, u yerda o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimlari ishlaydi. Har bir tuman markazida va ayrim shahar poliklinikalarida travmatologik punktlar bo'lib, ularda travmatolog-vrachlar yordam beradilar. Shahar va viloyat kasalxonalarida travmatologik bo'limlar bo'ladi.

Yirik sanoat shaharlarida travmatologiya ilmiy-tekshirish markazlari tashkil etilgan bo'lib, ular O'zbekiston Respublikasi travmatologiya va ortopediya ilmiy tekshirish institutining tarmog'i hisoblanadi. Ilmiy-tekshirish markazlari shikastlarni davolash va oldini olishning yangi usullarini ishlab chiqadi.

Bizning mamlakatimizda hozirgi kunda viloyatlar, shaharlar va tuman markazlarida Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining filiallari va bo'limlari tashkil qilingan bo'lib, travmatologik yordam asosini shikastlangan kishiga hodisa yuz bergan joyda birinchi yordam ko'rsatishdan to ixtisoslashgan davolash muassasalarigacha yuqori malakali yordam ko'rsatish - yuqoriga ko'tarilib boradigan uyg'unlashgan tizim bo'yicha tashkil qilingan.

YOPIQ SHIKASTLAR. MEXANIK SHIKASTLAR

Teri va shilliq pardalarining butunligini buzilmasdan kechadigan shikastlarning hamma turlari yopiq shikastlar jumlasiga kiradi.

Lat yeyish

Lat yeyish deganda kuch ta'sirida yumshoq to'qimalarning anatomik o'zgarishsiz shikastlanishi tushuniladi.

Lat yegan joyning og'rishi, to'qimalarning shishi, teri sezuvchanligini o'zgarishi, qon quyilishi (gematoma) kuzatiladi. Shikastlangan a'zo funksiyalari buzilishi mumkin. Gematoma (qon quyilgan joy) rangi pigmentning asta-sekin parchalanishi munosabati bilan to'q, qizil, ko'kimtir, yashildan to sariq ranggacha o'zgaradi.

Davolash. Shikastlangan sohaga orom beriladi, unga balandroq vaziyat yaratiladi, bosib turadigan bog'lam bog'lanadi. Lat yegan joyga sovuq suv yoki muz solingan xaltacha qo'yiladi. Gematoma katta bo'lsa, ba'zan qon so'rib olinadi yoki to'qimalarni kesib,

gematoma chiqariladi va qon oqishi to'xtatiladi. Lat yeyishdan 2—3 kun o'tgach gematomaning yaxshiroq so'rilishi uchun issiq muolajalar (isituvchi kompresslar, diaterimiya, UVCH) qilinadi.

Boylamlarning cho'zilishi va yirtilishi

Bo'g'imda uning hajmidan oshib ketadigan harakat bo'lganda uni mahkam ushlab turadigan boylam apparati cho'ziladi (uziladi), ba'zan esa yirtiladi. Bo'g'im sohasida og'riq va shish, harakatlarning cheklanishi kuzatiladi. Boylamlar yirtilganda gematoma paydo bo'ladi va harakat keragidan ortiqcha bo'ladi.

Oyoq-qo'lga orom berish zarur. Bo'g'im sohasiga bosib turadigan bog'lam bog'lanadi. Dastlabki kunlari sovuq, keyinchalik issiq muolajalar mahalliy qo'llaniladi. Boylam yirtilganda gips bog'lam qo'yiladi, konservativ davolash yaxshi natija bermaganda operatsiya yo'li bilan davo qilinadi.

Mushakning yirtilishi

Mushak qattiq cho'zilganda va unga kuch kelganda, masalan, og'ir yuk ko'tarilganda u yirtilishi mumkin. Qorin mushaklari va oyoq-qo'llarni yozuvchi mushaklar ko'p yirtiladi. Mushaklar qisman va to'liq yirtilishi mumkin.

Yirtilgan sohani paypaslab ko'rishda, ayniqsa mushak to'liq yirtilganda og'riq seziladi, shikastlangan mushak nuqsoni aniqlanadi. Keyinroq gematoma hosil bo'lishi hisobiga o'smasimon tuzilma paydo bo'ladi. Odatda, shu mushak faoliyati pasayadi yoki butunlay yo'qoladi.

Mushakning yirtilgan qismlarini to'liq darajada yaqinlashtirgan holatda unga orom berish zarur. Shikastlangan sohaga dastlabki kunlari orom berib, sovuq muolajalar buyuriladi. Keyinroq issiq qo'yiladi. Mushak to'liq yirtilganda operatsiya qilinadi — mushakning yirtilgan qismlari tikiladi.

Uzoq muddat bosilish sindromi

Uzoq muddat bosilish sindromi deganda oyoq-qo'llar yumshoq to'qimalarining zilzila vaqtida, bosib qolishda va boshqalarda uzoq muddatgacha turli narsalar (daraxt, toshlar, tuproq va hokazo) ostida bosilishi oqibatida yuz beradigan ma'lum simptomlar yig'indisi tushuniladi. Oyoq yoki qo'lni bosib turgan narsadan ozod qilingandan so'ng to'qimalarda yig'ilgan toksinli moddalar, shuningdek og'riq impulslari oqimi organizmga tushadi va shokni eslatuvchi klinik manzarani keltirib chiqaradi.

Uzoq muddat bosilish sindromining oldini olish va uni davolash oyoq yoki qo'lni bosib turgan narsalardan ehtiyotkorlik bilan asta-sekan ozod qilish, bosilgan joy yuqorisidan jgut bog'lash, g'illofli novokain blokadasi va shokka qarshi tadbirlar o'tkazishdan iborat. Keyinchalik rivojlanayotgan buyrak yetishmovchiligi, toksikoz va oyoq-qo'llardagi mahalliy o'zgarishlarga davo qilinadi.

Chayqalish

Kuchli ta'sir oqibatda to'qimalar butunligi buzilmagan holda ichki a'zolarning shikastlanishi yuz berishi mumkin. Shikastlanishning bu turida jiddiy morfologik o'zgarishlar kuzatilmaydi. A'zo hujayralarida molekulyar shikastlanishlar hajmida o'zgarishlar qayd qilinadi. Bosh miya va orqa miya, o'pka, jigar chayqalishi eng ko'p uchraydi. Chayqalish shu a'zo faoliyatining buzilishiga, yurak-tomirlar faoliyatining pasayib ketishiga (arterial bosim pasaygan, tomir urishi sekin), nafasning (hansirash, yuza nafas olish), bosh miyaning buzilishiga (hushdan ketish) olib keladi.

Davolash. O'z vaqtida kasalxonaga yotqizish zarur. Qat'iy o'rinda yotish tartibiga amal qilish lozim. Keyinchalik davo shikastlangan organ faoliyatini normaga solishga qaratiladi.

Suyak chiqishi

Suyak chiqish deganda kuch ta'sirida bir yoki bir necha suyaklarning bo'g'im yuzasidan patologik siljishi, ularning normal anatomik o'zaro munosabatlarining buzilishi tushuniladi. Suyaklarning to'la chiqishi va chala chiqishi tafovut qilinadi.

Suyak chiqishining quyidagi turlari ma'lum;

1. shikastlanish oqibatida yuz beradigan tarvmatik chiqish;
2. boylam apparati va suyaklarning bo'g'im uchlari zararlanishi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklardan, masalan, o'smalarda, yallig'lanish harayonlarida sodir bo'ladigan patologik chiqishi;
3. tug'ma chiqishi;
4. suyakning bog'lam apparati cho'zilganda, ko'pincha suyakning travmatik chiqishi noto'g'ri davolanganda yuz beradigan odat bo'lib qolgan chiqishi;
5. o'z vaqtida joyiga solinmagan — eskirgan suyak chiqishi tafovut qilinadi.

Suyakning chiqish vaqtida qattiq og'riq bo'ladi, keyingi kunlari asta-sekin pasayadi. Qo'l yoki oyoq suyagi chiqqanda, ular majburiy vaziyatni egallaydi. Bo'g'imdagi harakatlarning hajmi keskin buzilgan, ayrim passiv harakatlarnigina bajarish mumkin. Bo'g'im konfiguratsiyasi bo'g'im yuzasi vaziyatining o'zgarishi hisobiga ham, gematoma hisobiga ham keskin o'zgaradi. Tashxis qo'yishda paypaslab ko'rish va rentgenografiya muhim ahamiyatga ega.

Oyoq yoki qo'lni immobilizatsiya qilish zarur. Og'riqni kamaytirish maqsadida suyak chiqqan sohaga muz yoki sovuq suv solingan xaltacha qo'yiladi, analgetiklar yuboriladi, shundan so'ng bemorni zudlik bilan davolash muassasasiga jo'natiladi. Chiqqan suyakni shifokor joyiga soladi.

Suyak chiqishining turiga va qayerdagi suyak chiqqaniga qarab, uni o'rniga solishning muayyan usullari mavjud. Bo'g'im bo'shlig'iga novokain yuborib, mahalliy og'riqsizlantirilgandan so'ng, suyak joyiga solinadi. Yirik bo'g'imda, masalan, chanoqson bo'g'imida suyak chiqqanda skelet muskullari tonusini bo'shashtirish uchun miorelaksantlar bilan umumiy og'riqsizlantirishga to'g'ri keladi. Chiqqan suyak joyiga solingandan so'ng oyoq yoki qo'lni bog'lam yoki gips longeta bilan 4—5 kunga qimirlamaydigan qilib qo'yiladi, shundan keyin davo gimnastikasi, uqalash va issiq muolajalar buyuriladi.

Eskirgan suyak chiqishlarida suyakni operatsiya qilib o'rniga solinadi. Odat bo'lib qolgan suyak chiqishida boylam apparati operatsiya yo'li bilan mahkamlanadi.

Suyak sinishlari

Suyak sinishi deb, suyak butunligining buzulishiga aytiladi. Suyak sinishida ko'pchilik hollarda suyak siniqlarining siljishi ro'y beradi. Biroq qator hollarda suyak siniqlari siljimaydi, bu—suyak usti pardasi nomini olgan va suyak usti pardasi butunligi buzilmaydigan, aksariyat bolalarda kuzatiladigan suyak sinishida yoki suyak siniqlarining o'zaro qisilishi yoki bosilishi bilan o'tadigan sinishlarda kuzatiladi. Bolalarda epifizor chiziqning suyaklanish davriga qadar ko'pincha suyak sinishi o'rniga epifiz bilan diafizning ajralishi sodir bo'ladi (epifizeoliz).

Suyak sinishi tug'ma va orttirilgan bo'lishi mumkin.

Homilaning ona qornidagi davrida turli omillar ta'sirida yuz beradigan shikastlanish turiga tug'ma sinish deyiladi. Katta

yoshdagi kishilarda yuz beradigan sinish turlarini orttirilgan suyak sinishi deb ataladi. Tugʻruq vaqtida yuz beradigan sinishlar orttirilgan sinishlar qatoriga kiritiladi. Suyak kasalliklarida (osteomyelit, oʻsma, kista va hokazo) kuzatiladigan sinishlar patologik sinishlar jumlasiga kiradi.

Suyakning elastikligi yoʻqolishi natijasida kekxa yoshdagi kishilarda suyak sinishi koʻproq uchraydi.

Suyak sinishlarining uchrash darajasiga koʻra quyidagicha taqsimlangan: qoʻllar - 50%, oyoqlar - 31%, chanoq va umurtqa pogʻonasi - 12% va bosh suyagi - 6% hollarda sinadi.

Suyak sinishlarining kelib chiqish mexanizmiga koʻra quyidagicha boʻlinadi:

1. Bosilishdan sinish. Bunday hollarda suyakning bir uchi ikkinchi uchiga kirib ketishi mumkin, masalan, suyak diafizi epifizga kiradi (qoqilgan sinish), suyak siniqlari qisilishi yoki yassilanib qolishi (kompression sinish) mumkin;

2. Suyakning egilib sinishi. Bu suyak sinishining eng koʻp uchraydigan turidir. Suyak koʻndalang yoʻnalishda sinib, egilgan tomonidan suyak uchburchagi hosil boʻladi;

3. Suyakning burilib sinishi (torsimon, vintsimon, spiralsimon sinishlar). Suyakning bir uchi fiksatsiya qilingan holda, ikkinchi uchi buralish kuchiga uchraganda sodir boʻladi. Bunda sinish chizigʻi spiral koʻrinishiga kiradi;

4. Suyakning sinib, uzilib ketishi muskullar qattiq qisqarganda roʻy beradi. Bunda odatda muskulning suyakka yopishgan joyidagi suyak qismi uzilib ketadi.

Sinish tekisligining suyak oʻqiga nisbatan yoʻnalishiga koʻra suyak sinishlarning quyidagi turlari tafovut qilinadi:

1. Koʻndalang sinish — sinish chizigʻi suyak oʻqiga perpendikulyar boʻladi;

2. Uzunasiga sinish — sinish chizigʻi suyak oʻqi boʻylab oʻtadi;

3. Qiyshiq sinish — sinish chizigʻi suyak oʻqiga nisbatan qiyshiq yoʻnalishda boʻladi.

4. Vintsimon yoki spiralsimon sinish — sinish chizigʻi suyak boʻyicha boradigan spiralni eslatadi.

Suyakning qancha singaniga qarab bir joydan va koʻp joydan sinishi farq qilinadi. Suyak sinish bilan birga biror aʼzo suyak siniqlaridan shikastlanganda bunday suyak sinishi asoratlangan va asoratlanmagan suyak sinishi deb ataladi. Teri butunligi buzilmaganda suyak sinishi yopiq sinish va teri suyak sinigʻidan shikastlanganda ochiq sinish deyiladi.

Odatda suyak sinishida siniqlarning siljishi kuzatiladi. Agar suyak sinishi sinishni keltirib chiqargan mexanik omil sababli ro'y bergan bo'lsa, u birlamchi siljish deyiladi. Keyinchalik muskulning tortishi yoki shikastlangan qo'l-oyoqqa tayanishi hisobiga suyak ko'proq siljishi mumkin, bunga ikkilamchi siljish deyiladi.

Suyak siniqlari siljishining bir necha turi mavjud.

Burchak ostida siljish - suyak siniqlarining o'qlari bir-biriga nisbatan burchak ostida joylashadi.

Yoniga siljish - suyak siniqlarining o'qlari suyakning ko'ndalang yo'nalishi bo'ylab bir-biridan uzoqlashadi.

Uzunasiga siljish - suyak siniqlarining biri ikkinchisining ichiga kiradi va uzunasiga siljiydi, shu sababli qo'l yoki oyoq qisqaradi.

Rotatsion siljish - suyakning periferik sinig'i o'z o'qi atrofida buralishi sababli siljiydi.

Suyak siniqlarining o'ziga xos (faqat suyak sinishiga xos) va nisbiy (boshqa shikastlanishlarda ham kuzatilishi mumkin bo'lgan) belgilari farq qilinadi.

O'ziga xos belgilari:

1. Oyoq yoki qo'lning sinish sohasidagi deformatsiyasi;
2. Suyak siniqlarining bir-biriga ishqalanishidan krepatatsiya vujudga kelishi;
3. Suyakning uzunasiga siljishi hisobiga oyoq yoki qo'lning absolyut kaltalanishi;
4. Sinish sohasidagi patologik harakatchanlik.

Bu belgilardan birortasining bo'lishi suyak sinishi diagnostikani tasdiqlaydi.

Nisbiy belgilari:

1. Sinish sohasidagi og'riq;
2. Sinish sohasidagi gematoma;
3. Sinish sohasidagi yumshoq to'qimalarning shishishi va ko'pchishi;
4. Oyoq yoki qo'l faoliyatining buzilishi.

Bu belgilar absolyut belgilar bo'lgandagina ahamiyatlidir. Tashhisini aniqlash va suyak siniqlarining siljish xarakterini bilib olish uchun ikki proyeksiyada— fas (old tomonidan) va profildan (yon tomondan) rentgenografiya qilinadi.

Suyak sinishlarida birinchi yordam shikastlangan qo'l yoki oyoqni immobilizatsiyalashdan iborat. Ochiq suyak sinishida oldin qon oqishi to'xtatiladi, aseptik bog'lam bog'lanadi. Bemorga analgetiklar yuboriladi va uni yaqin joydagi travmatologik tizimdagi davolash muassasasiga yotqiziladi.



a



b

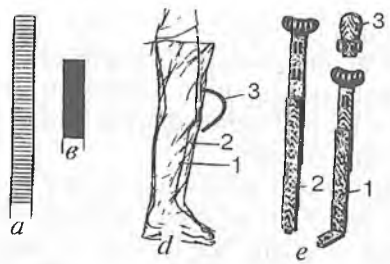
61-rasm.

Transport immobilizatsiyasi. Suyak sinishlarida va yumshoq to'qimalar anchagina shikastlanganda gavdaning shikastlangan qismiga orom berish, og'riqni kamaytirish, to'qimalarning keyingi shikastlanishining (suyak siniqlaridan) oldini olish, shuningdek travmatik shokni profilaktika qilish maqsadida transportirovka qilishdan oldin immobilizatsiyani qo'llanish zarur. Transport immobilizatsiyasining quyidagi turlari farq qilinadi.

1. **Oddiy immobilizatsiya** bunda bemor gavdasining sog'lom qismlaridan foydalaniladi. Masalan, oyog'i shikastlanganda uni ikkinchi, sog'lom oyog'iga bint bilan bog'lanadi. Shikastlangan qo'lini tanasiga bog'lab qo'yiladi;

2. **Mavjud vositalar bilan immobilizatsiyalash.** Tayoq taxta bo'lagi, bir dasta sim yoki poxoldan shunday vositalar sifatida foydalanish mumkin;

3. **Zavodda ishlab chiqarilgan transport shinalari bilan immobilizatsiya qilish.** (61-rasm)



62-rasm.

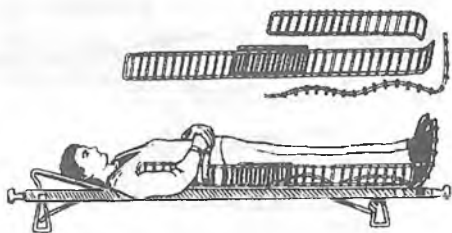
Transport shinalari ikkiga: fiksatsion va distraksi-on guruhlarga bo'linadi. (62-rasm)

Fiksatsion shinalar. Bu shinalar yordamida gavdaning shikastlangan qismi fiksatsiya (qimirlamaydigan) qilinadi.

Kramer shinasi yoki narvonsimon shinani yumshoq simdan tayyorlanadi.

Gavdaning qaysi qismi immobilizatsiya qilinishiga qarab shina shaklini istagancha o'zgartirish mumkin (63—64 rasm).

To'rsimon shina yoki Filberg shinasi yumshoq simdan yasalgan to'rdan iborat. Uni



63-rasm.

osonlikcha yumaloqlab o'rash mumkin. Asosan bilak, qo'l panjasi va oyoq panjasini immobilizatsiya qilishda qo'llaniladi.

Faner shinalar aksariyat tarnov shaklida tayyorlanadi. Bilak va boldirni imobilizatsiya qilish uchun qulay. Vakum tibbiyot shinalari — oyoq-qo'llarni imobilizatsiya qilish uchun ishlatiladi.

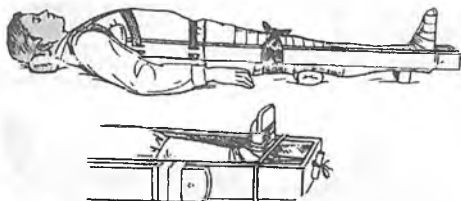
Distraktsion shinalar. Shinalarning bu guruhidan Diterixs shinasi eng ko'p tarqalgan. U to'rt qismdan: tovonga qo'yiladigan qism 3, tashqi 1 (katta o'lchamdagi), ichki 2 va bog'ichli tayoqcha—baragichdan 4 iborat. Oyoq va chanoq-son bo'g'imi shikastlanganda qo'llaniladi.

Transport shinalarini qo'yishda qator qoidalarga amal qilish zarur. Shina shikastlangan joydan tashqari ikkita qo'shni bo'g'imni mahkam ushlab turishi kerak. Immobilizatsiyada qo'pol muolajalar qilish yaramaydi. Shikastlangan kishining kiyim-boshi yechilmay, bog'lam shikastlangan qismigagina bog'lanadi. Shinaga muxsus paxta-doka o'ramlar o'raladi.

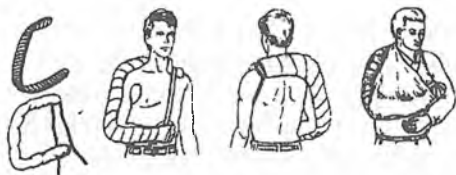
Narvonsimon shina qo'yish. Shina gavdaning qaysi sohasiga qo'yilishiga qarab, oldindan o'lchanadi. Chunonchi, yelka suyagi singanda shina sog'lom tomondagi kurakning ichki chetidan boshlab qo'yilishi, yaqinlashtirilgan qo'lning yarim bukilgan tirsak bo'g'imning tashqi yuzasi bo'ylab borishi va barmoqlar uchidan birmuncha oshirib tugallanishi kerak. Bilak shikastlanganda yelkaning uchdan bir o'rta qismi shinaning yuqori sathi, barmoqlarning uchlari shinaning pastki sathi hisoblanadi. Bo'yin shikastlanganda narvonsimon shinalardan o'ziga xos holat tayyorlanadi: birinchi bosh va ikkala yelka usti chizig'i bo'ylab frontal tekislikda, ikkinchisini - bosh, bo'yin va yelka



64-rasm.



65-rasm.



66-rasm.

chizig'i bo'ylab sagittal tekislikda egiladi. Shinalarni bir-biriga bog'lab, ustiga paxta-dokadan tayyorlangan yopg'ich qo'yiladi va boshga hamda ikkala yelkaga mahkamlanadi. Boldir shikastlanganda uchala tomondan fiksatsiya qilgan yaxshi: bitta shinani boldir va oyoq panjasi barmoqlari uchining orqa sathidan sonning uchdan bir o'rta qismigacha, boshqa ikkitasini boldirning yon tomonlari (tashqi va ichki)

bo'ylab mahkamlanadi, bunda shinalarning oyoq kaftlariga tegib turadigan qismini boldir-panja bo'g'imini birmuncha mustahkamlash uchun uzangi ko'rinishida qayiriladi. (66-rasm)

Diterixs shinasini qo'yish. Shinaning oyoq kaftiga mos keladigan qismini oyoq panjasining kaft sathiga bint bilan mahkamlanadi. Birmuncha uzun tashqi qismi (tashqi tayoq)ni qo'ltiqdan boshlab qo'yiladi va oyoq kafti qismida metall halqaga kiritilib, undan 8—10 sm tashqariga chiqarib qo'yiladi. Shinaning ichki qismi (ichki tayoq)ni shunday tayyorlanadiki, u chovga taqalib turishi va oyoq kafti qismining metall halqasidan o'tib, undan 8—10 sm tashqariga chiqib turishi kerak. Oxirgi (sharnir) qismini 90° burchak ostida qayiriladi va shinaning tashqi qismi uchidagi maxsus tirqishga kiritiladi. Shinani oyoq-qo'lga bintning aylanma o'ramlari bilan mahkamlanadi. Yuqorida shinaning tashqi qismini ikkita kamar bilan mahkamlanadi. Burma-tayoqcha bilan shinaning oyoq kafti qismini tortib qo'yiladi. (65-rasm)

SHIKASTLANGAN BEMORLARNI TRANSPORTIROVKA QILISH

Shikastlanganlarni transportirovka qilishni odatda o'rta tibbiyot xodimi uyushtiradi. Bemorni transportirovka qilishda gavdasining shikastlangan qismini, ayniqsa ehtiyot qilish kerak.

Barcha ishlar tez, shoshma-shosharlik qilmay, puxtalik bilan bajariladi. Kichik hamshiralalar tibbiyot xodimlarining ko'rsatmalarini so'zsiz bajarishlari kerak.

Shikastlangan kishini transportirovka qilishning bir necha turi mavjud.

Bemorning ahvoli imkon bergan hollarda uni suyab yurgiziladi. Shikastlangan kishining qo'lini yordamchining bo'ynidan o'tkaziladi va shikastlanganning qo'l panjasidan ushlanadi.

Qo'lda ko'tarish. Shikastlangan kishini qo'lda ko'tariladi: bir qo'lni tanadan, ikkinchi qo'lni taqimdan o'tkazib ko'tariladi, bemor qo'lini yordamchining bo'ynidan o'tkazadi.

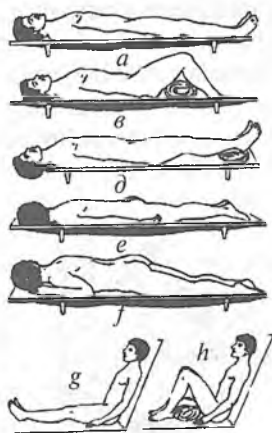
Opichib ko'tarish. Shikastlangan kishi yordamchining yelkasiga opichadi va qo'lini bo'ynidan o'tkazib oladi. Yordam berayotgan kishi bemorning taqimidan ushlab ko'taradi.

Ikki kishining qo'lini «qulf» qilib ko'tarish. To'rtta qo'lni «qulf» qilib ushlanadi. 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'rindiqqa» o'tiradi va qo'lini sanitarlarning yelkasiga qo'yadi.

Bemorning qaddini baland qilib ko'tarish. Sanitarlardan biri shikastlangan kishining orqa tomoniga o'tib, qo'ltig'idan, ikkinchisi bemorning oyoqlari orasiga o'tib, uning tizzasidan ushlab ko'taradi.

Zambilda ko'tarish. Bemorni olib borishda zambil eng qulaydir. U hamma kasalxonalarning qabulxona bo'limida, tez tibbiyot yordam stansiyalarida va tez yordam mashinalarida bo'ladi. Zambilni turli narsalardan qo'lda yasash ham mumkin. Shikastlanishning turiga qarab zambilda bemorni turli vaziyatda yotqiziladi. (67-rasm)

1. Bemorning odatdagi vaziyati chalqancha yotishdir, bunda boshini balandroq ko'tarib yotqiziladi, u qo'l-oyoqlarni uzatib yotadi. Bemor hushsiz bo'lib yotganda boshini tirgakka qo'yib baland ko'tarmaslik lozim.



67-rasm.

2. Boshi jarohatlangan bemor chalqancha yotqiziladi, biroq tanasining yuqori qismini va boshini balandroq qilib yotqiziladi. Boshi tagiga chamber qo'yiladi (boshini fiksatsiya qilish);

3. Bo'yinning oldingi qismi va yuqori nafas yo'llari jarohatlanganda bemorning qaddini baland ko'tarib o'tqaziladi, u boshini pastga engashtirib, iyagini ko'kragiga tekkizib turadi;

4. Ko'krak jarohatlanganda bemor qaddini baland qilib o'tqazib yoki jarohatlangan yonboshi bilan yotqizib, ko'tariladi;

5. Qorin jarohatlanganda oyoqlarni tizzadan bukib, chalqancha yotqizish tavsiya qilinadi. Shu maqsadda bemorning taqimiga bolishsimon buklangan narsa qo'yiladi;

6. Umurtqa pog'onasi va chanoq yopiq shikastlanganda bemor chalqancha vaziyatda yotishi, ochiq shikastlanganda yonboshida yoki yuz tuban yotishi lozim;

7. Qo'llar shikastlanganda bemor sog'lom yonboshi tomonga ozroq burilgan holda chalqancha yotishi kerak. Bilakni ko'krakka yoki qoringa qo'yiladi;

8. Oyoqlar shikastlanganda shikastlangan oyoqni yostiqqa ko'tarib qo'yib, bemorni chalqancha yotqiziladi.

Bemorni zambilda ko'tarishda bitta sanitar zambilning bosh tomonida, ikkinchisi oyoq tomonida turadi. Sanitarlar zambil kamarini yelkaga taqib, zambil dastasini qo'lga tutishadi va ayni vaqtda bemor yotgan zambilni ko'tarishadi. Bemorni silkitmasdan ehtiyotlik bilan ko'tarib borish 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.

Shikastlanganlarni har qanday transportda, faqat bemorga iloji boricha ozor yetkazmay tashish kerak. Shikastlanganlarni tashish uchun maxsus sanitariya avtomashinalarida, sanitariya samolyotlarida va vertolyotlarida yaxshi sharoitlar yaratiladi. (68-rasm)



68-rasm.

Singan suyaklarning bitishi (konsolidatsiyasi). Sinishlar konsolidatsiyasining patogenezi murakkab. Sinish zonasida hamisha aseptik (mikrobsiz) yallig'lanish hodisalari paydo bo'ladi. Sinish sohasida

yumshoq to'qimalarning seroz suyuqlik bilan namlanishi, haroratning mahalliy ko'tarilishi ko'riladi. Dastlabki kunlarda umumiy harorat ta'siri kuzatilib, ba'zan u 38°C gacha yetadi. Qon va to'qimaning parchalanish mahsulotlari so'rilishi haroratning ko'tarilishiga sabab bo'ladi. Suyak singan joyning qayerdaligiga ko'ra dastlabki 2—3 haftada birlamchi suyak qadog'i paydo bo'ladi. Uning hosil bo'lish jarayonida suyak singan vaqtda chiqqan qon, suyak usti pardasi, suyakning gavers kanallari va endost hujayralari qatnashadi. Suyak qadog'ining asosan qayerda paydo bo'lishiga qarab, uning quyidagi turlari farq qilinadi:

1. endost hujayralaridan hosil bo'ladigan endostal qadoq;
2. gavers kanallaridan hosil bo'ladigan interossal qadoq;
3. suyak usti pardasidan hosil bo'ladigan periossal qadoq;
4. atrofidagi yumshoq to'qimalardan paydo bo'ladigan paroossal qadoq.

Suyak qadog'i hosil bo'lishida dinamik suratda qator konstruktiv o'zgarishlar ro'y beradi. Avvaliga sinish sohasida birlamchi suyak qadog'i hosil bo'ladi. U ancha yumshoq bo'lib, rentgenda aniqlanmaydi. Keyinchalik unda suyak to'qimasi yaxshi bilinadi va ohak tuzlari yig'ilishi ro'y beradi — ikkilamchi suyak qadog'i paydo bo'ladi. Bu paypaslab ko'rilganda qo'lga zich unmaydi, suyak siniqlarini mahkam ushlab turadi, suyakning shikastlangan qismidan birmuncha kattaroq bo'ladi va suyak siniqlarini manjetka ko'rinishda o'rab turadi. Ikkilamchi suyak qadog'i rentgen tekshiruvida yaxshi ko'rinadi. Keyinchalik suyak qadog'ining ortiqcha qismi so'rilib ketadi va sinish umuman aniqlanmasligi mumkin.

Sinislarni davolash qoidalari. Sinislarni davolash asosini suyak siniqlarini joy-joyiga solish (repozitsiya) va suyak qadog'i hosil bo'lguncha ularni shu vaziyatda tutib turish (fiksatsiya) tashkil etadi. Suyak siniqlarini repozitsiya qilishda oldin mahalliy og'riqsizlantirish (sinish sohasiga 10—20 ml 2% li novokain eritmasini 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 tutib turish uchun:

- 1) gips bog'lam qo'yiladi;
- 2) teri ustidan va skeletdan tortish qo'llaniladi;
- 3) suyak siniqlarini jarohlik usullarda turli moddalar bilan ishlov beriladi.

Gispli bog'lamlar. Gips — 140°C temperaturada qizdirilgan kalsiy sulfatdir. Qizdirilgandan so'ng u osongina mayda oq poroshokka aylanadi va suv bilan aralashmasi tezda qotish xususiyatiga ega bo'lgan bo'tqasimon massadan iborat bo'ladi. Gips havoda namni o'ziga tortadi, shunga ko'ra uning sifati tezda yomonlashadi. Bunga yo'l qo'ymaslik uchun uni germetik berkitiladigan ruxlangan qutilarda quruq joyda saqlanadi.

Gips sifati tekshirish uchun bir necha sinamalar mavjud:

1) baravar miqdorda gips bilan suv olib aralastiriladi, hosil qilingan massa 5—7 minut ichida qotishi, bosib ko'rilganda sinishi, biroq kukunga aylanmasligi kerak;

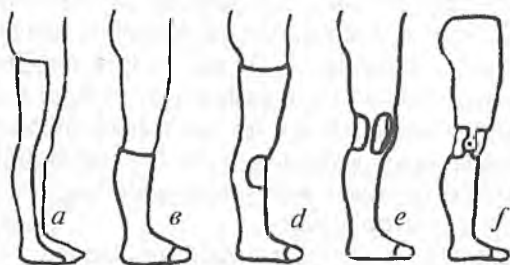
2) gips poroshogi qismlab siqiladi, agar sifati yaxshi bo'lsa, u sochiladi, yomon bo'lsa, qumoq-qumoqligicha qoladi.

Gips sifati yaxshilash mumkin. Gips poroshogida qumaloq bo'lsa, uni elakdan yoki dokadan o'tkazib elash kerak. Namiqib qolgan gipsni 140°C haroratda maxsus idishda qizdiriladi. Gipsning qotish xususiyatini pasaytirish uchun u sovuq suv bilan suyultiriladi, yoki unga kraxmal kleysteri qo'shiladi. Qotishini tezlashtirish uchun uni iliq suvda (30—35°C) qoriladi va achchiqtosh (1 li suvga 10 g) yoki suyuq ohak qo'shiladi.

Gipsli bog'lamning quyidagi xossalari bor: yaxshi immobili-zatsiya qiladi, ochiq sinishlarda jarohatni berkitadi, biroq uni drenaj qilishiga xalaqit bermaydi, chunki jarohat suyuqligi gipsga yaxshi shimiladi.

Gipsli bog'lamlarning quyidagi turlari farq qilinadi: (69-rasm)

- 1) sirkulyar (yopiq) bog'lam;
- 2) kesma (olib qo'yiladigan);
- 3) darchali;

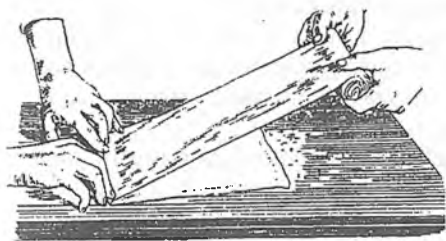


69-rasm.

- 4) ko'piriksimon;
- 5) shinali;
- 6) longetali;
- 7) longeta-sirkulyar
- 8) torako-braxial (qo'l va ko'krak qafasiga qo'yiladigan);
- 9) koksitli (oyoqqa, chanoqqa va qorin bilan ko'krak qafasiga);
- 10) gonitli bog'lamlar (koksitli kabi, faqat yuqori chegarasi kindikkacha yetadi);
- 11) korsetlar;
- 12) karavotchalar.

Gipsli bog'lamlar gipsli bintlardan tayyorlanadi. Gipsli bintlar uchun faqat gigroskopik doka yoki to'rining teshiklari o'rtacha bintlar ishlatiladi. Ruhlangan tunuka qoplangan yoki kleyonka qoplangan stolga bint yoziladi, ustiga gips sepiladi va gipsni kuch bilan bintga iylanadi. Gips sepilgan bintni g'ovak qilib o'raladi. Kerakli uzunlik va qalinlikdagi (5—8 qavat) gips longetalarni oldindan taxt qilib qo'yish mumkin. Fabrikada ishlab chiqariladigan gipsli bintlar ham bo'ladi. (70-71-rasmlar).

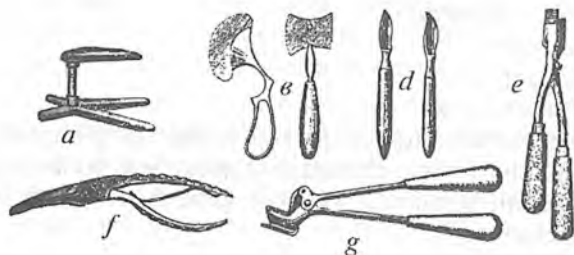
Gipsli bog'lamlar qo'yishning quyidagi qoidalari mavjud: gavdaning tegishli qismiga o'rtacha fiziologik va funksional jihatdan qulay vaziyat beriladi. Gavdaning shikastlangan qismidan tashqari, ikkita qo'shni bo'g'im immobilizatsiya qilinadi. Gipsli bog'lamlar taglik bilan qo'yiladigan bo'lsa, bu maqsad uchun nogigroskopik paxtadan foydalangan va uni suyak do'ngchalariga qo'ygan ma'qul. Bog'lamlar bo'g'imlarni bosmasligi, biroq haddan tashqari bo'sh ham bo'lmasligi kerak. Bog'lamlar qo'yilgandan so'ng uning yirik tomirlarni bosmayotganligini (ko'karib ketish, shish, et junjikishi, banadanda chumoli yurgandek sezgi paydo bo'lishi, uvishishi, quyida joylashgan segmentlarning shishuvi) tekshirib ko'rish zarur.



70-rasm.



71-rasm.



72-rasm

Gipsli bog‘lamlarni qo‘yish va olishda ishlatiladigan maxsus moslamalar va asboblari bor; ekstenzion stol, tog‘ora qo‘yiladigan taglik, korsetlar qo‘yish uchun apparat, gips uchun arracha, qaychi, skalpellar, Shtil omburi, elektr arralar. (72-rasm)

Sirkulyar (aylanma) bog‘lam qo‘yish. Gipsli bintni suv solingan tog‘oraga tushiriladi. U suvni shimib olgandan so‘ng (gaz pufakchalari ajralib chiqishi to‘xtaydi) uni bir oz siqiladi. Bintdan gips bo‘tqasining oqib chiqishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun bint uchlari mahkam ushlab, bintni qo‘l bilan bosib turiladi. Bintni qattiq va noto‘g‘ri bosib turilganda gipsning bir qismi bintdan oqib chiqadi. Bintlashda mahkamlaydigan o‘ramdan so‘ng keyingi o‘ramlarni oldingi o‘ramning yarmini yoki bundan ko‘prog‘ini berkitib o‘raladi. Bintlash periferiyadan markazga tomon bajariladi. Bog‘lamni bir tekisda, buklamasdan o‘raladi. Zarur bo‘lganda bint o‘rtasidan qirg‘iladi. Bog‘lamning bir tekisda yopishib turishi uchun (uning pishiqligi ana shunga bog‘liq bo‘ladi) bintni bir me‘yorda va tez o‘rash kerak. Birinchi bintni o‘rashning oxirida ikkinchi bint suvda namlab olinishi kerak va hokazo. Bintni o‘rash vaqtida uni tekislab turiladi va bog‘lamni gavdaning shu qismidagi anatomik tuzilmalarga moslash orqali puxtalik bilan qoplanadi.

Qo‘l va boldirga 5—6 qavat, tanaga 7—8 qavat bilan o‘raladi. Gipsli bint uchlari uqalanib tushmasligi uchun gipslash oxirida uchlari qirg‘iladi, doka qirg‘imlari bilan mahkamlanadi va puxta qilib moslashtiriladi.

Olib qo‘yiladigan bog‘lam. Bog‘lamni yangilash, uqalash boshqa muolaja tadbirlarini amalga oshirish zarur bo‘lgan hollarda qo‘yiladi. Shu maqsadda odatdagi sirkulyar gips bog‘lam qo‘yiladi va qotib qolmasdan oldin qarama-qarshi ikki tomondan qirg‘iladi. Bog‘lamni mahkamlash uchun keyinchalik tavaqalari bint bilan tortib qo‘yiladi.

Darchali bog‘lam. Bog‘lam qo‘yilgandan so‘ng jarohat sohasidan darcha o‘yiladi. Bog‘lamning bu turida gips bog‘lami pishiqqligini saqlab qoladi va zarurat bo‘lganda jarohatni qayta bog‘lash mumkin.

Ko‘priksimon bog‘lam. Gavdaning biror qismini gir aylantirib ochiq qoldirish zarur bo‘lgan hollarda qo‘llaniladi. Shu maqsadda gipsli sirkulyar bog‘lamlar gavdaning tegishli qismi yuqorisidan va pastidan qo‘yiladi. Gipslangan qismlarni bir-biriga taxta yoki metall dan yasalgan ko‘prikchalar bilan birlashtirilib, ustidan gipslangan bint bilan berkitiladi.

Shinali bog‘lamlar kartondan tayyorlanadi. Kartonga kerakli shakl berilgach, uni gipslangan ho‘l bintga o‘raladi (Volkovich shinasi). Bunday bog‘lam gavdaning tegishli qismiga qo‘yilib, modellanadi va bintlar bilan fiksatsiya qilinadi.

Longetali bog‘lam. Immobilizatsiya uchun longetani fiksatsiya qilish kifoya qiladigan hollarda yoki sirkulyar gipsli bog‘lamni mahkamlash uchun qo‘llaniladi. Longetalar (tegishli uzunlikdagi bir necha qavat gipslangan bint) gipsli bintlarni tayyorlashda oldindan taxt qilib qo‘yiladi yoki gipsli ho‘l bintdan tayyorlanadi.

Longetali sirkulyar bog‘lam. Avval sirkulyar gipsli bog‘lam bilan fiksatsiya qilinadigan longetalardan foydalaniladi. Odatda longetalar gipsning sinish ehtimoli bo‘lgan gavda qismlariga, masalan, bo‘g‘imlar sohasiga qo‘yiladi.

Torako-braxial bog‘lam yelka va yelka bo‘g‘imi shikastlanganda qo‘llaniladi. Odatda uni longeta-sirkulyar gipsli bog‘lam qoidasiga binoan qo‘yiladi. Bunda ko‘krak qafasi va qo‘lning tegishli qismini tanadan uzoqlashtirilgan, oldinga yaqinlashtirilgan va tirsak bo‘g‘imida bukilgan vaziyatda gipslanadi. Qo‘lni hosil qilingan vaziyatda tutib turish va bog‘lamni mustahkamlash uchun bilakning uchdan bir o‘rta qismi bilan ko‘krak qafasidagi gipsli korset orasiga tayoqcha gipslab qo‘yiladi.

Koksitli bog‘lam. Son suyagi yoki chanoq-son bo‘g‘imi shikastlanganda qo‘llaniladi. Bu bog‘lamni qo‘yish uchun **ekstenzi-on** stoldan foydalangan ma‘qul. Longeta-sirkulyar bog‘lam qo‘yiladi. Chanoq-son bo‘g‘imi va sonning orqa sathini longetalar bilan mahkamlanadi. Sirkulyar bintlar o‘rashda oyoq panjasi, boldir, son, chanoq-son bo‘g‘imi, qorin va ko‘krak qafasini ko‘krak uchi sathiga qamrab olinadi.

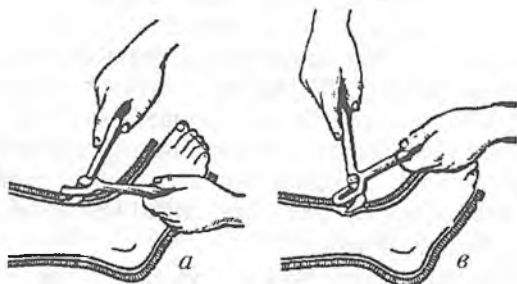
Gonitli bog‘lam. Tizza bo‘g‘imi va boldir shikastlanganda qo‘llaniladi. Bog‘lamni qo‘yish prinsipi koksitli bog‘lam qo‘yish kabidir, biroq yuqori sathi kindikkacha yetkaziladi, xolos.

Gipsli korset. Umurtqa pog'onasi kasalliklarida va shikastlarida tayinlanadi. Korsetni sirkulyar 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'zgartirilishi mumkin.

Gipsli karavotcha umurtqa pog'onasi sili va deformatsiyasida qo'llaniladi. Undan umurtqa pog'onasi shikastlanishlarida transportirovka qilish uchun foydalanish ham mumkin. Bemorni qorni bilan yotqiziladi. Gipsli karavotchani enlik bintlardan yoki oldindan gipslab qo'yilgan ayrim doka qavatlaridan tayyorlanadi. Tana bo'ylab sinchiklab modellanadi. Qurigandan so'ng karavotcha olinadi va chetlari qirqiladi. Karavotcha 1—2 sutka mobaynida quriydi, shundan so'ng unga bemor yotqiziladi.

Qanday bo'lmasin gipsli bog'lam o'z vazifasini bajarib bo'lgandan so'ng uni olib qo'yish zarur. Qotib qolgan gips qiyinlik bilan ko'chadi. Yumshatish uchun issiq suv, natriy xlorid eritmasi yoki kuchsiz xlorid eritmasi bilan ho'llanadi. Bog'lamni yumshatmasdan qirqish ham mumkin, buning uchun maxsus arracha, qaychi yoki, yaxshisi, elektr arradan foydalaniladi. (73-rasm)

Teri ustidan va skeletdan tortish. Suyak siniqlarini, ayniqsa, qiyshiq singanda hamma vaqt ham gips bog'lam bilan ushlab turib bo'lmaydi. Bunday hollarda teri ustidan yoki skeletdan tortib qo'yish qo'llaniladi. Teri ustidan tortishning mohiyati shundan iboratki, shikastlanganda qo'l yoki oyoqning distal



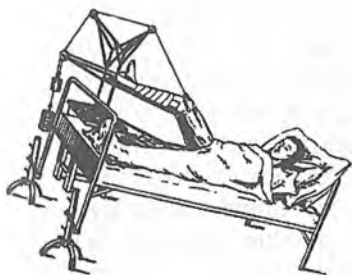
73-rasm.

qismi bo'z, chit yoki boshqa yengil materialdan (yopishqoq plastirdan foydalansa ham bo'ladi) maxsus bog'ichlar qo'yiladi. Bog'ichlar teriga maxsus yelim bilan yopishtiriladi va ularning orqasidan arqonchalar yordamida maxsus tanlangan yuk bilan tortib qo'yiladi. Oyoqni, unga fiziologik vaziyat beradigan maxsus shinaga tortiladi. Qo'l suyaklari singanda SIToning **abduksion** shinasidan, oyoq suyaklari singanda Beler shinasidan fodalaniadi. (74-rasm)

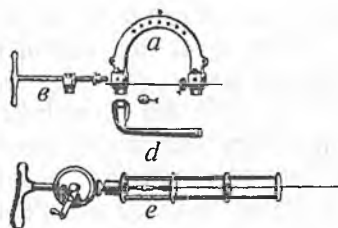
Belershinasi qo'llanishdan oldin ustki qismlar orasiga matodan qilingan to'rt belanchak (gamachok) tortilib, oyoqlar ana shunga joylanadi. Shinani kerakli yo'nalishda tortish uchun maxsus g'altaklari bo'ladi. Pastki g'altak boldirni tortib turish uchun, ustkisi sonlarni tortish, oldingisi oyoq panjasini ushlab turish uchun xizmat qiladi.

Suyak siniqlarini ushlab turishga katta yuk talab etiladigan hollarda teri ustidan tortib qo'yish o'rniga skeletdan tortish qo'llaniladi. Buni amalga oshirish uchun mahalliy og'riqsizlantirish ostida suyakdan maxsus drel yordamida metall kegay o'tkaziladi. Kegayga yoy mahkamlanadi, bu kegayni tarang tortib turishga xizmat qiladi. Yoyga yuk osilgan arqonga bog'lab qo'yiladi. Oyoqni, bundan oldingi hodisadagi kabi shinaga joylashtiriladi. Boldir suyaklari singanda kegayni tovon suyagidan, son suyagi singanda esa katta boldir suyagining g'adir-buduridan yoki son suyagining metafizidan o'tkaziladi. Yelka suyaklari singanda kegayni tirsak o'sig'idan o'tkazish mumkin. (75-rasm).

Tortib qo'yishning quyidagi turlari farq qilinadi. Qo'l suyaklari singanda rezina naycha yordamida elastik material bilan, oyoq suyaklari singari—yuk bilan tortib qo'yiladi.



74-rasm.



75-rasm.

Umurtqa pog'onasi singanda bemorni karavotga o'rnatilgan taxtaga yotqiziladi. Karavotning bosh tomoni ko'taribrog qo'yiladi, bemor gavdasining yuqori qismini maxsus paxta-dokadan tayyorlangan halqalar yoki Glisson halqasi bilan karavot suyanchig'iga mahkamlanadi — bemorni o'z gavdasining og'irligi bilan tortib qo'yiladi.

Davolashning jarrohlik usullari. Suyak siniqlarini joy-joyiga solib bo'lmaganda va suyak siniqlarini bundan avval aytilgan usullar (gipsli bog'lam, tortib qo'yish) bilan ushlab turishga imkon bo'lmaganda operatsiya yo'li bilan davo qilinadi. Suyak siniqlari orasiga yumshoq to'qimalar qisilib qolganda (interpozitsiya) va suyakning ochiq sinishlarida ko'pincha operatsiya yo'li bilan davo qilishga kirishiladi. Operatsiya qilib davolashning mohiyati shundaki, suyak siniqlari ochiladi, to'g'irlanadi va ularni zanglamaydigan po'latdan yasalgan maxsus metall shtiflar, plastinkalar, mixlar, sim va boshqalar yordamida mahkamlanadi. Suyak siniqlari bitib ketgandan so'ng (odatda 6—8 oy o'tgach) suyak siniqlarini mahkamlagan metall predmet olib tashlanadi.

Suyak siniqlarini operatsiya yo'li bilan to'g'rilashda maxsus yelim qo'llanilyapti, bu — suyak siniqlarini ham mahkamlab turadi va keyinchalik olib tashlanmasa ham bo'ladi.

So'nggi yillarda G.A. Ilizarov, O.N. Gudushauri va K.M. Sivash ishlab chiqqan o'choqdan tashqaridagi kompression-distraksiyon metalloosteosintez usuli keng tarqalgan. Taklif qilinayotgan apparatlar suyak siniqlarini repozitsiya — joy-joyiga keltirib, to'g'rilab, so'ngra gips bog'lov yoki mustahkamlovchi boshqa moslamalar yordamida taxtakachlab qo'yiladi, (joy-joyiga solish), ularni ishonchli mustahkamlash imkonini beradi. Sinishlarning turiga ko'ra suyak siniqlarini siqish (kompressiya) va tortish (distraksiya) suyak qadog'i hosil bo'lishini tezlashtiradi.

Ochiq suyak sinishlarini davolash. Birinchi yordam qon to'xtatish, jarohat chetlariga yod eritmasi surtish, aseptik bog'lam qo'yish, bemorni immobilizatsiya qilish va travmatologik shifoxonaga yotqizishdan iborat. Agar jarohatdan suyak siniqlari ko'rinib turgan bo'lsa, birinchi yordam ko'rsatishda ularni to'g'rilashga mutlaqo ruxsat etilmaydi, chunki chuqur joylashgan to'qimalarga infeksiya tushib qolishi mumkin. Statsionarda jarohat birlamchi jarrohlik bo'yicha tozalanadi, qon oqishi uzil-kesil to'xtatiladi, suyak siniqlari to'g'irlanadi. Infeksiya tushish belgilari bo'lmasa, jarohatni yaxshilab tikib qo'yiladi.

Ko'rsatma bo'lganda va bemorning ahvoli imkon berganda ochiq suyak sinishlarini birlamchi jarrohlik tozalash vaqtida suyak siniqlarini yuqorida ko'rsatib o'tilgan jarrohlik usullarining biri bilan fiksatsiya qilish mumkin.

Bemorning ahvoli og'ir bo'lganda, yoki jarohlik tozalan-ganda va suyak siniqlari to'g'rilangandan so'ng jarohatga infeksiya tushganda tortib qo'yishdan yoki bog'lamdan foydalaniladi.

Infeksiya tushgan ochiq suyak sinishlarida nekrozga uchragan to'qimalar olib tashlanadi, yiringli cho'ntaklar kesiladi, jarohat drenaj qilinadi, lekin tikilmaydi.

Immobilizatsiya qilish maqsadida skeletdan tortib qo'yiladi yoki ko'priksimon gipsli bog'lamdan fodalaniadi.

Suyak sinishlarida yuz beradigan asoratlar. Ularni erta va kechikkan turlarga farq qilinadi:

1. **travmatik shok.** Profilaktika uchun yaxshilab og'riqsizlantirish, oyoq yoki qo'lni to'g'ri immobilizatsiya qilish va bemorni davolash muassasasiga o'z vaqtida transportda olib borish zarur;

2. **yog' emboliyasi.** Profilaktik tadbirlar singan zonani avaylash, yaxshi immobilizatsiya qilishdan iborat;

3. **yirik tomirlarning suyak siniqlaridan shikastlanishi hisobiga ikkilamchi qon oqishi.** Buning profilaktikasi ham avvalgi hollardagi kabidir;

4. **oyoq-qo'l gangrenasi** (qorasoni) bu yirik tomirlarni bosib turadigan gipsli sirkulyar bog'lamlarni qo'yishda ko'proq uchraydi.

Oldini olish uchun gipsli bog'lamlarni to'g'ri qo'yish va ularni vaqtida qirqish kerak.

Kechikkan asoratlar:

1. suyak do'mboqlari sohasida yotoq yaralar paydo bo'lishi. Oldini olish, bemorni faol parvarishlash, uqalash kerak;

2. kegay o'tkazilgan sohada yoki operatsiya sohasida yiring paydo bo'lishi. Bu tadbirlarni o'tkazishda aseptikaga qattiq rioya qilish va profilaktik antibakterial terapiya o'tkazish kerak;

3. kegayning suyak moddasidan o'tishi. Bunda skeletdan tortib qo'yishni o'z vaqtida yechish va uning o'rniga boshqa usulni qo'llash kerak;

4. sekinlik bilan bitishi (konsolidatsiyasi), bu suyak siniqlari nobob solinganda, yumshoq to'qimalar interpozitsiyasida, avitaminoz va shu kabilarda kuzatiladi.

5. uzoq vaqt davom etgan sekinlashgan konsolidatsiyada hosil bo'lgan soxta bo'g'imlar. Ko'mik kanali bekilib qoladi, tog'ayni eslatadigan tolasimon to'qima bilan qoplanadi. Operatsiya yo'li bilan davo qilinadi.

Bolalarda suyak sinishining xususiyatlari. Suyak to'qimasining birmuncha elastikligi, suyak usti pardasining yetarlicha pishiqligi va o'sish zonasi borligi tufayli bolalarda suyak sinishining o'ziga xos xususiyatlari bo'ladi. Aksariyat bolalarda suyak usti pardasining ostidan sinishi uchraydi, bunda suyak usti pardasi shikastlanmagani holda suyak sinadi ("ho'l novda" tipida). Bunda suyak siniqlari siljimasligi mumkin. Epifizar o'sish zonasi borligi uning yirtilishi —epifizeoliz uchun sharoit yaratadi va shunga ko'ra suyak siniqlari kattalardagi ko'ndalang suyak sinishi turi bo'yicha siljiydi. Bunday suyak sinishida suyak to'qimasining konsolidatsiyasi birmuncha tezlashadi. Bolalarda oyoq yoki qo'l majburiy vaziyatda qo'yilganda bo'g'im xaltachalari va to'qimaning rivojlanishi unchalik tez sodir bo'lmaydi. Shu sababli ularda bo'g'imlar harakatining qiyinlashib qolishi kattalarga nisbatan sekinroq rivojlanadi.

Bolalarda suyak sinishini davolash ham o'ziga xos bo'ladi. Skeletdan tortib qo'yish odatda katta yoshdagi bolalardagina qo'llaniladi. Yosh bolalarda teridan tortib qo'yish bilan cheklaniladi (katta 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 oyoqni terisidan tortib qo'yilgandan so'ng arqonchani romga o'rnatilgan g'altaklardan oshirib o'tkaziladi va bolani romga go'yo "osib qo'yiladi". Bola bunday vaziyatga ko'nikib qoladi va bu uni kam bezovta qiladi.

Badan terisi bichilishining oldini olish, bolaning ichi kelgandan va qovug'i bo'shagandan so'ng vaqtida ostini yuvib turish zarur.

BOSH, YUZ VA OG'IZ BO'SHLIG'INING SHIKASTLARI

Yuz va boshqa yumshoq to'qimalarning shikastlari

Lat yeyish. Lat yeyish bosh va yuzning yumshoq to'qimalariga to'mtoq narsa urilganda sodir bo'ladi. Bunda teri va teri osti kletchatkasi o'ziga xos tuzilganligi sababli shikastlangan tomirlardan chiqqan qon har tomonga tarqalmay, lat yegan qismda to'planadi.

Klinik jihatdan lat yegan o'smasimon tuzilma — ko'pincha bolalarda kuzatiladigan "g'urra" paydo bo'ladi. Yuzning yumshoq to'qimalari, ayniqsa ko'z kosasi sohasi ko'k-qiz-g'ish tus oladi, buni bosh asosi singanda kuzatiladigan ko'zoynak belgisidan ajrata bilish zarur. Keyingi kunlarda ko'k-sarg'ish tus yashilroq tusga, keyin sariqqa aylanib, asta-sekin yo'qoladi.

Davolash konservativ usulda olib boriladi: orom beriladi, lat yegan joyga sovuq narsa qo'yiladi, bosib turadigan bog'lam bilan bog'lanadi, gematoma katta bo'lganda uni **punksiya** qilib, qon olib tashlanadi. Gematoma sohasida pulsatsiya (arteriyaning shikastlanishi) bo'lganda, u kattalashganda operatsiya qilinadi: gematoma ochiladi, qonayotgan tomir bog'lanadi, teri choklab tikiladi.

Jarohatlar. Bunday joylashgan jarohatlarning xususiyatlaridan biri shu sohaning qon bilan yaxshi ta'minlanishi natijasida ko'p qon oqishidir. Sochi uzun kishilarda sochlari bironta mexanizmning harakatdagi qismiga tushib qolganda shilingan (skalplangan) jarohatlar kuzatilishi mumkin. Bunda boshning yumshoq to'qimalari sochlari bilan birga kalladan butunlay sidirilib tushadi (skalp).

Birinchi yordam va davosi. Birinchi yordamning asosi hodisa ro'y bergan joyda zudlik bilan qon oqishini to'xtatish hisoblanadi. Kichik jarohatlarda bosib turadigan bog'lamning o'zi kifoya qiladi. Yirik arterial tomirlar shikastlanganda, tomirni uning yo'li bo'yicha bosish va shikastlangan kishini jarrohlik statsionargacha olib borish zarur. Tashqi chakka arteriyasi shikastlanganda, uni quloq suprasi oldida bosiladi, tashqi jag' arteriyasi shikastlanganda, uni quloq suprasi oldida bosiladi, tashqi jag' arteriyasi shikastlanganda pastki jag'ning pastki chekkasida uning burchagidan 1—2 sm oldindan bosiladi. Jarrohlik statsionarda jarohat birlamchi tozalanadi.

Yuz va bosh sohasidagi jarohatlarni tozalash xususiyati yashab ketmasligi aniq va ko'p ifloslangan jarohatlarning o'zinigina tejab kesib, birlamchi choklar tikish hisoblanadi. Qon ta'minotining yaxshiligi jarohatlarning silliq bitib ketishiga imkon beradi.

Skalplangan jarohatlarda skalpni saqlab qolish shart. Sochlari va majaqlangan to'qimalar olib tashlanadi, skalpel bilan terining ko'p joyidan teshiladi va skalpni o'z joyiga tikib qo'yiladi.

Bosh suyagi yuz qismi suyaklari va bo'g'implarining shikastlanishi

Burun suyaklari sinishi. Sababi — bevosita ta'sirdir. Klinik manzarasi. Og'riq qattiq bo'ladi, burundan ko'p qon oqadi, burun shakli o'zgaradi. Asta-sekin paypaslashda suyak siniqlarining bir-biriga ishqalanishida ba'zan g'irchillagan tovush — krepitatsiya paydo bo'ladi. Tashxisni aniqlash uchun ikki proyeksiyada rentgenografiya qilish zarur.

Birinchi yordam va davosi. Birinchi yordam qon oqishini to'xtatishdan iborat. Shu maqsadda bemorni stulga boshini picha burib o'tqaziladi. Burniga sovuq muz qo'yiladi, burun yo'llariga esa steril paxta bo'lakchalari kiritiladi. Burun qonaganda bemorning boshini orqaga engashtirib, chalqancha yotqizishga ruxsat etilmaydi. Bunda qon oqishi to'xtamaydi, balki qon traxeya va qizilo'ngach-gacha oqib tushadi, natijada bemor yo'talaverib azoblanib ketadi va qusib yuboradi.

Ko'p qon oqqanda doka tamponlari yordamida oldingi yoki orqa tamponada qo'llaniladi. Tamponada va suyak siniqlarini joy-joyiga solishni mutaxassis-vrach bajaradi.

Pastki jag'ning chiqishi. Sababi — pastki jag'ga yon tomondan urush, kulganda, esnaganda, ashula aytganda va shu kabilarda og'izni juda katta ochib yuborganda yuz beradi. Jag'ning oldinga chiqishi ko'p uchraydi, bunda bo'g'im o'sig'ining boshchasi bo'g'im xaltasidan chiqib ketadi va bo'g'im do'mboqchasidan oldinda ushlanib qoladi. Pastki jag' bir va ikki tomonlama chiqishi mumkin.

Klinik manzarasi. Ikki tomonlama chiqishda og'iz yarim ochilgan bo'lib, uni bekitib bo'lmaydi. Yonoq ravog'i pastidagi teri ostida chiqqan bo'g'im boshchalaridan iborat yumaloq qabariqlik aniqlanadi. Tashqi eshituv yo'liga barmoqni normal holatdagiga nisbatan ancha ichkariroqqa kiritish mumkin. Jag' suyagi bir tomonlama chiqqanda jag' (iyak) sog'lom tomonga buriladi.

Davosi. Chiqqan jag' suyagi joyiga solinadi. Bemor stulga o'tqaziladi. Yordamchi orqa tomonda bemorning boshini ushlab turadi. Xirurg bosh barmoqlariga sochiq yoki doka salfetka o'rab, bemorning ro'parasida turadi, bosh barmoqlarini bemorning og'ziga tiqib, jag' tishlari ustiga qo'yadi, qolgan barmoqlar bilan jag'ning pastki chekkasini tashqi tomondan ushlaydi. Bosh barmoqlarni asta-sekin qattiqroq bosib, iyak picha oldinga ko'tariladi va pastki jag'i

pastga va ayni vaqtda orqaga tortiladi, soʻngra jagʻni orqaga surib, boshchalari joyiga solinadi. Boʻgʻim boshchasi boʻgʻim xaltachasiga sirgʻalib tushganda jagʻlar kuch bilan yumiladi va jagʻ suyagini joyiga solayotgan kishi qoʻliga sochiq oʻramagan boʻlsa, bemor uni behosdan tishlab olishi mumkin.

Yuqori jagʻning sinishi. Yuqori jagʻning tipik sinishlari uch turga boʻlinadi:

Birinchi turda sinish chizigʻi **alveolyar** oʻsiq bilan jagʻ tanasi chegarasida noksimon oʻyiqdan jagʻ doʻmboqchasi tomon gorizontal oʻtadi.

Ikkinchi turda sinish chizigʻi qanshar sohasida koʻz kosasining ichki devori va qisman orbita tubi boʻylab koʻndalang oʻtadi, koʻz kosasi ostining chekkasidan oʻtib, jagʻ-yonoq choki boʻylab deyarli vertikal pastka tushadi, soʻngra alveolyar oʻsiqning orqa tomoniga to asosiy suyakning qanotsimon oʻsigʻigacha boradi.

Uchinchi turda sinish chizigʻi avvaliga ikkinchi turning sinish chizigʻiga mos keladi, yaʼni qanshardan boshlanadi, koʻz kosasining ichki devoriga oʻtadi, soʻngra koʻz kosasining tubi boʻyicha koʻz kosasining pastki yorigʻigacha boradi, soʻngra peshona-yonoq choki boʻyicha yonoq ravogʻi orqali oʻtadi, undan jagʻ doʻmboqchasiga va ponasimon suyakning qanotsimon oʻsiqlariga oʻtadi.

Klinik manzarasi koʻp jihatdan suyak siniqlarining siljish turiga bogʻliq. Deyarli hamma hollarda yuqori jagʻ uzilgan qismining pastga osilib tushishi kuzatiladi. Buning natijasida yuz choʻzinchoq, koʻzlar kirtayib qolgandek boʻladi. Ikkinchi va uchinchi turdagi sinishlar uchun jagʻlar yumilganda yuz yuqori yarmining harakatlanishida ifodalanadigan belgi xarakterlidir. Sinish chizigʻi boʻyicha anchagina qon quyilishi qayd qilinadi. Tashxis ikkita **proyeksiyada** rentgenografiya qilish yoʻli bilan aniqlanadi.

Pastki jagʻning sinishi. Pastki jagʻ qayerdan singanligiga qarab quyidagi turlarga boʻlinadi:

- 1) markaziy yoki oʻrtadan sinishi — kurak tishlar orasidagi oʻrta chiziq boʻyicha;
- 2) mental (yon tomondan) sinishi — jagʻ tanasining uchdan bir oʻrta qismidan sinish;
- 3) jagʻ burchagi sohasida sinishi;
- 4) boʻgʻim oʻsigʻi boʻyni sohasida (servikal) sinishi.

Tojsimon o'siq sinishi va yuqori ko'tariluvchi tarmog'ining uzunasiga sinishi kam uchraydi.

Singan joy bo'yicha turlarga ajratishdan tashqari, sinishning quyidagi turlari farq qilinadi: to'liq va chala sinish, to'g'ri va bilvosita sinish, yakka, qo'shaloq va ko'p sonli sinish, chiziqli, zigzaksimon va parchalanib sinish, asoratlanmagan (shilliq parda shikastlanmaydigan yopiq) sinish va asoratlangan (shilliq parda shikastlanadigan ochiq) sinish, suyakning nuqsonli va nuqsonsiz sinishi.

Klinik manzarasi ma'lum darajada suyak siniqlarining siljish holatlari bilan belgilanadi. Suyak siniqlarining siljishi zarb kuchining yo'nalishi, 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 aniq belgilar (deformatsiya, suyak siniqlarining **krepatitsiyasi** va **apatologik** harakatchanligi), shuningdek nisbiy belgilar (shish, qon quyilishi, og'riq va chaynashning buzilishi) kuzatilishi mumkin.

Jag'i singan bemorlarga birinchi yordam ko'rsatish, ularni transpartirovka qilish va davolash

Bunday turdagi bemorlarga birinchi yordam berish bosib turadigan bog'lam qo'yish yo'li bilan qon oqishini to'xtatishdan iborat. Agar bemor hushsiz bo'lsa, **asfiksiya** yuz berishi mumkinligini unutmaslik zarur. Asfiksiyaning oldini olish uchun og'iz bo'shlig'idan shilliq, qon suyak siniqlari, tish va shu kabilar chiqarib olinadi. Til ip bilan tikiladi yoki to'g'nagich bilan to'g'nab, bemorning kiyimiga tortib qo'yiladi (tilning halqumga ketib qolishning oldini olish uchun). Yuqori jag'ni immobilizatsiya qilish maqsadida og'izga ingichka tayoqcha yoki taxtacha solish va uning uchini boshga yumshoq bintlar bilan fiksatsiya qilib qo'yish mumkin. Yuqori jag' singanda iyakka sopqonsimon bog'lam qo'yish mumkin. Yuqori jag' singanda ham pastki jag' singanda ham immobilizatsiya qilish maqsadida pastki jag'ni fiksatsiya qilib, oddiy bog'lam qo'yish mumkin. Immobilizatsiya qilish maqsadida Entinning standart iyak shina-

sopqonini, Limbergning fanerdan yasalgan standart shina-taxtachasini va Limbergning ogʻzidan tashqarida turadigan sterjenlari boʻlgan standart yuqori jagʻ shina-qoshigʻini va Tigershtetta shinasini qoʻllash mumkin. Bemorga narkotiklar va yurak-tomir dorilar yuboriladi.

Bemorning ahvoli qoniqarli boʻlsa, yarim oʻtirgan holatida transportirovka qilinadi. Bemor hushsiz yotgan boʻlsa, uni zambilga koʻkragi ostiga va boshi tagiga yumaloqlangan kiyim, valik kabi narsalar qoʻyib, yuz tuban yotqiziladi.

Suyak siniqlari sinmagan holda pastki jagʻning sinishini davolashda alyumin simdan yasalgan bir jagʻni mahkamlovchi shinalar qoʻllaniladi. Simni tishlarning tashqi yuzasida yotadigan qilib egiladi, sim uchlarini esa tishlarning oxirgi qatorini qamrab oladigan qilib qayriladi. Shinani tishlarga bronza-alyuminiydan yasalgan ingichka maxsus sim bilan fiksatsiya qilinadi. Simdan ilmoqlar tayyorlanadi, ularning uchlarini tishlararo oraliqlardan oʻtkaziladi va alyuminiy shina atrofida burab qoʻyiladi. Suyak siniqlari siljib yuz bergan sinishda yoki yuqori jagʻ singan hollarda jaglarni bir-biriga jipslashtirish uchun ilgakli halqalari boʻlgan shina qoʻllaniladi. Shu maqsadda yuqori va pastki jagʻ uchun ikkita alyuminiy shinadan foydalaniladi. Bu shinalarning uchini qayirish yoʻli bilan ularga ilgakli halqalar qilinadi. Yuqori va pastki jagʻ shinalarining ilgakli halqalariga oddiy drenaj naychadan qirqib olingan rezina halqalar kiygiziladi, bular jagʻlarning suyak siniqlarini elastik jipslashtirib turadi.

Yuqori jagʻ singanda bunday hollarda iyakni Entin shinasi bilan fiksatsiyalab qoʻyish shart. Limbergning yuqori jagʻ uchun standart shina-qoshigʻini qoʻllanish ham mumkin. Fiksatsiyaning oʻrtacha muddati 4—6 hafta.

Bosh miyaning yopiq shikasti

Bosh miyaning silkinishi, lat yeyishi va qisilishi bosh miyaning yopiq shikastiga kiradi. Bularni shu tarzda farq qilish shartlidir, koʻpincha ularning umumlashgan — bosh miyaning travmatik kasallanishi kuzatiladi.

Bosh miyaning yopiq shikastiga koʻpincha toʻgʻridan-toʻgʻri yuz beradigan travma (boshga ogʻir narsa bilan urish, bosh bilan yiqilish) sabab boʻladi.

Bosh miyaning silkinishi. Barcha bosh travmalari orasida eng ko'p uchraydigan patologiyadir. Odatda bosh miya chayqalganda bosh suyaklari shikastlanmaydi. Qisqa va kuchli zarb ta'siri bosh miyani hamda uning suyuq tarkibiy qismi (likvor, qon)ni harakatga keltiradi. Bunda o'zgarishlar kam kuzatiladi: tomirlar qisqa muddatga spazmga uchrab, keyin kengayadi, venoz qon dimlanadi, miya va miya pardalari shishadi, nuqtali qon quyilish yuz beradi. Bu o'zgarishlar bir hafta davom etadi.

Klinik manzarasi. Bosh miya chayqalganda es-hushning bir necha soatgacha yo'qolishi va retrograd amneziya (bemor qanday hodisa ro'y berganini eslay olmaydi) asosiy belgilardan hisoblanadi. Bemor qayt qilib yuborishi mumkin. Yuz terisi oqaradi, kam hollarda giperemiya kuzatiladi. Nafas yuza bo'ladi. Bosh miya silkinishining yengil darajasida tomir urushi tezlashadi (taxikardiya), og'ir darajasida, aksincha, sekinlashadi (bradikardiya). Ko'z qorachiqdari bir tekisda torayishi yoki kengayishi burun-lab burmasining picha silliq tortganligi kuztilishi mumkin. Keyinchalik bosh og'riydi, bosh aylanadi, quloq shang'illaydi, bosh og'irlashadi, ko'z achishadi, bu sezgi ko'zni harakatlantiradi va punksiya qilganda miya suyuqlig'ida odatda potologik o'zgarishlar bo'lmaydi, biroq uning bosimi oshgan bo'lishi mumkin. Shikastlangandan so'ng bir necha kun o'tgach, uyqusizlik, jizzakilik, ko'p terlash, darmonsizlik, kitob o'qiganda yon tomonga yo'nalgan g'ilaylik (Sedon belgisi) yuzaga keladi.

Davosi. Davo asosini qat'iy o'rinda yotish tartibi o'rnatiladi (1—2 hafta). Neyroplegik, antigistamin va vitamin preparatlari keng qo'llaniladi. Bosh miya bosimi oshganda venaga 40—60 ml 40% li glyukoza eritmasi, 10—20 ml 10% li natriy xlorid eritmasi, 5—10 ml 40% li urotropin eritmasi, mushak orasiga 10 ml 20% li magneziiy sulfat eritmasi yuboriladi, siydik haydovchi dorilar buyuriladi. Suyuqlik miqdori chegaralangan tuzsiz ovqatlar berish tavsiya etiladi.

Bosh miya shishi hodisalarida qo'shimcha ravishda venaga 5—10 ml 2% li geksoniy eritmasi, 1—2 ml 2% li demedrol eritmasi, 50—100 ml kortizon yoki gidrokortizon yuboriladi. Bosh suyagining ichki bosimi pasayganda teri ostiga yoki venaga fiziologik eritma yoki distillangan suv yuboriladi.

Bosh miyaning lat yeyishi. Lat yeyish bosh miyaning silkini-shiga qaraganda birmuncha og'ir klinik manzara bilan yuzaga chiqadi. Marfologik jihatdan miya to'qimasida miya moddasining yemirilish o'choqlari (uzilish, yumshoqlanish, majaqlanish, 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 quyilishlari ayniqsa xavflidir.

Klinik manzarasi bosh miyaning og'ir silkinishini eslatadi: es-hushni yo'qotish uzoqroq vaqtgacha cho'zilib, bir necha kun va hatto haftagacha tormozlanish bilan almashinadi. Retrograd amneziya bir muncha kuchli yuzaga chiqqan bo'ladi. Harorat ko'tariladi, neytrofil leykotsitoz qayd qilinadi, likvorda doimo qon aralashmasi bo'ladi.

Bosh miya lat yeganda lokal markaziy belgilar ustunlik qiladi: bosh miya nervlari va oyoq-qo'llar falaji hamda parezi, gemiplegiya, patologik reflekslar yuzaga keladi.

Davosi bosh miya silkinishidagi kabi davo olib boriladi, biroq stvoldagi buzilishlarga bog'liq bo'lgan ichki a'zolar holati hisobga olinadi. Nafas buzilganda **traxeya** va bronxlardan shilliqni intubatsiya qilingan hiqildoq orqali olinadi va ayni vaqtda kislorod beriladi. Bemorga lobelin va sititon yuboriladi. Bu hodisalar kuchayganda traxeostoma qo'yiladi va boshqariladigan nafasga o'tiladi. Qon aylanishini normaga solish uchun yurak-tomir dorilari (kofein, kordiamin va boshqalar) qo'llaniladi.

Bosh miyaning qisilishi. Birmuncha og'ir kechishi qayd qilinadi. patologoanatomik o'zgarishlar miyaning shish, o'sib boruvchi gematoma (tomir yorilganda) va suyak qismlari bosishi hisobiga tobora ko'proq qisilishidan iborat bo'ladi. Gematomalarni qayerda joylashganligiga qarab subdural (qattiq miya pardasi ostiga), epidural (qattiq miya pardasi ustiga), subaraxnoidal (yumshoq miya pardasi ostiga) va intratserebal (miya moddasiga) gematomalarga bo'linadi.

Klinik manzarasi. Bosh miya qisilganda, ayniqsa gematoma hisobiga qisilganda bir necha daqiqadan bir necha soatgacha tinch davr (svetliy promejutok) bo'lib, so'ngra bemor hushidan ketadi. Pulsi sekinlashib (bradikardiya), 1 daqiqada 40—50 martagacha uradi. Qorachiqlar avvaliga torayib keyin kengayadi. Bemor qusadi, yutish akti buziladi, tinch davrda bosh og'riydi va aylanadi.

Gematomaning har xil turlari o'rtasida differensial tashxis qilishda klinika va orqa miya puksiyasining ko'rsatkichlari katta ahamiyatga ega. Epidural gematomada bemor tez orada hushini yo'qotadi, likvor bosimi oshgan. Subdural gematomada tinch

davr birmuncha davomli, likvorda qon bo‘ladi. Subaraxnoidal gematomada tinch davr bir necha sutkagacha davo qilishi, bemor umuman hushini yo‘qotmasligi mumkin. Likvorda qon aralashmasi ko‘p bo‘ladi.

Umumiy miya belgilari osha borgan sayin miya qisilishi va dislokatsiyasining o‘choqli belgilari, qon quyilgan tomonda bosh-miya nervlarining parezlari va falajlari (anizokoriya, ustki qovoq ptozi, qorachiqning torayib, keyin kengayishi, g‘ilaylik) qarama-qarshi tomonda oyoq- qo‘llar mushaklarning parezlari va falajlari (monoplegiya patologik reflekslar bilan, epileptiform talvasa) birmuncha aniq yuzaga chiqadi.

Davosi operatsiya usulida olib boriladi. Operatsiyaning mohiyati bosh suyagini trepanatsiya qilish (ochish), gematomani bo‘shatish va qon oqishni to‘xtatishdan iborat (bosh suyagining dekompressiv trepanatsiyasi). Miya moddasi unchalik ko‘p shikastlanmaganda va qon oqishi ishonchli to‘xtatilganda bosh suyaklardagi nuqson saqlanib qolgan suyak bilan berkitiladi. Suyak nuqsonining birlamchi plastinkasini bajarishga imkon bo‘lmasa, uni bir necha oy o‘tgach amalga oshiriladi.

Bosh gumbazining sinishi. Bevosita travma oqibatida ro‘y beradi. Bosh gumbazining sinishining ta‘rifi bo‘yicha, 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 barcha joyiga tarqalishi va noto‘g‘ri bo‘lishi mumkin, bunda bosh gumbazining faqat tashqi yoki ichki plastinkasi sinadi. Parchalanib sinishda, shuningdek ichki plastinka singanda miya pardalari va miya moddasi shikastlanadi.

Klinik manzarasi. Miyaning silkinishi va shishishi bilan bog‘liq bo‘lgan umumiy miya belgilari va miya qismlaridagi qanday bo‘lmasin bo‘limlarning shikastlanishiga aloqador oshib boradigan o‘choqli belgilar kuzatiladi.

Davosi. Bosh suyaklari yopiq singanda va bosh suyagi ichidan qon oqmaganda davo bosh miyaning yopiq shikastidagi singari olib boriladi. Bosh suyagi ichidan qon oqqanda, parchalanib sinish va ochiq sinishlarda operatsiya qilish buyuriladi. Operatsiya asosida ezilgan suyak siniqlarini olib tashlash va qon oqishini to‘xtatish qoidalariga asoslaniladi.

Bosh asosining sinishi. Shikast mexanizmi—odamning baland joydan boshi yoki oyog‘i bilan yiqilishidir. Bunda bosh asosining suyaklari (asosiy va chakka suyaklar) shikastlanadi.

Klinik manzarasi. Tashxis qo‘yishda anamnez ma‘lumotlari, qon talashgan va qon oqqan sohalarning qayerda joylashganligi muhim ahamiyatga ega. Kallaning oldingi chuqurchasi shikastlanganda qovoqlar sohasi va ko‘z atrofi qon talashadi — “ko‘zoynak belgisi”, shuningdek burun qonaydi, boshning o‘rta va orqa chuqurchalari shikastlanganda burun-halqum sohasi qon talashadi va quloqlardan qon oqadi. Kallaning orqa chuqurchasi shikastlanganda so‘rg‘ichsimon o‘siqlar qontalashadi. Ba‘zan burun va quloqlardan likvor chiqadi. Kalla asosi singanda ko‘pincha bosh miya nervlari: yuz nervi, uzoqlashtiruvchi va ko‘zni harakatlantiruvchi nerv zararlanadi. Miya pardalarining ta’sirlanishi hisobiga meningizm hodisalari (ensa muskullarining taranglashishi) paydo bo‘ladi.

Davosi bosh miya silkinishini davolashga o‘xshash tartibda olib boriladi. Orqa miyani punksiya qilib, likvorni chiqarish kalla ichi bosimini pasaytiradi, bu — bosh og‘rig‘i va bosh aylanishini kamaytiradi. Infeksiyani profilaktika qilish maqsadida antibiotiklar buyuriladi. Infeksiya kirish xavfini oldini olish maqsadida qon oqayotganda eshituv yo‘li va burunni yuvish tavsiya etilmaydi. Ko‘p qonagan taqdirdagina burunga tamponlar tiqiladi.

Bosh miyaning ochiq shikasti

Bosh miyaning ochiq shikastida yumshoq to‘qimalar, bosh suyaklari, miyaning qattiq pardasi, qator hollarda miya pardasi ham zararlanadi. Shikastlanishning bu turi boshqa o‘tkir qirrali qattiq narsa bilan urilganda, o‘q tegib yaralanishlarda kuzatiladi.

Tashxis qo‘yishda qiynchilik tug‘dirmaydi. Operatsion stolda jarohatni tekshirib ko‘rilganda yumshoq to‘qimalar, bosh suyaklari, qattiq miya pardasi va miya moddasining shikastlanish ko‘lami hamda turi aniqlanadi.

Davosi. Jarohatni birlamchi xirurgik tozalab, majaqlangan va yashab ketmaydigan to‘qimalar olib tashlanadi. Infeksiyaning rivojlanishini oldini olish maqsadida umumiy antibiotikoterapiya qilish tavsiya etiladi.

Yopiq va ochiq bosh-miya shikastiga uchragan bemorlarga birinchi yordam berish va transpartirovka qilish.

Hodisa ro'y bergan joyda ochiq shikastlanishlarda bog'lam qo'yiladi. Bemorni zambilga boshini balandroq qo'yib yotqiziladi. Transpartirovka qilish vaqtida bemorning boshini avaylab ushlab ketish zarur. Bemor hushsiz holatda bo'lsa, tilning halqumga tiqilib qolishining oldini olish maqsadida undan ipak ip o'tkazib, iyakka yoki kiyimga fiksatsiya qilib qo'yiladi.

BO'YIN, KEKIRDAK VA QIZILO'NGACH SHIKASTLARI. BO'YIN JAROHATLARI

Bo'yin jarohatlari birmuncha kam uchraydi. Ular asosan sovuq qurol (pichoq, ustara, nayza) yoki o'q otadigan qurol (o'q, sochma o'q, snaryad parchasi)dan yuzaga keladi.

Klinik manzarasi bo'yindagi biror organning shikastlanish turiga bog'liq. Ko'pincha traxeya, qizilo'ngach va bo'yin tomirlari jarohatlanadi.

Traxeya jarohatlanganda nafas qisman odatdagi yo'llardan va qisman jarohat teshigidan chiqadi. Bemorlar juda qo'rqqan bo'ladi. O'z vaqtida davo qilish batamom sog'ayib ketish imkonini beradi.

Qizilo'ngach shikastlanishi ko'pincha traxeya shikasti bilan birga uchraydi. Qizilo'ngach shikastlanganda bemorlar yutishda og'riq paydo bo'lishidan noliydilar, suv va ovqat yutganda jarohatdan ajralib chiqadi.

Bo'yinning arterial tomirlari shikastlanganda juda ko'p qon oqishi qayd qilinib, bu tezda o'lim bilan tugallanishi mumkin.

Bo'yin venalari jarohatlanganda havo emboliyasi sodir bo'lishi ehtimoli bo'ladi.

Birinchi yordam va davosi. Birinchi yordam berish asosida qon oqishini to'xtatish yotadi. Shu maqsadda jarohatdagi tomirni asosidan barmoq bilan bosiladi. Jgut solish mumkin. Jarohatga qattiq bolishcha qo'yiladi, jarohat sohasiga qarama-qarshi tomondagi qo'lni boshga ko'tariladi yo bo'lmasa Kramer shinasi qo'yiladi. Jgutni bolishcha va bemor qo'lni qamrab olib gir aylantirib solinadi (Kramer shinasi). Tomirlar jarohatlanganda stasionarda ularni qayta o'rab bog'lanadi. Yuqori malakali tibbiyot xodimi va zarur shart-sharoitlar bo'lganda tomirga chok solinadi. Traxeya jarohatlanganda jarohat tikiladi. Qizilo'ngach jarohatlanganda uning devori tikiladi va jarohat kanali drenaj qilinadi.

KO'KRAK QAFASI VA KO'KRAK BO'SHLIG'I A'ZOLARINING SHIKASTLARI

Ko'krakning yopiq shikastlari

Qovurg'alarining sinishi. Bevosita shikastlanishda yoki ko'krak qafasining bosilishidan sinadi. Qovurg'alar yoriladi, suyak ust pardasi ostidan sinadi va bitta yoki bir necha qovurg'alar to'la sinadi, siniqlari o'rnidan siljiydi yoki siljmaydi. Qovurg'alarining o'zi sinishi va qovurg'alar sinib, plevra hamda o'pka shikastlanishi mumkin.

Klinik manzarasi. Qovurg'alar yakka singanda o'tkir lokal (cheklangan joyda) og'riq kuzatiladi, bu — nafas olganda, yo'talganda va gavda vaziyatini o'zgartirganda kuchayadi. Paypaslash yo'li bilan lokal og'riq aniqlanadi, suyak siniqlari siljigan sinishda qovurg'alarining shakli pog'onasimon bo'lib o'zgaradi.

Qovurg'alar ko'p joydan singanda klinik manzara yomonlashadi, bemor shok holatda bo'lishi mumkin. O'pka to'qimasi zararlanganda teri osti emfizemasi paydo bo'ladi — havo teri osti kletchatkasiga chiqadi (terini bosilganda g'ijirlagan tovush eshitiladi), bemor qon tupuradi, nafas olish qiyinlashadi, akrotsianoz (lab, burun uchi, quloq chiganog'i, barmoqlar uchi ko'karadi), taxikardiya bo'ladi. Plevra bo'shlig'ida qon yig'ilganda (gemotoraks) o'tirgan vaziyatda perkussiya qilishda gorizontal sathidagi suyuqlik aniqlanadi, havo bo'lganda (pnevmotoraks) o'pka puchayadi — perkussiyada baland perkutor tovush qayd qilinadi, auskultatsiyadan o'pkaning nafas olishi eshitilmaydi.

Sinish faqat klinik jihatdan aniqlansa-da, qovurg'alarining sinish tashxisini tasdiqlash uchun rentgenologik tekshiruvning ahamiyati katta, lekin qator hollarda sinish faqat klinik aniqlanadi. Tashxis qo'yishda manzara asos qilib olinadi.

Davosi. Singan sohaga 5—10 ml 2% li novokain eritmasi yuboriladi. Ko'p joydan singanda ularning sohasiga 0,5% li novokain eritmasi kiritiladi va shu tomonning o'zida vago-simpatik blokada qilinadi.

Og'riqsizlantirishni chuqur va davomli qilish uchun sinish sohasiga 5—10 ml 2% li novokain eritmasi yuborishni tavsiya qilamiz. 10 daqiqa o'tgach ignani chiqarmay turib qo'shimcha ravishda 5 ml dan 0,02% li sovkain eritmasi va 0,04% li dikain eritmasi yuborish lozim.

Bu usulni boshqa joylardagi sinishlarda ham qo'llaniladi.

O'pka yallig'lanishining oldini olish uchun bemor nafas gimnastikasi bilan shug'ullanishi kerak. Antibiotiklar va sulfanilamidlar buyuriladi. Qovurg'alar singanda ko'krak qafasini bintlash tavsiya etilmaydi (zotiljamni oldini olish uchun).

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. Boylamlarning yirtilish darajasiga ko'ra uning to'la va qisman chiqishi tafovut qilinadi. To'la chiqishda shu sohadagi boylamlar batamom yirtiladi, qisman chiqishda boylamlar qisman saqlanib qoladi.

Klinik manzarasi. 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 tushganda uning bu uchi yana yuqoriga ko'tariladi. Tashxis rentgenologik tekshiruvda tasdiqlanadi. Qisman chiqqanda o'mrovning akromial uchi unchalik turtib chiqmaydi.

O'mrovning to'sh uchi chiqqanda bu sohada o'mrov suyagining turtib chiqqanligi va gematoma ko'riladi. Tashxisni aniqlash uchun rentgenografiya qilinadi.

Davosi. O'mrov suyagining chiqqan uchi joyiga solinadi. O'mrov suyagiga qalin qattiq qog'oz qo'yiladi va gips bog'lam bilan fiksatsiya qilinadi. Qator hollarda, ayniqsa o'mrovning akromial uchi chiqqanda bu usul g'oyat yaxshi natija berishi mumkin. O'mrovning chiqqan uchini tutib turishning iloji bo'lmagan hollarda operatsiya yo'li bilan davolanadi. Operatsiyaning mohiyati shundan iboratki, o'mrov suyagining akromial uchi chiqqanda uni kurakning akromial uchiga, o'mrovning to'sh uchi chiqqanda uni to'sh suyagiga mahkamlanadi. Fiksatsiyani lavsan ip, bronza-alyuminiydan yasalgan sim yoki po'lat kegay bilan amalga oshiriladi.

O'mrov suyagining sinishi. Bevosita zarb tushganda yoki yozilgan qo'lga, tirsakka, yelkaning yon yuzasiga yiqilganda o'mrov suyagi sinadi. Bolalarda aksari suyak ustki pardasining ostidan sinib, suyak siniqlarining unchalik siljimasligi kuzatiladi. Katta yoshdagi kishilarda ko'ndalang, qiyshiq va parchalanib sinish qayd qilinadi. Odatda, o'mrov suyagi sinig'ida suyak siniqlarining siljishi bilan o'tadi. Markaziy suyak sinig'i to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushagining

tortishishi hisobiga yuqori va oldinga, periferik siniq o'mrov mushagining tortishishi hisobiga pastga va ichkariga siljiydi.

Klinik manzarasi. Og'riq va ingan sohada pog'onasimon deformatsiya kuzatiladi. Yelka usti sohasi sog'lom tomonga nisbatan qisqaradi (o'mrov suyagining ko'krakdan kurakkacha masofasi). Bemor shikastlangan tomondagi qo'lini ko'tarib turadi. Tashxis aniqlashda va suyak siniqlarining siljishi holatini bilish uchun rentgenolografiya qilinadi.

Davosi. Birinchi yordam ko'rsatishda shikastlangan tomondagi qo'iga Dezo bog'lami yoki **kosinkadan** foydalaniladi. Sinishni davolashda shikastlangan sohaga novokain yuboriladi yoki **prolongatsiyali** ta'sir qiladigan blokada qilinadi. Bemorning yelkalarini iloji boricha uzoqlashtiriladi va ikkala yelka uchi sohasiga ikkita doka halqa kiygizib, ularni rezina naycha bilan bog'lanadi (Dalbe usuli). Kerilgan yelkalar ustiga halqalar o'rniga sakkizsimon bog'lam qo'ysa ham bo'ladi. Suyak siniqlari 3—4 hafta ichida bitadi (konsolidatsiya).

Suyak siniqlarini ko'rsatilgan usullar bilan joy-joyiga solib bo'lmasa operatsiya yo'li bilan davo qilinadi. Operatsiyaning mohiyati suyak siniqlarini lavsan ip yoki sim bilan, shuningdek o'mrov suyagining ikkala uchidan o'tkazilgan zanglamaydigan po'lat kegap bilan birlashtirishdan iborat.

KO'KRAK QAFASINI TESHIB KIRADIGAN OCHIQ SHIKASTLAR

Ko'krak qafasini teshib kiradigan shikastlar deganda teri, teri osti kletchatkasi va mushak qavati bilan birga pariyetal plevra ham shikastlanadigan jarohatlanishlar tushuniladi. Bunday jarohatlanishda o'pka shikastlanmasligi ham mumkin. Ko'krak qafasini teshib kiradigan jarohatlanish sovuq qurol yoki o'q otadigan quroldan sodir bo'ladi.

Ko'krak qafasini teshib kiradigan jarohatlanishda ko'pincha pnevmotoraks — plevra bo'shlig'ida havo yig'ilishi, gemotoraks — plevra bo'shlig'ida qon yig'ilishi va plevragemotoraks — havo va qon yig'ilishi kuzatiladi.

Pnevmotoraks. Plevral bo'shlig'iga ko'krak devoridagi jarohat teshigi orqali yoki shikastlangan o'pka orqali havo kirishi natijasida pnevmotoraks hosil bo'ladi. Havo plevral bo'shliqqa tushganda o'pka qisiladi. Plevral bo'shliqda havo qancha ko'p bo'lsa, o'pka shunchalik ko'p qisiladi. Pnevmtoraksni uch turi tafovut qilinadi:

1. yopiq.
2. ochiq.
3. qopqoqli.

Yopiq pnevmotoraksda pleural bo'shliqqa kirgan havo tashqi muhit bilan tutashmaydi, chunki ko'krak qafasi yoki o'pkadagi jarohat kanali bekilib tutashmaydi, chunki ko'krak qafasi yoki o'pkadagi jarohat kanali bekilib qoladi.

Ochiq pnevmotoraksda jarohat kanali ochilib turadi va pleural bo'shliqqa tushgan havo tashqi muhit bilan bemalol tutashadi.

Qopqoqli (avj oluvchi) pnevmotoraksda jarohat kanalining xususiyatlariga ko'ra havo pleural bo'shliqqa bemalol kiradi, biroq qaytib chiqqa olmaydi. Shunga ko'ra har gal nafas olgan sayin pleural bo'shlig'ida tobora ko'proq havo yig'ila boshlaydi. Bunda o'pkaning anchagina qisilishi va ko'ks oralig'idagi a'zolarining sog'lom tomonga siljishi kuzatiladi. Qator hollarda (ko'pincha qopqoqli pnevmotoraksda) havo teri ostidagi kletchatkaga kira boshlaydi, bu teri osti emfizemasining paydo bo'lishiga olib keladi.

Klinik manzarasi. Ko'krakda qisilish sezgisi, nafas qisilishi paydo bo'ladi, bemor ko'karib ketadi, ko'krak qafasining shikastlangan tomonida nafas olish yo'qoladi va birmuncha sustlashadi, tovush titrab chiqadi. Ochiq va qopqoqli pnevmotoraksda uchragan bemorlarning ahvoli ayniqsa og'ir bo'ladi.

Gemotoraks. Ko'pincha qon pleural bo'shlig'iga jarohatlangan o'pka tomirlaridan, biroq ba'zan ko'krak devorining shikastlangan tomirlaridan oqib tushadi. Oqib tushgan qon miqdori 1,5—3 l ga yetishi mumkin. Infeksiya qo'shilgan hollarda pleuraempiyemasi rivojlanadi.

Klinik manzarasi. Ichki qon oqish alomatlari paydo bo'ladi: teri va shilliq pardalar bo'zaradi, sovuq ter chiqadi, puls tezlashadi, arterial bosim tushib ketadi. Bu hodisalarga nafas qisishi va nafasning qiyinlashuvi qo'shiladi. Perkussiyada qon oqib tushgan zonada perkutor tovushning bo'g'iqligi qayd qilinadi.

Pnevmotoraks klinik jihatdan pnevmotoraks va gemotoraksning biriga uchrashi bilan xarakterlanadi. Perkussiyada pleural bo'shliqda suyuqlikning gorizontol sathi aniqlanadi.

Birinchi yordam va davosi. Ko'krak qafasining teshib kiradigan jihatlariga uchragan bemorlarga beriladigan birinchi yordam ochiq pnevmotoraksni bartaraf qilishga qaratilishi kerak. Shu maqsadda jarohat zonasiga germetiklikni ta'minlaydigan aseptik bog'-



76-rasm.

lam qo'yiladi, buning uchun (jarohatga cheripitsa ko'rinishida qo'yilgan) leykoplastir yoki individual paketdagi rezina aralashtirib tayyorlangan qopchiqdan foydalaniladi, ustidan paxta-doka bog'lam yopiladi. Bemorlarga og'riq qoldiradigan va yurak dorilari yuboriladi. (76-77-rasm)

Bunday bemorlarni davolash ko'krak devorilagi jaro-hatni xirurgik tozalash, uni qavatma-qavat, jips qilib tikish, plevral bo'shliqdan havo va qonni tortib olishdan iborat. (78-79-rasm)

Klapanli pnevmotoraksda takroriy plevral punksiyalar qilib, havoni tortib olinadi yoki Byulau usulida suv osti drenaji qo'yiladi. Biroq bunday hollarda klapan mexanizmini darhol operativ bartaraf qilgan yaxshi. Gematoraksda qon oqishini operatsiya yoki konservativ yo'l bilan to'xtatiladi va plevral bo'shliqdagi qonni haydaladi.

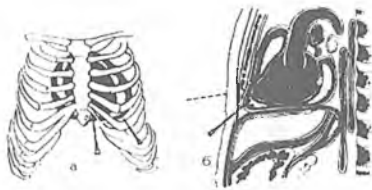
QORIN DEVORI, QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING SHIKASTLARI

Qorin devorining shikastlari

Qorin devorining shikastlari qorinning bevosita shikastida, og'ir yuk ko'targanda kuzatiladi. Qorin devorining shikastlari yopiq (qorin to'g'ri mushagining yirtilishi) va ochiq (jarohatlar) turlariga bo'linadi. Bunda qorinni teshib kirmaydigan jarohatlar va teshib kiradigan jarohatlari (qorin pardasi shikastlanganda) farq qilinadi. Teshib kiradigan jarohatlari ichki a'zolarining shikastlanishi bilan o'tishi mumkin.



77-rasm.



78-rasm.

da aniqlanadi. Qorin bo'shlig'i o'smasidan farqlash uchun bemordan qorinning to'g'ri mushaklarini tarang qilish so'raladi (bunda bemor boshini ko'taradi). Qorinning to'g'ri mushagi yirtilganda qorin mushaklarini taranglashtirishda ham, bo'shashtirishda ham o'smasimon bo'rtma aniqlanadi. Qorin bo'shlig'ida o'sma bo'lganda qorin mushaklari taranglashtirilgan taqdirda o'smani paypaslab bo'lmaydi.

Ba'zan qorin devori tomirlarining yirtilishi kuzatiladi. Bunda gematoma asosan qorin pardasi ustida joylashib, anchagina maydonni egallaydi. Klinik jihatdan qorin mushaklarining taranglanishi aniqlanadi. Bunday hollarda ichki a'zolarining shikastlanganini istisno qilish kerak.



79-rasm.

Klinikasi: Qorin devorining yopiq shikastlanishida mahalliy og'riq va gematoma paydo bo'ladi. Qorinning to'g'ri mushagi yirtilganda qon quyilishi qorin to'g'ri mushagining qin qismi bilangina chegaralanadi. Paypayslab ko'rilganda gematoma o'smasimon bo'rtma ko'rinishida

Qorin devoridagi jarohlarda qorin pardasining jarohatlarini farq qilish zarur. Qator hollarda qorin pardasining shikastlangan jarohati birlamchi xirurgik tozalashda aniqlanadi. Bu maqsad uchun zond ishlatish mumkin emas (qorin bo'shlig'iga infeksiya tushish xavfi bor).

Davosi. Qorin devori yopiq shikastlanganda bemorga tinch sharoit yaratiladi. Dastlabki kunlari sovuq muolajalar tatbiq qilinadi. Keyinchalik issiq muolajalarga o'tiladi. Katta gematomalarda punksiya qilinib, qonni tortib chiqarish kerak.

Qorin jarohatlanganda jarohatni birlamchi xirurgik tozalanadi. Qorin pardasi shikastlanganmi-yo'qligini tekshirish zarur. Qorin pardasi shikastlanganda ichki a'zolarini taftish qilib, tekshirib ko'rilishi lozim.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlari

Qorinning to'mtoq predmetlar ta'sirida ko'pincha ichki a'zolarining yopiq shikastlari kuzatiladi. Teshib kiruvchi jarohatlar deyarli hamisha kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Parenximatoz a'zolar (jigar, taloq) shikastlanganda quyidagi belgilar: ichki qon oqish asosiy o'rin tutadi. Butun qorin bo'ylab tarqoq og'riq ro'y beradi, bemor yotgan vaziyatda bo'lganda qorinning chekka joylarida perkutor tovushning bo'g'irligi, arterial bosimning pasayib ketganligi, gemogloblin va eritrotsitlar miqdorining kamayganligi, o'rtacha leykotsitoz qayd qilinadi.

Kovak a'zolar (me'da-ichaklar) shikastlanganda o'tkir peritonitning (qorin pardasining yallig'lanishi) klinik belgilari aniqlanadi: butun qorin bo'ylab tarqoq og'riq bo'ladi, qorin mushak taranglashadi. Shchetkin-Blyumberg belgisi musbat, harorat ko'tariladi, leykotsitoz oshadi.

Davosi. Unchalik ko'p ichki qon oqishi belgilari kuzatilmaganda (bemorning ahvoli qoniqarli) konservativ davo qo'llaniladi: bemorga orom beriladi, qoringa sovuq qilinadi, gemostatik vositalar bilan (kalsiy xlor, vikasol, gemofobin, epsilon-aminokapron kislotasi va hokazo) davolaniladi. Qolgan hollarda operatsiya qilishga kirishiladi. Jigar yorilganda yoriq tikiladi. Ba'zan jigardagi jarohatni charvi bo'lakchasi bilan qo'shimcha choklar yordamida tomonlanadi (gemostatik effektini yaxshilash uchun).

Taloq yorilganda uni olib tashlanadi (splenektomiya operatsiyasi).

Kovak a'zolar yorilganda, jarohatlangan joy tikiladi, qattiq shikastlanganda shu soha rezeksiya qilinadi.

UMURTQA POG'ONASI SHIKASTLARI

Umurtqa pog'onasi shikastlari yopiq bo'lishi (lat yeyish boylamlarning cho'zilishi suyak sinishi, chiqishi) va sovuq hamda o'q otadigan quroldan jarohatlanishdan ochiq bo'lishi mumkin. Umurtqa pog'onasining boshqa a'zolar bilan birga shikastlanishiga umurtqa pog'onasining birgalikda shikastlanishi deyiladi.

Umurtqa pog'onasining sinishi. Umurtqa pog'onasining fiziologik harakatchanligi chegarasidan chiqadigan tananing ortiqcha kuch bilan egilishi umurtqa pog'onasi sinishiga sabab bo'ladi.

Bosh yoki oyoq bilan yiqilganda umurtqa tanalarining ortiqcha qisilishi sinishiga ikkinchi sabab bo'ladi. Umurtqa pog'onasining bevosita yuz beradigan shikastdan sinishi kamroq uchraydi.

Umurtqa tanalarining yakka sinishi (kompression), yoylari va o'siqlarining sinishi (ko'ndalang o'siqlari, o'tkir qirrali o'siqlari) tafovut qilinadi. Ba'zan bunday sinishlarning birga uchrashi yoki umurtqaning sinish bilan birga chiqishi kuzatiladi. Yakka chiqishi aksariyat umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limida uchraydi. Sinish orqa miyaning yoki ildizlarining shikastlanishi bilan ro'y berishi mumkin.

Kompression sinish. Bunday sinishlar uchun umurtqa paysimon moddasining asosan oldingi, ventral bo'limida ponasimon qisilishidan yuzaga keladi. Kompressiya darajasi turlicha: arang bilinadigan darajadan umurtqa pog'onasi o'qini buzadigan 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 keskin og'riq, aniq do'mboq yoki o'tkir qirrali o'sig'ining turtib chiqishi ko'rinishidagi deformatsiya, orqa mushaklarining taranglashishi, faoliyati yo'qolishi, ya'ni umurtqa pog'onasining shu bo'limida harakatlar bo'lmasligi kuzatiladi. Tashxisni aniqlash uchun umurtqa pog'onasining shu bo'limini ikki proyeksiyadan rentgenografiya qilish zarur yoki tomografiya qilinadi.

Birinchi yordam ko'rsatish va transportirovka qilish. Bemorni qattiq zambilga yuz tuban yotqiziladi. Uni davolash muassasasiga olib borish va zambildan turishida umurtqalarining qo'shimcha ravishda siljimasligi va orqa miya butunligining buzilmasligi uchun ehtiyotkorlikka qat'iy rioya qilinadi.

Davosi. Umurtqalar tanasining aniq kompression sinishida davolashning asosi qisilgan umurtqani yozish hisoblanadi (reklinatsiya). Reklinatsiya bir momentda bajarilishi mumkin. Bunda bemorni ikkita stolga yotqiziladi, tananing o'rta qismi osilib turadi. Uzaytirilgan reklinatsiyada bemorni karavotga o'rnatilgan taxtaga chalqancha yotqiziladi. Singan soha ostiga qum solingan xalta yoki

maxsus tirgak qo'yilib, uning yordamida reklinatsiyani asta-sekin me'yori bilan oshira borish mumkin. Unchalik katta bo'lmagan kompression sinish reklinatsiyani talab etmaydi. Reklinatsiyadan so'ng gipsli korset umurtqa pog'onasi singanda, shikastlanganda uni qimirlatmay ushlab turish uchun qo'llaniladigan maxsus ortopedik moslama qo'yiladi va faollashtirilgan davo usuli qo'llaniladi. Bu usul orqa mushaklarini baquvvat qilish va rivojlantirishga qaratilgan maxsus mashqlarni bajarishda «mushak korseti» ni vujudga keltirishdan iborat.

Og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanmaydigan bemorlarda 6—8 oydan so'ng, og'ir jismoniy ishda ishlaydigan bemorlar uchun 8—12 oydan keyin mehnat qobiliyati tiklanadi.

Umurtqalarning chiqishi. Umurtqaning chiqishi ko'pincha umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limida uchraydi. Yuqorida joylashgan umurtqalar bo'g'im yuzasining siljish darajasiga ko'ra, chiqishining oldingi ikki tomonlama, oldingi o'ng yoki chap, orqadagi ikki tomonlama, orqadagi o'ng yoki chap turlari tafovut qilinadi.

Klinikasi. Oldingi ikki tomonlama chiqishda bosh go'yo oldinga chiqib qoladi va picha pastga egiladi. Oldingi o'ng tomonlama chiqishda o'ngga burilgan, orqadagi ikki tomonlama chiqishda — birmuncha orqaga tashlangan, orqadagi o'ng tomonlama chiqishda — o'ngga, orqadagi chap tomonlama chiqishda chapga burilgan bo'ladi.

Umurtqa pog'onasi bo'yin bo'limidagi chiqishning hamma turlarida faol harakatlar bo'lmaydi, sust harakatlar esa juda cheklangan bo'ladi. Umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limi rosmansa og'rib turadi. Tashxisni aniqlash uchun ikki proyeksiyada rentgenogramma qilish zarur.

Davosi. Bosh tomoni baland qilib ko'tarilgan karavotda Glisson ilmog'i yordamida cho'zish eng yaxshi usul hisoblanadi. Qator hollarda ayni vaqtda joyiga solish usulini qo'llash mumkin. Davolashning bu turida boshni chiqqan tomondan qarama-qarshi tomonga burib, uni asta-sekin bo'ylama traksiya qilishdan foydalaniladi.

Umurtqa o'siqlari va yoylarining sinishi. Sinish mexanizmi aksariyat bevosita travmadir. Ko'pchilik hollarda ko'ndalang o'siqlarning sinishi kuzatiladi.

Klinikasi. O'siqlar singanda paravertebral chiziq bo'ylab joyli og'riq, singan sohadan qarama-qarshi tomonga egilishning qiyinlashib qolganligi qayd qilinadi. O'tkir qirrali o'siqlari singanda

joyli og'riq va ko'rinib turadigan gemotoma aniqlanadi. Suyak siniqlarining krepitatsiyasi va o'tkir qirrali o'siqning patologik harakatchangaligi kuzatilishi mumkin. Yoychalari singanda og'riq joyli bo'ladi. Tashxisni aniqlash uchun ikki proyeksiyada rentgenografiya qilish zarur.

Davosi. Taxta qo'yilgan karavotga 2—3 hafta mobaynida yotish kerak.

Belgilangan gimnastika mashqalari bajariladi.

Umurtqa pog'onasining asoratlangan sinishi. Umurtqa pog'onasining orqa miya, uning pardalari va ildizlarining shikastlanishi bilan asoratlangan sinishlari anchagina ko'p uchraydi. Orqa miya umurtqalarning sinish-chiqishida ayniqsa ko'p shikastlanadi.

Klinikasi. Shikastlanishning darajasiga va turiga bog'liq: epidural, subdural va subaraxnoidal gematomalar, gematomiyeliya (miya moddasiga qon quyilishi), miya pardasining qisman yoki to'liq yemirilishi kuzatiladi. Harakat va sezgi organlarining ishi buziladi, siyishi va defekatsiya akti o'zgaradi, yotoq yara va oyoq-qo'llarning shishuvi ko'rinishidagi trofik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Shikastlangandan so'ng dastlabki soatlarda va kunlarda bemorda shok ro'y berishi mumkin.

Davosi. Travmadan so'ng dastlabki soatlarda shokka qarshi davo olib boriladi. Asoratlanmagan sinishdagi kabi reklinatsiya amalga oshiriladi, biroq bir lahzali reklinatsiya qilish tavsiya etilmaydi. Orqa miyaning bosilishi kuchayib borgan hollarda operatsion davo — laminektomiya qilinib, orqa miyaning bosilish sababi bartaraf etiladi. Orqa miya butunlay yorilganda operatsiya natija bermaydi. Operatsiyani odatda travmadan keyin dastlabki kunlarda qilinadi.

Orqa miyaning qisman shikastlanishida natija odatda yaxshi bo'ladi. Orqa miyaning to'liq shikastidan keyinchalik bemor, odatda, siydik yo'llarining qo'shilib kelgan infeksiyasi (yuqoriga ko'tariladigan urosepsis) natijasida nobud bo'ladi.

CHANOQ SUYAKLARINING SINISHI

Chanoq suyaklarining sinishi chanoq suyaklari bosilganda, shuningdek tabiiy ofatlardan shikastlanishda ro'y beradi. Ular quyidagi turlarga bo'linadi:

I. Chanoq halqasi butunligini buzmaydigan sinishlar:

1. dumg'azaning ko'ndalang sinishi;

2. dum suyagining sinishi;
3. ko'st chuqurchasining sinishi;
4. yonbosh suyak qanotining ko'ndalang sinishi;
5. qov yoki quymich suyagi tarmog'idan birining sinishi;
6. yonbosh suyak qirrasining sinishi;
7. o'siqlarning sinishi (uzilishi);
8. quymich suyak do'mbog'ining sinishi;

II. Chanoq halqasi butunligini buzadigan sinishlar:

1. oldingi yarim halqaning vertikal sinishi;
 - a) qov suyagi ikkala tarmog'ining sinishi;
 - b) qov va quymich suyagining sinishi (bir va ikki tomonlama).
2. orqa yarim halqaning vertikal sinishlari:
 - a) yonbosh suyak qanotining sinishi;
 - b) dumg'azaning qiyshiq va vertikal sinishi.
3. orqa va oldingi yarim halqaning vertikal sinishlari:
 - a) yonbosh suyak qanotining sinishi;
 - b) dumg'azaning qiyshiq va vertikal sinishi.
4. orqa va oldingi yarim halqaning Malgen tipida qo'shaloq vertikal sinishi.
5. chanoq halqasining ko'p sonli sinishlari.
6. chanoq suyaklarining sinish-chiqishi va chiqishi.

Klinikasi. Tashxis qilishda, klinik manzaraning tashqari, bemorni to'g'ri tekshirish katta ahamiyatga ega. Sinchiklab va asta-sekin palpatsiya qilishda yonbosh suyaklarning qirrasini va oldingi o'siqlari, simfiz, quymich va qov suyaklari, quymich do'mbog'i, dumg'aza-yonbosh birikmasi, dumg'aza va dum suyagining holati to'g'risida xulosani chiqarish mumkin. Bunda eng ko'p og'riyidigan joy, suyak siniqlarining siljishi, krepitatsiya aniqlanadi. Yonbosh suyaklari qanotlarini va katta ko'stlarini bosish yo'li bilan bir-biri tomon qisiladi, shuningdek yonbosh suyaklari qirrasini cho'zish yo'li bilan chanoq halqasi yoziladi. Tekshiruvning bu usullari qalin mushaklar qatlami ostidagi, birmuncha chuqur joylashgan sinishlarni aniqlash imkonini beradi. Oldingi-ustki o'siq bilan kindik o'rtasidagi, oldingi-ustki o'siq bilan tizza qopqog'i o'rtasidagi masofalarni u tomondan ham, bu tomondan ham taqqoslab o'lchash zarur. Qo'shimcha ravishda ichki (rektal) tekshirish o'tkaziladi, bunda ko'st chuqurchasini ko'rish mumkin. Chanoq suyaklarini rentgenografiya qilish shart.

Chanoq suyaklari og'ir shikastlangan bemorlarda travmatik shokning belgilari birinchi o'ringa chiqadi.

Dumg'aza va dum suyagi singanda tegishli joylarning o'zida og'riq bo'ladi. Bir qator hollarda bemor yura olmay qoladi. Oyoqning o'qi bo'ylab bosilganda chanoq-son bo'g'imida og'riq paydo bo'ladi.

Yonbosh suyagining qanoti singanda bu suyak yuqoriga siljib ketadi. Shu tufayli og'riq belgisi bilan birga kindik bilan kasal tomondagi oldingi-ustki o'siq o'rtasidagi masofaning qisqarganligi aniqlanadi.

Qov suyagi tarmog'i singanda son arteriyasida pulsatsiyaning gemotoma tufayli sog'lom tomondagi arteriyaga nisbatan pasayganligi muhim belgi hisoblanadi.

Quymich suyagi singanda bemor o'tira olmaydi. Paypaslaganda ba'zan bosqichsimon deformatsiya topiladi.

Quymich suyagi qirrasining sinishi shu sohada shish, gematoma va joyli og'riq bilan ta'riflanadi.

Oldingi-ustki o'siq kasal tomondan uzilib tushganda kindik bilan o'siq o'rtasidagi masofa oshadi, shuningdek o'siq bilan tizza qopqog'i o'rtasidagi masofa sog'lom tomondagiga nisbatan kamayadi (o'siq pastga siljiydi).

Qov suyagining ikkala tarmog'i singanda uning tarmoqlaridan biri sinishidan farqli ravishda chanoqning pastki aperturasi kengayadi, oraliq sohasida aniq gematoma paydo bo'ladi. Qov va quymich suyaklari singanda klinik manzari bundan oldingi holdagidan kam farq qiladi, gematoma dumba sohasiga tarqaladi.

Orqadagi yarim halqasi (yonbosh suyagi va dumg'aza) vertikal singan bemorlarda chanoqning orqa tomoni kengayadi, chanoq oldingi tomon torayadi, sinish sohasida katta gematoma bo'ladi. Chanoq halqasi bosilganda va cho'zilganda sinish sohasida og'riq reaksiyasi bilinadi.

Malgen tipidagi sinishlarda chanoq halqasi ikki tomonga kengayib, yonbosh suyaklari yuqoriga ko'tariladi. Bemorlar odatda shok holatida bo'ladilar.

Davosi. Chanoq suyaklari singanda birinchi yordam — og'riqdan shok yuz berishining oldini olishdan iborat. Bemorni chalqancha yotqiziladi, oyoqlarini tizzasidan bukilib, taqimiga bolishcha qo'yiladi va og'riq qoldiradigan vositalar yuboriladi. Davo taktikasi asosini chanoq halqasining anatomik butunligini to'g'ri tiklash asosi tashkil etadi. Uni yetarli darajada tiklamaslik og'ir nogironlikka olib keladi. Ayollarda chanoq shaklining buzilishi homiladorlik va tug'ruqning normal o'tishiga to'sinlik qilishi mumkin.

Chanoq halqasining butunligi buzilmagan birinchi guruhga mansub sinishlarda bemorlarni taxtali karavotga yotqiziladi, taqimiga bolish qo'yiladi («baqa yotish holati»). O'rinda yotish muddati 3—4 hafta. Suyak siniqlari ko'p siljigan hollarda operatsion davo qilinadi — uzilgan bo'laklari mahkamlanadi. Dumg'aza va dum suyagi singanda, agar suyak bo'laklari siljigan bo'lsa, bir vaqtli joyiga solish bajariladi, shundan keyin 3—4 haftagacha qimirlamay yotish buyuriladi.

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 asimmetriyasigacha va siljigan tomondagi oyoqning nisbatan kaltalanib qolishiga olib keladi. Bunday hollarda bemorni yuqoriga osilgan belanchakka yotqiziladi chanoq suyaklari joy-joyiga keltiriladi va shikastlangan tomondagi son suyagi metafizidan 2 oyga tortib qo'yiladi (chanoqning tegishli yarmini qimirlatmaslik kerak).

Chanoq suyaklarining asoratlangan sinishlari. Chanoq suyaklarining sinishi qovuq yoki siydik chiqarish kanalining shikastlanishi bilan asoratlanishi mumkin. Qovuq qorin pardasi ichida yorilganda siydik qorin bo'shlig'iga tushadi, klinik jihatdan bu qorin og'rihi bilan namoyon bo'ladi. Qorin mushaklari taranglashgan. Qorin bo'shlig'ining pastki qismida **perkussiya** qilinganda perkutor tovushning bo'g'iqlashganligi qayd qilinadi. Qovuq qorin pardasi sirtida yirtilganda siydik qovuq oldidagi kletchatkaga tarqaladi. Bemor qorinning pastki qismi og'rishidan shikoyat qiladi. Simfiz ustida va oldingi-ustki o'siqlar yo'nalishi bo'ylab perkutor tovushning bo'g'iqlashganligi aniqlanadi («kapalak belgilari»). Har ikkala holda ham kateterlashda siydik kam chiqadi. U qorin bo'shlig'ida yoki qovuq oldi kletchatkasida tutilib qoladi.

Uretra qisman va to'liq yirtilishi mumkin: oraliq sohasida keskin og'riq va qovuqning cho'zilganligi sababli qov ustida perkutor bo'g'iq tovush qayd qilinadi. Siydik chiqarish kanalining nuqsonli teshigidan tomchilab qon chiqib turadi. Oraliqda va yorg'oq sohasida gematoma hosil bo'ladi. Kateterlashda (faqat operatsiyadan oldin qilinadi) kateter qovuqqa tushmaydi.

Tashxisni aniqlash uchun siydik chiqarish kanaliga 10 dan 150 ml gacha 20% li sergozin eritmasi, kardiostast yoki dionin yuboriladi va rentgen surati olinadi. Uretra yirtilganda kontrast

modda uning tashqi tomoniga chiqadi, qovuq qorin pardasi sirtida yirtilganda — qovuq oldidagi kletchatkaga, qorin pardasi ichida yirtilganda — qorin bo'shlig'iga tarqaladi.

Qovuq qorin pardasi ichida yiritilganda laparotomiya (qorin bo'shlig'ini ochish), qovuq jarohatini tikish va siydik chiqarish kanali orqali qovuqqa doimiy kateter kiritish tavsiya etiladi.

Qovuq qorin pardasi sirtida yiritilganda qorin bo'shlig'ini yormasdan qovuqni qov usti sohasidan ochiladi, tikiladi va qov usti fistulasi (siydik qopini tashqi muhitga tutashitirish uchun operatsiya yo'li bilan ochilgan sun'iy yo'l) qilinadi.

Uretra yiritilgani holda bemorning ahvoli yaxshi bo'lsa, siydik chiqarish kanalining yiritilgan sohasi tikiladi. Uretraga doimiy kateter yuboriladi. Bemorning ahvoli og'ir bo'lganda qov usti fistulasini qo'yish bilan kifoyalaniq qolinadi. Uretrani 1,5—2 oy o'tgach tiklanadi.

Qin yiritilganda qindan qon ketadi. Tashxis qinni ko'zdan kechirib aniqlanadi. Yirtilgan soha tikib qo'yiladi.

To'g'ri ichak yiritilganda oraliqda og'riq bo'ladi, najasda qon, rektoromanoskopiyada to'g'ri ichakning yirtilgan qismi topiladi. Bunday hollarda sigmasimon ichakda sun'iy orqa chiqaruv yo'li hosil qilinadi va orqa chiqaruv yo'li yaqinidagi kesmadan to'g'ri ichak kletchatkasini drenaj qilinadi.

Chanoq suyaklarining asoratlangan sinishida asoratlar bilan bir qatorda chanoq suyaklari sinishini yuqorida ko'rsatilgan tartibda davolanadi.

OCHIQ SHIKASTLANISHLAR — JAROHATLAR

Jarohat deganda teri yoki shilliq pardalarning butunligi buzilgan mexanik shikasti tushunilib bunda ichkarida yotgan to'qimalarga ham shikast yetgan bo'lishi mumkin.

JAROHATLAR TASNIFI

Jarohatlovchi predmetga ko'ra quyidagi jarohatlar tafovut qilinadi.

Kesilgan jarohatlar to'qimalarga birorta kesgir narsa (pichoq, shisha, temir va hokazo) ta'sir qilganda paydo bo'ladi. Jarohatning teridagi cheti tekis, ostidagi to'qimalarga odatda kam shikast yetadi, jarohat ochiq bo'ladi, qonab turadi. Boshqa jarohatlarga qaraganda birmuncha tez bitadi.

Shilingan jarohatlar — kesilgan jarohatning bir turi, bunda teri va teri osti kletchatkasi ostida yotgan to‘qimalardan ko‘chib chiqqan bo‘ladi. Bunday jarohatlar urinma chiziq bo‘yicha harakat qilayotgan kesuvchi predmetdan shikastlanish yoki terining teri osti kletchatkasi bilan ko‘chishi oqibatida yuz berishi mumkin.

Chopilgan jarohatlar o‘tkir va og‘ir narsa (bolta, qilich va hokazolar) bilan urilganda hosil bo‘ladi. Ostida yotgan to‘qimalarning anchagina shikastlanishi kuzatiladi. Birmuncha sekin bitadi.

Sanchilgan jarohatlar sanchadigan o‘tkir buyumlar (bigiz, mix, nayza va hokazolar) sanchilishidan hosil bo‘ladi. Bu jarohatlardan teriga ozroq shikast yetishi va ichkarida yotgan a‘zolar hamda to‘qimalar (yirik qon tomirlar, o‘pka, yurak, jigar va hokazolar) ning ko‘proq shikastlanishi bilan kechadi. Tashqariga qon kam chiqadi, biroq chuqur joylashgan to‘qimalardan ko‘p miqdorda qon oqishi mumkin. Bunday jarohatlar juda xavflidir. Davo qilishda ichki a‘zolarga shikast yetgan-yetmaganligini aniqlash maqsadida jarohat kanalini keng ko‘lamda tekshirish talab etiladi.

Chopilgan-kesilgan jarohatlar — chopilgan va kesilgan jarohatlarning qo‘shma turi. Ham tashqi, ham ichki tomondan anchagina qon oqishi bilan kechadi. Davolash tartibi chopilgan jarohatlardagi kabidir.

Ezilgan jarohatlar og‘ir to‘mtoq buyum (tayoq, tosh va hokazolar) bilan urilganda paydo bo‘ladi. Ular yumshoq to‘qimalarning anchagina majaqlanishi va ozroq qonashi bilan xarakterlanadi. To‘qimalarning og‘ir majaqlanishi sababli jarohat chetlarining jonsizlanishi kuzatiladi. Infeksiya osonlikcha qo‘shiladi, yiringlanish yuz beradi. Jarohatni xirurgik tozalashda o‘lgan to‘qimalarni batamom olib tashlash talab qilinadi.

Yirtilgan-yulingan jarohatlar urib olingan jarohatlarga yaqin turadi. Odatda mashinalar va mexanizmlarning harakatlanadigan qismlaridan vujudga keladi. O‘lchamlari katta, chetlari notekis bo‘ladi, osonlikcha infeksiya tushadi. Uzoq muddat mobaynida turli asoratlar bilan bitadi.

Tishlangan jarohatlar odam yoki hayvonlarning tishlashidan sodir bo‘ladi. Teri va teri ostida joylashgan to‘qimalarga ancha shikast yetadi. Jarohat hamisha ifloslangan bo‘ladi. Kech va ko‘p asoratlar bilan bitadi.

O'q tegishidan yuz bergan jarohatlar — o'q otadigan qurol-dan zararlanish natijasidir. O'q sochma o'q, snaryad parchasi kabilardan yuz berishi mumkin. Jarohatlaydigan snaryad, masofaga va hokazolarga ko'ra turli-tuman turlarda bo'ladi. O'q yoki snaryad parchasidan ro'y bergan jarohatlar ayniqsa og'ir kechadi. Bu jarohatlar teshib o'tgan, bunda jarohatlovchi buyum tana qismidan teshib o'tib, kirish va chiqish teshiklari bo'ladi (kirish teshigi chiqish teshigidan kichik) va berk bo'ladi, bunda faqat kirish teshigi bo'lib, jarohatlovchi buyum to'qimalarda qoladi.

O'q tegishidan vujudga kelgan jarohatda quyidagilar farq qilinadi:

1. jarohat kanali sohasi, unda nekrotik to'qimalar, o'q parchasi, kiyim parchalari va shu kabilar qoladi;

2. shikastlangan nekroz sohasi, to'qimalarning mexanik yoki termik ta'sirida shikastlanishi natijasida hosil bo'ladi;

3. molekulyar silkinish sohasi. Ko'zga ko'rinadigan o'zgarishlar kuzatilmaydi, biroq shu sohada to'qimalar qarshiligini pasaytiradigan nekrobiotik o'zgarishlar uchraydi.

Zaharlangan jarohatlar — jarohatning zaharlovchi modda (iprit, lyuzit va boshqalar) tushgan har qanday turidir. Zaharlovchi modda jarohat teshigi orqali organizmga tez so'rilib, og'ir oqibatlariga olib keladi. Davolash — yuvish, antidotlar qo'llanish, jarohatni birlamchi xirurgik tozalashdan iborat.

O'qning nechog'li ichkariga kirishiga ko'ra: 1) teshib kirmaydigan, bunda bo'shliq (qorin pardasi, plevra, bo'g'imning sinovial pardasi) ning devori shikastlanmaydigan; 2) teshib kiradigan (devor to'sig'i shikastlanadi) jarohatlar bo'lishi mumkin.

Tasodifan yuz beradigan hamma jarohatlar, jumladan o'q tekkan jarohatlar ham birlamchi ifloslangan hisoblanadi. O'q tekkan jarohatlar, bundan tashqari, to'qimalarga ko'p shikast yetishi bilan o'tadi, bu esa ularning bitish sharoitlarini qiyinlashtiradi.

Tasodifan yuz bergan jarohatlar bo'ladi, ularga jarohatlarining yuqorida sanab o'tilgan hamma turlari kiradi, ular, odatda, birlamchi ifloslangan va ataylab qilingan (operatsion) — aseptik jarohatlar farq qilinadi.

Infeksiyaning tushishi darajasi bo'yicha aseptika va infeksiya tushgan jarohatlar farq qilinadi. Ikkalamchi ifloslangan jarohatlar

— odatda operatsiya jarohatlari bo‘lib, noto‘g‘ri parvarish qilinganda (tibbiy xodimlarning yoki bemorlarning aybi bilan) ular jarohat paydo bo‘lishidan bir necha soat yoki kun o‘tgach infeksiyalanishi mumkin.

Jarohatlar bitta yoki ko‘p sonli bo‘lishi mumkin.

JAROHATLARNING KLINIK KECHISHI VA BITISHI

Jarohatning klinik kechishi og‘riq, chetlari ochilib turishi, qon oqishi va gavdaning shu qismlarida yuz beradigan faoliyatining buzilishlari bilan kechadi.

Jarohatlarning bitishi

Jarohatlarning bitishi murakkab fiziologik holat bo‘lib shartli ravishda uchta davr farq qilinadi.

1. Gidratatsiya davri bevosita shikastdan 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‘llanish) yaratish zarur.

2. Degidratatsiya davri. Jarohatning tozalanishi, yallig‘lanishning kamayishi, o‘lgan to‘qimalar va fibrin ivindilarining lizisi, granulyatsiyalar hosil bo‘lishi ro‘y beradi. Granulyatsion to‘qima hosil bo‘lishi uchun sharoitlar (antiseptik eritmalar, maz bog‘lamlar, bog‘lamni kam yangilash) yaratish zarur.

3. Epitelizatsiya davri jarohat nuqsoni berkitadigan epitelial to‘qima hosil bo‘la boshlaydi. Ayni vaqtda granulyatsion to‘qimadan chandiqli to‘qima hosil bo‘ladi. Faol harakatlar, issiq muolajalar, maz bog‘lamlar qo‘llaniladi. Har bir davrning davom etish muddati jarohatning holatiga, davolash usullariga, organizmning umumiy faolitiga va infeksiyaning bor yo‘qligiga 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 o‘lgan to‘qimalar juda kam bo‘lganda ro‘y beradi. Jarohat taxminan 6-sutkalarda bitib, ingichka chiziqli chandiq qoladi.

Ikkilamchi tortilib bitishi jarohat ochiq unda yiringlanish bo‘lganda ro‘y beradi. Jarohatning o‘lgan to‘qimalardan tozalanishi, yallig‘lanishning yo‘qolishi, granulyatsiyalar paydo bo‘lishi, chandiqli to‘qima hosil bo‘lishi va epitelizatsiya qayd qilinadi.

Ikkilamchi tortilib bitish — uzoq davom etidigan holatdir (bir necha haftaga cho‘ziladi). Bunda dag‘al chandiqlik qoladi. U burushganda bo‘g‘im kontrakturasi yuz berishi (jarohat bo‘g‘im sohasida joylashganda) va gavdaning shu sohasi deformatsiyaga uchrashi mumkin.

Jarohatning po‘st ostidan bitishi. Teri yuza shikastlanganda jarohat sohasiga chiqqan qon va limfa to‘q jig‘ar rang po‘st (strup) hosil qiladi. Po‘st ostida bitish holati jarohat regeneratsiyasining umumiy qoidalari bo‘yicha, biroq birmuncha tezroq kechadi, chunki po‘st jarohatni infeksiyadan va shikastdan saqlaydigan biologik bog‘lam vazifasini bajaradi.

Jarohatning mikrobdan ifloslanishi. Har qanday tasodifiy jarohatlanishda jarohatga mikroblar tushib ifloslanadi. Mikroblar flora jarohatga jarohatlovchi qurol, kiyim parchalari, teri chekkalaridan tushadi.

Jarohatda infeksiya rivojlanishi uchun mikrofloraning virulentligi, jarohat kanali zonasida to‘qimalar yemirilib, qon aylanishi va innervatsiya buzilgan bo‘lishi, organizmning himoya kuchlari pasayishi talab etiladi. Infeksiya rivojlanishi uchun sharoitlar noqulay bo‘lganda mikroflora nobud bo‘lishi mumkin.

Jarohatning yiringlashi. Jarohatdagi yiringli holat muayyan klinik manzara: jarohat chekkalarining qizishi, ularning shishuvi, qattiqlashishi, mahalliy va umumiy haroratning ko‘tarilishi, lo‘qillovchi og‘riqlik, gavdaning shu qismi faoliyatining buzilishi bilan ta‘riflanadi.

Jarohatdagi yallig‘lanish eksudati yiringli bo‘ladi (ko‘p miqdordagi leykotsitlarning chiqishi hisobiga). Berk jarohatda yiringli modda to‘qimalararo bo‘shliqlar bo‘yicha tarqalib, katta yiringli kamgaklar hosil qiladi.

Yiringlagan jarohatlarni davolash yiringning oqib chiqishi uchun qulay sharoit yaratish va antibakterial terapiyadan iborat.

Jarohatlanganda birinchi yordam

Jarohatlanganda birinchi yordam ko‘rsatish asosini:

1. qon oqishini vaqtincha to‘xtatish (bog‘lam, jgut yordamida);
2. infeksiya tushishining oldini olish (bog‘lam qo‘yish oldidan jarohat chekkalariga yod eritmasi surtish) uchun aseptik bog‘lam qo‘yish tashkil qiladi.

Jarohatga bog‘lam qo‘yishdan oldin gavdaning shu qismidagi kiyim yoki poyabzalni yechish kerak. Kiyimni ehtiyotlik bilan og‘ritmay yechish lozim. Uni chokidan qirqqan ma‘qul.

Bog‘lam qo‘yishda individual bog‘lov paketidan foydalanish tavsiya qilinadi.

Vaqtincha qon to‘xtatish va transport immobilizatsiyasini tegishli bo‘limlarda bayon etilgan qoidalar asosida bajariladi. Bemorni davolash muassasasiga yetkazish zarur.

Vrach kelguncha beriladigan yordamni tibbiyot hamshirasi yoki feldsher ko‘rsatadi. Hodisa yuz bergan joyda birinchi tibbiy yordam to‘g‘ri berilgan bo‘lsa, uni takrorlash tavsiya etilmaydi va bemorni ixtisoslashgan davolash muassasasiga olib boriladi. Bordi-yu, birinchi yordam berilmagan yoki noto‘g‘ri bajarilgan bo‘lsa, jarohat sohasini kengroq ochish, jarohat chekkasidagi tuklarni qirish va shu yerga yod surtish, ko‘rinib turgan yot jismlarni olib tashlash, jgutni qayta bog‘lash va aseptik bog‘lam qo‘yish kerak. So‘ngra bemorga qoqsholga qarshi zardob yuborish uni ixtisoslashgan davolash muassasasiga jo‘natish kerak.

JAROHATLARNI DAVOLASH

Jarohat yuzasini tozalash va birlamgi chok solishdan boshlanadi. Muolajalarning bu turlarini kichikroq yuza jarohatlari (lat yeyish, teri kesilganda) bo‘lgan bemorlarda yoki chekkalari tekis, ifloslanmagan va ichkarida joylashgan to‘qimalar hamda a‘zolar anchagina shikastlangan kesilgan jarohatlarda bajariladi.

Jarohat atrofidagi tuklar qiriladi, terisi benzin yoki spirt bilan artiladi va yod eritmasi surtiladi. Bemorda faqat teri kesilgan bo‘lsa, aseptik bog‘lam qo‘yiladi. Bunday hollarda bakteritsid ta‘siriga ega bo‘lgan BF—6 yelimi ishlatiladi va bog‘lam qo‘ymasa ham bo‘ladi.

Jarohatni birlamchi xirurgik tozalash. Jarohatni birlamchi xirurgik tozalash asosida jarohat chekkalari, devorlari va tubini sog‘lom to‘qimalargacha kesish hisobiga uni aseptik jarohatga aylantirish qoidasi yotadi.

Shikastlangan soha va uning og‘ir-yengilligiga qarab, birlamchi xirurgik tozalashni mahalliy yoki umumiy og‘riqsizlantirish ostida o‘tkaziladi. Jarohatni tozalash vaqtida qon oqishi uzil-kesil to‘xtatiladi. Ichki tomondan ketgutli chok solish va terini ipak bilan choklash yordamida jarohat chekkalari bir-biriga yaqinlashtiri-

ladi. Jarohat chekkalariga antibiotiklar quyiladi. Jarohatni birlamchi xirurgik tozalashni jarohatlangandan so'ng dastlabki soatlarda bajarish 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 choklanmaydi, jarohatni esa aseptik bog'lama bilan beriktiladi. Yallig'lanish hodisalari bo'lganda 3—5 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 granulyatsiyalar paydo bo'ladi. Ularni kesiladi va chok solinadi (ikkilamchi tikilgan chok).

Yuz, til, qo'l panjasi jarohatlanganda, ya'ni qon ta'minoti yaxshi sohalarda jarohat chekkalari kam darajada kesilib, choklar solinadi va zarurat bo'lganda, immobilizatsiya qilinadi. Jarohatni birlamchi xirurgik tozalashdan so'ng u normal bitayotganda choklar 7—8 sutkada olib tashlanadi.

Yiringli jarohatlarni davolash. Jarohatni xirurgik tozalash o'z vaqtida qilinmasa yoki yetarlicha sifatli o'tkazilmasa, yiringlash boshlanadi. Klinik jihatdan u jarohat chekkalarining qizarishi, ham mahalliy, ham umumiy haroratning ko'tarilishi, bemorning umuman lohas bo'lishi, jarohat sohasining rosmana og'rihi bilan kechadi (gidratatsiya fazasi). Bunday hollarda jarohatga drenaj qo'yish uchun sharoitlar yaratish zarur (jarohatni ikkilamchi xirurgik tozalash). Shu maqsadda, ilgari choklar solingan bo'lsa, ular olinadi va yiringli kamgaklar kesiladi. Zarurat bo'lganda yiring chiqishini yaxshilash uchun qo'shimcha kesmalar (kontraperturlar) qilinadi. Bu davrda (gidratatsiya fazasi) jarohati uning katta-kichikligiga bog'liq holda rezina lentalar, drenaj naychalar, natriy xloridning gipertonik eritmalariga botirilgan g'ovak tamponlar bilan jarohat ichidagi yiringni tortib olish uchun drenaj qilinadi.

Antibiotiklar, fermentlar, antiseptik vositalar yuboriladi. Intoksikatsiyaga qarshi kurashish va organizmning himoya immun biologik reaksiyalarini faollashtirish uchun katta miqdorda suyuqliklar yuboriladi, vitaminlarga boy, yuqori kaloriyalı ovqat tayinlanadi, bo'lib-bo'lib qon quyiladi. O'tkir holatlar bartaraf qilingach (degidratatsiya fazasi) mazli bog'lamlar qo'llaniladi, bog'lama kam yangilanadi, fizioterapevtik muolajalar buyuriladi. Jarohatlarni davolashda immobilizatsiya qilish zarur.

TERMIK SHIKASTLANISHLAR

Kuyish elektr travmasi va sovuq olish ro'zg'orda ham, korxonada ham ko'p uchraydi. Tinchlik davrida kuyish xirurgik bemorlarning 1,8—2 foizida qayd qilinadi. Urush davrida kuygan kishilar soni keskin oshadi. Shunga ko'ra kuyishlarning klinikasini, birinchi yordam va keyingi davolashni olib borishni yaxshi bilish kerak.

KUYISH

Kuyish deb, to'qimalarning yuqori harorat (termik kuyish), kimyoviy moddalar (kimyoviy kuyish), elektr toki (elektrdan kuyish) va nur (nurdan kuyish) ta'sirida shikastlanishiga aytiladi.

Arzimagan kuyishlar asosan mahalliy o'zgarishlar bilan kechadi. Qattiq kuyishlarda kuygan kishilarda jiddiy umumiy o'zgarishlar kuzatiladi, kuyish kasalligi rivojlanadi.

Kuyish kasalligining kechishida 4 ta davr farq qilinadi:

1. kuyishning shok davri;
2. o'tkir kuyishning toksemiyesi davri;
3. septikotoksemiya davri;
4. rekonvalisensiya (tuzalish) davri;

1. **Shok davri.** Kuyishning shok davri travmatik shokni eslatadi, biroq organizmning yaqqol intoksikatsiyasi va plazma yo'qotilishi hisobiga birmuncha og'ir o'tadi. Travmatik shokdagi singari bemor erektr fazada qo'zg'algan bo'ladi, arterial bosimi oshishi mumkin, pulsi tezlashgan. Torpid fazasida hayotiy faoliyatlar keskin pasayib ketadi: bemorning apatik, tana harorati va arterial bosimi pasayadi, terisi oqargan, yuz qiyofasi jiddiylashgan, akrotsianoz paydo bo'ladi (lablari, quloq suprasi, barmoq uchlari ko'karadi). Siydik ajratilishi kamayib, hatto to'liq anuriyagacha boradi.

2. **Toksemiya davri.** Kuyishdan keyin bir necha soat o'tgach boshlanadi. Kuygan yuzada ko'p miqdorda plazma yo'qotilishi bilan birga toksinli 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 bo'ladi, ishtahasi bo'lmaydi, uyqusiz bo'lib qoladi, qusadi, ichi kelmaydi. Qon quyuvlashgani sababli (plazma yo'qotilishidan) gemogloblin va eritrotsitlar miqdori ko'payadi. Leykotsitar formulaning chapga siljiganligi qayd qilinadi. Siydikda eritrotsitlar, oqsil, silindrlar paydo bo'ladi.

3. Septikotoksemiya davri. Kuygan yuzada infeksiya ri-vojlanganidan keyin kuzatiladi. Bu davr klinik jihatidan bundan oldingi davrdan kam farq qiladi. Kuygan yuz mo'1 yiringli suyuqlik bilan qoplanadi. Tana harorati juda yuqori 40° C bo'ladi (sepsis). Granulyatsiyalar och rangli, sust. Yotoq yaralar, yiringli metastazlar hosil bo'ladi (gavdaning boshqa sohalarida yiringli o'choqlar vujudga keladi). Ba'zan esa areaktiv holat ham kuzatilib, bu organizmning himoya kuchlari pasayib ketganidan dalolat beradi.

4. Rekonvalessensiya davri. Tana harorati, qon va siydik normaga keladi, bemorning ishtahasi ochiladi, to'qimalarning nekrotik qismlari ko'chib tushadi, kuygan yuzada pushti rang sog'lom granulyatsiyalar paydo bo'ladi.

Kuygan bemorlarda kuyishning klinik o'tishini davrlarga ajratish juda ham shartlidir. Ahvolining og'ir yengilligini asosan kuyishning darajasida va kuygan yuzaga, shuningdek organizmning umumiy holatiga bog'liq (avitaminoz, holdan toyish).

Termik kuyish. To'qimalarga yuqori temperatura, issiq bug' , suv va boshqalar ta'sir etganda ro'y beradi. Kuyishda to'qimalarning shikastlanish darajasi haroratning yuqoriligiga va termik omil — issiqlikning qancha vaqt ta'sir qilishiga bog'liq. Harorat qanchalik yuqori bo'lsa, termik omil qanchalik uzoq ta'sir qilsa, to'qimalar shunchalik ko'p shikastlanadi. Erigan metall ta'sirida ayniqsa qattiq kuyish hollari kuzatiladi.

To'qimalarning shikastlanish chuqurligiga ko'ra kuyishning to'rtta darajasi kuzatiladi.

Kuyishning I darajasi (eritematoz darajasi) unchalik yuqori bo'lmagan termik omilning qisqa muddatli ta'sirida kuzatilib, terining qizarishi va picha shishishi bilan xarakterlanadi (eritematoz forma). Kuyishning bu darajasida teri kapillyarlari kengayadi va ularning porozligi oshishi hisobiga qonning suyuq qismi (plazmasi) atrofidagi 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 (bullyoz daraja) pufaklar paydo bo'lishi bilan kuzatiladi. Kuyishning bu darajasida yallig'lanish birmuncha aniq yuzaga chiqadi. Talaygina suyuqlikning chiqishi evaziga epidermis ostida yig'iladi va epidermisni ko'chirib pufaklar hosil qiladi. Pufaklar kuyishdan keyin bir necha daqiqadan so'ng, ba'zan esa ertasiga paydo bo'lishi mumkin.

Terining yuza (epidermal) qavati jonsizlanadi. Pufak yorilganda terining tiniq-qizil so'rg'ichsimon qavati ko'rinadi. Kuyish asoratsiz o'tganda 4—6 kunda pufakdagi suyuqlik so'rilib ketadi. Yangi, yosh epidermiya avvaliga pushti rangli va oson shikasmtlanadigan bo'ladi.

Infeksiya tushib og'irlashganda pufakdagi suyuqlik yiringlaydi. Keyinchalik granulyatsiyalar va chandiqli to'qima hosil bo'lish bilan bitadi, bu tuzalish muddatini uzaytiradi.

Kuyishning III darajasi (nekrotik daraja) terining yuza qavati, shu jumladan o'sish sohasi yoki barcha ichki qavatlarining jonsizlanishi bilan kechadi. Kuygan yuzada to'q rangli po'stloq paydo bo'ladi. Po'stloq oqsillar koagulyatsiyasi (ivishi) va qon aylanishi to'xtashi hisobiga vujudga keladi. Kuyishning bu darajasi ikkilamchi tortishish tartibida bitadi. Po'stloq ko'chib tushgandan keyin granulyatsiyalar paydo bo'lib, ular chandiqli to'qimaga aylanadi. Epiteliylanish kuygan joyning chekkasidan boshlanadi. Terining yuza qavati kuyganda shikastlangan qism to'la-to'kis epiteliylanishi mumkin. Terining hamma qavati jonsizlanganda epitelial to'qima asta-sekin rivojlanadi va kuygan yuzani batamom berkitmaydi. Kuygan joyda dag'al (keloid) chandiqli qoladi. Noto'g'ri davolangan oyoq yoki qo'lda suzgich pardalar deb ataladigan tuzilmalar hosil bo'lishi mumkin. Kuyishning bu darajasi bir necha oy ichida bitadi.

Kuyishning IV darajasi (gangrenoz darajasi) teridan tashqari, birmuncha ichkarida joylashgan to'qimalar (teri osti kletchatkasi, muskullar, suyaklar) ning jonsizlanishi kuzatiladi. Bu juda sekinlik bilan bitib, katta chandiqlar hosil qiladi. To'qimaning ayrim bo'laklari ko'chib tushib, hatto oyoq yoki qo'l o'z-o'zidan uzilib tushishi mumkin.

Kuyishning klinik kechishi kuygan yuzaning darajasi va maydoniga bog'liq. Kuygan yuza qancha katta bo'lsa, bemorning ahvoli shunchalik og'ir bo'ladi. Gavdaning 30 foizi va bundan ko'proq qismi kuysa, kishi o'lib qolishi mumkin.

Kuyish maydonini o'lchash. Kaftlab o'lchash — odamning kaft teri yuzasining taxminan 1—2 foizini tashkil qiladi.

To'qqizlar qoidasiga muvofiq o'lchash (Tenison-Ruslaki usuli). Bosh va bo'yinning maydoni gavda jami yuzasining 9%, qo'l yuzasi ham 9%, tananing oldingi yuzasi — 10% (9*2), 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 terisi tashkil qiladi.

B.N. Postnikov usuli. Kuygan yuzaga steril yuvilgan kleyonka yopiladi (uni formalin bug'larida sterillanadi). Kuyish chegarasini brilliant yashili yoki boshqa bo'yoq modda bilan chizib chiqiladi. Kleyonkani santimetrli to'rga qo'yiladi va kuygan maydon kvadrat santimetrlarda aniqlanadi. O'rta bo'yli odam gavdasining umumiy maydoni taxminan 16.000 sm²ga teng, ya'ni 1% 160 sm² ni tashkil qiladi. Kuygan yuzani va kuyish darajasini belgilashni qulay qilish uchun kasrdan foydalaniladi, kasrdan surati kuygan yuzani, mahraji esa kuyish darajasini bildiradi. Masalan, tana oldingi yuzasining A kenja guruhidagi III darajali kuyishida 15% kuygan yuza quyidagicha ko'rsatiladi: tana oldingi yuzasining termik kuyishi 15/IIIA .

Kuyishda birinchi yordam berish va davolash. Kuyishda birinchi yordam berishning asosiy tadbiri termik omil ta'sirini to'xtatishdir: issiq suv va bug' kelishini to'xtatish, kiyim-kechak yonib ketganda o't-olovni o'chirish uchun shikastlangan kishini qalin havo o'tkazmaydigan biror matoga o'rash zarur.

Kuyishda kiyim-bosh yechilmaydi, balki qirqiladi. Aseptik bog'lamlar qo'yiladi, narkotiklar yuboriladi, gavdaning shikastlangan qismi immobilizatsiya qilinadi (shok profilaktikasi), bemorni issiq qilib o'rab qo'yiladi (badanni sovuq ta'siridan saqlash) va davolash muassasasiga yetkaziladi.

Davolash. Ikki yo'nalishda olib boriladi:

1. Kuygan yuzani mahalliy davolash;
2. Umumiy davolash.

Umumiy davolashga shok, plazma yo'qotilishi va qon qo'yuqlashishi, infeksiyalar, toksemiyaning oldini olishga qaratilgan davolash usullari kiradi.

Hozirgi vaqtda yirik xirurgik statsionarda kuygan bemorlarni davolash uchun maxsus kuyish markazlari tashkil etilgan. Bu markazlarda aseptika, xonalarning harorati ratsional ovqatlantirishga doir alohida talablar qo'yilgan.

Kuygan yuzani tozalash. Kuygan yuzani tozalash oldindan badanining katta qismi kuygan bemorlarni iliq kaliy permanganat eritmasi solingan vannaga tushiriladi, shundan so'ng bog'lamlar ho'llanib, picha ko'chadi. Oyoq-qo'llar kuyganda mahalliy vannalar qo'llaniladi. Kuygan yuza unchalik katta bo'lmaganda bog'lamlarni kaliy permanganat yoki vodorod peroksid eritmasiga botiriladi. Katta bo'lmagan kuygan yuzani tozalashdan oldin bemorga analgetiklar yuboriladi, katta yuzani tozalashdan oldin esa narkoz beriladi.

Kuygan joy atrofidagi terini iflosdan benzin, efir yoki spirtga ho'llangan doka tamponlar bilan tozalanadi. Kuygan yuzani fiziologik eritma bilan ehtiyotlik bilan yuviladi. Saqlanib qolgan pufaklar sitilmaydi. Shikast yetgan pufaklarni tozalashda, epidermiyani ehtiyotlik bilan qaychida qirqiladi. Yuzasi quritiladi. Keyingi davo ochiq, yopiq yoki aralash usullarda olib boriladi.

Ochiq usulda bemorni steril choyshablar yozilgan o'ringa, elektr lampochkalari bo'lgan karkas ostiga yotqiziladi va karkas ustiga steril choyshab tashlanadi. Bu usulda kuygan yuzaga bir me'yorda quritiladi va uning o'rnida po'stloq hosil bo'lib, bu plazma yo'qotishdan va kuygan yuzani yiringlanishdan saqlaydi. Po'stloq ostida epitelial to'qima hosil bo'ladi. Po'stloq hosil bo'lishini tezlashtirish uchun ba'zan oshlovchi moddalar qo'llaniladi. Bu moddalar kuygan yuzaga surtiladi. Buning uchun 10% li kaliy permanganat eritmasi, 5% li tanin eritmasi ishlatiladi. So'nggi vaqtlarda biologik usul — himoya plyonkasini hosil qilish keng tarqaldi. Kuygan yuzaga qonga shimdirilgan salfetkalar yoki antibiotiklar eritmasi shimdirilgan maxsus fibrin pardalari yopiladi.

Kuygan yuzaga infeksiya tushish xavfining borlig'i ochiq usulning kamchiligi hisoblanadi. Bundan tashqari, po'stloqda yoriqlar paydo bo'lib, ulardan plazma oqib chiqadi.

Yopiq usulda turli-tuman bog'lamlar qo'llaniladi. Bu maqsad uchun sintomitsin yoki streptomitsin emulsiyasi, Vishnevskiy surtmasi, vitaminlangan baliq moyi, vazelin moyi, 70° gacha isitilgan parafin-vazelin aralashmasi va shu kabilar ishlatiladi. Har 8—12 kunda qayta bog'lanadi. Qayta bog'lamda nobud bo'lgan to'qimalar qirqiladiki, bu bilan jarohat yuzasini tozalashga erishiladi. Jarohat yuzasi tozalangandan keyin teri plastikasi qilinadi, bunda shu sohalarni teri transplantati bilan berkitiladi.

Nekrozlangan sohalari aniq ko'rinib turadigan IIIB—IV darajadagi katta kuyishlarda ular kesiladi, jarohat nuqsonini esa gavdaning sog'lom qismidan dermatomda qirqib olingan teri parchasi bilan yopiladi (autotransplantatsiya). Terining sog'lom qismi o'z o'lehamiga ko'ra jarohat yuzasini yopish uchun kifoya qilmaydigan hollarda autotransplantatni parcha-parcha ko'rinishda bo'laklarga tilinadi va jarohat yuzasiga bir-biridan ma'lum masofada yopiladi. Terining bu qismlari yashab ketadi va epiteliylanish markaziga aylanib, nuqsonni batamom

berkitadi. Terining juda katta nuqsonlarida gomotransplantatsiyadan foydalaniladi. Shu maqsadda sog'lom kishilar (ko'ngilli donorlar) yoki murdalardan olingan teri parchalari ishlatiladi. Bu teri yashab ketmaydi, biroq biologik bog'lam vazifasini bajaradi (infeksiya tushishi, plazma yo'qotishning oldini oladi). Bemorning ahvoli yaxshilangandan keyin autotransplantatsiya qilinadi. Bir qancha hollarda teri auto va gomotransplantatsiyasini birgalikda qo'shib olib boriladi. Aralash usul davolashning ochiq va yopiq usullarini qo'llanishdan iborat.

Bo'g'imlarda chandiqli kontrakturalarining oldini olish maqsadida oyoq yoki qo'l uchun qulay fiziologik vaziyat yaratiladi. Bunday kishilarni davolash jarayonida fizioterapiya davosi (parafin va ozokerit applikatsiyalari, balchiqli va vodorod sulfidli vannalar, galvanizatsiya, massaj, davo fizkulturasi) keng tatbiq qilinadi.

Kuyishda qo'llaniladigan umumiy davo tadbirlari. Kuyishda, boshqa ochiq shikastlaridagi kabi, bemorlarga majburiy tartibda qoqsholga qarshi zardob va qoqshol anatoksin yuboriladi. Shok paydo bo'lishining oldini olish uchun analgetiklar va neyroleptanalgetiklar (droperidol, fentanil) va novokain blokadalarining har xil turlari: oyoq-qo'l kuyganda — g'ilofli, ko'krak qafasi kuyganda — vago-simpatik qorin, bel sohasi kuyganda — paranefral blokada qo'llaniladi. Shok, toksemiya va plazma yo'qotilishiga qarshi kurashish uchun venaga shokka qarshi suyuqlik, qon, fiziologik eritma va boshqa preparatlar quyiladi. Bir kecha-kunduzda yuboriladigan suyuqlikning umumiy miqdori 2500-3000 ml tashkil qilishi mumkin. Yuraktomirlar tizimi ishini yengillatish maqsadida yurak preparatlari va siydik haydovchi vositalar yuboriladi.

Toksemiya natijasida buyraklar yetishmovchiligi yuz berishi mumkin. Buyraklar ishini nazorat qilib turish uchun bemorga doimiy kateter qo'yiladi (normada 1 soatda taxminan 50 ml siydik ajralishi kerak). Siydik miqdorining kamayishi buyrak yetishmovchiligining ko'rsatkichi hisoblanadi. Anuriya hodisalarida suyuqlik kuyishdan tashqari, paranefral novokain blokadasi o'tkaziladi, buyraklar sohasiga diatermiya qo'llaniladi, siydik haydovchi vositalar beriladi. Bemor ko'p suyuqlik ichishi kerak. Tuzishqoriy aralashma (11 suvga 1 choy qoshiq natriy xlorid va 1/2 choy qoshiq natriy bikarbonat) ayniqsa yaxshi natija beradi. Og'ir hollarda "sun'iy buyrak" apparatini ishga solib, gemodializdan foydalanish mumkin.

Infeksiyalarga qarshi kurashish uchun kuygan yuzadagi mikrofloraga sezuvchanligini hisobga olgan holda antibiotiklar qo'llaniladi.

Kuygan bemorlarning ovqatlanishiga katta ahamiyat beriladi. Ovqat yuqori kaloriyali, oqsillar, vitaminlar va mineral tuzlarga boy, turi-tuman, lazzatli bo'lishi kerak. Ovqatning umumiy kaloriyaliligi 3000—4000 kaloriya bo'lishi zarur. Bir kecha-kunduzda bemor kamida 200—150 g oqsil olib turishi lozim.

Kimyoviy kuyish

Kimyoviy kuyish termik kuyishga nisbatan birmuncha kam uchraydi. Bu—to'qimalarga kimyoviy moddalar (kislotalar, ishqorlar, og'ir metallarning tuzlari, fosfor va boshqalar) ta'sir etganda ro'y beradi. Kimyoviy moddalardan kuyish ishlab chiqarishda ham, turmushda ham kimyoviy moddalarni palapartish ishlatish oqibatida yuz beradi.

Kislotalar va og'ir metall tuzlaridan kuyishda to'qima oqsillarining ivishi va ularning suvsizlanishi ro'y beradi. Koagulyatsion nekroz yuz berganligi sababli zichlashgan po'stloq hosil bo'ladi. Xlorid kislotadan kuyishda po'stloqning rangi oq, nitrat kislotadan kuyishda — sariq, sulfat kislotadan kuyishda qoramtir bo'ladi. Ishqorlar ta'sirida birmuncha chuqur joylashgan to'qimalarga shikast yetadi, chunki to'qimalar nekrozi yumshoq bo'ladi (to'qimalarning suyuqlanishi).

Og'iz, qizilo'ngach, me'da shilliq pardalari kuyganda, kimyoviy moddalar ta'siridan mahalliy kuyish yuz berishdan tashqari, ularning organizmga toksinli parchalanuvchi ta'siri qayd qilinadi.

Qizilo'ngach kuyishi. Odatda qizilo'ngach ishqor, kislota va boshqa o'lchov suyuqliklarni tasodifan yoki atayin (o'z-o'zini o'ldirish maqsadida) ichib qo'yish natijasida kuyib qoladi. Kislota va ishqor qizilo'ngach shilliq pardasiga ta'sir qilib uning tuzlashini ro'y-rost buzadi. Kislotadan kuyishda qizilo'ngach devori birmuncha yuza shikastlanadi. Kislota me'daga o'tib, uning shilliq pardasini ham kuyishiga sabab bo'ladi. Jarohatlangan joy bitgandan keyin kimyoviy shikastlanish sohasida chandiqli to'qima hosil bo'lib, bu — qizilo'ngach yoki me'da bo'shlig'ini qisib qo'yadi.

Klinik manzarasi. Og'iz, halqum, to'sh orqasidagi og'riq birinchi o'ringa chiqadi, ba'zan bo'g'ilish (ayni vaqtdagi hiqildoq

ham kuyganda) sodir bo'ladi. Og'iz burchaklarida va tilda kuyish alomatlari bo'ladi. Bemordan va uning atrofidagi kishilardan uning nima ichganligini surishtirib aniqlamoq zarur.

Qizilo'ngach kuyishida birinchi yordam va davolash. Kuyishdan so'ng o'tkir davrda qizilo'ngach va me'da neytrallaydigan eritmalar (kislotadan kuyishda 2—3% li soda eritmasi bilan, ishqordan kuyishda 1—2% li sirka, limon kislotalar eritmasi bilan) yuviladi. Bemorga 0,5% li novokain eritmasi, o'simlik moyi beriladi. 7—10 kun o'tgach, qizilo'ngachni maxsus bujlar bilan bujlanadi (kengaytiriladi). Chandiqlanishning oldini olish uchun prednizolon, gidrokortizon buyuriladi. Chandiqli torayish paydo bo'lgan va bujlash naf bermagan hollarda operatsiya yo'li bilan davo qilishga kirishiladi. Ingichka ichakdan sun'iy qizilo'ngach yasaladi.

Kimyoviy kuyishlarda birinchi yordam va davolash. Kimyoviy moddani kuchli suv oqimi bilan tez yuvib tashlash, qoldiqlarini esa neytrallash kerak. Kislotalarni neytrallash uchun 2% li ichimlik soda eritmasi qo'llaniladi. Qattiq kuyishda bu sohaga bor poroshogi, kuydirilgan magneziyadan mo'l qilib sepiladi. Ishqorlarni 2% li sirka kislotaga yoki limon kislotaga eritmasi bilan neytrallanadi.

Teriga yonib turgan fosfor bo'lakchalari tushganda gavdaning shu qismini suvga botirib turishi va fosfor qoldig'ini pinset bilan olib tashlash kerak. Shikastlangan sohaga 5% li mis kuporosi eritmasiga ho'llangan bog'lama qo'yiladi yoki talk poroshogi sepiladi. Fosforga qarshi pasta yaxshi naf beradi.

Keyingi davolash termik kuyishni davolashdagi singari olib boriladi. Maz bog'lamlar qo'yish tavsiya etilmaydi, chunki yog'lar fosforning so'rilishiga yordam beradi.

Bolalarda kuyish

Birmuncha ko'p uchraydi: shifoxonalarda davolashni talab etadigan bolalarda uchraydigan maishiy shikastlanishning 20% i kuyishga to'g'ri keladi. Kuyganlar orasida 3 yashargacha bo'lgan bolalar ko'pchilikni tashkil qiladi. Oz-moz kuygan go'dak og'riqni yig'lash va qichqirish bilan ifoda qiladi. Aksincha, tanasining ko'proq qismi kuyganda bolaning ahvoli og'ir bo'lishi mumkin, biroq shunga qaramay, u bunga chidashi bilan odamni hayratda qoldiradi. Bolaning rangi o'chib, atrofidagi hodisalarga befarq bo'ladi. Es-hushi saqlanib qoladi. Sianoz, — qon kislorodga

to'yinmasligi natijasida teri va shilliq pardaning ko'kimtir tusga kirishi, mo'mataloq bo'lib ketishi, tomirining tez-tez urushi va sustligi, oyoq-qo'llarining muzday bo'lishi va tashnalik — og'ir kuyish belgilari bo'lib, shok yuz berganligini ko'rsatadi. Ayrim hollarda qusish ham kuzatiladi, bu shikastlanishning ancha og'ir- ligidan dalolat beradi.

Davolash xususiyatlari. Davolash qoidalari katta odamdagi kabidir. Bemorlarni ochiq usulda yuz, bo'yin va chotdagi kuygan yuzaga koagulyatsiya yordamida ishlov berish keng qo'llanilyapti. Bu umumiy og'riqsizdantirilib amalga oshiriladi. 0,25% li nashatir spirtining iliq eritmasiga ho'llangan doka salfetka bilan kuygan yuzani epidermis va po'ssildoqlardan tozalanadi. Keyin shu yuzaga yangi tayyorlangan tanin yoki tanidinning 5% li suvdagi eritmasidan surliladi, so'ngra 10% i kumush nitrat eritmasidan qo'shimcha surliladi, yuza qorayadi, quruq bo'lib qoladi, qoraqo'tir bilan qoplanib, u 8—11 kuni o'z-o'zidan ko'chib tushadi.

ELEKTRDAN SHIKASTLANISH

Texnik elektr quvvati va yashin tok manbai elektrdan shikastlanishga sabab bo'lishi mumkin. Shikastlanish darajasi:

a) tok kuchiga, uning kuchlanishiga, ta'sir qilish davomiy- ligiga, doimiy va o'zgaruvchanligiga;

b) organizmning fiziologik holatiga (asab sistemasi, yurak mushagi holatiga, ta'sirning kutilmaganligiga);

v) organizm va terining chidamiga (zaiflashgan organizm, nam teri shikastlovchi kuchni oshiradi);

g) tok ta'sir qilgan atrof muhitga bog'liq.

Elektrotravmada to'qimalarning mahalliy o'zgarishlari aksariyat III—IV darajali quyish bilan ifodalanadi. Nekroz keng yuzada ichkarida joylashgan to'qimalarda yuz berib, uni dastlabki ko'zdan kechirishda aniqlash qiyin bo'ladi. Ko'pincha kuyish baravar joylashgan chiziqlar, to'qimalarning kuyishi ko'rinishida kuzatiladi, aksari teri giperemiyasi va teriga qon quyilganini ko'rish mumkin. Ba'zan kuygan soha sadaf tusida bo'ladi. Tok kirgan va chiqqan joyda terining kuygan qismlari ko'zga tashlanadi. Ba'zi hollarda terida daraxt shoxi kabi yoyilgan hoshiyalar va chiziqlar ko'rinishidagi qoramtir belgilar ko'rinadi (tomirlar parezi).

Elektr tokining umumiy ta'siri miya chayqalishiga o'xshash klinik manzara beradi. Ba'zan falajlik, ko'rish qobiliyatining

buzilishi, yutishning qiyinlashishi kuzatiladi. Og'ir hollarda nafas va yurak faoliyati markazlarining falaji ro'y beradi, bu ko'z ilg'amas o'lim holatini yuzaga keltiradi. Bunday hollarda zudlik bilan reanimatsiya tadbirlarini to'la-to'kis o'tkazish lozim.

Birinchi yordam va davosi. Zudlik bilan elektr tokining ta'sirini to'xtatish zarur. Shikastlangan kishi ko'pincha usti ochiq simni ushlab olib, muskullarining qisqarganidan uni qo'yib yubora olmaydi. Uy sharotida, korxonada elektr tokini darhol o'chirish, ko'chada esa simni elektr tokini o'tkazmaydigan biron ta buyum bilan qirqish kerak. Elektr tokini to'xtatish imkoniyati bo'lmagan hollarda shikastlangan kishini tortib olishda elektr tokini yomon o'tkazadigan narsalar (rezina qo'lqop, kalish, rezina etik, jun mato, ipak gazlama, quruq yog'och)dan foydalanish zarur.

Eletrdan kuyishni mahaliy davolash termik kuyishni davolash singaridir. Umumiy belgilar yuz berganda simptomatik davo qo'llaniladi — sun'iy nafas oldiriladi, yurak dorilari beriladi. Tokdan shikastlangan bemorlar qunt bilan parvarish qilinishi va qat'iy kuzatib turilishi (alohida post) muhim bo'ladi, chunki ularda to'satdan o'lim yuz berishi mumkin (nafas falajlanishi, yurak ishining to'xtashi).

Elektrotravmaning oldini olishda texnika xavfsizligi qoidalarini bilish va ularga rioya qilishining ahamiyati katta.

SOVUQ OLISHLAR

Sovuq olish past harorat ta'sir etganda paydo bo'ladi. Ayrim sharoitlarda (ho'l tor poyafzal, holdan toyish) 0°C da va hatto bundan yuqoriroq haroratda ham sovuq olish kuzatilishi mumkin. Ko'pincha qo'l va oyoqlarning barmoqlari, burun uchini sovuq oladi (chegaralangan qon aylanishi).

Sovuq olishining to'rt darajasi farq qilinadi:

I darajasi terining oqarishi (tomirlar spazmi) va sezuvchanligining yo'qolishi bilan ifodalanadi. Bemor isitilgandan so'ng badan terisining shu qismi qizg'ish tusli ko'kimtir bo'lib qoladi (tomirlar falaji), picha shishadi va og'riydi. Sog'ayishdan so'ng odam sovuqqa ta'sirchan bo'lib qoladi, ba'zan terining ko'kimtir rangi saqlanib turadi.

II 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 qo'shilib kelishi mumkin. Infeksiya tushmasa, o'rta hisobda 2 hafta ichida bitadi. Pufaklar zonasi epiteliylanadi.

Sovuq olishining III darajasida teri va yumshliq to'qimalar o'lishi (nekroz) yuzaga keladi. Jonsizlanish gemorragik suyuqlik bilan to'lgan yumshoq pufaklar hosil bo'lishi bilan kechadi, bu pufaklar po'stloq paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Ko'pincha yiringlanish qo'shiladi 7—10 kunga kelib, nobud bo'lgan to'qimalarni sog'lomdan ajratib turadigan demarkatsion chiziq paydo bo'ladi. Nobud bo'lgan to'qimalar ko'chib tushgandan so'ng ularning o'rniga granulyatsiyalar vujudga kelib, chandiqlanish va epitelizatsiya boshlanadi. Kasallik 1—2 oy ichida sog'ayadi.

IVdarajasida nekroz chuqur joylashgan to'qimalar, shu jumladan suyaklarni ham qamrab oladi. Gavdaning shikastlangan qismi to'q ko'kimtir rangga kiradi, qoramtir suyuqlikka to'la pufaklar bilan qoplanadi. Odatda pufaklar sovuq olishdan keyin 2-haftada paydo bo'ladi (ikkilamchi pufaklar). Demarkatsion chiziq 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 chandiqlanish hosil bo'ladi.

Sovuq olishda bemorning umumiy ahvoli sovuq olishning darajasiga bog'liq. Sovuq olishning dastlabki ikki darajasida bemorning umumiy ahvoli unchalik yomon bo'lmasa, keyingi darajasida toksemiya va infeksiya qo'shilishiga bog'liq holdagi klinik belgilar paydo bo'ladi (haroratning ko'tarilishi, lanjlik, ishtaha yo'qligi, leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligini oshishi va hokazo).

Birinchi yordam va davosi. Bemorning issiq xonaga yotqiziladi. Unga issiq choy, alkohol, yurak dorilari va og'riq qoldiruvchi vositalar beriladi, bemorni vannaga tushirib, suv haroratini 18—20° dan boshlab asta-sekin 37° gacha oshiriladi. Vannada qon ta'minoti va sezuvchanlik tiklangunga qadar ehtiyotlik bilan massaj qilinadi. Oyoq yoki qo'l terisi spirt bilan artiladi va doka qavati qalin bo'lgan aseptik bog'lam qo'yiladi.

Terining sovuq olgan sohasini qor bilan ishqalash tavsiya etilmaydi (mayda muz parchalari shikast yetkazishi, infeksiya tushishiga sabab bo'ladi). Dala sharoitida mayin jun qo'lqop bilan ishqalash mumkin.

Davolash rejasi qon aylanishining buzilishini bartaraf qilish, infeksiyaning oldini olish tadbirlari kiritiladi. Sovuq olishning I darajasida birinchi yordam tadbirlarining o'zi kifoya qiladi. Sovuq

olishining II darajasida pufaklar kesilib, aseptik yoki mazli bog'lam qo'yiladi. 5—7 kun o'tgach, fizioterapevtik muolajalar qo'llaniladi (UVCH-terapeya, ultrabinafsha nurlari bilan nurlantirish, mahalliy darsonvalizatsiya). Sovuq olishning III—IV darajasida shish va intoksikatsiyani kamaytirish uchun ba'zan nekrotomiya (zararlangan to'qimalarni uzunasiga kesish) o'tkazilib, keyin termik quyishdagi singari ochiq usul bilan davolashga kirishiladi. Granulyatsiyalar paydo bo'lganidan so'ng mazli bog'lamlar qo'yiladi. Demarkatsion chiziq hosil bo'lganda nekrektomiya o'tkaziladi: nekrozlangan to'qimalar batamom olib tashlanadi, oyoq- qo'llar esa amputatsiya qilinadi.

Sovuq olishning umumiy davolashda yuqori kaloriyali, oqsillar va vitaminlarga boy ovqatlar buyurish zarur. Infeksiyaga qarshi kurashish uchun antibiotiklar qo'llaniladi. Toksikozni kamaytirish uchun qon, qon o'rnini bosadigan suyuqliklar quyish, ko'p suyuqlik ichishga tavsiya etiladi.

Muzlash. Organizmga past haroratning umumiy ta'sir qilishi natijasida yuz beradi. Bunda hayot uchun zarur organlar (miya, yurak, o'pka, jigar, buyraklar)da chuqur, qaytmas o'zgarishlar sodir bo'lishi oqibatida, bular o'limga olib kelishi mumkin. Shikastlangan kishi bo'shshadi, junjiydi, charchaydi, uyqudan boshini ko'tarmaydi. Pulsi sekinlashadi, to'liqligi yomonlashadi. Nafas yuza bo'lib qoladi.

Junjish (qaltirash). O'rtacha past haroratning uzoq vaqtgacha bir necha marta ta'sir qilishi natijasida paydo bo'ladi. Ko'pincha oyoq panjasi, qo'l panjasi junjiydi. Urush davrida bunday hodisalar soldatlarda kuzatilganidan, bu- "transheya oyoq panjasi" degan nom olgan.

Terida to'q qizil tusga kiradigan ko'kimtir-qizil dog'lar paydo bo'ladi, teri picha shishadi, qichishadi, achishadi, oz-moz bezillab og'riydi.

Past haroratning ta'sirini to'xtatish zarur. Fizioterapevtik davo: ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish, diatermiya, parafin aplikatsiyalari yaxshi naf beradi.

NURDAN SHIKASTLANISHLAR

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

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

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

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

4. **Gangrenozli dermatitda** 2—3 sutkadan so'ng qichitadigan eritema paydo bo'ladi. So'ngra epidermis nekrozga uchraydi. Yiringli bo'shliqlar hosil bo'lib, ularni faqatgina plastik operatsiya bilan yopish mumkin.

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

Nurdan shikastlanishlar keng to'liq spektriga ega bo'ladi, atom bombasi portlagan bo'lsa, yorug'lik, issiqlik energiyalari birgalikda qo'shma shikastlarni keltirib chiqaradi. Radioaktiv moddalar portlashi natijasida radioaktiv chang sifatida nafas, me'da-ichak shilliq qavatlarga ta'sir qilib, mahalliy nurdan shikastlanishlarni ro'yobga chiqaradi. Umumiy reaksiya sifatida beta, gamma va rentgen nurlari, yuqorida qayd qilingandek, nur kasalligiga sababchi bo'ladi, uning klinikasi nurlanish ekspozitsiyasiga bog'liqdir.

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

Mahalliy shikastlar 2 haftadan keyin, yashirin davrdan keyin paydo boʻladi. Jarohat bitishi asoratsiz oʻtishi mumkin. Nur kasalligi avj olganda yalligʻlanish belgilari pasayadi, nekrozni biologik lizisi choʻziladi, yiringlash xavfi oshadi. Jarohat bitishining ikkinchi bosqichida tiklanish jarayonlari choʻziladi. Hosil boʻlgan granulyatsiya tez qonaydi, nekrozga uchraydi. Epiteliylanish toʻxtaydi, jarohat bitsa, katta chandiqlik, koʻpincha kelloid hosil qiladi.

Davolash. Qoʻshma shikastlarda nekroektomiya erta, birinchi haftalarda bajariladi, operatsiyani nur kasalligi avjiga chiqmasdan suyak iligi depressiyasi tugagach, 6—10 haftalarda bajarish mumkin boʻladi.

Oʻtkir nur kasalligini davolashda suyak iligini transplantatsiya qilinadi, odatda katta odamda 1500 ml suyak iligi borligini hisobga olib, 500 ml ilik koʻchirib oʻtkaziladi.

Oftob urishi

Oftob urishi organizmga uzoq vaqt quyosh nuri taʼsir qilishdan vujudga kelib, odatda tananing umumiy qizishi va terining mahalliy kuyishi bilan kechadi. Quyosh nuri infraqizil, koʻk, binafsha va ultrabinafsha aktiv quyosh spektriga ega boʻlib, ularning taʼsiri qariyalar va bolalarda ayniqsa kuchli oʻtadi.

Klinikasi. Oftob urishining taʼsiri yashirin davrdan soʻng roʻyobga chiqib, bosh aylanishi, tomir urishining tezlanishi, rang koʻrishning buzilishi kuzatiladi (atrofdagi ashyolar yashil yoki qizil boʻladi), keyinchalik qoʻl-oyoqlar titraydi, ter chiqishi tezlashadi. Bemor befarq yoki haddan tashqari harakatchan boʻladi, hushdan ketib, qon bosimi pasayadi. Bu hol boshlanishida bemor yuzi qizarib, keyin oqarib ketadi. Miyada oʻchoqli shikastlar paydo boʻladi, tutqanoq roʻyobga keladi.

Oftob urishda patologoanatom miya shishi va giperemiyasini, qon quyilishini, baʼzida seroz meningitni topadi.

Davolash. Shikastlangan kishi soya, salqin joyga yotqiziladi, boshiga sovuq kompress qoʻyiladi, yurak-tomir faoliyatini yaxshilovchi preparatlar qilinadi, suyuqlik ichiriladi.

Issiqlik urishi

Termoregulyatsiyaning buzilishiga olib keluvchi oʻtkir qizish issiqlik urishiga sabab boʻladi. Koʻpincha issiq havo aylanishi iloji boʻlmagan xonalarda, yuqori namlik boʻlganda roʻyobga keladi. Yurak xastaligi, qon bosimi baland boʻlgan, semiz kishilar bunga moyil boʻladilar.

Klinikasi. Charchash, bosh og'riq, yurak atrofida yomon hissiyot bo'lishi erta belgilaridir. Tomir urishi, nafas olish tezlashadi, bemor terlaydi. Qon bosimi pasayib, siydik kelmaydi. Tana harorati oshib, mushaklar tirishishi mumkin. Nafas olishi qiyinlashib, koma vujudga keladi.

Davolash. Shikastlangan salqin joyga yotqiziladi, toza havо beriladi. Boshiga va katta tomirlarga muzli xaltachalar qo'yiladi. Yurak-tomir sistemasini yaxshilovchi dorilar qilinadi, antigistamin, kortikosteroidlar beriladi, ba'zida reanimatsiya tadbirlarini bajarish tavsiya qilinadi.

SHIKASTLANGAN BEMORLARNI PARVARISH QILISH XUSUSIYATLARI

Travmatologiya bo'limining tibbiy hamshirasi jarohatlar, yaralarni bog'lashni, gipslash texnikasini, bunday bemorlarga davo qilishda ishlatiladigan apparatlar va moslamalarni yaxshi bilishi kerak.

Bunday toifadagi bemorlarni parvarish qilishda, ularning ruhiy holatiga katta e'tibor berish lozim. Mehribonlik bilan qarash, ularning yangi sharoitga tez ko'nikishiga va dardini osonlik bilan yengishga yordam beradi.

Shikastlangan bemorlarning ko'pchilik qismi uzoq vaqtgacha to'shakda yotishga majbur bo'ladi. O'z navbatida bemorning majburiy holati birmuncha og'ir asoratlarga olib keladi. Ko'krak qafasining chegaralangan harakati natijasida yuz beradigan og'ir asoratlardan o'pkada qon dimlanishi sababli zotiljam asorati bo'lishini ko'rsatib o'tish mumkin.

Buning oldini olish uchun bemorlar nafas gimnastikasi bilan shug'ullanishlari kerak. Burundan chuqur nafas olish, nafasni ozroq vaqt tutib turish va asta-sekin og'izdan chiqarish nafas gimnastikasining eng oddiy usullaridan hisoblanadi. Qo'llar shikastlangan bo'lsa, bu holda nafas gimnastikasini ularning harakati bilan kuchaytirish mumkin. Nafas olishda qo'llar yuqoriga ko'tariladi, nafas chiqarishda — tushiriladi.

Uzoq muddat o'rinda yotilganda mushaklar, me'da-ichak yo'llari va boshqa qator a'zolarining faoliyati yomonlashadi. Bu asoratlarning oldini olish maqsadida davo gimnastikasini shikastdan so'ng birinchi kunlardan boshlash kerak. Shikastlangan qo'l yoki oyoqni faol harakat qildirish mushaklar **atrofiyasi**, suyaklar **osteoporoz**i, boylam apparati bujmayishining oldini oladi, qon aylanishi va limfa

aylanishini yaxshilaydi, suyak hosil bo'lish jarayonini tezlatadi. Im-mobilizatsiya qilingan qo'l yoki oyoqning vaziyatini o'zgartirib, mushaklarni faol qisqartirmay turib va bo'shashtirib turish zarur. Davo fizkulturasida tufayli bosh miya po'stlog'ida qo'zg'alish va tormozlanish jarayoni normaga tushadi, moddalar almashinuvi, qon aylanishi, nafas, bemorning ruhiy holati yaxshilanadi.

Bemor umumiy ahvolidan og'irligi, yuqori harorat, o'tkir yallig'lanish jarayoni davo fizkulturasiga monelik qiladigan hollar hisoblanadi. Bo'g'imlarda harakatlarni tiklashda, umumiy davo mashqlaridan tashqari, mexanoterapiya tayinlanadi. Shu maqsadda maxsus apparatlar: Karo — Stepanovning universal mayatnikli apparatidan foydalaniladi, uni oyoq-qo'llarning hamma bo'g'im-laridagi harakatlarni tiklashda qo'llash mumkin. Shuningdek turli g'altakli sistemalar va boshqalar ishlatiladi.

Travmatologik bemorlarni davolashda fizioterapevtik tadbirlar (issiq muolajalar, elektr bilan davolash yorug'lik bilan davolash, nur terapiyasi, balchiq bilan davolash)ning o'rni muhim. Bu usullardan bemorlarni oxirigacha davolash davrida og'riqlarni kamaytirish, shishni yo'qotish, suyak qadog'i hosil bo'lishini tezlatish, bo'g'imlar harakatini yaxshilashda foydalaniladi.

Uqalash (qo'lda yoki maxsus asboblardan bilan) ham ana shu maqsadda qilinadi. Uqalashning asosiy usullari quyidagilar: silash, ishqalash, uqalash, barmoq bilan urish, vibratsiya. Uqalash periferidan markazga tomon yo'nalishda bajariladi. Bunda bemor badanini og'ritmaslik kerak. Shikastning ilk davrida (og'riq, suyak siniqlari siljigan, yog' emboliyasi sababli) uqalash mumkin emas. Infeksiya (dermatit, ekzema, chipqon va hokazo) bo'lganda ham uqalash mumkin emas.

Bemorga, ayniqsa keksaygan bemorlarga qarashda yurak-tomirlar sistemasiga, ruhiy holatiga, o'z vaqtida qovug'ini bo'shatishi va ichi kelishiga, yotoq yaralarining oldini olishga ahamiyat berishi kerak. Palatalarni yaxshi shamollatish va top-toza saqlash zarur.

Travmatologik va ortopedik bemorlarni qunt bilan parvarish qilish ularning to'la-to'kis va tez sog'ayib ketishining garovidir.

Gipsli bog'lam qo'yilgan bemorlarni parvarish qilish. Gipsli bog'lam travmatologiyasi amaliyotida ko'proq qo'llaniladi, shunga ko'ra, bunday bemorlarni parvarish qilish qoidalarini puxta bilish shart.

Gipsli bog‘lam gipsning sifatiga qarab 10-20 daqiqada qotadi. Bu vaqt ichida gavdaning gipslangan qismini belgilangan vaziyatda tutib turish zarur. Qotgan bog‘lam ushlab ko‘rilganda qo‘lga qattiq unnaydi va to‘qillatib urilganda qattiq jismning aniq tovushi eshitaladi. Bir sutka mobaynida gips batamom qotadi. Kul rang bog‘lam oqaradi, urib ko‘rilganda jarangdor tovush chiqadi. Gipsning qotishini tezlashtirish uchun ustiga choyshab yoki to‘shak yopmaslik kerak. “Sollyuks” lampasi bilan asta-sekin isitishning o‘zi kifoya qiladi.

Gipsli bog‘lam qo‘yilgandan keyin qotmasdan oldin unga bo‘yoq qalam bilan: travma bo‘lgan kun, bog‘lam qo‘yilgan vaqt, gipsni olish mo‘ljallangan vaqt yozib qo‘yiladi. Bemorlarni bog‘lam qo‘yilgandan keyingi birinchi sutkalarda ayniqsa e‘tibor bilan kuzatiladi. Bog‘lam qisib turganda bemorning oyoq-qo‘li og‘riydi, ko‘karadi, shish kattalashadi, barmoqlarning sezuvchanligi yo‘qoladi. Bunday holatlarda gipsli bog‘lamni qirqish va uni vaqtincha bint bilan mahkamlab qo‘yish kerak. Ich ketish va qovuqni bo‘shatish vaqtida gipsli bog‘lamning ifloslanmasligini kuzatib borish zarur. Bemorning ostini o‘z vaqtida yuvib turish kerak. Bunday toifadagi bemorlarda turli asoratlarning oldini olishda davo fizkulturasini muhim tadbir sanaladi.

Singan suyakni tortib qo‘yib davolashda bemorlarni parvarish qilish. Suyagi singan bemorlarni tortib qo‘yish usuli bilan davolashda ular uzoq vaqtgacha majburiy vaziyatni egallab turishlari kerak. Biroq bu usul gipsli bog‘lamlar bilan davolashdan farqli ravishda davo fizkulturasini qo‘llanish uchun katta imkoniyatlar yaratib beradi. Simmetrik sog‘lom oyoq yoki qo‘l bilan faol harakatlar bajarishga ayniqsa ahamiyat beriladi. Bunda shikastlangan qo‘l yoki oyoqda ham qon aylanishi reflektor tarzda kuchayadi, natijada sinish konsolidatsiyasi yaxshilanadi. Hozirgi vaqtda Beler shinasidan tashqari, maxsus tayyorlangan funksional shinalar (masalan, Bogdanovning funksional shinasi qo‘llanilyapti), bular bo‘g‘imlarda va shikastlangan sohada harakatlar qilish imkonini beriyapti.

Shikastdan so‘ng birinchi kunlardan boshlab son mushaklarining faol qisqarishi, tizza ko‘zini harakatga solish (“tizza ko‘zini o‘ynash”), boldir-panja bo‘g‘imida va barmoqlararo bo‘g‘imlarda harakatlar qilish tavsiya etiladi. Kegay kiritilgan sohani har kuni ko‘zdan kechirib turish zarur. Kegay fiksatorlar bilan teri orasiga

spirtga botirilgan (yiringlanishning oldini olish uchun) doka parchalari qo'yish tavsiya qilinadi. Bordi-yu yiringlanish yuz bersa, kegay chiqarib olinadi (bemorda 4 havtadan ortiq qo'llanib bo'lmaydi), shundan so'ng gipsli bog'lam qo'yiladi.

Bemorlarni operatsiya usulida davolashda va parvarishlash.

Uning asosini har qanday operatsiya bilan davolashdagi qoida, ya'ni operatsiya qilingan sohaning yiringlab ketishiga yo'l qo'ymaslik tashkil etiladi. Shu maqsadda bog'lamni muntazam kuzatib turish zarur. Bog'lam qondan ho'l bo'lib qolganda o'z vaqtida yangisini qo'yish kerak. Operatsiyadan keyingi dastlabki kunlardayoq bemor bilan davolash gimnastikasi qilinadi. Oyoq suyaklari singanda operatsiyadan keyingi 2—3 sutkadan boshlab qo'ltiqtayoq bilan yurishga ruxsat etiladi.

Bosh, yuz va og'iz bo'shlig'i shikastlangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari. Bemorlarni birlamchi xirurgik tozalashdan keyin parvarish qilish. Operatsiyadan keyingi davrda jarohatlarni bog'lash jarohatning holatiga va bemorning umumiy ahvoriga ko'ra amalga oshiriladi. Rezina drenajlar va doka turundalarni olib tashlashda shoshilmaslik kerak, choklar atrofida shish va jarohatdan suyuqlik chiqishi kamaygandan keyingina ular olib tashlanadi. Shikastlangan to'qimalar uchun osoyishtalikni ta'minlash jarohatlarning bog'lamini kam alishtirish usuli maqsadga muvofiq. Teridagi choklarni qovoq, lab, yonoq sohasidagi operatsiyalardan keyin 8—10 kuni olib tashlanadi.

Og'iz bo'shlig'i shikastlari va kasalliklari bor bemorlarni parvarish qilish. Bunday toifadagi bemorlarda chaynash akti buzilganligi va og'iz bo'shlig'ining o'z-o'zidan tozalanishi qiyinlashgaligi sababli ularni parvarish qilishning qator xususiyatlari bor.

Bemorning shilliq, qon va nekrotik massani yutib yuborishga hamda tiqilib qolish ro'y berishiga yo'l qo'ymaslik uchun birinchi kunlardan boshlab bemorning qaddini baland ko'targan holatda yotqizib qo'yiladi. O'pkada qon dimlanishi hodisalari va zotiljam paydo bo'lishining oldini olish maqsadida bemorni tez-tez u yonboshidan bu yonboshiga aylantirib turish tavsiya etiladi. Bemorlarga maxsus rezina xaltachalar yoki tufdonlar berish, ko'kragiga esa kleyonka yozib qo'yish kerak.

Odatdagi bog'lovlardan tashqari, og'iz bo'shlig'ini dezinfektsiyalovchi kuchsiz eritmalar bilan muntazam yuvib turish lozim. Og'izni shpris, rezina ballon yordamida yoki rezina naychasi va

steril shisha uchligi bo'lgan Esmarx krujkasi bilan yuviladi. Og'iz bo'shlig'ini yuvish uchun engak ostiga lotok yoki tog'oracha tutib turiladi, og'iz burchagini shpatel bilan tortiladi va avval og'iz dahlizini, so'ngra og'izning o'zini o'rtacha bosimdagi suyuqlik oqimi bilan yuviladi. Og'iz burmalarini, ichkarisini ayniqsa tozalab yuvish kerak. Og'izni ovqatdan oldin va keyin 2—5 marta yuviladi. Bundan tashqari, tish oraliqlarini vodorod peroksidga ho'llangan doka parchalari bilan imkon boricha tozalash lozim. Jag'ga shina qo'yilgandan keyin bemorlarga ayniqsa katta ahamiyat beriladi. Og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish bilan birga sim shinalarning holatini kuzatib turish lozim. Og'iz suyuqlik oqimi bilan tozalangandan so'ng shinalar va tish bo'yinlarini, shuningdek shina bilan ligaturalar orasini ovqat parchalaridan tozalash lozim. Bunda uchiga vodorod peroksid shimdirilgan paxta o'ralgan cho'plardan foydalangan ma'qul.

Bemorlarga suyuq, suyuqroq va qaymoqsimon, yuqori kaloriyali, vitaminlar miqdori yetarli ovqatlar buyuriladi. Bemorning ovqatini og'izdan yeyishiga harakat qilish zarur. Shu maqsadda jo'mragi uzun maxsus choynaklardan foydalaniladi. Jo'mrakka 20—25 sm uzunlikdagi rezina naycha kiygiziladi. Ovqatlantirish vaqtida bemor boshini picha ko'tarib turishi kerak. Og'izga rezina naycha kiritiladi va til usti bo'ylab til ildizi hamda halqumga keltiriladi. Rezina naychani vaqti-vaqtida qisib, suyuq ovqatning bemor qalqib ketmaydigan darajada oz-ozdan tushishini tartibga solib turiladi. Ikkala jag' yumilgan holatda bo'lganida ularni shinalanganda rezina naychani tish qatoridagi nuqson orqali yoki oxirgi jag' tishning orqasidan og'iz bo'shlig'iga o'tkaziladi.

Ahvoli juda og'ir bemorlarnigina burun yo'li orqali qizilo'ngachning yuqori bo'limiga kiritilgan zond bilan ovqatlantiriladi.

Bosh va bosh miya shikastlari hamda kasalliklari bor bemorlarni parvarish qilish. Bosh shikastlarida narkotik vositalar buyurilmaydi (nafas markazini sustlashtiradi). Talvasa tutganda bemorlarga juda osoyishta sharoit yaratish zarur. Bu vaqtda biror mikstura, suv, kamfora, kordiamin berish, kislorod hidlatish man qilinadi, chunki bular ta'sirida talvasa kuchayishi mumkin.

Bemor qo'zg'algan holatda bo'lganda 3—5% xloralgidrat eritmasi (30—40 ml) bilan huqna qilinadi, 2,5% li aminazin eritmasidan 1 ml inyeksiya qilinadi (arterial bosim pasayganda va nafas buzilganda buni qo'lanilmaydi).

Bosh og'rig'ida analginni dimedrol bilan, uyqusizlikda uxlatuvchi dori sifatida buyuriladi.

Miya pardalari va miya moddasi infeksiyalarining oldini olishda hamda ularga qarshi kurashni aseptika qoidalariga rioya qilish va antibiotiklar yuborish yo'li bilan olib boriladi.

Lyumbal punksiyadan keyin uzunchoq miyaning katta ensa teshigiga kirib qolish xavfi borligidan bemorga bir sutka mobaynida o'rnidan turmay yotish tayinlanadi.

Opearsiyadan bir kun oldin bemorga odatdagi ovqat beriladi, operatsiya kuni ertalab esa bir stakan shirin choy, kofe yoki kakaoni pechene bilan beriladi. Juda oriqlab ketgan va holsizlangan bemorlarga, yuqori kaloriyali taomlardan tashqari, 1—2 hafta mobaynida ovqatdan keyin kuniga 3—4 marta vitaminlar kompleksini (polivitaminlar) berish foydalidir.

Boshi operatsiya qilingan bemorlarda operatsiyadan ke-yingi asoratlarning oldini olish operatsion stolning o'zidayoq boshlanadi. Chunonchi, operatsiyadan keyingi davrda bemor bezovtalanib, turli harakatlar qilishi, ruhiyati buzilishi va shu kabi hodisalar kuzatilishi mumkin. Bemor bog'lamni olib tashlamasligi uchun mahkam qilib bog'lanadi. Shu maqsadda bosh terisiga jarohatning atrofiga kleol surtiladi, bog'lov materiali ustiga salfetka yopib, uning chetlarini hamma tomondan teriga mahkam qilib yopishtirib qo'yiladi. Boshning orqa chuqurchasidagi operatsiyalarda bog'lamni yopishtirib qo'yish ayniqsa muhim.

Bemorni bintlash, katakaga ko'tarib qo'yish va o'rniga yotqizishda ayniqsa ehtiyotkorlik bilan ish ko'rish, boshini keskin harakatlardan avaylab saqlash lozim. Boshini albatta ikkala qo'l bilan ushlab turiladi.

Bosh gumbazi trepanatsiyasidan so'ng bemorni operatsiya qilingan tomonga qarama-qarshi tomon bilan chalqancha yoki yonboshlatib yotqiziladi. Boshning orqa chuqurchasi trepanatsiyasidan keyin bemor yonboshi bilan qornini picha bosgan holda yotqiziladi. Bunday bemorni qorni bilan aylantiriladi, boshini esa qo'l bilan ushlab turiladi.

Bo'yin, kekirdak, qizilo'ngach shikastlari bilan og'rikan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari. Traxeostomali bemorlarni parvarish qilish. Traxeyadan kanyulya orqali chiqadigan moddalar bog'lamni ifloslantirmasligi uchun kanyulya

tagiga kleyonka, polietilen yoki rezina fartukcha qo'yiladi, fartukcha ifloslanganda uni antiseptik eritma bilan yuviladi. Traxeotomik kanyulyaning ichki naychasini kuniga bir necha marta chiqarib olinadi, yuviladi va yana qo'yiladi.

Traxeyadan shilliq va bog'lamni kanyulya orqali faol so'rib olish uchun so'rib oladigan apparatga ulangan ingichka kateterni traxeyaga ehtiyotlik bilan kiritiladi. Traxeyaga kanyulya orqali turli xil dori moddalarni yuborish mumkin. Traxeostomik naychani olib tashlangandan keyin bo'yindagi jarohat ikkilamchi tortishish yo'li bilan o'z-o'zidan bitadi.

Gastrostomali bemorlarni parvarish qilish. Gastrostomik teshik tevaragidagi teri holati ustidan qunt bilan kuzatuv olib borish zarur. Undan oqib chiqadigan me'da shirasi terining bichilib ketishiga sabab bo'ladi. Shuning uchun bemor har gal ovqatlantirilgandan so'ng terini antiseptik eritma bilan artish va vazelin surtish lozim. Teri bichilganda shu sohaga Lassar pastasi surtiladi. Bemorlarni me'da fistulasi orqali ovqatlantiriladi. Naychani tashqi uchiga shisha voronka ulanadi va uni taxminan 0,5 m yuqoriga ko'tariladi. Voronkaga oldindan tayyorlab qo'ylgan suyuq ovqatni 50—100 ml dan qilib, kichik porsiyalarda quyiladi.

Qizilo'ngach operatsiya qilingan bemorlarni parvarish qilish. Qizilo'ngach operatsiyasidan keyin bemorlarda operatsiyadan keyingi davr aksariyat og'ir o'tadi. Operatsiyaning qanday natija bilan yakunlanishi ko'pincha bemorni parvarish qilishga bog'liq. Bemorlarga kislorod, yurak dorilari buyuriladi. Plevra bo'shlig'i har kuni punksiya qilinib (drenaj qo'yilmagan bo'lsa, undagi suyuqlik tortib olinadi va antibiotiklar yuboriladi. Qizilo'ngach rezeksiya qilingandan so'ng umumiy oqsil pasayadi, shunga ko'ra oqsil tanqisligiga qarshi kurashish uchun har kuni qon va oqsil preparatlari quyiladi.

Anastomoz zonasiga imkon boricha orom berish uchun bemorga operatsiyadan keyin bir sutka mobaynida yutinishdan o'zni tiyib turish tavsiya etiladi. Bu davr bemor uchun juda og'ir va xizmatchi xodimlardan mehribonlik bilan parvarish qilishni talab etadi.

Suyuqlikni og'iz orqali 4—5 sutka o'tgandan keyingina shunda ham avvaliga oz-ozdan ichishga ruxsat etiladi. Operatsiyadan keyingi davr normal o'tayotgan bo'lsa 7 kundan boshlab suyuqlik miqdorini cheklamaslik mumkin. Shu vaqtdan boshlab

bemorga yarim suyuq ovqatlar, xom tuxum, kefir, smetana, bulyon, manniy bo'tqasi kabilarni berish mumkin. Ratsionning umumiy hamda 5—6 qabulga 40 g dan oshirmay tuziladi. 11—12 kuni bemorga bug'da pishirilgan qiyma go'sht beriladi. 15 kundan boshlab 1-stol buyuriladi.

Ko'pincha operatsiya vaqtida bu toifadagi bemorlarga burun orqali zond kiritiladi va uni anastomoz zonasidan pastroqqa tushiriladi. Birinchi kunlari bemorni shu zond orqali ovqatlantirish mumkin.

To'qimalarning elastik xususiyatlari keskin pasayishi va ularning oziqlanishi buzilishi sababli bu toifadagi bemorlarda yotoq yaralar tez paydo bo'ladi, shunga ko'ra operatsiyadan keyingi davrda ularning faol harakatlar qilishi tavsiya etiladi. 3 sutkaning oxiriga kelib tozalash xuqnasi qilish zarur.

Umurtqa pog'onasi va chanog'i shikastlangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari. Umurtqa pog'onasining asoratlanmagan sinishlarida davolash gips korset yordamida olib boriladigan hollarda uni uzoq vaqtga— 2—2,5 oygacha saqlab turishga ahamiyat beriladi. Korsetning yotoq yaralar paydo qilmasligini kuzatib borish zarur. Shu maqsadda korset ostidagi terini har kuni kamfora spirti bilan artib turiladi. Bemorlar qo'l va oyoqlar uchun faol gimnastika mashqlarini bajaradilar.

Umurtqa pog'onasining shikastlangan qismini mahkam ushlab turadigan «mushak korset» vujudga keltirishga mo'ljallangan qin tekislik bo'yicha tortib qo'yish yo'li bilan o'tkaziladigan faollashgan davo usulidan foydalanishda davo gimnastikasi ayniqsa muhim ahamiyatga ega. Dastlabki kunlarda bosh, qo'l va oyoqlarni biroz harakatlantirish, nafas gimnastikasi tavsiya etiladi. 7—10 kun o'tgach bemorlar ko'proq jismoniy kuch sarflanadigan harakatlarni faolroq bajara boshlaydilar. 18—20 sutkaga kelib bemor extiyotlik bilan burilib qornini bosib yotadi, so'ngra orqa mushaklarini taranglashtirib boshi va oyoq- qo'llarini baland ko'taradi (qaldirg'och vaziyati). Ikkinchi oyning oxirida bemor bu mashqni boshi, qo'l va oyoqlarini ko'targanda faqat qorniga tayanib turib bajarishi kerak. Mashqlar kuniga 5—6 marta, avvaliga 5—10 daqiqadan keyin 20—30 daqiqadan qilinadi. 2 oy o'tgach o'rindan turishga ruxsat etiladi, biroq bemor old tomonga egilmasligi kerak. 4 oydan so'ng o'tirish mumkin.

Umurtqa pog'onasining asoratlangan sinishida ham bemorning to'shagi ostiga taxta qo'yilgan karavotga yotqiziladi. Bunday bemorlarning trofik buzilishlariga (yotoq yaralarga) juda ham moyilligini nazarda tutib, ichiga dam berilgan rezina chambardan

(albatta g'ilofli) foydalanshi maqsadga muvofiqdir. Choyshab va ko'rpachalarni tekis qilib yoziladi, burmalar hosil bo'lmasligi uchun bog'ichlaridan karavotga bog'lab qo'yiladi. Tovonlari va kuraklari ostiga teshik kulchaga o'xshash paxta-doka yostiqlar qo'yiladi. O'rin-ko'rpani har kuni yig'ishtirib, qayta solinadi, ho'l ko'rpachalarni esa zarurat bo'lganda alishtiriladi.

Bemor vaziyatini o'zgartirish deganda qorni bilan yotgan bemorni chalqanchasiga yotqizish tushuniladi. Badan terisini puxta parvarishlash, uqalash, vannalar, fizioterapevtik muolajalar yotoq yaralarning oldini olishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Bunday bemorlarda siydik ajratishning buzilishi ro'y berishini hisobga olib, qovuqni muntazam bo'shatib turish (7—10 kun mobaynida 2 marta) aseptika qoidalariga puxta amal qilish, siydik tutolmaslikda doimiy kateter qo'yish zarur. Orqa miyaning qattiq shikastlarida sistostoma qo'yish lozim. Qovuqni muntazam yuvib turiladi. Haftasiga 2—3 marta huqna qilinadi. Ichakni bo'shatishda rezina tuvakdan foydalaniladi, bunda bel ostiga umurtqa pog'onasi-ning osilib turishiga to'sqinlik qiladigan bolish qo'yiladi. Yumaloq qattiq najaslar qo'l bilan chiqarib olinadi.

Orqa miyasi shikastlangan bemorlar o'pka asoratlariga juda moyil bo'ladi, shunga ko'ra nafas gimnastikasi, kislorod ingolyatsiyasi, burun- halqumni yaxshilab tozalab turish zarur.

Oyoq panjalari osilib qolishining oldini olish uchun ularni 90° burchak ostida tirgakka tirab qo'yiladi.

Kontrakturalar va oyoqlar noto'g'ri qo'yilishining oldini olish uchun olib qo'yiladigan gips longetalar tatbiq qilinadi. Bemorni yaxshi ovqatlantirish zarur.

Mehr bilan parvarish qilinganda bemorning keyinchalik o'rnidan turishiga va ortopedik apparatlardan foydalanib, yurib ketishiga anchagina imkoniyatlar vujudga keladi. Kasalxonada uzoq muddat yotgan bemorning o'z-o'ziga xizmat qilish ko'nikmalarini egallashi juda muhimdir.

Chanoq suyaklarining ayniqsa asoratlangan sinishlarida bemorlarni parvarish qilish tartibi umurtqa pog'onasi sinishidagi kabidir. Bemor birinchi kunlardan boshlab, umumiy mushak tonusini oshirishga mo'ljallangan gimnastika mashqlari va nafas gimnastikasini bajarishi kerak. Uni uqalab turish zarur. Badan terisi artib turiladi. Sistotoma qo'yilganda yuqoriga ko'tariladigan infeksiya paydo bo'lishining oldini olish uchun qovuqni kuchsiz

antiseptik eritmalar bilan vaqti-vaqtida yuvib turiladi. Ichak faoliyati va siydik ajratilishi ustidan kuzatib borish zarur. Bemorlarga yuqori kaloriyali va vitaminlangan ovqatlar tayinlanadi.

Bemorga tuvak tutishda uch kishi qo'yish kerak: ikkitasi ehtiyotlik bilan (belanchakni ushlab turib) bemor chanog'ini ko'tarib turadi, uchinchi esa bu vaqtda yelim bilan tortib qo'yilgan tomondan tuvakni qo'yadi.

Jarohatlanganlarni parvarish qilish xususiyatlari. Jarohatlanganlarni muvaffaqiyatli davolash ko'p jihatdan ularni parvarish qilishga bog'liq. Jarohatga infeksiya tushish ehtimoli asosiy xavf hisoblanadi. O'rin-ko'rpa va badan terisini gigiyenik jihatdan toza tutish ikkilamchi infeksiya tushishining olini olishga imkon beradi. Bog'larning quruq bo'lishi va jarohatni atrof-muhitdan ishonchli himoya qilinishi ustidan kuzatib borish zarur. Bog'larga axlat, siydik, grelkadagi suv tushishi yiringlanishga sabab bo'lishi mumkin. Bunday bog'larni zudlik bilan alishtirish zarur. Operatsiyaning xarakteri va bog'larning holatidan qat'iy nazar, operatsiyadan keyin 2 kun jarohat qayta bog'lanadi. Qonni shimib olgan salfetkalar olib tashlanadi. Jarohat chekkalariga 5% li yod eritmasi surtiladi va yangi aseptik bog'lam qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi davrda ochiq shikastlarni davolashning asosiy vazifasi - operatsiyadan keyingi jarohatning yiringlashiga yo'l qo'ymaslikdan iborat. Bog'lam ko'p ho'l bo'lganda tez-tez qayta bog'lash tavsiya etilmaydi. Bog'larga paxta qo'yiladi va ustidan qo'shimcha ravishda bintlanadi. Yiringlagan jarohatlarni har kuni, bemorning ahvoli talab qilsa, kuniga bir necha marta qayta bog'lanadi. Davo gimnastikasi, gigiyenik qoidaga amal qilish yuqori kaloriyali ovqatlar bilan ta'minlashga katta e'tibor beriladi.

Kuygan, elektrdan shikastlangan va sovuq olgan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari. Bunday bemorlarni parvarish qilishdagi asosiy vazifa shikastlangan sohalarda infeksiya rivojlanishiga yo'l qo'ymaslikdan iborat. Antibiotiklar bilan umumiy davo qilishdan tashqari shikastlangan soha ustidan puxta nazorat olib borish zarur. Davolashning ochiq usulida karkasdagi va bemor tagidagi steril choyshablar har kuni almashtirib turiladi. Karkas ostidagi harorat 24—25° C bo'lishi kerak. Haroratni ayrim lampochkalarni yoqish yoki o'chirish yo'li bilan tartibga solib turiladi. Po'stloq—strup ostida yiringlanish paydo bo'lsa (og'riq jarohat chekkalaridagi terining qizarishi harorat)po'stloqni qisman

olinadi va ichidagi yiringi chiqariladi. Davolashning yopiq usulida kam yechib bog'lanadi. (7—10 kunda bir marta) Bog'lamni avaylab, bemorga ozor yetkazmay alishtirib turish kerak. Qayta bog'lashdan oldin bemorga morfin yoki promedol yuboriladi. Bog'lamni kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi quyilgan vannachada ho'llanadi. Terining shikastlangan qismlaridan suyuqlik plazmasining ko'p yo'qotilishini nazarda tutib, bunday bemorlarga 3—5 l suyuqlik (fiziologik eritma, 5% li glyukoza eritmasi) plazma yuboriladi, qon quyiladi.

Bemorlarning ovqatiga katta e'tibor beriladi. Taomlar xilmaxil, totli qilib pishirilgan va yuqori kaloriyali bo'lishi kerak. Sut mahsulotlari (kefir, qaymoq, sut, tvorog) yengil xazm bo'ladigan go'shti (tovuq go'shti, buzoq go'shti), turli-tuman sabzavotlar va mevalar tavsiya qilinadi.

Kontrakturalar, bo'g'im harakatining vaqtincha yoki vaqtincha cheklanishi, paydo bo'lishi ehtimolini hisobga olib, oyoq-qo'llarga funksional qulay vaziyat yaratishga to'g'ri keladi, bemorlar buni qator hollarda qiyinlik bilan ko'taradilar. Tibbiyot hamshirasining vazifasi bunday tadbirning nima sababdan qo'llanilayotganini va vrach ko'rsatmasi bajarilmay qolgan taqdirda qanday ko'ngilsiz oqibatlar yuz berishi mumkinligini bemorlarga sabr-toqat bilan tushuntirishdan iborat.

Elektrdan shikastlangan bemorlarda birinchi sutka mobaynida nafas va yurak faoliyati to'xtab qolishi mumkin. Shunga ko'ra reanimatsion palatada kerakli dori-darmonlar va reanimatsion tadbirlarda ishlatiladigan apparatlar bo'lishi shart. O'pka shishi va bosh suyagining ichki bosimi oshishini oldini olish maqsadida vaqti-vaqti bilan qon olish, orqa miyani punksiya qilish, yurak va tomirlar dorilari, glyukoza, uzoq vaqtgacha kislorod terapiyasi bilan davolaniladi.

Sovuq olishida parvarish qilishning asosiy vazifasi ham shikastlangan sohaga infeksiya tushishining oldini olish hisoblanadi. Bunga aseptikaga qattiq amal qilish, pufaklar va nekrotik to'qimlar olib tashlangandan so'ng hosil bo'ladigan jarohatlarga infeksiya tushishiga yo'l qo'ymaslik yordamida erishiladi. Qayta bog'lash, terini parvarish qilish va umumiy parvarishlash kuygan bemorlardagi kabi o'tkaziladi. Sovuq olishning qaysi darajasida bo'lmasin organizmga qoqshol va gazli gangrena tayoqchalarining tushish xavfi tug'iladi. Sovuq olgan bemorlarning hammasiga qoqsholga qarshi, ko'p ifloslanganda esa gangrenaga qarshi zardob yuborish zarur.

YALLIG‘LANISH SINDROMI

Jarrohlik infeksiyasi deganda davolash asosan jarroxlik usullar bilan olib boriladigan yallig‘lanish kasalliklari tushuniladi. —Ular:

1. Nospetsifik (chipqon, karbunkul, flegmona va boshqalar)

2. Spetsifik (suyak sili va boshqalar) qo‘zg‘atuvchilar keltirib chiqargan kasalliklarga bo‘linadi.

Klinik kechishiga ko‘ra jarrohlik infeksiyasi;

1. O‘tkir (yiringli, anaerob, spetsifik);

2. Surunkali (spetsifik, nospetsifik) infeksiyaga bo‘linadi.

Joylanishiga ko‘ra teri, teri ostidagi kletchatka, mushaklar, pay qinlari, bo‘g‘imlar, suyakning ustki pardasi, suyak, seroz bo‘shliqlari va boshqalar turli-tuman sohalarda bo‘lishi mumkin.

Yiringli infeksiyani yiringlatuvchi kokklar: streptokokk, stafila-kokk, ko‘k yiringlatuvchi tayoqcha va boshqalar yuzaga keltiradi. Bakteriyalar to‘qimalarga tushib, qulay sharoit vujudga kelganda tez ko‘payadi. Ular ko‘payib va to‘qimalararo yorig‘lar bo‘yicha tarqalib borib zaharli moddalar—toksinlar ishlab chiqaradi. Toksinlar tevarakdagi to‘qimalarga to‘g‘ridan-to‘g‘ri ham markaziy asab tizimi orqali reflektor tarzda ta‘sir qiladi. Organizmning patogen mikroorganizmlar tushishiga javob reaksiyasi birinchi navbatda mahalliy yallig‘lanish rivojlanishida namoyon bo‘ladi.

To‘qimalar butunligining buzilishi (nekrozga uchrashi, aynishi) ularga avvalo yallig‘lanish keltirib chiqargan omillar ta‘sirida sodir bo‘ladi. Shuning bilan birga tomirlar o‘zgarib, ular dastlab torayadi, keyin esa tez ko‘payadi. Klinik jihatdan bu yallig‘lanish sohasida mahalliy giperemiya (qizarish) paydo bo‘ladi. Kengaygan devorning zichligi kamaygan tomirlardan atrofidagi to‘qimalarga qonning suyuq qismi, leykotsidlar chiqadi, mahalliy to‘qimalarning hujayralari ko‘paya boshlaydi (prolifiratsiya), bu esa shish — yallig‘li infiltrat hosil bo‘lishiga olib keladi. Bu sohadan o‘tadigan nerv tutamlari yallig‘li o‘zgarishlar hisobiga bosiladi va ta‘sir lanadi, bu—og‘riqqa sabab bo‘ladi. Qon to‘liqligining mahalliy oshishi va to‘qimalarning parchalanishi natijasida ro‘y beradigan biokimyoviy holatlar haroratning mahalliy ko‘tarilishiga olib keladi. To‘qimalar shishuvchi va og‘riq gavdaning shu qismi faoliyatini buzadi.

Keyinchalik qon aylanishining mahalliy buzilishi yallig'lanish holatining avj olishi hisobiga oshib boradi. Mayda arteriyalar va venalar trombozi rivojlanadi. Bakterial toksinlar ta'siri ko'payadi, natijada to'qimalarning nobud bo'lishi va chirishi (nekroz) yanada ko'payadi, bunda nobud bo'lgan to'qimalarning bir qismi eriydi. To'qimalarning erishi nobud bo'lgan leykotsitlardan ko'p miqdorda oqsil tanachalarini erita oladigan fermentlar (proteolitik fermentlar) ning ozod bo'lishi hisobiga yuz beradi. Shunday qilib, leykotsitlardan to'qimalarning parchalanish mahsulotlaridan va tomirlarning suyuqligidan yiring hosil bo'ladi, u tashqariga chiqa olmaganda atrofidagi to'qimalarga tarqalib ularni halok qiladi.

To'qimalarning halok bo'lishi bilan bir vaqtda yallig'lanish sohasini o'rab turgan granulyatsion to'siqni hosil qiladigan yangi hujayralarning paydo bo'lishi qayd qilinadi. Biriktiruvchi to'qima hujayralarining ko'payishi granulyatsion to'siq hosil bo'lishining asosini tashkil etadi. Yallig'langan joyda yiring to'planganda uning biriktiruvchi to'qima pardasi bilan chegaralanishi (inkapsulyatsiyasi) ro'y berishi mumkin.

Yallig'lanishda kuzatiladigan o'zgarishlar to'qimalarning faqat mahalliy jarayoni deb hisoblab bo'lmaydi. Bemorlarda bir butun organizmning yallig'lanish holatiga ko'rsatadigan ta'sirining natijasida qator umumiy hodisalar kuzatiladi.

Yallig'lanish holati bo'lganda markaziy asab tizimi faoliyatining o'zgarishlari (uyqusizlik, lohaslik, bosh og'rig'i, ta'sirlanuvchanlik va hokazolar) ro'y beradi. Bundan tashqari boshqa a'zolar, chunki ichaklar faoliyati buziladi, ishtaha yo'qoladi, til karash bog'laydi, quruq bo'lib qoladi, dispeptik hodisalar qayd qilinadi. Yallig'lanishga xos holat egri chizig'i paydo bo'ladi. Kechqurunlari harorat ko'tarilib, ertalab pasayadi. To'qimalarda yiringli suyuqlik tutilib qolganda, odatda harorat keskin ko'tariladi.

Harorat ko'rsatkichlari bilan yallig'lanish holatining kechishi o'rtasidagi nomuvofiqlik (og'ir yiringli infeksiyada haroratning past bo'lishi) yomon oqibatli belgi hisoblanadi, chunki bu organizmning areaktivligidan dalolat beradi.

Pulsning tezlashishi odatda haroratning ko'tarilishiga bog'liqdir. Harorat nechog'li yuqori bo'lsa, tomir ham shunchalik tez uradi. Arektiv holatda harorat reaksiyasi bilan puls o'rtasida teskari bog'lanish kuzatiladi: harorat pasayganda, puls tezlashadi.

Yallig'lanish holati leykotsitlar miqdorining aksariyat 10.000 —20.000 gacha va bundan ham oshishi bilan ham o'tadi. Shu bilan bir vaqtda har xil turdagi leykotsitlarning o'zaro nisbati o'zgaradi, limfotsitlar miqdori kamayadi (limfopeniya) neytrofillar miqdori ko'payadi (neyrofilez). Yallig'lanish holati uzoq vaqtga cho'zilganda eritrotsitlar cho'kish tezligi SOE soatiga 50 mm gacha yetadi va bundan ham oshadi. Uzoq davom etadigan yallig'lanish holati ichki a'zolarining amiloidli aynishiga olib kelishi mumkin. Organizmning himoya kuchlari holatiga kasallik qo'zg'atuvchisining virulentligiga va markaziy asab tizimining holatiga ko'ra yallig'lanish turli darajada namoyon bo'lib kechishi mumkin: normergik (o'rta darajadagi yallig'lanish), giperergik (jadal kechadigan holat) va giporergik va anergik yallig'lanish (mahalliy va umumiy belgilari susaygan holat).

MAHALLIY O'TKIR — YIRINGLI INFEKSIYA

Teri va teri osti yog' qatlamining yallig'lanish kasalliklari

Chipqon (furunkul). Soch xaltachasi va yog' bezining tevarakdagi kletchatkaga o'tadigan yiringli yallig'lanishdir. Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik va qashinish chipqon paydo bo'lishiga imkon beradi. Surunkali kasalliklar, ayniqsa diabet, anemiya, infeksiyon kasalliklar, bemorning holsizlanishi, asab-psixik toliqish moyil qiladigan sharoitlardan hisoblanadi. Chipqonning qo'zg'atuvchisi stafilokokkdir.

Klinik manzarasi. Chipqon teridan salgina ko'tarilib, terining qizg'ish rangli og'riqli zichlashuvi (infiltrat)dan boshlanadi. Bo'rtmacha uchida qoramtir yoki sarg'ish nuqta bo'ladi. Keyinroq nuqtaning o'rnida oq rangli nekroz qismi— chipqonning o'zagi (o'ligi) hosil bo'ladi. Chipqon o'zagi ko'chib tushgandan so'ng granulyatsion to'qima bilan to'lgan bo'shliq hosil bo'ladi. Chipqon chiqqanda organizmning umumiy ahvoli o'rtacha bo'ladi.

Davosi. Yuzga chipqon chiqqanda o'rinda yotib davolanish zarur. Infiltratsiya bosqichidagi yakka chipqonlarda Vishnevskiy usulida qisqa novokoin blokadasini qo'llash mumkin. Yallig'lanish sohasiga 5—10 ml 0,25—0,5% li novokain eritmasida suyultirilgan 500.000—1.000.000 TB penitsillin yuboriladi. Hozirgi paytda limfatrop yo'l bilan antibiotik yuborish yaxshi naf bermoqda.

Davolash davrida yallig'lanish sohasi atrofidagi terini parvarish qilishning katta ahamiyati bor. Terini benzin, 70% spirt va 5% li kaliy permanganat eritmasi, 0,5—1% li brilliant yashil eritmasi va boshqalar bilan artiladi. Terining shilinishi va infeksiyani tarqalish havfi bo'lganda kompresslar qilmagan ma'qul. Fizioterapevtik muolajalar; ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish UVCH terapiya va boshqalar yaxshi natija beradi.

Yallig'lanishning boshlang'ich davrida (follikulit) sochning tolasini yulib tashlash tavsiya etiladi. Yiringlagan chipqonni kesib, o'zagi va yiringli suyuqlikni chiqarish mumkin (yuzdagi chipqondan tashqari). Shundan keyin yiringli jarohatlarni davolashdagi usullar qo'llaniladi. Chipqonni sitish aslo mumkin emas, bu infeksiyaning avj olish xavfini tug'diradi.

Furunkulyoz. Bir vaqtda bir nechta chipqonlar paydo bo'lishi furunkulyoz deyiladi. Furunkulyoz, odatda, holdan toygan va kuchsizlangan bemorlarda, ayniqsa diabetli bemorlarda paydo bo'ladi.

Davosi. Mahalliy davolashdan tashqari, organizmning umumiy holatini yaxshilashga qaratilgan umumiy tadbirlar ko'rish ham zarur. Stafilakokka qarshi gammoglobulin va anatoksin, oqsillar va vitaminlarga boy ovqatlar, autogemoterapiya, ultrabinafsha nurlantirish qo'llaniladi, autovaksina bilan immunizatsiya qilinadi, umumiy antibiotikoterapiya va boshqalardan foydalaniladi.

Karbunkul. Bir nechta soch xaltachalari va yog' bezlari-ning atrofidagi to'qimalarni qamrab olgan o'tkir yiringli—nekrotik yallig'lanishi tushiniladi. To'qimalarning katta qismlari nekrozga uchraydi. Karbunkullar aksari keksalarda yoki ozib ketgan, shaxsiy gigena qoidalariga rioya qilmaydigan kishilarda kuzatiladi. Aksariyat karbunkul bo'yinning orqa yuzasida, yelkada, dumbada, sonda bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kasallik bitta yiringli yaradan boshlanib, asta-sekin yon-veridagi soch xaltachalarini va yog' bezlarini egallaydi. Kasallik avj olgan davrda sianotik tusli qizg'ish-ko'kimtir va ko'p yiringli nuqtalari bo'lgan chegaralangan yallig'li tuzilma (o'sma) paydo bo'ladi. Yallig'lanish qattiq og'riq, haroratning ko'tarilishi, umumiy lohaslik bilan o'tadi.

Yuz va bo'yindagi chipqon hamda karbunkullar ayniqsa xavfli. Yiringli holat yuz va bo'yinda joylashganda vena tomirlari bo'ylab miyaga va uning pardalariga tarqalishi mumkin, bu ko'p hollarda o'limga olib keladi.

Davosi. Umumtashgan holda. Umumiy antibiotikoterapiya o'tkaziladi: sutkasiga 2—6 marta 1.000.000 TB dan pinitsillin va sutkasiga 2 marta 30% linkomitsin, 80 mg 2 marta gentomitsin muskul orasiga yuboriladi. Antibiotiklardan 30% linkomitsin 2,0 limfatrop yo'l bilan karbonkul sohasiga yuborilishi yaxshi naf beradi, parhez ovqatlar va mahalliy fizioterapevtik davo buyuriladi. Ko'rsatib o'tilgan tadbirlar yaxshi naf bermaganda operatsion davo qilinadi—yallig'lanish infiltratni butsimon kesiladi va nekrozga uchragan to'qimalar sog'lom to'qimalar chegarasigacha batamom kesib olib tashlanadi. Hosil bo'lgan bo'shliqni Vishnevskiy mazi, sintomitsin emulsiyali tamponlar bilan to'ldiriladi. Proteolitik fermentlar va gipertonik eritma tozalovchi ta'sir ko'rsatadi. Yuzdagi chipqonlar va karbunkullarni davolashda massiv antibakterial terapiya va mahalliy limfatrop davo yaxshi naf beradi. Yiringni sitish qat'iy man qilinadi.

Gidradenit. Ter bezlari, ayniqsa qo'ltiqdagi ter bezlarning o'tkir yiringli yallig'lanishidir (xalq tilida "it emchagi" deyiladi).

Klinik manzarasi. Qo'ltiqda ko'kimtir-qizg'ish rangli, yuzasi silliq, kichkina, zich yallig'lanish infiltrati paydo bo'ladi. Keyinchalik uning yonidan shunday tuzilmalardan yana bir nechtasi chiqadi. Ular bir-biriga qo'shilib, bitta yallig'lanish infiltrati hosil qilishi mumkin. Infiltratning bir necha joyi yumshab, ulardan oz-moz yiringli suyuqlik chiqishi mumkin. Kasallik uzoq vaqt davom etadi, tez-tez qaytalab turadi.

Davosi. Umuman quvvatga kiritiladigan davo, qisqa yoki muntazam novakain blokadasi. Yiring hosil qilish bosqichida bu soha kesilib, keyin fizioterapiya qilinadi (ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish, sollyuks, UVCH terapiya).

Abssess. (to'qimalar yoki a'zolar (miya, o'pka, jigar, ichaklar oralig'i) ning chegaralangan joyida yupqa piogen parda ichida yiring yig'ilishi). Piogen parda bilan chegaralangan yiringli bo'shliq, gavdaning har qanday qismida joylashishi mumkin. Abscesslar to'qimalar va a'zolarga stafilakokk yoki streptokokk tushishi natijasida paydo bo'ladi, uni boshqa qo'zg'atuvchilarning keltirib chiqarishi birmuncha kam kuzatiladi. Teri va shilliq pardalarning jarohatlanishi yot jisimlar (zirapcha, o'q va hokazolar), dori moddalari inyeksiya qilingan joylar infeksiya kiradigan darvoza hisoblanadi. Infeksiya gavdaning bir joyidan ikkinchi joyiga limfogen (limfo tomirlaridan) yoki gematogen yo'l bilan (qon tomirlardan) o'tganda aksariyat metastatik abscesslar kuzatiladi. Abscess

yuza joylashganda yallig'li infiltrat erigandan so'ng bilqillash (flyuktatsiya) o'chog'i hosil bo'ladi. Ko'pincha abscesslar terini eritadi, yiringli suyuqlik tashqariga chiqadi va o'z-o'zidan tuzalishi mumkin. Ichki a'zo (jigar, taloq, miya va hokazolar)da joylashgan abscesslarda umumiy yiringli infeksiyaning klinik manzarasi birinchi o'rinda turadi (harorat ko'tarilishi, et uvishishi, g'ar-g'ar terlash, leykotsitoz).

Davosi. Yallig'lanishning boshlang'ich davrlarida antibiotiklar va sulfanilamidlar qo'llaniladi. Yiringli suyuqlik hosil bo'lganda kesiladi, keyin yiringli jarohatlarni davolash tartibiga binoan davo qilinadi.

Flegmona. Biriktiruvchi to'qima bo'shliqlari: teri osti, muskullararo, qorin pardasi orqasi va boshqa kletchatkaning o'tkir sidirg'a yiringli yallig'lanishi. Abscessdan farqli ravishda bu kasallikda yiringli bo'shliq piogen pardasiz va tarqalishga moyil bo'ladi. Flegmonalarni abscesslarni keltirib chiqaradigan omillar paydo qiladi. Stafilakokk va steptakokkdan tashqari, yallig'lanish jarayonini ichak tayoqchasi, ko'k yiringlatuvchi tayoqcha, gonokokklar va boshqalar keltirib chiqarishi mumkin. Flegmona karbunkul, chipqon, gidrodenit xasmol kabi yaralarga o'z vaqtida davo qilinmasligi oqibatida kelib chiqadi. Yiringlanishning tarqalishi mikroorganizmlarning virulentligiga, organizm himoya kuchlarining birmuncha pasayganligiga va joylashgan sohasining anatomik xususiyatlariga bog'liq.

Klinik manzarasi infeksiyaning turiga, yallig'lanish holatining chuqurligiga va qayerda joylashganligiga, shuningdek organizmning infeksiyaga bo'lgan ta'sirchanligiga bog'liq. Haroratning ko'tarilishi, et uvishishi, ishtaha yo'qolishi, bosh og'rig'i kuzatiladi. Flegmona yuza joylashganda shu joy sidirg'a shishadi, teri aniq chegaralarsiz qizaradi, bezillab og'riydi va mahalliy harorat ko'tariladi. Keyinchalik infiltrat yumshaydi va bilqillash qayd qilinadi. Yallig'lanish to'qimalar bo'ylab tez tarqaladi.

Davosi. Kasallikning birinchi bosqichida (yallig'li infiltrat) mahalliy novakain blokadalari qo'llaniladi. To'qimalarning yiringli irishida yiringli bo'shliqni yetarlicha kattalikda kesib ochiladi, shundagina yiringning ravon chiqishiga sharoit bo'ladi. Jarohat cho'ntaklari ochiladi, bo'shliqlar yiringli suyuqlikdan tozalanadi va gipertonik eritma shimdirilgan doka bilan yumshoq tamponlanadi. Zarurat bo'lganda, yiringning yaxshi oqib chiqishi uchun qo'shimcha kesmalar (kontraperturlar) qilinadi. Keyingi davolash yiringli jarohatlarga davo qilish qoidalariga binoan boriladi.

Saramasli yallig'lanish. Teri yoki shilliq pardalar va limfa yo'llarining yallig'lanishi bo'lib, gemolitik streptokokklar qo'zg'atadi.

Terining tiralishi, chaqalanishi, jarohatlar infeksiya kiradigan darvoza hisoblanadi. Bemorning holati saramasli yallig'lanishning paydo bo'lishida muhim ahamiyatga ega. Saramasni boshidan kechirgan kishilarda immunitet paydo bo'lmaydi, aksincha, qayta kasallanishga moyillik bo'ladi. Saramas holati ko'proq yuz, bosh, boldir terisini, kamroq badan terisi kasallanadi. Inkubatsion davri (mikrob yuqqan davrdan klinik manzara paydo bo'lguncha o'tgan davr) 2—7 kungacha bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kasallik et uvishishi va haroratning 40—41°C gacha ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanadi. Shu vaqtning o'zida teri qizaradi va bir oz bo'rtadi. Teri tarang, bezilab turadi, paypaslab ko'rilganda qo'lga qaynoq unmaydi va keskin chegara bilan ajralib turadigan qip-qizil tusga kiradi, uning chekkalarida terining milk shaklida bo'rtishi kuzatiladi. Qator hollarda qizillik o'tkir do'mboqchalar shaklini oladi. Bayon qilingan manzara eritematoz forma degan nom olgan. Ba'zan to'qimalarning qizargan qismida tiniq, sarg'ish eksudatli pufakchalar turi vujudga keladi, gemorragik suyuqlik bo'lganda (gemorragik turi), yallig'lanish yiringlab teri osti kletchatkasiga tarqalgan (flegmona turi) va teri nekrozi (nekrotik turi) paydo bo'ladi.

Saramasning adashgan yoki yugurdak deb nomlangan turi og'ir o'tadi, bunda yallig'lanish gavdaning bir qismidan ikkinchi qismiga o'tib ketadi.

Saramasli yallig'lanishga zotiljam, flegmona, abscesslar, sepsis qo'shilishi mumkin. Saramasli yallig'lanishning bir odamdan ikkinchisiga o'tishi mumkinligini unutmaslik, shunga ko'ra saramasli yallig'lanishga uchragan bemor boshqalardan ajratib qo'yilishi lozim.

Davosi. Saramasli yallig'lanishga uchragan joy ultrabinafsha nurlar bilan suberitem dozada nurlantiriladi, unga yod eritmasi bilan kamfora moyi, 5% li kaliy permanganat eritmasi surtiladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar bilan umumiy davolash olib boriladi. Flegmonoz va nekrotik turlarida operatsiya yo'li bilan davolaniladi.

Erizipeloid (cho'chqalar saramasi).

Etiologiyasi va patogenezini. Epizipeloid (epysipeloides) cho'chqalar saramasi; sudralma eritema — bu yuqumli kasallik bo'lib, uning qo'zg'atuvchisi cho'chqalar saramasi tayoqchasidir. Kasallik aloqa (kontakt) natijasida yuqadi. Kasallikning yashirin davri 3—7 kunga cho'ziladi. Ushbu kasallik bilan, asosan, uy bekalari, shuningdek, go'sht va baliq sanoati bilan bog'liq ishchilar kasallanadilar.

Klinik manzarasi. Kasallik boshlangan birinchi kundayoq barmoqlarning orqa tomoni ustida qichishish va harorati norma atrofida bo'ladi. 10—12 kundan so'ng o'tkir yallig'lanish jarayoni belgilari yo'qoladi, biroq yallig'lanish boshqa panja va barmoqlarga o'tishi mumkin. Kasallik qo'zib turishi mumkin.

Differensial tashhisi. Cho'chqalar saramasini hasmol, barmoqning bir bo'g'imaro artriti, saramas va dermatitdan farqlash lozim.

Davosi. Barmoq immobilizatsiya qilinadi, penitsillin-novokain blokadalari, ultrabinafsha kvarts nurlar bilan nurlantirish rengenoterapiya, spetsifik zardoblar qo'llaniladi.

YUMSHOQ BIRIKTIRUVCHI TO'QIMALARNING YIRINGLI KASALLIKLARI

Parotit—tepki. Quloq oldi so'lak bezining yiringli yallig'lanishi ko'pincha kuchsizlangan bemorlarda, me'da-ichak yo'llarida katta operatsiya qilinganda, ayniqsa, havfli o'smalari bor bemorlarda paydo bo'ladi. Operatsiyadan keyin ovqat yeyishning chegaralanishi yutish faoliyatining to'xtab qolishiga, so'lak (bakteritsid ta'siri bor) ajralishining kamayishiga olib keladi. Bunda bakteriyalar og'iz bo'shlig'idan so'lak bezlariga o'tadi va yallig'lanishga sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi yutish va so'zlashish vaqtida og'riq bo'lishi bilan ta'riflanadi. Quloq oldi bezlari sohasi bir oz shishadi, harorat ko'tariladi.

Operatsiyadan keyingi parotitlarning oldini olish so'lak bezlari sekretsiyasini kuchaytirishga qaratiladi: limon bo'laklari shimiladi, og'izni vodard peroksidning kuchsiz eritmasi, soda bilan chayiladi. Bemor ovqat yemasa, unga suxari chaynab tuf lab tashlash va og'iz bo'shlig'ini chayishga ruxsat etiladi.

Davosi isitadigan spirt-mazli kompresslar, antibiotiklar, kontrikal, trasilol qo'llanishdan iborat. Abscess paydo bo'lganda, yiring boylangan joy kesiladi.

Mastit. Mastit deganda sut bezining yallig'lanishi tushiniladi. Mastit ko'pincha birinchi marta tuqqan ayollarda ko'p uchraydi.

Mastitning paydo bo'lishiga yiring hosil qiluvchi mikroblarining so'rg'ichdagi yoriqlar orqali kirishi, sutning dimlanib qolishi, shaxsiy gigiyenaga amal qilmaslik sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi kasallikning kechish davriga bog'liq.

1. Seroz bosqichda sut bezi kattalashgan, qattiqlashgan bo'ladi, og'riydi.

Harorat 39°C gacha ko'tariladi.

2. Infiltratli bosqichda sut bezida aniq chegaralari bo'lmagan bir yoki bir necha zich infiltratlar hosil bo'ladi. Ular ustidagi teri qizaradi; og'riq ancha qattiq, harorat 40°C atrofida bo'ladi. Leykotsitoz-10.000—12.000.

3. Abssesslanuvchi bosqichida klinik manzara oldingi bosqichdagi kabi rivojlanadi, biroq infiltratlar sohasida flyuktuatsiya aniqlanadi.

4. Flegmona bosqichida yallig'lanish sut bezining hamma joyiga tarqaladi, septik holat rivojlanadi (harorat yuqori bo'ladi, et junjukadi, til quriydi, uyqu yo'qoladi, bosh og'riydi, ishtaha yo'qoladi, leykotsitoz 17.000-20.000 gacha, eritrotsitlarning cho'kish tezligi soatiga 60 dan 70 mm gacha bo'ladi).

5. Gangrenoz bosqichi qon tomirlaridagi tromboz hisobiga qon aylanishining buzilishidan yuzaga keladi. Sut bezi yumshoq, ilvillagan bo'ladi. Bu—septik holatdan dalolat beradi.

6. Surunkali infiltratli mastit aksari noto'g'ri davo qilganda kuzatiladi. Harorat subfebril, bemorning umumiy holati qoniqarli, sut bezida tog'ay konsistensiyasidagi zich infiltrat palpatsiya qilinadi.

Profilaktikasi. Sutning dimlanib qolishi va emchak uchi yorilishining oldini olish zarur. Shu maqsadda bola sutning hammasini ema olmasa, uni sog'ib olish kerak. Sut bezini uqalab sog'ish va ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish tavsiya etiladi. Siynaband taqish shart. Emizishdan so'ng emchak uchini iliq suv yoki borat kislotasi eritmasi bilan artish, terisi quruq bo'lganda indifferent maz surtish lozim.

Davosi. Sut bezida sut dimlanganda ularni bartaraf etish zarur. Bu maqsadda sutni sog'ib olinadi, sut beziga ko'tarib turadigan yumshoq bog'lam qo'yiladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar buyuriladi. Novokain blokadasini mahalliy (retromammar bo'shliqqa) qo'llaniladi. Infiltratli bosqichida davolash tartibi xuddi

shunday. Abscesslanuvchi, flegmonoz va gangrenoz davrlarida radial kesmalar qilinadi, yiringli jarohatlarni davolash kabi olib boriladi. Sutni sog'ib olinadi yoki bolaga emiziladi. Emchak uchi yorilganda sut so'rg'ichdan foydalaniladi. Surunkali infiltratli turida zich infiltratli zich infiltratni sog'lom to'qimalar chegarasigacha kerib, so'ngra havfli o'smani istisno qilish uchun gistologik tekshiriladi.

Paranefrit (buyrak atrofi yog' kletchatkasining yallig'lanishi).

Paranefrit deb, buyrak atrofidagi yumshoq biriktiruvchi to'qimalar va yog' kletchatkasining yiringli yallig'lanishiga aytiladi.

Etiologiyasi va patogenezini. Stafilokokklar, enterobakteriyalar (ichak tayoqchasi), kamdan-kam hollarda saprofitlar hamda anaeroblar kasallikning qo'zg'atuvchilari hisoblanadi.

Klinik manzarasi. Kasallik og'ir kechadi. Bemorning ahvoli darhol yomonlashadi, harorati birdan ko'tariladi (40°C atrofida bo'ladi), belda qattiq og'riq bo'ladi. To'qima shishi yuzaga keladi, leykotsitlar soni ko'payib ketadi, gohida siydikda piuriya aniqlanadi, mikroskop orqali kuzatilganda esa leykotsitlar va silindrlar ko'riladi. Ammo siydik tekshirilganda ba'zi bir hollarda patologik siljish kuzatilmaydi. Noaniq holatlarda buyrak atrofi bo'shlig'ida ultratovush yordamida tashxis qo'yish funksiyasi o'tkazish mumkin

Davosi. Paranefritni muvaffaqiyatli davolashning muhim omili—bu, o'z vaqtida operatsiya qilishdir, Lyumbotomiya o'tkaziladi, yiringlangan joy keng yoriladi, antiseptik eritmalar bilan yuviladi va drenaj qilinadi, faol aspiratsiya yuzaga keltiriladi. Pionefroz yuz bergan hollarda buyrak olib tashlanadi (nefrektomiya).

Parakroktit. To'g'ri ichak oldi kletchatkasining yiringli yallig'lanish kasalligi. Kasallikni aksari aralash infeksiya (stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi va boshqalar) keltirib chiqaradi. Infeksiyaning kirish yo'li—yo'riqlar, lat yeyish, bichilish (matseratsiya)dir.

Paraproktitning quyidagi turlari farq qilinadi:

1. teri osti paraproktiti;
2. shilliq parda osti paraproktiti;
3. quymich-rektal paraproktiti;
4. chanoq-to'g'ri ichak paraproktiti;
5. retrorektal paraproktiti;
6. surunkali (pararektal oqmalar).

Klinikasi paraproktitning turiga bog'liq. Teri osti turida yallig'lanish sohasida terining giperemiyasi, og'rishi, defekatsiya vaqtida og'riqning kuchayishi kuzatiladi. Bu sohani palpatsiya qilganda zich infiltrat aniqlanadi. Organizimning yallig'lanishiga nisbatan unchalik kuchli bo'lmagan umumiy reaksiyasi vujudga kelishi mumkin.

Shilliq parda ostidagi turida defikatsiya vaqtida og'riq qayd qilinadi. Rektal tekshiruvda to'g'ri ichak shilliq pardasida infiltratsiya sohasi aniqlanadi.

Quylich-rektal turida yallig'lanish holati to'g'ri ichak atrofidagi chanoq kletchatkasini egallaydi. Bu turi lo'qillovchi og'riq, yuqori harorat, et uvishishi bilan o'tadi; rektal tekshirishda to'g'ri ichak tevaragida kuchli infiltratsiya aniqlanadi.

Chanoq-to'g'ri ichak turida yallig'lanish chanoq tubidan yuqoriga tarqaladi va orqa chiqaruv yo'li sohasida yallig'lanishning tashqi belgilari bo'lmagan holda og'ir septik holat bilan kechadi.

Retrorektal turida yallig'lanish limfadenitdan boshlanib, to'g'ri ichakning orqa tomonida joylashadi, keyin tevarak-atrofidagi to'qima yiringlab iriydi. Kasallik oraliqning kuchli og'rishi, yuqori harorat, et uvishishi, leykotsitoz va shu kabilar bilan kechadi.

Paraproktitning hamma turlarida to'g'ri ichakni barmoq yordamida qunt bilan tekshirish tavsiya etiladi.

Davosi. Kasallikning boshida, hali to'qimalar yiringlab iriy boshlamaganda, umumiy antibiotikoterapiya, kaliy permanganat solingan iliq vannachalarda o'tirish buyuriladi. Konservativ davo naf bermagan hollarda paraproktitning hamma turlarida yiringlagan joyni kesib, yiringli bo'shliqni yaxshi drenajlash talab etiladi. Yiringli soha sfinkter shikastlanishining oldini olish uchun kesilganda anal teshik tevaragi yarimoysimon kesiladi. Bemorga operatsiyadan keyin 3—4 sutkagacha defekatsiya aktini to'xtatib turish uchun opiy nastoykasi va shlaksiz parhez ovqatlar beriladi. 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.

Qorinning orqa tomoni kletchatkasining flegmonasi. Qorin orqa tomoni bo'shlig'i flegmonalari kelib chiqishiga ko'ra xilma-xildir. Bu kasallikka og'ir klinik kechish xosdir.

Etiologiyasi va petogenezi. Yallig'lanish stafilokkoklar, enterobakteriyalar, ba'zan anaerob mikroblar tufayli paydo bo'ladi. Qorin orqa tomoni kletchatkasining flegmonasi ko'richak operatsiyasidan (agar o'simta retrotsekal yoki retroperitoneal joylashgan bo'lsa) keyin, bel umurtqalari yallig'langanda, chanoq suyaklarining o'tkir osteomiyelitidan so'ng, shuningdek, o't yo'li va me'da osti bezining umumiy yiringli yallig'lanishidan keyin, jarohatlardan, hatto bachadon va uning nayining yiringli yallig'lanishidan (yiringli parametrit va boshqalardan) keyin paydo bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Qorin orqa tomoni flegmonasining dastlabki bosqichida tashxis qo'yish qiyin. Bemorlar orqa tomonida bo'layotgan qattiq og'riqdan shikoyat qiladilar, ana shu og'riq tufayli ular xilma-xil majburiy holatlarga tushadilar (bukilib yotib oladilar, oyoqlarini qorin tomonga yig'ib oladilar va hokazo). Tana haroratining balandligi, umumiy zaiflik kuzatiladi. Bel sohasida ko'pincha og'riq beradigan do'ppaygan joy ko'zga tashlanadi. Agar yiring qovurg'a bilan qorin orasidagi mushaklar bo'ylab tarqalsa, belning biriktiruvchi va to'rt boshli mushagi ta'sirlanadi, natijada og'riq belga tarqalgandek bo'lib tuyuladi (shuning uchun ham bemor oyog'ini yig'ib olishga va bilinar-bilinmas egishga majbur bo'ladi — bunday holat bel yallig'langanda kontraktura belgisi sifatida aniqlanadi).

Abssess yonboshga tushishi va uning oldingi sathida paydo bo'lishi mumkin. U chov burmasi ostidagi oldingi yonbosh sathida flyuktuatsiyali do'mboq ko'rinishida bo'ladi. Bunday holat, shuningdek, umurtqa sili bilan kasallanganda yoki chanoq suyaklarining osteomiyelitida ham yuz berishi mumkin.

Yiring qorinning orqa tomoni bo'shlig'iga, ichak oraliq'iga, shuningdek, plevra bo'shlig'iga o'tishi mumkin. Bunday hollarda bemorning umumiy ahvoli birdan yomonlashadi, leykotsitoz ko'payadi. Peritonit, ichak tutilishi yoki ichakdan qon ketishi belgilari rivojlanadi. Plevra bo'shlig'iga yiring to'planishi avj olishi mumkin.

Davosi. Yoz vaqtida jarrohlik yo'li bilan davolash zarur. Ko'p hollarda yon lyumbotomiyasi qo'llaniladi. Yiringli o'choq sinchiklab tekshiriladi, yiringli oqmalar ochilib, yiringli bo'shliq yuviladi, yiringning oqib chiqib ketishi ta'minlanadi (drenajlar qilinadi).

Ko'richak asorati sifatida paydo bo'lgan qorin orqa tomoni kletchatkasining absessi yon tomondan qiyshiq qilib yoriladi, infiltratsiyaga uchragan qorin pardasi ehtiyotkorlik bilan oldinga suriladi, yiring o'chog'i keng ko'lamda drenaj qilinadi, appendektomiya ancha keyingi muddatga (3 — 6 oydan keyingi) qoldiriladi.

QON VA LIMFA TOMIRLARINING YIRINGLI KASALLIKLARI

Limfangoit. Limfa tomirlarining yallig'lanishi. Limfangoit boshqa yallig'lanish holati (karbunkul, flegmona va hokazolar)ning ikkilamchi oqibati hisoblanadi. O'tkir limfangoit, mayda tomir (regtikulyar) va yirik tomir (trabekulyar) limfangoitiga, shuningdek yuza va chuqur limfangoitga bo'linadi. Mayda tomir limfangoitiga mayda limfa kapillyarlari, yirik tomir limfangoitida yirik limfa tomirlari yallig'lanadi. Yuza limfangoitda yallig'lanish terida joylashgan limfa tizimini, chuqur limfangoitda ichkarida joylashgan to'qimalarni egallaydi.

Klinik manzarasi. To'r-to'r limfangoitda yallig'lanish sohasi tevaragida terining aniq chegaralarsiz, sog'lom qismlarga o'tadigan katta qizarish o'chog'i paydo bo'ladi. Chuqur limfangoit, odatda, yumshoq to'qimalarning bo'rtib chiqishi bilan o'tadi. Haroratning ko'tarilishi, et uvishishi, bosh og'rishi, leykotsitoz kuzatiladi.

Davosi. Limfangoitga olib keladigan asosiy yallig'lanish o'chog'ini tugatish, osoyishta sharoit yaratish, kasallangan oyoq yoki qo'lni shina yoki longetali gips bog'lam bilan immobilizatsiya qilish, yallig'lanish sohasiga Vishnevskiy surtmasi surtilgan bog'lam qo'yish, antibiotiklar va sulfanilamidlar bilan davo qilish zarur.

Limfadenit. Limfa tugunlarining yallig'lanishi. Bu — tugunlarga birlamchi yallig'lanish o'chog'idan (furunkul, karbunkul, absess, flegmona va hokazo) mikroorganizmlar hamda ularning toksinlari tushishi natijasida paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi limfa tugunining kattalashishi va uni paypaslab ko'rilganda bezillashi aniqlanadi. Barcha yallig'lanish holati limfa tugunidan tevarakdagi kletchatkaga o'tadi. Qator hollarda limfa tuguni yiringlab iriydi va shu joyda bilqillash (yiringli suyulganish) paydo bo'ladi.

Davosi. Birlamchi yallig'lanish o'chog'ini davolash kerak. Limfadenitning boshlang'ich holatda issiq qilinadi, osoyishta sharoit yaratiladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar buyuriladi. Yiringli irish boshlanganda yiringli bo'shliq kesiladi.

Flebit va tromboflebit. Flebit deganda venaning yallig'lanish holati tushuniladi, yallig'lanish venaning tashqi devoridan ham, ichki devoridan ham boshlanishi mumkin. Flebitga vena atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishi shuningdek, venaga qilingan ba'zi bir dori moddalari (gipertonik eritmalar, antibiotiklar, kalsiy xlor va hokazolar) yuborish sabab bo'ladi. Venaning yallig'lanish ta'sirida uning bo'shlig'ida qon iviydi (tromb), bu tromboflebitga olib keladi. Flebitlar va tromboflebitlar qaysi vena yallig'lanishiga ko'ra yuza va chuqur bo'ladi. Ular to'qimalarning yiringlanishi bilan o'tishi mumkin.

Klinik manzarasi. Yuza venalar yallig'langanda ularning ustidagi teri qizaradi, yumshoq to'qimalar infiltratsiyaga uchraydi, mahalliy og'riq reaksiyasi ko'riladi. Tromboflebitda tomirning ayrim qismlari zichlashgan bo'ladi. Chuqur venalar shikastlanganda bemorning oyog'i shishadi. Mahalliy klinik alomatlar bilan birga haroratning yuqoriligi, et uvishishi, leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi qayd qilinadi.

Davosi. O'rinda qimirlamay yotish zarur. Oyoqlar baland qilib qo'yiladi. Antibiotiklar, antikoagulyantlar (geparin, neodikuramin, pelental va boshqalar) buyurib, har kuni protrombin indeksini albatta nazorat qilib turiladi. Oyoqqa Vishnevskiy surtmasi surtilgan kompress yoki heparin surtmasi surtilgan bog'lam qo'yiladi.

Kasallikning o'tkir davrida uqalash muolajasi qo'llaniladi, chunki tromb uzilib ketib, o'pka tomirlariga tiqilib qolishi mumkin.

SUYAKLAR, BO'G'IMLAR VA PAYLARNING YIRINGLI KASALLIKLARI

Periostit. Suyak ustki pardasining yallig'lanishi alohida kasallik hoida ham uchrashi mumkin, lekin ko'pincha u suyak hamma qatlamining umumiy shikastlanishi (mas. bosh suyagining yallig'lanishi) uning tarkibiy qismi bo'ladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Periostit suyak ustki pardasiga boshqa to'qimalardan gematogen yoki kontakt yo'li bilan tushgan yiringlatuvchi infeksiya tufayli paydo bo'ladi. Suyak ustki pardasining yallig'lanishi travma natijasida (aseptik periostit) avj olishi mumkin. Periostit spetsifik infeksiya orqali (zaxm, sil), ayniqsa, kasallikning yiringli turlari mavjudligida kamdan-kam hollarda paydo bo'ladi.

Klinikasi. O'tkir periostitda og'riq, haroratning ko'tarilishi va mahalliy to'qima shishi paydo bo'ladi. Ko'pincha periostit ikkilamchi xususiyatga ega bo'ladi. Bosh suyagining yiringli yallig'lanishida ko'pincha suyak ustki pardasining yiringli infiltratsiyasi, suyak ustki pardasi osti abscesslari avj oladi. Yiring yorilguncha harorat ko'tarilishi, et uvishishi, qonda leykotsitoz borligi aniqlanadi.

Surunkali periostit kam uchraydi. Yalig'lanishning bu turida suyak usti notekis, g'adir-budur ekanligi paypaslab ko'rilganda bilinadi.

O'tkir periostitni bosh suyagining yiringli yallig'lanishidan, yumshoq to'qmalar flegmonasidan, saramas, suyak sili va suyak sarkomasidan farqlash lozim.

Davosi. Kasallangan joyni tinch qo'yish, qo'l yoki oyoqni qimirlamay turadigan qilib qo'yish (immobilizatsiya) buyuriladi. Mahalliy isituvchi muolajalar qo'llaniladi. Antibiotiklarni suyak ustki pardasi ostiga yuborish naf beradi. Yiringli abscess bo'lganda jarrohlik yo'li bilan davolaniladi.

Osteomiyelit. Suyak ko'migining yallig'lanishi. Qo'zg'atuvchilari: stafilakokk, streptokokk va boshqa mikroorganizmlardir. Infeksiya ko'mikka biror yallig'lanish o'chog'idan gematogen yo'l bilan (gematogen yoki birlamchi osteomiyelit) yoki jarohatlanishda yiringli jarohat sohasidan (travmatik yoki ikkilamchi osteomiyelit) o'tishi mumkin.

Gematogen osteomiyelit katta boldir suyagi, son suyagining pastki uchidan bir qismi va yelka suyagidan ko'proq uchraydi.

Ko'mik kanaliga tushadigan infeksiya ko'mikni o'tkir yallig'lantiradi, keyin u yiringlab iriydi. Ko'mik kanalidagi yiring Gaveris kanallaridan suyak orqali o'tib, suyak usti pardasi ostida to'planadi. Ayni vaqtda suyak moddasi zararlanadi, suyak tomirlariga tromb tiqiladi, bu suyak to'qimalarining nekroziga sabab bo'ladi. Suyakning yiringli-nekrotik qismi (sekvestr) sog'lom qismidan granulyatsion to'siq bilan chegaralanadi, bu — sekvestrni o'rab turgan bo'shliq (sekvestr qutisi) hosil bo'lishiga olib keladi. Suyak usti pardasi zararlangan taqdirda yiringli suyuqlik atrofidagi to'qimalarga tarqalib, osteomiyelit flegmonasini hosil qiladi. Yiringli joy o'z-o'zidan yorilishi mumkin va yiringli oqmalar paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. O'tkir gematogen osteomiyelitda holsizlik, oyoq-qo'llarning qaqshab og'rishi, mushaklarda og'riq, bosh og'rig'i qayd qilinadi. So'ngra qattiq et junjikish paydo bo'lib, tana harorati

39°C gacha va bundan ham yuqoriga ko'tariladi, bemorning darmoni quriydi, lohas bo'ladi, ba'zan qusadi. Umumiy ahvoli og'irlashadi, es-hushi yo'qolib turadi, alahlash paydo bo'ladi, miya pardalarining ta'sirlanish belgilari paydo bo'ladi. Yuzi oqarib ketadi, ko'zlari kirtayib qoladi, lablari ko'kimtir tusga kiradi, terisi quruq, sarg'ish rangga kiradi, tarangligi pasayadi. Arterial bosimi pasayadi. Nafasi tezlashgan, yuzaki bo'ladi. Jigar va talog'i kattalashgan, og'riqli. Siydikda — oqsil, silindrlar, qonda — leykotsitoz, neytrofilyoz qayd qilinadi, eozinofillar va monotsitlar pasaygan, anemiya oshadi. Normal oyoq-qo'lda qattiq og'riq paydo bo'lib, harakat qilganda u kuchayadi. 3—4 kunga kelib, kasallanish sohasida yumshoq to'qimalarning og'riqli shishi, terining o'rtacha qizil tusga kirishi, bir oz shishishi, haroratning mahalliy ko'tarilishi kuzatiladi, flyuktuatsiya paydo bo'ladi. Rengenologik o'zgarishlar o'rta hisobda 10 kun o'tgach qayd qilinadi va qalin tortgan suyak usti pardasining ko'chishi bilan xarakterlanadi.

Surunkali osteomiyelit o'tkir osteomiyelitning oqibatida vujutga keladi. U yallig'lanish holatining vaqti-vaqtida qo'zib turishida namoyon bo'ladi. Bu — haroratning ko'tarilishi, yiringlanish o'chog'ida og'riqning davom qilishi, to'qimalarning bo'rtishi, terining qizarishi, oqmalar hosil bo'lib, ulardan yiring va sekvestrlar chiqib turishi bilan o'tadi. Rentgenologik tekshiruvda suyakning destruksiyaga uchraganligi, sekvestral quti, sekvestlar borligi, suyakning qalinlashganligi va shaklining o'zgariganligi aniqlanadi. O'tkir osteomiyelitdan keyin rivojlangan surunkali osteomiyelit ikkilamchi surunkali osteomiyelit deb yuritiladi. Bundan tashqari, yallig'lanish holatining kechishi eng boshidan surunkali tus oladigan birlamchi surunkali osteomiyelit bilan ham kuzatiladi. Osteomiyelitning bu turiga Brodi absessi (biriktiruvchi to'qima bilan qoplangan, odatda, suyakning epifiz qismida joylashgan chegaralangan bo'shliq) deyiladi.

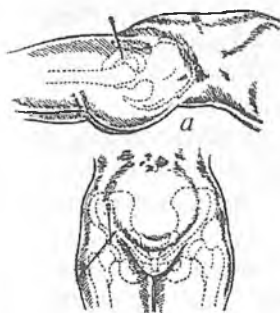
Davosi. O'tkir osteomiyelitda antibiotiklar (ba'zan ularning suyakning yallig'langan sohasiga suyak ichiga yuboriladi), dezintoksikatsion terapiya buyuriladi. Yiringlanish hosil bo'lganda uni ochishadi. Ko'mik kanalida yiring bo'lganda suyak teshilib yiring oqiziladi. Surunkali osteomiyelitda operatsiya qilib davolanadi: sekvestral bo'shliq ochiladi, sekvestr chiqariladi, bo'shliq granulyatsiyalardan tozalanadi. Jarohatni yaxshilab tikiladi, so'ngra sekvestral bo'shliqdagi suyuqlikni chiqarib olib, o'niga antibiotiklar yuboriladi. Ba'zan bo'shliqni biologik plomba — mushak bilan to'ldiriladi.

Yiringli artrit. Bo'g'imlarning yallig'lanish kasalliklari (arthritis) turli xil sabablar bilan kelib chiqishi mumkin (distrofik, endokrinologik, anafilaktik, travmatik va h.k.). Ko'proq bo'g'imlarning infeksiya tushishi bilan yallig'lanishi kuzatiladi, o'tkir yiringli artritlar ham shunday yallig'lanishlar jumlasidandir.

Yiringli artritga ko'proq stafilakokk, kamroq streptokokk va pnevmokokk, enterbakteriyalar sabab bo'ladi. Infeksiya bo'g'im bo'shlig'iga yonginasida bo'lgan yiringli o'choqdan (osteomiyelit, teri osti flegmonasi yuz berganda) to'g'ri o'tishi mumkin; sepsis yoki o'tkir tromboflebit holatlarida esa u bo'g'im bo'shlig'iga gematogen yo'l bilan tushadi. Kamdan-kam hollarda bo'g'imlarning o'tkir yallig'lanish kasalliklariga spetsifik infeksiyalar (gonokokk, ich terlama tayoqchasi) sabab bo'lishi mumkin.

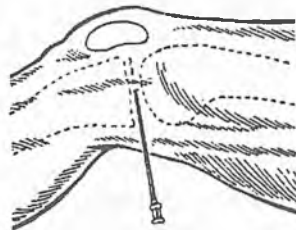
Klinikasi. Yiringli artrit og'ir o'tadi. Ko'proq unga tizza (gonit), chanoq suyagi bilan son suyagini tutashtiruvchi (koksit), yelka va boldir suyagi bilan tovon suyagini biriktiruvchi bo'g'imlarda uchraydi. Bemor harakatlari birdan cheklanib, og'riqdan noliydi. Kasallangan oyoq yoki qo'l yarim bukilgan bo'ladi, mazkur bo'g'im hajmi kattalashgan, terisi tarang tortilib, sillig'lashgan bo'ladi, shish yaqqol sezilib turadi. Kasallangan sohada mahalliy harorat ko'tariladi, ba'zan flyuktuatsiya borligi aniqlanadi. Agar kasallik qo'zg'atuvchisining virulentligi o'rtacha bo'lsa, ekssudat shimilib ketishi va sog'ayish boshlanishi mumkin. Ko'pincha yallig'lanish rivojlanib boradi, yiring bo'g'im kapsulasini yorib chiqqan hollarda esa, bo'g'im atrofi flegmonasi paydo bo'ladi. Bo'g'imning boylam apparati va tog'ay to'qimasi yemirilganda, bo'g'imda patologik harakatchanlik hamda bo'g'im suyaklari sathi qotib qolishi (krepitatsiya) paydo bo'ladi. Bunday asoratlar bo'g'im harakati cheklanishi va ankiloz yuz berishi bilan birga kechadi. Kamdan-kam hollarda yallig'lanish jarayoni umumiy yiring infeksiyasi bilan murakkablashadi. Suyakning bo'g'imdan yarmi yoki to'laligicha chiqib qolishi, deformatsiyalangan artrozlar bo'g'imlarning ankilozlari — yiringli artritlari yuzaga keladi.

Bo'g'imlarning yiringli yallig'lanishini teri osti kletchatkasi absssidan, teri osti flegmonasidan, o'tkir osteomiyelitdan, bo'g'im xaltasi shilliq pardasining yallig'lanishidan, suyak sili-dan, suyak sarkomasidan, shuningdek, revmatik, yuqumli va posttravmatik artritdan farqlash lozim.



b

80-rasm



81-rasm.



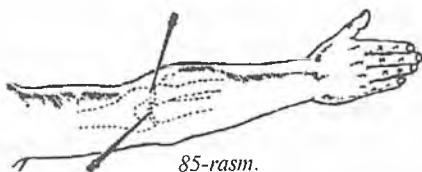
82-rasm.



83-rasm.



84-rasm.



85-rasm.

Davosi. Eng avvalo kasallangan qo'l yoki oyoqni immobilizatsiya qilish zarur. Issiq muolajalar, og'riq qoldiradigan moddalar qo'llaniladi. Bo'g'im punksiyasi va uning bo'shlig'iga antibiotiklar yuborish katta ahamiyatga ega. Bo'g'im sinovial tuzilmalarining seroz yallig'lanishi ro'y bergan hollarda bemorning sog'ayib ketishiga erishish mumkin. Punksiya ketma-ket bir necha kun davomida takrorlanadi. (80, 81, 82, 83, 84, 85-rasmlar)

Bemorning ahvoli og'irlashgan hamda yiringli artrit avj olganda bo'g'im bo'shlig'i ochiladi: keng kesishlar qilinib, bo'g'im bo'shlig'i antiseptik eritmalar va antibiotiklar bilan tozalanadi; ikki bo'shliqli polixlorvinil naychalar yordamida drenaj qilinadi.

Harakat cheklanishining oldini olish maqsadida o'tkir og'riqli davr tugashi bilanoq, funksional davolashni; davolash gimnastikasini, uqalash, balchiqli, suvli va boshqa fizioterapevtik muolajalarni boshlash lozim.

Yiringli bursit. Bo'g'im xaltasi shilliq pardasining yallig'lanishi (bursitis) nafaqat xaltaning shilliq pardasida, balki amputatsion cho'ltoq (kulya) o'yiqlarida ham kuzatiladi. Yallig'lanish ko'proq pardalar va tirsak xaltalarida, kamroq qo'litiq, kurak, qovurg'a bilan qorin orasidagi, deltasimon bo'g'im xaltasida paydo bo'ladi.

Infeksiya bo'g'im xaltasi shilliq pardasiga to'g'ridan-to'g'ri (yaralardan, shilingan joylardan) va gemotogen (gripp yoki anginadan so'ng) yo'l bilan, shuningdek, yaqin atrofdagi yiring o'chog'ida kechayotgan jarayon orqasida o'tadi. Kamdan-kam hollarda spetsifik "sil yoki so'zak" bursitlar kuzatiladi. Uzoq vaqt davom etuvchi travmatizatsiya tufayli kelib chiqadigan (masalan, naqqoshlarda, kon qazuvchilarda, asfalt yotqizuvchilarda) kasb bilan bog'liq xronik bursitlar xarakterlidir.

Klinikasi. O'tkir bursitga uning tez kechishi, og'riq, haroratning balandligi xosdir. Bo'g'im xaltasi shishganligi, uning usti qizarganligi ba'zan esa flyuktuatsiya aniqlanadi. Agar shilliq pardali xalta bo'g'im bo'shlig'i bilan tutashsa, masalan tizza bo'g'imida yallig'lanish jarayoni bo'g'im xaltasiga o'tishi mumkin. Yiringlash ko'proq bo'g'im tashqarisida aniqlanadi, ahyon-ahyonda teri perforatsiyasi yuz beradi, bitmaydigan oqma yaralar paydo bo'ladi.

Surunkali bursitda ham bo'g'im xaltasi shishganligi va o'rtacha mahalliy og'riq kuzatiladi. Yallig'lanishning ayrim hollarida xalta sezilarli ravishda kattalashadi. Xalta devorlari qalinlashadi, u seroz eksudat bilan to'ladi, eksudat tarkibida esa ko'pgina fibrin bo'ladi. Fibrinning quyuqlashishi guruch donasiga o'xshash va "bo'g'im sichqonlari" deb ataluvchi yot jismlarning paydo bo'lishiga olib keladi, ularning mavjudligi esa vaqti-vaqti bilan kasallangan qo'l yoki oyoq funksiyasini buzib turadi.

Bursitni artritdan, osteomiyelitda, teri osti abscessidan va flegmonadan farq qilish lozim.

Davosi. O'tkir bursit avj olganda dastlab kasallangan qo'l yoki oyoqni tinch saqlash, immobilizatsiya qilish hamda issiq muolajalarni qo'llash zarur. Shilliq pardali xalta bir necha marta punksiya qilinadi, ekssudat chiqarib tashlanadi va bo'shliqqa antibiotiklar yuboriladi, shundan so'ng esa qisuvchi bog'lov bilan bog'lanadi. Yiringli bursitlarda yiring o'chog'i yoriladi. Surunkali hollarda radikal operatsiya—shilliq pardali xalta ekstirpatsiyasi o'tkaziladi.

Xondrit. Tog'ay to'qimasining yallig'lanishi (chindritis) ko'pincha suyak ustki pardasi va o'rab turgan to'qimalarning yallig'lanishi bilan kechadi.

Xondrit odatda travmalar, yuqumli kasalliklar (gripp, ich terlama, qizilcha — skarlatina, saramas) oqibati sifatida paydo bo'ladi. Xondritning rivojlanishida mikrobo emboliyasi katta rol o'ynaydi; u tog'ay to'qimasi va uning tevarigidagi sohalarining shundoq ham zaif rivojlangan qon tarmoqlariga tiqin bo'lib oladi.

Klinikasi. Xondrit ko'proq yoshlarda V—VIII qovurg'alarining oldingi yuzasidagi tog'ay qismida rivojlanadi, tomoq tog'ayida esa kamroq yuzaga keladi. Kasallik asta-sekin boshlanadi. Dastlab og'riq paydo bo'ladi, kuchsiz isitma chiqadi. Taxminan bir hafta mobaynida infiltrat yuzaga keladi, keyinchalik flyuktuatsiya paydo bo'ladi, teri qizaradi, ko'pincha yiring tashqariga yorib chiqadi. Bitmaydigan oqma yara avj oladi. Kamdan-kam hollardagina absess plevra bo'shlig'iga o'tishi va yiringli plevrit hosil qilishi mumkin.

Xondritni teri osti flegmonasi va absessidan, osteomiyelitdan, aktinomikozdan, shuningdek, qovurg'alarining xavfli va xavfsiz o'smalaridan farq qilishi lozim.

Davosi. Dastlabki bosqichidagi antibiotiklar va issiq muolajalar qo'llaniladi, infiltratga yodli preparatlar yuboriladi. Oqma yaralarini oddiy qirib tozalash odatda unchalik naf bermaydi. Shikastlangan tog'ayni tog'ay usti bilan birga butun uzunasi bo'ylab rezeksiya qilish ya'ni kesib tashlanadi.

Panaritsiy (hasmol). Barmoqlarning yiringli yallig'lanishi. Infeksiya (stafilokokk, streptokokk, aralash flora)ning kirish yo'li yoriqlari, tiralish, zirapchadan, shu kabilar sabab bo'ladi. Yallig'lanishning joylashishiga va kasallikning bosqichiga ko'ra panaritsiyaning quyidagi turlari bo'ladi:

1. teri;
2. teri osti;
3. suyak;
4. bo'g'im;

5. pay (tendovaginit);
6. paronixiya (yallig‘lanishga tirnoq milki qo‘shiladi);
7. tirnoq osti panaritsiyi;
8. pandaktilit (barmoqning hamma to‘qimalari yallig‘lanadi).

Klinikasi panaritsiyning turiga bog‘liq. Teri turida joyli giperemiya sohasi og‘riq, terining sal shishishi kuzatiladi.

Teri osti turida barmoq shish hisobiga birmuncha kattalashgan, unda harakatlar cheklangan, qattiq lo‘qillovchi og‘riq bo‘ladi, og‘riq sababli bemorlar kechalari uxlay olmaydi. Haroratning ko‘tarilishi, leykotsitoz qayd qilinadi.

Panaritsiyning suyak turida kasallikning ilk bosqichida klinikasi teri osti turidagi kabi bo‘ladi. Keyinchalik yallig‘langan barmoq kolbasimon shaklda kattalashadi. Rentgenologik tekshiruvda suyakda destruktiv o‘zgarishlar ko‘rinadi.

Bo‘g‘im turida bo‘g‘im duksimon shaklga kiradi, teri qizarishi paydo bo‘ladi. Boylam apparati yallig‘langanda patologik harakatchanlik vujudga keladi.

Pay turida barmoq shishgan, yarim bukilgan, pay yo‘li bo‘ylab kuchli og‘riq qayd qilinadi (tugmachasimon zond bilan tekshiriladi). Barmoqni yozishga urinilganda og‘riq kuchayadi.

Paronixiyada tirnoq milki shishgan, qizargan, og‘riydigan bo‘ladi. Kechikkan bosqichida barmoq milkini bosilganda uning ostidan yiring chiqadi.

Tirnoq osti panaritsiyda tirnoq falangasi sohasida qattiq og‘riq bo‘ladi, tirnoq tagida yiringli suyuqlik ko‘rinadi.

Pandaktilitda butun barmoq yiringli yallig‘lanadi, yiringli oqmalar paydo bo‘ladi, barmoq shakli o‘zgaradi, u kattalashadi, shishadi, terisi qalinlashadi va zichlashadi, barmoqda harakatlar bo‘lmaydi.

Profilaktikasi va davosi. Kichik shikastlar va ularni davolashga jiddiy ahamiyat berish zarur. Teridagi jarohatlarni o‘z vaqtida davolash lozim.

Davosi. Teri turida halok bo‘lgan epidermis sohasi kesiladi. Ba‘zan bunda teri osti kletchatkasiga ochilgan oqma yo‘l topiladi. Bunday hollarda davoni teri osti panaritsiydagi kabi olib boriladi. Epidermiya olib tashlangandan so‘ng surtma bog‘lam qo‘yiladi.

Panaritsiyning teri osti turida Lukashevich—Oberst usulida anesteziya qilinadi, terini yallig‘lanish o‘chog‘i orqali uzunasiga

kesiladi, nekrotik to'qimalar olib tashlanadi, rezina drenaj qo'yilib, gipertoniya eritmali bog'lam qo'yiladi. Ba'zan nekrotik to'qimalar chiqarilgandan so'ng yopiq chok solinadi.

Panaritsiyning suyak, bo'g'im va pay turlarida Lukashevich usulida anesteziya qilingandan so'ng barmoqning yon yuzalari bo'ylab ikkita kesma — Klyapp kesmalar qilinadi. Nekrotik to'qimalar olib tashlangandan so'ng bu kesmalar biriktiriladi va keyin yiringli yaralardagi kabi davolanadi.

Paronixiyada dastlabki kunlari kaliy permaganatli vannachalar, spirtli kompreslar, yod surtish tatbiq qilinadi. Bu yaxshi natija bermaganda tirnoq milkini tirnoq plastinkasi bo'ylab boshidan oxirigacha yuza qilib kesiladi va tirnoq olib tashlanadi.

Davo kor qilmaydigan pandaktilitda ba'zan barmoqni kesib tashlanadi.

SEROZ PARDALARNING YIRINGLI KASALLIKLARI

Plevra empiyemasi. Seroz plevrit zaminida yoki o'pka abscessining plevra bo'shlig'ida yorilishidan so'ng paydo bo'lishi mumkin. Plevra empiyemasi ko'krak qafasining teshib kiradigan jarohatlarida va infeksiya tushganda ham vujudga kelishi mumkin. Yiringli suyuqlik plevra bo'shlig'ini batamom egallashi (total empiyema) yoki plevraning chegarallangan qismiga o'tishi mumkin.

Klinik manzarasi. Kasallik kuchli intoksikatsiya zaminida haroratning 39—40°C gacha ko'tarilishi bilan og'ir o'tishi mumkin. Kasallangan tomondagi yonoqlar tiniq qizil tusga kiradi. Qovurg'alararo bo'shliqlar kengayadi. Palpatsiya qilinganda ular og'riydi. Perkutor va rentgenologik tekshiruvdagi manzara seroz plevritdagi singaridir. Plevra bo'shlig'ida havo bo'lganda suyuqlikning gorizontal sathi ko'riladi. Plevra bo'shlig'i punksiya qilinganda yiring olinadi. (86-rasm)

Davosi. Agar punksiya usul ijobiy natijalar bermasa, plevra bo'shlig'i drenaj qilinadi.

O'pka absessi. O'pka absessi deganda o'pka to'qimasining yiringli irishi tushuniladi. Shikast oqibatida o'pka to'qimasiga qon quyilishi, yuqori nafas yo'llaridagi yot jismlar, o'pkaning yal-



86-rasm.

lig'lanib abscess hosil qilishi, infeksiyaning yiringlagan joydan boshqa sohalarga ko'chib o'tishi o'pka abscessiga sabab bo'ladi. Yakka va ko'p sonli abscesslar uchraydi.

Klinik manzarasi. Abscess boshlanayotganda bemor lohas bo'ladi eti uvishadi. Yo'tal tutadi. Harorat anchagina ko'tariladi va ko'krak qafasining tegishli sohasida og'riq qayd qilinadi. Qonda leykotsitoz va formulaning chapga surilishi kuzatiladi. Abscess bronxga yorilganda (ikkinchi fazasi) ko'p miqdorda yiring ajralib chiqadi. Kasallikning boshlang'ich davrida abscess sohasida perkutor tovushning bo'g'iqligi qayd qilinadi, u yorilganda va yiringi chiqib ketganda pastroq timpanik joy yorilgandan so'ng yallig'lanish surunkali tus olishi mumkin.

Kasallikning boshlang'ich bosqichida rentgenologik tekshiruvda aniq chegarasi bo'lmagan gomogen soyalar, abscesslar bronxga yorilganda suyuqlikning gorizontol sathi bo'lgan bo'shliq aniqlanadi.

Davosi. Birinchi galdal konservativ davol o'tkazish tavsiya etiladi: umumiy antibiotiklar va sulfanilamid terapiya, antibiotiklarni bronxial shok orqali abscess sohasiga quyish qo'llaniladi. Ikkinchi fazasida bronxoskopiyada yiringli suyuqlik tortib olinib, antibiotiklar, fermentlar quyiladi. Intoksikatsiya aniq yuzaga chiqqanda dezintoksikatsion terapiya olib boriladi: qon, plazma, qon o'rnini bosadigan suyuqliklar quyiladi. Yuqori kaloriyalil ovqatlar buyuriladi. Abscessning drenaj yo'li bo'lganda balg'amning yaxshi ajralib chiqishi uchun sharoit yaratish zarur.

Konservativ davol naf bermagan o'tkir abscesslarda hamda o'pkaning surunkali abscessida operatsiya qilib davolash — o'pka to'qimasidagi yallig'lanishning joylanishiga va holatiga ko'ra lobektomiya yoki pulmonektomiya qilish tavsiya etiladi.

O'pka gangrenasi. Gangrena o'pka abscessidan farqli ravishda o'pka to'qimasida yallig'lanish plevrani ham egallab, chegaralanmagan holda tarqalishi bilan ta'riflanadi. Gistologik tekshiruvda leykotsitar infiltratsiyasi bo'lmagan va yiringli parchalangan o'tkir nekroz manzarasi qayd qilinadi.

Klinik manzarasi. Kasallik boshlanayotganda o'pka abscessidan kam farq qiladi. Keyinchalik ko'krak qafasda kuchli og'riq paydo bo'ladi, og'izdan badbo'y hid keladi. Chiqayotgan hidning qo'llansaligidan boshqa bemorlar bu palatada tura

olmaydi. Bunday bemorni alohida joylashtirmoq zarur. Harorati juda baland bo'ladi. Balg'ami zang rang bo'lib, saqlab qo'yilganda uch qatlamga bo'linadi. Perkussiyada gangrena sohasida to'ntoq tovush, auskultativ tekshiruvda har xil turdagi nam xirillagan tovushlar aniqlanadi.

Davosi. Kuchli antibiotikoterapiya olib boriladi. Bronxoskopiya qilib, yiringli suyuqlikni tortib olish va antibiotiklarni mahalliy yuborishdan foydalanish mumkin. Oqsillar va vitaminlarga boy yuqori kaloriyali ovqatlar buyuriladi. Qon va oqsilli gidrolizatlar quyish tavsiya etiladi. Konservativ terapiya yaxshi natija bermaganda 2—3 hafta o'tgach, operatsion davo — pulmonektomiya qilinadi.

Yiringli meningit. Xirurgik (neyroxirurgik) klinikada faqat miya pardalarining yiringli yallig'lanishiga davo qilinadi.

Yiringli meningit streptokokklar, stafilokokklar yoki meningokokklar, ba'zan ichak yoki tifoz tayoqchalari tufayli kelib chiqadi. Odatda yallig'lanish infeksiya burunning qo'shimcha bo'shliqlari, bosh suyagining yumshoq qoplag'ichlari, tanglay va quloq yoni bezlaridan o'tganda ikkilamchi ravishda rivojlanadi. Yiringli meningit kamdan-kam hollarda, miya absessi ochilgandan yoki yot jism olib tashlangandan so'ng, asosiy kasallikka qo'shiladi. Infeksiya, limfa va gematogen yo'llar bilan ham ko'payadi, bunday hollarda ko'pincha sigmasimon tromboz yuzaga keladi. Yiringlatuvchi infeksiya bosh miya pardalariga to'g'ridan-to'g'ri, asosan o'q tegib paydo bo'lgan jarohat natijasida o'tadi.

Klinikasi. Og'ir ruhiy kayfiyat, seruyqulik, es og'ishi, bosh og'rishi, ko'ngil aynishi va qayd qilish bilan ifodalanuvchi og'ir intoksikatsiya bilan xarakterlanadi. Teri ta'sirchanligining yuqoriligi — gemiparesteziya va pay refleksleri kuzatiladi. Bemor oyoqlarini qorniga yig'ib yotib oladi: ensa mushaklarining qotib qolishi (rigidlik) yuz beradi, opistatonus belgilari ko'zga tashlanadi. Qonda leykotsitoz ortadi, ECHT ko'tariladi.

Orqa miya suyuqligi tahlili muhim ahamiyatga ega; u lyumbal punksiya qilingan loyqasimon bo'ladi, katta bosim ostida ajralib chiqadi (tizilib otilib chiqadi yoki ayrim tomchilar ko'rinishida chiqadi). Bosim suv ustuni hisobida 400—600 mm ga tengdir. Orqa miya suyuqligida oqsil moddasi miqdorining oshganligi kuzatiladi.

Yiringli meningitni bosh miyaning zarb yeyishidan, siqilishidan va absseksidan, qoqshol, ensefalit va sepsisdan farqlay bilish zarur.

Davosi. Ilk bosqichida antibiotikoterapiya sulfanilamid preparatlar bilan birgalikda qo'llaniladi. Lyumbal punksiya o'tkaziladi va o'z navbatida orqa miya kanaliga antibiotiklar yuboriladi. Jarrohlik yo'li bilan davo qilinganda yallig'lanishning birlamchi o'chog'i olib tashlanadi. Yiring o'chog'i (burunning qo'shimcha bo'shlig'i, bosh suyagining infeksiya tushgan jarohatlari, yiringli mastoiditlar va miya abssekslari) yorilib, drenaj qilinishi zarur.

Yiringli perikardit. Perikarditning yiringli yallig'lanishi (pericarditis purulenta) stafilakokk, enterobkaterial, sil infeksiyasi yoki aralash mikroflora sabab bo'ladi. Kasallik ko'pincha yiringli o'choqlardan gematogen yo'l bilan metastazlanib rivojlanadi. Masalan, o'tkir gematogen osteomiyelitda ana shunday hodisa bo'ladi. Kamdan-kam hollarda yiringli perikardit qo'shni to'qimalardan (yiringli plevritda, mediastinitda) infeksiya tushganda paydo bo'lishi mumkin, kasallik to'g'ridan-to'g'ri shikastlanish oqibatida ham yuzaga kelishi mumkin.

Klinikasi. Bemorning umumiy ahvoli birdaniga yomonlashadi, ko'krakda og'riq turadi, yurak tez-tez ura boshlaydi, nafas qisishi kuzatiladi. Bemor majburiy vaziyatni egallaydi, cho'kkalab yoki yarim o'tirib oladi, yohud tizza va tirsaklariga tayanib turib qoladi. Harorat, leykotsitoz va ECHTning oshishi kuzatiladi. Ko'pincha yurak zarbi sezilmaydi. Yurakning auskultativ tonlari bo'g'iq, onda-sonda perikardning ishqalanish ovozi (shovqini) eshitiladi. Rentgenologik tekshirilganda yurakning bo'shshib, qisqarishi va yurak ko'lankasi sezilarli darajada kattalashgani aniqlanadi. Yurakning hamma sohalarida EKG voltajining rosmana pasaygani kuzatiladi. Mavhum hollarda kompyuterli tomografiya yordamida kerakli ma'lumotlar olinadi.

Yiringli perikarditni o'tkir plevritdan, mediastinit, revmatik miokardit, ko'ks oralig'i shishidan, tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlaridan farq qila bilish kerak.

Davosi. Perikard bo'shlig'ini punksiya qilish muhim davolash usuli hisoblanadi. Perikardning plevradan tashqari qismida, xanjarsimon o'simta ostida punksiya qilish yo'li bilan suyuqlik olib tashlanadi va perikard bo'shlig'i yuviladi, antibiotiklar yuboriladi va yupqa polixlorvinil kateterli doimiy aspiratsiya qo'yiladi.

Bemorning umumiy ahvoli yomonlashganda operatsiya — perikadiotomiya qilinadi. U perikard bo'shlig'ini plevra ortida keng drenaj qilish bilan tugaydi. Agar fibrin ko'p bo'lsa va kuchli tortmalar rivojlanadigan bo'lsa, bu holda yopishqoq perikardit paydo bo'ladi va pansir yurak deb ataluvchi holat rivojlanadi. Bunda perikardni rezeksiya qilgan, ya'ni perikard ektomiya bajargan ma'qul.

Peritonitlar. Qorin pardasining yallig'lanishi.

Peritonitlar quyidagicha tafsiflanadi:

- I. Etiologiyasi bo'yicha: aseptik va infeksiyon.
- II. Qo'zg'atuvchining turiga ko'ra: stafilokokkli, streptokokkli, ichak tayoqchasi, aralash flora kabilar qo'zg'atadi.
- III. Yallig'lanish jarayonining tarqalganligiga ko'ra: tarqoq (diffuz), mahalliy chegaralangan yoki yopiq.
- IV. Paydo bo'lish sabablariga ko'ra: perforativ, travmatik, operatsiyadan keyingi, gematogen, kriptogen va boshqalar.

Tarqoq peritonit. Bu turda yallig'lanish erkin qorin bo'shlig'ida muayyan chegaralarsiz tarqaladi, yallig'lanishga butun qorin pardasi qo'shiladi.

Klinikasi. Peritonit ikkilamchi rivojlanganligi tufayli uning klinik manzarasi birlamchi kasallik belgilariga qo'shib ketadi. Bemorlar qorindagi og'riq, bequvvatlik, tashnalik, ko'ngil aynishidan shikoyat qiladilar. Kovak a'zolar teshilgan avvaliga "hanjar bilan urgandek" og'riq qayd qilinadi, keyinchalik og'riq bir oz pasayadi, tarqoq ogriqli belgi bo'ladi. Bemorning umumiy ko'rinishi o'ziga xos: chalqancha yoki oyoqlarini qorniga tortib yotadi, yuz qiyofasida azoblanish belgisi, ko'zlari kirtaygan ("Gippokrat qiyofasi"), terisining rangi kulrang-zaxil. Harorat avvaliga 38—39°C ga ko'tariladi, so'ngra normaga tushadi yoki bundan ham pasayadi. Haroratning pulsdan orqada qolishi xarakterli ("qaychi belgisi"). Puls kichik, tez 1 daqiqada 120—140 martagacha uradi. Arterial bosim pasaygan. Til quruq, karash qoplangan, kema-ket qusish kuzatiladi. Leykotsitoz — 15000—30.000, leykotsitar formula chapga surilgan. Qorin mushaklari taranglashgan, Shchetkin—Blyumberg belgisi musbat. Intoksikatsiya ortib boradi.

Davolash. Peritonit keltirib chiqargan sababni bartaraf qilish maqsadida zudlik bilan operatsiya qilish talab etiladi (perforativ teshikni tikish yallig'langan chuvalchangsimon o'simta yoki o't

putragini olib tashlash va hokazo). Zarurat bo'lganda yiringli suyuqlikni chiqarish uchun qorin bo'shlig'i drenaj qilinadi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar bilan davo qilinadi. Intoksikatsiyaga qarshi kurashish uchun katta miqdorda fiziologik eritma, 5% li glyukoza eritmasini vitaminlar bilan plazma, qon, gemodez, oqsilli gidrolizatlar quyiladi. Oksigenoterapiya, yurak dorilari va sedativ vositalar qo'llaniladi.

Chegaralangan peritonit. Chegaralangan peritonit deganda qorin bo'shlig'idagi joyli yallig'lanish holati tushuniladi. Chegaralangan peritonitlarga qorin bo'shlig'ining jarohatlari, me'da va o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi, o'tkir appenditsit kabilar sabab bo'ladi. Yallig'lanishning chegaralanib qolishiga charvi, ingichka ichak qovuzloqlari va shu joyning anatomik xususiyatlari imkon beradi.

Klinik manzarasi shu sohaning og'rishi, qorin mushaklari-ning taranglashishi bilan ta'riflanadi. Duglas bo'shlig'idagi absessda defekatsiya akti og'riqli bo'ladi va to'g'ri ichak devori osilib turadi (barmoq bilan tekshirishda). Harorat va leykotsitoz oshadi. Absess bo'sh qorin bo'shlig'iga yorilganda chegaralangan peritonit tarqoqli turiga o'tishi mumkin.

Davosi operatsiya. Yiring boylagan joy kesiladi. Diafragma ostidagi absessda I2-qovurg'a rezeksiya qilingandan va diafragmani kesgandan so'ng uni ko'krak devori orqali ochiladi. Plevra bo'shlig'i yiringdan infeksiyalanmasligi uchun plevra yuqoriga surib qo'yiladi yoki diafragmani pariyetal plevraga tikiladi.

Qorin bo'shlig'idagi chegaralangan peritonitlarda qorin devorini absess sohasida kesiladi. Duglas bo'shlig'i absesslarida to'g'ri ichak orqali yoki ayollarda qin orqali kesiladi. Ochilgan yiringli joy drenaj qilinadi va davolash yiringli jarohatlardagi kabi olib boriladi.

Pnevmonokkli peritonit. Pnevmonokk yoki diplokokkdan yuzaga keladigan peritonit aksariyat bolalarda qorin bo'shlig'iga pnevmonokklar jinsiy a'zolaridan (qiz bolalarda) tushadi yoki gemotogen yo'l bilan paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kasallik to'satdan ancha qattiq qorin og'rig'i, harorat ko'tarilishi bilan boshlanadi. Peritonitning boshqa turlaridan farqli o'laroq, qorin devori, odatda tarang bo'lmaydi. Keyinchalik tarqoq (siding'a) pnevmonokkli peritonit qorin bo'shlig'ining biror bo'limida chegaralanishi mumkin.

Davosi. Umumiy antibiotikoterapiya. Antibiotiklarni qorin bo'shlig'i ichiga yuborish yaxshi natija beradi.

Sil peritoniti. Birlamchi sil peritoniti g'oyat kam uchraydi. Aksariyat u ikkilamchi xarakterga ega bo'ladi va sil infeksiyasi birlamchi o'choqdan (o'pka sili, suyak-bo'g'imlar sili va hokazo) gematogen va limfogen yo'l bilan tarqalganda paydo bo'ladi. Kasallikning ilk bosqichlarida qorin pardasida ko'p sonli alohida-alohida do'mboqchalar va qorin bo'shlig'ida eksudativ suyuqlik (seroz yoki eksudativ turi) hosil bo'ladi. Keyinchalik ingichka ichak qovuzlog'i va charvi alohida konglomerat bo'lib, bir-biriga yopishib, unda kazeoz massa bilan to'lgan bo'shliqlar bo'ladi (fibroz-kazeoz tur). Kazeoz (kazeoz-o'lgan to'qimaning suzmaga o'xshash bo'lishi, u ko'pincha limfa va teri osti yog' bezlarida, o'pka silida uchraydi) massa so'rilib ketganda ingichka ichak qovuzlog'ining o'zaro yopishgan konglomerati qoladi (quruq turi yoki bitishma kasalligi turi).

Klinik manzarasi. Kasallikning ilk bosqichida qorinda xurujsimon og'riq va qorin bo'shlig'ida eksudat (yallig'lanish tufayli mayda venalar va kapillyarlardan atrofdagi bo'shliq va to'qimalari to'planadigan suyuqlik) paydo bo'ladi. Bemor ozib ketadi, ishtahasi yo'qoladi. Qabziyat ich ketishi bilan almashinadi. Boshqa a'zolarida birlamchi sil o'chog'i borligi tashchxisini aniqlashga yordam beradi. Kasallikning kechikkan bosqichlarida ko'rsatib o'tilgan manzardan tashqari qorin bo'shlig'ida ayrim og'riqli konglomeratlar qo'lga unmaydi. Oxirgi bosqichida bitishma (yopishish) kasalligi yetakchi hisoblanib, bu qorinda o'rtacha doimiy og'riq, ichaklarning dam bo'lishi, hamisha qabziyat bilan ifodalanadi.

Davosi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida silga qarshi spetsifik davoni iqlimiy davolash va kuchli ovqatlar berish bilan birga olib boriladi. Laparotomiya va ichki a'zolarini ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish davolashning ta'sirchan usullari hisoblanadi. Bitishma kasalligida ingichka ichak qovuzlog'i ajratiladi, so'ngra uni muayan tartibda tikiladi yoki shunday muayan joylashgan ichak qovuzlog'ida ichak tutqichni mahkamlanadi.

UMUMIY YIRINGLI INFEKSIYA

Sepsis

Sepsis — turli xil mikroblar va ularning toksinlari qo'zg'atadigan og'ir infeksiya kasalligidir. Uni qo'zg'atuvchi mikroblar turli xil bo'lishiga qaramay, kasallik muayan klinik manzara bilan namoyon

bo'lad. Sepsisni organizmga bakteriyalar tushishiga javoban paydo bo'ladigan birlamchi sepsis va birlamchi yallig'lanish holati (chip-qon, karbunkul, flegmona, abscesslar) sababli rivojlanadigan ikkilamchi sepsis farq qilinadi. Sepsis turlicha muddatda kechadi. Bir necha soatdan (yashin tezligida o'tadigan turi), bir necha yillargacha (surunkali turi) davom etadi. Klinik jihatdan kechishining og'ir-yengilligi:

1. Mikrobnig turiga va virulentligiga;

2. Infeksiyaning kirish o'chog'i, uning holati, zararlangan to'qimalarning hajmi, o'choqdagi qon aylanishining holati va boshqalarga;

3. Organizmning kuchiligiga, ya'ni organizm immunobiologik himoya kuchining holatiga bog'liq. Sepsisning rivojlanishi va kechishi organizmga kirgan mikroblar bilan bemor organizmi o'rtasidagi o'zaro ta'sirining g'oyatda solishtirma va murakkab holati natija hisoblanadi.

Sepsis turlari va klinik belgilarining turli-tumanligi uni tasniflashda birmuncha qiyinchiliklar tug'diradi. Sepsisning quyidagi turlari tafovut qilinadi:

1. Qo'zg'atuvchisi bo'yicha:

- 1) stafilakokkli;
- 2) streptokokkli;
- 3) pnevmokokkli;
- 4) gonokokkli;
- 5) kolibatsillyar;
- 6) aralash turlari.

2. Manbai bo'yicha:

- 1) jarohat sepsisi;
- 2) ichki a'zolar kasalliklaridagi (angina, zotiljam va boshqalar) sepsis;
- 3) operatsiyadan keyingi sepsis;
- 4) kriptogen sepsis (manbaini aniqlab bo'lmayapti).

3. Birlamchi o'choqning joylashishi bo'yicha:

- 1) ginekologik;
- 2) urologik;
- 3) otogen sepsis va hokazo.

4. Klinik kechishi bo'yicha:

- 1) yashin tezligida o'tadigan;
- 2) o'tkir;
- 3) yarim o'tkir;

- 4) qaytalanuvchi;
- 5) surunkali sepsis.

5. Klinik-anatomik jihatdan:

- 1) septitsemiya—yiringli metastazlar bermaydigan sepsis;
- 2) septikopine miya—yiringli metastazlar beradigan sepsis.

Klinik manzarasi. O'ziga xos belgilari yo'q. Qator hollarda yiringli intoksikatsiya sepsisga yaqin klinik manzarani yuzaga keltirib, tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi.

Sepsisda eng ko'p uchraydigan belgilar quyidagilar: 1) markaziy asab tizimi tomonidan yuz beradigan buzilishlar: bosh og'rig'i, salga achchiqlanish, uyqusizlik, asab tizimi ishining pasayishi; 2) organizmning umumiy ta'sirchanligi: haroratning 40°C gacha ko'tarilib, ertalab va kechqurunlari anchagina o'zgarib turishi, oriqlab ketishi; 3) yurak-tomirlar tizimi tomonidan pulsning keskin tezlashuvi, to'lishuvining kamayishi, arterial va venoz bosimning pasayishi; 4) qonda anemiyaning o'sishi, eritrotsitlar cho'kish yoki oz miqdorda bo'lgani holda leykotsitar formulaning chapga surilishi. Qator hollarda qon ekilgan bakteriyalar borligini aniqlash mumkin; 5) parenximatoz a'zolar tomonidan siydikning nisbiy zichligi anchagina pasayishi va unda oqsil hamda shaklli elementlar paydo bo'lishi bilan birga buyraklar faoliyatining buzilishi, jigar faoliyatining yomonlashishi, aksariyat sariqlik va gepatit belgilari paydo bo'lishi, taloqning kattalashishi; 6) me'da-ichak yo'llari tomonidan ishtaha yo'qligi, hadeganda bosilmaydigan septik ich ketar, ko'ngil aynishi va qusish paydo bo'ladi. Septik jarohat uchun: granulatsiyalarning yumshoqligi, aksariyat irigan xarakterdagi suyuqlikning juda kam ajralishi belgilari ko'riladi. Tomirlar trombozlari, limfangoitlar, limfadenitlar paydo bo'ladi. Sanab o'tilgan hamma belgilar barqarorligi bilan ajralib turadi.

Yashin tezligidagi sepsis jadal rivojlanib, belgilarning to'liq to'plami bir necha soat ichidayoq namoyon bo'ladi.

O'tkir sepsisda to'liq klinik manzaraning rivojlanishi uchun bir necha kun talab etiladi.

Sepsisning yarim o'tkir turida belgilar sepsis uchun xarakterli bo'ladi, biroq dastlabki ikki turdagi singari aniq bo'lmaydi. Kasallik bir necha hafta mobaynida rivojlanadi.

Surunkali sepsis sust kechadi va klinik alomatlari bilinar-bilinmas bo'lib, bir necha oyga cho'ziladi.

Qaytalanuvchi sepsisda zo'rayish davrlari so'nish davrlari bilan almashinadi.

Metastazli sepsis (septikopiyemiya) klinikasi turli to'qimalar va a'zolarida ko'p sonli yiring boylagan joylar paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi, belgilar zo'raygan holda o'tadi.

Metastazlarsiz o'tadigan sepsis (septitsemiya)ning klinik manzarasi odatda birmuncha og'ir va doimiy. Bu turida so'nish davri kuzatilmaydi va belgilar aniq namoyon bo'ladi.

Davosi umumlashgan bo'lishi va qo'zg'atuvchiga qarshi kurashga, intoksikatsiyani kamaytirishga, organizmning chidamini oshirishga, moddalar almashinuvi va ichki a'zolar faoliyatlari, shuningdek qon yaratilishini yaxshilashga qaratilishi lozim. Bemorlarga suyuqliklar (choy, vitaminli meva sharbatlari, sut) ni ko'p miqdorda ichirishi, teri ostiga yoki venaga fiziologik eritma va 5% li glyukoza eritmasidan (sutkasiga 3 l gacha) quyish tavsiya qilinadi.

Organizmning chidamini oshirish maqsadida (kichik miqdorda) takror qon quyiladi, plazma va oqsil preperatlari yuboriladi. Bemorning ovqati xilma-xil va sifatli bo'lishi kerak. Bemorlarga go'sht qiyma holida qaynatma baliq, tuxum, tvorog beriladi. Organizmni vitaminlarga to'yintirish maqsadida yangi sabzavotlar va mevalar tavsiya etiladi. Antibiotiklarni ularning sepsis keltirib chiqargan mikrofloraga sezuvchanligini hisobga olgan holda buyuriladi. Sepsis manbaini aniqlashning iloji bo'lmasa, ta'sir doirasi keng antibiotiklar buyuriladi. Belgilarga ko'ra davo olib boriladi.

Infeksiya o'chog'ini faol davolash, jumladan, yiringli cho'ntaklar va metastatik o'choqlarni o'z vaqtida ochish, yot jismlarni olib tashlash alohida ahamiyatga ega.

Bemorlarni parvarish qilishda salbiy his-xayajonlarni bartaraf etishning ahamiyati katta. Bemorxonalarining havosi toza bo'lishi kerak.

Bemorda yotoq yaralar paydo bo'lmasligi, me'da-ichak yo'llarining yaxshi yurishib turishini qunt bilan kuzatib borish zarur.

Anaerob infeksiya

Anaerob infeksiya kislorod (havo) bo'lmaganda rivojlanadigan mikroorganizmlar ta'sirida yuzaga keladi. Anaerob infeksiyaning gazli gangrena va qoqshol kabi turlari ko'p uchraydi.

Gazli gangrena (qorason)

Gazli gangrenaning qo'zg'atuvchilari *Cl. perfringens*, *Cl. oedematiens*, *Vibrio septicum* va *Cl. histolyticus*. Ko'p hollarda kasallik shu mikroblarning bir nechtasi ta'sirida vujudga keladi.

Gazli gangrenaning rivojlanishida shikastlangan va nekrotik yumshoq to'qimalarning borligi hamda qon aylanishining buzilishi katta ahamiyatga ega. Kasallik ko'pincha mushaklarga ko'p shikast yetganda ko'p ifloslangan va yirtilganda, lat yeganda, ko'r jarohatlarda paydo bo'ladi. Yashirin davr 7 kungacha davom etadi. Yashirin davri nechog'li qisqa bo'lsa, odatda kasallik shu qadar og'ir o'tadi.

Anaerob infeksiya spetsifik yallig'lanish ta'sirisiz o'tadi va to'qimalarning irishi, shish paydo bo'lishi va to'qimalarda mikroblar ajratadigan toksinlar ta'sirida gaz hosil bo'lishi bilan ta'sirlanadi.

Potologoanotomik o'zgarishlar va klinik kechishi bo'yicha gazli gangrenaning quyidagi turlari farq qilinadi.

1. shish turi (to'qimalarning qattiq shishishi va intoksikatsiya hodisalari bilan o'tadi).

2. emfizematoz turi (qattiq shish bilan birga ko'p miqdorda gazlar ham hosil bo'ladi).

3. flegmonoz turi (klinik jihatdan oldingilardan yengilroq o'tadi va juda xatarli kechadi).

4. nekrotik turi (to'qimalarda nekroz ustunlik qiladi).

Umumiy klinik manzarasi markaziy asab tizimining qo'zg'alishi yoki tormozlanishi bilan xarakterlanadi. Bemor odatda es-hushini yo'qotmaydi-uxlamaydi, harorati 39-40° C gacha ko'tariladi, tomiri 1 daqiqada 120-160 martagacha uradi. Yurak faoliyati susayib ketadi. Arterial bosimi 80-90 sm simob ustunigacha pasayadi. Nafas ko'pincha yuza bo'ladi. Leykotsitlar, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi ko'riladi, eritrotsitlar soni va gemoglobin kamayadi.

Jarohatda juda kuchli og'riq paydo bo'ladi, yumshoq to'qimalar shishib ketadi. Teri avvaliga rangsizlanadi (teri ostidagi venalar yaxshi ko'rinadi), keyin qo'ng'ir, qizil va ko'k dog'lar bilan qoplanadi, to'qimalarni paypaslaganda qo'lga sovuq unnaydi. To'qimani barmoq bilan bosilganda jarohatdan gaz pufakchalari ajralib chiqadi. Mushaklar qaynatilgan go'shtga o'xshaydi, so'ngra ko'kish tusga kirib, qoramtir bo'lib qoladi. Teri paypaslanganda krepitatsiya aniqlanadi.

Profilaktikasi. Qon aylanishi yaxshi bo'lgan to'qimalarda anaerob infeksiya kamdan-kam rivojlanadi, shuning uchun bog'lamlar qo'yishda qon aylanishini buzmaslik zarur, yaxshi immobilizatsiya qilish kerak. Jarohatni o'z vaqtida va to'g'ri xirurgik tozalash eng yaxshi profilaktik chora hisoblanadi. Katta majaqlangan va ifloslangan jarohatlarda gangrenaga qarshi zardoblarni profilaktik dozalarda kiritish zarur.

Gangrenaga qarshi zardobning profilaktik dozasi 30.000 AY ni tashkil qiladi (antiperfringens, antiadematiyens va antiseptikum zardoblardan 10.000 AY dan). Zardobni yuborishdan oldin Bezredko (bezredka usuli—anafilaktoid reaksiyasining oldini olish maqsadida organizmga 0,1—0,5ml zardobni bo'lib-bo'lib yuborish usuli.) usulida 1:100 nisbatda suyultirilgan zardobga sezuvchanlikni aniqlash uchun sinama qilinadi.

Davosi. Rivojlanib borayotgan gazli gangrenada yumshoq to'qimalarni ichkarisigacha uzunasiga suyakka qadar kesiladi, vodorod peroksidli bog'lamlar qo'yiladi (kislorod ajralib chiqishi), jarohat yuzasi — aeratsiya qilinadi. Venaga tomchilatib gangrenaga qarshi zardob quyiladi (150.000—200.000 AY dan bir necha kungacha).

Davo maqsadida zardobni venaga juda sekin, iliq izotonik eritma bilan tomchilatib quyiladi (100-400 ml izotonik eritmaga 100 ml zardob). Dastlab 1 ml quyiladi, reaksiya bermasa 5 daqiqa o'tgach dozaning hammasini minutiga 1 ml (25 tomchi) hisobidan quyiladi.

Bemorga 3—4 l gacha suyuqlik yuboriladi, qon quyiladi, yurakni quvvatlovchi dorilar, antibiotiklar beriladi. Gazli infeksiya bilan kasallangan bemorlar doimiy kuzatuvga va diqqat bilan parvarish qilishiga muhtoj bo'ladilar.

Kasalxona ichida infeksiya yuqishining oldini olish maqsadida bemorlarni boshqalardan ajratib, alohida xonalarga yotqiziladi, ishlatigan bog'lov materiallari yoqiladi, asboblari bo'lib-bo'lib 2 marta qaynatiladi. Gazli infeksiya xususida operatsiyalar o'tkazilgan operatsion xonalar albatta ikki marta boshdan oyoq yig'ishtirib tozalanadi.

Qoqshol (stolbnyak)

Kasallikni qoqshol tayoqchasi (*Bac. titani*) ajratadigan toksinlar 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 va organizmning himoya kuchlari susayishi qoqshol rivojlanishi uchun qulay sharoit hisoblanadi. Qoqshol toksini asab tizimiga ta'sir qiladi. Yashirin davri o'rta hisobda 7—10 kun, lekin 1,5 oygacha cho'zilishi mumkin.

Klinikasi. Avvaliga chaynov mushaklari tortishib qisqaradi, shunga ko'ra bemorlar og'zini ocha olmaydi (triem) so'ngra yuzning mimika mushaklari tortishib, qisqaradi, bu yuzga azob chekilayotganday qiyofani beradi ("sardonik tabassum"). Keyinchalik tortishib qisqarish tana, oyoq-qo'l mushaklariga o'tadi, natijada bemorning gavda 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'sirotlar (yorug'lik, shovqin, og'riq va hokazo) sababli vujudga keladi. Xarorat 40°C va bundan yuqori bo'ladi, tomir urishi va nafas olish tezlashadi. Bemor bo'g'ilish va yurak mushagining falajlanishi natijasida o'lib qoladi.

Profilaktikasi. Sog'liqni saqlash vazirligining 459-sonli buyrug'iga binoan bolalar va katta yoshdagi kishilarda shoshilinch spetsifik profilaktika quyidagi hollarda o'tkaziladi.

1. teri qoplamlari va shilliq pardalarning butunligi buzilgan har qanday shikastlanishlarda

2. II va III darajali kuyish va sovuq olishlarda
3. tibbiy yordamsiz uyda tuqqan ayollarda
4. kasalxonadan tashqari qilingan abortlarda
5. me'da-ichak yo'llaridagi operatsiyalarda
6. hayvonlar tishlaganda.

a) Ilgari emlangan bolalar va katta yoshdagi kishilarda qoqsholning shoshilinch profilaktikasi. Qoqsholga qarshi ilgari emlangan kishilarga shikastlanishning og'ir-yengilligidan qat'iy nazar faqat 0,5 ml tozalangan AS (qoqshol anatoksini) anatoksini (qoqsholga qarshi zardob yubormaslik kerak) yuboriladi. Qoqsholga qarshi birinchi revaksinatsiyadan (biror yuqumli xastalikka (masalan, bo'g'ma, sil) qarshi yo'qotilgan immunitetni tiklash maqsadida takror emlash) keyin olti oydan ko'p vaqt o'tmagan ikkinchi revaksinatsiyadan keyin esa bir yildan ko'p vaqt o'tmagan bo'lsa, shikastlanishlarda qoqsholga anatoksin yubormaslik kerak.

b) Emlangan bolalarda va katta yoshdagi odamlarda qoqsholning shoshilinch profilaktikasi. Bunday hollarda 1 ml tozalangan adsorbilangan qoqsholga qarshi anatoksin yuboriladi va so'ngra, teri ostiga sinamasi o'tkazilgandan keyin boshqa shpris bilan tananing boshqa qismiga tozalangan qoqsholga qarshi zardob 3.000 MY dozada yuboriladi. Qoqsholga qarshi shunday faol-nofaol profilaktika o'tkazilgandan keyin 30—40 kun o'tgach, emlashni davom ettirish va 0,5 ml AS anatoksini inyeksiya qilish so'ngra esa barqaror immunitet vujudga keltirish uchun AS ning xuddi shunday miqdorda (0,5 ml) 9—12 oy qayta emlash zarur.

Ot oqsigila sezuvchanlikni aniqlash uchun (Bezredko usulida sinama qo'yiladi). Avvalo bemorga 1:100 nisatda suyultirilgan zardob bilan teri orasiga sinama qo'yiladi. Inyeksiya bilakning bukiladigan yuzasiga qilinadi, teri orasiga 0,1 ml suyultirilgan zardob kiritib 20 daqiqa mobaynida kuzatiladi. Papula diametri 0,9 s dan oshmay, chegaralangan qizarish bo'lsa, sinama manfiy hisoblanadi. Teri orasi sinamasi manfiy bo'lganda suyultirilmagan qoqsholga qarshi zardobni teri ostiga 0,1 ml miqdorda yuboriladi (3.000MY). Musbat reaksiya aniqlangan hollarda qoqsholga qarshi zardob qo'llanilmaydi, balki qoqshol anatoksini bilan (1 ml) faol emlaniladi.

Zardob yuborish ba'zan turli reaksiyalar bilan o'tadi. Bu reaksiyalar uch turda bo'ladi, zardob yuborilgan zahoti yuz beradigan reaksiya, barvaqt reaksiya (4 — 6 kuni) kechikib yuz beradigan reaksiya (2 hafta va bundan ortiq ko'proq vaqt o'tgach). Reaksiya harorat ko'tarilishi, et uvishishi, mushaklarning tortishib qisqarishi, turli xil toshmalar toshishi va yurak-tomirlar faoliyatining buzilishida 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 glyukoza eritmasi quyish tavsiya etiladi. Gormonal preparatlar (prednizalon, kortizon, gidrokortizon) yurak dorilari va boshqalar yuboriladi.

Davosi. Rivojlanayotgan qoqsholga maxsus davo choralari yo'q, chunki asab tizimi bilan bog'langan toksinlarni neytrallab bo'lmaydi. Qonda aylanib yurgan xali bog'lanib ulgurmagan toksinlarni neytralizatsiyalash uchun qoqsholga qarshi zardoblarning davo dozalari qo'llaniladi (100.000—150.000 AY).

Bundan tashqari, 2—3 kun oralatib, 1—2 ml dozada qoqshol anatoksini buyuriladi. Bemorni tinchlantirish uchun xloralgidratli huqnalar (30 ml 3% li xlorilgidrat eritmasi) qilinadi, uxlatuvchi

dorilar neyroplegiklar (1—4 ml 2,5% li aminazin eritmasini sutkasiga 4—5 marta) yuboriladi. Organizm suvsizlanishining oldini olish uchun to'g'ri ichak orqali tomchilatib suyuqlik yuboriladi. Bemorni qorong'ilantirilgan iliq xonaga yotqiziladi, unda osoyishtalik saqlanadi. Og'ir hollarda traxeostomiya qilinadi, miorelaksantlar buyuriladi va boshqariladigan nafas olishga o'tiladi.

KUYDIRGI

Etiologiyasi va potogenezi. Kuydirgi bilan odatda qo'ylar va qoramol zararlanadi. Infeksiya shunday kasallikka uchragan hayvonlarning terisidan, yungidan, go'shtidan kishilarga yuqadi. Shu sababli, kuydirgidan nobud bo'lgan hayvonlar zararsizlantiriladi va yo'q qilib yuboriladi. Kasallik nihoyatda chidamli sporogen tayoqcha tufayli yuzaga keladi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin (inkubatsion) davri qisqa (2—7 kun) bo'ladi.

Klinik jihatdan kuydirgining uch turi: teri, o'pka va ichak turlari tafovut qilinadi.

Kiydirgi karbunkuli bilan davom etadigan kuydirgining teri turi alohida ahamiyat kasb etadi. Ko'picha u qo'lda, bo'yinda va bosh sohasida paydo bo'ladi. Kasallik qo'zg'atuvchisi joylashgan joyda zangori-pushti rang suyuqlik bilan to'lgan pufakcha, uning atrofida esa shish paydo bo'ladi. Pufakcha (yiringli-pustula) yorilgach, yaraning yuzi qalin va qattiq qora qo'tir bilan qoplanadi. Birlamchi pufakcha atrofida yangi pustulalar paydo bo'ladi, shish kattalashadi, regional limfa tugunchalari kattalashadi, qora qo'tir tushib ketib, uning o'rnida yara hosil bo'ladi; ayni paytda bir nechta yara paydo bo'lib, ulardan ozroq yiring ajralib turadi. Bemorning umumiy ahvoli qoniqarli bo'ladi. Bakteriologik ekmalar kuydirgi qo'zg'atuvchisini aniqlashga imkon beradi.

Zararlangan hayvon go'shti yeyilganda ichak turi, nafas yo'llari orqali kuydirgi tayoqchasi yutilganda (ko'n-mo'yna mahsulotlari ishlab chiqaruvchi korxonalarda) o'pka kuydirgisi turi yuzaga keladi. Kuydirgining ichak va o'pka turi umumiy organlar faoliyatining buzilishi bilan o'tadi va odatda o'lim bilan tugaydi. Kuydirgi karbunkulini chipqondan, karbunkuldan, qora o'latdan va kalamush yoki boshqa kemiruvchilarning tishlashidan paydo bo'ladigan yaradan farq qilish lozim.

Davosi. Rux, kseroform yoki antibiotikli surtma dorilarni qo'llash bilan birga dori-darmonlar ham buyuriladi. Jarrohlik yo'li bilan davolash to'g'ri kelmaydi, chunki bu holda himoyaviy

granulyatsion to'siq buzilishi va keyinchalik infeksiya keng tarqalishi mumkin. Ta'sir etish doirasi keng bo'lgan antibiotiklar qo'llaniladi, shuningdek 50—150 ml maxsus zardob (venaga 0,6—1 g) bilan birga yuboriladi.

YARALAR DIFTERIYASI

Etiologiyasi. Yaralar difteriyasi yaraga Leffler tayoqchasi tushganda rivojlanadi.

Klinikasi. Yaralar difteriyasi karashlar (mayda-mayda yaralar) holida namoyon bo'ladi. Yara atrofida shish paydo bo'lib, qizaradi, kasallik o'rtacha lohaslik bilan kechib, ancha vaqtgacha cho'ziladi. Yallig'lanishdagi o'zgarishlar sust ifodalangan bo'ladi.

Tashxis bakteriologik tekshirish yordamida aniqlanadi. Ko'pincha saprofit ko'rinishidagi difteriya qo'zg'atuvchi yuqori nafas yo'llarining shilliq pardalariga o'mashadi. Ayrim olimlarning ma'lumotlariga ko'ra difteriya guruhining 40% gacha bo'lgan mikroorganizmlari sovuq oldirgandan keyin kasal yuqtirgan yaralarda kuzatiladi.

Yaralar difteriyasini yaraning nospetsifik infeksiyasidan, sildan, erizipeloiddan quturish paytidagi yaralardan farq qilish lozim.

Davosi. Bemorlarni albatta boshqalardan ajratib qo'yish zarur. Davosi spetsifik, halqum difteriyasini davolashdagi kabi difteriyaga qarshi zardob (25.000-50.000 AY) muskul orasiga yuboriladi. Jarohatlangan qo'l yoki oyoqni immobilizatsiya qilish zarur. Antibiotiklar, antiseptik vositalar va difteriyaga qarishi zardobdan foydalaniladi.

SURUNKALI SPETSIFIK INFEKSIYA

Spetsifik surunkali infeksiyaga spetsifik qo'zg'atuvchilar vujudga keltiradigan yallig'lanish holatlari (tuberkulyoz, aktinomikoz, zaxm) kiritiladi.

Aktinomikoz

Aktinomikoz to'qimalarning nursimon zamburug' (aktinomitset)dan zararlanishidir. Organizmga aktinomitset nafas yo'llari orqali yoki me'da-ichak yo'llaridan tushadi (ekzogen yo'l). Aktinomitset kirgan sohada spetsifik yallig'lanish belgilari paydo bo'ladi, uning asosini periferiyaga nur shaklida tarqaladigan va to'g'nog'ich boshidek yo'g'onlashib tugaydigan (druzlar)

ingichka tolalar to'ridan iborat zamburug'lar kaloniyasi tashkil qiladi. Druz atrofida juda zich infiltrat hosil bo'ladi. Uning ustidagi teri qizig'ish-ko'kimtir tusga kiradi. Ayrim joylarida u yupqalashadi, oqmalar hosil qiladi, ulardan druzlar bilan oq-sariq suyuqlik ajralib chiqadi.

O'pka aktinomikozining klinikasi 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.

Tashxis qo'yishda mikrobiologik, serologik va rentgenologik tekshirishlarning ahamiyati katta.

Davosi. Anitibiotiklar (penitsillin, streptomitsin, automitsin) ning katta miqdorda va aktinolizat bilan spetsifik davo (0,1 dan 2 ml gacha har 2—3 kunda, jami 20 tagacha inyeksiya), shuningdek, rentgenoterapiya buyuriladi. Xirurgik usullardan esa yiringli bo'shliqlarni ochish qo'llaniladi.

Sil kasalliklarining xirurgik turlari

Suyaklar va bo'g'imlar sili.

Xirurgik sil guruhiga sil mikobakteriyalari qo'zg'atgan va xirurgik davolash usullarini talab etadigan, turli sohalarda joylashadigan qator kasalliklar kiradi.

Sil mikobakteriyalari organizmga quyidagi yo'llar bilan tushadi:

1) nafas yo'llari — chang va sil mikobakteriyalari tutgan havo bilan nafas olishda;

2) hazm yo'llari — sil mikobakteriyalari tutgan ovqat (sut, go'sht) iste'mol qilishda;

3) ehtimol, teri va shilliq pardalar orqali — ular yallig'langanda.

Nospetsifik infeksiyadagi singari spetsifik infeksiya avj olishi uchun maxsus sharoitlar: organizm himoya kuchlarining pasayishi (aksari yaxshi ovqatlanmaslik, turar joy - maishiy sharoitlarning og'irligi), ruhan zo'riqish va shu kabilar sabab bo'ladi. Hozirgi vaqtda respublikada aholining moddiy farovonligini birmuncha yaxshilanganligi tufayli sil bilan kasallanish kamaygan.

Sil mikobakteriyalari ta'siri ostida u joylashgan sohada birlamchi sil o'chog'i hosil bo'ladi. O'choq ichida suzmasimon nekroz qayd qilinadi. Suzmasimon moddaning irib suyuqlanishi yiringning hosil bo'lishiga olib keladi. Sil yiringi nospetsifik yiringdan farqli o'laroq odatda jadal belgilar bilan ajralib turmaydi.

Xirurgik silga: suyak-bo'g'imlar sili, limfa tugunlar sili, seroz pardalar (qorin pardasi, plevra, miya pardalari), me'da, ichaklar sili, buyrak, qovuq, moyaklar sili, 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.

Suyaklar va bo'g'imlarning sil bilan zararlanishi aksari bolalarda uchraydi, biroq katta yoshdagi kishilarda bo'lishi ham mumkin. Ko'pincha umurtqa pog'onasi kasallanadi — sil spondiliti, chanoq - son bo'g'imi — sil koksiti va tizza bo'g'imi — sil goniti uchraydi.

Suyak formasida klinik suyakning g'ovak moddasida (epifizar-metafizar zona): sil o'chog'i hosil bo'ladi, so'ngra suyak moddasining irib, mayda sekvestrlar va suyak bo'shliqlari hosil bo'lishi ko'riladi. To'plangan yiring suyak bo'shlig'idan chiqadi va to'qimalararo bo'shliqlar (sovuq kamgaklar) bo'ylab tarqaladi. Yallig'lanish bo'g'imga o'tishi mumkin. Bo'g'im silida sinovial parda shishadi, giperemiyalanib qoladi, vorsinka (tuk)lari bo'kadi, bo'shlig'ida yiringga aylanadigan seroz-fibrinoz suyuqlik paydo bo'ladi, bu yiring tashqariga yoriladi va oqma hosil qiladi.

Bo'g'imlar yallig'lanishiga quyidagi turlar farq qilinadi.

a) sinovial-ekssudativ turi (yallig'lanish sinovial pardada rivojlanadi, u giperemiyalanadi, shishadi va fibringa boy suyuqlik ajratadi);

b) funtoz turi (granulyatsion to'qima mo'l hosil bo'ladi, sil do'mboqchalarida suzmasimon parchalanish va yamoqlanish holati boshlanadi);

v) suyak turi (yallig'lanish suyak epifizidan boshlanadi, mayda sekvestrlari bo'lgan suzmasimon parchalanish mahsulotlari bilan to'lgan bo'shliq hosil bo'lib keyinchalik sinovial pardaga o'tadi).

Sil spondilitda zararlanish o'chog'i hamisha umurtqa tanasi oldingi qismining g'ovak moddasida boshlanadi. Bu g'ovak modda, so'ngra mag'iz moddaning tezda suyuqlanishiga olib keladi. Hosil bo'lgan yiringlik sizib o'tgan absesslar kelib chiqishiga yo'l ochadi. Yemirilgan umurtqaning "shakli o'zgaradi", bu umurtqa pog'onasining bukri ko'rinishida qiyshayib qolishiga olib keladi.

Klinik manzarasi. Bo'g'imlarning sil bilan zararlanishi uchun kasallikning zimdan boshlanishi, asta-sekin rivojlanishi va surunkali kechishiga xos. Kasallik avj olgan davrda quyidagi asosiy belgilar paydo bo'ladi.

a) og'riq doimiy bo'lishi yoki jismoniy harakatda paydo bo'lishi mumkin; ko'pincha og'riq boshqa sohaga tarqalish xususiyatiga ega bo'ladi, masalan, sil ko'ksitida og'riq tizza bo'g'imida qayd qilinishi mumkin;

b) bo'g'im faoliyatining buzilishi og'riqni kamaytirish maqsadida kasal bo'g'imga kuchini atayin kamaytirish oqibati hisoblanadi;

v) mushaklarning atrofiyaga uchrashi neyrotrofik o'zgarishlarga va qisman oyoq-qo'lning harakatsiz bo'lishiga bog'liq;

g) teri burmasi va teri osti yog' qatlamining qalinlashuvi (Aleksandrov belgisi), buni teri osti yog' qatlami bo'lgan terini kasal va sog'lom oyoq-qo'lning simmetrik sohalarida burma ko'rinishida yig'ish yo'li bilan aniqlanadi — kasal tomonda burma qalinroq bo'ladi;

d) bo'g'im shishi bo'g'imga avvaliga seroz so'ngra esa yiringli suyuqlik (bo'g'im empiyemasi) shimilishiga bog'liq;

e) poliferativ turida fibroz to'qima yig'ilishi hisobiga "oq o'sma" hosil bo'ladi;

j) yiring tashqariga yorilganda yumshoq, oqimtir granulyatsiyalar bilan qoplangan oqmalar, aksari ko'p sonli oqmalar hosil bo'ladi;

z) sovuq yiringliklar yumshoq to'qimalarning yiring to'planishiga faol ta'siri natijasi hisoblanadi, tarqalganda ular "yiringli sovuq oqmalar" hosil qiladi;

i) deformatsiya, qiyshayish, kalta tortish, patologik sinish va chiqishlar silning og'ir turlarida uchraydigan kech vujudga keladigan belgilari hisoblanadi.

Sil spondilitida klinik manzara asosan bo'g'im turlari bilan mos keladi. Zararlangan umurtqa sohasida mushaklarning taranglashuvi - "jilov belgisi", bukrilik ko'rinishidagi deformatsiya va ba'zan orqa miyaning zararlanishi ajralib turadigan belgilaridan hisoblanadi.

Kasallikning chegaralangan va yengil turlarida bemorning umumiy ahvoli kam o'zgaradi. Klinik manzara ikkilamchi infeksiya qo'shilganda keskin yomonlashadi. SOE ning oshishi kuzatiladi, kechikkan bosqichlarida rentgenologik tekshiruvda suyak destruksiyasi kuzatiladi.

Kasallik odatda bir necha yilga cho'ziladi.

Davosi. Bemorlar (odatda bolalarni) maxsus sanatoriyalarda davolanadi. Umumiy tadbirlardan yaxshi va to'yimli ovqatlar berish, ultrabinafsha nurlari bilan nurlantirish, dozasiga amal

qilingan havo va quyosh vannalari qo'llaniladi. Bemor dori preparatlaridan streptomitsin, PASK, ftivazin, rifodin va boshqalarni qabul qiladi. Gavdaning shikastlangan qismi immobilizatsiya qilinadi: sil spondilitida gipsli karavotcha, chanoqson bo'g'imi zararlanganda gipsli koksit bog'lam, tizza bo'g'imi zararlanganda gonit bog'lam ishlatiladi. Yiringli kamgaklar bo'lganda punksiya qilinadi (nospetsifik infeksiya qo'shilishi xavfi borligidan kesish mumkin emas), yiringli suyuqlik tortib olinadi va bo'shliqqa glitserindagi 10% li yodofom emulsiyasi, streptomitsin va pensillin eritmasi yuboriladi.

Hozirgi vaqtda suyak-bo'g'im silini davolashning xirurgik usullaridan tobora keng foydalanilmoqda. Sil spondilitida zararlangan umurtqaning nekrotik to'qimalari chiqarilib, uni suyak transplantati bilan fiksatsiya qilinadi. Bo'g'im silida zararlangan sinovial pardani suyak destruksiyasi o'chog'i bilan birga olinadi, so'ngra oyoqning funksional qulay vaziyatlarda ankiloz¹ vujudga keltiriladi.

Suyak va bo'g'implarning zaxm kasalligi

Zaxm (syphilis, syn, lues, morbus gallicus) surunkali kasallik bo'lib, odatda, kontakt infeksiyasi tufayli (kamdan-kam hollarda transfuziya orqali) paydo bo'ladi. Zaxm qo'zg'atuvchisi — oqish treponema (treponema pallidum)dir. U teridagi yoki shilliq pardalardagi arzimagan shikastlanish tufayli organizmga kiradi va mahalliy hamda umumiy o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Birlamchi zaxm affekti — qattiq yara (ulcus olurum) tashqi jinsiy organlarda ancha yengil bartaraf etiladi, biroq u yuz, lab, iyak sohasida, til va yumshoq tanglayda, bodomcha bezlar va dumba burmalarida, qo'ltiq osti chuqurchasi va orqa teshikda, sut bezlarida (emchak uchida), shuningdek barmoqlarda paydo bo'lishi mumkin.

Suyak va bo'g'implar odatda ikkilamchi zaxm bilan yoki kasallikning oxirgi davrlarida (to'rtlamchi zaxm) zararlanadi: suyaklar ko'pincha to'rtlamchi zaxm bilan shikastlanadi.

Klinik manzarasi. Zaxmning ikkilamchi davrida lyuetik (zaxmli) periostit deb ataluvchi suyak qatlami kasalligi paydo bo'lishi mumkin. Periostit (suyakning o'zi, ko'migi Govare

¹ *ankiloz* — bo'g'imning bukulmaydigan va yozilmaydigan bo'lib, qotib qimirlamay qolishi.

kanallari suyak atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishi sabab bo'ladi) ko'proq bosh suyagida, katta boldir (ilik) suyagida va qovurg'alarda rivojlanadi. Bu kasallikka tungi og'riqlar xosdir. Xuddi shunday o'zgarishlar tug'ma zaxmda ham kuzatiladi. Ayniqsa katta boldir suyagidagi o'zgarishlar xarakterlidir: u deformatsiyaga uchraydi va qilichsimon ko'rinishda bo'ladi.

To'rtlamchi davrda suyaklarda gummalar (qummae) paydo bo'ladi. Jarayon faqat suyak pardasinigina emas, balki suyakning o'zini (ostititis) va ilikni (osteomielitis) ham qamrab oladi. Gummalar paydo bo'lishi bilan ikki jarayon — suyak va uning tuzilishining yemirilishi yuz beradi. Gummalar ko'proq qovurg'alarda, ko'krakda, bilak yoki boldir suyaklarida kuzatiladi. Mayda suyaklar (burun, yumshoq tanglay suyaklari) butunlay parchalanib ketadi. Qattiq teri bilan qoplangan yaralar paydo bo'ladi. Yara bitib ketganda uning o'rnida yulduzsimon katta chandiq hosil bo'ladi, u suyakka nihoyatda yopishib turadi. Tizza, tirsak bo'g'imlaridagi, boldir suyagi bilan tovon suyagining biriktiruvchi bo'g'imdagi monoartritlar va poliartritlar ajratiladi.

Differensial tashxis. Ba'zan tashxis qo'yish ancha qiyin bo'ladi. Kasallikni suyak silidan, surunkali osteomiyelitdan, xavfli o'sma (sarkoma)dan ajrata bilish lozim. To'g'ri tashxis qo'yishda sero va likvorologik diagnostika (Vasserman va Kanning takomillashgan reaksiyalari), shuningdek zaxmga qarshi spetsifik davo qilinganda, yaxshi natijalarga erishiladi.

Davosi. Zaxmi, shu jumladan, suyak va bo'g'imlarning zaxm kasalligini davolash spetsifik xususiyatga egadir. Faqat ikkilamchi infeksiya paydo bo'lgan hollardagina jarrohlik yo'li bilan davolash zarur.

PARAZITAR JARROHLIK KASALLIKLARI

Parazitar xirurgik kasalliklarni 130 dan ortiq gelmintlar turi va kishi tanasida yashovchi boshqa qo'zg'atuvchilar keltirib chiqaradi. Ularning soni va tez-tez uchrab turishida avvalo aholining yashash joyi, tabiat va iqlimi, sanitariya-gigiyena sharoitlari alohida ahamiyatga ega bo'ladi.

Xirurgik vaziyatni exinokokkoz, askaridoz lyublioz, va sistitserkoz, goho enterobioz gijalar keltirib chiqaradi. Ular chuvalchangsimon o'simtaning yallig'lanishiga, ichak o'tmay qolishi xastaligiga, yo'g'on ichakning yallig'lanishiga va joylashish o'rniga mahalliy patologik o'zgarishlarga sabab bo'lishi mumkin.

Trixinellyoz va rishta bevosita mushaklarni zararlantiradi. Parazitar xirurgik kasalliklar ko'proq Janubiy Sharqda, Osiyo va tropik hududlarda kuzatiladi. Shimoliy Quriyada mushaklarda har xil kattalikda bo'lgan infiltratni tashkil qiluvchi sparganoz xastaligi uchraydi. Birlashgan Arab Amirliklarida, Eronda, Yaponiyada va Markaziy Amerika mamlakatlarida shistosomoz (bilgarsioz) kuzatiladi, ular qorin bo'shlig'ida o'tkir va surunkali kasalliklarni keltirib chiqaradi.

Ipsimon gijjalar (*Filaria sanguinis banerott*) tropik mamlakatlarda fillyariotoz kasalligini keltirib chiqaradi. Ular limfatik tomirlarda rivojlanib (ko'pincha oyoq va moyak xaltachasi), limfatik tomirlarni yopib qo'yadi, bunda limfatoz, to'qimalarning aseptik yallig'lanishi paydo bo'lib, filsimon kasallikka sabab bo'ladi. Filyariylar infiltratdan tortib olinadi (agar gijja uziladigan bo'lsa), undan chiqayotgan suyuqlik kuchli allergen bo'lib, anafilaktik shokka sabab bo'lishi mumkin.

Rishta (*Gvineya* yoki tibbiyot qurti, gijjasi) ipsimon gijjaga kirib, teri osti yog' qatlamida, ko'pincha oyoqda yashaydi. Rishta Afrika mamlakatlarida, Pokiston, Hindiston, Turkmaniston va O'zbekistonda (hozir uchramaydi) kuzatiladi. Lyamblioz — mayda qurt bo'lib, o'n ikki barmoqli va ingichka ichakda yashab, o't xaltasiga tushadi va surunkali kasallikka sabab bo'ladi. Dori-darmonlar berib davolanadi.

Sistitserkozga cho'chqa gijjalari (*Taenia soleun*), sistitserkalari yoki tasmasimon gijja kurtaklarining kapsulaga o'ralgan finnalari sabab bo'ladi. Infeksiya tirik sistitserkalari bo'lgan cho'chqa go'shti iste'mol qilinganda yuqishi mumkin. Klinik belgisi uning qayerda joylashishiga bog'liq bo'ladi.

Exinokokkoz

Exinokokkozni (gidatidali, pufaksimon bir kamerali) *Echinococcus granulosus* keltirib chiqaradi, u odam va hayvonlarda keng tarqalgan va gijjali bosqichi ichki organlarda rivojlanadi. Odam va ba'zan hayvonlar (qo'y, cho'chqa, ot, qoramol) oraliq xo'jayin hisoblanadi. Kasallik ko'proq Janubiy Amerika, Avstraliya, Gretsiya, Xitoyda, Stavropol o'lkasida, Qrim, Ozarbayjon va Markaziy Osiyoda uchrab turadi. Aksari hollarda jigarda va o'pkada, umuman hamma a'zo va to'qimalarda rivojlanadi.

Exinokokkning yetilgan bosqichi — mayda sistoda (tasmasimon gelmint) 2,5—5,5 mm kattalikda boʻlib, unda boshcha (skoleks), ikki qator ilgaklari boʻlgan boʻyicha va 3—4 boʻlaklari bor. Exinokokkning asosiy xoʻjayini yirtqich hayvon (boʻri, tulki, it) hisoblanadi. Hayvon axlatlari orqali yetilgan exinokokk boʻlakchalari tuxumchalar bilan suv, yer, yovvoyi oʻsimliklar va mevalarga, changga tushadi. Bundan tashqari, ichakning tashqi teshigi orqali hayvon terisini zararlantiradi.

Kishiga infeksiya soʻyilgan moldan zararlangan goʻsht mahsulotlari isteʼmol qilinganda yuqadi. Bunda onkosferali qavatsiz gelmint tuxumi meʼda devori, limfa va qon tomirlari orqali butun organizmga tarqaladi.

Klinikasi. Jigarning exinokokkli kistasi koʻproq 30—50 yoshda kuzatiladi. Kasallikning 3 bosqichi: belgilersiz, belgili ifodalangan va terminal bosqichlari farq qiladi. Birinchi bosqichda bemor boshqa hastaliklarga chalinib davolanganda tasodifan tekshirishda aniqlanadi.

Klinik belgilari ifodalangan bosqichda qorinda ogʻriq turadi, ishtaha yoʻqoladi. Terminal bosqichda kasallik asoratlar bilan davom etadi: kista yiringlaydi, u yaqin turgan toʻqima, organlarni ezadi, faoliyatini buzishi mumkin va organlar teshiladi, oqma yara (bronx oqmasi) hosil boʻladi, qorinda suyuqlik yigʻiladi.

Tashxisi. Katsoni (Kassoni) anafilaktik reaksiyasi — sentrifuga qilingan exinokokk pufagidan olingan suyuqlikdan 0,2 ml ni bilakning old qismi terisiga yuboriladi va 24 soat davomida kuzatiladi. Terida pufakcha boʻlib qizarib, kattalashgan musbat reaksiyasi — Katsioni reaksiyasidan bir qadar aniqroq hisoblanadi. Bunda lateks antigenni adsorbatsiya qilish uchun xizmat qiladi. Exinokokkozga tashxis qoʻyishda rentgen, ultratovush, tomografiya tekshirishlari yordam berdi.

Bu kasallikni jigar raki, sirrozidan, gematoma va gemangiomalardan ajrata bilish kerak.

Davosi. Operatsiya qilinadi (zararlangan organ sogʻ toʻqimaga kesib tashlanadi, fibroz kapsulasi bilan enukleatsiya qilib davolanadi, gemigepatektomiya, radikal exinokoktemiya).

Jigar kistasi yiringlagan boʻlsa, uni mumkin qadar boʻshatib kapsulasini marsupializatsiya qilinadi.

Profilaktikasi. Sanitariya-veterinariya nazorati oʻrnatiladi, aholi orasida sanitariya maorif ishlari olib boriladi. Daydi itlar yoʻqotilishi, ovchi, uy itlari degelmintizatsiya (gijjalardan holi) qilinishi kerak.

Alveokokkoz

(Alveolyar exinokokkoz, ko'p kamerali exinokokkoz)

Lichinkali davrda, asosan jigarni zararlovchi parazitlar kasallik. Gidatidli va alveolyar exinokokk bir-biriga o'xshab ketsada, lekin biologik jihatdan parazit hisoblanadi. Alveokokkoz xavfli o'sma kabi qo'shni a'zolarga o'sib kirishi, ko'payib ketishi xususiyatiga ega.

Ko'p kamerali alveokokkning 1,3—2,2 mm keladigan 4 so'rg'ichi va tuklari bo'lgan boshi bor. Yetilgan gelmentlar asosiy xo'jayini (bo'ri, it, tulki)ning ingichka ichagida parazitlik qilib yashaydi. Oraliq ho'jayini sichqonsimon kemiruvchilar (ondatra, sichqon va boshqalar) dir.

Alveokokkoz Germaniya, Shveysariya, Fransiya, Kavkaz respublikalarida va MDH hududida (asosan Sibirda) ko'p uchraydi. Shu sababli ba'zi amerikalik olimlar bu kasallikni *Echinococcus sibirensis* deydi.

Alveokokkoz asosan jigarda rivojlanadi, kichik pufakchasi-mon bo'lib ajraladi va qo'shni a'zolarga tez o'sib kiradi. Hosil bo'lgan yangi kasallik tugunchasi jigar to'qimasidan granulyatsion bolishcha bilan ajralib turadi. Alveokokkoz yoshlarda uchraydi.

Kasallikni aniqlashda gepatografiya va jigarni izotop bilan skennirlash, exografiya, tomografiya, laparoskopiya va punktsion biopsiya usullari ayniqsa qo'l keladi.

Davosi. Operatsiya qilinadi, bunda kasallikning og'ir-engilligiga jiddiy e'tibor berish lozim.

Askaridoz

Askaridlar (*Ascaris lumbricoidis*) ingichka ichak qurti bo'lib, urg'ochisining uzunligi 40 sm, qalinligi 6 sm bo'lib, erkagi esa ingichka va kaltaroqdir. Askaridaning urg'ochisi qulay sharoitlarda 250 mlrd dan ortiq tuxum qo'yadi va axlat bilan atrof muhitga tarqaladi. +24° C da tuxumdan lichinka paydo bo'ladi, u kishi organizmiga suv, meva, sabzavot orqali tushganda ichakning shilliq pardasi orqali qon tomirlarga tushib, tez orada butun organizmga tarqaladi.

Gijaning lichinkali va o'sish davri 2—3 oy davom etadi, yetilgan holda gijja kishi organizmida 1—2 yil yashay oladi. Ular tez orada juda ham ko'payib ketishi mumkin. Gijja ajratadigan toksin (zahar)lar eng avval markaziy va periferik nerv sistemalariga salbiy ta'sir ko'rsatadi, ular yig'ilib qolganda xirurgik kasalliklarni, asosan ichak o'tkazuvchanligining buzilishiga olib kelishi mumkin.

Davosi: yuqorida aytib o'tilgandek, asoratlar ro'y berganda operatsiya qilinadi va gijjalarga qarshi preparatlar beriladi.

XIRURGIK INFEKSIYA BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI PARVARISH QILISH XUSUSIYATLARI

Xirurgik infeksiya eng tarqalgan patologiya bo'lib, ambulatoriya sharoitida ham salmoqli o'rinni egallaydi. Yirik xirurgik shifoxonalarda xirurgik infeksiyali bemorlar uchun maxsus bo'limlar ajratilgan. Bunday bemorlarni davolashda o'rta tibbiyot xodimining o'rni nihoyatda katta. O'rta tibbiyot xodimi bemorlar yotadigan xonani ozoda va shinam tutishdan tashqari, bemorlarni bevosita parvarish qiladi va vrachga tegishlicha yordam ko'rsatadi.

I.P.Pavlovning muhofaza tartibi to'g'risidagi ta'limotini yodda tutish zarur. Bemorlarning ruhiyatini ko'tarish va ularni kasallikning yaxshi natija bilan tugashiga ishonirish kerak. Bemorga diqqat-e'tibor va qunt bilan qarash tibbiyot xodimi faoliyatining asosidir.

Noto'g'ri davo qilinganda va vaqtni qo'ldan boy berilganda yuz sohasidagi kichkina chipqon o'lim bilan tugallanishi, davo tadbirlari to'g'ri amalga oshirilganda og'ir sepsisdan ham bemor batamom sog'ayib ketishi mumkin.

Mahalliy yiringli infeksiyasi bo'lgan bemorlarni parvarish qilish. Chipqon (yuzadan tashqarida), gidradeniti, mil-kagi bo'lgan bemorlar odatda ambulatoriyada davolanadilar. Chipqon karbunkul, abscess va flegmonasi bo'lgan bemorlar shifoxonada yotib davolanadilar. Davolash yallig'lanish holatining turini hisobga olgan holda olib borilishi kerak. Aseptikaga qattiq amal qilish shart. Bog'lov materiali ishlatilgandan keyin kuydiriladi. Organizmning himoya kuchlarini oshirish uchun bemorga yuqori kaloriyali, turli-tuman va vitaminlangan ovqatlar berilishi kerak. Xonalar yaxshi shamollatilishi lozim. Agar bo'limda bog'lov xonasi bitta bo'lsa, bu holda avval toza bog'lovlar, so'ngra yiringli bemorlarda bog'lovlar o'tkaziladi. Ish tugallangandan so'ng xona nam usulda tozalanadi va bakteritsid lampalar bilan nurlantiriladi.

Umumiy yiringli infeksiya (sepsis)li bemorlarni parvarish qilish. Bemorni bemorlar soni kam palataga yotqizish, yaxshisi alohida xonaga joylashtirish kerak. Xonani muntazam shamollatib turish va toza saqlash kerak (har kuni ho'l latta bilan artish, BUF lampalari bilan nurlantirish). Ich kiyim, choyshablarni tozaligiga e'tibor berish zarur. Nam ich kiyimlar, choyshablar va ularning burmalari yotoq yaralar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi, bemorni kuniga bir necha marta u yonboshdan bu yonboshga olib yotqiziladi, orqasini va butun badanini xo'l sochiq bilan artiladi.

O'pkadagi asoratlarning oldini olish uchun bemorning qaddini baland qilib yotqiziladi, nafas gimnastikasi qildiriladi, balg'am tupurishni o'rgatiladi.

Yuqori haroratda 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.

Ichning kelishini yaxshilash uchun 2 sutkada kam deganda bir marta tozalaydigan huqna qilinadi yoki ichak peristaltikasini kuchaytirishga qaratilgan boshqa tadbirlar ko'riladi (gipertonik klizma, 10% li natriy xlorid eritmasini venaga quyish, prozerin yoki pituitrinni muskul orasiga yuborish). Albatta sutkali diurez (buyraklar faoliyatini tekshirish) aniqlanadi.

Sog'ayish davrida bemorni tez-tez to'yimli ovqatlantirishga, asta-sekin o'rnidan turg'azishga, davo gimnastikasiga, uqalash muolajalarini qilishga katta ahamiyat beriladi.

Anaerob infeksiya bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish. Ular sepsis bo'lgan bemorlar kabi parvarishga muhtoj bo'ladilar. Palatada osoyishta sharoit yaratish va tinchlikka rioya qilish kerak. Uyqusizlikni davolash uchun uxlatadigan (lyuminal, noksiron), tinchlantiradigan (andaksin, brom, valeriana preparatlari), og'riq qoldiruvchi (sibazon, relanium, fentanil) buyuriladi.

Anaerob infeksiya boshqa bemorlarga oson yuqadi. Shuning uchun bemor alohida palatada yotishi kerak. Xizmatchi xodimlar bunday xonada maxsus xalat kiyadilar, ularning bu xalatlarida boshqa bemorlar yotgan xonalarga kirishi man qilinadi. Qo'lqop kiyib, fartuk taqadilar. Ishlatilgan bog'lov materiallarining hammasi yoqib tashlanadi. Bunday bemorlarga qarashda maxsus asboblari ishlatiladi, bu asboblarni har gal bog'lashdan keyin bo'lib-bo'lib qaynatib yoki quruq issiqlik bilan sterillanadi.

Qoqsholga uchragan bemorlarni parvarish qilish. Bemorlarni deraza pardalari tushirilgan va xira yoritilgan alohida xonalarga yotqiziladi. Unda mutlaq osoyishtalikni saqlash kerak. Bu sharoitlarga amal qilmaslik talvasa xurujlariga sabab bo'ladi. Bemorlar organizmi anchagina suvsizlanib qolishi sababli ularga parenteral yoki tomchili huqnalarda 3—4 l suyuqlik berilishi kerak. Bemorning qovug'i o'z-o'zidan bo'shalib turmasa, uretrani oldin anesteziya qilingandan so'ng (dikain, novokain, sovkain) siydikni kuniga 2 marta katetr bilan chiqarish kerak. Talvasa sindromi bor bemorlarning burniga

kiritilgan doimiy ingichka zond orqali ovqatlantiriladi. Ovqatni suyuq holda kiritiladi. U yuqori kaloriyali va servitamin bo'lishi kerak. Sepsisdagi kabi, muntazam ravishda ich kelishi, vaqtida siydik ajralishi, badan terisining tozaligini kuzatib borish, yotoq yaralar, zotiljam kabilarning oldini olish zarur.

Suyak-bo'g'im sili bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish.

Bunday bemorlarning asosiy qismi bolalar bo'lgani sababli parvarish xususiyati ham o'ziga xosdir. Ko'pgina muolajalarni bajarishga bola qarshilik ko'rsatadi, xarxasha qiladi. Bolaning dori-darmonlarni, ayniqsa achchiq, taxir dorilarni ichishdan bosh tortish hollari juda ko'p uchrab turadi. Bu bemorlarning uzoq maddatgacha majburiy holatda gipsli bog'lamda bo'lishini ham unutmashlik kerak. Shunga ko'ra yaralar, zotiljam, mushaklar atrofiyasi kabilarning oldini olishga jiddiy e'tibor berish lozim. Bemorlar toza havodan yetarli miqdorda bahramand bo'lishlari shart. Buning uchun xonalarning havo almashinishi yaxshi bo'lishi shart. Bunday talablarga atayin shahar chekkasiga qurilgan shifoxonalar javob beradi. Dozasiga rioya qilinadigan quyosh vannalari, ultrabinafsha narlar bilan nurlantirish tavsiya etiladi. Bemorlarning ovqati mazali, oqsillar va vitaminlarga boy, xilma-xil bo'lishi kerak.

Oqmalar bo'lganda nospetsifik yiringli infeksiya kirishiga qarshi barcha tadbirlarni o'tkazish zarur. Spetsifik va nospetsifik infeksiyaning birgalikda sodir bo'lishi asosiy kasallikning kechishini keskin og'irlashtiradi va maxsus davo qilishni talab etadi. Operatsiyadan chiqqan bemorlarni xuddi suyak sinishi tufayli operatsiya qilingan bemorlar kabi parvarish qilib boriladi, biroq bunda kasallikning kuchsizlanib ketganligi hisobga olinadi.

Yiringli suyuqlikdagi mikroflora turini va uning antibiotklarga sezuvchanligini aniqlash uchun surtma (mazok) olish. Oldindan tayyorlangan steril probirkadan foydalaniladi. Probirka ichida uchiga steril paxta bo'lakchasi qo'yilgan sim yoki cho'p bo'lib, ular probirkaning probkasi orqali o'tkazilgan bo'ladi. Tapmonni probirkadan olinadi, unga tekshirish uchun olingan material qo'yiladi, devorlarga tekkizmay yana probirkaga solinadi va probirkani probka bilan mahkam berkitiladi. Probirkani zudlik bilan (mikroblarning qurish va autolizga uchrash xavfi bor) bakteriologiya laboratoriyaga kichkina xat bilan birga jo'natiladi, unda bemorning familiyasi, ismi va otasining ismi, bo'limning nomi, tashxisi, surtma olingan joy va tekshiruvdan maqsad (mikroflora turi, uning antibiotiklarning muayyan turlariga sezuvchanligi va hokazo) yozilgan bo'ladi.

O'TKIR QORIN OG'RIG'I SINDROMI

Zamonaviy jarrohlik amaliyotida "O'tkir qorin og'rig'i" atamasi saqlanib qolmoqda. Qorin pardasining ta'sirlanishi yoki yallig'lanishidan yuzaga kelgan belgilar yig'indisi shunday nom olgan. Bunga quyidagilar: ichki a'zolar (jigar, taloq, me'da, ichaklar va hokazolar) ning jarohatlari, o'tkir yallig'lanish holati (appenditsit, xoletsistit), kovak a'zoning teshilishi (me'da va o'n ikki barmoq ichakning teshilgan yarasi), qorin bo'shlig'iga gematogen yoki limfogen yo'llar bilan patogen mikroblar tushganda qorin pardasining yallig'lanish holatlari (pnevmonokokkli, gonokokkli, sil peritonitlari va boshqalar) sabab bo'ladi.

Klinik manzarsi. Qorinda keskin og'riq bo'lishi, qorin mushaklarining ancha taranglashish ("taxtasimon qorin") holati aniqlanadi. Qorin devori barmoq bilan sekin bosilib va tez qo'yib yuborilganda og'riq keskin kuchayadi (Shchetkin-Blyuberg belgisi). Bunga qusish va ich ketish holatlari qo'shilishi mumkin. Harorat 39—40°C gacha ko'tariladi, yuqori leykotsitoz, qon formulasining chapga surilishi kuzatiladi.

"O'tkir qorin og'rig'i" bo'lgan bemorni zudlik bilan shifoxonaga yotqizish lozim. Bemorning o'zi yurib borishiga ruxsat etilmaydi. Uni zambilda ko'tariladi. "O'tkir qorin og'rig'i"ga shubha bo'lganda suyuqlik ichish, tozalovchi huqna qilish, antibiotiklar va ayniqsa og'riq qoldiruvchi narkotiklar yuborish, shuningdek issiq qo'yish taqiqlanadi. Ovqat yeyish va suv ichish, shuningdek suvni huqnada yuborish patologik holatni, masalan, me'daning teshilgan yarasi yoki yorilgan ko'richakda, o'tkir qorin og'rig'ida kasallikni kuchaytirishi mumkin. Antibiotiklar va narkotiklar klinik manzarani o'zgartirib, to'g'ri tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi. Bunda bemorlarni shoshilinch shifoxonaga yotqizish, o'tkir qorin og'rig'i sababini aniqlash va uni bartaraf qilish kerak, buning uchun ko'pchilik hollarda shoshilinch operatsiya qilish talab etiladi.

QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING YALLIG'LANTIRUVCHI KASALLIKLAR

Appenditsit. Chuvalchangsimon o'simtaning yallig'lanishi appenditsit deyiladi. Appenditsit ikki turda — o'tkir va surunkali turlarda kechishi mumkin.

Appenditsitga — chuvalchangsimon o'simtaga enterogen (ichaklardan) yoki gematogen yo'l bilan infeksiya tushishi sabab bo'ladi. Chuvalchangsimon o'simta bo'shlig'ida najas toshlari yoki ichak parazitlari (askaridalar) borligi bu kasallikka moyillik tug'diruvchi sabablardan hisoblanadi. Ular shilliq pardani shikastlab, infeksiya kirishi uchun yo'l ochadi.

Appenditsit tasnifi: Patologo anatomik holatiga ko'ra:

1. Sust ifodalangan appenditsit — appendikulyar sanchiq (marfologik o'zgarishlarsiz).

2. Oddiy — kataral appenditsit (chuvalchangsimon o'simta shishib nuqtasimon qon quyilishlari bo'ladi).

3. Destruktiv appenditsit quyidagilarga bo'linadi:

a) flegmonoz (chuvalchangsimon o'simta keskin qalinlashadi, yuzasida fibrinli parda, bo'shlig'ida seroz-yiringli suyuqlik bo'ladi);

b) chuvalchangsimon o'simta empiyemasi (o'simta to'nog'ichsimon qalin tortgan, bo'shlig'ida yiringli suyuqlik bo'ladi);

v) gangrenoz (o'simta yumshoq, to'q rangli, bo'shlig'ida yiringli-nekrotik suyuqlik bilan va perforativ appenditsit).

Asoratlangan appenditsit:

a) appendikulyar infiltrat;

b) appendikulyar abscess;

v) tarqoq yiringli peritonit;

g) ichaklararo abscess turlari farq qilinadi.

Surunkali appenditsitda o'simta bo'shlig'i obliteratsiya-li o'zgarib, o'simta chandiqli bo'ladi.

Klinikasi. O'tkir appenditsit o'ng yonbosh sohasida kuchli og'riq bo'lishi bilan ifodalanadi. Ba'zan og'riq kindik sohasidan boshlanadi. So'ngra o'ng yonbosh sohasiga o'tadi (Koxer-Volkovich belgisi). Og'riq qusish, qabziyat kabi belgilar bilan boshlanadi.

Quyidagi belgilar tashxis qo'yishga ma'lum darajada yordam beradi. Sitkovskiy belgisi — bemor chap biqinini bosib yotganda simillagan og'riq paydo bo'ladi. Rovzing belgisi — chap yonbosh sohasini kaftning yoni bilan bosilsa va yuqoriga picha silkitsa, o'ng yonbosh sohasida og'riq sezadi. O'tkir appenditsitda 100 dan ortiq belgilar tasvirlangan, biroq ularning hammasi nisbiy ahamiyatga ega.

O'tkir appenditsitda o'ng yonbosh sohasida qorin mushaklarining taranglashishi, Shchetkin—Blyuberg belgisining musbatligi, haroratning ko'tarilishi, leykotsitozning 12.000—15000 gacha yetganligi qayd qilinadi. Chuvalchangsimon o'simtadagi yiring yorilganda (perforativ appenditsit) peritonitning belgisi kuzatiladi.

Perforativ appenditsitning klinikasi shu bilan ta'riflanadiki, o'ng yonbosh sohasidagi og'riq borligi va o'tkir appenditsitning boshqa umumiy belgilari asosida og'riq keskin kuchayadi va qorinning boshqa sohalariga tarqaladi. Qorin taranglashgan, dam bo'lgan, qorinning deyarli hamma sohalarida, harorat 40°C gacha ko'tariladi, qusish, leykotsitoz 20,000 gacha va bundan ortiq bo'lishi kuzatiladi.

Surunkali appenditsitda bemor o'ng yonboshi sohasida vaqti-vaqti bilan o'rta darajada og'riq turishidan noliydi. Kasallik uzoq vaqtgacha cho'zilishi mumkin. Appenditsitning bu turi uchun quyidagi og'riq nuqtalari xarakterlanadi:

1) **Mak-Burney nuqtasi** — qorin devoriga kindik bilan yonbosh suyagi yuqori oldingi o'sig'i o'rtasidagi uchdan bir o'rta va tashqi uchdan bir masofa chegarasini barmoq bilan bosilganda:

2) **Lans nuqtasi** — yonbosh suyagi ikkala yuqori oldingi o'siqlari orasida joylashgan o'rta va o'ng tomondagi tashqi uchdan bir masofa o'rtasidan o'tgan chegara.

Davosi. O'tkir appenditsitda bemorni zudlik bilan operatsiya qilinadi — chualchangsimon o'simta olib tashlanadi (appendektomiya). Qorin bo'shlig'ida yiringli suyuqlik bo'lganda chualchangsimon o'simtani olib tashlash uchun kesma orqali drenaj qilinadi, jarohat qisman tiklanadi. Yiring kam miqdorda bo'lganda chualchangsimon o'simta olib tashlangach va shu sohani yiringli suyuqlikdan quritilgandan so'ng qorin devori tikiladi, biroq qorin bo'shlig'iga antibiotiklar yuborish uchun mikroirrigator (ingichka naycha) kiritib qo'yiladi.

Surunkali appenditsitda operatsiya rejali tartibda o'tkaziladi.

Appenditsitning asoratlangan turi — appendikulyar infiltratda (o'ng yonbosh sohasiga palpatsiya qilinganda chualchangsimon o'simta, charvi va ichak qovuzlog'ining yallig'lanib yopishib qolishi natijasida hosil bo'lgan zich yallig'li infaltrat aniqlanadi), avvaliga konservativ davo qilinadi (muzli xalta, parhez ovqat, umumiy antibiotik terapiya). 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 keskin kechib, kattalardagiga qaraganda birmuncha og'ir o'tadi; aksariyat chualchangsimon 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. Bolalarda, homilador ayollarda va keksalarda appenditsitning ilk alomatları bo'lgandayoq operatsiya qilinadi (yiringli peritonit paydo bo'lishi va homilaning vaqtidan oldin tushish xavfi).

Xoletsistit va o't-tosh kasalligi

Xoletsistit deganda o't pufagining yallig'lanishi tushuniladi. U pufakda toshlar bo'lmaganda (toshsiz xoletsistit) va toshlar bo'lganda (o't-toshli xoletsistit) paydo bo'lishi mumkin. O't pufagi va o't yo'llarining yallig'lanishiga ichaklardan kirish ehtimoli bo'lganda yoki gematogen yo'l bilan kiradigan infeksiya sabab bo'ladi.

O't-tosh kasalligi aksari yoshi ulg'aygan va semiz kishilarda, ayniqsa ayollarda ko'p uchraydi. Toshlar hosil bo'lishiga o't dimlanishi, o't yo'llarida infeksiya bo'lishi, xolesterin almashinuvining buzilishi va boshqa qator o'zgarishlar sabab bo'ladi.

O't toshlari o't pufagining o'zida, shuningdek o't yo'llarida bo'lishi mumkin. Kimyoviy tarkibiga ko'ra ular xolesterinli, pigmentli va aralash bo'ladi. Ularning kattaligi har xil: mayda qumdan tortib, kabutar tuxumidek keladi.

Klinikasi xoletsistitning turiga va o't pufagidagi potologik o'zgarishlar darajasiga bog'liq.

Toshlar bo'lmaydigan kataral xoletsistitda bemor o'ng qovurg'alari tagidagi og'iqdan noliydi. Og'riq bu sohadan o'ng yelka ustiga o'tadi. O'ng qovurg'alar tagini palpatsiya qilganda og'riq seziladi. O't pufagining tuzilishi o'zgarganda og'riq keskin kuchayadi. Qorin mushaklari taranglashadi, o'ng qovurg'alar tagida og'riydigan o'smasimon bo'rtma qo'lga unmaydi, og'zi quriydi va bemaza bo'ladi. Bemor harorati 39—40°C gacha ko'tariladi. Eti junjikadi, leykotsitoz chapga surilgan bo'ladi.

O't-tosh kasalligining klinikasi toshning qayerda joylashganiga va qo'shilib kelgan infeksiyaga bog'liq. O't pufagida toshlar bo'lganda qattiq og'riq bo'ladi. Pufak yo'lga tosh tiqilib qolganda o't pufagi keskin kattalashadi va o'ng qovurg'alar ostida oson palpatsiya qilinadi. Tosh umumiy o't yo'lida bo'lsa, bu holda mexanik sariq kasalligi qo'shiladi. Sariq kasalligi vaqti-vaqti bilan

kuchayishi yoki sustlashishi mumkin, bu umumiy o't yo'liga harakatchan tosh tiqilib qolishiga bog'liq. Sariq kasalligi avj olganda najas rangsizlanadi, siydik to'q rangga kiradi. Qonda bilirubin miqdori ancha ko'payadi, siydikda o't pigmentlari bo'ladi.

Infeksiya o't yo'llari bo'ylab tarqalganda (xolangit) bemorlarda harorat gektik ko'tariladi, jigar ozgina kattalashadi, et uvishadi, leykotsitoz 20.000 ga yetadi.

O'tkir xoletsistitda shu kasallikka xos belgilar bo'ladi. O'ng qovurg'alar ravog'iga tukillab urilganda o't pufagi sohasida og'riq qayd qilinadi (Ortner belgisi). Boshni qimirlatadigan mushakning oyoqchalari orasiga bosilganda o'ng tomonda og'riq paydo bo'ladi (Georgiyevskiy belgisi).

O'tkir yallig'lanish bosilgandan so'ng kasallik ko'pincha surunkali tus oladi — toshsiz surunkali xoletsistit yoki o't toshlari bo'lgan xoletsistit rivojlanadi. Xoletsistit surunkali o'tganida yallig'lanish o'tkir xoletsistitga qaraganda kamroq darajada yuzaga chiqadi.

Xoletsistit tashxisida UTT va duodenal zondlashning katta ahamiyati bor. Shu maqsadda maxsus duodenal zond ishlatiladi. Normada odatda o'tning uch porsiyasi olinadi. A porsiyasi (o'n ikki barmoqli ichakdan olingan) o't va me'da shirasi aralashmasidan iborat, B porsiyasi (o't pufagidan olingan o't) — to'q zaytun rangida bo'ladi. V porsiyasi (jigar yo'llaridan olingan o't) — kamroq konsentrlangan xarakterga ega. O't pufagida va o't yo'llaridagi yallig'lanish holatida o'tda leykotsitlar, mikroblar, ko'chgan epiteliy va shu kabilar bo'ladi. O't yo'liga tosh tiqilib qolganda B porsiyasi chiqmaydi. Umumiy o't yo'li bekilib qolganda o't suyuqligini olib bo'lmaydi.

Kontrast moddalar (bilistrast, bilignost) qo'llaniladigan rentgenologik usulning ham tashxisida ahamiyati bor. Bu moddalar o't pufagidagi va o't yo'llarida yig'ilib, o't toshlari va o't oqimiga to'sqinlik qiladigan boshqa to'siqlarning kontrastlanib ko'rinishiga imkon beradi.

Davosi. Toshlar bo'lmagan, asoratlanmagan xoletsistitlarda konservativ davo qilinadi (o'tkir, murch-ziravorli va yog'liq taomlar istisno qilinadi, muloyim ovqatlar beriladi, antibiotiklar bilan umumiy davolanadi). O't pufagi destruksiyasida operatsion davo qilinadi — o't pufagi olib tashlanadi (xoletsistektomiya). O't pufagida toshlar bo'lganda ham xoletsistektomiyadan foydalaniladi. Bordi-yu, tosh umumiy o't yo'lida bo'lsa, umumiy

o't yo'lini uzunasiga kesiladi (xoledoxotomiya), toshni olib tashlanadi. O't yo'llarida infeksiya bo'lmaganda o't yo'lini zich qilib tikiladi, infeksiya bo'lganda — drenaj qo'yiladi. O't pufagi istisqosida va empiyemasida xoletsistektomiya qilinadi.

Pankreatit

Pankreatit me'da osti bezining yallig'lanish kasalligi bo'lib,
1. o'tkir;

2. **surunkali pankreatit** farq qiladi.

O'tkir pankreatit fermentlarining faolligi oshishi natijasida infeksiya ko'pincha ichak orqali yoki gematogen yo'l bilan tushadi va yallig'lanish rivojlanadi. Patologoanatomik quyidagi turlari tafovut qilinadi.

1. **Oddiy pankreatit** (me'da osti bezining o'tkir shishi);

2. **Gemarrogik nekrotik pankreatit**;

3. **Yiringli pankreatit**.

Klinikasi. Kasallik o'tkir boshlanadi, og'riq kuchli bo'lib epigastral sohaning chap qismiga o'tadi, kamarsimon og'riq pankreatitga xos bo'ladi. Ko'pincha yog'liq ovqatlardan va alko-gol iste'mol qilgandan so'ng paydo bo'ladi. Bemor bezovtalanib, o'ziga qulay vaziyat topishga harakat qiladi. Diafragma ta'sirchanligi oshib hiqichoq paydo bo'lib, bemor tinimsiz qusadi, ba'zan shok holatiga tushadi, labi va oyoq-qo'llarining uchi ko'karadi, puls tezlashib, AB pasayadi. Qorin paypaslab ko'rilganda og'riq va qorin devori mushaklarining taranglashganligi aniqlanadi.

Kasallikning kechishi uning turiga ham bog'liq. Gemorrogik - nekrotik pankreatit og'ir kechadi, kuchli toksemiyadan alahsirash va hushidan ketish holatlari paydo bo'ladi. Yiringli pankreatitda og'riq belgilari kuchayadi, qorin devori taranglashadi tana harorati 38—40°C gacha ko'tariladi. Og'ir hollarda bemor birinchi kuniyoq o'lib qolishi mumkin.

Tashxis qo'yishda yaxshi so'rab - surishtirish, qon va siydik tahlilida diastozning ko'tarilishi, UTT natijalari aniq yordam beradi. Ko'pincha pankreatit xolitsistit bilan birga kechadi.

Davolash: Bemorga 0,1%—1,0 atropin, teri ostiga 2%-2,0 papaverin, muskul orasiga kuchli og'riq bo'lganda 5,0 baralgin vena ichiga yuboriladi. Bemor shifoxonaga yotqizilib turiga ko'ra konservativ yoki operativ davo qilinadi. Oddiy pankreatitda konservativ davo qilinadi. Entral yo'l bilan ovqatlanish 3 kungacha taqiqlanadi.

Parenteral yo‘l bilan dezintoksikatsiyalovchi suyuqliklar: gemodez, reapoliglyukin, 5% gyukoza kontrikal tomchilab quyiladi, yallig‘lanishga qarshi antibiotiklar, spazmolitiklar qilinadi va parhez buyuriladi.

Nekrotik va yiringli pankreatitlar operatsiya yo‘li bilan davolanadi.

QORIN BO‘SHLIG‘I A‘ZOLARINING QON AYLANISHI BUZILISHI BILAN KECHADIGAN KASALLIKLARI

Qorin churralari (ventral churralar)

Qorin churralari tashqi va ichki bo‘ladi. Qorinning tashqi churrasi deganda qorin pardasining pariyetal varag‘iga o‘ralgan qorin bo‘shlig‘i organlarining qorin devorining anatomik teshiklaridan yoki orttirilgan nuqsoni teshiklar teri ostidan tashqariga do‘ppayib chiqib turuvchi kasalliklarga aytiladi.

Qorinning ichki churralari deganda ichki a‘zolarining boylam yoki qorin pardasi cho‘ntaklaridan biriga, shuningdek diafragmaning orttirilgan yoki tug‘ma teshiklari orqali kirishi nazarda tutiladi. Joylashuvga ko‘ra tashqi churralar chot, son, kindik, qorinning o‘q chizig‘i, yopqich, quymich churralari va boshqalarga bo‘linadi. Churra hosil bo‘lishi uchun uchta qism bo‘lishi shart:

1. churra darvozasi — churra o‘tadigan teshik;
2. churra xaltasi — darvozasi orqali do‘ppayib chiqadigan va ichki a‘zolari qoplab turadigan qorin pardasining pariyetal varag‘ining bir qismi;
3. churra hosil qiluvchi a‘zo — ko‘pincha ingichka ichak qovuzlog‘i va charvidan iborat bo‘ladi.

Klinik manzarasi. Churra chiqadigan sohada (chov yoki son kanallari, kindik va hokazo) o‘smasimon bo‘rtma aniqlanadi.

Bemor yotganda bu bo‘rtma yo‘qolib ketishi mumkin. U yotgan vaziyatda churra yo‘qolmasa va uni qo‘l bilan kirgizib bo‘lmasa, u holda uni kirgizib bo‘lmaydigan churra deb ataladi. Do‘ppayib turgan churrani kaft bilan bosilganda va bemor qattiq yo‘talganda yo‘tal turkisi kaftga o‘tadi. Perkussiyada timpanik (ichak qovuzlog‘i) yoki bo‘g‘iq (charvi) tovush kuzatilishi mumkin.

Ichki churralarning klinikasida asosan ichakning tutilib qolishi bilan ifodalanadi. Tashxis qo‘yish murakkab va klinik jihatdan qunt bilan kuzatib borishni talab qilinadi.

Davosi. Rejali operatsiya qilinadi. Operatsiya churra xaltasini olib tashlash va churra darvozasini plastika qilib toraytirib tiklashdan iborat.

Churralarning qisilib qolishi. Churraning qisilib qolishi deganda churra xaltasidagi a'zoni churra darvozasining spastik qisqarishi hisobiga qisilishi tushuniladi. Qisilib qolishda qon aylanishi anchagina buziladi, bu avvaliga qisilgan organ qon dimlanishi, keyinchalik nekrozlanishga va eksudat hosil bo'lishiga olib keladi. Bunday holatlarda churra xaltasini o'rab turgan to'qimalar yallig'lanib o'zgaradi, teri qizaradi, harorat mahalliy ko'tariladi, to'qimalarning mahalliy zichlanishi yuz beradi, og'riq bo'ladi, churra bo'lgan joy shishib taranglashadi. Ichak qovuzlog'i qisilganda bunga ichak tutilib qolishi ham qo'shilishi mumkin. Churra qisilib qolganda zudlik bilan operatsiya qilinadi. Qisilib qolgan churrani joyiga kirgizish man etiladi. Churra xaltasi ochiladi, uning ichidagi a'zoni tashariga chiqariladi, churra darvozasi kesilib, qisilgan a'zoni issiq fiziologik eritmasi salftkalar bilan o'rab qo'yiladi, agar to'qimalarning yashash qobiliyati tiklanmasa, ularni rezeksiya qilinadi (ichak qisilganda uning sog'lom qismlari orasiga anastomoz qo'yiladi). Churra kanali plastikasini umumiy qoidalarga binoan amalga oshiriladi.

Tug'ma churralar. Aksariyat katta yoshdagi odamlarda kuzatiladigan va mushak qavatining sustligi hamda qorin ichi bosimining oshishi (og'ir yuk ko'tarish, meteorizm) va innervatsiyaning buzilishi natijasida paydo bo'ladigan orttirilgan churralardan farqli ravishda tug'ma churralar ko'pincha bolalarda qorin devorining noto'g'ri rivojlanishi oqibatida kuzatiladi. Odatda tug'ma churralarning darvozalari katta bo'ladi, shu tufayli ular kamdan-kam qisiladi.

Bolalarda churralarni davolash. Bolarlarda ko'p uchratiladigan tug'ma churralar maxsus davoni talab etadi. Agar bolada churra qisilishiga moyillik bo'lmasa, operatsion davo qilishga shoshilish yaramaydi. Bolada qorin ichi bosimi imkoni boricha kam oshadigan sharoitlar yaratish zarur. Shu maqsadda ich kelishini tartibga solish (qabziyatni yo'qotish), bola qattiq yig'laganda uni ovutish, shamollash kasalliklarini o'z vaqtida davolash zarur va hakoza. Kindik churrasida kindik sohasini yopishqoq plastir tilimlari bilan tortib qo'yish yaxshi natija berishi mumkin. Churra qisilib qolganda bolani iliq vannaga o'tkazish yoki oyoqlarini ko'taribroq qo'yish mumkin; churrani joyiga

kirgizsa bo'lad. Churrani qo'lda kirgizish tavsiya etilmaydi. Operatsiyalarda churra darvozasini plastika qilishning eng oddiy turlarigina qo'llaniladi. Chov churrasida moyakni qorin pardasidan ajratish shart.

Chov churralari. Keksayib qolgan kishilarda chov churrasi bolalar va o'smirlarga nisbatan ko'p uchraydi. Ular asosan erkaklarda kuzatiladi. Kelib chiqishiga ko'ra tug'ma va orttirilgan chov churralari farq qilinadi. Chov kanali elementlariga nisbati bo'yicha qiyshiq va to'g'ri turlarga bo'linadi. Chov churrasi bir tomonlama va ikki tomonlama bo'lishi mumkin.

Qiyshiq chov churrasi eng ko'p tarqalgan. Chov kanalining ichki teshigida qorin pardasining do'ppayib chiqishidan boshlanib, u urug' tizimchasi bilan parallel boradi va u bilan birga chov kanalining tashqi teshigi orqali chiqadi. Churra kattalashib, erkaklarda yorg'oqqa, ayollarda katta jinsiy labga tushishi mumkin. Orittirilgan turida churra xaltasi urug' tizimchasi va moyakdan alohida joylashadi.

Klinik manzarasi. Boshlanayotgan qiyshiq chov kanalining kirish qismi do'ppayib turadi. Bemor jismoniy ish qilganda simillagan og'riq sezadi. Tashqi tomondan churra ko'zga tashlanmaydi. Barmoqni chov kanaliga uning tashqi teshigi orqali kiritilganda, yo'talganda yengil turtkini sezish mumkin. Challa (kanal) qiyshiq chov churrasida churra xaltasi chov kanalini batamom to'ldiradi, lekin qorin devoridan tashqariga chiqmaydi. Kuchanilganda yumaloq do'ppaygan soha aniqlanadi. To'liq qiyshiq chov churrasida churra bo'rtmasi chov kanalining tashqi teshigi sohasida aniq tashqariga chiqadi yoki yorg'oqqa tushadi.

Churra ichidagi organ hatto yotgan vaziyatda ham odatda o'zicha joyiga kiritib to'g'rılanmaydi. Odatda uni churra bo'rtmasini qo'l bilan bosib to'g'rılanadi.

Davosi. Yurak-tomirlar tizimida jiddiy buzilishlari bor, operatsiya qilib davolashga monelik bo'lgan yoshi ulg'aygan kishilarga maxsus bandaj taqishni buyurish mumkin. Davolashning radikal usuli operatsiya hisoblanadi.

To'g'ri chov churrasi. Churralarning taxminan 5—10% hol-larida uchraydi. Bu churralar aksariyat qorin devori sust rivojlangan yoshi ulg'aygan va keksa kishilarda bo'ladi.

To'g'ri chov churrasi chov kanalining orqa devoridan un-chalik katta bo'lmagan bo'rtma ko'rinishida boshlanadi va uning tashqi teshigi orqali chiqadi. Qorin pardasi bilan birga churra xaltasini

tashqi tomondan qoplab turadigan ko'ndalang fassiya ham bo'rtib chiqadi. Shu sababli to'g'ri chov churrasi odatda yorg'oqqa yoki jinsiy labga tushmaydi. To'g'ri churralarga sirpanuvchan tusga kirish xos bo'lib, bu holda qovuq, ko'richak, ba'zan siydik yo'li churra ichidagi organ bo'lishi mumkin. Qorin mushaklarining kuchsizligi tufayli to'g'ri churra qaytalanadi.

Klinik manzarasi. Churralar aksari ikki tomonlama bo'ladi. Churra bo'rtmasi yumaloq, sharsimon shaklga ega. Urug' tizimchasi churra xaltasiga nisbatan lateral joylashadi.

Davosi. Operatsiya radikal usul hisoblanadi. Operatsiyada qiyshiq chov churralaridan farqli ravishda chov kanalining orqa devori mustahkamlanadi.

Son churralari. Chov churralariga qaraganda birmuncha kam uchraydi. Son kanalidagi Pupart boylamidan past, aksari son venasidan ichki tomonda, oval chuqurcha sohasida joylashadi. Son churrasi aksariyat ayollarda (5:1) chanoq enining kengligi, o'ziga xos ekanligi, oval teshigining katta o'lchamda bo'lishchi, shuningdek qorin ichki bosimining oshishiga ko'ra ko'proq kuzatiladi. Tug'ma son churralari bo'lmaydi.

Klinik manzarasi. Pupart boylamidan pastroqda oval chuqurcha sohasida katta bo'lmagan o'smasimon bo'rtma borligi aniqlanadi. Ba'zan son kanali sohasida paydo bo'lgan og'riq dispeptik buzilishlar, ichning dam bo'lishi, qabziyat bilan birga o'tadi. Kirgizib bo'lmaydigan churra ichida aksariyat charvi bo'ladi.

Davosi faqat xirurgik usulda olib boriladi. Uning qisilishiga moyilligi operatsiyani imkon boricha erta qilishga majbur etadi. Operatsiyalarda son kanalini bekitish uchun Pupart boylamini Kuper boylamiga va taroqsimon mushak fassiyasiga tikib qo'yiladi.

Kindik churralari. Aksariyat ko'p tuqqan xotinlarda uchraydi. Asosan 40 yosh atrofidagi ayollarda paydo bo'ladi. Bo'rtmalarning katta-kichikligi turli-tuman: yeryong'oqdan to bolaning boshidek kattalikda bo'ladi. Katta churralarda darvoza vazifasini kindik halqasigina emas, balki qorinning deyarli butun oq chizig'i bajarishi mumkin (qorin to'g'ri mushaklarining bo'shab qolishi).

Klinik manzarasi. Kindik sohasidagi o'smasimon bo'rtmadan tashqari, bu sohada og'riq kuzatiladi. O'smasimon bo'rtma odatda tik turganda paydo bo'lib, yotganda esa yo'qoladi. Ichak qovuzloqlari qisilganda ichak tutilib qolishining klinik asab belgisi rivojlanishi mumkin.

Davosi. Ba'zan bandaj taqish yordam beradi. Operatsiyani redakil davo vositasi deb hisoblash lozim. Churra darvozalarini aponevroz chetlarini tikish yoki aponevrozning bir chetini ikkinchisi ustiga qo'yib choklash yo'li bilan bekutiladi. (Sapejko—Meyo operatsiyasi).

Qorinning oq chizig'i churrasi. Ko'pincha katta yoshdagi erkaklarda uchraydi. Ular asosida oq chiziqni hosil qiladigan pay tolalarining bir-biridan ajrashi va hosil bo'lgan yoriqdan avval qorin pardasi oldidagi yog'ning do'ppayib chiqishi yotadi; keyinchalik churra xaltasi va ichidagi a'zosi bilan haqiqiy churra hosil bo'ladi.

Klinik manzarasi. Qorinning oq chizig'i bo'yicha, aksari epigastral sohada palpatsiya qilganda og'riydigan o'smasimon bo'rtma paydo bo'ladi. Qorinning oq chizig'i churrasini yanglishib me'daning yara kasalligi, xoletsistit, pankreatitning klinik belgilariga o'xshatish mumkin. Bularni istisno qilish uchun bemorni qunt bilan tekshirish talab etiladi.

Davosi operatsiya usulida olib boriladi. Churra darvozalari tikib qo'yiladi.

Operatsiyadan keyingi vertikal churralar. Qorin bo'shlig'i a'zolaridagi operatsiyalardan so'ng va operatsion jarohat yiringlaganda kuzatiladi. Operatsion jarohat yiring boylagandan so'ng jarohat odatda ikkilamchi tortishish yo'li bilan bitadi. Chandiqlar hosil bo'ladi. Chandiqli churra darvozalarining o'Ichami turlicha bo'lishi mumkin. Bunday churralarda jismoniy ish qilganda kuchayadigan og'riq birinchi o'ringa chiqadi. Ko'pincha dispeptik buzilishlar, ich dam bo'lishchi (meteorizm) kuzatiladi. Ingichka ichak qovuzloqlari va charvi ko'pincha qorin devori bilan bitishma hosil qiladi, bu — ichak tushishiga olib kelishi mumkin. Qisilib qolish kuzatilishi ehtimoli bor.

Davosi operatsiya usulida olib boriladi. Chandiqli to'qimani kesib tashlanadi. Qorin devoridagi nuqsonni tikib qo'yiladi.

Ichak tutilishi. Ichak tutilishi deganda ichaklar harakatining buzilishi yoki batamom to'xtashi tushuniladi. Ichak tutilishi:

1. Dinamik
2. Mexanik tutilishi farq qiladi.

1. Dinamik tutilishda ichaklarning harakat faoliyati buziladi, bu faoliyat peristaltikaning to'liq to'xtashigacha sustlashishi (paralitik tur) yoki ichak spazmiga keskin kuchayishi (spastik tur) mumkin.

2. Mexanik tutilishining turlari juda ko'p, biroq bu turlarning hammasi kechishi jihatidan quyidagi ikkita guruhga bo'linadi:

- a) strongulyatsion
- b) obturatsion ichak tutilishi.

Ichakning strongulyatsion tutilishi — ichak tutilishining eng og'ir turidir. Ichak bo'shlig'ining tiqilib qolishi ichak tutqich tomirlari va nervlarining bosilishi bilan o'tadi, bu — qon aylanishining buzilishiga va ichak bo'lagining tez jonsizlanishiga olib keladi. Ichakning strongulyatsion tutilishi churralar qisilib qolganda, ichak buralishida, ichak tugilib qolishida kuzatiladi.

Ichakning obturatsion tutilishi — ichak tutilishining eng yengil turi hisoblanadi, chunki ichak bo'shlig'ining tiqilib qolishi ichak tutqich ezilmasdan sodir bo'ladi. Ichakning yot jism, o'sma va shu kabilardan tiqilib qolishining hamma turlari ichak tutilishining shu turiga kiradi.

Ichaklar invaginatsiyasi ichak tutilishining strongulyatsion va obturatsion turlari o'rtasidagi oraliq turi hisoblanadi. Ichakning bir bo'lagi uning davomi bo'lmish ikkinchi bo'lagining ichiga kiradi. Ko'pincha ingichka ichak ko'richak sohasida yo'g'on ichakning ichiga kirib qoladi. Ingichka ichak ingichka ichakka, yo'g'on ichak yo'g'on ichakka kirib qolishi mumkin. Blastula devori bir qismining blastula ichiga noto'g'ri kirishi va ichak devorlarining to'liqsimon harakati ichak kasalliklariga sabab bo'ladi. Invaginatsiyada ichak tiqilibgina qolmay (obturatsiya), balki ichak tutqich tomirlari ezilib ham qoladi (strongulyatsion) natijada qon aylanishi buziladi va keyinchalik invaginatsiya bo'lgan ichak bo'lagi nekrozga uchraydi.

Ichak tutilishi ichak tutqich tomirlarda qon laxtasi hosil bo'lishiga bog'liq bo'lishi ham mumkin. Trombozga shikastlar, qon ivishi xususiyatining oshganligi, ichakning yallig'lanish kasalliklari sabab bo'lishi mumkin. Mezenterial tomirlar trombozidan ichak ma'lum bo'limning qon bilan ta'minlanishi buziladi, keyinchalik esa jonsizlanish va gangrena — qorason vujudga keladi.

Klinikasi. Ichak tutilishining hamma turlari uchun bir qator umumiy belgilar xos: qorinda xurujsimon og'riq, najas kelishi va yel chiqishi to'xtaydi, meteorizm (qorin dam bo'ladi), qayt qilish, intoksikatsiya ana shular jumlasidandir.

Ichak tutilishining ayrim turlarida ichak tutilishining aytib o'tilgan belgilardan tashqari o'ziga xos belgilari kuzatiladi. Ichak tutilishining falajlik turida qorin anchagina dam bo'ladi va peristaltika butunlay bo'lmaydi.

Spastik turi uchun ichak peristaltikasining kuchayishi bilan birga xurujsimon ogʻriqlar paydo boʻladi. Ichak tutilishining spastik turi paralitik turiga oʻtishi mumkin.

Strongulyatsion tutilishda qorinda juda qattiq sanchiqsimon ogʻriq paydo boʻladi: Ichak tutilishi nechogʻli yuqorida boʻlsa, qusish shunchalik koʻp boʻladi. Biroq ichakning quyi boʻlimlaridan najas kelishi mumkin. Ichakning ayrim boʻlimlarida dam boʻlishi sababli qorin asimmetriyasi (Val belgisi) paydo boʻladi, auskultatsiyada baʼzan tushayotgan tomchi tovushi eshitiladi (Sklyarov belgisi), toʻgʻri ichak ampulasi kengayadi (Obuxov kasalxonasi belgisi). Bemorning ahvoli nihoyatda ogʻir boʻladi, arterial bosimi pasayadi, pulsi ipsimon boʻlib qoladi, sovuq ter chiqadi, lablari vabarmoqlarining uchi koʻkimsir tus oladi, koʻzlari kirtayadi, tovushi jarangdorligini yoʻqotadi, oyoq-qoʻllari muzday boʻlib qoladi, biroq es-hushini yoʻqotmaydi. Tana harorati odatda, normal atrofida boʻladi. Ichakning jonsizlanishi tutash peritonitga olib keladi.

Obturatsion ichak tutilishida, agar ichak boʻshligʻining qisman tiqilib qolishi mavjud boʻlsa, klinikasi asta-sekin vujudga keladi. 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 kuchli ich ketishi birin-ketin almashinib turadi. Bunga intoksikatsiya qoʻshiladi.

Invaginatsiyada klinik manzara odatda tez roʻy beradi, qusish, qorinda ogʻriq boʻladi, paypaslab koʻrilganda elastik konsistensiyadagi silindirsimon tuzilma aniqlanadi, oʻng yonbosh sohasi ichiga tortib ketadi, najasda qon paydo boʻlishi mumkin. Invaginatsiya koʻpincha bolalarda boʻladi. Quyi invaginatsiyada invaginat anal teshikdan tashqariga chiqishi mumkin (toʻgʻri ichak tushishidan farq qilish zarur).

Mezenterial tomirlar trombozida qorinda muttasil ogʻriq boʻladi, qorin birmuncha shishib chiqadi, ich toʻxtashi qayd qilinadi.

Ichak tutilishi tashxisida rentgenologik tekshiruv muhim ahamiyatga ega. Obzorli rentgenoskopiyada ichak qovuzloqlarida gorizontaal suyuqlik sathi bilan ayrim suyuqlik sohalari — Kloyber kosachalari aniqlanadi.

Davosi. Ichak tutilishining dinamik turida birinchi navbatda uni keltirib chiqargan sababni bartaraf etish zarur. Ichak shilliq mushaklarining ishini muvofiqlashtirish uchun paranevral novokain blokadasi qilinadi. Falajlanib ichak tutilishida u ichak silliq mushakla-

ining tonusini oshiradi, spastik turida esa — tonusni pasaytiradi. Ichak tutilishining paralitik turida blokada qilishdan tashqari, venaga 10—20 ml 10% li natriy xlorid eritmasi, teri ostiga 1 ml prozerin yoki pituitrin yuborish tavsiya etiladi. Gipertonik xuqna (20—30 ml 10% li natriy xlorid eritmasi) yoki Ognev xuqnasini (20 ml dan natriy xloridning gipertonik eritmasi, glitserin va vodorod peroksid) qilinadi. Obturatsion ichak tutilishida, ayniqsa bu koprostat sababli kelib chiqqanda, tozalaydigan yoki sifonli xuqna qilinadi. Ichak tutilishining hamma turlarida, intoksikatsiya bo'lganda dezintoksikatsion terapiya (5% li glyukoza eritmasi va fiziologik eritmani sutkasiga 3000 ml gacha) olib boriladi.

Konservativ tadbirlar naf bermaganda operatsion davo qilinadi — ichak tutilishining sababi bartaraf etiladi. Ichak tutilishi sabab bo'lgan bitishmalarda bularni kesiladi va deserozlangan bo'laklar peritonizatsiya qilinadi (bitishmalar qaytadan hosil bo'lishining oldini olish).

Ichak bo'shlig'i tiqilib qolishi natijasida yuz bergan obturatsion ichak tutilishida ichaklar qisman ko'ndalang kesiladi (enterotomiya), bunda to'siqlar olib tashlanib, ichakning butunligi tiklanadi.

Strongulyatsiya uni keltirib chiqargan sababni bartaraf qilishi zarur. Ichak bo'lagi yashab ketmaydigan bo'lgan taqdirda uni sog'lom to'qimalar chegarasiga rezeksiya qilinadi. Ichak tutilishini o'z vaqtida operatsion davo qilmaslik bemorni peritonitga va o'linga olib keladi.

QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING DESTRUKTIV KASALLIKLARI

Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasi kasalligining xirurgik asoratlari. Ko'p tarqalgan bo'lib, 20—40 yoshdagi erkaklar ko'p kasallanadi. Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining kelib chiqishiga talaygina omillar (mexanik, kimyoviy va hokazo) sabab bo'lishi mumkin degan fikrlar bor. Asoratlanmagan yangi yaralarda shilliq parda osti qavatini qisman egallangan shilliq parda nuqsonigina bo'ladi.

Uzoq davom etgan yara chetlari chandiqlanib, chandiqli yallig'lanish kallyoz yara hosil bo'ladi. Ba'zan yara qo'shni a'zolar (charvi, ko'ndalang chambar ichak, me'da osti beziga) ga o'tib, ularga yopishadi — penetratsiyalovchi yara hosil bo'ladi. Yara me'daning chiqish bo'limida yoki o'n ikki barmoqli

ichakning boshlang'ich qismida bo'lganda bu bo'lim keskin torayib qolishi mumkin. Buni stenozlovchi yara deyiladi. Yara qorin bo'shlig'iga erkin yorib kirganda uni teshib kirgan (perforativ) yara deyiladi. Uzoq vaqtgacha tuzalmaganda yara rakka aylanishi mumkin.

Klinikasi. Kasallik bir necha yilgacha cho'ziladi va odatda mavsumiy xarakterga ega bo'ladi— bahorda va kuzda zo'rayadi. Bemorlar to'sh osti sohasidagi og'riqdan nolishadi. Og'riq ovqat yeyilgan zahoti (ilk og'riqlar), 2—3 soat o'tgach (kech og'riqlar) va ko'p vaqt o'tgandan so'ng (ochlik og'riqlari) paydo bo'lishi mumkin. Me'daning yara kasalligida paypaslab ko'rilganda og'riq to'sh osti sohasida, o'n ikki barmoqli ichak yarasida to'sh osti sohasining picha o'ng tomonidan qayd qilinadi, og'riq penetratsiyali yaralarda ancha qattiq bo'ladi. Ko'pincha og'riq qusish bilan o'tadi. Stenozlovchi yaralarda qusish ayniqsa aniq ko'rinadi, bunda me'dada ovqatning turib qolishi kuzatiladi.

Me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligi ko'pincha me'da shirasining kislotaliligi anchagina oshganda paydo bo'ladi. Diagnostikada endoskopik va rengenologik tekshirishning muhim ahamiyati bor. Kontrast modda (bariy sulfat) yuborilganda yara chuqurchasini aniqlash mumkin. Hozirgi vaqtda maxsus asbob-gastrofibroskop yordamida me'da shilliq pardasini bevosita ko'zdan kechirish bilan aniq tashxis qo'yilmoqda.

Davosi. Yangi yaralarlarda konservativ terapiya tavsiya qilinadi. U suyuq va muloyim ovqatlar tayinlash, ruhan orom berish, chekish va ichkilik ichishni tashlashdan iborat. Sanatoriy-kurortlarda mineral suvlar bilan davolash katta yordam beradi.

Operatsion usulida davolash uchun qator ko'rsatmalar mavjud; aniq ko'rsatmalar — teshilgan yaralar, qo'shni a'zolarga o'tadigan malignizatsiya qilingan yara, kallyoz va stenozlaydigan yara va nisbiy ko'rsatmalar — qonab turadigan yara, konservativ davo natija bermaganda (me'daning 2 yildan oshgan yara kasalligi, 3 yildan oshgan 12 barmoqli ichak yara kasalligi).

Rezeksiyaning turi yaraning qayerda joylashganligiga bog'liq. Yara yuqoriroqda joylashgan bo'lsa, me'daning kardial bo'limi rezeksiya qilinadi yoki uni batamom olib tashlanadi, pilorik bo'lim yarasida bu bo'lim rezeksiya qilinadi. Me'da shirasining kislotaliligi nechog'li yuqori bo'lsa, me'daning shunchalik ko'p qismi olib tashlanadi. Me'daning tegishli bo'limi olib tashlangandan so'ng boshlang'ich bo'limiga ulanadi (anastomozlanadi). Me'da rezeksiya qilinganda,

yarani olib tashlashdan tashqari, me'da shirasining kislotaliligi kamayadi, bu yaraning qaytalanish imkoniyatini kamaytiradi. Kislotalikni ko'proq kamaytirish uchun qo'shimcha ravishda selektiv vagotomiya qilinadi (adashgan nerv stvolini yoki tarmoqlarni qir-qish), bu esa me'da shirasi kislotaliligini yanada pasaytiradi.

Yara kasalligining xirurgik asoratlari. Yaraning teshilishi (perforatsiyasi). Yara uzoq muddat kechganda shilliq qavat, shilliq parda osti qavati va qisman mushak qavatining yemirilishi kuzatiladi. Jismoniy ish, ko'p ovqat yeyish, me'dani yuvish va shu kabilar me'daning yara zonasidagi yupqalashgan qavati yoriladi (perforatsiya, teshiladi). Me'daning suyuqlig'i hosil bo'lishiga olib keladi.

Klinikasi. Teshilish vaqtida to'sh osti sohasida to'satdan qattiq og'riq paydo bo'ladi. Bu og'riqni qoringa xanjar urishga taqqoslanadi va uni "xanjar urgandek" og'riq deyiladi. U shok holatiga olib kelishi mumkin. Bunda qorin ichiga tortiladi, qorin mushaklari taranglashgan (defans) bo'ladi. Bemor oyoqlarini yig'ib olib, chalqancha yoki yonboshlab yotadi. Shchetkin—Blyumbergning belgisi musbat bo'ladi. Qorinni perkussiya qilishda qorin bo'shlig'ida havo borligidan (me'dadan tushgan) jigarga xos bo'g'iq tovush eshitilmaydi. Qorin bo'shlig'i rentgenoskopiya qilinganda diafragma ostida hovoli "o'roq" belgisi aniqlanadi. Bemorning yuzi so'lib qoladi, bo'zaradi (Gippokrat yuzi). Puls avvaliga siyrak (Bergman simptomi), keyin esa tezlashgan bo'ladi.

Birinchi yordam, transportirovka qilish, davolash. Birinchi yordam ko'rsatish og'riq qoldiruvchi dorilar ruxsat etilmaydi, chunki ular klinik manzarani o'zgartirib qo'yishi mumkin. Birinchi yordam tariqasida yurak-tomir dorilar (kofein, kamfora, kardiamin) ishlatish, qoringa muzli xalta qo'yish lozim. Bemorga suyuqlik ichirish qat'iyat man qilinadi.

Transportirovkani tez yordam mashinasida — zambilda bemor uchun qulay vaziyatda (yonboshida, chalqancha yotqizib) amalga oshiriladi. Birga olib boradigan xodim bemorni kuzatib turishi lozim. Qusganda bemorning boshini yon tomonga burish kerak (qusuq massasidan asfeksiya ro'y berish xavfi bo'ladi).

Shoshilinch operatsiya davolashning asosini tashkil etish. Bu me'da yoki o'n ikki barmoq ichakdagi **perforativ** teshikni tikish, qorin bo'shlig'iga tushgan me'da suyuqlig'ini chiqarish va unga antibiotiklar yuborishdan iborat. Qorin bo'shlig'idagi jarohat zich qilib tikiladi. Ba'zan qorin bo'shlig'iga antibiotiklar yuborish uchun ingichka polietilin naycha (mikroirrigator) kiritiladi. Ayrim hollarda,

bemorning ahvoli qoniqarli bo'lganda va me'dada yallig'lanish, yara paydo bo'lmaganda me'da **rezeksiya** qilinadi.

Qonab turgan yara. Qator hollarda yara qon tomirni yemirishi mumkin, bu ko'p qon ketishiga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Ko'p qon ketganda bemor kofe quyqasi rangida ko'p qusadi (kislotali me'da suyuqlig'i ta'sirida o'zgartirgan qon), najas qatronsimon bo'ladi (bu ham qon aralashib kelgani uchun), pristaltika kuchayadi (Gordon-Teyler simptomi). Bemorning ahvoli tezda nochorlashadi, dam-badam hushidan ketib turadi. Terisi oqaradi, tomiri tez-tez uradi, to'liqligi sust bo'ladi, arterial bosimi pasayadi.

Birinch yordam, transportirovka qilish, davolash. Bemorni gorizontaal vaziyatda yotqiziladi, qorniga sovuq muolajalar buyuriladi. Faqat yotqizilgan holatda transportirovka qilinadi.

Davo konservativ tadbirlardan boshlanadi: tamomila tinch sharoit yaratiladi, qorniga muz xaltachalar qo'yiladi, narkotiklar beriladi. Venaga 10% li kalsiy xlorid eritmasi va epsilon-aminokapron kislotasi, muskul orasiga vikasol yuboriladi. Qonni oz-ozdan tomchilab beriladi. Konservativ davo natija bermaganda operatsiya qilinadi — me'dani rezeksiya qilib, qonaydigan yara olib tashlanadi.

Pilorus stenoz. Pilorus stenoz yoki chandiqli torayishi me'daning pilarik qismida yoki o'n ikki barmoqli ichakda yuz berishi mumkin. Shu sohada joylashgan yara bitgan taqdirda chandiqli bujmayish sodir bo'ladi, natijada me'daning chiqish bo'limi torayib qoladi.

Klinikasi. Bemorlar ovqatdan so'ng me'da sohasidagi og'irlik va to'lib ketish sezgisidan nolishadi. Ovqat yeyilgandan so'ng bir necha soat o'tgach, hazm bo'lmagan ovqat qusib tashlanadi, bemor ozadi, suvsizlanadi. Tashxis rentgenologik yoki gastrokopik yo'l bilan aniqlanadi.

Davosi — me'da rezeksiya qilinadi. Me'da shirasining kislotaliligi pasayib holsizlangan va zaiflashgan bemorlarda istisno tariqasida gastroenteroanastomoz operatsiyasini qilish mumkin. Bu — me'da bilan ingichka ichakning boshlang'ich qovuzlog'i o'rtasida anastomoz vujudga keltirishdan iborat.

Yaraning rakka aylanishi. Ko'p hollarda uzoq vaqtga cho'zilgan yaralar, ayniqsa kallyoz yaralar rak o'smasiga aylanadi.

Klinik manzarasi. Og'riq doimiy tus oladi, ishtaha yomonlashadi, bemorlar ozib ketadi, me'da shirasining kislotaliligi juda ham pasayib ketadi, kaxeksiya yuz beradi.

Davosi — me'da rezeksiya qilinadi. Me'da rakida kichik va katta charvilar olib tashlanadi. Bemor och qolib o'lmasligi uchun gastrostoma qo'yiladi.

TO'G'RI ICHAK VA ORQA CHIQUARUV YO'LI KASALLIKLARI

To'g'ri ichak tekshirish uchun qulay. Bemorni **defekatsiya** aktidagi kabi cho'qqaytirib o'tqazib qo'yilganda to'g'ri ichakning chiqqanligini, tashqi bavoil tugunlarini ko'rish mumkin. Barmoq bilan tekshirishni bemor oyoqlarini qorniga tortib, yonboshi bilan yotgan holatlatida o'tkaziladi. Buning uchun qo'lqop kiyiladi. Ko'rsatkich barmoqqa mo'l qilib vazelin surtiladi va asta-sekin to'g'ri ichakka kiritiladi. Barmoq bilan tekshirish to'g'ri ichak va to'g'ri ichak yonidagi kletchatkaning patologik infiltratsiyasini, tromb hosil qilgan ichak gemmoroidal tugunlarni, to'g'ri ichak yoriqlarining zichlashgan chetlarini va shu kabilarni aniqlash imkonini beradi. Asboblar bilan tekshirish o'tkazishdan oldin xuqnalar yordamida bemorning yo'g'on va ingichka ichaklari qunt bilan tozalanadi. Tekshiruv tizzatirsak vaziyatida olib boriladi. Rektal ko'zguga vazelin surtiladi va ehtiyotlik bilan 8—10 sm ichkariga kiritiladi. Uni asta-sekin chiqara turib to'g'ri ichak ko'zdan kechiriladi. Rektoromanoskopiyada ko'pgina tashxisiy ma'lumotlar olish mumkin. Rektoromanoskopga vazelin surtiladi va 25—30 sm ichkariga kiritiladi. Ballon yordamida ichakka dam (havo) beriladi va asbobni chiqarayotganda ichak shilliq pardasi ko'zdan kechiriladi. To'g'ri ichak shilliq pardasiningina emas, balki yo'g'on ichak shilliq pardasini ham tekshirish uchun kolonobirooskop qo'llaniladi. Elastik optikasi bor bu asbob kerakli burchak ostida egiladi va yo'g'on ichakning anchagina bo'limlarini ko'zdan kechirish imkonini beradi.

Orqa chiqaruv yo'lining yoriqlari. Bunga to'g'ri ichak shilliq pardasining anal teshik sohasida zich najas massalari, yot jismlar va shu kabilardan oz-moz shikastlanishi sabab bo'ladi. Avvaliga shilliq pardaning chiziqli shikasti aniqlanadi. Keyinchalik yoriq chuqurlashadi, shilliq parda osti qavatigacha yetadi; uning chetlari zichlashadi.

Klinikasi. Defekatsiya vaqtida qattiq og'riq bo'ladi, ba'zan ozroq qon yoki seroz-qon aralash suyuqlik paydo bo'ladi. Yoriq ko'pincha ich qotishi bilan o'tadi. Ko'zdan kechirishda terining o'tuvchi burmasi sohasida «chegaradosh do'mboqcha» ko'rinishida qalin tortib tugaydigan uzunasiga ketgan oval shakldagi yoriq aniqlanadi. Sfinktor tonusi oshganligi, yoriqning chetlari va tubi zichlashganligi qayd qilinadi.

Davosi. Yoriq yangi bo'lganda konservativ davo qilinadi. Birinchi navbatda qabziyatni bartaraf etish zarur. Buning uchun parhez ovqatlar tanlash kerak. Bu ichning muntazam, yumshoq kelishini ta'minlaydi. Bemorga kanakunjut yoki parafin moyi, makkaf sano va krushina qaynatmasi ichiriladi. To'g'ri ichakka 50—100 ml dan iliq zaytun moyi yuboriladi, belladonnali shamchalar buyuriladi, kaliy permanganat yoki ichimlik soda solingan vannaga o'tirish, mikroklizmalar tayinlanadi.

Konservativ davo kor qilmaydigan surunkali yoriqlarda to'g'ri ichak sfinkterini mahalliy anesteziya ostida qayta cho'ziladi. Bunda yoriq yanada kattalashadi va bitishi tezlashadi. Davolashda qiyin bo'lgan hollarda yoriqni kesiladi va choklar solinadi.

Bavosil. Bavosil deganda to'g'ri ichak venoz chegaralarining varikoz kengayishi tushuniladi va qon ketishi va og'riq bilan kechadi.

Joylashishiga ko'ra ichki va tashqi bavosil farq qilinadi. Ichki bavosilni ko'rib bo'lmaydi va uni barmoq bilan yoki rektoskopik tekshiruvda aniqlanadi. Tashqi bavosil tugunlari anal teshik yaqinida ko'rinadi. Qator hollarda bu tugunlarning yallig'lanishi kuzatiladi. Bavosilga ich qotishi, homiladorlik, uzoq vaqt o'tirish natijasi-da kichik chanoqdagi qon dimlanishi holatlari 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'ladigan va sfinkterning berkitish faoliyati yetarli bo'lmaganda tashqariga chiqib qoladi. Bu — sfinkter faoliyatini yanada pasaytiradi. Bunday holat to'g'ri ichakdagi najasning chiqishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida anal teshik sohasini kichraytiradi, terisi bichiladi va og'riydi. Qator hollarda defekatsiya paytida ozmoz qon ketishi kam qonlikka olib kelishi mumkin — qonda gemogloblin birmuncha kamayadi.

Bavosil tugunlari tormboflebitida orqa chiqaruv yo'li sohasida kuchli og'riq paydo bo'ladi, bu og'riq defekatsiya vaqtida kuchayadi. Bavosil tugunlari ko'kimtir tusga kirgan, taranglashgan, ustini fibrinöz parda qoplagan, shilliq pardasining ayrim joylarida yaralar paydo bo'ladi.

Davosi. Asoratlanmagan bavosilda ich qotishining oldini olish uchun parhez tartibga solinadi. Ich qotganda kanakunjut moyi va parafin moyi buyuriladi. Teri bichilganda kaliy permanganat solingan vannalarga o'tiriladi. Qon ketishi ko'p

bo'lganda gemostatik vositalar — vikasol, kalsiy xlorid, gemofobin va boshqalar qo'llaniladi. Bavosil tugunlari tormbozida 5% li kaliy permanganat eritmasi solingan iliq vannaga o'tiriladi. Antikoagulyantlar qo'llaniladi. Presakral novokain blokadalari yaxshi natija beradi.

Agar bavosilda qonashga va yallig'lanishga moyillik bo'lsa, operatsiya qilib davolanadi. Yallig'lanishning o'tkir davrida operatsiya qilish mumkin emas. Bavosil tugunlari bog'lab qo'yiladi. Bir necha kun o'tgach, bavosil tugunlari ko'chib tushadi. Operatsiyadan keyingi davrda ich kelishini bir necha kunga to'xtatib qo'yiladi. Buning uchun bemor kletchatkasi kam ovqatlar yeydi va unga kuniga 3 marta 8 — 10 tomchidan opiy nastoykasi beriladi. Defekatsiya aktidan keyingi bemor kaliy permanganat (pushti rang eritma) yoki soda eritmasi (30—40 g) solingan vannaga o'tiradi.

To'g'ri ichak poliplari. Bular xavfsiz o'smalardir. Ular yakka va ko'p sonli, tariq donidan to yong'oqdek kattalikda bo'ladi. Ingichka oyoqchada turgan past joylashgan poliplar, orqa chiqaruv yo'li orqali chiqib qolishi mumkin. Tashxis barmaq bilan tekshirish, rektoskopiya va rektoromanoskopiya asosida qo'yiladi, yuqori joylashgan poliplarda tashxis kolonoskopi yada aniqlanadi.

Davosi. Past joylashgan yakka poliplarda ichakning tegishli bo'lagi kesib olib tashlanadi.

To'g'ri ichak raki. Anchagina ko'p uchraydi va boshqa joylardagi raklar o'rtasida beshinchi o'rinni egallaydi. Bemorlar o'rta-sida erkaklar bilan ayollarning nisbati 3:2. Orqa chiqaruv yo'li raki kamroq uchraydi, biroq xatarli o'tadi. To'g'ri ichak ampulasi va proksimal bo'limining raki adenokarsinoma yoki skirr bo'lib, ba'zan to'g'ri ichakning sirkulyar torayishiga olib keladi. Metastazlanish limfogen yo'l bilan ham, gemotogen yo'l bilan ham ro'y berishi mumkin.

Klinikasi kasallikning bosqichiga bog'liq. Avvaliga kasallik belgilarsiz o'tishi mumkin. Keyinchalik ich ketishi bilan almashinib turadigan qabziyat, tenezmlar, to'g'ri ichakdan shilimshiq, qon va yiring ajralishi ko'riladi. O'sma o'sib qalinlashganda to'g'ri ichak bo'shlig'i tiqilib qolishi — quyi ichak tutilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Barmaq bilan tekshirishda rektoskopiya va rektoromonoskopiya usulida tashxis qo'yiladi. Tekshirishning bu turlarida o'smani topish, uning kattalashishini, tarqalganligini, joylashishini, yaralar hosil qilganini va shu kabilarni aniqlash, gistologik tekshirish uchun

to'qima bo'lakchasini olish 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 ajratish buziladi.

Davosi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida radikal operatsion davo qilinadi — to'g'ri ichakni o'sma bilan birga sog'lom to'qimalar chegarasigacha olib tashlanadi. Ichakning qolgan qismining oraliq orqali o'tkaziladi yoki qorin devoriga chiqariladi. Kasallikka radikal xirurgik davo qilishning iloji bo'lmagan, zo'raygan hollarda sigmasimon ichak bo'lagini chap yonbosh sohasidan tashqariga chiqarib qo'yish yo'li bilan sun'iy orqa chiqaruv yo'li (anis pretenaturavis) yasaladi.

Rentgenoterapiya ba'zan qoniqarli natija beradi. Rentgenoterapiya radikal davo qilishga imkon bermasa-da, rak o'smasining o'sishini birmuncha sekinlashtiradi. Palliativ davolashda bemor 2—3 yil yashaydi. Pallativ operatsiya qilinmaganda bemorlar quyida joylashgan ichak tutilishidan vafot etadilar.

QORIN DEVORI VA QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING SHIKASTLARI HAMDA KASALLIKLARI BO'LGAN BEMORLARNI PARVARISH QILISH XUSUSIYATLARI

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlarida (yirtilishi-da) va teshib o'tadigan jarohatlarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik iloji boricha qisqa bo'lishi kerak. Gigiyenik vanna, tozalash huqnasi, me'dani yuvish singari tadbirlarni qo'llash mumkin emas. Umumiy tayyorgarlikka kelganda faqat qorindagi tuklar qiriladi va teri iliq suv bilan artiladi. Bemor qovug'i kateter yordamida bo'shatiladi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning qolgan qismi shokka, yurak-tomirlar ishining susayib ketishiga va anemiyaga qarshi qaratilishi lozim. Bemorga yurak dorilari, narkotiklar beriladi, operatsiya vaqtida qon, fiziologik eritmasi quyiladi.

Operatsiyadan keyin bemorni karavotning bosh tomonini balandroq qilib chalqancha yotqizib qo'yiladi. Keyinchalik operatsiyadan so'nggi parvarish qaysi a'zoning shikastlanishiga qarab olib boriladi. Me'da va ichaklar shikastlanganda operatsiyadan keyin birinchi kuni og'iz orqali ovqat berish man qilinadi. Yaqin 2—3 sutka mobaynida ovqatlantirish 1—2 l gacha 5% li glyukoza eritmasini, shuncha miqdorda fiziologik eritmasi parenteral yuborish, 250—500 ml plazma, yog'

emulsiyasi (intralipid, lipomiol, lipomais) quyish yo'li bilan amalga oshiriladi. Bundan tashqari, yurak dorilar, narkotiklar, antibiotiklar yuboriladi. Bemorlar me'da va ichak rezeksiyasidagi kabi ovqatlantiriladi.

Birinchi kunlari me'dada suyuqlik yig'ilib qolishi mumkin. Suyuqlikni burun orqali me'daga ingichka zond kiritilib, shpris yordamida me'da suyuqligi tortib olinadi. Ichak peristaltikasini qo'zg'atish uchun 3-kundan boshlab tozalov huqnasi qilinadi, teri ostiga prozerin, venaga natriy xloridning gipertonik eritmaları yuboriladi. Operatsiyadan keyin bemorni suyab o'tqaziladi, 4-kuni esa yurishga ruxsat beriladi. Choklarni 8 — 10 kuni olinadi.

Parenximatoz a'zolari yorilgan bemorlarni operatsiya qilishda parvarish qilish qoidasi asosida olib boriladi. Farqi shundaki, parhezni birmuncha erta muddatlarda kengaytirish mumkin, biroq bemorni ehtiyotlik bilan ovqatlantirish kerak. Vaqti-vaqtida qon va qon o'rnini bosadigan suyuqliklar quyiladi.

Peritonit bilan bemorlarni parvarish qilish. Operatsiyadan keyingi davrda dezintoksikatsion terapiya: suyuqlik, glyukozani ko'p miqdorda parenteral yuborish, qon, plazma, gidrolizatlarini transfuziya qilish, antibiotiklar va novokainni qorin bo'shlig'iga drenajlar orqali va mushak ichiga yuborish tavsiya etiladi. O'pka-dagi asoratlar, yurak-tomirlardagi buzilishlarga qarshi kurash olib boriladi (bankalar, xantallar, nafas gimnastikasi, kamfora, kofein, kordiamin va boshqalar inyeksiyasi).

Bemorni o'ringa bosh tomonini balandroq qilib yotqiziladi. Qorni sovuq qilinadi. Ich dam bo'lishiga qarshi choralar ko'riladi. Bemorni me'da va ichak operatsiyalaridagi kabi qoida bo'yicha ovqatlantiriladi.

Bemorlarni churrasi kesilgandan so'ng parvarish qilish. Ichki a'zolari anchagina chiqib qolgan katta churralar sababli operatsiya qilingan bemorlarni parvarish qilishga alohida ahamiyat beriladi. Bunday bemorlarda operatsiyadan keyin qorin ichidagi bosim birmuncha ko'tariladi, natijada diafragma yuqoriga ko'tariladi, yurak ishi va o'pkaning nafas olishdagi harakati qiyinlashadi. Bu holatning oldini olish uchun operatsiyadan 2—3 hafta oldin bemorga Trendellenburg vaziyati beriladi (karavotning oyoq tomonini balandroq ko'tarib qo'yiladi) va churra ichidagi organ to'la-to'kis to'g'rilanadi. Operatsiyadan keyin, nafas gimnastikasi muhim ahamiyatga ega.

Churrani kesishda ichaklarni tayyorlashga katta ahamiyat beriladi, chunki aksari bunday bemorlar qabziyatdan nolishadi. Operatsiyadan 3—4 kun oldin surgi dori beriladi va ichakni tozalash uchun huqna qilinadi.

Operatsiyadan keyingi davrda yoriq shishi, moyakning yallig'lanishi va epididimetning oldini olish uchun suspensoriy yorg'oq va moyakni tutib turadigan mazsus bog'lovni taqish kerak. Suspensoriy yorg'oqni yuqoriga ko'taradi va qorinda turadi. Bir haftadan so'ng bemorlarga o'rnidan turishga ruxsat etiladi.

Me'da operatsiyalarida bemorlarni parvarish qilish. Operatsiyaga umumiy tayyorgarlik bemorning ahvoli (holsizlangan, kamqon), kasallikning turi va asoratlariga qarab belgilanadi. Asoratlanmagan turlarida 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 bemor me'dasi har kuni 0,25% li xlorid kislota eritmasi bilan yuviladi. Suv-tuz balansini tiklash maqsadida oqsilli qon o'rnini bosadigan suyuqlik, tuzlar, suv, vitaminlarni parenteral yuboriladi.

Operatsiyadan keyin 3-kuni bemor to'sh osti sohasida og'riq sezadi, sassiq kekirishdan va qusishdan nolishi mumkin. Bunga anastomoz shishi, me'da kulyasi parezi sabab bo'lishi mumkin. Yordam ko'rsatishda me'da ichidagi suyuqlikni vaqti-vaqti bilan olib tashlash kerak.

Me'dasi operatsiya qilingan bemorning parhezga rioya qilishini qat'iy kuzatib borish shart. Operatsiyadan keyin bir kun bemor og'iz orqali hech narsa qabul qilmaydi. Suv-tuz, oqsil va vitamin miqdorini quvvatlab turish uchun suv, tuzlar, oqsillar va vitaminlar parenteral yo'l bilan yuboriladi. 2-kuni (asoratlar bermasdan o'tayotganda) kun mobaynida taxminan 2 stakan suv yoki qandsiz choy (oz-ozdan qultumlab) ichishga ruxsat beriladi. 3-kundan boshlab, mexanik ozor yetkazmaydigan stol №1 a (qand, moy, tuxum, kisel va hokazo) buyuriladi. Keyinchalik parhezni kengaytirib odatdagi stolga (№1 b, I) o'tkaziladi. Me'da shirasining kislotaliligi

pasayishi sababli suyultirilgan xlorid kislotasi, pepsin yoki me'da shirasi beriladi. Me'daning qolgan qismini sig'imi kichik bo'lib qolganligi bilan bog'liq bo'lgan "kichik me'da" hodisalarini nazarda tutish lozim. Shu munosabat bilan bemorga har 2—3 soatda oz-ozdan ovqat beriladi.

Jigar va o't yo'llaridagi operatsiyalarda bemorlarni parvarish qilish. Jigar faoliyati buzilganda operatsiyaga tayyorgarlik o'rinda yotish tartibi va parhezga rioya qilish (yog'larni chegaralash, vitaminlarni katta miqdorda yuborish) 5-stol, glyukozani insulin bilan birga yuborishdan iborat bo'ladi.

Jigar faoliyatining chuqur buzilishlari bilan o'tadigan obturatsion sariq kasalligi bor bemorlarni ayniqsa sinchiklab tayyorlash talab etiladi. Obturatsion sariq kasalligida o'tning jigarga normal oqib kelishi to'xtaydi va shu tariqa yog'lar hamda vitamin K ning singishi buziladi. Vitamin K ning ichaklardan yetarlicha tushmasligi protrombin ishlanishining buzilishiga va qon ivish holatlarining izdan chiqishiga olib keladi, bu — salga qonayverishda o'z ifodasini topadi. Bunday hollarda qilinadigan operatsiya anchagina qon oqishi bilan o'tadi. Bu asoratlarning oldini olish uchun bemorlarga vitamin K yoki uning o'rnini bosadigan vikalol, kalsiy xlorid yuboriladi, qon va plazmani oz-ozdan quyiladi.

Umumiy o't yo'li drenaj qilinadigan operatsiyalarda tibbiyot hamshirasi operatsiyadan keyingi davrda drenaj naychaning jarohatdan tushib qolmaganligi, drenaj tizimi buzilmasligi ustidan kuzatib borish kerak. O'tkir hodisalar bosilgandan so'ng o't suyuqlig'ining holati o'zgaradi. U birmuncha tiniq, ipir-ipersiz va yiringsiz bo'lib qoladi. Shu paytdan boshlab, drenaj uchini avval 1—2 soatga, so'ngra bundan ko'proq vaqtga yuqoriga ko'tarib qo'yiladi. Bemorning ahvoli yomonlashmasa, sariqlik ko'paymasa, drenaj olib qo'yiladi (odatda operatsiyadan keyin 10—12 kuni).

O't **fistulalari** uzoq vaqtgacha turganda normal hazm qilish buziladi, chunki o'tning ko'p qismi tashqariga chiqariladi. Yo'qotilgan o't o'rnini to'ldirish uchun uni toza idishga yig'iladi va ovqatdan 15—20 minut keyin bemorga ichiriladi. O't suyuqlig'ini ichishni osonlashtirish uchun uni pivoga aralashtirib beriladi.

Yo'g'on va ingichka ichakdagi operatsiyalarda bemorlarni parvarish qilish. Jarohatga infeksiya tushishi, choklar sitilib ketishining oldini olish uchun ichaklarni najas massalaridan

qunt bilan tozalashning ahamiyati juda muhim. Bolalarni operatsiyaga 3—5 kun tayyorlanadi. Parhezga alohida ahamiyat beriladi. Ovqat tarkibida shlaklar kam, kalloriyaliligi esa yetarli bo'lishi kerak. Operatsiyadan 2—3 kun oldin surgi dorilar buyuriladi (15—30% li magniy sulfat eritmasini kuniga 6—8 marta bir osh qoshiqdan), ertalab va kechqurun tozalovchi huqna qilinadi. Infeksiyaning oldini olish uchun 3 kun oldin bemorga ichak florasiga ta'sir qiladigan antibiotiklar (kolimitsin, streptomitsin, tetratsiklin) beriladi.

To'g'ri ichakdagi operatsiyadan bir kun avval ichaklar qunt bilan tozalanadi (tozalovchi huqnani toza suv olinguniga qadar qilinadi). Ertalab ichaklarni chayindi suvlardan xoli qilish uchun rezina naycha kiritib, tozalovchi huqna qilinadi va oraliqni yuviladi (bemorning osti kuchsiz kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi).

Yo'g'on ichakdagi operatsiyalardan keyin to'g'ri ovqatlanish tartibining ahamiyati katta. Ichaklarni to'ldirib yuborish va peristaltikani erta vujudga keltirish xavfli (choklarning sitilish xavfi bor). Operatsiyadan keyin 1-kundan boshlab suyuqlik ichishga ruxsat etiladi. 2-kundan boshlab bemorga kletchatkasi kam, suyuq yoki suyuqroq ovqatlarni bera boshlash mumkin. Sut mahsulotlari non, mevalar bermay turiladi. 5 kun mobaynida opiy nastoykasi byuriladi, so'ngra ichishga vazelin moyi beriladi va 7—8 kunga kelib tozalovchi huqna qilinadi.

To'g'ri ichakdagi operatsiyadan keyin bemorlarni parvarish qilish yo'g'on ichak operatsiyasidagi singari bo'ladi, biroq qo'shimcha ravishda to'g'ri ichakka Vishnevskiy mazi surtilgan tamponga o'ralgan rezina naycha kiritiladi. O'rin-ko'rpa qon va maz bilan ifloslanmasligi uchun kleynka solinadi. Tamponlar 3-kuni almashtiriladi (10 daqiqa oldin narkotiklar yuboriladi). Defekatsiya aktidan keyin kuchsiz kaliy permanganat eritmasi solingan vannaga o'tirish va keyin bog'lash buyuriladi.

Najas fistulasi bor bemorlarni parvarish qilish o'ziga xos bo'ladi. Fistula va fistula atrofidagi teri muttasil parvarish qilishni talab etadi. Fistula atrofidagi terining shilinishiga yo'l qo'ymaslik uchun bunday bemorlarda jarohatni tez-tez bog'lab turish kerak. Bog'lamni bemor harakat qilganda sirg'alib tushib ketmaydigan qilib qo'yish kerak. Har gal ichak bo'shatilgandan so'ng ichak shilliq pardasining chiqib qolgan qismiga vazelin moyiga botirilgan salfetka qo'yish, ustiga paxtali boshqa salfetka yopish, so'ngra bint yoki maxsus bandajlar

bilan mahkamlash kerak. Kleol yoki yopishqoq plastir ishlatish tavsiya etilmaydi, chunki bog'lamlarni tez-tez alishtirishda teri shilinishi mumkin. Fistula atrofidagi teriga Lassar pastasi yoki boshqa indifferent maz surtish lozim.

Fistula shakllangandan va operatsion jarohat bitgandan so'ng terining ta'sirlanishini kamaytirish uchun har kuni vanna qilib turish juda foydali. Najas ushlanib qolganda huqna qilish zarurati vujudga keladi. Buning uchun qo'lqop kiyish va barmoqni fistula orqali o'tqazib, ichakning yuqoridagi bo'limi bo'shlig'ini aniqlash, unga uchlik kiritish va ehtiyotlik bilan 500-600 ml suv quyish kerak, bu tadbir najas massalarining chiqishiga imkon beradi.

Me'dani yuvish davo va tashxis maqsadlarida bajariladi.

Me'daning stenozlaydigan yaralari, ichak tutilishi, sifatsiz mahsulotlar va kuchli ta'sir qiladigan moddalardan zaharlanish me'dani yuvishga ko'rsatmalar hisoblanadi. Qizilo'ngach va me'dadan qon oqishi (yara, rak, venalarning varikoz kengayishi), aniq ifodalangan yurak-tomir kasalliklari (aorta anevrizmasi, toj tomirlari yetishmovchiligi, miokard infarkti) bunga monelik qiladigan hollar hisoblanadi.

Me'dani yuvish uchun me'da zondi, sig'imi 0,5—1 l li voronka va me'da zondi bilan voronkani tutashtiradigan, rezina naycha ishlatiladi. Bemorni stulga o'tqaziladi va kleyonka fartuk kiygiziladi. Undan og'izni ochish va burun orqali chuqur nafas olish so'raladi. Suvga ho'llangan me'da zondini og'iz orqali qizilo'ngachga kiritiladi. Shu vaqtda bemor yutish harakatlari qilishi kerak. Agar zondlashning iloji bo'lmasa, ko'rsatkich barmoqni halqumga maksimal 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 eritmasi surtiladi. Voronkani bemorning tizzalari sathida tutib turgan holda uni suvga to'ldiriladi va bemor og'zidan 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 suyuqlig'i voronkaga tusha boshlaydi. Voronkadagi me'da suyuqlig'i to'kib tashlanadi. Bu muolajani me'da suyuqlig'i to'liq haydalguncha bir necha marta bajariladi.

OYOQ-O'QLLARDA QON AYLANISHINING BUZILISHI SINDROMI

To'qimalar yoki organlarning mahalliy o'lishiga nekroz deb ataladi. Nekroz hosil bo'lishida tashqi va ichki omillar ta'sirida to'qimalarda qon ta'minoti va oziqlanishning chuqur buzulishlari yotadi. Nekrozga sabab bo'ladigan tashqi omillarga:

1. to'qimalar (mushaklar, asablar, tomirlar)ni anchagina shikastlantiradigan o'tkir travma;
2. to'qimalarning jgut yoki gipsli bog'lam ostida uzoq vaqt bosilib qolishi;
3. ichaklarning churra darvozasida qisilishi;
4. termik va kimyoviy omillarning ta'siri (sovuq olish, kuyish) kiradi.

Ichki omillar quyidagilardir:

- 1) qon tomirning embol, tromb bilan yoki tomirlar bo'shlig'ining torayishidan berkitilishi;
- 2) mikroblarning hayot faoliyatidan hosil bo'ladigan zaharli mahsulotlar — toksinlar ta'siri (gazli gangrenada toksin ta'sirida kelib chiqadigan nekrozlar);
- 3) periferik va markaziy asab tizimining 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 (mumikatsiya) bilan ta'riflanadi. Gangrenaning bu turi aseptik sharoitlarda arterial qon ta'minoti asta-sekin to'xtaganda rivojlanadi. Sog'lom to'qimalar bilan nekrozga uchragan to'qimalar chegarasida granulyatsion to'qimalardan iborat demarkatsion chiziq hosil bo'ladi. To'qimalarning nekrozlangan qismi o'z-o'zidan ko'chishi mumkin.

Ho'l gangrena venoz qon aylanishi buzilganda va yiringli yoki irigan infeksiya qo'shilganda arterial tomir bo'shlig'i tez bekiilib qolgan (emboliya) kuzatiladi. Klinik jihatdan u to'qimalarning shishganligi bilan ta'riflanadi, terida to'q qizil yoki kul rang dog'lar va badbo'y suyuqlik bilan to'lgan pufaklar paydo bo'ladi. Kasallik ro'y-rost intoksikatsiya bilan kechadi. O'z vaqtida davo qilinmasa, bemorlar nobud bo'ladilar.

Infarkt deb, oxirgi arterial tomirlar bo'shlig'i bekilishi (spazm, tromboz, emboliya) natijasida a'zoning qisman nekrozga uchrashiga aytiladi. Infarkt ko'pincha yurak mushagida, o'pkada, buyraklarda kuzatiladi. Infarktning klinikasi zararlangan organ faoliyatining buzilishi bilan ta'riflanadi.

Yotoq yaralar — gavdaning o'z massasi bosilishi sababli teri yoki shilliq parda va teri osti to'qimalarining nekrozga uchrashidir. Yotoq yaralar turli xil kasalliklar bilan og'rib, og'ir yotgan bemorlarda yoki orqa miyasi shikastlangan bemorlarning odatda orqasida, dumg'azasida va dum sohasida, oyoq-tovon qismida paydo bo'ladi. Bosilishi sohasida avvaliga teri qizaradi, sezuvchanlik buziladi, keyinroq teri tiraladi, qurishib ko'chada va bu joyga infeksiya tushib ichkaridagi to'qimalarni iritadi.

Nekrozning turli xil turlarini davolash asosida uni keltirib chiqargan sababni bartaraf qilish yotadi. Qon- tomir shikastlanganda uni tikiladi. Tomir tromb yoki emboldan bekilib qolganda olib tashlanadi.

Nekrozda ho'l gangrena rivojlanishining oldini olish zarur. Shu maqsadda nekroz sohasi to'qimalarni quritishi 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 soha olib tashlanadi).

TOMIRLAR KASALLIKLARINING ASOSIY TURLARI

Klinik amaliyotda tomirlarning yallig'lanish va distrofik kasalliklari eng katta ahamiyatga ega. Yallig'lanish kasalliklarini II-bobda ko'rib chiqqan edik. Bu bo'limda tomirlarning distrofik xarakterdagi kasalliklari, shuningdek tomirlar tormbozi va emboliyalarini ko'rib chiqamiz.

Obliteratsiyalovchi endarteriit va ateroskleroz

Obliteratsiyalovchi endarteriit oyoq arteriyalari shikastlanishi bilan kechadigan tomirlarning surunkali kasalligi bo'lib, arterial tomirlar asta-sekin torayib, oyoq tomirlari bora-bora butunlay bekilib qoladi. Aksariyat yosh erkak kishilar bu kasallik bilan kasallanadi. Oyoqlarning sovuq qotishi asab - ruhiy shikastlari, tamaki chekish, surunkali intoksikatsiya unga moyil qiladigan 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'qimasini o'sib qalin tortishi va ularning aterosklerotik zararlanishi hisobiga morfologik o'zgarishlari bilan xarakterlanadi.

Klinik manzarasi. Obliteratsiyalovchi endarterit bilan obliteratsiyalovchi aterosklerozning klinik manzarasi bir-biriga ko'p jihatdan o'xshaydi. Bemorlar avvaliga kasallangan oyoqning sovuq qotayotganidan, chumoli o'rmlayotgandek 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 (galma-gal oqsoqlanish belgisi). Kasallikning ilk davrida ko'zdan kechirilganda terining oqarishi qayd qilinadi. Teri po'st tashlaydi, tirnoqlar mo'rt bo'lib qoladi, paypaslanganda sovuq unnaydi, oyoq panjasi dorzal arteriyasi va katta boldirning orqa arteriyasida puls yo'qoladi. Aterosklerozda qo'shimcha ravishda son arteriyasi pulsatsiya yo'qligi aniqlanadi. Keyinchalik oyoq panjasining bosh barmog'ida kichkina yaracha paydo bo'ladi, u kattalashadi va barmoq gangrenasiga, so'ngra oyoq panjasi gangrenasiga aylanadi.

Davosi. Qon bilan ta'minlanishini yaxshilashga qaratilganda davolar. Bemorning ko'p harakat qilmasligi tavsiya etiladi. Dorilardan spazmolitiklar vatomir kengaytiruvchi vositalar: di profen (kuniga 0,025—0,05 g dan), paxikarpin (kuniga 3 marta 0,12 g dan), padutin yoki angiotrofin (kuniga 1 ampula), vitaminlardan B₁, B₁₂ va askorbin kislota buyuriladi. Arteriyaga novokainni morfin bilan quyish, A. V. Vishnevskiy usulida buyrak atrofidagi kletchatkaga novokain blokadasi qilish barokamera ma'lum darajada ta'sir ko'rsatadi. Konservativ davo yetarlicha naf bermaganda, davolashning operatsiya usuli tatbiq qilinadi. Tomirda chegaralangan qism va morfologik o'zgarishlar yuz berganda torombni isitma bilan birga olib tashlanadi (intimtrombektomiya), transplantat yordamida aylanma anastomoz qo'yiladi yoki tomirlarning shu qismi rezeksiya qilinadi, so'ngra tomir transplantatini ko'chirib o'tkazish yo'li bilan qon ta'minoti tiklanadi.

Obliteratsiyalovchi endarteriitda ko'krak yoki bel simpatik tugunlari olib tashlanadi (simpatektomiya) yoki son arteriyasidan adventitsiya qilinadi (denuratsiya).

Bemorlarga chekish man etiladi. Gangrenada nekrektomiya yoki oyoqning tegishli qismi amputatsiya qilinadi.

Venalarning varikoz kengayishi

Venalarning varikoz kengayishi asosan oyoqlarda paydo bo'ladi va odatda katta teri osti venasi tizimi zararlanadi. Endokrin boshqaruvi va tomirlar innervatsiya sohasidagi buzulishlar, vena devori elastikligining buzilishi, homiladorlik, uzoq vaqt tik turib ishlana-digan kasblar (issiq sexlarda, kirxonalarda, nonvoyxonalarda va hokazo) moyillik tug'diradigan omillardan hisoblanadi.

Venaning varikoz kengayishida agar chuqur venalar trombozga uchrasa, vena klaponlari qon ushlab turolmaydigan holatga tushib qolganda yuz venalarda varikoz kengayishi hosil bo'ladi. Tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, varikoz kasalliklari ko'pincha nasldan o'tadi. Bunda tug'ma vena klaponlarining bo'lmasligi va yetishmasligi natijasida yuzaga keladi. Homiladorlik davrida doimo kattalashgan bachadon son venalarini ezib turishi sabab bo'lmasdan, balki homila kichikligida ham garmonlar ta'sirida varikoz kengayishi yuzaga kelishi mumkin. Trombaflibit natijasida bitta vena tomiri tiqilib qolish evaziga, tutash bo'lib turgan boshqa venalar ham kengayishi mumkin.

Klinik manzarasi. Klinik kechishiga ko'ra, oyoq venalarining varikoz kengayishi:

1. asoratsiz;
2. asoratli turlari farq qilinadi.

Asoratsiz turida ko'p hollarda bemorlar hech qanday shikoyat qilmaydilar, faqat vrachga kosmetik jihatdan murojaat qilish mumkin. Ba'zan bemorlarning kasallangan oyog'ining tez charchashi, og'irlik sezgisi bezovta qiladi, tik turganda boldir va oyoq panjasiga shish keladi, shuningdek, teri osti venalarining egri-bugriligi va kengayganligi, ochiq-oydin ko'rinib turadi. Boldir mushaklarining tortishib qisqarishi kuzatilishi mumkin. Teri yupqalashgach, po'st tashlaydi, oyoqning pastki boldir tovon bo'g'im sohalarida kapillyar qon tomirlari yorilishi evaziga ko'kargan dog'lar paydo bo'ladi.

Asoratlar turida har xil patologik o'zgarishlar yuz beradi; qon dimlanishi, yallig'lanish, trofik o'zgarishlar va infeksiya tushishida ko'p uchraydigan asoratlariga tromboflibet boldirda varikoz yaralarining paydo bo'lishi, qon oqishi kiradi. Varikoz kengayishi asoratining o'ziga xos klinik belgilari paydo bo'ladi. Terida qichishning paydo bo'lishi, oyoqda doimiy va ba'zan kechasi og'riq va yoqimsiz og'irlik sezadi. Og'riq asosan trombo

tiqilgan va yallig'langan vena, yara sohalarida bo'ladi. Charchaganda og'riq zo'rayadi, oyoqda shish, ba'zan atrofiya, ekzema, yara kengaygan venada tromboz va kapillyarit aniqlanadi. Oyoq terisi ko'karib, sapsar rangga aylanishi mumkin.

Davosi konservativ va operatsiya usullarida olib boriladi. Konservativ davo qilishda elastik bintlar taqish, elastik bintlab qo'yish taklif etiladi.

Kichkina varikoz yarada venaga sklerozlaydigan moddalar yuboriladi. Vena sklerozlanadi va uning bo'shlig'i obliteratsiyalanadi. Biroq davolashning bu turi retsdivlar beradi, ya'ni kasallik qaytalanishi mumkin. Ko'p varikozlarda operatsiya yo'li bilan davo qilish buyuriladi: vena zond yordamida olib tashlanadi (Bebkok operatsiyasi), ochiq usulda qirqiladi (Madelung operatsiyasi). Bu operatsiyalarda katta teri osti venasini uning son venasiga qo'yilishi sohasida albatta bog'lab qo'yiladi (Trojanov. Trendelenburg operatsiyasi) va ichkariga kiradigan venalar guruhini boldirda to'piq ustida ligirlab kesishtiriladi (Linton operatsiyasi). Operatsion davoni chuqur venalar o'tkazuvchanligi yaxshi bo'lgandagina amalga oshirish mumkin.

Varikoz kengaygan tomir tugunlaridan qon ketganda qon tomirning devorini mustahkamlovchi moddalardan 12,5% li etamzilit (ditsinon), 0,025% li adroksan ishlatiladi. Mahalliy gemostatik gubka yoki qon to'xtatuvchi giyoh lagoxelus eritmasiga namlangan bog'lam qo'yilib, oyoqni baland qilib yotqiziladi

TROMBOZLAR VA EMBOLIYALAR

Qonning ivish tizimi buzilishlarida yoki tomir devori shikastlanganda qonda uning qator tarkibiy qismlari (fibrin, eritrotsitlar, leykotsitlar) cho'kadi, bular o'zaro yopishib, tomir bo'shlig'ini berkitib qo'yadigan va qon aylanishini buzadigan kompakt massa hosil qiladi. Bu massa tromb, tomirning tiqilib qolishi esa tromboz deb ataladi. Odatda tromb hosil bo'lish holati asta-sekin ro'y beradi, bu yangitdan kengaygan, kollateralar degan nom olgan mayda tomirlar orqali aylanma qon aylanishining bo'lishi uchun sharoitlar orqali vujudga keltiradi.

Trombning bir qismi asosiy massadan uzilib chiqishi va embolga aylanishi mumkin, embol tomir bo'shlig'ini tomir bo'yab bekitib qo'yish mumkin (emboliya). Yog' bo'lakchalari, havo pufakchalari, travmada yoki infeksiyalarda tomir bo'shlig'iga

tushgan mikroob to'plamlari ham embol bo'lishi 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 tomirlarning emboliyalari ayniqsa xavfli bo'lib, kishining to'satdan o'lib qolishiga sabab bo'lashi mumkin.

Klinik muharasi tromb hosil bo'lishining tezligiga, tomirning katta-kichikligiga va kollaterallarning miqdoriga bog'liq. Venalar trombozida qon aylanishining buzilishi qon dimlanishi hodisalari (zararlangan vena sohasida sianoz, shish, og'riq) bilan ta'riflanadi. Arteriyalar trombozida tomir bo'shlig'i batamom bekilib, qon aylanishining asta-sekin buzilishi ro'y beradi (gangrena). Arteriyalar emboliyasida to'satdan keskin og'riq turadi, oyoqlar sovuq qotadi, tomir urmay qoladi va gangrena paydo bo'ladi. Bosh miya, o'pka, yurak emboliyasida ularning faoliyati to'satdan to'xtab qoladi. Emboliya qisman yuz berganda a'zolarining faoliyati batamom to'xtamaydi va davo to'g'ri olib borilsa, bemor hayotini saqlab qolish mumkin bo'ladi.

Davosi. Konservativ tadbirlar tomir spazmini yo'qotishga (papaverin, novokain blokadalari) va antikoagulyantlar (geparin, pelental, neodikumarin, fibrinolizin va boshqalar) yuborishga qaratilgan. Antikoagulyantlar protrombin indeksini nazorat qilib turgan holda (normada 70-95%, 30% kamaytiriladi) qo'llaniladi. Oyoqni baland ko'tarib qo'yiladi va mutlaqo orom beriladi. Yirik arterial tomirlar emboliyasida zudlik bilan operatsiya qilinadi — embol olib tashlanadi (embolektomiya).

YARALAR

Yara deb teri yoki shilliq qavatning defektiga aytiladi. Yaraning surunkali kechishi uning asosiy xususiyati hisoblanadi.

Yaralarning hosil bo'lish sabablari turli xil, biroq ularning asosida to'qimalar oziqlanishining buzilishi yotadi, bu — distrofik holatiga va nekrozga olib keladi. Yaralar ko'proq oyoq-venalarining varikoz kengayishi, obliteratsiyalovchi endarteriit va ateroskleroz zaminida paydo bo'ladi. Ba'zan trofik yaralar nerv tolalari shikastlanganda (masalan, quymich nervi shikastlanganda, tovon yoki oyoq kafti sohasida) hosil bo'ladi. Zaxm va sil yaralari uchraydi.

Davosi. Yarani hosil qilgan sababni aniqlash zarur. Uning sababini bartaraf etish odatda yaraning tuzalishiga olib keladi.

Venalar varikoz kengayganda ular olib tashlanadi, yoki bog‘lab qo‘yiladi. Yarani kesiladi va u hosil bo‘lgan teri nuqsonini teri transplantanti bilan berkitiladi. Bemorni operatsiyaga tayyorlashda oyoqlarini 0,5% li kaliy permanganat eritmasi quyilgan vannaga solish tavsiya etiladi. Rux-jelatinli bog‘lamlar (25 g rux oksid bilan jelatin, 60 g glitserin, 120 ml suv) qo‘llaniladi. Bog‘lam kamida 5—7 kunga qo‘yiladi.

Asab tomirlari shikastlanishi natijasida paydo bo‘lgan yaralarda ular chandiqli to‘qimalardan halos qilinadi, anatomik jihatdan batamom uzilganda tikiladi. Keyinchalik yara o‘z-o‘zidan bitib ketishi mumkin.

Zaxm va sil yaralari asosiy kasalliklar davolangandan so‘ng tuzaladi.

OQMA YARALAR

Oqma yara (fistula) deb a‘zo va bo‘shliqlardan tashqariga yoki bo‘shliqlarga ochiladigan kanallarga aytiladi. Oqma yaralar 2 xil bo‘ladi: tug‘ma va orttirilgan.

Kelib chiqishiga ko‘ra fistulalar:

Tug‘ma fistulalar: embrional davrda yoriqlar va yo‘llarning o‘sib yetilmasligidan hosil bo‘ladigan tug‘ma (bo‘yin, kindik, qovuq va shu kabilar fistulasi) fistulalar;

Orttirilgan fistulalar: yiringli yallig‘lanish holatlarida (flegmona, absess, osteomyelit) yoki turli xil yaralanishlar oqibatida yuz bergan orttirilgan fistulalarga bo‘linadi;

Sun‘iy fistulalar: muayyan ko‘rsatmalarga binoan jarroh tomonidan hosil qilingan: (masalan, qizilo‘ngach tutilganda, me‘da fistulasi, siydik ajratish tutilganda qovuq fistulasi, to‘g‘ri ichak kasalligida najas fistulasi va hokazo) alohida sun‘iy oqimlarni tashkil qiladi.

Fistulalar, ayniqsa tashqi fistulalarga tashxis qo‘yish unchalik qiyinchilik tug‘dirmaydi. Bunday hollarda fistula kanalini zondlash va unga kontrast modda (yodoli pol, sergozin, kardiostat) yuborish, keyin esa rentgenografiya (fistulografiya) qilish buyuriladi.

Davo fistula hosil bo‘lishiga olib kelgan sababni bartaraf etishga qaratilgan. Tug‘ma va orttirilgan fistulalarda ko‘pincha ularni operatsiya yo‘li bilan bekitishga harakat qilinadi.

Nekrozlar, tomir kasalliklari, yaralar va oqma yaralar bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari

Bu toifadagi bemorlar eng og'ir guruhga kiradi. Parvarish qilishning asosiy qoidalari yiringli infeksiyasi bor bemorlarni parvarish qilishdagi kabidir. Bemorning ruhiy holatini normaga solishga katta ahamiyat beriladi. Unga mehr va diqqat bilan qarash kerak. Xonani yaxshi shamollatish va top-toza tutish kerak.

Obliteratsiyalovchi endarteriit va aterosklerozli bemorlarni parvarish qilish. Bunday bemorlarga davo qilishning asosiy sharti — bemorni tamaki chekishidan voz kechishidir. Chekish tomirlar spazmiga olib keladi. Oyoqlarni issiq tutish va ozoda saqlash kerak. Mayda tiralish va shilinish trofik yara chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Poyabzal oyoqqa yarasha va issiq bo'lishi lozim. Trofik yara bo'lganda aseptikaga qattiq amal qilgan holda bog'lamlarni muntazam alishtirib turish zarur. Og'riq tutganda uni yo'qotish uchun tomir kengaytiradigan dorilar qo'llanishi va ular yetarlicha naf bermaganda esa narkotiklar tadbiiq qilish lozim.

Venalar varikozi kengaygan bemorlarni parvarish qilish. Oyoqlarni elastik bint bilan o'z vaqtida va to'g'ri bintlash hamda elastik paypoq kiyish kerak: oyoq terisining shilinishiga yo'l qo'ymaslik lozim. Bu kasallik ba'zan venadan anchagina qon oqishiga sabab bo'ladi. Bosib turadigan bog'lam qon oqishini to'xtatishi mumkin. Trofik yaralarni davolashda aseptikaga nihoyatda qattiq amal qilish shart. Uzoq vaqt tik turib ishlashga to'g'ri keladigan kasblar bilan shug'ullanmaslik kerak.

14 - B o b

SIYDIK AJRATIB CHIQRARISH FAOLIYATINING BUZILISH SINDROMI

Urologiya xirurgiyaning siydik-tanosil a'zolari (buyraklar, siydik yo'llari, qovuq, siydik chiqarish kanali, prostata bezi, moyaklar, jinsiy olat) kasalliklari bor bemorlarni davolash bilan shug'ullanadigan qismidir.

Bemorni urologik tekshirish xususiyatlari va maxsus terminologiyalar

Urologiya xirurgiyaning shunday bo'limlari qatoriga kiradiki, tashxis qo'yishda va bemorga operatsiyadan keyin qarashda xirurgiyaning shu bo'limigagina xos maxsus tekshirish usullari tadbiiq etilish zarur.

Sistoskopiya — sistoskop degan maxsus asbob yordamida qovuqni tekshirish usulidir. Qovuq shilliq pardasidan tashqari, siydik yo'li teshiklari ko'zdan kechiriladi, ularning faoliyati aniqlanadi va siydik yo'llarini kateterlash yordamida ko'tariluvchi piyelografiya qilinadi.

Xromosistoskopiya. Bu usul buyraklar faoliyatini aniqlash imkonini beradi. Shu maqsadda venaga 4 ml 4% li indigokarmin eritmasi yuboriladi. Qovuqqa sistoskop kiritiladi. Normada 3—5 daqiqa o'tgach, siydik yo'llari teshiklaridan ko'k rangga bo'yalgan siydik ajraladi. Indigokarmin ajralib chiqishi ushlanib qolganda buyrak yoki siydik yo'llari faoliyatining buzilganligi to'g'risida fikr yuritish mumkin.

Siydik yo'llarini kateterlash. Tekshirish uchun maxsus kateterlovchi sistoskop qo'llaniladi. Uning yordamida siydik yo'lga maxsus kateter kiritiladi. Siydik yo'li chandiqli torayganda yoki unga tosh tiqilib qolganda kateter to'siq oldida to'xtab qoladi. Siydik yo'li kateteri orqali siydikni bevosita buyrak jomidan olish mumkin.

Ko'tariluvchi piyelografiya. Siydik yo'li kateteri orqali buyrak jomiga kontrast modda — 20% li sergozin eritmasi, kardiostat, diodon yoki kislorod kiritiladi va rentgen surati olinadi. Kontrast modda asosida toshlar va o'sma yaxshi ko'rinadi.

Venaga kontrast modda yuborib, uroografiya qilish. Venaga 40% li sergozin eritmasidan qariyb 50 ml yuborildi va 10, 20, 30 daqiqadan keyin siydik yo'llarining surati olinadi. Bu usul buyraklarning ajratish faoliyatini va to'siqlar borligini aniqlash imkonini beradi.

Sistografiya — 10—20% li sergozin, diodon yoki kardiostat eritmasidan 150—100 ml quyib to'ldirilgan qovuqni rentgenografiya qilishdir. Qovuqdagi o'smalar va shikastlarni tashxis qilish uchun qo'llaniladi.

Uretroografiya — uretraga 10—20% li sergozin, kardiostat yoki diodon eritmasidan 10—20 ml yuborgandan keyin rentgenografiya qilishdir. Uretra shikastlari va o'smalariga tashxis qo'yish uchun qo'llaniladi.

Tibbiyot hamshirasi urologiya amaliyotida ishlatiladigan terminologiyani bilishi kerak.

Normal sutkali diurez (bir sutkada ajratilgan siydik miqdori) o'rtta hisobda 1,5 l ga teng (700 dan 3000 ml gacha). Diurezning ko'payishi — poliuriya — haddan tashqari ko'p suyuqlik ichilganda, qonda qand miqdori oshganligi natijasida qonning osmotik bosimi ko'tarilganda (qandli diabet), gipofiz antidiuretikgormonning faolligi yetarlicha bo'lmasligi natijasida kanalchalarda suv reabsorbsiyasi buzilganda (qandsiz diabet), surunkali nefritlarda buyraklarning konsentratsion xususiyati pasayganda kuzatiladi.

Diurezning barqaror pasayishi — oliguriya va butunlay siydik to'xtab qolishi — anuriya buyrak kasalliklari oqibatida organizm suvsizlanganda, siydik yo'lga tosh, shilliq tiqilib qolganda yoki uni o'sma bosib qo'rganida, shuningdek qon aylanishi buzilganda yoki reflektor tarzda sodir bo'lishi mumkin.

Normada qovuqning sig'imi tegishlicha bo'lganda (200-300 ml) qovuq sutkasiga 5—6 marta bo'shalib turadi. Siydik chiqarish ritmining tezlashuvchi — pollakiuriya — aksari poliuriya bilan birga uchraydi. Bunday hollarda siyishning tez-tez qistashi qovuqning to'lishiga bog'liq bo'ladi. Pollakuriyaning og'riqli va qiynalib siyish — dezuriya bilan birga uchrashi qovuq yallig'langanda yoki unda toshlar bo'lganda shilliq pardasining ta'sirlashida kuzatiladi. Bunday hollarda siydik oz-ozdan keladi.

Proteinuriya (albuminuriya) — siydikda oqsil paydo bo'lishi sog'lom kishilarda ham jisoniy charchashdan, ko'p ovqat yeyishdan, 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 holati (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 narsa ta'siridan, balanddan yiqilish, ikkita jism o'rtasida qisilib qolishi

natijasida sodir bo'ladi. Bunda kichikroq subkapsulyar shikastlar, shuningdek buyrakning to'liq yorilishi va uning siydik yo'lidan uzilishigacha bo'lgan og'ir shikastlari kuzatilishi mumkin.

Klinik manzarasi. Bemor bel sohasining shikastlangan sohasida og'riqli shish paydo bo'lishidan noliydi. Siydikka qon aralashib keladi. Sistoskopiyaning tashxisga ahamiyati bor bo'lib, tegishli siydik yo'lidan qon yoki qon laxtasi siydik yo'linidan ajralib chiqadi. Siydik yo'li uzilganda undan siydik ajralmaydi. Ichki urografiya kontrast modda shikastlangan buyrak yoki siydik yo'li qismini o'rab turgan kletchatkaga tarqaladi.

Davosi. Kichikroq shikastlarda konservativ davo qilinadi: tinch sharoit yaratiladi, bel sohasiga muzli xaltacha qo'yiladi; infeksiyaning oldini olish uchun antibiotiklar qo'llaniladi. Gemostatik terapiya: kalsiy xlorid, vikasol, epsilon-aminokapron kislotasi va shu kabilar tavsiya etiladi. Buyrakning qattiq shikastlarida operatsiya qilib davolaniladi. Buyrak yoki siydik yo'lining yirtilgan qismi choklanadi. Jarohat katta bo'lsa, ikkinchi buyrak ishlab turganiga ishonch hosil qilgach, buyrak olib tashlanadi (nefrektomiya operatsiyasi qilinadi).

Buyrak kasalliklari

Paranefrit. Buyrak atrofidagi yog' kletchatkasining yallig'lanish holatiga paranefrit deb ataladi. Aksariyat u yallig'lanish qo'shni a'zolar va to'qimalardan (appenditsit, xoletsistit, pankreatit va hokazo) ikkilamchi o'tgandan so'ng paydo bo'ladi. Yiringli yallig'lanish uzoqroqdagi sohalardan gematogen yoki limfogen (chippqon, karbunkul, osteomiyelit va hokazo) yo'l bilan o'tganda ham vujudga kelishi mumkin. Paranefritda buyrakni o'rab turgan butun yog' kletchatkasining batamom yiringlab irishi kuzatilishi mumkin.

Klinikasi. Kasallik haroratning keskin ko'tarilishi, et uvishishi va bel sohasining o'tkir og'rishi bilan kechadi. Yallig'lanish zo'rayganda yiringlagan joy qorin bo'shlig'iga yoki plevra bo'shlig'iga yorilishi mumkin. Mahalliy ko'zdan kechirishda bel sohasining silliqlashgani, ba'zan giperemiyasi va palpatsiya qilganda qattiq og'rishi aniqlanadi. Qonda o'tkir yallig'lanish holatiga xos o'zgarishlar qayd qilinadi.

Davosi. Kasallikning boshlang'ich bosqichlarida antibiotikoterapiya o'tkaziladi. Konservativ davo naf bermaganda yiring boylagan joyni kesish va uni drenaj qilish tavsiya etiladi.

Buyrak-tosh kasalligi. Kasallik ko'p uchraydi. Buyrak kosachalarida va jomlarida toshlar hosil bo'lishi bilan kechadi. Erkaklar buyrak-tosh kasalligiga ko'proq moyil bo'ladilar. Bemorlarning o'rtacha yoshi 20—40. Irsiyat ma'lum ahamiyatga ega. Tog'lik joylarda kasallik birmuncha ko'p uchraydi. Siydik yo'llaridagi infeksiya, shikastlar, diatez unga moyil qiladigan omillardan hisoblanadi. Epiteliy, bakteriyalar, yot jismlar toshlar hosil bo'ladigan markaz vazifasini o'taydi. Toshlarining kattaligi xilma-xil — qum donasidan to diametri bir necha santimetrga yetadiganlari ham bo'ladi. Ba'zan tosh jom va kosachalarning butun bo'shlig'ini egallaydi va o'siqlari bilan yagona konglomeratdan iborat bo'ladi (marjonsimon tosh). Toshlar bitta va bir nechta bo'lishi mumkin. Kimyoviy tarkibiga ko'ra, ular siydik kislotaning tuzlari — uratlar, fosfatlar, oksalatlar, karbonatlar hisoblanadi. Ularning rangi va katta-kichikligi kimyoviy tarkibga bog'liq. Buyrakda toshlar uzoq vaqt turganda buyrak parenximasining atrofiyasiga yoki infeksiya qo'shilishiga sabab bo'lishi mumkin. Siydik yo'li toshdan bekiilib qolganda gidronefroz infeksiyasi rivojlanisa pionefroz paydo bo'ladi.

Klinikasi. Bir necha yil mobaynida hech qanday klinik alomatlar kuzatilmasligi mumkin. Kasallikning o'ziga xos klinik manzarasida bemor bel sohasining sanchib og'rishidan shikoyat qiladi. Erkaklarda og'riq chov, moyakka, jinsiy olat boshchasiga, ayollarda katta jinsiy lablarga tarqaladi. Bemorning harorati ko'tarilishi, ko'ngil aynishi, qusishi mumkin. Xuruj paytida va undan keyin siydikda yiring paydo bo'ladi (piuriya). Qator hollarda reflektor anuriya yuz berishi mumkin.

Diagnozni tasdiqlash uchun buyraklarning obzorli rentgenografiya yoki piyelografiya qilinadi.

Davosi. Kasallikning boshlang'ich davrlarida toshlarning kattalashishi va yangi toshlar hosil bo'lishining oldini olish maqsadida parhez buyuriladi. Oksalit toshlar bo'lganda mevalarning hamma xillarini va oksalit kislota tutadigan mahsulotlar (shovul, pomidor, ismaloq, sikoriy, kakao)ni yeyish man qilinadi. Urat toshlar bo'lganda bemor go'sht mahsulotlari, sirlar, fosfat toshlar bo'lganda sut, sabzavotlar, olma, nok yemasligi kerak.

Sanatoriy-kurortda davolanishning ahamiyati katta. Mineral suvning siydik haydovchi ta'siri bor, u muhitni oksidlashga va ishqorlashga imkon berib, moddalar almashinuvini tartibga soladi.

Buyrak sanchig'i xurujini to'xtatish uchun bel sohasiga issiq qo'yiladi yoki bemorni issiq suvli vannaga tushiriladi. Vena ichiga baralgin 5,0 va atropin 0,1%—1,0 teri ostiga yuboriladi. Ko'p suyuqlik ichish va siydik haydovchi dorilar: otquloq, na'matak buyuriladi. Infeksiyaga qarshi kurashish uchun antibiotiklar beriladi. Ko'rsatib o'tilgan tadbirlar naf bermagan kuchli og'riq xurujlarida erkaklarda urug' tizimchasini yoki ayollarda bachadonning yumaloq boylamini blokada qilish yoki A.V. Vishnevskiy bo'yicha paranebral novokain blokadasini qilish mumkin.

Buyrak sanchig'i hadeb takrorlanib tursa va konservativ tadbirlar kam natija bersa, operatsiya davosi qilinadi: toshlar buyrak jomidan (piyelolitotomiya), buyrakdan (nefrolitotomiya), siydik yo'lidan (ureterolitotomiya) olib tashlanadi. Buyrak butunlay ishlamay qolganda buyrak olib tashlanadi (nefrektomiya). Toshlarini olib tashlash ularning qaytadan paydo bo'lmashiga garov bo'la olmaydi. Yangidan toshlar hosil bo'lishining oldini olish uchun yuqorida sanab o'tirgan profilaktik tadbirlarning barchasi (parhez, sanatoriy-kurortda davolanish) amalga oshiriladi.

QOVUQ KASALIKLARI

Sistit. Qovuqning yallig'lanishini sistit deyiladi. Normada 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 qovug'i sohasidagi og'riqdan va tez-tez siydigi qistashidan noliydi. Siydik loyqa, unda yiring, ba'zan qon bo'ladi, ishqoriy reaksiyaga ega. Surunkali sistitda bu hodisalar o'zgargan holatda bo'ladi. Infeksiya buyrakka tarqalganda bemorning ahvoli birdaniga nochorlashib qoladi.

Davosi. O'tkir sistitda o'rinda yotish tartibi, qovuqning ta'sirlanishini kamaytirish uchun sut-o'simlikli parhez ovqatlar buyuriladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar bilan davosi qilinadi. Ko'p suyuqlik ichiriladi, salol beriladi. O'tkir hodisalar bosilgandan so'ng qovuqni kumush nitrat (1:5000), simob oksitsianid (1:5000) ning kuchsiz eritmaları bilan yuviladi.

Qovuq toshlari. Qovuqqa kichikroq toshlar jomlardan tushishi mumkin, biroq ko'pchilik hollarda ular o'z-o'zidan hosil bo'ladi. Epiteliy, shilimshiq, yot jism va boshqalar toshlar uchun o'zak

bo'lishi mumkin. Siydik chiqarish kanalining chandiqli torayishida (strikturada) 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 siydigi qistashi va siyib bo'lish bilanoq og'riq paydo bo'lib, uning jinsiy olat boshchasiga tarqalishi, siydik chiqarish kanali teshigining tosh, qon lahtasi va shilliq bilan bekilib qolishi natijasida siydik chiqarishning to'satdan to'xtab qolishi qayd qilinadi. Qovuqni metall kateter bilan kateterlashda metallni toshga urishda chiqadigan o'ziga xos tovush sezgisi paydo bo'ladi. Uzil-kesil tashxis sistoskopiya, sistografiya va obzor rentgenografiya yoki UZI qilinib ko'riladi.

Davosi. Qovuqdagi toshlarni qovuqda maxsus asboblari: litotriptor yoki sistoskop — litotriptor yoki URAT-1 apparati yordamida maydalab, so'ngra yuvib tushirishi mumkin. Davoning bosh usuli — qovuqni ochgandan so'ng toshlarni operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi.

PROSTATA BEZI KASALLIKLARI

Prostata bezi adenomasi. Bezsimon to'qima va briktiruvchi to'qimaning prostata bezi kattalashishi bilan o'tadigan o'sib qalinlashuvi kasalligidir. Prostata bezi kattalashganda siydik chiqarish tutilib qoladi, natijada qovuq, siydik yo'llari va hatto jomlarida siydik doim dimlanib turadi. Dimlanish asosida infeksiya qo'shib, sistit va piyelonefrit paydo bo'ladi. Prostata adenomasi rakka aylanishi mumkin. Kasallik asosan yoshi ulg'aygan kishilarda uchraydi.

Klinikasi. Boshlang'ich bosqichlarida siydik chiqarish qiyinlashadi va tez-tez siydigi qistaydi, siydigi qistashi ayniqsa tunda kuchayadi. Keyinchalik siydik butunlay ushlanib qoladi. Qovuq kengayib ketadi. Siydik chiqarish kanalidan siydik to'xtovsiz tomchilab chiqib turadi. Palpatsiyada prostata bezining kattalashganligi aniqlanadi. Rakka aylanganda prostata bezi egri-bugri, juda qattiq konsistensiyali bo'ladi. Sistoskopiya katta-lashgan prostata bezi qovuq bo'shlig'iga chiqib turadi.

Davosi. Siydik birdan tutilib qolganda kateterizatsiya qilinadi. Avvaliga yumshoq kateter kiritiladi, uni suqishning iloji bo'Imasa, metall kateter kiritiladi. Boshqa iloji bo'Imaganda qovuqni punktsiya qilish mumkin. Issiq muolajalar tavsiya etilmaydi. Sinestrol, sustanon, endokrin preparatlari qo'llaniladi. Odatda konservativ tadbirlar qisqa muddat ta'sir etadi, xolos. Radikal davo prostata bezini olib tashlash (adenomektomiya) dan iborat. Bemorning ahvoli og'ir bo'lganda qov usti fistulasi qo'yish bilan kifoyalanadi.

Prostatit. Prostata bezining o'tkir va surunkali yallig'lanishi. Simptomatikasi o'zgargan. Konservativ davo qilinadi.

Moyak istisqosi. Istisqo — moyakning asli pardasi bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishidir. U tug'ma va orttirilgan bo'lishi mumkin. Orttirilgan turlarida uning qo'shni to'qimalaridagi travma yoki xronik yallig'lanish holati etiologik omil hisoblanadi. Suyuqlik tiniq sarg'imtir 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. Flyuktuatsiya qayd qilinadi. Perkussiyada bo'g'iq tovush aniqlanadi. Moyak orqali yorug'lik dastasi o'tganda bu soha ko'rinadi (diafanoskopiya).

Davosi. Operatsiya radikal tuzalishga imkon beradi. Vinkelman usuli pardalarni qirqish va ularning ichki yuzasini tashqariga ag'darishdan iborat. Pardalar Bergman usulida kesiladi.

Orxit. Urug'don yallig'lanishga orxit deyiladi. Boshqa tabiatli flora yoki sil mikobakteriyalari tomonidan qo'zg'atilishi mumkin.

Epididimit — moyak ortiqlarining yallig'lanishi. Etio-logiyasi orxidlardagi kabi. Davolash qo'zg'atuvchisining turiga bog'liq.

Fimoz. Chekka kertmak teshigining ancha torayishi kasalligi, bu jinsiy olat boshchasini ochishga to'sqinlik qiladi. Odatda bunday kasallik bolalarda uchraydi va tug'ma bo'ladi. Katta kishilarda fimoz chekka kertmak travmasidan yoki yallig'lanishdan (ko'pincha so'zakli yallig'lanishdan) keyin vujudga keladi. Chekka kertmak teshigi torayganda siyish qiyinlashadi (balanopostit) qo'shilishi mumkin, bu anchagina og'riqqa sabab bo'ladi.

Davosi. Chekka kertmak gir aylantirib qirqiladi yoki kesiladi (sunnat). Balanopostitda antiseptikli mahalliy vannachalar buyuriladi.

Parafimoz. Kasallik fimozning asorati hisoblanadi. Jinsiy olat boshchasi torayganda chekka kertmakdan sirg'alib chiqadi va qisilib qoladi, bu o'z navbatida olat boshchasida 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 suriladi, olatni II va III barmoqlar bilan ushlab turib, bosh barmoq bilan boshchasini bosib, to'g'rilanadi. Keyinchalik chekka kertmakni orqa (dorzal) yuzasi bo'yicha kesiladi.

UROLOGIK BEMORLARNI PARVARISH QILISH XUSUSIYATLARI

Urologik bemorlarni parvarish qilishning asosiy qoidalari umumiy ixtisoslikdagi xirurgik bemorlarni parvarish qilishdagi kabi. Biroq uning o'ziga xos tomonlari ham bor. Operatsiyadan oldingi davrda buyraklar faoliyatini yaxshilashga alohida ahamiyat beriladi. Shu maqsadda oqsillar va tuz cheklangan parhez ovqatlar (stol №7) tayinlanadi, diurezni ko'paytiradigan vositalar (40% li uratropin eritmasi) yuboriladi. Siydik infeksiya bilan zararlanganda mikroblarning dori moddalarga sezuvchanligini hisobga olgan holda antibakterial davo tavsiya etiladi.

Urologik kasalliklari bor bemorlarning ko'pchiligi yoshi ulg'aygan va keksa kishilar bo'ladi, shu munosabat bilan ular organizmning ayniqsa operatsion jarohatda tiklanish imkoniyatlari pasayib ketishini nazarda tutish zarur. Yoshi o'tgan odamlarning asab tizimi tez ozor topadi. Tibbiyot xodimining vazifasi bemordagi qo'rquv, operatsiyaning qanday natija bilan tugashidan cho'chish hissini yo'qotish maqsadida uning ruhiyatini tinchlantirishdir.

Keksa yoshdagi kishilarda ko'pincha yurak-tomirlar tizimi o'zgarib, qon aylanishi yetishmovchiligi, jigar va boshqa a'zolar ishining buzilish alomatlari kuzatiladi. Bularning hammasi kasallik o'tishini ancha og'irlashtiradi va operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni uzaytiradi.

Operatsiyadan keyingi davrda qon oqayotganini, shuningdek drenajning bekiilib qolganini yoki surilganini o'z vaqtida aniqlash uchun bog'lamlar va drenajlarni yaxshilab kuzatish zarur. Odatda, urologik operatsiyalardan, jumladan, sistostomiyadan keyin siydikning oqib chiqishi uchun drenajlar qoldiriladi va kateterlar kiritiladi. Karavotga shisha bog'lab qo'yiladi, unga drenajlardan 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 (kaliy permanganat va boshqalar) quyiladi. Uzaytirgichlar sifatida har yer-har yerda shisha naychalari bo'lgan rezina naychalari ishlatiladi. Diurezning aniq hisobini olib borish: tabiiy yo'l va drenaj orqali chiqadigan siydik miqdorini hamda naycha yonidan sizib chiqqan siydik miqdorini alohida-alohida aniqlash zarur. Odatda drenajlarni doka bog'ichlari bilan mahkamlanadi, bunda tanani aylantirib bog'lanadi yoki yopishqoq plastir bilan yopishtirib qo'yiladi. Bichilishning oldini olish uchun drenajlar atrofida teriga indifferent maz surtiladi.

Yorg'oqdagi operatsiyalardan keyin dokadan tayyorlangan steril suspensoriy ishlatiladi.

Kateterlar va drenajlarni shifokor almashtiradi. Tibbiyot hamshirasiga qovuqni drenaj yoki kateter orqali yuvish vazifasi topshiriladi. Qovuqni yuvish uchun Esmarx krujkasi yoki Jane shprisidan foydalaniladi. Odatda biror antiseptikning kuchsiz eritmasi qo'llaniladi: qovuqqa 50—100 ml eritma kiritiladi, so'ngra chiqariladi. Bunday muolajalar bir necha marta, to sof suyuqlik paydo bo'lguncha qilinadi. Sutkasiga kam deganda 3 marta yuviladi. Choklar olingandan keyin vannalar tavsiya etiladi. Drenaj yetarlicha bo'lmaganda siydik cho'ntaklari hosil bo'ladi. Ajralmalarning drenaj orqali chiqmay qolishi va tana haroratining ko'tarilishi siydik cho'ntaklari paydo bo'lganidan dalolat beradigan dastlabki belgilardan hisoblanadi.

15 - B o b

O'SMALAR SINDROMI O'SMALAR TO'G'RISIDA TUSHUNCHA

O'sma deganda to'qimalarning patologik ko'payishi tushuniladi, u turli xil sabablarga ko'ra hosil bo'ladi va normal moddalar almashinuvi holatlari bilan farq qiladi.

O'smaning xususiyati hujayralarining beto'xtov ko'payishi hisoblanadi. Gistologik jihatdan ko'pchilik o'smalar a'zo yoki to'qimalarga birmuncha o'xshash tuzilgan (a'zosimon yoki to'qimasimon tuzilishi). O'sma o'zini tashkil qilgan asli to'qima (parenxima) va ushlab turadigan to'qima — tomirlar, asablar, briktiruvchi to'qima (stroma)dan iborat. Shu bilan birga o'smaning tuzilishi sog'lom a'zo yoki to'qimaning tuzilishidan katta farq qiladi.

O'SMALAR TASNIFI

O'smalar qanday to'qimalardan o'sishiga ko'ra quyidagi guruhlarga bo'linadi:

1. Epitelial o'smalar:
 - a) xavfsizlari (papillomalar — so'rg'ichsimon, adenomalar — bezsimon, kistalar — bo'shliqli o'smalar);
 - b) xavfli o'smalar (karsinoma yoki rak).
2. Briktiruvchi to'qima o'smalari:
 - a) xavfsizlari (fibromalar);
 - b) xavfli o'smalar (sarkomalar).
3. Tomirdagi o'smalar:
 - a) xavfsiz (gemangiomas — qon tomirlardan, limfangiomas — limfa tomirlaridan);
 - b) xavfli o'smalar (gemangiosarkoma).
4. Yog' to'qimasidan o'suvchi o'smalar:
 - a) xavfsiz o'smalar (lipoma);
 - b) xavfli o'smalar (liposarkoma).
5. Asab to'qimasidan:
 - a) xavfsiz (nevrinoma);
 - b) xavfli o'smalar (xavfli nevrinoma)
6. Pay qinlaridan va bo'g'im xaltalaridan:
 - a) xavfsiz (xavfsiz sinovioma);
 - b) xavfli (xavfli sinovioma).
7. Aralash o'smalar — xavfsiz va xavfli tuzilishga ega bo'lgan turli xil to'qimalardan iborat o'smalar.

Xavfli o'smalar yosh yetilmagan to'qimadan o'sib ko'payadi. Ular tez o'sish, qo'shni to'qimalarga o'sib kirish va o'sma hujayralarining limfa (limfogen yo'l) yoki qon tomirlar (gemotogen yo'l) tizimi orqali a'zolar va to'qimalarga (metastazlanish) o'tishga moyilligi bilan ajralib turadi.

O'sma olib tashlangandan keyin u yana shu sohada qayta o'sishi mumkin (retsediv). O'smaning qo'shni to'qimalarga o'sib kirishi o'sma xujayralarining to'qimalar ich-ichiga o'sib kirishi, qo'shni to'qimalarning yemirilishi va o'rin almashinuvi yo'li bilan sodir bo'ladi. Bunday o'sish infiltratsiya yo'li bilan o'sish deyiladi. Metastatik o'sma onalik o'sma tuzilishiga ega va xuddi shunday tez sur'atda o'sishi bilan farq qiladi. Xavfli o'smalardan organizmning holdan toyishi — kaxeksiya kuzatiladi. Xavfli o'smalar to'qimalarni yemirishi natijasida parchalanadi.

Xavfli o'smaning rivojlanishida to'rt davr farq qilinadi:

1. o'smaning mahalliy o'sishi;
2. uning limfa yo'llari yaqinidagi limfa tugunlarigacha tarqalishi;
3. metastazlarning gematogen yo'l orqali qo'shni a'zolariga o'sishi;
4. o'smaning butun organizm bo'ylab tarqalishi (disseminatsiyalanishi).

Xavfsiz o'smalar yetilgan to'qimalardan o'sib ko'payadi, qo'shni to'qimalarni ich-ichiga kirmasdan sufib o'sadi, kapsula hosil qilib o'sadi, metastazlar bermaydi, umumiy holsizlikka sabab bo'lmaydi va kaxeksiyaga olib kelmaydi, o'smalar yemirilib parchalanmaydi.

O'SMALARNING PAYDO BO'LISH SABABLARI VA TURLARI

Hozirgi vaqtda o'smalar paydo bo'lishini tushuntiradigan asosiy nazariya polietiologik nazariya hisoblanadi. Bu nazariyaga binoan tirik organizmning har bir hujayrasida o'sma qo'zg'ata oladigan maxsus virus bo'ladi, biroq bu virus faolsiz holatda turadi (anabioz). Uning faol holatiga o'tishi uchun qator tashqi omillar (konserogenlar)ning qo'shimcha ta'siri bo'lishi zarur. Ular o'z navbatida kimyoviy (chiqindi gaz, kimyo korxonasi bo'ladigan benzpirenlar, aromatik aminlar va hokazo), fizikaviy (ultrabinafsha quyosh nurlari, rentgen va gammanurlar, atomning elementar zarrachalari va hokazolar ta'sirida ionlovchi radiaksiya) va biologik (turli parazitlar) omillarga bo'linadi. Virus aktivlanadi 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 rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Ko'pincha rak bilan 40 yoshdan oshgan kishilar kasallanadi. Hozirgi vaqtda xavfli o'smalar bilan yoshlar ham ko'p kasallanmoqda.

O'smalarning ayrim turlari

Popillomalar — epiteliy bilan qoplangan briktiruvchi to'qima asosidan iborat so'rg'ich qavatining xavfsiz o'smalaridir. Ular terida yoki shilliq pardalarda (aksariyat me'da, ichaklar va siydik ajralish a'zolarining 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 sohalarida (sut bezi, qalqonsimon bez, tuxumdonlar va hokazolar) 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, tik (soch) dan iborat bo'tqasimon massani o'rab turadi. Ko'proq chanoq sohasida va oldingi ko'ks oralig'ida joylashadi.

Rak — epiteliy hujayralaridan rivojlanib, eng ko'p uchraydigan xavfli o'sma. Rak epiteliy hujayralari bor hamma a'zozlarda uchraydi. Epiteliyning o'zgarib, atipik tuzilishi xususiyatlariga ega bo'lishi rak o'smasining belgisi hisoblanadi.

Rak o'smasining tez o'sishi va qon bilan uchrashi, keyin parchalanib, bo'shliqlar va yaralar hosil qilishiga olib keladi. Rak yarasi o'ziga xos belgilari bilan ajralib turadi: chetlari va tubi zich, yog'li parda bilan qoplangan. Rak o'smasi o'sayotganda qo'shni to'qimalarni ham yemirib, ularga o'sib kiradi. Rak o'smasi limfa va qon tomirlari bo'ylab metastazlar berishi mumkin. Rak holati ko'pincha kaxeksiya bilan o'tadi. Me'da raki bilan kasallanganda kaxeksiya ayniqsa ko'p kuzatiladi.

Fibroma — briktiruvchi to'qimadan tuzilgan xavfsiz o'sma. Organizmning deyarli barcha to'qimalarida uchraydi. Ko'proq bachadon, teri osti kletchatkasida joylashgan. O'sib juda ham kattalashib ketishi mumkin.

Lipoma — yog' to'qimasidan hosil bo'ladigan xavfsiz o'sma. Bo'laksimon tuzilishiga ega, yupqa devorlari kapsula bilan o'ralgan, sekin o'sadi. Har qanday organda (yog' kletchatkasi bo'lgan) joylashadi. Yakka yoki ko'p sonli lipomalar bo'ladi. O'sma juda kattalashib ketishi mumkin.

Xondroma — tog'ay to'qimadan tuzilgan xavfsiz o'sma. Sekin o'sish bilan ajralib turadi.

Osteoma — suyak to'qimasidan o'sadigan o'sma. Sekin o'sadi, ba'zan xavfli o'smaga o'tib ketishi ham mumkin.

Sarkoma — biriktiruvchi to'qimadan rivojlanadigan xavfli o'sma. Tog'ay to'qimadan paydo bo'ladigan sarkoma — xondrosarkoma, suyakdan hosil bo'ladigan asteosarkoma, lissiyalarniki fibrosarkoma, limfa tugunlariniki limfosarkoma,

qon tomirlarniki angiosarkoma deyiladi. Kechishga ko'ra xavfli o'smalarning barcha alomatlariga ega (tez o'sish, atrofdagi to'qimalarga o'sib kirish, metastazlar berish, kaxeksiya, parchalanish).

Angioma — tomirlardan chiqadigan xavfsiz o'sma. Limfa tomirlaridan chiqqan o'smalar limfangiomalar, qon tomirlaridan chiqqanlari esa gemangiomalar deyiladi. Gemangiomalar o'z navbatida quyidagicha bo'linadi: 1) oddiy va kapillyar gemangiomalar (xollar); 2) kavernoza yoki g'ovaksimon gemangiomalar; 3) shoxlanadigan gemangiomalar.

Katta gemangiomalarda o'sma sohasida ko'pincha tomir urushini eshitish mumkin.

Mioma — mushak to'qimasidan o'sadigan o'sma. Silliq mushak o'smasi leyomioma, ko'ndalang-targ'il mushak o'smasi rabdiomioma deyiladi. Sekin o'sadi.

Nevrinoma — asab stvolining Shvann pardalaridan hosil bo'lgan o'sma (shvannoma). Kam uchraydi. Ko'pincha quymich, o'rtalik va tirsak nervlarida joylashadi. O'tkazuvchi tip 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'sish, tevarak-atrofdagi to'qimalarga o'sib kirish bilan ta'riflandi. Glioma olib tashlangandan so'ng retsdiv (qaytalanish) yuz berishi mumkin.

XAVFLI O'SMALAR

Klinik amaliyot uchun patologiyaning eng xavfli turi bo'lgan xavfli o'smalarning ahamiyati katta.

Xavfli o'smalarga tashxis qo'yishda boshqa kasalliklarning tashxisidagi kabi anamnez ma'lumotlarga, bemor shikoyatlari, ko'zdan kechirish natijalariga va aniq tashxis qo'yish imkonini beradigan tekshirishning qo'shimcha usullariga (sitologik tashxis — o'sma hujayralarini topish maqsadida punktat yoki surtma olish, biopsiya — o'sma tuzilishini aniqlash maqsadida gistologik tekshirish uchun to'qima bo'lakchasini olish, obzor rentgenografiya, tomografiya, UTT, radioizotop tashxis) katta e'tibor beriladi.

Davolash jihatdan o'smani hali metastazlar bermasdan erta aniqlash g'oyat muhimdir. Xavfli o'smalarni barvaqt aniqlash uchun tibbiyot xodimlari onkologik jihatdan hushyor bo'lishlari kerak (shubha qilinganda xavfli o'smani istisno qilish lozim). 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 maxsus tekshiruvdan o'tishlari kerak. Aholini muntazam profilaktik ko'riklardan (sitologik tashxis flyuorografiya va endoskopik tekshirish) o'tkazib turish lozim.

Tolali optikasi bor zamonaviy asboblardan yordamida o'tkaziladigan endoskopik tekshiruvlar (fibrobronxoskop, fibroezofagoskop, fibrogastroskop va boshqalar) tashxis imkoniyatlarini ancha kengaytiradi.

Xavfli o'smalarning rivojlanish bosqichlari. Xavfli o'sma tashxisini qo'yish bilan birga kasallikning qanday bosqichda ekanligini aniqlash lozim. Davo uning bosqichiga qarab buyuriladi.

I bosqich regionar limfa bezlarini egallamagan va ichkarida joylashgan to'qimalarga o'sib kirmagan kichkina o'sma borligi bilan ta'riflanadi.

II bosqichda o'sma ro'y-rost aniqlanadi, biroq zararlangan organlardan tashqariga chiqmagan bo'ladi. Regionar limfa tugunlariga birlamchi metastazlar berishi mumkin.

III bosqichda o'sma zararlangan a'zodan tashqariga chiqadi va yaqin joylashgan to'qimaga o'sib kiradi. Regionar limfa tugunlariga bergan ko'p sonli metastazlari bo'ladi.

IV bosqichida o'sma juda kattalashadi, u parchalanishga uchraydi va ko'p sonli kechikkan metastazlar beradi. Rak instoksikatsiyasi hisobiga kaxeksiya (juda oriqlab ketish) yuzaga keladi.

Kelingi ikki bosqichda radikal davolash o'tkazilmaydi.

Xavfli o'smalarni davolash.

Hozirgi vaqtda xavfli o'smalarni davolashda quyidagi usullar qo'llaniladi:

1. jarrohlik;
2. nur bilan davolash;
3. kimyoterapiya;
4. germonoterapiya

Ko'pincha davolashning bu usullari birga qo'shib olib boriladi yoki to'ldiriladi.

Davolashning jarrohlik usullari eng radikal hisoblanadi va aksariyat ichki a'zolar (qizilo'ngach, me'da, o'pka, bachadon va hokazolar) kasallanganda qo'llaniladi. Davolashning bu turida a'zoni batamom yoki uning bir qismini sog'lom to'qimalar chegarasidan regionar limfa tugunlari atrofidagi kletchatkalar bilan birga qo'shib olib tashlanadi (radikal operatsiya). **Palliativ**

operatsiyalar bemor ahvolini faqat vaqtincha yengillatishni ko'zda tutadi va metastazlarni qoldirib, birlamchi o'smani olib tashlashdan yoki bemorni bezovta qilayotgan yetakchi belgilarni yo'qotishdan iborat. Masalan, me'da yoki ichak rakida chetlab o'tgan anastomoz yoki stroma qo'yish shular jumlasiga kiradi.

Nur bilan davolash mustaqil davo turi sifatida yoki jarrohlik, gormonal va kimyoterapevtik davo bilan birga qo'llaniladi.

Ionlashuvchi nurlanish spektri xilma-xil bo'lgan hozirgi vaqtda nur bilan davolashning hamma usullarini nurni tatbiq etish usuliga ko'ra shartli ravishda uch guruhga bo'lish mumkin:

1) teri orqali tashqi tomondan nur berish usullari;

2) nurlanish manbai tabiiy bo'shliqlarga (og'iz, bachadon bo'shlig'i, qizilo'ngach, qovuq va hokazo) yoki sun'iy hosil qilingan bo'shliqlarga yuborishga mo'ljallangan bo'shliq ichini nurlantirish;

3) to'qima ichini (o'sma ichini) nurlantirish usullari.

So'nggi yillarda xavfli xujayralarga tanlab ta'sir qiladigan maxsus dorilar qo'llaniladigan kimyoterapiya keng rivoj topdi. Ko'proq TioTEF, emixin, DOFA, sarkolizin, lofenal, kolxamin va boshqalardan foydalaniladi.

Xavfli hujayralarni yo'qotish uchun kimyoviy dorilarni katta dozalarda yuborishga to'g'ri keladi, bu ularning toksik ta'sirini nazarda tutganda organizm uchun befarq emas, albatta.

Ayrim xavfli o'smalarda gormonoterapiya olib boriladi. Chunonchi, sut bezi rakida erkak jinsiy gormonlari - androgenlar, prostata bezi rakida — ayol jinsiy gormonlari (etrogenlar) qo'llaniladi. Boshqa usullar birga qo'shib olib borilganda gormonoterapiya yaxshi terapevtik natija beradi. Maqsadga muvofiq terapiya nechog'li erta qo'llanilsa, natijasi shunchalik yaxshi bo'ladi.

Xavfsiz o'smalarni davolash hech qanday qiyinchilik tug'dirmaydi. Xavfsiz o'sma xavfli o'smaga aylanib ketishi mumkinligini, shuning uchun uni olib tashlash, o'smaning xavfli o'smaga aylanishining oldini olish ekanligini unutmash zarur.

Rak oldi holati to'g'risida tushuncha.

Xavfli o'smadan oldin yuzaga keladigan va ko'pincha xavfli o'smaga aylanadigan turli xil holatlarni rak oldi holati deb atash mumkin. Bunday holatlar jumlasiga rivojlanishdagi nuqsonlar, jumladan adashgan embrional pushtlar, surunkali yallig'lanish holatlari, to'qima regeneratsiyasining buzilishi, gi perplastik buzilishlar kiradi.

Rak oldi kasalliklari bo'lgan bemorlar dispanser hisobida turishi va yiliga kamida 2 marta sinchiklab onkologik tekshiruvdan o'tkazilishi lozim.

ONKOLOGIK BEMORLARNI PARVARISH QILISH XUSUSIYATLARI

Onkologik kasalliklari bor bemorlarni parvarish qilishning o'ziga xos tomonlari bor. Bemordan haqiqiy tashxisini yashirish, ya'ni bemor ruhiyatini avaylab muhofaza qilish zarur. "Rak", "sarkoma" terminlari o'rniga "yara", "torayish", "qattiqlanish" kabi so'zlar ishlatilishi lozim. "Kanser", "s-r", "blastoma", "neoplazma" singari lotincha terminlarni ham qo'llanmaslik kerak, chunki ko'pchilik bemorlar terminologiyani yaxshi tushunadilar. Bemor ahvoli yomonlashganida ham o'zining sog'ayib ketishiga ishonishi va buni vaqtinchalik tanglik deb anglash lozim. Ko'pchilik onkologik bemorlarning ruhiyati nozik bo'ladi, ular juda ta'sirchan bo'lib qoladilar, shuning uchun o'sma kasalligi og'irlashgan bemorlarni davolashning boshidayoq boshqa kasallardan ajratish zarur.

Bemorga tegishli xujjatlarni tasodifan uning qo'liga tushib qolishidan ehtayot bo'lish kerak. Haqiqiy tashxis haqida bemorning eng yaqin qarindoshlariga ma'lumot berish mumkin, biroq ularning bemorga haqiqiy tashxisini aytib qo'ymasliklarini tayinlash zarur. Yaqin qarindoshlariga, shuningdek, onkologik kasalliklarning yuqumli emasligini tushuntirib qo'yiladi.

Radikal operatsiyalardan keyin onkologik bemorlarni davolash boshqa xirurgik patologiyali bemorlarni davolashdan farq qilmaydi. Davolashning palliativ usullaridan keyingi va operatsiya qilib bo'lmaydigan bemorlarni kasalxonadan jo'natilgandan so'ng uyida kuzatib turiladi. Buni qarindoshlari va patronaj hamshiralalar amalga oshiradilar. Bemorga turli-tuman taomlarni o'z ichiga olgan yuqori kaloriyali ovqat berilishi kerak. Rak intoksikatsiyasi hisobiga ularda ishtaha yo'qolishini nazarda tutib, ishtahani yaxshilash maqsadida ularga xlorid kislota bilan pepsin va musallas buyuriladi. Odatda, qabziyat kuzatiladi. Bunday hollarda haftasiga 2—3 marta tozalovchi huqnalar qilinadi. O'sma parchalanganda qon ketishi ehtimoli bo'ladi (bunday hollarda bemorga gemostatik vositalar berilishi kerak). Sirtida joylashgan o'sma parchalanib, infeksiya hodisalari yuzaga kelganda dezodo-

ratsiya qiladigan vositalar (5% li kaliy permanganat, skipidar va boshqalar) tavsiya qilinadi. Balg'amni og'zi burab bekitiladigan maxsus bankalarga yoki tufdonlarga yig'iladi, ularni har kuni issiq suv va 10% li xlorli ohak eritmasi bilan yuviladi.

Sutkasiga 2—5 marta 1 osh qoshiqdan chaga nastoykasi, kuniga 3 marta 3.000—9.000 TB dan krutsin inyeksiyasi, ovqatdan oldin 5—10 mg dan neotsid yaxshi foyda qiladi. Qusishda aminazin, serukal beriladi.

Og'riqni qoldirish uchun darhol narkotik moddalarga o'tish yaramaydi, ular bemorni holdan toydiradi va o'rganib qolishini keltirib chiqaradi. 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.

16 - B o b

OILAVIY SHIFOXONADA, SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM MARKAZLARIDA, QVP (QISHLOQ VRACHLIK PUNKTLARI) DA TIBBIY YORDAMNI TASHKIL QILISHDA O'RTA TIBBIYOT XODIMLARINING O'RNI VA VAZIFALARI

O'zbekiston Respublikasi mustaqillikka erishgandan so'ng Prezidentimizning "O'zbekiston Respublikasida Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish davlat dasturi to'g'risida"gi farmonida 2001—2005 yillarda barcha viloyat tumanlarida qishloq vrachlik punktlari (QVP) tarmog'ini kengaytirish, shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazlarini tashkil qilish, oilaviy shifoxonadar tashkil qilib, sog'lom avlod davlat dasturini yaratish va Respublikada tibbiyotning asosiy bo'g'ini bo'lgan o'rta tibbiyot xodimlarini tayyorlash bo'yicha islohotlar o'tkazilishi nazarda tutilgan.

Oilaviy shifoxonada hamshiraning vazifalari

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining ayollar va o'sib kelayotgan avlod sog'lig'ini mustahkamlashga doir qo'shimcha chora tadbirlar to'g'risidagi qaroriga asosan oilaviy shifoxonalar, oila institutlari tashkil qilingan. Aholini ijtimoiy muhofoza qilishni kuchaytirish, oila manfaatlarini ta'minlash,

ayollar mavqeini oshirish, sog'lom avlodni shakillantirish bo'yicha amalga oshirilgan umumdavlat chora-tadbirlari Respublikadagi ijtimoiy demografik vaziyatni sezilarli darajada yaxshilash imkonini beradi.

Oilaviy shifoxonalar va oila instituti mustahkamlanmoqda, chaqaloqlar o'limi kamaymoqda, tug'ruq yoshining tarkibi yaxshilanmoqda, aholining uzoq umr ko'rishi darajasi o'smoqda.

Oilaviy shifoxonalarda malakali shifokorlar bilan bir qatorda o'rta tibbiyot xodimlari ham xizmat qiladilar. Oilaviy shifoxonada ishlaydigan hamshiraning vazifalari quyidagicha:

— Oilalarning tibbiy madaniyati darajasini oshirishni targ'ibot qilish;

— Ayollarning sog'lig'ini mustahkamlashda yordam berish;

— Demografik vaziyatni o'rganish va hisobga olishda ishtirok qilish;

— Reproduktiv salomatlikni yaxshilash yuzasidan amalga oshirilayotgan chora-tadbirlar samaradorligini o'rganish va tahlil qilishda ishtirok qilish;

— Reproduktiv salomatlikni, yoshlar va oilalarning tibbiy madaniyatini, sog'lom bolalar tug'ilishi va ularni tarbiyalashni yaxshilash bo'yicha aholi o'rtasida suhbatlar, ma'ruzalar uyushtirish;

— Har bir qishloq, tumanda, shaharlarda sog'lom avlod tug'ilishi; sog'lom ona— sog'lom bola prinsipi amalga oshirishda ko'maklashish;

— Ayollarga istalmagan homiladorlikning oldini olish vositalari haqida tushuncha berish va targ'ibot qilish;

— Qizlarga, ayollarga va yosh onalarga tibbiy yordam ko'rsatish sifatini yaxshilashda, ona va bola sog'lig'ini muhofaza qilish, ayollarga tibbiy maslahatlar berish bo'yicha suhbatlar uyushtirish;

— Bolalarni kalendar asosida emlashga jalb qilishni va amalga oshirishni tashkil qilish;

— Bemor, ona va bolalarni davolashda har qanday muolajalarni bajarishdan iboratdir.

Shoshilinch tibbiy yordam markazlarida ishlaydigan hamshiraning vazifalari

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 10 noyabr 1998 yildagi "O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish davlat dasturi to'g'risida"gi farmonining bajarilishi asosida O'zbekistonda sog'liqni saqlash tizimida tub o'zgarishlar bo'lmoqda. Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi,

viloyatlarda uning hududiy filiallari hamda tumanlarda bo'limlarning ishga tushurilishi, xalqaro miqyosidagi tez yordamni uyushtirish imkonini bermoqda.

Rivojlangan mamlakatlarda tibbiyotning shoshilinch xizmati turli xil modellarda tashkil qilingan bo'lib, barchasining vazifasi bitta, ya'ni og'ir hayotiy ko'rsatmalarga ko'ra shoshilinch tez yordam, reanimatsiya tadbirlari va intensiv davoni qo'llagan holda bemorni tez yordam shifoxonalariga olib borishdir. Intensiv shoshilinch yordamga muxtoj bo'lmagan bemorlar o'zlarining oilaviy yoki uchastka vrachiga murojaat qilishlari kerakligi tushuntirilishi lozim. Ishlaydigan shoshilinch tez tibbiy yordam stansiyalari chaqiruvlarni qabul qilish bo'limida o'rta tibbiyot xodimlari telefon qo'ng'iroqlariga asosan bemorlarni saralashni bilishi muhim bo'lib, shoshilinch tibbiy yordamni tashkil qilishni yo'naltirish ular zimmasiga yuklatiladi.

Hozirgi zamon shoshilinch tibbiy yordam markazlari va hududiy bo'limlarda yuqori malakali, shohodatlangan oliy toifali tibbiyot xodimlari ishlaydilar.

Shoshilinch tibbiy yordam markazlarida bemorlarga kechayu kunduz intensiv davo qilinadi. Bunday xizmatni bajarishda o'rta tibbiyot xodimining o'rni muhimdir. Ularning vazifalari quyidagicha:

— Bemorlar shifoxonaga olib borilguncha uning og'ir holatini to'g'ri belgilay olishi va reanimatsiya tadbirlari hatto intensiv davo choralarini bajara olishi lozim.

— O'rta tibbiyot xodimi bemorga tashxis qo'yish, shoshilinch yordam ko'rsatish bilan barcha bemorga EKG qilishni va uni tahlil qilishni ham bilishi kerak.

— Bemor venasiga epchillik bilan tusha olishi, qon guruhi va rezus faktorini aniqlashni bilishi, qon o'rnini bosuvchi suyuqlikni quyish qonun-qoidalarini bajara olishi kerak.

— Klinik va biokimyoviy tahlillarni qilishni bilishi hamda tahlil qila olishi shart.

— Reanimatsiya tadbirlarini (sun'iy nafas berish, yurakni yopiq uqalashni) bajarish malakasiga ega bo'lmog'i kerak.

— Bemorlarni har qanday endoskopik tekshirishga tayyorlashda shifokorga hamkor hisoblanadi.

— Shoshilinch yordam markazida faoliyat ko'rsatayotgan o'rta tibbiyot xodimi muolajalarni epchillik bilan bajara oladigan va bemorning og'ir holatidan esankiramasdan shoshilinch tibbiy yordamni to'g'ri tashkil qila olishi muhimdir.

Qishloq vrachlik punktlarida ishlaydigan o'rta tibbiyot xodimlarining vazifalari

Respublikada Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilishning muhim bosqichlaridan biri qishloq aholisiga tibbiy xizmat ko'rsatishni sifat jihatidan yaxshilash, buning uchun ko'p bosqichli xizmatdan ikki bosqichli — tuman markaziy shifoxonasi va qishloq vrachlik punkti xizmatiga o'tishdan iborat. Ana shu reja asosida 2005 yilgacha Respublikada viloyat va tumanlarda doimiy yotib davolanadigan o'rinlar kamaytirilib, bosqichma-bosqich pulli tibbiy xizmatga o'tish bilan bir qatorda qishloqdagi vrachlik ambulatoriyalar, uchastka shifoxonalari, feldsher-akusherlik punktlari o'rnida amaliyotchi shifokorlar, oliy malakali o'rta tibbiyot xodimlari ishlaydigan qishloq vrachlik punkt tizimini yaratish ko'zda tutilgan. Xorijiy mamlakatlar sarmoyasini jalb etish yo'li bilan ularni zamonaviy tashxis va davolash asbob-anjomlari bilan jihozlash hamda ana shu davogohda ishlaydigan tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish, davolashning yangi usullari va jahon tabobatining eng ilg'or va zamonaviy usullari asosida davolashni yo'lga qo'yish maqsadida xorijliklar bilan hamkorlik masalalari shu dargohlarda ishlaydigan xodimlar malakasini oshirmoq uchun ularni hamdo'stlik davlatlari va xorijiy mamlakatlarga yuborish, xorijlik mutaxassislarni taklif etish rejalashtirilgan.

Qishloq vrachlik punktlarining afzalliklari shundaki, ularda zamonaviy tibbiy asbob anjomlari bilan jihozlangan kunduzgi shifoxona, fizioterapiya va stomatologiya xizmati yo'lga qo'yilgan. Eng muhimi umumiy amaliyotchi shifokorlar, oliy malakali hamshiralar bemorlarni shu yerning o'zida laboratoriya tahlilidan o'tkazib tashxis qo'yadi va muolaja qiladilar. Zarurat tug'ilganda bemorni tuman markaziy shifoxonasiga yuboradilar, tuman yoki viloyat shifoxonalaridan malakali mutaxassislarni taklif etadilar.

Qishloq vrachlik punktlarida xizmat qiladigan hamshiralarning vazifalari quyidagicha:

- Bemorlar bilan muloqotni biladigan, odobli, samimiy, nufuzli, oliy malakali hamshira bo'lish lozim;
- Zamonaviy tibbiyot texnikasi, tibbiy asbob-anjomlar bilan ishlay oladigan darajada bilim va tajribali bo'lishi shart.
- Bemorlarga har qanday muolajalarni bahara olishi kerak.
- Reanimatsiya tadbirlarini bilishi va favqulodda holatlarda qishloq aholisiga birinchi shoshilinch tibbiy yordamni tashkil qila olishi kerak.

olimlarning xizmatlari, hamda izlanishlari tufayli tiriltirish haqidagi nazariyani yaratish imkoniyati paydo bo'ladi. 1925 yilda I.D. Petrov va 1938 yilda V.A. Negovskiy o'zlarining tekshiruv ishlariga asoslanib, yurak va nafas faoliyati to'xtagach, organizmning o'ziga xos bo'lgan o'lim bosqichi paydo bo'lishini uqtirdilar va bu davrni klinik o'lim deb atadilar.

Zamonaviy reanimatologiyaning rivojlanishi va uni klinik amaliyotga tatbiq etishda V.A. Negovskiy va uning shogirdlarining xizmatlari beqiyosdir. Ularning mehnatlari tufayli reanimatologiya alohida klinik va yetakchi fan bo'lib qoldi va uning usullari tibbiyotning barcha tizimlarida keng miqyosda qo'llanila boshladi.

O'zbekistonda anesteziologiya va reanimatsiya fanining rivojlanishida S. Zarzar va V.E. Avakov kabi olimlarning xizmatlari katta bo'lib, ularning tashabbuslari bilan dastlab kurslar va kafedralar tashkil etildi. So'nggi paytlarda anesteziologiya va reanimatologiya kasbi bo'yicha mukammal mutaxassislar tayyorlashning imkoniyati yaratildi.

Reanimatsiyaning vazifalari va usullari

Reanimatsiyaning asosiy vazifalari gipoksiyada (kislordsiz holatga) organizmning so'nayotgan faoliyatlarini tiklashdan iboratdir. So'nayotgan faoliyatlarni tiklashni turli xil doridarmonlar, maxsus apparatlar va maqsadga muvofiq holatda qo'llash bilan amalga oshiriladi.

Bemorni klinik o'lim holatida reanimatsiya qilishning asosiy vazifasi gipoksiyaga qarshi kurash va organizmning so'nayotgan funksiyalarini qayta tiklash va rag'batlantirishdan iboratdir. Reanimatsion tadbirlarni shoshilinch darajasiga ko'ra ikki guruhga bo'lish mumkin:

1. Sun'iy nafas olish va mustaqil qon aylanishni ta'minlash.
2. Mustaqil qon aylanishni tiklashga, markaziy nerv tizimini, jigar, buyrak va modda almashuv faoliyatlarini dastlabki holatiga qaytarishga qaratilgan intensiv davo choralarini qo'llash.

Organizmدا qon aylanish va nafas olish faoliyatlari to'xtagandan keyin ham ayrim a'zolarining to'qimalarida modda almashinuv davom etib turishi gipoksiyaga chidamliligi ham aniqlanadi. Hamma to'qimalarda o'lim bir vaqtda sodir bo'lmasdan, ularga nisbatan tez yoki sekin rivojlanishi ham aniqlangan. Bu esa reanimatsiya usullarini organizmni tiriltirish maqsadida qo'llash uchun nazariy va amaliy bilimlarni rivojlantirishda tayanch vazifasini o'taydi.

Yurak hujayralaridagi o'lim miya po'stlog'iga nisbatan sekinroq rivojlanadi va miya to'qimasidagi o'lim 3—6 daqiqa ichida ro'yobga chiqadi, shunga ko'ra klinik o'lim va biologik o'limlar sodir bo'ladi.

Hozirgi kunda yurak, o'pka, asab tizimlarida, tomirlarda, qorin bo'shlig'i a'zolaridagi va boshqa operatsiyalarda kuzatilgan terminal (kritik) holatlar reanimatsiyaning barcha usullarini qo'llash bilan uning oldini olish va undan chiqarish mumkin. Shuning uchun ham reanimatsiya jarrohlikning asosiy qismi hisoblanadi. Shu bilan birga reanimatsiya usullari jarrohlikdan boshqa tibbiyot sohalaridagi turli patologik jarayonlarda ham shoshilinch yordam ko'rsatishda keng qo'llaniladi.

Reanimatologiyaning barcha usullarini amaliyotda mukammal qo'llanishi tufayli og'ir shikastlar, elektr shikastlar, suvga cho'kish, turli zaharlanishlar va patologik jarayonlarda bemor hayoti saqlanib qolinmoqda.

Reanimatsiyaning asosiy usullari bilan har bir tibbiyot xodimi tanish bo'lishi va terminal holatlarda yordam ko'rsatishni bilmog'i lozim.

TERMINAL HOLATLAR

Organizmدا ro'y berayotgan, o'tkir rivojlanayotgan kasalliklar (shok, miokard-infarkti, ko'p qon yo'qotish, zaharlanish va boshqalar) va og'ir shikastlar tufayli kislorod yetishmovchiligi, ya'ni gipoksiya ro'yobga chiqishi bilan terminal holatlar paydo bo'ladi. Terminal holatga o'limning hamma bosqichlari va reanimatsiyadan keyingi dastlabki davrlar kiradi.

Terminal holatga nafas olish va qon aylanish buzilishi yoki to'xtashi bilan organizm to'qimalarida o'lim to'liq bo'lmasligi aniqlangan, chunki bu jarayon to'qimalarda ro'y beradigan o'lim bir vaqtda emas, balki har xil to'qimaga nisbatan sekin yoki tez bo'lishi mumkin. Shunga ko'ra ayrim a'zolarining (to'qimalarning) yashash qobiliyati ham vaqtincha saqlanib qoladi. Organizmning qayta tiklanish xususiyatlarining pasayishi va gipoksiyaning chuqurlashishi miya to'qimalariga ham o'tishi tufayli miyaning hamma faoliyatlari so'na boshlaydi va hayot uchun xavf tug'diradi. Shunga ko'ra klinik (nisbiy) va biologik o'lim tezlashadi.

Klinik o'lim — bu hayotiy zarur faoliyatlarining so'nishi, yurak va nafas faoliyatlarining to'xtashi bilan kechadi. Bunday holatda hali hayot to'liq so'ngan emas, balki tezkor davo va reanimatsiya usullarini qo'llash bilan bemorni hayotga qaytarishga imkon bo'ladi.

olimlarning xizmatlari, hamda izlanishlari tufayli tiriltirish haqidagi nazariyani yaratish imkoniyati paydo bo'ladi. 1925 yilda I.D. Petrov va 1938 yilda V.A. Negovskiy o'zlarining tekshiruv ishlariga asoslanib, yurak va nafas faoliyati to'xtagach, organizmning o'ziga xos bo'lgan o'lim bosqichi paydo bo'lishini uqtirdilar va bu davrni klinik o'lim deb atadilar.

Zamonaviy reanimatologiyaning rivojlanishi va uni klinik amaliyotga tadbiiq etishda V.A. Negovskiy va uning shogirdlarining xizmatlari beqiyosdir. Ularning mehnatlari tufayli reanimatologiya alohida klinik va yetakchi fan bo'lib qoldi va uning usullari tibbiyotning barcha tizimlarida keng miqyosda qo'llanila boshladi.

O'zbekistonda anesteziologiya va reanimatsiya fanining rivojlanishida S. Zarzar va V.E. Avakov kabi olimlarning xizmatlari katta bo'lib, ularning tashabbuslari bilan dastlab kurslar va kafedralar tashkil etildi. So'nggi paytlarda anesteziologiya va reanimatologiya kasbi bo'yicha mukammal mutaxassislar tayyorlashning imkoniyati yaratildi.

Reanimatsiyaning vazifalari va usullari

Reanimatsiyaning asosiy vazifalari gipoksiyada (kislorodsiz holatga) organizmning so'nayotgan faoliyatlarini tiklashdan iboratdir. So'nayotgan faoliyatlarni tiklashni turli xil dori-darmonlar, maxsus apparatlar va maqsadga muvofiq holatda qo'llash bilan amalga oshiriladi.

Bemorni klinik o'lim holatida reanimatsiya qilishning asosiy vazifasi gipoksiyaga qarshi kurash va organizmning so'nayotgan funksiyalarini qayta tiklash va rag'batlantirishdan iboratdir. Reanimatsion tadbirlarni shoshilinch darajasiga ko'ra ikki guruhga bo'lish mumkin:

1. Sun'iy nafas olish va mustaqil qon aylanishni ta'minlash.
2. Mustaqil qon aylanishni tiklashga, markaziy nerv tizimini, jigar, buyrak va modda almashuv faoliyatlarini dastlabki holatiga qaytarishga qaratilgan intensiv davo choralari qo'llash.

Organizm qon aylanish va nafas olish faoliyatlari to'xtagandan keyin ham ayrim a'zolarining to'qimalarida modda almashinuv davom etib turishi gipoksiyaga chidamliligi ham aniqlanadi. Hamma to'qimalarda o'lim bir vaqtda sodir bo'lmasdan, ularga nisbatan tez yoki sekin rivojlanishi ham aniqlangan. Bu esa reanimatsiya usullarini organizmni tiriltirish maqsadida qo'llash uchun nazariy va amaliy bilimlarni rivojlantirishda tayanch vazifasini o'taydi.

Yurak hujayralaridagi o'lim miya po'stlog'iga nisbatan sekinroq rivojlanadi va miya to'qimasidagi o'lim 3—6 daqiqa ichida ro'yobga chiqadi, shunga ko'ra klinik o'lim va biologik o'limlar sodir bo'ladi.

Hozirgi kunda yurak, o'pka, asab tizimlarida, tomirlarda, qorin bo'shlig'i a'zolaridagi va boshqa operatsiyalarda kuzatilgan terminal (kritik) holatlar reanimatsiyaning barcha usullarini qo'llash bilan uning oldini olish va undan chiqarish mumkin. Shuning uchun ham reanimatsiya jarrohlikning asosiy qismi hisoblanadi. Shu bilan birga reanimatsiya usullari jarrohlikdan boshqa tibbiyot sohalaridagi turli patologik jarayonlarda ham shoshilinch yordam ko'rsatishda keng qo'llaniladi.

Reanimatologiyaning barcha usullarini amaliyotda mukammal qo'llanishi tufayli og'ir shikastlar, elektr shikastlar, suvga cho'kish, turli zaharlanishlar va patologik jarayonlarda bemor hayoti saqlanib qolinmoqda.

Reanimatsiyaning asosiy usullari bilan har bir tibbiyot xodimi tanish bo'lishi va terminal holatlarda yordam ko'rsatishni bilmog'i lozim.

TERMINAL HOLATLAR

Organizmدا ro'y berayotgan, o'tkir rivojlanayotgan kasalliklar (shok, miokard-infarkti, ko'p qon yo'qotish, zaharlanish va boshqalar) va og'ir shikastlar tufayli kislorod yetishmovchiligi, ya'ni gipoksiya ro'yobga chiqishi bilan terminal holatlar paydo bo'ladi. Terminal holatga o'limning hamma bosqichlari va reanimatsiyadan keyingi dastlabki davrlar kiradi.

Terminal holatga nafas olish va qon aylanish buzilishi yoki to'xtashi bilan organizm to'qimalarida o'lim to'liq bo'lmasligi aniqlangan, chunki bu jarayon to'qimalarda ro'y beradigan o'lim bir vaqtda emas, balki har xil to'qimaga nisbatan sekin yoki tez bo'lishi mumkin. Shunga ko'ra ayrim a'zolarining (to'qimalarning) yashash qobiliyati ham vaqtincha saqlanib qoladi. Organizmning qayta tiklanish xususiyatlarining pasayishi va gipoksiyaning chuqurlashishi miya to'qimalariga ham o'tishi tufayli miyaning hamma faoliyatlari so'na boshlaydi va hayot uchun xavf tug'diradi. Shunga ko'ra klinik (nisbiy) va biologik o'lim tezlashadi.

Klinik o'lim — bu hayotiy zarur faoliyatlarning so'nishi, yurak va nafas faoliyatlarining to'xtashi bilan kechadi. Bunday holatda hali hayot to'liq so'ngan emas, balki tezkor davo va reanimatsiya usullarini qo'llash bilan bemorni hayotga qaytarishga imkon bo'ladi.

Terminal holatning quyidagi bosqichlari tafovut qilinadi:

1. talvasa oldi (agonal oldi);
2. talvasa (agonal);
3. klinik (nisbiy) o'lim;
4. biologik o'lim bosqichlari mavjud.

Talvasa oldi bosqichining davom etish muddati ham har xil bo'lib, bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etish mumkin. Bu davrda bemorning es-hushi hali qisman saqlangan, arterial bosimi 60 mm simob ustunidan pastga tushib ketgan. Puls dastlab taxikardiya, so'ng esa bradikardiya, nafas yetishmovchiligi, shilliq qatlamlarning barmoq, burun uchlarining ko'karishi (sianoz, akratsianoz) kabilar paydo bo'ladi.

Talvasa (Agonal) bosqichida es-hushi yo'qoladi, markaziy asab tizimi faoliyatlari ham so'na boshlaydi, arterial bosim va reflekslarni aniqlab bo'lmaydi, ko'z qorachiqslari kengayadi, ko'z reflekslari (muguz parda, qorachiqning yorug'likka reaksiyasi reflekslari) yo'qoladi. Nafas olish kamayadi yoki Cheyn-Stoks turida titroqli bo'ladi. Bu bosqich ham bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Bu davr qancha uzoq davom etsa, klinik o'limga o'tish muddati ham shuncha uzoq bo'ladi, natijada bemorni tiriltirishga va hayotiy faoliyatlarini tiklashga ham ishonch ortib boradi.

Klinik (nisbiy) o'lim — bu organizmning markaziy asab tizimlari, nafas va yurak faoliyati to'xtagandan keyin bir necha daqiqa davom etadigan holatdir. Bu davrda qon aylanish va nafas to'xtashi bilan hayot belgilarining hammasi, faol to'xtashi yuz berishi bilan kechadi, ammo hamma a'zolarida qaytmas o'zgarishlar sodir bo'lganicha yo'q. Shu tufayli bu bosqichdan hayotga qaytarish yoki tiriltirish uchun hali imkoniyatlar ham mavjud. Klinik o'lim davrida dastlab bosh miya qobig'i faoliyatlari, so'ngra yurak qon-tomir tizimi faoliyati buziladi. Natijada arterial bosim tushib ketadi, yurakning qonni haydashi ham kamayadi, puls yo'qoladi, yurak urishi va nafas olish to'xtaydi, ko'z qorchig'i kengayib, uning reflekslari ham yo'qoladi.

Klinik o'lim bosqichida ham yurakning bioelektrik faolliyati yana 30 daqiqagacha saqlanib turadi, bu esa yurak va nafasning butunlay to'xtaganiga qaramay, modda almashinuv jarayoni eng past darajada bo'lsa ham saqlanib turgani va miya oz bo'lsada hayot faoliyatini saqlab turganini ko'rsatadi. Shuning uchun ham oddiy harorat sharoitida klinik o'lim 5—6 daqiqa davom

etib, bu vaqtda reanimatsiya usullarini qo'llash bilan bemorni tiriltirish imkoni bo'ladi. Bundan kechroq muddatlarda qaytmas o'zgarishlar sodir bo'lib, klinik o'lim biologik (yoki haqiqiy) o'limga o'tadi.

Sog'liqni saqlashning asosiy yo'nalishlaridan biri — kasallikning oldini olish bo'lganidek, bu tadbir reanimatologiyaning asosiy yo'nalishi va maqsadi hisoblanadi. Terminal holatning oldini olish jarayonining klinik o'limga o'tishini bartaraf qilish kabilar reanimatologiyaning asosiy vazifasi hisoblanadi. Buning uchun zudlik bilan tezkor (intensiv) davo tadbirlarini va kasallikning patofiziologik xususiyatlarini nazarda tutgan holda, reanimatsiya usullarini qo'llash ijobiy natijalar beradi.

Biologik o'lim — reanimatsiya tadbirlari o'z vaqtida qo'llanilmasa, klinik o'lim biologik o'lim bosqichiga o'tadi. Bunda ko'z qorachiqqlari uzayib, "mushuk ko'zi" belgisi aniqlanadi, ya'ni o'lim yuz bergach 2 soatdan so'ng murda qotishi paydo bo'ladi.

REANIMATOLOGIYA ISHINI TASHKIL ETISH

Tibbiyot amaliyotida reanimatologiya usullarini faqatgina terminal holatlarda emas, balki operatsiya va anesteziya paytida, operatsiyadan keyingi dastlabki soatlarda sodir bo'ladigan og'ir asoratlarning oldini olish uchun ham keng qo'llaniladi. So'nggi paytlarda ko'p tarmoqli shifoxonalarda shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazlarda, reanimatsiya bo'limlari va markazlari tashkil etilgan. Bu bo'limlarda hayot uchun xavfli bo'lgan ko'pgina jarayonlarga: epileptik statusida, hamma asfeksiya turlarida, komatoz holatlarida, turli shoklarda, zaharlanishlarda, miokard infarktida, talvasa holatlarida reanimatsiya usullari muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda. Terminal holatlarda yoki hayot uchun xavfli bo'lgan jarayonlarda bemorlarni reanimatsiya bo'limlariga joylashtirish bilan ularga malakali va to'liq tekshirish ishlarini o'tkazish, tashxis qo'yish va davolash uchun murakkab apparatlardan foydalanishga imkoniyatlar yaratilgan. Og'ir xastalik va shikastlarda bemorning taqdiri o'tkaziladigan reanimatsion tadbirlarning qanchalik to'liq, tez, to'g'ri va malakali bajarilishiga bog'liq.

Shunga ko'ra, reanimatsiya usullaridan foydalanish xizmatini to'g'ri tashkil etish kundalik hayot taqozosidir. Organizmda ro'y bergan patologik jarayonlarning ba'zi turlarida "tez yordam" mashinalarini chaqirish va maxsus shifoxonalarga joylashtirish ma'lum vaqtni talab etsa, ikkinchi holatda esa bemorga juda qisqa muddat ichida falokat ro'y bergan joyning o'zida yordam ko'rsatishga to'g'ri keladi.

O'tkir yurak yetishmovchiligi yoki yurak va nafas faoliyatining to'xtashi kabi holatlarda 5—6 daqiqa ichida "tez yordam" mashinalari yetib kelishiga ulgurmaydi va shifoxonaga olib borish uchun ham imkoniyat bo'lmaydi. Bunday paytda birinchi bo'lib kelgan shaxs yoki uning yonida bo'lgan kishi tomonidan reanimatsiya usullarini qo'llashga to'g'ri keladi.

Reanimatsiya usullari tez qo'llanishiga ko'ra ikki guruhga bo'linadi:

1. Shikastlangandan keyin shu joyda dastlabki reanimatsiya tadbirlarini ko'rsatish. Bunday holatda ko'pincha shikastlanuvchi yonida bo'lgan kishilar, transport haydovchilari (shofyorlar) yo'lovchilar, militsiya hodimlari, sanitar drujinachilar yordamida bajariladi.

2. Shifoxonada ko'rsatilgan reanimatsiya tadbirlari asosan uchta yo'nalishda olib boriladi:

- a) bo'lim yoki tezkor davolash palatalarida;
- b) maxsus reanimatsiya bo'limlari va markazlarida;
- v) umumiy reanimatsiya bo'limlarida.

Bunday holatlarda reanimatsiya xizmatini tashkil qilishda va reanimatsiya o'tkazish paytida zarur bo'lgan mutaxassislarning maslahatidan hamda qo'shimcha tekshirish usullaridan foydalanish va zarur bo'lsa maxsus reanimatsiya bo'limlariga o'tkazish mumkin.

Stasionargacha bo'lgan baxtsiz hodisalarda, yuqorida qayd etilganidek bemor yonida bo'lgan hodimlar tomonidan reanimatsiya tadbirlari o'tkaziladi. Bemor tibbiyot muassasalarida (poliklinika) ham shifokor yoki hamshiralar yo'q bo'lgan joylarda (koridorda, zinalarda, liftda) ham baxtsiz hodisaga uchrashi ajablanarli hol emas. Bunday paytlarda 4—5 daqiqa ichida shifokorni topib kelish va reanimatsiya bo'limiga olib borish ham qiyin. Shuning uchun tibbiyot muassasalarida xizmat qiluvchi hamma xodimlar ma'lumoti va lovozimidan qat'iy nazar reanimatsiya tadbirlarining oddiy usullarini bajarishdan xabardor bo'lishlari kerak.

Reanimatsiyaning umumiy tadbirlari: jgutlar qo'yish, yurakni tashqi uqalash, sun'iy nafas oldirish, ya'ni og'izdan-og'izga va og'izdan -burunga nafas yuborish usullarini mukammal bilishlari kerak.

Shifoxonadan tashqari ko'rsatiladigan reanimatsiya tadbirlarini bajarish "tez-yordam" stansiyalari xodimlari zimmasiga tushadi.

Bunday reanimatsion tadbirlarni o'tkazish uchun RAF 277 I yoki BaRKAS B 1000 -1 Germaniya kabi reanimobillardan foydalaniladi. Bu mashinalarda hodisa sodir bo'lgan joyda va shifoxonaga olib borish paytida yo'l-yo'lakay umumiy reanimatsiya tadbirlarni o'tkazish uchun sharoit yaratilgan. Bemor behush yoki alkagol tufayli mast holda bo'lsa, uning hujjatlari, qimmatbaho buyumlari qabul bo'limi hodimiga tilxat bilan topshiriladi va tilxatni chaqiruv varaqasiga yopishtirib qo'yiladi.

Reanimatsiya mashinalari quyidagi jihozlar va dori-darmonlar bilan ta'minlangan:

1. dorilar uchun kursi, quticha;
2. kislarod ingolyatori KI-3 m;
3. sun'iy nafas oldirish apparati DP-2;
4. narkoz apparati AN-8;
5. transport shinalari;
6. radiostansiya;
7. venaseksiya va traxeostomiya uchun intubatsion naychalar;
8. qo'lda olib yurildigan elektrokardiograf;
9. difeibrilyator;
10. elektrostimulyator va boshqalar.

REANIMATSIYA AMALIYOTIDA ISHLATILADIGAN DORI-DARMONLAR

1. Transfuziya uchun eritmalar: poliglyukin, polivenol.
2. Og'riqsizlantiruvchilar: morfin, omnopon, promidol, lidokain, novokain, trimekain.
3. Antibiotiklar.
4. Vitaminlar: askorbin kislotasi, vitamin B₁, B₆.
5. Gemostatik preparatlar: kalsiy xlor, vikalol, epsilon, aminokapron kislotasi.
6. Antidotlar: unitol, begemrid.
7. Spazmalitiklar: atropin, papaverin, magneziy sulfat, nitroglitserin, amil nitrat.
8. Qon tomirini toraytiruvchilar: noradrenalin, mezaton, efedrin.
9. Yurak preparatlari: strofantin, korglikon.
10. Zardoblar: gangrena, bo'g'maga, qoqsholga, botulizmga qarshi zardoblar.

Bunday apparaturalar va dori-darmonlarning mavjudligi tufayli zarur paytda narkoz berish, kislarodni ingolyatsiya qilish, traxeyani intubatsiya qilish, nafas yo'llaridan shilimshiq'larni (qon) so'rib olish, o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish, vena ichiga suyuqliklar kiritish kabi reanimatsiya tadbirlarini o'tkazishga sharoit yaratiladi.

Nafas va yurak to'xtagan paytda to'liq reanimatsiya amaliyotlarini amalga oshirish bilan organizmning so'nayotgan zaruriy faoliyatlarini chuqur o'zgarishlardan chiqarib, uni izga tushirish mumkin bo'ladi.

Reanimatologiya xizmatini tashkil etishda mukammal reanimatsiya yordamini faqat statsionar va ambulatoriya sharoitida emas, balki bemorlarni transportda olib borishda "tez yordam" mashinalarida, ishlab chiqarishda va nihoyat uy sharoitida ham ko'rsatishni nazarda tutish zarur.

Ambulatoriya sharoitida reanimatsiya usullarini o'tkazish tadbirlarini nazarda tutib, oddiy asboblardan turkumi bilan ta'minlashi kerak. Bu moslamalar quyidagilardan iborat:

1. Qo'l bilan o'pkani ventilyatsiya qilish apparatlari
RPA-1, RPA-2, RDA-1 (yauza), RDA-1;
2. Og'iz va burun orqali havo o'tkazgichlar;
3. Simon havo o'tkazgichi;
4. Til ushlagich;
5. Og'iz kergich;
6. Mexanik yoki elektr so'rg'ich;
7. Yurak va nafas olishni stimulyatsiya qiluvchi dorilar;
8. Steril shprislar 10—20 ml va ignalar;
9. Laringoskop (har xil o'lchamda);
10. Intubatsion naychalar (har xil o'lchamda).

Bemorni "tez yordam" mashinalarida olib borish paytida ham o'pka, yurak reanimatsiya usullarini o'tkazish va dori moddalarni kiritish uchun imkoniyat yaratilishi kerak. Maxsus "tez yordam" mashinalari reanimatsiya tadbirlarini, ya'ni kislorodli ingalyatsiya qilish, sun'iy nafas oldirish yoki intubatsiya naychalarini qo'yishdan tashqari, nazorat tashxis qo'yish va davolash apparatlari bilan ham jihozlangan bo'lishi kerak.

Aytib o'tilgan asbob-anjomlar, dori preparatlari sog'lomlashtirish punktlari va poliklinika sharoitida ham tashkil etilishi, ular bilan ta'minlanishi lozim. Har qanday favqulodda hollarda baxtsiz hodisalar yuz berganda, og'ir asoratlarning oldini olish uchun tayyor turish reanimatologiyaning asosiy vazifalaridan hisoblanadi.

Poliklinikalar qoshida maxsus reanimatsiya usullariga o'qitilgan xodimlar bo'lishi va ular har doim navbat bilan ishlashlari kerak. Bu xizmtga jarrohlik va travmatologiya xodimlarini jalb etish maqsadga muvofiq bo'ladi.

So'nggi paytlarda poliklinikalarda kunduzgi statsionar tashkil etilishi, markazlashgan jarrohlik markazlarining ochilishi, poliklinikadagi ishlar hajmining kengayishi, sihatgoh va davogohlarda reanimatsiya xizmatlarini tashkil etish va kengaytirish kerakligini taqozo etmoqda.

To'liq reanimatsion tadbirlar va intensiv davolash statsionardagi maxsus reanimatsiya bo'limlarida amalga oshiriladi.

STATSIONARDA REANIMATSIYA XIZMATI

Statsionarda xizmat qiluvchi xodimlar qon to'xtatish, sun'iy nafas oldirish, yurakni tashqi uqalashini o'tkazish usullarini bajara olishlari lozim.

Bemor tashqi yurak uqalashini va sun'iy nafas oldirishdan so'ng, toki nafas olish va qon aylanish kabi zarur faoliyatlar to'liq tiklanmaguncha, boshqa joyga o'tkazilmaydi. Har bir bo'limda yoki yirik shifoxonalarda reanimatsiya tadbirlarini o'tkazuvchi maxsus guruhlar tashkil etiladi va buning tarkibiga shifokor va reanimatsiya hamshirasi kiradi. Bu guruh a'zolari reanimatsiya chora-tadbirlarini o'tkazish bilan shug'ullanadilar. Bunday guruhni tashkil etishning iloji bo'lmagan kichik shifoxonalarda esa bu vazifalarni anesteziolog va uning hamshirasi (anesteziistka) bajaradi. Jarrohlik bo'limlarida intensiv davolash palatalari tashkil etish maqsadga muvofiqdir. Bu yerda hayot uchun havf soluvchi holatlarda bemorga reanimatsiya xizmati ko'rsatiladi.

Statsionarlardagi reanimatsiya bo'limlariga quyidagi og'ir jarayonlardagi bemorlar joylashtiriladi:

1. Hayot uchun xavfli bo'lgan o'tkir nafas yetishmovchiligida;
2. O'tkir yurak-tomir yetishmovchiligida;
3. Og'ir operatsiyalardan keyin hayot uchun xavfli bo'lgan o'zgarishlarda;
4. Og'ir koma holatlarida (bosh miya shikastlari, giper yoki gipoglikemik koma va boshqalar);
5. Shok va klinik o'limdan keyingi tiklanish davrida;
6. Og'ir zaharlanishlarda;
7. O'tkir jigar va buyrak yetishmovchiligida;
8. Organizmda oqsil, qand va suv elektrolit muvozanatning og'ir buzilishlarida.

Asosiy patologik jarayon tufayli zaiflashgan organizmdagi rezerv uchun operatsiya qo'shimcha sinov hisoblanadi. Shuning uchun ham operatsiyalardan keyingi davrda operatsiya anestiziya

tufayli vujudga keladigan asoratlarning oldini olish va davolash kabi vazifalar bajariladi. Kichik shifoxonalarda intensiv davolash palatalari ajratilib, operatsiyadan keyingi va og'ir holatlardagi bemorlarga yordam ko'rsatiladi. Jarrohlik bo'limlarida intensiv palatalarni tashkil etish, ayniqsa maqsadga muvofiqdir, chunki operatsiyadan keyingi davrda bemorlar reanimatsiya xizmatiga muxtoj bo'ladilar. Bu yerda bemorlar bir necha soatdan ikki sutkagacha yotadilar va davolanadilar. Operatsiyadan keyingi davrda bemor haroratining ko'tarilishi, leykotsitning ko'payishi, modda almashinuvining buzilishi, chanqash kabi holatlar uchraydi.

Kuchli terlash va nafas orqali organizmda umumiy suvsizlanish rivojlanadi. Operatsiyadan keyingi uyqusizlik nafaqat operatsiya tufayli, balki asab tizimining operatsiya shikasti tufayli kuchli qo'zg'alishidan so'ng rivojlanadi. Undan tashqari operatsiyadan keyingi fibrionolitik xususiyatlarining pasayishi natijasida tromblarning hosil bo'lishi jarayoni ham kuchayadi. Shuning uchun yuqoridagi asoratlarni bartaraf qilishda intensiv davo va reanimatsiya tadbirlarini qo'llash zarur bo'ladi.

Maxsus reanimatsiya bo'limi va markazi

Bu bo'lim maxsus ajratilgan bo'lib, og'ir patologik jarayonlarni davolashga mo'ljallangan. Bunday bo'limlarda bir guruh og'ir bemorlarni bir joyga joylashtirish natijasida boshqa bemorlar uchun ham qulay sharoit yaratiladi va ularni ortiqcha hayajonlanish va bezovtalanishdan soqit qilinadi. Bemorlarni parvarish qilish uchun maxsus tayyorlangan va o'qitilgan xodimlar bilan ta'minlanadi, hamda reanimatsiya tadbirlari umumlashgan holda o'tkaziladi. Shu bilan birga bir xil kasalliklar bilan bemorlar alohida tartibga solingan davolash uchun sxemalarni, tizimlar va usullarni tuzish hamda qo'llash uchun to'liq sharoit yaratiladi. Bu bo'limlarda xizmat qiluvchi har bir hamshiraga 1 ta, ayrim holatlardagina 2 ta bemor ajratiladi. Undan ortiq kasalga qaralgudek bo'lsa, reanimatsiya bo'limi mazmuni va xususiyatini yo'qotadi. Maxsus reanimatsiya bo'limlarini turli bo'limlar qoshida ham tashkil etish mumkin. Bunday bo'limlardan buyrak, yurak, nafas a'zolari, bolalar uchun va toksikologik kabi bo'lim yoki markazlarni ajratish mumkin.

Buyrak yetishmovchiligi bilan og'irgan bemorlarni davolash uchun maxsus nefrologik yoki buyrak reanimatsiya markazlari tashkil etilib, bemorlar gemodializ bilan davolanadilar.

Hozirgi kunda keng miqyosda rivojlangan kardiologik reanimatsiya markazlari mavjud bo'lib, u yerda miokard infarkti va uning asoratlari (kardiogen shok, o'pka shishi, yurak ritmining buzilishi) va qon-tomir yetishmovchiliklari kompleks reanimatsiya muolajalari qo'llash bilan malakali yordam ko'rsatiladi.

Turli xil zaharlanishlar maxsus toksikologik reanimatsiya bo'limlarida (yoki markazlarida) davolanadi. Bu yerda zaharlanishlarni davolash uchun alohida ma'lumotlar tuzilgan axborot markazi ham tashkil etiladi va bu o'z navbatida boshqa shifoxonalar uchun maslahat markazi vazifasini ham bajaradi.

Asab kasalliklari bo'limlari qoshida ham asab tizimi patolgiyasidagi qon aylanish va nafas olishning buzilishlarida yordam ko'rsatish uchun maxsus markazlar tashkil etiladi. Bu yerda bemorlarni uzoq vaqt davolash va zarur bo'lsa o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish mumkin.

Shu bilan birga, bemorlarning kasallik turiga ko'ra jarrohlik bo'limlarida narkozdan keyingi palatalar ajratilib, bu yerda hali to'liq narkozdan uyg'onmagan bemorlar joylashtiriladi, ularning anesteziolog yoki reanimatolog va uning hamshirasi kuzatib boradilar. Bu yerda bemorlar bir necha soatdan 2—3 sutkagacha yotqiziladi.

Umumiy reanimatsiya bo'limi

Organizm a'zolari va faoliyatlarining og'ir buzilishlarida barcha bemorlar uchun alohida yordam ko'rsatish va davolash maqsadida umumiy reanimatsiya bo'limlari tashkil etiladi. Bu yerda turli sabablarga ko'ra sodir bo'lgan terminal holatlarda shoshilinch va uzoq muddatli reanimatsiya xizmati ko'rsatiladi. Umumiy reanimatsiya bo'limi hamma zarur apparatlar va tibbiy jihozlar bilan ta'minlangan bo'lib, u yerda zarur bo'lganda klinik tahlillar uchun qon va siydikni olish, tomirlarga kateter qo'yish, intubatsiya va traxeostomiya qilish, yurakni uqalash va sun'iy nafas oldirish, vena ichiga transfuziya (infuziya) qilish kabi tadbirlar amalga oshiriladi. Xonadagi jihozlar devor tomonga joylashtirilib, xona o'rtasi bo'sh qoldiriladi. U yerda bir yoki ikkita respirator RO-2, RO-3, RO-5, AND-2, narkoz apparati, defibrilyator, elektrokardiograf, harakat qiluvchi rentgen apparati, og'iz kergich, laringoskop, endotraxeal naychalar to'plami va boshqa zarur buyumlar hamda dori-darmonlar mavjud bo'lishi kerak.

Reanimatsiya palatalariga kirish chegaralangan bo'lib, bemor qarindoshlari va begonalar uchun mutlaqo ta'qiqlanishi kerak.

Reanimatsiya qoshidagi kichik maxsus laboratoriya uning ajralmas qismi hisoblanadi va zarur bo'lganda taxlillar o'tkaziladi.

Reanimatsiya bo'limi xodimlarining ish tartibi shunday tashkil etilishi kerakki, bemor oldidan hamshiraning chiqib ketishi uchun hech qanday sabablar bo'lmasligi lozim va bemorni yolg'iz qoldirmaslik kerak.

Hamshira ishi uchun zarur bo'lgan narsalar — apparatlar, dori-darmonlar, shprislar shu xona ichida bo'lishi shart. Hamma apparat va jihozlar har doim sozlangan bo'lib, zarur paytda ishlatiladigan bo'lishi lozim. Reanimatsiya bo'limidagi infeksiyaning oldini olish uchun xonaga begona kishilar kirishi qat'i man etiladi.

Xodimlar esa maxsus kiyingan va niqob tutgan holda muolajalarni bajaradi.

Bemorning umumiy ahvoli va zarur faoliyatlarining ko'rsatkichlari normal holatga kelgach ham davolanishni davom ettirish zarur bo'lsa, bemorni intensiv davolash palatasiga o'tkazib davolanadi.

Reanimatsiya va intensiv davolash palatalarida quyidagi jihozlar bo'lishi kerak:

Qo'l bilan o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish moslamalari RPA-1, RDA-1, RDA-2;

Narkoz apparatlari "trilin", "tringal", "polinarkon", "Narkon-n", "Avtonarkon S-1" yoki "NAPP-2" ;

Laringoskoplar va intubatsiya asboblari, naychalar;

Uzoq muddat avtomatik ravishda o'pkani sun'iy ventilyatsiya qiluvchi asboblari RO-3, RO-5, RO-6-03;

Elektr defibrilyator;

Elektrokardiostimulyatorlar;

Elektrovaakumli so'rg'ichlar;

Kallani regional sovituvchi apparat "Xolod-2";

To'g'ridan-to'g'ri qon quyish uchun moslamalar;

Elektrokardioskop va elektrokardiograflar;

Puls va pnevmotanometrilar;

Elektroensefalograf;

Elektrotermometrilar;

Arterial qon bosimni o'lchash asboblari;

Dori moddalarni bug'li va aerosolni ingalyatsiya qilish apparatlari;

Namli kislarodni berish uchun moslamalar;

Traxeostomiya uchun asboblari;

Torakotomiya uchun asboblari;

O'mrov osti venasi kateterizatsiya uchun moslamalar;
Infuziya uchun dori moddalari va shprislar 1, 5, 10, 20 ml
va inyeksion ignalar;

Qon va qon o'rniga ishlatuvchi eritmalar uchun bir martalik sistemalar;

Yetarli darajada xalatlar, oqliklar, bog'lov va chok materiallari, rezina qo'lqoplar, zondlar, kateterlar va boshqa parvarish qilish buyumlari.

II - B o b

ODDIY YURAK-O'PKA REANIMATSIYASI

Yurak va nafas faoliyatining buzilishi turli sabablarga ko'ra yuzaga keladi. Ma'lum darajada o'pkaga havo almashinuvining buzilishi tufayli yurak faoliyati ham izdan chiqib, bemorda terminal holat rivojlanadi va reanimatsiya usullarini qo'llashni taqozo qiladi.

Yurak va o'pka faoliyati buzilishida uni tiklash uchun reanimatsiyaning oddiy usullarini hamma shifokorlar, o'rta tibbiyyot hodimlari va aholining ayrim guruhlari ham bilishlari zarur. Turli baxtsiz hodisalar, shikastlar, zaharlanishlar va shu kabi terminal holatlarda miya po'stlog'ining hujayralari kislarod yetishmovchiligi tufayli 3—5 daqiqa davomida o'ladi. Yurak-nafas olish to'xtatgan paytda miyaning hujayralari hayot faoliyatini sun'iy nafas oldirish bilan ushlab turish mumkin. Shuning uchun ham baxtsiz hodisalarda yurak-nafas faoliyatini tiklashning oddiy usullarini bemorning yonida bo'lgan yoki birinchi bo'lib yetib kelgan shaxs boshlashi lozim. Agar yurak va nafas olish to'xtagandan keyingi dastlabki daqiqalarda sun'iy nafas va yurak faoliyatini tiklash ta'minlanmasa, keyingi qo'llanilgan chora-tadbirlarning natijasi yaxshi bo'lmaydi.

Yurak-o'pka yetishmovchiligida qo'llaniladigan reanimatsion yordamning oddiy usullaridan yurakni tashqi uqalash va o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish bo'lib, bu usullarni klinik o'lim paytida qo'llash muhim hisoblanadi.

Nafas olishning buzilishi yoki to'xtashi turli sabablarga ko'ra vujudga keladi: bularga nafas yo'llariga yot jismlarning tiqilib qolishi, og'riq, nafas olishning markaziy boshqarilishining buzilishi, miyaga qon quyilishi, suvda cho'kish, elektr shikastlari, ko'krak qafasi shikasti, shok, zaharlanishlar, asfiksiya, qon ketish

va boshqalar sabab bo'ladi. Nafas olishning buzilishi tufayli yurak faoliyati ham buziladi yoki to'xtaydi (sinkope). Yurak faoliyatining buzilishlarida yuqorida keltirilgan sabablar bilan birga miokard infarkti, qon aylanishning buzilishi sabablari ham katta ahamiyatga ega.

O'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish

Organizm a'zolari va to'qimalarining hayot faoliyatida kislorod zarurdir. Buning uchun havo tarkibidagi kislorod tashqi nafas yo'llari orqali kirib, o'pka alveolarini to'ldiradi va alveola devori orqali o'pkadagi kapillyar qon tomiriga o'tib, to'qimalarga tarqaladi. O'pkada alveolar orqali karbonat angidrid gazini kislorod bilan almashishga tashqi nafas olish deb ataladi va shunga ko'ra organizmni kislorod bilan ta'minlab, tashqi muhit bilan alveola o'rtasida doimiy bog'liqlik hosil qiladi. Shuning uchun ham tashqi nafas olish jarayoni buzilgan paytda sun'iy ventilyatsiya 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 naychalardan, narkoz niqobi va narkoz apparatlaridan, nafas beruvchi maxsus apparatlar yoki endotraxeal va S-simon naychalardan foydalaniladi. Reanimatsiya tadbirlari barvaqt, o'ta og'ir holatga tushmasdan boshlansa, uning samarasi yuqori bo'ladi. Klinik o'limda 3 daqiqa davomida o'tkazilgan tadbirlardan keyingi ijobiy natija 75% ni, 4 daqiqadan keyingisi 50%ni, 5 daqiqadan so'ng o'tkazilganiniki 25% ni tashkil qiladi, chunki odatdagi haroratda to'qimalarning qaytmas o'limi 10 daqiqa davomida ro'yobga chiqadi. Sun'iy ventilyatsiya qilishdan oldin nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash zarur. Buning uchun dastlab nafas yo'lidagi to'siqlarni bartaraf etib, yot jismlardan, suv, shilliqlardan va qondan tozalash lozim. Og'iz bo'shlig'ini ko'rib chiqish bilan birga ko'krak qafasini siqib turuvchi kiyimlar ham yechiladi. Og'iz bo'shlig'ini sochiq va ro'molchani barmoqqa o'rab, tozalab artiladi. Agar yosh bola bo'lsa, uni oyog'idan ko'tarib yoki yordam ko'rsatuvchi tizzasiga qorni bilan yotqizib, nafas bo'shlig'idagi suyuqliklar va boshqa xalaqit beruvchi narsalardan tozalaniladi. Shundan so'ng bemorni chalqancha yotqizib, uning yelkasi tagiga yostiqcha qo'yiladi va boshi orqaga tashlanadi, pastki jag'i esa birmuncha oldinga suriladi. Shu payt reanimatsiya o'tkazuvchi

chuqur nafas olib, so'ngra bemor og'ziga havo yuboriladi. Havo chiqarish paytida bemor boshi egilgan, pastki jag'ini esa tishlarni bir-biriga tegib turgan holatgacha bo'shatiladi, nafas chiqarish kiritishga nisbatan ikki marta uzunroq bo'ladi.

"Og'izdan-og'izga" nafas berishda reanimatsiya o'tkazayotgan tibbiyot xodimi ikkinchi qo'li bilan bemor burnini bekitib turadi. Shundan so'ng bemor og'ziga ro'molcha yopadi va bemorning og'ziga lablarini bosib, o'pkasiga havo yuboradi. 87-rasm.

Nafas chiqarish passiv bo'lib, u ko'krak qafasining elastik kuchlari hisobiga chiqaradi. Shuning uchun reanimatsiya o'tkazayotgan xodim bemorning ko'krak qafasining harakatini kuzatib



87-rasm.

bormog'i lozim. Ko'krak qafasi ko'tarilgach, bemorning yuzini yon tomonga burish bilan nafas chiqariladi. Nafas oldirish 1 daqiqada 20—50 marta bo'lishi kerak. Yuborilayotgan havo hajmining va tarkibini ham unutmash kerak. Reanimatsiya o'tkazayotgan xodim tomonidan kiritilayotgan havo tarkibidagi kislorod miqdori atmosferadagiga nisbatan karbonat angidrid gazi miqdoridan kamroq bo'lsa ham bemor hayotini saqlab qolish uchun yetarlidir.

“Og'izdan-og'izga” nafas yuborishda S - simon shakldagi naychalardan foydalanish ancha ijobiy natija beradi. Naychaning bir uchini nafas yo'liga kiritib, tashqi uchidan puflash bilan havo kiritish oson bajariladi.

Bunday paytda pastki jag'ni ushlab turishga hojat qolmaydi. Bemorga nafas kiritilgandan so'ng, bilak, son yoki uyqu arteriyalarida tomir urishi paydo bo'lishi yoki yo'qligini aniqlash zarur. Tomir urishi tiklangandan keyin ham sun'iy nafas oldirish davom ettiriladi.

“Og'izdan-burunga” nafas berish

Ayrim holatlarda chaynov mushaklarining kuchli tirishishi tufayli og'izni ochishga imkoniyat bo'lmaydi, bunday paytda sun'iy nafas oldirish burun orqali bajariladi.

Bu usulda havoni bemorning burni orqali kiritiladi. Bunda bemorning og'zini berkitib, burun bo'shlig'iga puflanadi. Til orqaga ketib qolmasligi uchun pastki jag'ni oldinga siljitib turish lozim. Havo chiqarishda esa, bemorning og'zi ochiq bo'lishi kerak. Bu usulda boshni yetarli darajada orqaga qaytarilmasa havoning ko'proq qismi me'daga tushib qoladi va uning kengayishiga olib keladi. Buning natijasida me'da massasining bir qismini nafas yo'liga tushib qolishi (regurgitatsiya) kabi og'ir asoratga olib kelishi mumkin.

Shuning uchun ham sun'iy nafas oldirish paytida qorin devorining kattalashuvi kuzatilsa, havoning me'daga tushayotganidan darak beradi. Reanimator diqqatini bu holatga qaratmog'i lozim. Agar yuqoridagi asorat mavjud bo'lsa, nafas chiqarish paytida me'da sohasiga kaft bilan bosiladi, ammo bu paytda regurgitatsiyaning oldini olish chora-tadbirlarini ham ko'rmoq lozim. Bunda bemor boshini yonboshga qaratib, zarur bo'lgan paytda og'zini tezda qusuq massalaridan tozalash kerak.

Kasalxonalarda (qabul bo'limida, sog'lomlashtirish punkti va QVP larda) o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish uchun maxsus apparatlar respiratorlardan foydalaniladi. Bu maqsad uchun qo'l

bilan boshqariladigan kichik va oddiygina apparatlardan RPA-1, foydalanish va apparat yordamida istagan hajmda havo kiritish mumkin. Apparat tarkibida og'iz kergich, turli o'lchamdagi narkoz niqoblari va havo o'tkazuvchi naychalar bo'ladi.

Bu apparatlardan to'g'ri foydalanishni har bir tibbiyot xodimi bilmog'i lozim. "Tez yordam" mashinalari, maxsus cho'milish joylaridagi qutqarish bo'limlari ham RPA-respiratori bilan ta'minlangan.

O'pkani qo'l respiratori bilan ventilyatsiya qilish quyidagicha o'tkaziladi:

1. Apparat kerakli hajmdagi (1,5, 1, 0,5, 0,26 l) o'lchamda moslashtiriladi.

2. Ichi keng havo o'tkazuvchi naychani narkoz niqobiga ulanib, uni bemorning og'iz-burniga jips qilib qo'yiladi.

3. Respirator qopchasini ritmik harakat qilish bilan (1 daqiqada 16 marta) havo kiritiladi.

Sun'iy nafas oldirish paytida niqobdagi havo chiqaruvchi qopqoq qo'l bilan berkitilib qolmasligi nazorat qilib turiladi. So'nggi paytlarda sanoatda turli xil modeldagi yangi raspiratorlar (RO-1, RO-2, RO-5, AND-2) ishlab chiqarilmoqda.

O'pkani sun'iy ventilyatsiya qilishni tibbiyot muassasalaridan tashqarida uzoq muddat o'tkazib bo'lmaydi. Bu usullar birinchi yordam ko'rsatish va transportda olib borish paytida ham davom ettiriladi. Bemorga malakali reanimatsiya tadbirlarini qo'llash uchun sun'iy nafas oldirish va yurakni tashqi uqalashni to'xtatmasdan turib tez yordamni chaqirish va reanimatsiya bo'limiga iloji boricha tezroq yetkazish chora-tadbirini ko'rmoq lozim. Zamonaviy "tez yordam" mashinalari reanimatsiya va sun'iy nafas oldirish uchun barcha apparat va anjomlar bilan ta'minlangan. O'pkani uzoq ventilyatsiya qilish maqsadida intubatsiya qilib, apparat orqali nafas oldirish maqsadga muvofiqdir. Traxeyani intubatsiya qilish bilan tilning orqaga ketib qolishi va qusuq massasining nafas yo'liga tushib qolishi xavfining oldi olinadi. Zamonaviy apparat yordamida ham o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish mumkin.

Nafas yetishmovchiligini 3—4 kundan ortiqroq o'tkazish zarurati bo'lgan taqdirda o'z vaqtida qilingan traxeostomiya operatsiyasi ham muhim ahamiyatga ega bo'lib, zarur bo'lgan taqdirda traxeostomik naycha orqali uzoq muddatgacha sun'iy nafas oldirish, antibiotiklarni traxeyaga hamda bronxlarga kiritish imkoniyatiga egadir.

Traxeostomiya bu shoshilinch operatsiya bo'lib, bo'yinning oldingi yuzasini kesish, traxeostomik naychani kiritib qo'yish bilan bajariladi. Bu usul haqiqiy va soxta bo'g'ma xurujlarida hiqildoqqa yot jins tiqilib qolganda va uning shikastlarida asfiksiyalarning oldini olish uchun qo'llaniladi.

Yurakning to'xtashi

Yurak mushaklarining qisqarish xususiyatlarining buzilishi va yurakning siqib chiqarish hajmining pasayishi bilan o'tkir yurak yetishmovchiligi rivojlanadi. Buning oqibatida bosh miyaning qon bilan ta'minlanishi ham buziladi. Yurak faoliyati juda turli-tuman sabablarga ko'ra (suvga cho'kkanda, bo'g'ilganda, elektr yoki yashindan shikastlanganda, miyaga qon quyilganda, miokard-infarktida, issiq urganda, ko'p qon yo'qotganda, yurak sohasiga qattiq urilganda, muzlab qolganda va boshqalarda) uchraydi. Bunday holatlar har xil sharoitda (ishda, ko'chada, uyda) uchrashi mumkin. Yurak to'xtashi ko'pincha turli xil gipoksiyalar, giperkapniya va atsidozga olib keluvchi jarayonlardan so'ng boshlanadi. Natijada qon aylanishining buzilishi, yurak yetishmovchiligi va nihoyat yurakning to'xtashiga olib keladi.

Qon aylanishining buzilishi 3 ta omilga bog'liq:

1. yurakning ishiga;
2. yurak qon tomirlarining qon bilan ta'minlanishiga;
3. yurak qon tomir devori tonusining pasayishiga bog'liq.

Bu yurakning qonni otib berish xususiyatiga, uning barorotseptorlariga qon yoki boshqa suyuqliklar bosimi ta'siri tufayli yuzaga keladi. Yurak mushaklarining qon bilan ta'minlanishi ham tomir ichidagi bosimga bog'liq. Bosim yetarli bo'lgan holatda yurak toj tomirlarining qon bilan ta'minlanishi yetarli darajada bo'ladi. Bosim yo'q bo'lsa, yurak mushaklarining oziqlanishi bo'lmaydi, yurak faoliyati to'xtaydi.

Yurakning to'xtab qolishining ikkita davri farq qiladi:

1. Asistoliya
2. Qorinchalar fibrilyatsiyasi

Qorinchalar fibrilyatsiyasida yurak mushaklarining muayyan tolalari pala-partish yoki betartib, nomutanosib qisqaradi. Asistoliya— bunda yurak qorinchalarining qisqarishi mutlaqo to'xtaydi. Umuman ikkala holatda ham yurakning qonni haydash faoliyati yo'qoladi. Asistoliyada miokard tonuslari ma'lum vaqtgacha saqlangan bo'ladi. Asistoliyaning rivojlanish sabablari orasida reflek-

tor ta'sirot mavjud bo'lib, bunda adashgan nerv tonusining oshib ketishiga olib keluvchi jarayonlar (narkoz, barbituratlar ta'siri, cho'kish va boshqalar) tufayli vujudga keladi. Bu ikkala holatda ham yurak qonni haydashdan to'xtaydi. Yurak to'xtashining asosiy belgilari quyidagilardan iborat:

1. Bemor hushidan ketadi.
2. Puls, son va uyqu arteriyalarida ham yo'qoladi.
3. Yurak tonlari eshitilmaydi.
4. Nafas to'xtaydi.
5. Teri va shilliq qavatlar oqaradi.
6. Ko'z qorachiq-lari kengayadi.
7. Qorachiq refleksi yo'qoladi.
8. Mushaklar tirishadi.
9. Jarohatdan qon oqish to'xtaydi.

Bu belgilar qon aylanishining va yurak faoliyatining to'xtashidan darak beradi va bunday paytda ortiqcha tekshiruv o'tkazishga (qon bosim o'lchash pulsni sanash, EKG yoki shifokorni izlash) hojat qolmaydi. Bunday paytda vaqtni boy bermasdan zudlik bilan reanimatsiya tadbirlarini ko'rishga, ya'ni yurakni tashqi uqalash va sun'iy nafas oldirishga kirishish lozim. Yurakni tashqi uqalash doimo sun'iy nafas oldirish bilan bir paytda olib boriladi, natijada aylanib yuradigan qon kislorod bilan ta'minlanadi, bu esa gipoksiyaning kamayishiga olib keladi.

Bu belgilar paydo bo'lgan taqdirda shifokor, feldsher, hamshiraning ixtiyorida asosiy tadbirlarni o'tkazish uchun juda ham qisqa va qimmatli soniyalar qoladi. Bunda har qanday qo'shimcha tashxis muolajalarni qoldirib, faqat davo tadbirlari qo'llaniladi.

Davolash: yurak to'xtaganda o'tkaziladigan reanimatsion tadbirlar yurakni tashqi uqalash va sun'iy nafas oldirish bo'lib, bular bir vaqtda bajariladi. Yurakni tashqi uqalash usulida to'sh suyagi-ning pastki 1/3 qismi kaft bilan bosiladi. Bu paytda yurak ham



88-rasm.

to'sh suyagi va umurtqa pog'onasi oralig'ida eziladi. Bunday harakat 1 daqiqada 50—70 marta takrorlanadi. Bemorning yuragi to'xtangan paytda karavotda yotgan bo'lsa, uni darhol qattiq joyga yotqizilib muolajalar tezda boshlanadi. (88-rasm.)

Bemorga dori-darmonlar kiritish uchun oyoqda veneseksiya qilinib quyidagi dorilar yuboriladi:

a) adrenalin, noradrenalin 0,5—1 ml miqdorda fiziologik eritma bilan yurak ichiga yuboriladi.

b) natriy bikorbonatning 4% eritmasidan 70—100 ml vena ichiga yuboriladi. Yuqoridagi dori moddalarni yurak-nafas faoliyati tiklanishiga qadar 10 daqiqadan so'ng takroran yarim doza miqdorida qayta yuborish mumkin.

v) kalsiy xlor 10% — 10 ml, vitamin B₆— 6% 1 ml, insulin 10—20 TB yurak yoki vena ichiga yuboriladi.

g) novokain 0,5% 20—40 ml vena ichiga yuboriladi.

Agar yurakning to'xtashi qon oqishi tufayli sodir bo'lgan bo'lsa, yurakni uqalash bilan bir vaqtda qon va qon o'rnini bosuvchi eritmalar ham quyiladi.

Yurakni tashqi uqalashning ijobiy natijasi quyidagi belgilarga ko'ra aniqlanadi:

a) uyqu arteriyasida tomir urishining paydo bo'lishi;

b) qorachiqlarning torayishi;

v) yuz terlarining, tirnoqlarning qizarishi;

g) mustaqil nafas harakatlarining paydo bo'lishi;

d) mushaklar tonusining paydo bo'lishi.

Agar EKG orqali yurakning to'xtashi, asistoliya yoki fibrilyatsiya tufayli sodir bo'lganligini aniqlashning imkoniyati bo'lmasa, bu holatda fibrilyatsiyadan keyin rivojlangan deb o'ylash mumkin. Bunday bemorlarga 0,1 soniyada 5000-6000 volt kondensatorda defibrilyatsiya qilinadi. Fiziologik eritmaga ho'llangan elektrod chap ko'krak sohasiga va sut bezi tagiga joylashtiriladi. Defibrilyatsiyadan keyin ham yurakni tashqaridan uqalanadi.

Yurakni tashqi uqalash 2—3 daqiqa davomida o'tkaziladi va uning natijasi bo'lmasa, yurakni ochiq uqalash usuli qo'llanadi (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.

Yurak faoliyati tiklangach bemorga to'liq tinchlik yaratilib, to'xtovsiz nazorat qilib turiladi. Bunday bemorlar ozgina jismoniy zo'riqishga ham o'ta sezuvchan bo'ladilar.

Miyadagi qisqa muddatli gipoksiya miya ishini izdan chiqarish mumkin. Shuning uchun ham bemorlarga, kislorod, vena ichiga gulyukoza, vitaminlar (C va B) guruhlari va yurak glikozidlari, antibiotiklar yuboriladi. Antigistamin preparatlari, kalsiy xlor, kortikosteroidlar, geksoniy yoki arfonad kabilarni yuborish miya va o'pka shishining oldini oladi.

Bemorlarni «tez yordam» mashinalarida juda ehtiyotlik bilan yo'lda yuqoridagi muolajalarni davom ettirgan holda olib boriladi.

Infuzion davolash usullari

Organizm uchun zarur bo'lgan suyuqliklarni ko'p miqdorda tomirlar orqali kiritishga infuziya deyiladi. Enteral yo'l, ya'ni ovqat hazm qilish yo'llari orqali bemorni ovqatlantirishning iloji bo'lmagan taqdirda infuzion usullar bilan amalga oshiriladi.

Infuzion davolash usullari zamonaviy tibbiyot amaliyotida juda keng qo'llaniladi va davolash tadbirlarining asosiy yo'nalishi hisoblanadi. Bu usul hamma klinik mutaxassisliklarning kundalik amaliyotida keng qo'llaniladi.

Infuzion moddalarni organizmga kasallikni davolash maqsadida kiritish bilan bir qatorda, uning organizmga ta'sirini bilish ham zarurdir.

Parenteral yo'l bilan ovqatlantirish, aylanayotgan qon hajmini to'ldirish, buzilgan suv-elektrolit muvozanatlarini korreksiya qilish, kislota-ishqoriy holatni va energetik balanslarning normal holatga keltirishni tomir ichiga infuzion davolash usuli bilan amalga oshiriladi. Infuzion davolash usullari suyuqliklarni teri ostiga, vena ichiga, limfa tomiriga endalimfatik va suyak ichiga kiritish yo'llari bilan o'tkaziladi. Infuzion davolash usullari tibbiyotning bircha sohalarida keng miqyosda qo'llanilmoqla. Infuzion suyuqliklarni quyish qon hajmini va tirkibini normallashtiradi, intoksikatsiyani kamaytiradi, qon bosimini tiklaydi, shokning oldini olish uchun imkoniyat yaratadi, bemorni oziqlantiradi va izdan chiqayotgan hayotiy faoliyatlarni tiklaydi.

Infuzion davolash usullari tibbiyotda tez rivojlanayotgan soha hisoblanadi. Shuning uchun ham infuzion davolash uchun ta'minlanayotgan eritmalarni to'g'ri tanlash va uning

mos kelishi va quyish usullarini ham yaxshi bilish kerak. Infuzion eritmalar mukammallashib, amaliyotga yangi eritmalar tavsiya etilmoqda.

Organizmdagi karbonsuvlar energiya manbaining asosi hisoblanadi. Shunga ko'ra glyukoza 4 kal. beradi, va 1 g oqsilni o'zgartirish uchun 50 kal. zarur bo'ladi. Shuning uchun ham organizmni energetik manbaini saqlash uchun 40% li glyukoza eritmasidan ham quyish kerak bo'ladi. Organizmga quyilayotgan suyuqlikning taqsimlanishi va tomirlardagi suyuqlik miqdorining ortiqcha bo'lib ketishidan saqlash uchun 1 daqiqada 40—60 ta tomchi miqdorida quyiladi.

Ba'zan og'ir holatlardagina tez ta'sir ko'rsatish maqsadida tez oqim bilan quyiladi. Uzoq muddat tomchilab vena ichiga infuziya qilinsa, bunday holatda 4—5 l suyuqlikni tomir ichiga kiritish mumkin.

Parenteral ovqatlantirishda 4 ta qoidaga rioya qilinadi:

1. Quyilishi zarur bo'lgan suyuqlikka nisbatan organizmning muhtojligi;

2. Suyuqliklarni har 6—8 soatda kiritishni rejalashtirish;

3. Suyuqliklarni metabolik o'zgarishlarga ko'ra ulishlarga bo'lib kiritish;

4. Parenteral ovqatlanishni barvaqt boshlash zarur va qanchalik kechroq kiritilsa, rivojlangan buzilishlarni qayta tiklash ham shunchalik murakkab bo'ladi. Hozirgi paytda yuqoridagi maqsadlar uchun turli xil patologik jarayonlarda keng miqyosda infuzion davolash o'tkaziladi.

Infuzion o'tkazish vaqtiga ko'ra:

a) bir vaqtda

b) uzoq muddatda bajariladi.

Bir vaqtda infuziya qilish uchun qisqa vaqt ichida ma'lum miqdordagi suyuqlik quyilsa, uzoq muddatli infuziyada bir necha soatlar, sutkalar va kunlar davomida 3—5 litr miqdordagi suyuqlikni quyib borish bilan o'tkaziladi. Tezda infuziya qilish uchun 2—3 ta vena orqali 1 daqiqada 100—300 ml suyuqlik yuboriladi. Bu usul reanimatsiyaning boshlang'ich davrlarida ishlatiladi.

Infuzion moddalar yoki qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar qon bilan bir vaqtda quyiladi. Qon bosim 80—90 mm simob ustuniga ko'tarilishi bilan infuziya sekin oqim bilan quyishga o'tiladi. Oqim bilan infuziya yaxshilanguncha davom ettiriladi. (80—90 mm simob ustunigacha). Tomchilab infuziya qilishda suyuqlikni 1

daqiqada 40—60 ta tomchi bilan yuboriladi, organizmni suv-elektrolitlarga nisbatan talabi qondiriladi. Quyish tezligi oshirilsa, bemorda bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi va boshqa asoratlar uchrashi mumkin.

Infuzion suyuqliklarning kimyoviy xossalari va organizmga ta'sir etishiga ko'ra bir necha guruhlarga bo'linadi.

1. Shok va qon yo'qotishda ishlatiladigan qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar (poliglyukin, reopoliglyukin, gemovinil, polivinol, jelatinol, plazma, mannit, sorbit, SIPK, kolloid eritmasi va boshqalar).

Bu suyuqliklar shikastlanish, kuyish, operatsiya, postranzion shoklarida, o'tkir kam qonlikda, miya shishida, qon yo'qotishda, og'ir zaharlanishda, peritonit, ichak tutilishi, sepsis, jigar va buyrak kasalliklari kabilarda 500—2000 ml miqdorda ishlatiladi.

2. Dezintoksikatsiya qiluvchi suyuqliklarga gemodez, polidez, neokampensan, osmofuzin-S, osh tuzining 0,9% li izotonik eritmasi, Ringer-Lok eritmasi, tuzli SIPK infuzini va boshqalar kiradi. Bu eritmalar shok, tromboemboliya, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, og'ir intoksikatsiya, pankreatit, sepsis va boshqa patologik jarayonlarda keng ishlatiladi.

3. Parenteral oziqlantiruvchi preparatlar oqsil muvozanati buzilganda, organizmning oqsilga nisbatan talabchanligi oshganda, umumiy ozishda qon yo'qotishdan keyin, yuqumli kasalliklar va boshqa jarayonlarda ishlatiladi. Ular inson qoni yoki qora mollar zardobidan tayyorlanadi. Bunday preparatlarga quyidagilar kiradi: quruq va suyuq plazmalar, albumin, protein, aminoprotein, LSB zardobi, BK-8 eritmasi, KS-120, profuzin, aminokrovin, gidrolizin, aminopeptid, kazein gidrolizati va boshqalar. Bemorga oqsilli eritmalarini kiritishdan oldin unga nisbatan sezuvchanligini aniqlovchi sinamalar o'tkazish kerak. Yuqorida aytilgan suyuqliklardan ayrimlari davolash ta'siriga ko'ra zardob o'rnini ham bosa oladi. Qon o'rnida ishlatiladigan eritmalar ayrim patologik jarayonlardagi o'zgarishlarni qon kabi izga solgani uchun ularni gemokorrektorlar ham deyiladi. Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar yuqorida ta'rif qilingandek, ular qon aylanish doirasini to'ldirib, arterial bosimini ko'tarishi, organizmdagi zaharli moddalardan tozalashi va to'qimalarga oqsil moddalarni yetkazib berish kabi vazifalarni bajaradi. Shu bilan birga organizmga kiritilgan suyuqliklar salbiy ta'sir ko'rsatmasligi, fizik-kimyoviy xossalarga ko'ra barqaror va qon zardobiga

yaqin bo'lishi, pirogen va zaharli ta'siri bo'lmasligi, anafilaktik shok va boshqa asoratlar qoldirmasligi kerak. Infuzion preparatlar tarkibiy qismiga ko'ra turli usulda tayyorlanib, har xil idishlarga joylanadi. Ular qanday idishga joylashgan bo'lsa, shu idishdan quyiladi. Ular maxsus flakon yoki polietilen paketlarda saqlanadi. Dorixonalarda tayyorlangan oddiy tuzli eritmalarni maxsus infuzion idishlarga quyib, so'ngra tomir ichiga kiritiladi.

Vena ichiga quyish: Ko'p hollarda infuziyani qo'lning periferik venalariga: o'mrov osti yoki bilak venalariga qilinadi. Venaga infuziya qilish uchun quyidagi asboblardan bo'lishi kerak:

1. Venaga inyeksiya qiluvchi ignalar.
2. Venada uzoq turish plastik kateterlar.
3. Vena ichiga bir marta yoki takroran quyish uchun ishlatiladigan infuzion tizimlari.

Bir marta ishlatiladigan tizimlar maxsus tayyorlovchi zavodlarda plastmassalardan tayyorlanib, sterillangan polietilin xaltachalarda saqlanadi. Buning tarkibida uzun tomizg'ichli naychasi bo'lib, uning bir uchida flakonning rezina qopqog'ini teshishiga mo'ljallangan ignasi va boshqa uchida esa venaga kiritiladigan ignasi yoki kateterga ulanadigan kanyulasi bor. Kalta naychani bir uchida ignasi va filtiri bo'lib flakonga havo kiritishga mo'ljallangan.

Uzun naychadan tomchilarning oqishini boshqarib turish uchun qisqichi ham mavjud. Venaga kiritish uchun alohida ignasi esa maxsus qalpoqcha bilan berkitilgan bo'ladi. Infuzion tizimni ishlatishdan oldin xaltachaning butunligiga ishonch hosil qilib, uni steril holatda qaychi bilan kesiladi va tizim chiqariladi. Flakon qopqog'ini spirt bilan artilgach, tizimning katta ignasini flakonga chuqur sanchib, uning filtrini flakonga paralell qilib mahkamlanadi. So'ngra uzun naychasining ignasi ham flakonga sanchiladi, bu paytda naychani qisqichi berk bo'lishi kerak. Shundan keyin flakon shtativga tubini yuqori qilib joylashtiriladi va tizimni suyuqlik bilan to'ldiriladi. Buning uchun tizimni pastki qismidagi havolar suyuqlik oqimi bilan haydab chiqariladi. Shundan so'ngina venani punktsiya qilish bilan tizim konyulasi ignaga ulanadi va qisqichni ochib zarur bo'lgan tezlikdagi tomchini (yoki oqimni) belgilab infuziya qilinadi.

Venepunksiya qilish va tizimni to'ldirish paytida aseptika qoidalariga to'liq rioya qilib qo'llar, flakon tiqini va vena atrofidagi terilar spirtli paxta bilan artilib zararsizlantiriladi.

Vena ichiga infuziya qilish paytida hamshira suyuqlikning oqishi, teri ostida shishlar paydo bo'lib qolmasligini, shu yerdagi og'riqni hamda naychanning buralib qolmasligini nazorat qilib turishi lozim. Teri ostiga suyuqlik tushib qolganda yoki oqish to'xtab qolsa, bunday holatda infuziyani to'xtatish kerak va yuqoridagi sabablar aniqlanib, ular bartaraf qilingach, yana qaytadan quyishni davom ettirish mumkin. Infuziya tugagach igna chiqarilib u yerni spirtli paxta sharcha bilan bir necha daqiqa davomida bosib turiladi va bu bilan venadan qon oqishining oldi olinadi. Suyuqlik infuziya qilingandan so'ng bemor to'shakda yotishi kerak.

Venaseksiya: Vena qon tomiri orqali punksiya qilish va infuziya qilishni iloji bo'lmagan tiqdirda venaseksiya qilish zarurati tug'iladi.

Buning uchun operatsiya usuli bilan yelka yoki oyoq venalarining birortasini ochib maxsus igna yoki polietilen kateteri kiritish bilan infuziya qilinadi.

Kerak bo'lgan vena atrofi terilari yaxshilab zararsizlantiriladi, so'ngra 0,5% li novokain eritmasi bilan og'riqsizlantiriladi, vena ustidagi teri kichik qilib kesiladi, shundan keyin vena qon tomiri ajratilib, ikkita ketgutli ligaturaga olinadi. Ajratilgan vena tomiri kesilib, uning markaziy qismi ichiga maxsus igna yoki kateter kiritiladi va venaning markaziy qismi kateter (igna) atrofidan periferik qismi ham alohida bog'lanadi. Teriga ipak bilan chok qo'yilib, shu ip bilan kateter (yoki igna) ham bog'lab qo'yiladi. Infuziya tugagach kateter vena ichida qoldirilib, unga geparin kiritiladi, bu esa tromb hosil bo'lishining oldini oladi.

O'mrov osti venasiga infuziya qilish.

Uzoq muddat infuziya qilish uchun ko'proq o'mrov osti venasi punksiya qilinib, unga kateter kiritilib qo'yiladi. Bu usul amaliyotda keng qo'llaniladi. O'mrov osti venepunksiyasi quyidagi holatlarda o'tkaziladi:

1. Organizmning boshqa periferik venalariga infuziya qilishning imkoniyati bo'lmaganda.

2. Uzoq muddat va intensiv davolash infuziyasi qilinganda.

3. Maxsus tekshirishlar o'tkazish maqsadida (markaziy vena bosimini o'lchash, rentgen tekshirishlarida) qo'llaniladi.

4. Parenteral ovqatlantirish maqsadida yuqori konsentratsiyali oqsilni va gipertoniyali eritmalarini quyishda.

O'mrov osti venasiga kateter qo'yish uchun quyidagi jihozlar va moddalar zarur:

1. Novokain eritmasi 0,25% — 100 ml yoki lidokain eritmasi.
2. Geparin eritmasi 1 fl — 5 ml yoki natriy sitrat eritmasi 4%—50ml.
3. Operatsiya maydonini zararsizlantirish uchun antiseptik eritmalar (S-4, rokkal, xlorgeksidin biglyukonat eritmaları, yodanat, spirt-70 va boshqalar).
4. O'tkir uchli skalpel - 1 dona.
5. 10 ml steril shpris - 1 dona.
6. Ignalar (teri osti, vena ichiga) - 4 dona.
7. Venani punksiya qilish uchun igna - 1 dona.
8. Terini tikish uchun igna - 1 dona.
9. Ignatutqich - 1 dona.
10. Qaychi - 1 dona.
11. Qisqich va pinsetlar - 4 dona.
12. Chok materiallari.
13. Vena ichiga qo'yiladigan kateter, kanyulya va tiqini bilan - 1 dona.
14. Kateterni ichki diametrga mos keladigan 50 sm uzunlikdagi leska-o'tkazgich - 1 dona.
15. Stakan - 1 dona kerak bo'ladi.

Venani punksiya qilish uchun bemorni muolaja yoki toza bog'lov xonasida operatsiya stolida chalqancha yotqiziladi va boshini qarama-qarshi tomonga buriladi. Havo emboliyasining oldini olish uchun bemorni bosh tomoni pastga tushiriladi yoki oyoq tomonga ko'tarilgan holat beriladi. Qo'llari gavda muolaja stoliga o'rnatiladi va uni ikki qavatli steril choyshab bilan berkitiladi. Stolga novokain yoki lidokain eritmasi solish uchun stakan, shpris va ignalar, skalpel va qaychi, qisqichlar, ignatutqich, punksiya uchun igna, konyulya bilan, kateter ushlagich, chok materiallari, bog'lov materiallari (salfetka va parchalar) qo'yiladi.

Shifokor steril qo'lqop kiyib, operatsiya maydonini antiseptik moddalar bilan tozalab, steril choyshab bilan chegaralab berkitadi. Shundan keyin terini 0,25—0,5% li novokain (yoki lidokain) eritmasi bilan og'riqsizlantiriladi. Bolalarda va kuchli qo'zg'algan bemorlar uchun umumiy narkozdan foydalaniladi. Kattalarga ko'pincha vena ichiga kiritiladigan narkoz (natriy tiopental, geksenal, sombrivin va neyroleptoanalgetiklar) berish ham mumkin. O'mrov osti venasiga kateter qo'yish ikki bosqichdan:

1. venani punksiya qilish;
2. vena ichiga kateterni kiritishdan iborat.

Punksiya qilinadigan sohani og'riqsizlantirib, shprisga punksiya qilish ignasi o'rnatiladi va unga novokain eritmasi olinadi va teri ostiga ignani yo'naltirilib, sekinlik bilan ma'lum yo'nalishda ichkariga o'mrov osti venasiga kiritiladi va shpris porsheni tortib ko'riladi. Shu paytda shprisda qonning paydo bo'lishi ignaning venaga tushganidan darak beradi. Agar shprisda qon ko'rinmasa uning porshenini tortish bilan sekin-asta ignani tashqariga tortiladi va shprisda qon paydo bo'lsa, yana ignani 2—3 ml ichkariga kiritilib, ignadan shprisni ajratib, uning kanyulasi barmoq bilan berkitiladi, igna orqali vena ichiga 15 sm chuqurlikda o'tkazuvchi (liska) kiritiladi va igna chiqariladi.

O'tkazuvchi orqali polietilin kteterni aylanma va oldinga qaragan harakat bilan vena ichiga 5—10 sm kiritiladi. O'tkazuvchi chiqarilib olinib shpris yordamida kateterni vena ichida turganligi aniqlanadi. Kateter bo'shlig'i 4% natriy sitrat eritmasi yoki geparin (5000 B 5 ml natriy xlorning izotonik eritmasi) bilan yuviladi. Shprisni kateterdan ajratish paytida bemorga qisqa muddat nafasini ushlab turish taklif etiladi va uni maxsus tiqini bilan berkitiladi. Kateter teriga ipakli chok bilan mahkamlanib ustidan aseptik bog'lam qo'yiladi. Infuziya qilish yoki tekshirish o'tkazish uchun kateter kanyulyasiga tizim ignasi ulanadi va flakondagi suyuqlik belgilangan tezlikda vena ichiga kiritiladi. Infuziya paytida uni to'g'ri bajari-lishini nazorat qilib borish va kateterni vena ichida turganligiga ishonch hosil bo'lishi lozim. Muolaja tugagach kateter anti-koagulyantlar (natriy sitrat, geparin) bilan to'ldiriladi. So'ngra uni steril «tiqin» bilan berkitib qo'yiladi.

ARTERIYA ICHIGA INFUZIYA QILISH

Arteriyalarga kateter qo'yish reanimatsiya amaliyotida venaga nisbatan kamroq qo'llaniladi. Bu xil infuziya qilish usuli quyidagi holatlarda ishlatiladi:

1. Talvasa holati va uzoq davom etgan qon oqish va shokdan keyingi arterial gipotoniya.

2. Og'ir gemodinamikaning buzilishi tufayli vena ichiga infuziya qilishning natijasi bo'lmaganda.

3. Klinik nisbiy o'lim holatida bir vaqtning o'zida o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish va yurakni tashqi uqalash bilan birga o'tkaziladi va arteriya ichiga infuziya qilinadi.

Ko'p marta kateterizatsiya qilish uchun yelka va bilak arteriyasidan foydalaniladi. Arteriya ichiga infuziya qilish yurak faoliyatini reflektor ravishda stimulyatsiya qilish bilan farqlanadi. Shu xususiyatlarga ko'ra yurak to'xtaganda va shikastlanish shokida, kuchli qon yo'qotish tufayli rivojlangan terimnal holatlarda keng qo'llaniladi. Arteriya ichiga infuziya qilishni faqat shifokor bajaradi. Buning uchun arteriyaning yurakka qaragan qismiga kateter qo'yiladi va qon quyish tizimiga ulanadi. Infuziya qiluvchi tizimlarning hammasi venaga quyish kabi to'ldiriladi. So'ngra havo o'tkazuvchi naychani rezinali Richardson baloniga ulanadi. Bu bilan flakon ichiga havo yuborilib, hatto aortaga yuborish mumkin.

Terminal holatlarda 1,5—2 daqiqa ichida 160—250 mm simob ustunidagi bosim bilan 200—250 ml dan 1000 ml gacha suyuqlik kiritiladi. Yurak faoliyatining tiklanishi bilan tizimdagi bosim 120—140 mm simob ustunigacha pasaytiriladi. Shundan so'ng vena ichiga oqim bilan, keyin esa tomchilab quyishga o'tiladi. Igna olingandan so'ng shu joy 5—10 daqiqa bosib turiladi va qon oqish to'xtagach, jarohatga chok qo'yib aseptik bog'lam bilan bog'lanadi.

Infuziyaning asoratlari. O'mrov ostiga kateter qo'yilganda igna plevra va o'pka to'qimalarini teshib yuborishi mumkin. Ignadan tizimni ajratib olish paytida havoni so'rib olish xususiyatiga ko'ra havo emboliyasi kabi og'ir asorat ham uchraydi. Bu asoratning oldini olish uchun ignadan tizimni ajratish paytida bemordan nafas olishni bir necha soniya to'xtatib turish iltimos qilinadi yoki karavotning bosh qismi past tushiriladi. Kateterni uzoq muddat venada turishi natijasida terilarda mahalliy yallig'lanish bo'lishi mumkin. Yiringli yallig'lanish bilan tromboflebit va sepsis kabilarning rivojlanishi kuzatiladi. Arteriya ichiga infuziya qilishda tibbiyot xodimlari nihoyatda diqqat bilan bemorni kuzatib borishi zarur, chunki bu usulda arteriyadan qon oqish va arteriyani shu qismida trombozlarni rivojlanishi kabi xavfli asoratlar uchraydi. Shu atrofda to'qimalarda yallig'lanishlar uchrasa darhol kateterni chiqariladi va shu yerga spirtli bog'lam qo'yiladi.

O'TKIR NAFAS YETISHMOVCHILIGIDA REANIMATSIYA VA INTENSIV DAVOLASH

Tashqi nafas olish bilan organizmning kislorodga nisbatan ehtiyojini qondira olmagan holatini o'tkir nafas yetishmovchiligi (O'NY) deb tushiniladi. Natijada organizmda chuqur va og'ir gaz almashinuvining buzilishi paydo bo'ladi.

O'NY ning kelib chiqishi sabablaridan qat'iy nazar organizmdagi qon va to'qimalardagi kislorod miqdorining kamayishi, ya'ni gipoksiyaga olib keladi. O'NY quyidagi sabablarga ko'ra rivojlanadi:

1. Nafas a'zolarining shikastlanishi (ko'krak qafasining, traxeyaning jarohatlanishi, infeksiya, intoksikatsiya va boshqalar).
2. Bosh miyaning shikastlari, dori-darmonlar ta'siri, gipoksiya, operatsiya tufayli nafas markazi faoliyatining pasayishi va boshqalar.
3. Nafas yo'llarining berkilib qolishi (obturatsiya) tufayli.
4. Gemoglobin miqdorining kamayishi, anemiya, is gaz bilan zaharlanish.
5. Umumiy aylanib yurgan qon miqdorining kamayishi yoki venalarda qonning dimlanishi tufayli kislorod miqdorining kamayishi.

Klinikasi: O'tkir nafas yetishmovchiligi rivojlanayotganda gipoksiya va giperkapniya tufayli hayotiy zarur a'zolar va funksiyalarni izdan chiqaradi. Shunga ko'ra kompensator mexanizmlar ishga tushishi natijasida bemorda yo'tal, nafas siqilishi, nafas olishning tezlashuvi, nafas yetishmasligi, bo'g'ilishi kabi holatlar paydo bo'ladi. Bo'g'ilishda yengil sianoz, pulsning tezlashuvi, es-hushning o'zgarishi va koma holatlari rivojlanadi. Bemorda dastlab qo'zg'alish paydo bo'lib, so'ngra tormozlanish jarayoni boshlanadi, alahlaydi (gallyutsinatsiya va alahlash), bemorni teri qavatlari nam, ko'kargan va qizargan bo'ladi. Nafas olishda yordamchi mushaklar, burun qanotlari qatnashadi, taxikardiya kuchayadi, puls va A/B ko'tarilib ketadi. Organizmdagi gipoksiya quyidagi darajada rivojlanadi:

1-darajali gipoksiyada nafas olish tezlashadi, sianoz, A/B ko'tariladi va taxikardiya kuchayadi.

2-darajali taxikardiyada sianoz, nafas siqilishi kuchayadi, hushidan ketadi, ammo reflekslar saqlanadi.

3-darajasi bemorning koma holati bilan ifodalanadi, reflekslar ham yo'qoladi, sianoz keskin rivojlangan va bradikardiya paydo bo'ladi. Bu daraja 4—5 daqiqa davomida bevosita reanimatsiya usullarini qo'llash bilan bemor hayotini saqlab qolish mumkin.

4-daraja so'nggi bosqich bo'lib, bemorni asrab qolish ancha murakkabdir.

Gepirkapniya ham 2 bosqichda rivojlanadi:

1-bosqich: nafas siqilishi, kuchli terlash, bronx suyuqliklari-ning ajralishi kuchayadi. Diurez kamayadi, A/B tushib ketadi, bemor qo'zg'algan bo'ladi.

2-bosqich: nafas soni kamayadi, bronxlar gipersekretsiyasi, nafas siqilishi, sianoz paydo bo'ladi, ammo havo kiritish bilan ular tezda yo'qoladi. Bemor hushidan ketadi va komaga tushadi. Reanimatsiya tadbirlari yaxshi natija beradi.

Davolash: O'tkir nafas yetishmovchiligini (O'NY) davolash reanimatologiyaning asosiy vazifalaridan biri hisoblanadi. Davolash tadbirlari belgilarga ko'ra amalga oshiriladi, chunki O'NY jarayoni boshqa birorta kasalligi tufayli yuzaga keladi. Shunga ko'ra reanimatsiya tadbirlari ham nafas yetishmovchiligini keltirib chiqargan sabablarni nazarda tutgan holda olib boriladi. Og'ir asoratlarning oldini olish uchun davolashni hayotiy faoliyatlar izdan chiqishidan ancha barvaqt boshlash lozim.

Og'ir nafas yetishmovchiligida dastlab jarayonni keltirib chiqaruvchi sabablarni yo'qotish va belgilarga ko'ra davo choralari ko'rilish kerak.

Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash, nafas yo'lining berkilib qolishi: tilni orqaga ketib qolishi va pastki jag'ni tushib ketishi tufayli paydo bo'ladi. Shuning uchun ham bunday paytda jag'ni oldinga surish, nafas yo'lining o'tkazuvchanligini eng oddiy usuli—havo o'tkazuvchi naychalarni qo'yish bilan tiklash mumkin. Halqum refleksi yo'q bo'lgan bemorlar naychaga nisbatan qarshilik ko'rsatmaydi. Aksincha halqum refleksi kuchli bo'lgan bemorlar o'zlarini yomon his qiladilar, qusish paydo bo'ladi. Bunday holatda bemor naychani chiqarib tashlash uchun harakat qiladi. Bu paytda darhol naychani chiqarib olish kerak. Nafas yo'llarining tozaligini saqlash, berkilib qolgan nafas yo'lining o'tkazuvchanligini tiklashga nisbatan osonligini har vaqt yodda tutish zarur. Shuning uchun ham hamma og'ir bemorlarda nafas yetishmovchiligi belgilari bo'lmagan taqdirda ham

bronxlardagi suyuqliklarni yo'tal bilan ajratib tashlash choralarini ko'rish kerak. Agar yuqoridagi davo tadbirlaridan keyin ham yo'tal refleksi paydo bo'lmasa, traxeyaning shilliq qavatini qitiqlash bilan yo'taltirib, to'plangan sekretlarni chiqarish mumkin, buning uchun traxeyani uzuksimon va qalqonsimon tog'aylari oralarigagina kiritib 1—2 ml fiziologik eritma yuboriladi. Bu muolajani har 4—6 soatda takrorlash mumkin. Koma uzoq davom etsa, shu usul yo'g'onroq nina bilan bajarilib, nina orqali polietilin naychani traxeyaga 3—4 sm kiritib, chok bilan mahkamlanadi, shu drenaj orqali 500.000 TB penitsillin, 2—3 ml fiziologik eritma va ximotripsin aralashmasi kiritib yo'tal chiqariladi.

Bundan tashqari burun yo'li orqali kateter kiritish kabi oddiy usul bilan ham suyuqlikni surib olish mumkin. Balg'amlarni suyultirish va uni ajratishni osonlashtirish uchun bemorga ingolyatsiya, namlangan kislorod fermentlar (tripsin, ximotripsin), dezoksiribonukleoz, balg'am ajratuvchilar (kaliy yod, termopsis) beriladi.

1. **Agar bronxlar spazmga moyil bo'lsa**, eufillin va garmonlar tavsiya etiladi.

2. **Og'riqsizlantirish.** Bemorni turli yo'llar bilan og'riqdan xoli etish bilan yo'tal orqali bronxlarni tozalab turish zarur, aks holda o'pka yallig'lanishi asoratlari rivojlanishi mumkin.

3. **Kislorod bilan davolash.** Kislorod berish bilan organizmdagi gipoksiya kamaytiriladi. Buni nafas yo'llari o'tkazuvchan bo'lgan holatda o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasini o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Kislorodni namlangan holatda Bobrov apparati orqali burun-nafas yo'lga qo'yilgan kateter bilan beriladi.

Bu maqsad uchun KI-1, KI-2, I-2 ingolyatorlaridan va narkoz apparatlaridan foydalanish mumkin.

Organizmدا kislorod miqdorining oshib ketishi va uning toksik ta'sirini kamaytirish maqsadida ingolyatsiyani har 2 soatda 20—30 daqiqaga to'xtatiladi. Kislorod davosi uchun faqat tibbiyot kislorodi ishlatiladi, uning tarkibida 91% kislorod va 1 foiz azot mavjud. Apparatlar bilan sun'iy nafas berishda DD-1, DP-2, DP-3, RO-3, RO-5 va RO-6 yordamida nafas oldirish ko'proq samara beradi. Sun'iy nafas oldirish mustaqil nafas olish tiklanguncha cheklanmagan holda uzoq muddat amalga oshirilishi mumkin. Hozirgi paytda «BebilogVOOO», «Mikrovent» apparatlari bolalar uchun keng qo'llanilmoqda.

4. O'tkir nafas yetishmovchiligi rivojlanishida unga konikotomiya, traxeostomiya va traxeyani intubatsiya qilish usullari ishlatiladi.

Konikotomiya — bu zudlik bilan qilinadigan operatsiya bo'lib, turli sabablarga (yot jismlar, tomoqdagi shish, shikastlar, o'smalar va boshqalar) ko'ra rivojlangan asfeksiya tufayli qilinadi. Bu operatsiya traxeostomiya qilish uchun vaqt yetishmagan va intubatsiya qilish iloji bo'lmagan paytda o'tkaziladi. Bu juda ham qisqa vaqt ichida asfeksiyadan o'layotgan bemorni qutqarish uchun ayrim holatlarda o'tkaziladi. Bu operatsiya oddiy va tez bajarilishi bilan boshqa usullardan farq qiladi.

Konikotomiya — qalqonsimon va uzuksimon tog'aylar orasidagi parda maxsus asbob—traokar yoki boshqa o'tkir asbob bilan ochib, u yerga traxeostomiya yoki intubatsion naycha kiritiladi. Buning uchun bemorlar chalqancha yotqiziladi, yelka tagiga yostiq qo'yiladi, bo'yin orqaga egiladi. Shu paytda ko'rsatkich barmoq bilan qalqonsimon bezga bo'rtib turgan qismi topiladi. Uning pastida yuqoridagi parda joylashgan bo'ladi. Shu holatda parda (membrana) teshiladi.

Traxeostomiya — o'tkir nafas yetishmovchiligini davolash kompleksiga traxeostomiya ham kiradi.

Traxeostomiya quyidagi holatlarda qo'yiladi:

1. Yuqori nafas yo'llari berkilib qolganda (ovoz naylari shish, spazm, yot jismlar).
2. Yutishning buzilishida.
3. Uzoq muddat o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish maqsadida.
4. Traxeya va bronxlardan suyuqlik so'rib olish uchun.
5. Traxeyani uzoq muddat intubatsiya qilish so'nggi paytlarda traxeostomiyaga nisbatan traxeyani uzoq intubatsiya qilish usuli qo'llanilmoqda. Zamonaviy yumshoq endotraxeal naychalar bilan 20—35 sutkagacha intubatsiya qilish imkoniyati yaratilgan.
6. Laringoskop yordamida nafas yo'lga kateterlar qo'yish bilan traxeya va bronxlarni tozalash. Bu usul bemor hushida bo'lsa, umumiy narkoz (ftoraton) ostida o'tkaziladi.

Behush holatlarda esa, bu muolaja shoshilinch bo'lgani uchun narkozsiz ham bajarilishi mumkin.

Aerozol bilan davolash. Buning uchun balg'amni suyultiruvchilar, ko'pgina mahalliy ta'sir etuvchi preparatlar ishlatiladi (natriy gidrokarbonat, fermentlar va boshqalar). Bronxolitiklar — adrenalın, efedrin, izodrin, eufillin kabilar ishlatiladi.

1. So'nggi paytlarda ultratovush bilan davolash ham qo'llanilmoqda.

2. Nafas yetishmovchiligining og'ir holatlarida o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish yaxshi natijalar beradi. Bu usul nafas to'xtab qolganda, nafas olishning patologik jarayonida (Masalan: miya shishi, miya shikastlanishi, og'ir zaharlanish) keng qo'llaniladi.

Sun'iy o'pka ventilyatsiyasida yotgan bemorlar har doim tibbiyot xodimlarining diqqat markazida turishi kerak. Bunday bemorlarni faqat ko'z bilangina emas, balki apparat yordamida ham kuzatib boriladi. O'pkani sun'iy ventilyatsiya qilishni infuziya va transfuziya bilan birga olib borish ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bemorlarni kuzatish davomida nafas yo'llaridagi balg'am va shilliqlardan tez-tez tozalab turishni unutmash kerak.

ASTMATIK STATUS

Astmatik status bu — bronxial astmaning og'ir turi bo'lib, bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi oqibatida rivojlanadi va bir necha soatdan keyin uni xurujdan chiqarish mumkin.

Bronxial astma bu- allergik kasallik bo'lib, o'tkir nafas yetishmovchiligi belgilari bilan namoyon bo'lib, bo'g'ilish va eksperator nafas siqilishi xuruji bilan kechadi.

Klinikasi: Bronxial astmaning turlaridan qat'iy nazar 3 ta klinik darajaga ajratiladi:

1. astmatoidli sindrom;
2. bronxial astma xuruji;
3. astmatik status;

Bularning hammasi nafas siqilishining og'irligi bilan bir-biridan farq qiladi.

Astmatoidli sindrom havo yetishmasligi tufayli bo'g'ilish bilan kechadi. Nafas olish tezlashgan, nafas chiqarishda birmuncha cho'zilgan xirillashlar eshitiladi. Quruq yo'tal paydo bo'ladi. Bo'g'ilish uzoq davom etmaydi. Bunday xurujlar ko'pincha astmatoidli bronxit va o'pkaning yallig'lanishi tufayli paydo bo'lishi mumkin.

Bronxial astmada quruq va ovoz beruvchi yo'tal paydo bo'ladi. Xuruj to'satdan, ko'pincha kechasi boshlanadi. Xuruj boshlanishidan oldin tomoqning qurishi (achishi), yo'tal, tumov, terining qichishi kabilar paydo bo'ladi. Bemor xuruj paytida karavotga qo'llari bilan tiralgan holatda o'tiradi. Bemorda eksperator (havoni chiqarish qiyinlashadi) bo'g'ilish bo'lib, nafasni olishga nisbatan chiqarish 2 marta uzoq bo'ladi. Auskultatsiya o'pkada quruq, xushtaksimom xirillashlar eshitiladi. Bronxial astma o'pka emfizemasi, o'pka yurak yetishmovchiligi kabi asoratlarni beradi. Xurujdan tashqari holatda ham yo'tal, qiyin nafas olish, uzoq nafas chiqarish, quruq xirillashlar bo'ladi.

Astmatik statusda bronxlar o'tkazuvchanligida og'ir buzilish sodir bo'ladi. Xurujlar faqat adrinomimetik va bronxolitiklar ta'sirida bir necha soatdan keyin pasayadi. Asfeksiya tufayli gipoksiya rivojlanadi va bu holat o'limga olib kelishi ham mumkin. Astmatik status o'pka to'qimalarining yallig'lanishi, doimiy allergenlar ta'sirida to'satdan kortikosteroidlarni iste'mol qilishni to'xtatish natijasida boshlanishi mumkin.

Davolash: Bronxial astmaning yengil xurujida adrinomimetiklar efedrin 0,025 g dan 1—2 tabletka, izodrin 0,02 g til ostiga yoki 0,5 ml 1 critmasi ingolyatsiyaga, alupenat 0,02 g til ostiga yoki 2% li 0,5—1 ml ingolyatsiya uchun eufilin 0,1—0,05 g, teofedrin tabletkadan beriladi. Agar natijasi bo'lmasa 5% efedrindan 1 ml, 1% dimerdoldan 1 ml teri ostiga yuboriladi. Xuruj og'ir boshlansa 10 ml, 2,4% eufelin 10 ml natriy xlorning izotonik eritmasida vena ichiga kiritiladi.

Bronxial astmaning klinik kechishida allergik va noallergik turlari mavjud. Bronxial astmaning noallergik ko'rinishida nafasni boshqaruvchi markazning va bronxlar mushaklari tonusning buzilishi bilan bog'liq bo'lib, bir muncha kamroq uchraydi.

Ammo allergik turi tez-tez uchrab turadi. Allergik bronxial astmaning ham bir necha turlari mavjud, jumladan — infeksiyon allergik turi, ko'pincha yuqori nafas yo'llari, bronxlar yallig'lanishi (surunkali bronxit) va o'pka yallig'lanishining (zotiljam, pnevmoskleroz) surunkali kasalliklaridan keyin davom etadi. Atipik turi esa ko'pincha turli allergenlarga nisbatan sezuvchanlikning oshishi (turli gulchanglar, sanoat changlari, hidlar) tufayli rivojlanadi. Turli hidlarni va changlarni hidlash nafas siqilish xurujini keltirib chiqaradi. Bular turli xil changlar, hayvon junlari, gul hidlari, zamburug'lar, kimyoviy o'tkir hidli suyuqliklar va boshqalar.

Allergenlar ta'sirida parasimpatik asab tizimi qitiqlanishi tufayli bronxlar yumshoq mushaklari spazmi yuzaga keladi, shilliq qobiqlarning shishi, bronxlarda suyuqlikning ko'p miqdorda ajralishi kuzatiladi. Natijada bronxlarning torayishi oqibatida o'pka ventilyatsiyasi buziladi. Nafas olishdagi qiyinchiliklarni yengish uchun nafas mushaklari faol ishtirok eta boshlaydi. Shunga ko'ra nafas chiqazish yanada qiyinlashadi.

Bronxial astma xurujida nafas yetishmovchiligining asosiy sababi balg'am ajralishining qiyinlashuvi (dekompensatsiyasi) bo'lib, yopishqoq balg'am yo'tal natijasida kam ajraladi.

Bemorda yurak yetishmovchiligi belgilari paydo bo'lgan holatda eufillin eritmasi bilan birga 1 ml 0,06% li korglikon yoki 0,3-0,5 ml 0,05% li strofantin eritmalaridan qo'shib vena ichiga yuboriladi. Adrenomimetik dorilardan 0,2-0,5 ml 1% li adrenalinni har 40—50 daqiqa davomida teri ostiga yuboriladi, 1—2 ml 5% li efedrin teri ostiga. 1—2 ml 0,05% alupent teri ostiga, 1—2 ml dimedrol yoki 1—2 ml supprastin yoki 1 ml 2,5% pipolfen eritmalaridan teri ostiga inyeksiya qilinadi. Xolinomimetiklardan: 1 ml 0,1% atropin, 1 ml 0,2% platifillin eritmaları teri ostiga (1,5—2 soat oralig'ida) yuboriladi. Bronxlarni balg'amlardan tozalash va ularning o'tkazuvchanligini yaxshilash uchun intubatsion naycha yoki kateter orqali 5—10 ml tripsin yoki ximotripsin natriy xlarning 10 ml izotonik eritmasi bilan aralastirilib yuboriladi.

Astmatik status paytida kiritilgan adrenomimetiklar va eufillin mushaklar spazmini bartaraf etib, bronxlarga kengaytiruvchi ta'sir qilsa, xolinomimetiklar bronxlar sekreti yasini pasaytiradi va antigistamin preparatlari spazmini yo'qotib, sedativ ta'sir ko'rsatadi.

Astmatik statusning rivojlanish darajalariga ko'ra dastlab 400—800 ml poliglyukin (reopoliglyukin) yoki natriy xlarning izotonik eritmasini vena ichiga yuboriladi, 4% li natriy gidrokanbonatdan 200 ml, prednizalon 60—90 mg va deksametazondan 2—4 ml vena ichiga yuboriladi. Og'ir holatlarda yuqoridagi dori-darmonlarni yuborish bilan birga bemorni intubatsiya qilinib, sun'iy ventilyatsiya qilish apparati bilan boshqaruvchi nafas olishga o'tkaziladi.

O'PKA SHISHI

O'pka shishi yurakning chap bo'lmachasi va o'ng qorinchasining yetishmovchiligi tufayli rivojlanadi. Ko'p hollarda bemorni o'limga olib keladi. O'pka shishi quyidagi sabablarga ko'ra paydo bo'ladi; Zotiljam, bronxial-astma, anafilaktik shok, koma natijasida o'pkada quyidagi o'zgarishlar rivojlana boshlaydi;

1. O'pka kapillyarlarida bosimning oshishi.
2. Kichik qon aylanish tizimidagi qon tomirlarining devoridagi o'tkazuvchanligini yuqori bo'lishi.
3. Onkotik va osmotik bosim kamayishi.
4. O'pka shishining boshlanishi.
5. Gipoksiyaning kuchayishi va elektrolitlar almashuvining buzilishi.

Klinikasi: o'pka shishi kechishiga ko'ra uch turga bo'linadi;

1. Yashin tezligidek kechishi.

2. Juda tez kechishi.

3. Sekin rivojlanuvchi kechishi.

Bu jarayon ko'pincha kechasi boshlanadi, bemor nafas siqishi bilan uyg'onadi. O'pka shishining dastlabgi belgisi o'pkaning pastki bo'laklarida eshitiladigan kam g'ichirlovchi xirillashlar bo'lib, unga kuchayib boruvchi nafas siqishi va taxikardiya qo'shiladi. Bemordan yo'tal bilan ko'pikli balg'am ajraladi. Uning rangi qonli yoki sariq; bo'ladi. Keyinchalik xirillashlar soni ko'payib, bemor shovqinli va uzulib-uzulib nafas ola boshlaydi. Nafas olish ma'lum masofadan ham eshitilib turadi. Taxikardiya yana ham kuchayadi. O'pka alveolarida hosil bo'lgan ko'piklar tufayli alveolaga havoning o'tishi qiyinlashadi, natijada o'pka yetishmovchiligi rivojlanadi. Bemorda bo'g'ilish kuchaya boradi va asfiksiya tufayli o'tkir yurak yetishmovchiligi paydo bo'ladi.

Auskultatsiyada o'pkaning hamma joyida har xil kalibrdagi ho'l xirillashlar paydo bo'ladi, yurak tonlari yaxshi eshitilmaydi. Puls tez va ipsimon bo'ladi, A/B yurak mushaklarining holatiga va o'pka shishining kelib chiqishi sababiga ko'ra o'zgaradi, ya'ni yurak dikompensatsiyasi rivojlanganda A/B pasayadi, dikompensatsiyasi bo'lmagan holatda esa A/B ko'tariladi.

Davolash: O'pka shishi kelib chiqishining sabablari turlicha bo'lgani uchun ham uni davolashning yagona tartibi yo'qdir. Bundan o'ziga xos bo'lgan maxsus chora-tadbirlar bilan birga umumiy reanimatsiya tadbirlari ham qo'llaniladi.

1. Dastlab nafas yo'lining o'tkazuvchanligini yaxshilash va ko'pikni kamaytirish choralari qo'llaniladi:

a) Nafas yo'lidagi to'plangan shilliqlar artib olinadi yoki elektr so'rg'ich bilan so'rib olinadi;

b) Ko'pik bo'lishini kamaytirish uchun spirt bug'i orqali 30—40 daqiqa davomida kislorod beriladi. Buning uchun Bobrov apparatidan foydalaniladi;

v) Kislorod bilan davolash maqsadida burun orqali kateter kiritiladi va bu bilan gipoksiyaning oldi olinadi;

g) So'nggi paytlarda ko'pikni kamaytirish uchun antifoksilon yordamida ingolyatsiya qilinadi. Ingalyatsiya qilingach 2 daqiqadan keyin ko'pik va xirillash kamayadi. Bemor hushsiz yotgan bo'lsa, ingalyatsiya narkoz apparati yordamida bajariladi.

2. Kichik qon aylanishidagi dimlanishni kamaytirish.

a) Oyoqlarga jgut qo'yiladi 20—30 daqiqa davomida;

b) Antigistamin preparatlari: pipolfen, suprastin, dimedrol yoki quyidagi aralashma: Pipolfen 2,5% 1,0+promedol, 1,0 aminazin 2,5% 1,0+strofantin 0,05%=0,5 ml glyukoza (40%) birga aralashmalari vena ichiga yuboriladi;

v) O'pka tomirini kengaytirish uchun fentalamin, nitroglitserin va ganglioblokatorlar—geksoniy, pentamin, arfonid kabilar beriladi.

3. Yurak mushaklarini qisqarishini yaxshilash uchun yurak glikozidlari beriladi.

4. Asidozni korreksiya qilish uchun natriy gidrokarbonat (4%) yoki trisamin ishlatiladi.

5. Elektrolitlar almashinuvini yaxshilash uchun yuqoridagi yurak glikozidlari diuretiklar bilan birga 5—7,5% kaliy xlorid eritmasi ham vena ichiga yuboriladi.

Agar yuqoridagi davo usullari ta'sirida bemorning ahvoli og'ir holatda qolaversa, bunday paytda o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish usuliga o'tish kerak va RO-I, RO-3, AND-2 apparlari orqali yoki traxeostomiya orqali nafas oldiriladi.

NAFAS YO'LLARIGA YOT JISMLAR TUSHIB QOLISHI

Nafas yo'llariga yot jismlar (pista, tangalar, tugmachalar, mixlar, sharchalar, suyaklar va hokazo) odatda ovqat yeyish vaqtida, kulganda, o'ynaganda va shu kabilarda tushib qoladi.

Klinikasi. Yot jism nafas yo'llariga tushganda qattiq yo'tal tutadi, yuz ko'karib ketadi, bo'yin tomirlari bo'rtib chiqadi, ko'z yoshlanadi. Bir oz vaqt o'tgach, yo'tal bosiladi, biroq yot jism surilganda yo'tal yana boshlanadi. Bronx bekilib qolganda o'pkaning tegishli qismida atelektaz ro'y beradi. Tashxis qo'yishda bronxoskopiya, laringoskopiya va rentgenografiyaning ahamiyati katta.

Davosi. Yot jismlar laringoskopiya, bronxoskopiya yo'li bilan chiqariladi. Yot jismini ko'rsatib o'tilgan usullar bilan chiqarishning iloji bo'lmagan hollarda uni operatsiya qilib olib tashlanadi. Shu maqsadda, traxeya kesiladi yoki o'pkaning yot jism turgan qismi olib tashlanadi.

Hiqildoq stenozı va traxeostomiya to'g'risida tushuncha

Hiqildoq stenozı (torayishi) jarohatlanishda, yallig'lanish holatlarida va shu kabilarda yuz berishi mumkin. O'tkir hollarda stenoz yumshoq to'qimalarning shishishi natijasida, birmuncha kech muddatlarda chandiqli to'qima rivojlanishi hisobiga sodir bo'ladi.

Klinik jihatdan bu — nafasning qiyinlashuvida yuzaga keladi. Og'ir hollarda bo'g'ilib qolish natijasida o'lim yuz berishi mumkin. O'tkir hollarda zudlik bilan traxeostomiya qo'yish zarur. Kechikkan muddatlarda plastik operatsiyalar qilishga kirishiladi.

Traxeostomiya qilish texnikasi quyidagicha. Mahalliy og'riqsizlantirgan holda bo'yin terisi va uning ostidagi to'qimalar uzunasiga kesiladi. Traxeya bir tishli ikkita ilmoq bilan fiksatsiya qilinadi, ikkita halqa qirqiladi, traxeyadagi jarohatga Trusso kengaytirgichi kiritiladi va uning yordamida traxeostomik naycha kiritiladi. Naycha tevaragidagi yumshoq to'qimalarga chok solinadi. Naychani doka bog'ichlar yordamida bo'yinga fiksatsiya qilinadi. Shundan so'ng bemor traxestomik naycha orqali nafas oladi. Traxeostomiyada ishlatiladigan asboblari yig'masi bo'ladi.

Traxeostomiya hosil qilingandan keyin bemorning gapira olmasligini unutmash kerak (tovush boylamlaridan havo o'tmaydi), lekin naychadagi teshik bekitib turilsa, u gapirishi mumkin.

SUVDA CHO'KKANDA, BO'G'ILGANDA VA GIPOTERMIYADA REANIMATSIYA TADBIRLARI

Suvdagi baxtsiz hodisalarda cho'kayotgan kishida favqulotda paydo bo'lgan qo'rqinch yoki vahimani yengish uchun harakat qilmog'i kerak. Aks holda boshqa odamlar tomonidan yordam ko'rsatish kerak bo'ladi. Cho'kayotgan kishi tez-tez, bir-biriga moslashmagan harakat bilan suv yuziga chiqadi, suv yuzasida havo olib yana suvga cho'kadi. Natijada suv ostida nafas olish tufayli nafas yo'liga, bronx va alveolalarga ko'p miqdorda suv to'planadi, asfeksiya (bo'g'ilish) rivojlanadi. O'pkadagi qon aylanish buzilgani uchun miya hujayralarining kislorod bilan ta'minlanishi ham buziladi yoki kislorod tanqisligi paydo bo'ladi, bemor esa hushidan ketadi. Suvga cho'kishda qorinchalar fibrilyatsiyasi tufayli yurak faoliyati to'xtaydi. Suvga cho'kishda chuchuk suv bilan dengiz

suvining organizmga ta'siriga ko'ra ikki xil jarayon sodir bo'ladi. Shikastlanuvchi chuchuk suvda cho'kkanda o'pkaga tushgan suv qonga o'tishi natijasida qonning suyilishi eritrotsitlarni gemolizi, ionlar nisbati (natriy ionlar kamayadi) buziladi. Yuqoridagi sabablarga ko'ra yurak mushaklari defebrilyatsiyasi rivojlanadi.

Dengiz suviga cho'kkanda aksincha jarayon sodir bo'ladi. Dengiz suvi gipertonik xususiyatga ega bo'lgani uchun uning tarkibidagi tuzlar ko'p miqdorda qonga o'ta boshlaydi, qondan o'pkaga tomon plazma oqsillariga o'tadi. Bunday holatda yurak faoliyati nafas to'xtashdan ancha keyin to'xtaydi. Bunday cho'kishda 3 daqiqadan 30 daqiqagacha suv ostida yotgan bemorni tiriltirish mumkin. Bu ham bir necha omillarga bog'liq: o'limning turi, suv harorati, cho'kish paytidagi markaziy asab tizimining holatlariga ko'ra qaytarish mumkin.

Klinikasi: Suv ostida o'lish jarayonining klinikasini to'rtta bosqichga ajratish mumkin: boshlang'ich, talvasa oldi, talvasa va klinik o'lim. Qaysi bosqichda suv ostidan chiqarilishiga ko'ra, yordam ko'rsatish tadbirlari olib boriladi. Boshlang'ich bosqichida bemorda reflektor tarzda nafasning to'xtashi va hushidan ketishi mumkin, ammo yurak faoliyati hali saqlangan.

Talvasa oldi holatida nafas olish kam va yuzaki. Puls ham kam va yumshoq (bradikardiya), arterial bosim tushib ketgan, ko'z reflekslari pasaygan, qorachiq kengaygan ba'zan qusuq kuzatiladi. Teri va shilliq qavatlar ko'kimtir rangda bo'ladi.

Talvasa bosqichida tirishish hamda vaqti-vaqti bilan havoni yutib oluvchi nafas olishi mumkin. Pulsni bilak arteriyasidan aniqlab bo'lmaydi, qorachiq kengaygan, ko'z reflekslari aniqlanmaydi.

Klinik o'limda esa terilarda keskin ko'karish, bo'yin venalarining kengayishi, yuzlarning shishganligi, og'iz-burundan ko'p miqdorda pufakli suyuqlikning qon aralash oqishi kuzatiladi.

Shoshilinch yordam

Bemorlarga yordam ko'rsatish suvda, katerda, qutqarish stansiyalarda va reanimatsiya bo'limlarida amalga oshiriladi. Cho'kayotgan kishini qutqarishda juda ehtiyot bo'lish kerak. Buning uchun uning oyoq tomonidan suzib boriladi, so'ngra uning sochidan yoki qo'ltig'idan ushlab olinadi. Cho'kayotgan kishi tortib ketmasligi uchun chalqancha yotqizib, ehtiyotlik bilan qirg'oqqa olib chiqiladi.

SUVDA CHO'KISH



SUV VA SOVUQNI NAFAS YO'LLARIGA,
YURAKKA TA'SIRI



CHO'KAYOTGAN ODAMNI SUV TAGIDAN
OLIB CHIQISH

89-rasm.

Suvdan chiqarilgandan keyin bir necha sekund mobaynida uning og'iz bo'shlig'i suv, loy va boshqa yot jismlardan tozalanadi. Agar yot jismlar shikastlanuvchining og'iz bo'shlig'ida bo'lsa, ularni qo'l bilan olib tashlanadi. Ko'rsatkich barmoq bilan nafas yo'lining ochiq yoki yopiqliqi tekshirib ko'riladi. (89-rasm)

Agar sovuq tufayli jag'lar ochilmasa burun orqali nafas oldiriladi. Agar og'iz kergich asboblari bo'lmasa, uni birorta yupqa metal asbob yordamida ham ochish mumkin va shu holatda ushlab turiladi. Nafas yo'lidagi, oshqozondagi suyuqlikni chiqarish uchun bemorni qorin bilan yotqizilib, oyoq tomonidan ko'tariladi yoki yordam ko'rsatuvchi bemorni qorni bilan yotqizadi va og'iz bo'shlig'i, yutqundagi suv, qusuq massasi, suv o'tlarni ro'molcha yoki sochiq bilan artadi.

Bundan tashchqari shikastlanuvchi qorni bilan qutqaruvchini tizzasiga yotqizib, ko'krak sohasiga bosiladi, shu bilan nafas yo'lidagi, oshqozondagi suv va yot jismlardan tozalanadi. Shundan keyin bemor tekis joyga yotqiziladi, sun'iy nafas oldirish va yurakni tashqi uqalashni o'tkazish mumkin.

Bemorning ahvoli og'ir bo'lmasa, shu ondayoq o'zi mustaqil nafas olishi yoki sun'iy nafas oldirish usullarini qo'llashdan keyin nafas ola boshlashi mumkin. Shu bilan birga bemorga novshadil spirt eritmasidan hidlatish, valeriana nastoykasi, kofe, choy ichishga beriladi.

Cho'kkan kishi suvdan chiqarilganda yurak, nafas faoliyati saqlangan bo'lsa, (talvasa oldi holatida) bemorga yuqoridagi tadbirlardan tashqari o'pkasini faol sun'iy ventilyatsiya qilinadi, uzoq va tanaffus bilan kislorod beriladi. Yurak va nafas faoliyatini yaxshilash uchun dori-darmonlar teri ostiga yoki vena ichiga (karazol, kordiamin, kamfora, lobelin, efedrin) yuboriladi. Bra-dikardiyada atropin yuborilib, issiq qilib o'raladi.

Talvasa va klinik o'lim bosqichlarida tezlik bilan reanimatsiya vositalarini boshlash zarur, ya'ni sun'iy nafas oldirish va yurakni uqalash bir vaqtda o'tkazilishi kerak. Suvdan olib chiqilgan katerda yoki qutqarish stansiyalarida o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasini «og'izdan-og'izga», «og'izdan-burunga» havo yuborish bilan S - simon havo o'tkazuvchi naycha yordamida, traxeyaga intu-batsiya naychalarini kiritish va apparat orqali nafas berish yoki qo'l bilan ishlatiladigan apparatlar (AMBU, RDA-1, RPA-1) portativ respiratorlar (RD, RD-3) «Lada», «Pnevmat» yordamida amalga oshiriladi.

Yuqoridagi tadbirlar qutqarish stansiyalarida ham davom ettiriladi va vena ichiga 1 ml 0,1% atropin, so'ngra yurak ichiga 0,5—1 ml adrenalın (takroran) eritmalari yuboriladi. Bemorga defbrilyatsiya qilish yaxshi natija beradi.

Sun'iy nafas oldirish va yurakni uqalash bir necha soat davomida shikastlangan kishiga mustaqil nafas olguncha yoki biologik o'lim alomatlari paydo bo'lguncha (murda dog'lari, murdaning qotishi va boshqalar) davom ettirish lozim. Bemorni transportda yaqin joydagi davolash muassasasiga olib borish paytida ham sun'iy nafas oldirish va yurakni uqalash to'xtatilmaydi.

Bu holat esa bemorning keyingi taqdirini hal qiladi. Reanimatsiya bo'limida ham sun'iy nafas oldirish RO-2, RO-3 yoki AND-2 apparatlari orqali bajariladi. Agar bemorda qo'zg'alishlari (gipoksiya tufayli) paydo bo'lsa, fentalin (0,3—0,7 ml) va droperidol (12—15 ml) miorelaksantlar (tuberin 0,5 ml dan har kg og'irligiga) beriladi. Chuchuk suvda cho'kkandan keyin ham o'pka shishi tufayli gemoliz ro'yobga chiqishini nazarda tutib, 300—500 ml qonni chiqariladi. Diurezni kuchaytirish uchun 20—30 mannitol, atsidozga qarshi 4—8% natriy gidrokarbonatdan 200—400 ml tomchilab yuboriladi.

BO'G'ILISH VA ASFEKSIYA HOLATLARI

Havo o'tish yo'llari, hiqildoq va traxeyaning bosilishi (qo'l va sirtmoq bilan bo'g'ilish), suvda cho'kish, hiqildoqqa kirish qismining yot jismlar bilan, o'smalar, gematoma, shish tufayli berkilib qolishi, nafas markazini zaharli moddalar bilan bilan falajlanishi, bosh miya shikastlari va elektr toki bilan shikastlanganda uchraydi. Asfeksiya ko'pincha bolalarda bo'g'ma, angina va gripp kabi kasalliklarda hiqildoqning shishi tufayli uchraydi.

Bo'g'ilish sekinlik bilan (o'smalarda, yallig'lanishdagi shishlarda) yoki juda tez (nafas yo'liga yot jismlar tushganda, tashqaridagi mexanik ta'siridan strangulyatsiya) rivojlanishi mumkin. Bo'g'ilish tufayli bemorda bir vaqt-ning o'zida gipoksiya va giperkapniya bilan birga qon tomirlarining kengayishi kuzatiladi. Bu uning oqibatida qisqa vaqt ichida miya to'qimalariga keng tarqalgan mayda qon quyilishlari tufayli miyada chuqur gipoksik o'zgarishlar rivojlanib ulguradi. (90-rasm)

Bo'g'ilish tufayli vujudga kelagan o'lim holatlarining to'rtta darajasi mavjud. Birinchi darajasi butun yordamchi muskullarning ishtiroki bilan chuqur nafas olishga harakat qiladi. Terilarda sianoz kuchayadi, arterial va venoz qon bosimi ko'tariladi, taxikardiya rivojlanadi. Ikkinchi darajasida bemor hushidan keta

boshlaydi, qon bosimi tushib ketadi, tirishishlar, ixtiyorsiz siydik va najas ajratish holatlari payda bo'ladi. Nafas olish ritmi buziladi va kamayadi. Uchinchi darajasida nafas olish bir necha sekund va daqiqa davomida to'xtaydi. To'rtinchi darajasida agonal (nisbiy) nafas olish tufayli o'lim paydo bo'ladi.

Bo'g'ilish (asfeksiya) dan keyingi tiklanish davrida ham quyidagi klinik belgilar paydo bo'ladi: hushini yo'qotish, bemor kuchli qo'zg'algan, hamma mushaklari taranglashgan yoki tirishish rivojlanadi. Terilarda sianoz holati saqlangan, nafas olish yuzaki, arterial qon bosimi va markaziy venoz qon bosimi ham ko'tariladi, taxikardiya kuzatiladi.



90-рasm.

Davolash: asfeksiyada birinchi navbatdagi vazifa bu nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlashdir. Bemor strangulyatsiya tufayli bo'g'ilish sodir bo'lgan holatda tezlik bilan bo'yinni ezuvchi predmetdan bo'shatish zarur. Bordiyu, asfeksiyaning sodir bo'lishiga yot jismlar sabab bo'lsa, unday paytda laringoskop yoki bronxoskop yordamida ularni chiqarib olinadi. Agar bu holat o'smalar yoki yallig'lanish shishlari tufayli paydo bo'lsa, bemorga zudlik bilan konikotomiya yoki traxeostomiya qilinadi.

Yurak faoliyati to'xtagan holatda nafas yo'llari tozalangach zudlik bilan yurakni tashqi uqalash va sun'iy nafas berish choralari ko'riladi. Sun'iy nafas berishni maxsus respiratorlar yoki apparat orqali o'tkazish yaxshi natija beradi.

Bemorlardagi tirishish tufayli vena ichiga dorilarni kiritishning ham imkoniyati bo'lmaydi. Bunday paytda mushaklarning tonusini pasaytirish va tirishishni kamaytirish maqsadida muskul relaksantlarini til tagiga berish mumkin, so'ngra mushaklar relaksatsiyasi paydo bo'lgach, traxeyaga intubatsiya qilinadi. Mushaklar relaksatsiyasi uchun listinon eritmasini bo'lib-bo'lib yuborish lozim. O'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish bemorning xuruji to'liq tiklanguncha 4—6 soat va undan ham ko'proq muddatgacha davom ettiriladi.

Mexanik asfeksiyadan keyingi dastlabki soatlarda rivojlanadigan metabolik atsidozni kamaytirish uchun natriy gidrokarbonat eritmasi yoki trisaminol (TNAM) kiritiladi va kislota ishqor muvozanati nazorat qilib boriladi. Qonning ivish xususiyati oshib ketishi (giperkoagulyatsiya) tufayli bemorga sutka davomida 20.000–30.000 TB geparin eritmasi yuboriladi. Undan tashqari steroid garmonlaridan prednizalon (180—240 mg) va antigistamin preparatlarini yuborish ham yaxshi natija beradi.

GIPOTERMIYADA REANIMATSIYA TADBIRLARI

Uzoq muddat past haroratning butun organizmga ta'sir etishi tufayli organizmning issiqlikni saqlash xususiyatining pasayishiga gipotermiya deyiladi. Issiqlik yoki umumiy muzlash, holsizlangan, charchagan, yo'lda adashib qolgan, ochiq havoda uzoq vaqt qimirlamay yotgan, sovuq va izg'irinda qolgan, kasallik tufayli charchagan yoki ozib ketgan va mast kishilarda ro'y beradi.

Ushbu kasallik umumiy sovuq qotish avj olishida organizmni kompensator issiqlikni boshqarish xususiyatlari ham uzoq vaqtgacha ta'minlay olmaydi. Bu paytda asosan ichki harorat pasayadi. Ichki haroratning pasayishi issiqlikni tarqatish ko'p miqdorda issiq hosil bo'lishi hisobiga rivojlanadi.

Issiqlik kamayishi asosida teri va teri ostidagi to'qimalardagi qon tomirlarining torayishi hisobiga bug'lanish ham kamayadi. Gipotermiyada asab tizimlari tormozlanishi tufayli es-hushini yo'qotish, nutqni buzilishi, uyqu bosish, haroratning buzilishi va boshqalar rivojlanadi. Bunday holatda past haroratning ta'sir etishi, nafas olish va qon aylanish faoliyatlarini izdan chiqarishga olib keladi. Tana haroratining 3°C pasayishi ($27-25^{\circ}\text{C}$) ruhiy holati faoliyatini ham pasaytiradi. Bunda terilar orqali, sovuq tufayli ba'zan ixtiyorsiz ichning kelishi va boshqalar kuzatiladi, harorat undan ham pasaysa, klinik o'lim paydo bo'ladi.

Davolash: gipotermiyani davolash va reanimatsiya tadbirlarini o'tkazish iloji boricha bemorni tezroq isitish, sun'iy nafas berishni boshlash kerak. Bemor avval issiq xonaga kiritiladi va uni sekin-asta isitish boshlanadi. Buning uchun uni vannaga solib, suvning harorati xona harorati bilan barobar bo'lishi ta'minlanishi kerak va suvning haroratini sekin-asta $37-38^{\circ}\text{C}$ ko'tarish lozim. Teri pushti rangga kirgandan keyin yurak massaji va sun'iy nafas olish tadbirlari o'tkaziladi. Bemor o'zi mustaqil nafas ola boshlagach va es-hush tiklangach karavotga yotqiziladi.

Issiq qilib o'rab qo'yiladi va issiq choy yoki sut beriladi. So'ngra davolash muassasalariga yotqiziladi va transportda qaytadan sovuq qotmaslik choralarini ko'rish kerak.

Bemorlarga qon tomirlarini kengaytiruvchi moddalar, kortikosteroid, glyukoza, jelatinol va plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklar vena ichiga kiritiladi, kislorod beriladi va miya shishi, o'pka shishi, qon bosimi pasayishi, gipotermiya, qon ivishining buzilishi kabi asoratlar ham kuzatilishi mumkin.

IV - B o b

O'TKIR YURAK-QON TOMIR YETISHMOVCHILIGIDA REANIMATSIYA VA INTENSIV DAVOLASH

Organizmning hayot faoliyati va to'qimalarning oziqlanishi uchun har doim kislorod yetarli darajada bo'lishi lozim, bu faoliyat qonni to'qimalarda bir me'yorda oqib kelishi bilan ta'minlanadi.

Butun a'zolar va hujayralarga zaruriy ozuqa mahsulotlarini faqat qon orqaligina yetkaziladi. Modda almashinuvi tufayli hosil bo'lgan ortiqcha mahsulotlar esa olib ketiladi va vena qoni orqali chiqarib tashlanadi. Shunga ko'ra to'qima va hujayralarning normal ishlashi uchun ular to'xtovsiz ravishda aylanib yuruvchi qon hajmi bilan ta'minlanishi lozim. Aks holda qisqa muddatli qon aylanishi to'xtashi to'qimalarning o'lishi bilan tugashi mumkin.

Yurak normal holatda ishlash paytida o'zining toj qon tomirlarini kislorod va glyukoza bilan ta'minlab turadi. Jismoniy zo'riqish paydo bo'lgan taqdirda yurak mushaklarini ozuqa bilan ta'minlash toj qon tomirlarning qisman kengayishi yoki qon bosimining oshishi hisobiga bajariladi. Agar bu holat ro'y bermasa, yurak mushaklarida kislorod tanqisligi rivojlanib, ularning xususiyati ham pasayadi. Natijada har daqiqada yurakning qonni chiqarib berish hajmi kamayadi va o'tkir yurak yetishmovchiligi rivojlanadi. Taxikardiya paytida yurakning diastola bosqichi pasayadi, shunga ko'ra, yurak mushaklariga tushayotgan qon miqdori ham kamayadi. Mushaklarning oziqlanishi buziladi va nihoyat yurakning qisqarishi ham buziladi.

Yurakning qonni normal holatda chiqarib berish hajmini odatdagi sharoitda qisqarishlari, yetarli darajadagi arterial bosim va toj tomirlarning tonusi bilan saqlab turadi. Bunday holatni saqlab turish har qanday yurak yetishmovchiligida ham reanimatsiya tadbirlarining asosiy vazifalari hisoblanadi.

Yurakning chiqarib berayotgan qon hajmining kamayishi tufayli a'zolar va to'qimalarning oziqlanishi buziladi. Bu holatda kompensator taxikardiya paydo bo'ladi va dastlab qon bosimi pasaymasa ham miokardiyaning oziqlanishi albatta buziladi.

Natijada uning qisqarish funksiyasi ham izdan chiqadi. Yurakning daqiqalik qonni chiqarish hajmining pasayishi, qon tomir tonuslarining tushib ketishi, arterial bosimning pasayishi kabi jarayonlar umumiy qon miqdorlari, ya'ni aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi bilan ham bog'liqdir. Bu holatlar qon yo'qotishda ko'proq namoyon bo'ladi.

Yurak yetishmovchiligining sabablaridan biri yurak mushaklarining qisqarishi va oziqlanishining buzilishidir. Bu esa turli xil yurak poroklari, gipertoniya kasalligi, bronxial astma, surunkali zotiljam, o'pka emfizemasi va pnevmoskleroz kabi kasalliklarning asorati sifatida rivojlanadi. Poroklarning rivojlanish turiga ko'ra, yurakning ma'lum bir qismiga ortiqcha yuk tushadi va uning faoliyati

ishdan chiqadi. Masalan: gipertoniya kasalligida chap qorincha uzoq muddat har bir sistola paytida mavjud qarshilikka duch kelishi natijasida chap qorincha yetishmovchiligi rivojlanadi. Bundan tashqari aorta klapanlari, ikki tabaqali klapan yetishmovchiligi holatlari ham yuqoridagi jarayonga olib keladi.

O'pka emfizemasi, pnevmoskleroz, o'pka arteriyasining torayishi va ikki tabaqali klapan stenozi kabilar o'ng qorinchaning yetishmovchiligini chaqiradi. Yurak toj tomirlarining aterosklerozi tufayli ularning kengayishi pasayib, yurak mushaklarining oziqlanishi buzilishiga olib keladi. Bu holat jismoniy zo'riqish paytida tez-tez namoyon bo'ladi, stenokardiya xuruji bilan kechadi.

Qorinchalarning qisqarish faoliyatlarining kuchayishi natijasida organizmda suv-elektrolit muvozanatining buzilishi ham katta o'rin tutadi.

Klinikasi: Yurak yetishmovchiligining hamma turlarida dastlab taxikardiya paydo bo'lib, tomirning to'lishi pasayadi, chunki yurakning har bir qisqarishida aortaga chiqariladigan qon miqdori kamayadi, qon tomirida qon oqish tezligi pastligi tufayli to'qimalarga kelayotgan kislorod miqdori ham kamayadi. Rivojlanayotgan gipoksiya natijasida organizmning to'qima va hujayralari tinch holatda yetarli darajadagi kislorodni olmaydi va minimal ishni ham bajarishga qobiliyati yetishmaydi. Yurak mushaklarining qisqarishi faoliyatining pasayishidan yurakka oqib kelayotgan qonni haydab chiqarish xususiyati ham keskin pasayadi va qon tomirlarida qonning dimlanishi rivojlanadi. Qonning dimlanishi kichik qon aylanish doirasida kuchliroq bo'ladi.

Gemodinamik ko'rsatkichlari buziladi: puls 1 daqiqada 150-200 marta uradi, yurakning yumshoq, ipsimon tonlari bo'g'iq bo'ladi, nafas olish yuzaki, tez bo'lib, yordamchi mushaklar ham qatnasha boshlaydi. Bo'yin venalari shishib, ko'krak vena tomirlari kengayadi. Qo'l va oyoqlarda shishlar, yuzlarda esa salqishlar paydo bo'ladi. Jigar kattalashadi, og'riydi, dispeptik buzilishlar qusish va metiorizm (ko'pincha bolalarda) rivojlanadi.

Yuqoridagi belgilar o'ng yoki chap qorincha yetishmovchiligiga ko'ra, ayrim belgilar ko'krak qafasi a'zolarida aniqroq namoyon bo'ladi. Jumladan chap qorincha yetishmovchiligi ancha og'ir kechadi va o'pka shishi rivojlanadi.

O'ng qorincha yetishmovchiligi esa periferik qismlardagi shishishlar, jigarning kattalashuvi va og'rihi, markaziy vena qon bosimi ko'tarilishi bilan kechadi. Bunday paytda bo'yin venalari kattalashib ketadi, barmoq bilan paypaslab ko'rilganda jigarning kattalashuvi va og'riq aniqlanadi.

UMUMIY INTENSIV DAVOLASH XUSUSIYATLARI

Davolash quyidagi asosiy patologik o'zgarishlarga gipoksiya va gipoksemiyani, katta va kichik qon aylanish doirasidagi dimlanishni, yurakning qisqarish faoliyatini va elektrolit muvozanatlarining normallashtirishga qaratilgan bo'lishi kerak:

1. Gipoksiya va gipoksemiya kislorod bilan davolash tufayli bartaraf qilinadi. Bemorga namlangan kislorod berish bilan miokarddagi kislorod miqdori oshiriladi va bu bilan miokardning qisqarish faoliyatining buzilish belgilari sianoz va nafas siqilishi kabilar yaxshilanadi.

2. Yurakka oqib kelayotgan qon miqdorini kamaytirish quyidagicha bajariladi:

a) oyoqlarni pastga tushirish yoki 20—30 daqiqa jgut (yoki manjet) qo'yish bilan venadagi qonning oqishini vaqtincha to'xtatib turish (depolash);

b) siydik haydovchi preparatlarni yuborish bilan organizmdagi suyuqlikni chiqarishni tezlashtirish. Buning uchun laziks (furosemid) va manitol, diakarb (fonurit), gipotiazid (0,025—0,5) beriladi va suyuqliklarni kam ichish, tuz chegaralanadi. Laziks 40—12 mg, yoki uregit 50—100 mg yoki mochevina 30% eritmalari vena ichiga yuboriladi; Laziks bolalar uchun 1—3 mg/kg miqdorida beriladi;

v) miokardning qisqarish faoliyatini yaxshilash uchun yurak glikozidlarini yuborish asosiy o'rinda turadi. Yurak glikozidlari ta'sirida yurak ritmi faoliyati, miokardning qisqarish xususiyati, energiya, elektrolit va gormonlar almashinuvi tezda yaxshilanadi. Bu maqsad uchun og'ir holatlarda ko'pincha strofantin va korglikon qo'llaniladi. Strofantin 0,5 ml 0,05%li eritmasi 10 ml, 40% li glyukoza bilan vena ichiga kuniga 1—2 marta yuboriladi. Bolalar uchun (chaqaloqlarga) strofantinni bo'lib-bo'lib yuborish mumkin (0,025 mg) kg yoki 0,25 mg/kg. Strofantin yo'q bo'lsa, uning o'rniga strofant nastoykasi 2 tomchidan 40% li glyukoza eritmasi bilan ichishga beriladi.

Korglikon va erinit ta'sir qilishiga ko'ra strofantinga yaqin va kam zaharlidir. Korglikon tez va kuchli ta'sir qiladi va uni 0,5—1 ml miqdorida 40% li glyukoza eritmasi bilan vena ichiga sekin yuboriladi (4—6 min) va 8—10 soat davomida ta'sir etadi. Korglikonni sutka davomida 2 marta kiritish tavsiya etiladi. Undan tashqari digoksin, selanid, lantozid kabi glikozidlar ham ishlatiladi. Erinit infarktning o'tkir davrida, parkasizmal taxikardiyada, titroqli aritmiyada, gipertonik krizda yaxshi natija beradi. Yurakka glikozidlarni nihoyatda sekinlik bilan yuborish lozim.

Ayniqsa strofantin ekstrosistoliyaga olib kelib, yurakni to'xtatib qo'yish holatlariga sabab bo'ladi.

Strofantin dozasi ortiq qilish holatlarida bemorga papaverin va magniziy sulfat, unitol va panangin eritmalarini yuborish lozim.

Bemorda shishlar paydo bo'lganda, digitalis preparatlari bilan birgalikda eufillin 0,3—0,5 g kuniga 3 marta yoki 5 ml 2,4% li eritmasi 20 ml 40% li glyukoza bilan vena ichiga yuboriladi. Eufillin miokardni qisqarishini stimulyatsiya qiladi, kichik qon aylanish doirasidagi gemodinamikani yaxshilaydi.

Kartikosteroid garmonlar tomirlar o'tkazuvchanligining oshishini normal holatga qaytaradi, tomirlarning perefirik qismidagi qisqarishning pasayishi va yurakning siqib chiqarish faoliyatini yaxshilaydi. Buning uchun prednizalon (60—100 mg), gidrokartizon (100—200 mg) va deksametazon (2—4 mg) qo'llaniladi. Bolalar uchun prednizalon (1—2 mg) kg ishlatiladi, yurak mushaklaridagi metabolik o'zgarishlarni korreksiya qilish maqsadida glyukoza eritmasi bilan insulin, panangin, kokarbak-silaza, vitamin B₂, B₆, B₁₅, C, PP, natriy gidrokarbonat eritmasi va unitol kabi preparatlar ham ishlatiladi.

YURAK TO'XTAGANDA REANIMATSIYA TADBIRLARI

Yurak mushaklarining qisqarish xususiyatlari buzilishi va yurakdan qonni siqib chiqarish hajmining pasayishi bilan o'tkir yurak yetishmovchiligi rivojlanadi, buning oqibatida bosh miyaning qon bilan ta'minlanishi ham buziladi. Yurak faoliyati juda turli-tuman sabablarga ko'ra (suvga cho'kkanda, bo'g'iganda, elektr toki, yashindan shikastlanganda, miyaga qon quyilganda, miokard-infarktida, issiq urganda, qon yo'qotganda, yurak sohasiga qattiq urilganda, muzlab qolganda va boshqalarda) uch-

raydi. Bunday holatlar har xil sharoitda (ishda, ko'chada, uyda) uchrashi mumkin. Yurak to'xtashi ko'pincha yurakni ishemik kasalliklari, turli xil gipoksiyalar, giperkapniya va atsidozga olib keluvchi jarayonlardan so'ng boshlanadi. Natijada qon aylanishining buzilishi, yurak yetishmovchiligi, nihoyat yurakning to'xtashi paydo bo'ladi. Qon aylanishining buzilishi 3 ta omilga bog'liq;

1. Yurakning ishiga;
2. Qon tomirlarining qon bilan ta'minlanishiga;
3. Qon tomir devorining tonusiga.

Yurakning qon otib berish xususiyati uning baroretseptorlariga, qon yoki boshqa suyuqliklarning bosimi ta'sirida ro'yobga chiqadi. Yurak mushaklarining qon bilan ta'minlanishi ham tomir ichidagi bosimga bog'liq. Bosim yetarli bo'lgan holatda yurak toj tomirlarini qon bilan ta'minlanishi yetarli darajada bo'ladi. Bosim yo'q bo'lsa, ovqatlanish ham yo'q va yurak ishi to'xtaydi.

Yurak to'xtab qolishining ikki turi farq qiladi:

1. Asistoliya;
2. Qorinchalar fibrilyatsiyasi.

Qorinchalar fibrilyatsiyasi yurak mushaklarining muayyan tolalarini palapartish yoki betartib (nomutanosib) qisqarishi tufayli rivojlanadi. Asistoliyada yurak qorinchalarining qisqarishi mutlaqo to'xtaydi. Umuman ikkala holatda ham yurakning qonni haydash faoliyati yo'qoladi. Asistoliyada miokard tonuslari ma'lum vaqtgacha saqlangan bo'ladi. Asistoliyaning rivojlanishi sabablari orasida reflektor ta'sirot mavjud bo'lib, bunda adashgan nerv tonusining oshib ketishiga olib keluvchi jarayonlar (narkoz, barbituratlar ta'siri, cho'kish va boshqalar) tufayli vujudga keladi.

Bu ikkala turda ham yurak qonni haydashdan to'xtaydi. Yurak to'xtashining asosiy belgilari quyidagilardan iborat:

1. Bemor hushidan ketadi;
2. Bilak, son va uyqu arteriyalarida puls yo'qoladi;
3. Yurak tonlari eshitilmaydi;
4. Nafas to'xtaydi;
5. Teri va shilliq qavatlar oqaradi;
6. Qorachiqklar kengayadi;
7. Qorachiq refleksi yo'qoladi;
8. Mushaklar tortiladi;
9. Jarohatdan qon oqish to'xtaydi.

Bu belgilarning paydo bo'lishi qon aylanishining va yurak faoliyatining to'xtashidan dalolat beradi va bunday paytda ortiqcha tekshiruv o'tkazishga (qon bosimini o'lchash, pulsni sanash yoki shifokorni izlash) hojat qolmaydi.

Vaqtning boy bermasdan zudlik bilan reanimatsiya usullarini, ya'ni yurakni uqalash va sun'iy nafas oldirishga kirishish lozim. Infarktning klinik kechishiga ko'ra to'rt davrga bo'linadi: infarkt oldi holat, o'tkir holat (7—12 kun), o'tkir osti davri (8—10 hafta) va chandiqlanish davri (6 oygacha). O'rta tibbiyot xodimi va tez yordam xizmatlari ko'pincha amaliyotda infarkt oldi va o'tkir davrlardagi holatlar bilan muloqotda bo'ladi.

Miokard infarktida gemodinamikaning o'zgarishi quyidagi belgilar bilan kechadi: terining oqarishi, labning ko'karishi, terining namligi va sovuq bo'lishi, o'ziga xos bo'lmagan bradikardiya yoki taxikardiya, qon bosimining ko'tarilishi yoki pasayishi kabilar paydo bo'ladi. Og'riq sindromi bilan bir vaqtda qon bosimining ko'tarilishi ko'p holatlarda miokard infarktining rivojlanishidan darak beradi. Tana harorati ko'tarilishi mumkin. Qon tahlilida 3—7 kun davomida leykotsitoz kuzatiladi va ECHT esa 2—3 kundan boshlab ko'tarilib, 8—12 kundan keyin pasaya boshlaydi. Yurakni tashqi uqalash sun'iy nafas oldirish bilan bir paytda olib boriladi, natijada aylanib yuradigan qon kislorod bilan ta'minlanadi, bu esa gipoksiyaning kamayishiga olib keladi.

Davolash: Yurak to'xtaganda o'tkaziladigan reanimatsiya tadbirlari sun'iy nafas oldirish va yurakni tashqi uqalashni barvaqt boshlashdan iborat, bu tadbirlar natijasida organizm kislorod bilan ta'minlanadi.

Sun'iy nafas oldirish va yurakni tashqi uqalash 2-bobda to'liq bayon etilgan. Agar yurakni tashqi uqalash natijasi bo'lmasa, ya'ni mustaqil yurak qisqarishi tiklanmasa, yetarli darajada imkoniyat bor bo'lgan taqdirda ochiq uqalashga kirishmoq kerak. Bu faqat jarrohlik bo'limlarida yoki maxsus reanimobilda xizmat qiluvchi brigada xodimlari tomonidan amalga oshiriladi, zudlik bilan dori-darmonlar ham yuboriladi.

MIOKARD INFARKTI

Miokard infarkti — yurak mushaklarining bir qismida o'tkir qon aylanishining buzilishi tufayli paydo bo'lgan ishemik nekrozdir. Qon aylanishining buzilishi yurak toj tomirlarining birortasini

tromb bilan berkilib qolishi yoki ateroskleroz tugunchalari tufayli qon tomirlarining torayishiga olib keladi. Natijada ishemik nekroz rivojlanadi. Tromb hosil bo'lishda qonning ivishi xususiyati yuqori bo'lishi ahamiyatga egadir. Uzoq muddat yurak-tomirlarining torayishi ham ikkilamchi trombozga va nihoyat miokard infarktiga olib keladi. Yurak mushaklarining zo'riqishi, meteobolizmning buzilishiga, ruhiy qo'zg'alish kabilar infarktning rivojlanishida qo'shimcha omillar hisoblanadi. Infarkt oldi davrida uning rivojlanishiga sabab bo'lgan ayrim omillarni o'z vaqtida aniqlash bilan miokard infarktining oldini olish mumkin. Infarkt oldi holatda bir necha marta stenokardiya xuruji tez-tez takrorlanishi, xurujda og'riqning kechishining kuchliligi, davomiyligi, og'riqning jismoniy zo'riqish yoki tinch holatda paydo bo'lishi, nitroglitserin ta'sirida og'riqning pasayishi yoki davom etishi va boshqalar kabi o'zgarishlar tez-tez takrorlanib turadi.

Klinikasi: Miokard infarktning asosiy belgilaridan biri—yurak sohasida paydo bo'lgan kuchli og'riqdir. Bu og'riq stenokardiya og'rig'idan kuchliligi bilangina emas, balki uzoq davom etishi bilan ham farq qiladi. Bir necha soatdan 2—3 soatgacha davom etadi. Og'riq yuqoriga chap yelkaga, chap qo'l va ko'krak ostiga tarqaladi va bemorning umumiy ahvoli yomonlashuvi bilan davom etadi. Ba'zan og'riq to'shning so'rg'ichsimon o'simtasi ostida paydo bo'lib, ko'krak qafasiga qarab tarqaladi. Og'riq siquvchi yoki xuddi kuydirayotgandek xarakterga ega va o'lim vahimasi bilan davom etadi. Og'riq qoldiruvchi dorilar yuborilganda qisqa muddatga to'xtab yana paydo bo'ladi.

Miokard infarkti belgilarining rivojlanishiga ko'ra o'tkir miokard infarktining tipik va atipik turlari farq qilinadi. Miokard infarktining tipik turida to'sh orqasidagi yoki yurak sohasidagi og'riq bilan kechadi.

Atipik turiga quyidagilar kiradi: abdominal, asmatik, aritmik, serebrovaskulyar va belgisiz infarktlar. Miokard infarktidagi og'riq ko'pincha ruhiy, vahimali tuyg'u qo'zg'alishlari bilan davom etadi. Bemorlarda qo'rquv, xavotirlanish (hayajonlanish), qo'zg'alish, ingrash, qichqirish, nafas siqilishi, tomoqqa narsa tiqilgandek sezgilar va yuzida vahima paydo bo'ladi. Og'riq sezgisi ko'krakni bosayotgandek, g'ijimlayotgandek yoki kesayotgandek, kuydirayotgandek yoki yorilib ketayotgandek sezila boshlaydi. Qon aylanishini tiklash uchun yurak uqalashni boshlash, keyin qisqa vaqt ichida tezlik bilan vena ichiga 1 ml adrenalin eritmasi yuborish

lozim. Agar yurak faoliyati tiklanishida tashqi uqalashdan keyin elektrokardiograf orqali yurak qorinchalarining fibrilyatsiyasi, asistoliyasi yoki talvasa komplekslari aniqlansa, u holda yurakni defibrilyatsiya qilish zarur. Buning uchun defibrilyator elektrodi natriy xlorning izotonik eritmasiga ho'llangan doka bo'lagi bilan o'rab, ulardan birini o'ng ko'krak qafasiga, ikkinchisini yurak uchi sohasi terisiga zich holda qo'yiladi. So'nggi paytlarda qo'lda ushlanadigan elektrodli defibrilyator keng ishlab chiqarilgan. Bunday defibrilyatorlarning bir elektrodini ko'krak qafasining oldingi sohasiga, to'sh suyagining o'ng tomonidan ikkinchi va uchinchi qovurg'a oralig'iga qo'yiladi. So'ngra o'zgarmas tokdan 300—420 vt/s elektr zaryadi, o'zgaruvchan 0,1—0,2 sek. ichida 320—600 V zaryad yuboriladi. Bu payt bemorga, uning karavotiga hech kim tegmasligi kerak. Yurak to'xtaganda ba'zan uni tashqi uqalash ham ijobiy natija bermasa, qon aylanishi tiklanmasa, vena ichiga yuborilgan yurak faoliyatini yaxshilovchi (stimulyatsiya qiluvchi) dorilarning ham foydasi bo'lmaydi. Shuning uchun ham dori preparatlarini yurak ichiga kiritish yaxshi natija beradi. Yurakni punktsiya qilish chap tomondan 4—5 qovurg'a oralig'ida, to'shdan 2—3 sm tashqarida bajariladi va reanimatsiya paytida 0,5 ml 0,1% adrenalin eritmasini 5 ml natriy xlorning izotonik eritmasi yoki 5% glyukoza bilan suyultirilib, 10 ml 10% kalsiy glyukonat kiritish yaxshi natija beradi. Shu bilan birga bemorga askarbin kislotasi, kokarbak-silaza, prednizalon 60—90 ml, natriy oksibutirat 1 kg gavda og'irligiga 30—40 mg 100 ml glyukoza, 16 B insulin, 0,5 ml 0,5% strofantin, 2 ml 6% vitamin B₂, 2 ml 6% B₆, 0,5—1 ml 0,1% atropin kabilar yuboriladi. Aylanayotgan qon hajmini to'ldirish uchun manitol eritmasi vena ichiga yuboriladi. Reanimatsiya paytida nafas va markaziy asab tizimini stimulyatsiya qiluvchi kordiamin, lobelin, sititon, strixnin kabilar ishlatilmaydi. Chunki ular modda almashuv jarayonini kuchaytirib yuboradi.

Natijada organizmda kislorodga nisbatan talab yana ham kuchayadi va yana gipoksiyaga olib keladi. Bu esa turli xil tirishishlarga sabab bo'ladi. Reanimatsiyani o'tkazishda hamma dori-darmonlarni vena ichiga kiritish maqsadga muvofiqdir. Teri yoki mushak orasiga kiritilayotgan dori moddalarining natijasi kamroqdir. Dori moddalarni yuborishning natijasi yaxshi bo'lishi uchun o'mrov osti yoki bo'yin venalarining birortasiga kateterlar qo'yiladi. Reanimatsiyadan keyingi davrlarda ham bemorlarga intensiv davolash o'tkaziladi va qon, hamda qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyiladi. Kuchli og'riq tufayli kollaps yoki shok

rivojlanib o'lim bilan tugashi ham mumkin. Og'riq sindromiga dastlabki kunda haroratning ko'tarilishi ham qo'shiladi (37,2—38°C) narkoz davomiy bo'lgan holatlarda harorat uzoq muddat davom etishi mumkin. Xuruj paytida bosim tushib ketadi, ba'zan bu holat 2 haftagacha davom etadi va yurak tonuslari tiklangach asta-sekin ko'tarilib boradi.

Miokard infarkti abdominal turining asosiy belgilari:

1. To'sh suyagining pastki qismida va epigastral sohasidagi kuchli og'riq, ko'ngil aynish, qusish, ichning ketishi paydo bo'ladi.

2. Astmatik turida og'riq bo'lmasligi ham mumkin, ammo nafas tiqilishi (bo'g'ilish) va chap qorincha yetishmovchiligi belgilari: nafas qisish, sianoz, o'pkaning ustida xirillashlar eshitiladi.

3. Aritmik (ritmining buzilishi) turida asosiy belgi — bu yurak ritmining buzilishidir. Bu paroksizmal taxikardiya, qorinchalararo o'tkazuvchanlikning buzilishi, ekstrasistoliya kabi holatlarda uchraydi.

4. Serebrovaskulyar turida esa, dastlab miyadagi qon aylanishining buzilishiga xos bo'lgan belgilar: bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish, es-hushining, ko'rish sezgilarining buzilishi kabilar uchraydi, to'sh, yurak sohasida esa og'riq bo'lmasligi ham mumkin, bu keyinroq paydo bo'ladi.

Bu xil jarayon ko'pincha katta yoshdagi bemorlarda kuzatiladi, miya, qon tomirlarining ko'rsatgichlarga asoslanib, nekroz o'chog'ining joylanishi aniqlaniladi.

Elektrokardiografiyadagi nekrozning asosiy belgisi chuqur patologik O tishning paydo bo'lishidir.

I-III ko'rinishidagi tipi 1/3 va 4 —5 va 0 tegi kengaygan. Miokardning shikastlanishi ST segmentini izochiziqdan yuqorilashi, T tishning manfiy yoki ikki fazali bo'lishi kabilar paydo bo'ladi. Chandiqlanish fazasida patologik O tishi va T segmenti izochiziq ustida, T tipi ikki fazali yoki manfiy bo'lishi mumkin. Tashxis asosan EKG xulosasiga ko'ra bajariladi.

Agar yurak-qon tomir yetishmovchiligini davolashda ushbu a'zo faoliyatini aniqlash uchun «Kardiokompleks-5», «Elektrokardioskop», «EKSNI», Kardiomonitor KM/-IA, «Tamed», «RGT», «MX-salyut» kabi apparatlardan keng foydalaniladi. Bu apparatlar (monitorlar) yordamida yurak urushi va nafas olishining soni va ularning ritmik o'zgarishlari, tana harorati, arterial qon bosimi va miya faoliyatlarini (elektroensefalografiya) kuzatib va yozib boradi.

Miokard infarkti bilan og'riqan bemorlarni qon aylanishi-ning buzilishi tufayli quyidagi belgilar: terilarning oqarishi, nam va sovuq ter bosishi, lablarda sianoz, bradikardiya yoki taxikardiya, qon bosimining kamayishi kabilar paydo bo'ladi. Tana harorati ikkinchi kundan boshlab ($38-39^{\circ}$ C gacha) ko'tariladi. 3—7 kundan keyin leykotsitoz, SOE ko'tarilib, 8—12 kundan keyin pasaya boshlaydi.

Miokard infarktining asoratlari dastlabki 2 hafta davomida rivojlanib quyidagilar uchraydi: kardiogen shok, yurak ritmining buzilishi, tromboemboliya, qorinchalarning yetishmovchiligi, yurak anevrizmi va boshqalar.

Birinchi yordam va davolash

Miokard infarktida bemorga to'liq jismoniy va ruhiy tinchlik beriladi. Dastlab bemorga og'riq belgilarini kamaytirish maqsadida nitroglitserin tabletkasidan (0,0005 g) til ostiga yoki 2—3 tomchi eritmasidan qandga tomizilib beriladi. Og'riq belgisini yo'qotish asosiy tadbirlardan hisoblanadi. Buning uchun narkotiklar 1—2 ml 1% morfin yoki omnopon eritmasidan 0,5 ml. 0,1% atropin va 1 ml 1% promedol eritmalari teri ostiga kiritiladi. Agar og'riq pasaymasa 20—30 daqiqadan so'ng yana takrorlanadi.

Morfin adashgan nervga ta'sir etishi tufayli qusish paydo bo'lishi mumkin. Shuning uchun ham morfin 1 ml 0,1% atropin eritmasi bilan yuboriladi. So'ngra bemorga 2 ml 50% analgin muskul orasiga yoki vena ichiga, 2 ml kordiamin teri ostiga yuboriladi. Shu bilan birga antigistamin preparatlari (1 ml 1% dimedrol, 1—2 ml. 2,5% pipolfen) ham yuboriladi. Kuchli og'riq va qon aylanishining buzilishida narkotiklar bilan birga neyroleptoanalgeziya usuli ham (1 ml morfin 1—2 ml. 0,05% fentanil eritmalari) qo'llaniladi va yana neyroleptik moddalardan 0,25% droperidol eritmasida (1—4 ml) yuboriladi. Narkotik moddalarning nafas olishni susaytirish ta'siriga ko'ra ularni har bir bemorning shaxsiy xususiyatiga ko'ra ishlatiladi. Ayniqsa katta yoshdagi va qari kishilarda rivojlangan miya qon tomiri aterosklerozi alomatlarida (bosh aylanish, quloq shang'illashi, hushdan ketish kabilari) va gemodinamika buzilishlarida morfin va fentanil dozasi 1 ml dan oshmasligi kerak yoki ularni bo'lib ishlatgan ma'qul. Agar qon bosimi yuqori bo'lsa, 1—2 ml fentanil, 3—4 ml droperidol bilan yuboriladi. Amaliyotda fentanil (0,05 ml) va droperidoldan tashqari umumiy narkoz ham ishlatiladi.

Miokard infarktida AN-8 yoki boshqa murakkab narkoz apparatlari yordamida azot (II) oksidi va kislorod aralashmasi bilan og'riqsizlantiriladi. Buning uchun avval 2—3 daqiqa toza kislorod berib, asta-sekin azot (II) oksidi konsentratsiyasini ko'paytirib (8%) boriladi. So'ngra 50% miqdorda berib turiladi. So'nggi paytlarda elektroanalgeziya usuli ham keng qo'llanilmoqda. Bemorlarga natriy oksibutirat (GOMK) va metoksilfilyuran yuborilgan NLA (neyroleptoanalgeziya) ham berilsa, ularning ta'siri yana ham yaxshi bo'ladi. Kuchli og'riq bo'lmagan va yoshi 60 dan yuqori bo'lgan bemorlarga NLA bilan birga 10% valerin eritmasidan 1—2 ml vena ichiga yuborish yaxshi natija beradi. Agar bemorning qon tahlilida trombositlar indeksi normada bo'lsa, geparin 10.000 B miqdorda vena ichiga yuboriladi, so'ngra har 4—5 soatdan keyin 500 B mushak orasiga yuboriladi, shu bilan birga dikumarin (0,05% g) ichishga beriladi.

Yuqoridagi antikoagulyant moddalar protrombin indeks ko'rsatkichi nazorati ostida berib boriladi.

Geparin bilan bir qatorda fibrinolizin (15.000-25.000 B) eufillin (5 ml, 2,5% eritmasi) glyukoza bilan vena ichiga yuboriladi.

Ichak parezida gaz chiqaruvchi naychalar qo'yiladi va prozerin (0,05% 0,5—1 ml) teri ostiga yuboriladi. Me'da parezlarida burun orqali zond qo'yilib, me'da suyuqligi so'rib olinadi.

Miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarga yuqorida keltirilgan davo tadbirlari o'tkazilib, umumiy ahvoli birmuncha yaxshilangach, tezlik bilan kardiogen reanimatsiyasiga yetkaziladi.

O'PKA ARTERIYASINING TROMBOEMBOLIYASI

O'pka arteriyasining tromboemboliyasi to'satdan rivojlanib, ko'pincha o'limga olib keladi. O'pka arteriyasi bo'shlig'i berkilib qolishi yurakning o'ng qorinchasida va katta qon aylanish tizimida birlamchi tromblar hosil bo'lish jarayoni oqibatida vujudga keladi. Tromb massalar yurakdan, chanoq va oyoqlarni vena qon tomirlaridan (tromboflebit, flebotromboz kabilarda) uzilib ketishi bilan o'pkaning birorta tomiriga tiqilib qoladi va shu yerda o'pka infarktini keltirib chiqaradi. Bundan tashqari turli shikastlar tufayli yog' emboliyasi ham uchraydi. Turli operatsiyalardan so'ng, tug'ruqdan keyingi davrda, o'smalarda ham emboliya asorati uchrashi mumkin. O'pka arteriyasi emboliyasining klinik kechishiga ko'ra bir necha turi mavjud:

1. Yashindek tez va shiddatli turi 1—5 daqiqagacha;
2. Tez rivojlanuvchi 24 soatgacha;
3. Sekin rivojlanuvchi (bir necha kundan bir necha haftaga-cha davom etadi).

Klinikasi: Ko'krak qafasida to'satdan kuchli og'riq, nafas siqilishi, bo'g'ilishi, sianoz, yo'tal aralash balg'am ajralishi, taxikardiya so'ngra tezda hushdan ketish kabi belgilar paydo bo'ladi: Yashindek tez rivojlanadigan emboliya belgilari miokard infarkti klinikasiga o'xshab ketadi. To'satdan miyadagi gipoksiya tufayli qo'zg'alish paydo bo'ladi. Kollaps, taxikardiya, ritmi-ning buzilishi asistoliya va fibrilyatsiya kabi jarayonlar tez rivojlanishi oqibatida o'lim yuzaga keladi.

Sekin rivojlanadigan o'pka arteriyasi emboliasining belgilari nafas siqilishi ko'karish bilan kechadi, ba'zan yurak sohasidagi og'riq bo'lib, infarktini eslatadi.

Bemorlarda qisqa muddatli hushdan ketish kuzatiladi. Auskultatsiyada (krepitatsiya) plevrani ishqalanish tovushi eshitaladi, yurakda taxikardiya rivojlanadi va qorin sohasida og'riq paydo bo'ladi.

Davolash: Bemorlarga og'riq qoldiruvchi dorilar yuboriladi. Buning uchun 2 ml 50% analgin yoki 1 ml 2% promedol yoki 1 ml 1% morfin yoki fentanil (1 ml), baralgin 5 ml vena ichiga yuboriladi. Tromboz og'ir ishemik o'zgarishlarga olib kelmasa, antikoagulyantlar tavsiya etiladi. Geparin 10.000–15.000 B har 3 soatda, qonni ivish vaqtini nazorat qilgan holda 20.000–30.000 B reopoliglyukin yoki 0,9% natriy xlor eritmalari vena ichiga trombolitik moddalardan: fibrinolizin 80.000–100.000 B 500 ml. 0,9% natriy xlor eritmasi bilan vena ichiga tomchilab yuboriladi. Streptokinaza 750.000 B 250 ml 0,9% natriy xlor eritmasi bilan vena ichiga tomchilab 7—5 soat davomida yuboriladi. Bundan tashqari reopoliglyukin vena ichiga yuboriladi. Bemorga qat'iy yotish tartibi tavsiya etiladi.

ATRIO-VENTRIKULYAR BO'LMACHA (QORINCHALARARO) BLOKADASI

Bu jarayonni Margan'i-Adam-Stoks yoki MAS sindromi deb ataladi va bo'lmachalardan qorinchalarga o'tkazuvchanlik faoliyatining buzilishi bilan kechadi. Natijada bo'lmacha bilan qorincha bir biriga aloqasi bo'lmagan holda qisqaradi. Bunda bo'lmacha deyarli

normada bo'lib, qorincha 2 marta kam qisqaradi. Yurak o'tkazuvchi yo'llarini shikastlanishi natijasida impulslarning o'tishi ham buziladi va bunga yurak blokadası deyiladi. Qorinchalararo blokadası turli kasalliklar tufayli: aterosklerotik kardioskleroz, miokard infarkti, revmakardit va ayrim dori-darmonlar ta'siridan (digitalis, xinidin) keyin rivojlanadi.

Klinikasi: Yurak qisqarishining 1 daqiqada 20—30 marta pasayishi miyaning qonsizlanishiga va markaziy asab tizimining izdan chiqishiga olib keladi. Gemodinamikaning buzilishi yurakning to'liq blokadasiga va nihoyat yurakning to'xtashiga olib keladi. Bemorda to'satdan bosh aylanish, bezovtalanish, so'ngra hushdan ketish va yiqilish kabi holatlar paydo bo'ladi. Yuzi dastlab qizarib, so'ngra, «murda» kabi oqarib ketadi va qisman ko'kintir rangda bo'ladi. Bo'yin venalari shishadi, puls aniqlanmaydi, nafas chuqur, so'ngra klonik va tonik tirishishlar rivojlanadi. Ba'zan ixtiyorsiz ich kelishi va diurez kuzaatiladi. Tutqanoq (tirishish) holati bir necha sekunddan 1,5—2 daqiqagacha davom etadi. To'liq qorinchalararo blokadasining rivojlanishi ko'pgina kasallikning kechishi va oqibatini qiyinlashtiradi.

EKG xulosasiga ko'ra, qorinchalardagi yoki bo'lmalardagi ekstrasistolaning joylanishini aniqlash mumkin. Qorinchalar ekstrasistolasining aniq belgilarida R tishi yo'qoladi va kompensator pauza paydo bo'ladi. Qorinchalar ekstrosistoliyasida kompleksining shakli buzilmagan, pauza ham aniq emas, R tishi musbat va ba'zan manfiy bo'ladi.

Davolash: Atrio - ventrikulyar blokadaning oldini olish va davolash shoshilinch ravishda 0,1–0,5 ml 0,1% atropindan yoki 0,1% adrenalın eritmalari hamda B adrenergik retseptorlar stimulyatorlari izadrin, alupent, eusppiran, izupren 2 mg 50 mg 5% glyukoza bilan ishlatiladi. Bu preparatlarni ehtiyotlik bilan ishlatish kerak, chunki ular kuchli taxikardiya va fibrilyatsiyaga olib keladi. Miokard tufayli rivojlangan atrioventrikulyar blokada kortikosteroidlar (prednizalon 60—90 mg) yaxshi natija beradi. MAS sindromi xurujida 0,1% adrenalından 0,3—0,5 ml yoki efedrin 0,5 tabletkadan kuniga 2—3 marta beriladi.

Agar to'liq yurak blokadası rivojlangan bo'lsa, kardiostimulyatorni ishlatish yaxshi natija beradi. MAS sindromida birinchi yordam ko'rsatish tadbirlarini yurak ishining tiklanishi natijasiga qaratish lozim. Shuning uchun ham xuruj paytida yurakni bir necha soniya ichida tashqi uqalab, sun'iy nafas oldirish bilan birga olib boriladi. Agar fibrilyatsiya rivojlangan bo'lsa, albatta elektrodefibrilyatsiya qilish kerak.

KAPDIOGEN KOLLAPS

Bu miokard infarktining og'ir asoratlaridan biri hisoblanadi va chap qorinchaning oldingi yoki orqa devorini, yurak uchini ham to'siqlarini qamrab olgan infarkt tufayli ro'yobga chiqadi. Kardiogen kollaps infarktning o'tkir davrida yurak tojtomirlarining trombozi tufayli rivojlanadi. Bu asorat yurak mushaklarining qisqarish xususiyatini keskin pasayishi oqibatida to'qimalar gipoksiyasi yuzaga keladi va qon tomirlarining og'ir yetishmovchiligiga olib keladi.

Klinikasi: Kollaps og'riq paydo bo'lishi bilan yoki bir oz kechroq rivojlanadi. Natijada teri qavatlari oqarib sovuq ter bilan qoplanadi.

Kollaps yengil kechganda bemorning es-hushi saqlanadi, ba'zan ma'lum muddatga hushidan ketish holati ham kuzatiladi, arterial qon bosimi tushib ketadi (60—40 mm simob ustunida), ba'zi bir kollapsda A/B mutlaqo tushib ketadi va aniqlanmaydi. Taxikardiya 100—200 martagacha, puls ipsimon, yurak tonlari bo'g'iq, nafas qisilishi (1 daqiqada 22—25 marta) va uning tezlashuvi paydo bo'ladi. Keyinchalik qonning dimlanishi tufayli o'pkada mayda xirillashlar eshitiladi.

Miokard infarkti kardiogen kollaps bilan asoratlanganda bemorga yetarli darajada intensiv davolashni qo'llash kerak.

Davolash: Og'ir kollapsda qon bosimi tushib ketishi oqibatidagi yurak ishini yaxshilashga qaratilgan davo tadbirlari ko'riladi. Bemorga yurak faoliyatiga tez ta'sir etuvchi dori-darmonlar 0,5 l strofantin, 0,5—1 ml 0,06% korglikon, 20 ml 20% yoki 40% glyukoza eritmasi bilan vena ichiga yuboriladi. Kollaps uzoq davom etsa, mezaton va efedrin eritmalarini takroran kiritish mumkin. Bemorning puls tezligi va A/B kuzatib boriladi, 1 ml kordiamin muskul orasiga, 1 ml kofein eritmasi teri ostiga, eufillin (5 ml — 2,4%) glyukoza bilan (20% yoki 40%) vena ichiga yuboriladi. Vena ichiga 1—2 ml 0,2% noradrenalin eritmasini 300 ml izotonik eritma bilan tomchilab yuboriladi. So'nggi paytlarda dopamin 5 ml (200 mg) 500 mg 5% glyukoza bilan venaga kiritish yaxshi natija bermoqda. Bundan tashqari kordiotonik preparat yuboriladi. 5% li natriy bikarbonat eritmasidan metabolik atsidozning oldini olish uchun vena ichiga yuboriladi, so'ngra bemorga kortikosteroidlardan yuborish ham

yaxshi natija beradi. Agar kardiogen kollaps chuqurlashib, terminal holatga tushib qolsa, yuqoridagi davo tadbirlarini davom ettirish zarur.

Kardiogen kollaps paytida qon yoki shokka qarshi suyuqliklarni quyish man etiladi, chunki aylanayotgan suyuqlik hajmining ortishi yurak mushaklari qisqarishining pasayishiga, darmonsizlanishga olib keladi. Bordiyu yurak to'xtab qolsa, bunday paytda yurakni tashqi uqalash kerak.

O'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish uchun «og'izdan-og'izga» va «og'izdan-burunga» nafas yuborish usullari qo'llaniladi. Kislota ishqor muvozanatini korreksiya qilish uchun 4% li natriy gidrokarbonat eritmasidan 300—400 ml tomchilatib venaga yuboriladi.

Bemorga azot oksidi bilan kislota aralashmasini narkoz apparati orqali berish, 1 ml morfin, neyroleptoanalgeziya uchun har 20—30 daqiqa davomida 2 ml fentanil eritmasini yuborish yaxshi natija beradi.

Agar bemorda monitor ko'rsatkichi bo'yicha ekstrosistoliya va qorinchalar taxikardiyasi paydo bo'lsa, 5 ml lidokain, panangin yoki qo'shimcha kaliy xlor eritmasi va antikaogulyantlar (geparin 10.000-20.000 B har 4—5 soatda) yuboriladi.

YURAK RITMINING BUZILISHI (ARITMIYA)

Bu asorat nafaqat yurakning organik o'zgarishida (yurak ishemik kasalligi) balki funksional buzilishlar (kardionevroz, vegetodistoniya) tufayli ham ro'yobga chiqadi.

Aritmiya yurak yetishmovchiligi oqibatida rivojlanadi va nihoyat og'ir gipoksiyaga, ba'zan esa yurakning to'xtab qolishiga ham olib keladi. Yurak ritmi buzilishining quyidagi turlari mavjud: ekstrosistoliya, sinus taxikardiyasi va bradikardiyasi, paroksizmal taxikardiya, bo'lmachalarining tebranishi, qorinchalar fibrilyatsiyasi, yurakning qorinchalararo blokadasi va asistoliya kabilar.

Yurak ritmining buzilishi o'tkazuvchi yo'llar tizimining shikastlanishi va yurakning neyrohumoral faoliyatining boshqaruvini turli bo'limlarining buzilishi bilan ham bog'liqdir. Organizmda kaliy va natriy muvozanatining o'zgarishidan ham miokardning qo'zg'atuvchanligi va o'tkazuvchanligi buziladi, chunonchi kaliyni qo'zg'atuvchanligi, natriy esa o'tkazuvchanlikni buzilishiga olib keladi.

PAROKSIZMAL TAXIKARDIYA

Paroksizmal taxikardiya — bu yurak qisqarishining 1 daqiqada 120 martagacha tezlashuvi bilan kechadigan yurak xurujidir. Paroksizmal taxikardiya yoshlarda va keksalarda ham uchraydi. Paroksizmal taxikardiyani ketma-ket takrorlanayotgan ekstrasistola to‘dasiga taqqoslash mumkin.

Paroksizmal taxikardiyaning quyidagi: bo‘lmachalar, qorinchalararo va qorinchalar turlari mavjud.

Klinikasi: Xuruj to‘satdan boshlanadi va bemor xurujning boshlanishi hamda to‘xtashida yurak sohasida turtki sezadi. Xuruj bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha davom etadi. Bunday paytda yurak qisqarishi 1 daqiqada 200 — 250 martagacha yetadi, bo‘yin venalarining kengayishi kuzatiladi. Bemorlar tez yurak urishiga, bosh aylanishiga, ko‘ngil aynish, ko‘zning xiralashuvi, «ko‘z oldida miltillashlar», yurak sohasida bosuvchi yoki kuydiruvchi xususiyatli og‘riqdan shikoyat qiladilar. Og‘riq ba‘zan stenokardiya kabi chap yelkaga va qo‘lga tarqaladi. Bemor terilari oqaradi, ko‘p terlaydi, lablarida sianoz, nafas tiqilishi, oliguriya yoki anuriya va gemodinamikaning chuqur buzilishi paydo bo‘ladi.

Sog‘lom yurakda uchraydigan paroksizmal taxikardiya tez va asoratsiz o‘tib ketsa, yurakdagi funksional o‘zgarishlar tufayli o‘tkir yurak yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Ammo xuruj yo‘qolgach, yuqoridagi o‘zgarishlar ham o‘tib ketadi. Qorinchalararo taxikardiyada EKG ko‘rsatmalari o‘zgarmagan yoki qisman qorinchalar kompleksida o‘zgarish bo‘lib, P tishi ham ko‘rinishi mumkin. Qorinchalar taxikardiyasida esa mutlaqo o‘zgargan kompleks paydo bo‘ladi. Qorinchalar taxikardiyasining oqibati ko‘pincha salbiy bo‘lib, qorinchalarni defibrilyatsiyasiga olib kelishi mumkin.

Xuruj paytida jigar va taloq kattalashadi, yurak chegaralari ham kengayadi. Auskultatsiyada yurak tonlari, qisqa shovqinlar eshitilmaydi. Qorinchalararo paroksizmal taxikardiya holatida EKGning P tishining o‘zgarishi (qorincha kompleksi) aniqlanadi. Qorinchalar taxikardiyasida tishlarning o‘zgargan holati ko‘rinadi.

Davolash: O‘tkir xuruj paytida bemor tinch yotqizilishi kerak. Davolash gemodinamikaning buzilishi darajasiga va xurujning kelib chiqishi sabablariga ko‘ra belgilaniladi va quyidagicha tartibda o‘tkaziladi:

1. Ko'z olmasiga, bo'yinning o'ng tomonidan yoki karotid sinusini barmoq bilan bosish tufayli adashgan nerv tonusi oshiriladi. Ko'z olmasiga bosishdan oldin bemor gorizontal yotqiziladi va 5—10 soniya davomida ko'z olmasi bosib turiladi. Muolaja og'riqli bo'lgani uchun bemorni avval ogohlantirish kerak.

2. Yotgan holatda katta barmoq bilan uyqu arteriyasini (karotid sinusi) aniqlanib, uni umurtqa pog'onasiga 3—5 soniya bosib turiladi. Karotid sinusi bir tomondan bosiladi. Katta yoshdagi bemorlarga bu muolaja mumkin emas.

3. Maksimal darajada chuqur nafas olgandan keyin og'iz va burunni berkitib turib kuchli kuchanadi. Bu usullar ya'ni adashgan nervga ta'sir etish faqat bo'lmachalar taxikardiyasida ijobiy natija beradi.

Xurujni yo'qotish uchun tezlik bilan 10 ml 10% li kaliy xloridni tomchilab, vena ichiga 1 ml 10% novokainamid yoki 2 ml 2,5% aymalin yoki 2—4 izoptin yoki 5—10 ml 0,1% obzidan eritmalaridan biri yuboriladi. Novokainamid gipotonyaga olib kelishi mumkin bo'lgani uchun uni tomchilab (0,5 mg novokainamid 500 ml 5% li glyukoza) yuboriladi. A/B kompensatsiya qilish uchun quyidagi preparatlar bilan 0,2—0,3 ml 1% mezaton eritmasi, 0,25—0,5 ml, 0,05% strofantin eritmasi 5% li glyukoza bilan venaga yuborish yurak yetishmovchiligida ijobiy natija beradi.

Qorinchalar taxikardiyasida lidokain berish mumkin. Shu bilan birga A/B 90 mm simob ustunidan past bo'lganda, behush holatda elektrostimulyatsiya ham yaxshi natija beradi. Behush holatda sombrivin narkozi (1 ml sombrivin 10 ml, 0,9% natriy xlor eritmasida) beriladi. Dori-darmonlar natijasi kam bo'lgan taqdirda yurak defibrellyatsiya qilinadi. Xuruj bartaraf qilingandan keyin inderal yoki kandaron (10—20 mg) xinidin (0,2 mg) bilan birga kuniga 3 martadan ichishga beriladi.

TITROQ ARITMIYA

Titroq aritmiya — bu bo'lmachalar ishi buzilishidan bir-biriga nisbatan nomuvofiq ravishda yoki tartibsiz yurak qisqarish ritmining buzilishidir. Bu holat yurak mushaklarining (bo'lmachalarining) normal tizimi ayrim mushak tolalari tutamining tortilishi va kaltakalta qisqarishi bilan paydo bo'ladi. Bo'lmachalarning titrashi yurak-

ning ishemik kasalliklari, revmatizm, tug'ma yurak poroklari, tireotoksikoz, bo'g'ma kasalliklari, digitalis, adrenalin, atsetilxolin kabi moddalardan zaharlanishdan keyin rivojlanadi.

Klinikasi: Bo'lmacha mushaklarining qisqarishiga ko'ra, mushaklarning lipillashi yoki dirillashi va mushaklar tirishishi holati kuzatiladi. Natijada yurakning tartibsiz qisqarishi bilan puls aritmiyasi paydo bo'ladi. Mushak tirishishida 1 daqiqada 200—300 marta, lipillashi esa 350 martagacha takrorlanishi mumkin. Yurak qisqarishi soniga nisbatan bo'lmachalar dirillashi yoki lipillashining 3 xil klinik turi mavjud:

1. Taxiaritmiya;
2. Bradiaritmiya;
3. Paroksizm aritmiyasi.

Taxiaritmiya turida bemorlar bosh aylanishiga, nafas tiqilishiga, yurakning tez urishiga va yurak sohasidagi noxushlikka shikoyat qiladilar.

Auskultatsiyada sistolik shovqin eshitiladi, yurak qon tomirlari bo'g'iq bo'ladi.

Bradiaritmiyada yurak tonlari jarangdor va bir-biridan ajratish qiyin bo'lgan uriluvchan tovush eshitiladi. Shu payt yurakni eshitish bilan bilakda puls sanalsa — puls kamchiligi aniqlanadi.

Bo'lmachalar lipillashida EKGda P tishi o'rnida 300—450 marta uzayadi. Tashxis to'liq yig'ilgan anamnez va EKG ko'rsatkichlarini solishtirish bilan aniqlanadi.

Davolash: Bo'lmachalar lipillashida yurak glikozidlari keng qo'llaniladi.

1. Strofantin 0,05%—0,3—0,5 ml yoki digoksin 0,25%—0,5—1,0 ml hamda 10 ml 0,9% natriy xlor eritmasida aralash-tirilib yuboriladi.

2. Novokainamid 10%—10 ml

3. Obzidan 0,1%—5—10 ml natriy xlorning 0,9% eritmasidan 10 ml olib aralash-tirilib kiritiladi.

4. Izoptin 2—4 ml natriy xlor 0,9% eritmasidan 10 ml.

Aymalin 2,5—1—2 ml natriy xlorning 0,9% eritmasi 10 ml olib aralash-tiriladi. Qorinchalar ekstrosistolasini davolash uchun allopenin (12—20 mg) yoki etmozin (0,2 mg) 3—4 marta beriladi.

Taxiaritmiyada xinidin 0,2 g dan kuniga 1 marta 2 kun davomida, keyingi 2—3 kun davomida 0,2 g dan kuniga 2 martadan yana 3 kun 0,2 g dan kuniga 3 marta beriladi. Xinidin bilan kordiamin,

sulfakamfokain, brom ham yuboriladi. Yurak yetishmovchiligida aritmiya xurujidan chiqarish qiyin bo'lgan taqdirda elektroimpuls bilan davolanadi.

Qorinchalar titrashida yengil narkoz va defibrilyatsiya qilinadi, unda tok kuchi 1.000-4.000 V bo'lib, impuls 0,1 soniya davom etadi. Elektro-zaryad tufayli asinxron holatdagi qisqarishlar normal holatga qaytadi. Bu paytda atsidoz kuchli bo'lgani uchun 50 ml 7,5% natriy gidrokarbonat eritmasini venaga kiritish ijobiy ta'sir etadi.

Defibrilyatsiya qilish. Defibrilyatsiyani operatsiya stolida, kushetka yoki taxta qo'yilgan karavotda o'tkaziladi. Bu holat defibrilyatorning elektrodlarini gavdaga tekis tegib turishini va zarurat bo'lsa yurakni tashqi uqalashni o'tkazishni ta'minlaydi. Muolaja o'tkazish paytida bemor gavdasining birorta qismi karavotga tegmasligi va xodimlar ham bemor terisiga tegmasligi zarur.

Defibrilyatorni ishlatishdan oldin apparat 220 yoki 127 V elektr tarmog'iga ulangan, uning bemorga boruvchi elektrodlaridan tok o'tishini tekshirib ko'rish kerak. Buning uchun elektrod uchlarini bir-biriga tekizilsa, apparatning indikator ko'rsatkichi oxirigacha yashil sektorga oshishi kerak. So'ngra apparatning «zaryad» deb nomlangan tugmasi bosilib, kilovoltmetrning zaryadlanishi kuzatiladi. Shundan keyin «sbros» tugmasini ochib kondensator zararsizlantiriladi, bu paytda kilovoltmetr ko'rsatkichi «O» da bo'ladi.

Defibrilyatsiya qilishning ikki xil usuli mavjud bo'lib, transtorakal (ko'krak qafasi orqali) va to'g'ridan-to'g'ri yurakning o'ziga elektr tokining ta'sir etish yo'llari bilan bajariladi.

Bu usullarda apparatning elektrodleri ko'krak qafasiga mustahkam yopishib turishi kerak (10 kg og'irlikda), aksincha holatda qarshilik ko'payib tok kuchi kamayib ketadi. Transtorakal defibrilyatsiyada elektrodleri ko'krak qafasiga ikki xil joylashtirish mumkin:

1. Ikkala elektrodni ham ko'krak qafasining oldingi sathiga, ya'ni bittasi o'ng tomonda II qovurg'a oralig'ida, ikkinchisi esa chap tomonda yurak uchi sohasiga qo'yiladi;

2. Bunda bir elektrod bemorni chap kuragi tagida, ikkinchisi esa oldingi yurak proyeksiyasiga qo'yiladi.

Defibrilyator elektrodlarining impulsni yaxshi o'tishi uchun va bemorning terisidagi qarshilikni kamaytirish maqsadida teriga maxsus pasta surtiladi yoki elektrolit (osh tuzining izotonik yoki oddiy suv) bilan ho'llangan bir necha qavatli doka bilan elektrodler o'raladi.

Defibrilyatsiya qilishda dastlabki muolaja kichik kuchlanishli tok bilan o'tkaziladi va natija yaxshi bo'lmasa kuchlanishni 0,5—1 KB miqdorda oshirib muolaja takrorlanadi. Katta odamlarda muolaja qilish uchun 5.000-5.500 V, bolalarga esa yoshiga ko'ra 300 dan 3.500 V gacha tok kuchini berish mumkin.

Muolaja o'tkazish uchun DKI-01, DI-03 defibrilyatorlari bo'lib, ular maxsus elektrodlar bilan ta'minlangan va to'g'ridan-to'g'ri yoki transtorakal yo'l bilan yurakka kuchli tok impulsi bilan ta'sir etishi mumkin.

V B o b

KOMA VA SHOK HOLATLARIDA REANIMATSIYA BA INTENSIV DAVOLASH

TURLI SHOK HOLATLARIDA REANIMATSIYA VA INTENSIV DAVOLASH

Shok — bu kuchli ta'sirotlarga (og'riqqa) nisbatan markaziy asab tizimining qaytargan javobi, ya'ni simptomlar kompleksidir. Og'ir shikastlar, jarohatlarda, kuyish va turli kasalliklarda organizmning hayot faoliyatiga salbiy ta'sir etuvchi omillar paydo bo'ladi. Bular avvalo, og'riq, qon yo'qotish, shikastlangan to'qimalarda hosil bo'ladigan zaharli moddalardir. Natijada bu omillardan bosh miya va ichki sekretiya bezlari faoliyatlari keskin izdan chiqadi va shok holatda murakkab o'zgarishlar yuz beradi.

Shok hayot bilan o'lim o'rtasidagi holat bo'lib, kechiktirmay davo tadbirlarini o'tkazish bilan bemor hayotini saqlab qolish mumkin.

Shok tufayli organizmning hamma hayot uchun zarur a'zolar: qon aylanish, nafas olish, modda almashinuvi jigar va buyraklar faoliyatlarining buzilishi tez rivojlanadi. Klinik kelib chiqish sabablariga ko'ra, bir-biriga juda o'xshash bo'lgan bir necha shok turlari farq qilinadi:

1. Shikastlanish shoki;
2. Kuyish shoki;
3. Kardiogen shok;
4. Anafilaktik shok;
5. Septik shok va boshqalar.

SHIKASTANISH SHOKI

Bu shokning paydo bo'lishida turli a'zolarining va gavda 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 kechishini asab va jismoniy tomondan toliqish, qo'rqish, sovuq qotish, och qolish, intoksikatsiya kabilar chuqurlashtirib yuborishi mumkin.

Ko'p qon yo'qotish natijasidagi shok (bolalarda, keksalarda va og'riqqa juda sezuvchan shaxslarda) og'ir kechadi. Bundan tashqari refleksogen sohalar shikastlanganda ham shok tez rivojlanadi.

Shikastlanish shokida qon va plazmani ko'p yo'qotish natijasida organizmda aylanayotgan (sirkulyatsiyadagi) qon va plazma hajmi kamayadi va gipoksiya va giperkapniyaning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Sirkulyatsiyadagi qon hajmining 20—30 foizga kamayishi qon bosimining keskin pasayishi oqibatida o'lim yuzaga keladi. (91-rasm)

Klinikasi: Shikastlanish shoki ikkita bosqichda kechadi:

I. Elektill bosqich (qo'zg'alish bosqichi) — shikastlangan ondayoq rivojlanadi. Bunda asab tizimining qo'zg'alishi tufayli bemorda harakat qo'zg'alishi kuchaygan, es-hushi saqlangan, faqat og'riqqa shikoyat qiladi, yordam so'raydi, o'rnidan turib ketadi va o'z ahvolining og'irligiga ahamiyat bermaydi. Teri va yuzi qizargan, ter bilan qoplangan, puls tezlashgan. A/B normada yoki qisman ko'tarilgan, nafas olish tezlashgan. Agar zararli omillar davom etaversa, ikkinchi bosqichga o'tishi mumkin.

II. Torpid (tormozlanish) bosqichi — bu bosqichda asab, yurak, o'pka, jigar, buyraklar faoliyati pasayib ketadi. Qonda yig'iladigan zaharli moddalar tomirlar va kapilyarlarni falajlaydi. Bemor ahvoli keskin og'irlashadi. Es-hushi saqlangan bo'lsa ham, ruhiyati qorong'ulashgan terisi oqargan, sovuq yopishqoq ter bilan qoplangan. Puls ipsimon tezlashgan, A/B tushib ketadi, a'zolariga qon kelishi kamayadi. Kislorod tanqisligi kuchayadi, bu esa asab hujayralarining juda tez halok bo'lishiga olib keladi. Nafas olish pasaygan, tez, yurak tonlari bo'g'iq, buyrak faoliyati buzilib, anuriya rivojlanadi. Shuning uchun ham shok holatida reanimatsiya tadbirlari darhol va zudlik bilan o'tkazilishi kerak.

Shokning klinik kechishini og'irligiga ko'ra torpid bosqichi 3 ta darajaga bo'linadi.

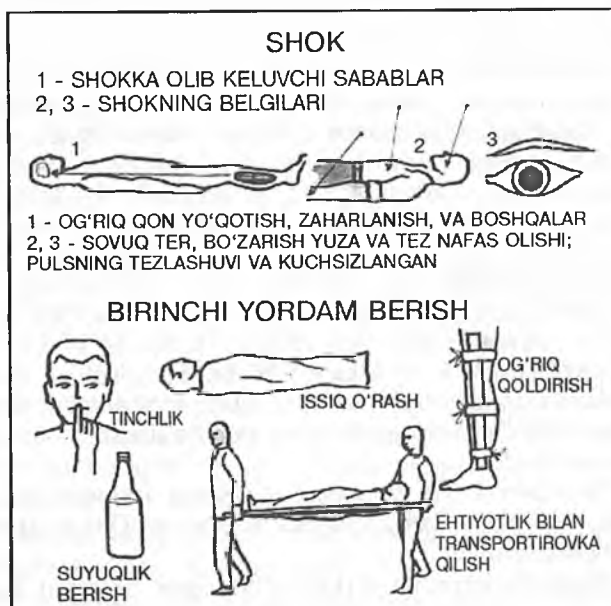
1-yengil darajasi: Umumiy ahvoli qoniqarli, es-hushi saqlangan, puls 90—100 marta uradi, A/B 100—90 mm simob ustunida.

2-o'rtacha og'irlik darajasi: Bemorni es-hushi qorong'ulashgan, puls 1 daqiqada 110—130 marta uradi, nafas olish tez 26 marta va yuzaki. Terilar oqargan, sovuq ter bosgan, reflekslar so'na boshlagan.

3-og'iz darajasi: Ahvoli og'ir, esi kirarli-chiqarli, atrofga befarq qaraydi. Terisi yopishqoq ter bilan qoplangan, lablar, burun, barmoq uchlar ko'kimtir tusda. Puls ipsimon, 1 daqiqada 140—160 marta uradi. A/B 60 mm simob ustunidan tushib ketadi.

Nafas yuzaki, tez va siyrak bo'ladi. Bemor o'ziga bog'liq bo'lmagan holda siydik va najas ajratishi mumkin.

Shokning yengil darajalarida yetarli darajada yordam ko'rsatilmasa, bunday holatda, albatta keyingi og'ir darajalarga o'tishi mumkin va yana shokning qaytmas o'zgarishlariga olib keladi. Shikastlanish yuz bergan joyda birinchi yordamni to'g'ri tashkil qilish va bemorlarni shifoxonaga to'g'ri transportirovka qilish shokni oldini olish uchun muhimdir.



Davolash: Shokda birinchi yordam ko'rsatish va davolash unga olib keluvchi sabablarni bartaraf etish quyidagi tartibda bajariladi:

1. Nafas yo'llarini tozalash va o'tkazuvchanligini tiklash, intubatsiya va o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish.

2. Tashqi qon oqishini to'xtatish, jarohatga aseptik bog'lam qo'yish.

3. Og'riqsizlantirish.

4. Immobilizatsiya qilish.

5. Vena ichiga qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar yuborish va gemoglobin miqdorini kuzatib borish 100 g/l dan dan past bo'lmasin.

6. Bemorni shikastlangan joydan ehtiyotlik bilan olib chiqish va tezlik bilan shifoxonaga olib borish.

Shikastlanish shokida reanimatsiya tadbirlarini turi hayot uchun zarur organlar faoliyatining buzilishini tiklashga qaratilgan bo'lishi kerak. Shokni davolash markaziy asab tizimi faoliyatini normallashtirish, og'riqqa qarshi kurash, sirkulyatsiyadagi qon hajmini to'ldirish, tomirlar tonusini ko'tarish, gaz almashinuv va oksidlanish, tiklanish jarayonlarini, buyrak, jigar faoliyatlarini va boshqa holatlarini normallashtirish kabi maqsadlarni nazarda tutgan holda amalga oshiriladi.

7. Shikastlanishning og'ir belgilarini yo'qotish va kamaytirish bilan birga bemorni ruhan tinchlantirish kerak. Bu maqsadda singan suyak sohasi novokain eritmasi bilan infiltrativ, g'illofli anesteziya, qovirg'alararo blokada qilish kabi og'riqsizlantiriladi yoki umumiy narkoz usullari qo'llaniladi. Shu bilan birga reopoliglyukin 500 ml sutkasiga 2 marta yuborish, analgetiklar 2 ml, 50% (analgin, 1—2 ml) baralgin 5 ml vena ichiga, omnopon, pantopon 1% 1 ml va 1—2 ml 1%li promedol teri ostiga yuboriladi. Og'riqsizlantirish uchun azot oksidi bilan yengil narkoz berish ham yaxshi natija beradi. Kalla, ko'krak shikastlarida vagosimpatik novokainli blokada, qorin va chanoq shikastlarida paranefral blokadalari qilingandan keyin ular 5—6 daqiqa o'tgach ta'sir qiladi va og'riqsizlantirish 5—6 soatgacha davom etadi.

8. Shundan keyin bemorga transport immobilizatsiyasi qilinadi, ya'ni shikastlangan sohalar Kramer va Ditrixis shinalari bilan mahkamlanadi.

9. Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklashni kuzatib borish zarur, chunki nafas o'tishining buzilishi o'tkir nafas yetishmovchiligiga olib keladi.

Tashqi va ichki qon oqishi tufayli vujudga kelgan shokda sirkulyatsiyadagi qon hajmini (SQH) to'ldirish zarur. Davom etayotgan qon oqish paytida qon hajmini to'ldirish mumkin emas. Shuning uchun ham avval oqayotgan qon to'xtatilib, so'ngra uning o'rnini to'ldirmoq zarur, buning uchun turli xil kolloid eritmalar vena orqali yuboriladi.

Sintetik kolloid eritmalar (poliglyukin), reopoliglyukin, polidez, jelatinol quyiladi.

Tuzli eritmalar — ringer, laktosol, natriy xlorning izotonik eritmasi assol, disol, trisol kabilar quyiladi.

Sirkulyatsiyadagi qon hajmi tiklanganligini arterial va markaziy venalardagi bosimini ko'tarilishi bilan aniqlaniladi.

Shokning hamma bosqichlarida, qon tomirga albatta antigis-tamin preparatlar (dimedrol, suprastin, pipolfen) inyeksiya qilinadi.

Shok paytida har doim nafas buzilishi kuzatiladi. Ko'krak, umurtqa pog'onasi va opqa miya shikastlarida va elektr shikastlarida nafas olishning buzilishi ko'proq namoyon bo'ladi. Bunday holatda kislorod ingolyatsiyasi qilinishi kerak. Yengil shikastlarda kislorod burun orqali qo'yilgan kateter bilan beriladi. Og'ir shokda esa, bemor o'pkasi apparat orqali uzoq muddat sun'iy ventilyatsiya qilinadi va gipoksiyani bartaraf qilinadi.

Modda almashinuvining buzilishining oldini olish va normallashtirish uchun 4% li natriy gidrokarbonat (200—300 ml), natriy laktat (200 ml) vena ichiga, 10—15 ml 5% li askorbin kislota, 1—2 ml vitamin B₁, B₂, B₁₅ eritmaları yuboriladi.

Gipokalsemiya rivojlangan taqdirda 1% li kalsiy xlor, glyukoza insulin bilan prednizalon 30—60 mg vena ichiga yuboriladi. Vena ichiga plazma, oqsil gidrolizati, albumin (10—20), 200 ml yuborish bilan organizmdagi oqsillar yetishmovchiligi (gipoprotene miya) bartaraf qilinadi.

Tromboemboliyaning oldini olish uchun 5.000 birlikdan geparin har 6 soatda inyeksiya qilib turiladi.

Kontrikal 40—60 birlikda yuboriladi.

O'tkir buyrak yetishmovchiligida esa diuretiklar — peritonial yoki ekstrokarporal dializ qilinadi.

Bemorlar zarur bo'lsa zond orqali ovqatlantiriladi va umumiy gigiyenik choralar amalga oshiriladi.

KARDIOGEN SHOK

Kardiogen shok — miokard infarktining eng havfli, baʼzan oʻlimga olib keluvchi asorati hisoblanadi. Natijada yurakning qon oʻtib berish faoliyati buziladi, pereferik qon tomirlar kengayib, qon bosimi tushib ketadi.

Kardiogen shoklar rivojlanish sabablari miokard infarkti, mitral va aortal klapanlarining poroklari va yurakdagi operatsiyalar kabilar hisoblanadi.

Kardiogen shok tufayli qon aylanishining pereferik qismidagi mikroserkulyatsiyasi izdan chiqadi, oqibatda arteriyalarda spazmlar paydo boʻlib, ularning kislorodni tashish va toʻqimalarni ovqatlantirish faoliyatlari buziladi. Buning oqibatida toʻqimalarda gipoksiya va atsidoz rivojlanadi, fermentlar muvozanati buzilib, toʻqimalarda oʻlim paydo boʻladi. Vena qonining yurakka qaytib kelishi pasayishi tufayli yurakning ishlashi, har daqiqada qonning yetib borish faoliyatlari pasayaveradi. Kardiogen shokning quyidagi turlari mavjud:

1. Reflektor;
2. Areativ;
3. Artimik shok.

Klinikasi: Kardiogen shokda qon bosimining tushib ketishi, nafas olishning buzilishi (oliguriya) yoki (anuriya) va atsidozning rivojlanishi paydo boʻladi. Shu bilan birga terining oqarishi, sovuq ter bosishi, sianoz, venalarning boʻshashib qolishi, pulsning ipsimon boʻlishi kabilar tez rivojlanadi. Arterial qon bosim 50—20 mm simob ustuniga tushib ketadi. Tana harorati ham pasayadi. Bemorda ogʻriq sindromi kuchli boʻladi, oʻtkir yurak va buyrak yetishmovchiligi paydo boʻladi. Bemor hushdan ketadi, atrofga befarq qaraydi, nigohi uzoqqa tikilgan holatda boʻladi.

Kardiogen shokning ham uchta: 1- yengil, 2-oʻrta va 3-juda ogʻir darajalari mavjud.

1-darajasi: Yurak yetishmovchiligi belgilari yetarli darajada rivojlanmagan A/B 90—70 mm simob ustunida 4—5 soat davom etadi.

2-darajasi: Bunda shokning pereferik belgilari, yurak yetishmovchiligining belgilari (tinch holatdagi nafas tiqilishi, akratsianoz, oʻpkadagi dimlanish xirillashlar), gemodinamika oʻzgaruvchan boʻladi. A/B 50—40 mm simob ustunidan pastga tushadi, puls kuchsiz, ipsimon va tezlashadi. Bu davr 5 soatdan koʻproq davom etadi.

3-darajasi: Bemor ahvoli juda og'ir bo'lib A/B keskin tushib ketadi, puls aniqlanmaydi yoki ipsimon, o'tkir yurak yetishmovchiligi va o'pka shishi rivojlanadi.

Davolash: Dastlab bemorning ahvoliga ko'ra kislorod bilan nafas berish uchun burunga kateter qo'yish bilan bir vaqtda kardiaskop va elektrokardiograf apparatlariga ham ulanadi.

Ikkinchi asosiy davolash muolajalaridan biri o'mrov osti venasiga kateter qo'yish. Tashxis to'liq tahlil qilingunga qadar tomchi holatda quyidagi eritmalarni 5—20% glyukoza 300 ml, insulin bilan, kaliy xlor 1,5—2 g, 5% li vitamin B₆ 3,0 ml va prednizalon 30—60 mg miqdorda yuborish maqsadga muvofiqdir.

Tez va malakali ko'rsatilgan birinchi yordam bemorning taqdirini hal qiladi. Shuning uchun bemorga quyidagi tartibda yordam ko'rsatiladi:

1. yurak ritmi va o'tkazuvchanligining oldini olish, og'riq belgisini kamaytirish;
2. markaziy va periferik qon aylanishini tiklash;
3. tromboembolik asoratlar, o'pka shishi va gipoksiyaga qarshi kurash tadbirlarini amalga oshirish zarur.

Og'riqsizlantirish uchun vena ichiga narkotik moddalardan morfin 1,0—1,5 ml. Antigistaminlar: dimedrol, seduksin yoki neyroleptik moddalar — fentonil 1 ml. Droperidol 2—4 ml eritmaları yuboriladi. Bundan tashqari azot (I) oksidi bilan yengil narkoz berib og'riqsizlantirish ham keng qo'llaniladi.

Yurak mushaklarining qisqarishi faoliyatini ko'tarish va qonning yetib borishini oshirish uchun yurak glikozidlari 0,5 ml, 0,05% strofantin eritmaları natriy xlorning 0,9% li eritmasi bilan vena ichiga asta-sekin tomchilab yuboriladi.

Qon bosimi o'zgaruvchan bo'lganida va o'pka shishi rivojlangan holatda kardiogen shokka qarshi kurashish uchun glyukartikoidlar (gidrokartizon 150—300 mg dan 1.000-1.500 mg) yoki prednizalon 500 mg miqdorda sutka davomida yuboriladi. Qon bosimi past bo'lgan holatda infuziya uchun poliglyukin, reopoliglyukin eritmalaridan 1 litrgacha quyiladi.

Yurak faoliyatini yaxshilash maqsadida antiaritmik preparatlar, yurak glyukoziidlari, β -blokatorlar (anaprilin, obzidan, inderal) qo'llaniladi. Sinusli bradikardiyanı davolash uchun 0,1% atropindan 0,5—1 ml vena ichiga va teri ostiga, 0,06% alupent 0,5—1,0 vena ichiga yoki teri ostiga kiritiladi.

Qorinchalar ekstrosistoliyasini davolash maqsadida 1% li lidokain 5—10 ml vena ichiga tez yuboriladi, 10% li novokainamid 5—10 ml vena ichiga, xinidin 0,1—0,2 g ichishga beriladi.

Troboemboliya asoratlarining oldini olish uchun antikoagulyantlardan dastlab geparindan 10—25 ming birlikdan vena ichiga, soʻngra 5—10 ming birlikdan 4—6 soat davomida teri ostiga yuborib turiladi. Shu bilan birga fibrinolizin 30.000 B yoki streptokinaza, 250.000-750.000 B, tromboplastin, dikumarin va fenilin kabilar berib boriladi.

Qorinchalar fibrilyatsiyasi va taxikardiya holatlarida zudlik bilan elektrodefibrilyatsiya qilish yaxshi natija beradi. Undan tashqari qorinchalarni taxikardiya dan chiqarish uchun 10—20 ml lidokain eritmasidan vena ichiga kiritish zarur.

Kislota ishqor tahlillariga koʻra 4% li natriy bikarbonat yoki TNAM eritmalari yuboriladi.

KUYISH SHOKI

Kuyish shoki ham shikastlanish turidan biri hisoblanadi. Kuyish tufayli juda kuchli ogʻriq taʼsiriga organizmning qaytargan javob reaksiyasidir.

Odam gavdasining 10% 2—3 darajali kuyishida yoki kuyish maydoni 45—50% 1 darajali kuyish boʻlganda shok rivojlanishi mumkin. Agar kuyish nafas yoʻllarida boʻlsa, terining kuyish maydoni kichik boʻlgan taqdirda ham, bolalarda esa terining 1/3—1/4 qismi kuyganda hayot uchun xavfli va baʼzan oʻlim bilan tugashi mumkin.

Kuyish taʼsirida teri va shilliq qavatdagi nerv oxirlari taʼsirlanib, kuchli ogʻriq yuzaga keladi. Kuchli ogʻriq oʻz navbatida markaziy asab tizimining oʻzgarishiga sabab boʻladi. Issiqlikning toʻqimalarga taʼsiridan kapilyarlar devorlarining oʻtkazuvchanligi oshadi, oqibatda tomir ichidagi zardob teri ostiga va toʻqimalarga chiqib ketadi. Natijada kuygan toʻqimalar maydoni atrofida shish va puffaklar paydo boʻladi. Kuyishning 2—3 darajalarida suyuqlik yuqotish koʻproq boʻladi. Kuyish oqibatida sutka mobaynida 6—8 l plazma yoʻqotish mumkin va bir qism eritrotsitlar gemolizga uchraydi va qon aylanishining buzilishi natijasida gipoksiya rivojlanadi. Qon quyushlashadi va uning yopishqoqligi oshadi. Kapilyarlardan qon oqishi sekinlashadi. Organizmda qonni mikrosirkulyatsiyasi buzi-

lishi metabolik va biokimyoviy o'zgarishlarga olib keladi. Oxirigacha parchalanmagan moddalar miqdori ko'payadi va atsidoz rivojlanadi. Organizmdagi oksidlanish jarayonlarining buzilishi tufayli tana harorati pasaya boradi.

Shuning uchun ham kuyish shokida statsionargacha yordam ko'rsatishdagi tadbirlar og'riq va qon hajmini to'ldirishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Klinikasi: Kuyish shokining klinik kechishi ham ikkita: erektil va torpid bosqichlardan iborat. Eretil bosqichda bemorlar qo'zg'algan kuchli og'riqqa shikoyat qiladi, to'xtovsiz ingraydi, qaltiraydi. Puls va nafas olish tezlashgan, arterial qon bosim normada yoki ko'tarilgan. Hushi saqlangan, erektil bosqichi 1—1,5 soat davom etadi.

Torpid bosqichi hamma faoliyatlarning tormozlanishi bilan ifodalanadi. Bemorlar atrofga befarq qaraydilar apatiya, shikoyat qilmaydilar og'riqni ham sezmaydilar nafas olish yuzaki. Sovuq ter bosgan, qon bosimi tushib ketgan, puls ipsimon, nigohi o'tkir. Bemorda qusish paydo bo'ladi. Torpid bosqichning asosiy o'zgarishlaridan biri oliguriyadir, og'ir jarayonlarda esa anuriya rivojlanadi.

Davolash: Kuyish shokida yoki umuman kuyishda dastlab shikastlangan bemorga qanday kuyish (alanga, qaynoq suv, bug', qizigan metall, kimyoviy moddalar va boshqalar) sodir bo'lganligini aniqlash zarur.

So'ngra kuyish vaqti va kuyish maydoni aniqlanadi.

Birinchi yordam ko'rsatish bemorni issiqlik manбайдan olib chiqish, yonayotgan kiyimlarni o'chirishdan boshlanadi. Kuyishning 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 blokadasini, bosh, bo'yin, ko'krak, qo'llar kuyganda esa vagosimpatik blokada qilinadi. Novokain kapilyarlarning suyuqlikni o'tkazishini pasaytiradi.

Og'riqsizlantirish uchun morfin, omnopon, pantopon, promedol, fentalin kabilarning birortasidan yuboriladi. Bu dorilarni vena ichiga kiritilgani ma'qul, chunki kuyganda mushak orqali so'rilishi buziladi. Katta yoshdagi bemorlarga mushak va tomirlar ichiga, 3 yoshgacha bo'lgan bolalarga vena ichiga tez yuborish nafasni to'xtatib qolishiga olib keladi. Shuning uchun ularni juda sekin yoki suyultirilgan holda yuboriladi. Narkotiklarni antigistaminlar 1 ml dimedrol yoki 1 ml pipolfen bilan birga qo'shib yuborilsa, ularning ta'siri yana ham yaxshi bo'ladi.

Kuyish shoki bo'lganda sirkulyatsiyadagi qon hajmini to'ldirish uchun sutka davomida 3,5—4,5 litrgacha suyuqlik yuboriladi. Bemorni stasionarga olib kelguncha yo'lda 800 ml poliglyukin, 400 ml 4% natriy gidrokarbonat quyiladi. Bemorlar tansportda juda ehtiyotlik bilan olib boriladi va kuyish markazidagi reanimatsiya yoki shikastlar bo'limlariga yotqiziladi. Bemorlar quyish suyuqliklardan plazma 200—500 ml, laktosol — 800 ml, novokain eritmasi — 400 ml, reopoliglyukin — 500 ml, 5% li glyukoza — 1000 ml, insulin 20 TB da va qon 250—500 ml. miqdorda quyiladi. Bemorda oliguriya va gipotoniyaning rivojlanishi glyukokortikoidlarni (gidrokortizon 100—200 mg, prednizalon 30—60 mg) quyish uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Kuyish shokida to'qimalardan suyuqlikning so'rilishi keskin buzilgan bo'lib, hamma teri osti va mushak orasiga kiritilgan dorilar to'qimalar orasiga to'planib depolanib qoladi. Shuning uchun ham shok paytida yurak preparatlarini, og'riq qoldiruvchilar faqat vena ichiga yuborilishi kerak. Ko'p miqdorda teri ostiga yoki mushak orasiga yuborilgan dori moddalar shokdan chiqqandan keyin qayta so'rilishi tufayli zaharlanish alomatlari kuzatilishini unutmashlik kerak.

ANAFILAKTIK SHOK

Anafilaktik shok — bu og'ir allergik reaksiyaning bir turi bo'lib, organizmga kirgan yot 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 allergin tufayli rivojlanadi.

Ba'zan ayrim oziq-ovqatlar (tuxum, no'xat, zamburug'lar va boshqalar) ta'sirida ham paydo bo'lishi mumkin. Bunday qulay holatda qayta yoki ikkinchi marta dori moddalarni (vaksina, zardob, antibiotiklar va boshqalar) yuborilishi anafilaktik shok xurujini keltirib chiqarishi mumkin.

Klinikasi: Anafilaktik shok inyeksiya qilingandan keyin 10 sekunddan 10—15 daqiqa orasida, ba'zan 4—5 soatdan keyin ham rivojlanishi mumkin. Anafilaktik shok ayniqsa bolalar uchun xavflidir. Bemor bezovtalanadi, terilar qichiydi, keng tarqalgan qizarish, toshmalar paydo bo'ladi, yo'tal xuruji, nafas olishning buzilishi, arterial bosimning tushib ketishi, taxikardiya kuzatiladi, yurak tonlari bo'g'iq bo'lib, aritmiya paydo bo'ladi. Badan birdan qizib ketadi

va qaltiraydi, so'ngra oyoq-qo'llar soviydi, sovuq ter bosadi, qorinda, yurak sohalarida og'riq paydo bo'ladi. Gavdaning ayrim qismlarida shishlar paydo bo'ladi, ular o'z-o'zidan o'tib ham ketadi. Og'ir holatlarda hushdan ketadi, ixtiyorsiz ich ketish va siydik ajralishi kuzatiladi.

Bemorlarda nafas olish va yurak tomir tizimining buzilishlari paydo bo'ladi. Bolalarda yutqunning shishi tufayli o'lim yuzaga keladi. 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 moddalari qonga o'ta boshlaydi. Bu moddalar tomir devorlarining o'tkazuvchanligini oshirib yuboradi, bronxlarni toraytirishga olib keladi, to'qimalarda shish paydo bo'ladi. Yuqoridagi o'zgarishlar bemorni terminal holatga olib keladi.

Shoshilinch yordam: Statsionargacha bo'lgan holatda quyidagi tartibda yordam ko'rsatiladi:

1. Inyeksiya qilingan joyning yuqori qismiga jgut qo'yiladi.

2. Teri ostiga 5,0 ml 1:1000 suyultirilgan adrenalin eritmasi inyeksiya qilinadi va huddi shu miqdorda inyeksiya qilingan joyga ham yuboriladi.

3. Hidrokortizon 100—150 mg, antigistamin preparatlar (1 ml 1% dimedrol yoki 1 ml 2,5% pipolfen yoki 1 ml 2% suprastin) bilan birga mushak orasiga yuboriladi.

4. A/B pasayib ketganda niqob yordamida kislorod bilan nafas beriladi, hiqildoq torayganda kislorodning kamligidan yurak qorinchalari fibrilyatsiyasidan bemor o'lishi mumkin.

5. Hiqildoq shishi oqibatida nafas olish qiynlashsa DYUFO ignasi yordamida konikotomiya qilinib bemorga nafas beriladi. Bu muolajalar bemorni reanimatsiya bo'limiga yetqizib borish uchun yetarli hisoblanadi yoki traxeostomiya qo'yiladi.

6. Adrenalin kiritilgandan keyin natija yaxshi bo'lmasa, tezda poliglyukin quyish bilan sirkulyatsiyadagi qon hajmini to'ldirish zarur.

7. Bronxozpazmni yo'qotish uchun 5—10 ml 20% eufillin eritmasi venaga yuboriladi va vagosimpatik novokain blokadasi qilinadi.

8. Teridagi toshmalarni yo'qotish uchun antigistamin preparatlar (dimedrol, pipolfen, suprastin) inyeksiya qilinadi.

9. Oziq-ovqat mahsulotlaridan anafilaktik shok paydo bo'lgan taqdirda oshqozon yuviladi.

EKZOTOKSIK SHOK

Ekzotoksik shok patogenezida turli xil infeksiyalar toksinlari ta'sirida rivojlanadi. Ko'proq gramma musbat, gramma manfiy, anaerob infeksiyalar ta'sirida vujudga keladi. Buni turli xil mikroblar ham chaqirishi mumkin: siydik yo'llari, o't yo'llaridagi infeksiya, pankranekroz, nafas yo'llarida yallig'lanish, septik abort, har xil peritonitlar. Ekzotoksin ishlab chiqaruvchi gramm musbat mikroblar to'qimalardagi proteoliz (oqsillarni eritishi) maxsus-modda plazmotoksin hosil bo'ladi va gistamin kabi ta'sir qiladi. Natijada intoksikatsiya, toksemiya rivojlanadi. Bular esa o'z navbatida jigarni zaharlaydi, tomirlarni shikastlaydi va ularning faoliyatini izdan chiqaradi.

Klinikasi: Kasallik belgilari mikroblarning ko'payishi tezligi bilan paydo bo'ladi. 6—10 soat davomida, ba'zan 2—3 kun ichida rivojlanadi. Toksik infeksion shok tez rivojlanadi, bemor qaltiraydi, harorat yuqori bo'ladi, umumiy ahvoli yomonlashadi. Avval terilar issiq, so'ngra nam bo'lib sovub oqaradi, og'ir shok holatida ko'kimsiz bo'ladi. Qo'l-oyoqlar keskin soviydi. Taxikardiya va gipotoniya paydo bo'ladi. Bemorda tezda ruhiy o'zgarishlar bo'lib, hatto hushini yo'qotishi ham mumkin. Dastlabki o'pkadagi giperventilyatsiya nafas aritmiyasi bilan almashadi va patologik nafas olish paydo bo'ladi. Qusish va ichning ketishi ham kuzatiladi. Tezda oliguriya rivojlanadi. Metabolik atsidoz, to'qimalar gipoksiyasi kuchayadi. Ayrim holatlarda giperkapniya kuchayadi. Leykotsitoz ko'tariladi.

Davolash: Asosiy davolash usullaridan biri antibiotiklarni qo'llash hamda qon aylanishini yaxshilovchi va dezintoksikatsiyalovchi davo qilinadi. Maxsus davolash usullari yo'q bo'lgani uchun 50—60% kasallar 48 soat ichida o'lib qolishi mumkin.

Asosiy davolash usullari:

1. Keng spektrli antibiotiklarni qo'llash. Ampisillin, sefalosporin-oletetrin, xlortetrasiklin, oksitetrasiklin, rondonitsin, vibramitsin kabilardir. Ba'zan penitsillin qatoridagi kombinatsiyalari — gentamitsin, streptomitsin, kanamitsin, gramitsidin va boshqalar qilinadi.

2. Abscess hosil bo'lganda uni ochish va drenaj qilish kerak.

3. Kortikosteroidlar yaxshi natija beradi, umumiy reaksiyani pasaytiradi, gemodinamikaga ijobiy ta'sir etadi. Yurakda qonni otib chiqarishi ko'tariladi. Vena ichiga yuqori dozada gidrokartizon

50—100 mg, prednizalon 10—20 mg/kg yoki deksametazon 2—2 mg/kg 200—3000. 5% glyukoza eritmasi bilan yuboriladi.

4. Vazopressorlar bilan davolash. Buning uchun vazopressorlardan (mezaton, adrenalin) ishlatiladi. Trasilol 40.000-50.000 TB birlik miqdorda yuboriladi.

5. Yo‘qotilgan suyuqlik to‘ldiriladi va mikrosirkulyatsiya tiklaniladi. Buning uchun sarbitol, gemodez, jelatinol, reopoliglyukin quyiladi.

6. Kislota-ishqor va suv-elektrolit muvozanatlarining buzilishiga qarshi davo qilinadi.

7. Yurak glyukozydli yuboriladi.

8. Qonning ivish xususiyati yuqori bo‘lganda (giperkogeniyatsiya) geparindan 150 birlikda yuborish yaxshi naf beradi.

9. Diurezni yaxshilash uchun diuretiklardan (laziks) qilinadi.

10. O‘pkadagi asoratlarning oldini olish choralari ko‘riladi.

11. Yuqori kaloriyali ovqatlar beriladi va alohida parvarish qilish tadbirlari rejalashtiriladi.

KOMA HOLATLARIDA REANIMATSIYA VA INTENSIV DAVO TADBIRLARI

Koma — deb turli kasalliklar (insult, infeksiya, o‘smalar, diabet) va intoksikatsiyalar (endo va ekzogen) tufayli yuqori asab faoliyatining so‘nishiga aytiladi. Bu holat markaziy asab tizimining zararlanishi — hushdan ketish, reflekslarning so‘nishi va hayotiy zarur faoliyatlarning buzilishi bilan namoyon bo‘ladi.

Koma turli xil etiologik omillarga (uremiya, diabet, o‘tkir buyrak va jigar yetishmovchiligi, o‘smalar, zaharlanish, suv-elektrolit muvozanatining buzilishi kabilarga) ko‘ra rivojlanadi.

Koma holati turli xil kasallik tufayli rivojlanib, organizmning tiriklik faoliyatlarini chuqur darajada buzilishi bilan ta‘riflanadi. Komaning asosida asab tizimining chuqur tormozlanish jarayoni yotadi va bemorda tashqi ta‘sirotga nisbatan ongli munosabatda bo‘lish holati yo‘qoladi. Koma to‘satdan yoki sekin-asta rivojlaniishi mumkin. Komaning rivojlanishida koma oldi yoki sopor holati kuzatiladi, bunda bemor hushi qorang‘ulashgan, qiyinlik bilan savolga javob beradi, mustaqil ravishda to‘shakda qimirlay olmaydi. Bemor tezda uyquga ketadi. Sopor — bu reflekslarning saqlanishi, ammo birmuncha so‘nishi bilan xarakterlanadi. Koma holatda mar-

yordam xodimlaridan va qarindosh urug'laridan olinadi. Komaning rivojlanishi, davom etishi va belgilarini qarindoshlari va qo'shnilaridan surishtiriladi va bemor avval diabet, buyrak kasalliklari bilan og'riqanmi yoki yo'qligi ham aniqlanadi. Chuqur klinik tekshirish va maxsus tahlillar natijasiga qarab tashxis qo'yiladi va bu maxsus davolash tadbirlarini oydinlashtiradi.

UMUMIY DAVOLASH VA PARVARISH QILISH CHORALARI

Koma holatida birinchi yordam ko'rsatish va davolashdan oldin uning kelib chiqish sabablarini va boshlang'ich darajalarini aniqlab olish zarur. Bular komani davolash uchun asosiy omil hisoblanadi. Bemor oldiga kelgach, albatta uning kiyimlarida mavjud bo'lgan tibbiy hujjatlarni ko'zdan kechirmoq kerak, bu tashxis uchun zarur. Atrofdagilardan surishtirish bilan bemor diabet, jigar, buyrak kasalliklari bilan og'riqligi yoki o'zini o'ldirmoqchi bo'lganligi kabi ma'lumotlar aniqlanadi.

Ba'zan cho'ntaklaridan topilgan zaharli moddalar o'ralgan qog'ozlar va klinik belgilar bilan birgalikda tashxis qo'yishga aniqlik kiritiladi. Maxsus o'tkazilgan laboratoriya tahlillari tashxisni yana ham aniqroq belgilaydi va maxsus davolash tadbirlari o'tkazishni ko'rsatib beradi.

Koma holatida o'tkazilgan reanimatsiya tadbirlari miyaning kislorodga nisbatan tanqisligiga, nafas olish va qon aylanishi buzilishining oldini olishga qaratilgan bo'lishi kerak. Buning uchun bemorni yonboshga yotqizib (yengil darajada) og'ziga havo o'tkazuvchi naycha kiritiladi, og'ir holatlarda esa intubatsiya yoki traxeostomiya qo'yilib nafas beriladi. Zond orqali oshqozon suyuqligini so'rib olish aspiratsiyaning oldini oladi. Nafas olish va qon aylanish faoliyatlarini ma'lum darajada ushlab turish kerak. O'mrov osti yoki boshqa katta tomirga kateter qo'yib 5% glyukoza va boshqa dori-darmonlar kiritishga kirishmoq kerak.

Yuqorida keltirilgan tadbirlar bemorni transportda olib borish uchun ham zarurdir. Koma holatdagi bemor juda ham ehtiyotkorlik bilan olib boriladi va bu paytda kollapsning oldini olish maqsadida 1 ml kordiamin vena ichiga, 2—3 ml sulfakamfakain va 1 ml kofein teri ostiga yuboriladi. Agar bemorda kollaps rivojlangan bo'lsa, 1 ml mezatonga (korglikon) yoki 0,5 ml noradrenalin 250 ml 5% li glyukoza

eritmasi bilan 1 daqiqada 20—30 tomchidan vena ichiga tomchilab yuboriladi. Agar koma holati zaharlanish bilan bog'liq bo'lsa, shu joyning o'zida oshqozonni tozalab (12—15 l) iliq suv bilan yuviladi. Transportda olib borishda har doim sun'iy nafas oldirish va yurakni tashqi uqalashni o'tkazishga tayyor turish kerak. Aspiratsiyaning oldini olish maqsadida bemorlarni yonboshi bilan yotqizib bosh tomoni bir oz tushirilgan holatda transportda olib borish lozim. Bemorni miyaga qon quyilishi natijasida sodir bo'lgan koma holatida transportda olib borish ayniqsa xavflidir. Bunday bemorlarni transportda olib borishda yorilgan qon tomiridan qon oqishi va nafas olishni izdan chiqarishi bilan xavfli hisoblanadi. Agar bunday bemorlarda qon bosimi 180 mm simob ustunidan yuqori bo'lsa transportda olib borishdan oldin 200—400 mm qonni chiqarib tashlash, so'ngra ehtiyotlik bilan zambilga yotqiziladi va boshi chayqalmasligi lozim. Shu bilan birga bemor boshi oyog'iga nisbatan yuqori bo'lishi kerak.

GIPERGLIKEMIK KOMA

Qandli diabetning og'ir asoratlaridan insulin yetishmovchiligi va glyukozaning jigar va to'qimalarda saqlanishining buzilishidan kelib chiqadi. Qandli diabet surunkali ko'rinishda rivojlanib, yengildan og'ir turiga qarab rivojlanib boradi. Noto'g'ri yoki barvaqt davolanish va unga o'tkir va surunkali kasallik qo'shilishi, intoksikatsiya, jigar kasalligi diabetning qaytalanishiga va bu esa koma oldi holatiga olib keladi. Organizmga glyukoza yig'ilishining buzilishi tufayli keskin ravishda karbon suvlar, moylarning almashinuvi ham buziladi. Natijada keton tanachalari oshib ketadi, bu esa qonda CO_2 gazi oshishiga olib keladi.

Klinikasi: Diabet ketoatsidozning rivojlanishida ikkita: koma oldi va diabetik koma bosqichlari mavjud. Koma oldi holatida bemorda behollik, uyqu bosish, bosh og'rig'i, ishtahaning pasayishi, kuchli chanqash, ko'ngil aynish, ich ketish, til qurishi, og'izdan atseton hidi kelishi, qonda qand va keton tanachalarining ko'payishi (13 mg % ko'p), siydikda oqsil, glyukozalar, silindrlar paydo bo'lishi kuzatiladi, bu holat agar o'z vaqtida, yetarli darajada davolash tadbirlari ko'rsatilmasa, darhol diabetik koma bosqichiga o'tishi mumkin. Bunday paytda bemor hushsiz, puls tez va yumshoq, A/B pasayadi, harorat pasayadi (35—36 C) ko'z olmalari yumshoq, nafas olish yuzaki, ba'zan qorin devori taranglashgan va o'tkir qorin simptomlariga o'xshaydi. Qonda yuqori leykotsitoz paydo bo'ladi.

Diabetik yoki giperglikemik komaning oqibati koma holatining davom etishi muddatiga va gemodinamikaning buzilishi darajasiga bog'liqdir.

Davolash: Bemorning umumiy ahvoli va komaning og'irligiga ko'ra tashxis aniqlanish bilan insulin yuboriladi. Insulin miqdorini aniqlashda bemorning behush holatining chuqurligiga e'tibor beriladi. Komaning boshlanishida yoki yengil holatida 100 TB insulin, og'ir holatda 120—160 TB, chuqur koma holatida 200 TB da yuboriladi.

So'ngra insulin qondagi qand miqdoriga asoslanib kiritiladi. Agar 2 soatdan keyin qondagi qand miqdori ko'paysa, insulin miqdorini ikki barobar oshirib (25—50% venaga) yuboriladi, qand miqdori o'zgarmasa insulin 1,5 barobar (25—40% venaga), qand miqdori kamaysa insulin 3 barobar kamaytiriladi. Shundan so'ng qand miqdorining kamayishi bilan har 3—4 soatda 20—50 TB insulin yuboriladi.

Metabolik atsedozni kamaytirish uchun 4% li natriy gidrokarbonat eritmasidan venaga yuboriladi. To'qimalar degidratatsiyasiga qarshi 0,9% natriy xlor eritmasidan 1—1,5 l quyiladi. Reanimatsiya tadbirlari gemodinamik o'zgarishlarni va yurak-tomir faoliyatini saqlashga qaratilgan bo'lishi kerak. Bemorning hushi tiklangandan 3—4 soat keyin oddiy insulin bilan davolanib, asta-sekin umumiy ovqatlanish tartibiga o'tkaziladi.

GIPOGLIKEMIK KOMA

Qandli diabetni davolashda gipoglikemik koma insulin miqdori oshib ketishi tufayli rivojlanadi. Bu koma ham qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda yuzaga keladi va miyani glyukoza va kislorod bilan ta'minlanishi buziladi.

Klinikasi: Gipoglikemik komaning yengil va og'ir turlari mavjud. Yengil turida to'satdan bemorda darmonsizlik boshlanadi, terlaydi, ovqat yegisi kelib, ochlik hissi paydo bo'ladi. Koma to'satdan hushdan ketish, tirishish paydo bo'lishi, kuchli qo'zg'alish va refleklar kuchayishi bilan kechadi. Ko'z olmachalari taranglashgan, puls tezlashgan. Nafas olish normada. Yurak ritmi o'zgargan — taxikardiya. Tashxis laboratoriya tahliliga asosan aniqlanadi, ya'ni qonda qand miqdori kamaygan bo'ladi.

Davolash: Tezlik bilan davolash choralari ko'riladi. Yengil turdagi bemorga shakar choy va non beriladi.

Og'ir komada 20—50 ml 40% li glyukoza vena ichiga yuboriladi, natija sezilarli bo'lmasa, 10—20 daqiqadan so'ng yana qaytadan yuborish mumkin. Bunda ham bemorning ahvoli yaxshilanmasa, 1—1,5 litr 5—10% li glyukoza vena ichiga tomchilab quyiladi. Og'ir kechayotgan gipoklikemiyada 0,5—1 ml 0,1% li adrenalini inyeksiya qilinadi. Hushiga kelgandan so'ng bemorga shirin choy, oq non, asal, qiyom kabilar beriladi, qonda esa qand miqdori o'lchab boriladi.

JIGAR KOMASI

Jigar komasi o'tkir jigar kasalliklari (Botkin kasalligi, operatsiya) va surunkali gepatit, jigar sirrozida yuzaga keladi. Modda almashinuvining buzilish jarayoni oqibatida rivojlanadi. Bundan tashqari jigar distrofiyasi, glyukogenning kamayishi, intoksikatsiya, oqsil almashinuvining buzilishi kabi omillar ham komaning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Klinikasi: Bemorda umumiy darmonsizlik, ishtahaning pasayishi, jigar o'lchamining kichrayishi, keskin sariqlik, uyqusizlik va qo'zg'alish paydo bo'ladi. Teri osti qon quyilishi, burundan, buyrakdan qon oqishi mumkin, najas rangsizlanadi. Og'ir holatdagi komada hushidan ketish, axilik najas paydo bo'ladi. Jigar o'lchami juda kichrayadi. Siydikda oqsil va silindrlar paydo bo'ladi.

Davolash: Bemorga 50 ml 40% li glyukoza vena ichiga, 1 ml 20% li kofein teri ostiga, 2 ml kordiamin, 4 ml kompalon muskul orasiga, 1 ml vitamin B₁₂ 50—100 mg, askorbin kislotasi 5% ligidan 5 ml vena ichiga kiritiladi. Kortikosteroidlardan 500—1.000 mg kortizon (sutkada) yuboriladi. Ovqat moddalaridan oqsil va yog' miqdori chegaralanadi.

UREMIK KOMA

Uremik koma quyidagi jarayonlardan so'ng rivojlanadi. Og'ir metall tuzlari bilan zaharlanishda (simob, vismut, oltin, uran, sulfanilamidlar). O'tkir infeksiya — ich terlama, sepsis, buyrak kasalliklari: glomerulonefrit, gidronefroz, pionefroz, buyrak sili va boshqalarda.

Klinikasi: Uremiya odatda sekinlik bilan rivojlanadi va oliguriya hamda anuriya paydo bo'lishi bilan kechadi. Sutkalik diurez 300 ml dan oshmaydi.

Bemorda dastlabki sutkada adenamiya, ishtahaning yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qusish, ba'zan mushaklar tirishishi, eshushining buzilishi paydo bo'ladi. Yurak tonlari bo'g'iq,

bradikardiya (1 daqiqada 40 martagacha) rivojlanadi. Siydikda ko'pincha proteinuriya ko'p miqdorda silindrlar, epiteliy va qon ajrala boshlaydi. Qonda azot qoldig'i miqdori oshadi (500—600 mg) nafas olish ham yuza Kussmaulov tipida bo'ladi.

Davolash: Bemor venasidan 250—500 ml qon chiqariladi va qon almashtirib quyiladi. 30 ml 40% li glyukoza yoki 500 ml 5% li glyukoza vena ichiga tomchilab quyiladi. 300 ml 4% li natriy girokarbonat eritmasi 10 ml, 5% li askorbin kislotasi venaga yuboriladi. Tirishishda 30% li xloral gidrad eritmasidan 100—150 ml tomchilab huqna qilinadi, lyuminal 0,05 g 1 kunda 3 marta yoki 10% li natriy bromdan 10 ml vena ichiga va diuretiklar yuboriladi. Bu tadbirlar natijasiz bo'lsa, 2—3 sutka davomida peritoneal dializ qilinadi. Bu muolaja maxsus buyrak reanimatsiya markazlarida «Sun'iy buyrak» apparati yordamida o'tkaziladi.

EKLAMPSIYA KOMASI

Bu ham uremik komaning bir turi bo'lib, u ko'pincha bolalarda va homilador ayollarda uchraydi va o'tkir diffuzli nefritdan keyin rivojlanadi. Suv elektrolit va oqsil almashinuvi buzilishi natijasida miyada qon aylanishi buziladi, miya shishi va bosh ichidagi bosimning ko'tarilishi kuzatiladi.

Klinikasi: Bemorda bezovtalanish, qo'zg'alish, kuchli bosh og'rig'i: A/B ko'tarilishi kabi belgilar bilan rivojlanadi.

Kasallik to'satdan boshlanib, bola bexosdan qichqirib yuboradi, chuqur nafas olib hushidan ketadi, tonik tirishishlar so'ngra butun gavdada klonik tirishishlar paydo bo'ladi, yuzida sianoz, og'izdan ko'pikli so'lak ajratadi, A/B ko'tarilgan, puls pasaygan taranglashgan, nafas olish tez, uzilib-uzilib xirillashlar eshitiladi. Pay reflekslari kuchaygan, patologik reflekslar paydo bo'ladi.

Xuruj har 30—60 daqiqa davomida takrorlanishi mumkin.

Davolash: Bosh ichidagi bosimni va gemodinamikani normal holatga keltirishga qaratiladi.

1. Qon chiqariladi va magnezium sulfat va ganglioblokatorlar (gigroniy, pentamin, arfonat) yuboriladi va ular gipertonik krizislarni yo'qotishga yordam beradi.

2. Asosiy davolash tadbirlari miya shishining oldini olishga qaratiladi, kranio-serebral gipertoniyada opqa miya punksiyasi bilan likvorning normal bosimigacha tushiriladi (200—250 ml suv ustuniga).

3. Tirishishga qarshi muolaja o'tkaziladi.

VI B o b

O'TKIR EKZOGEN ZAHARLANISHLARDA REANIMATSIYA BA INTENSIV DAVOLASH

Sanoat, qishloq xo'jaligi va kundalik turmushga kimyoviy moddalarning ko'plab kirib kelishi tufayli ular bilan doimiy aloqador bo'lish va ishlatish natijasida o'tkir zaharlanish holatlari ro'y bermoqda.

Organizmga tashqi muhitdan turli xil zaharli moddalarning tushishi bilan zaharlanish jarayoni ro'yobga chiqadi, natijada organizmning hayotiy faoliyatlari yoki alohida a'zolari va tizimlari faoliyati buziladi.

Turmushda uchraydigan o'tkir zaharlanishlarning sabablari-dan biri uyqu va boshqa ruhiyatga ta'sir etuvchi turli xil preparatlarni qabul qilish, abort (bola tushirish) uchun ishlatiladigan preparatlarni (paxikarpin, xinin) qabul qilish, favqulotda yoki uy sharoitida ishlatiladigan kimyoviy moddalarni (sirka kislotasi, novshadil spirti, fosfor organik moddalar), alkogol hamda shunga o'xshash zaharli eritmalarini ichish natijasida sodir bo'ladi.

Zaharli moddalar o'zlarining tuzilishlariga ko'ra: madanli, o'simlik, hayvonlar va mikroblar zahariga; zaharlanish joyiga ko'ra: sanoatda, ovqatdan va maishiy zaharlanish kabilarga bo'linadi. Organizmga tushgan zaharning ta'siri mahalliy va umumiy bo'lishi mumkin va ularning ta'sir qilish tezligi, uning miqdori va kuchiga ko'ra, yashin tezligidagi o'tkir, o'rta o'tkir va surunkali zaharlanishlar ham kuzatiladi. Zaharlanishlar tasodifan, ataylab, dori-darmonlardan, kasbiga ko'ra yuzaga kelishi mumkin.

Zaharli moddalar asosan ikki yo'l: ovqat hazm qilish yo'li va o'pka (nafas) orqali organizmga tushadi. Og'iz orqali tushganda uning ta'siri qonga to'liq so'rilishi bilan namoyon bo'ladi. Zaharlar miqdori qon bilan ko'p ta'minlangan a'zolar markaziy asab tizimi, jigar va buyrakda ko'proq to'planadi. Shuning uchun zaharlanish yuqorida keltirilgan organlardan boshlanadi.

Zaharli moddalarning toksik ta'siri hujayralar orasidagi modda almashinuvi jarayonining buzilishi bilan kechadi. Hujayralarning zaharlanishiga ko'ra: asab, jigar, buyrak hujayralarining izdan chiqaruvchilarga bo'linadi yoki gemolitik zaharlar deyiladi.

Dori-darmonlardan zaharlanish asosan uxlatuvchi va tinchlantiruvchi analgetik dezinfeksiyalovchi va antiseptik moddalar ta'sir etishi tufayli paydo bo'ladi.

Turmushda ko'pincha kishining o'z faoliyatida ishlatiladigan kimyoviy birikmalardan insektitsidlar, bo'yoqlar, parдоз laklarning ta'siri tufayli zaharlanish yuzaga keladi. Ishlab chiqarishda benzin, kerosin, organik eritmalar, kislotalar, ishqorlar, har xil gazlar va boshqa moddalardan zaharlanish mumkin.

Ko'pgina zaharli moddalar mahalliy va umumiy ta'sir ko'rsatadi. Bunday moddalarga sulfat xlorid, azot, sirka, kislotalar va ularning bug'lari kiradi. Masalan: sirka, kislota umumiy ta'sir etishi bilan birga jigar va buyrakni zaharlaydi, qizilo'ngach va oshqozon shilliq qavatlarini kuydirib yuboradi.

Ayrim moddalar xlorfosgen, ammiak va boshqalar sezgi organlarining oxirlarini qitiqlashishi natijasida ularning reflektor qo'zg'alishi paydo bo'ladi, natijada bu moddalarning qonga so'rilishidan tovush chiqaruvchi paylar va yuqori nafas yo'llari spazmga (bo'g'ilishga) uchraydi.

Bunday holatlar ba'zi alkaloidlar (lobelin, anabazin, nikotin va boshqalar), senil kislota bilan zaharlanishda ham uchrab turadi.

Zaharli moddalarning ta'sir etish xususiyatlari, ularning miqdori, fizik-kimyoviy tuzilishi hujayralar ichidagi modda almashinuvining buzilishi jarayonlari va odam organizmi holatiga bog'liqdir. Undan tashqari zaharlanishning rivojlanishi bizni o'rab olgan atrof-muhit yoki ekologik holatiga havo bosimi, harorati, namlik va boshqa omillarga ham bog'liqdir.

Klinikasi: O'tkir ekzogen zaharlanishga dastlab ayrim guruh hujayralariga tanlab ta'sir ko'rsatadi. Uning oqibatida organizmda ikkilamchi o'zgarishlar rivojlanishi tufayli o'limga olib keladi.

Ekzogen zaharlanishlarning klinik kechishida organizmda turli patologik sindromlar ruyobga chiqadi: ruhiy va asab, yurak-qon aylanishining, nafas olishning buzilishlari, jigar, buyrak yetishmovchiliklari va oshqozon-ichak faoliyatining buzilishi kabi sindromlar.

Zaharlarning ta'siri va zaharlanish oqibati ham bir necha omillarga bog'liq bo'ladi. Zaharli moddani ichish paytida paydo bo'lgan qusish tufayli zahar miqdori ham kamayadi. Bunday paytda qabul qilingan moy bir xil zaharli moddalarning so'rilishini susaytirs, boshqalari

esa soʻrilishni kuchaytirib yuboradi. Qiziloʻngachni reflektor spazmiga uchrashi ham zaharning qiziloʻngach devoriga taʻsiri va oshqozonga ham kamroq tushishini taʻminlaydi.

Zaharlanishning qanday sodir boʻlganini va nima bilan zaharlanganligini aniqlash uchun uning anamneziga ahamiyat beriladi. Agar bemor behush holatda boʻlsa, bunday holatning sababini tez yordam xodimlari, qarindosh va tanishlar orqali surishtiriladi. Bunday maʼlumotlarni olishga imkoniyat boʻlmasa, oshqozon shirasini, siydik, najasni va ovqat moddalarini kimyoviy tahlildan oʻtkazish bilan aniqlanadi.

Ruhiy va asab shikastlanishi sindromida toksik koma va intoksikatsion psixoz (deliriya) paydo boʻladi.

Bemorda koʻz qorachigʻining kattaligi oʻzgarishi (mioz, midriaz), haroratining koʻtarilishi (gipertermiya), ter va soʻlak bezlari faoliyatining oshishi, bosh ogʻrigʻi, bosh aylanishi, qisman xotiraning pasayishi kabilar rivojlanadi. Ogʻir holatlarda esa tirishishlar paydo boʻladi (barbituratlar, opiy guruhlarning taʻsiridan soʻng).

Oʻtkir nafas yetishmovchiligi sindromi ekzogen zaharlanishning tez uchraydigan asoratlaridan hisoblanadi va organizmda havo almashinuvining buzilishi (gipoksiya) bilan rivojlanadi, natijada nafas aritmiyasi terilardagi sianoz, nafas tiqilishi, asfiksiya, soʻngra zotiljamning rivojlanishi bilan kechadi. Bundan tashqari koma va oʻpka shishi holatlari koʻpincha barbituratlar taʻsiridan, nafas markazi faoliyatining soʻnishidan soʻng yuzaga keladi. Ayrim mahalliy taʻsir etuvchilar kislota, ishqor va zaharli moddalar taʻsiridan ovoz paylarining shishi tufayli traxiostomiya qilish zarurati tugʻiladi.

Yurak-qon aylanishning buzilishi sindromi, zaharli moddalarning toʻgʻridan-toʻgʻri yurak mushaklariga va oʻtkazuvchi yoʻllariga taʻsiri tufayli rivojlanadi. Natijada arterial bosim tushib ketadi, kollaps paydo boʻladi. Bu holatlar barbituratlar, sirka kislota va gemolitik zaharlar taʻsiridan roʻyobga chiqadi.

Oshqozon ichak tizimi faoliyatining buzilishi, asosan dispeptik oʻzgarishlar bilan rivojlanadi. Kislota va ishqor bilan zaharlanganda qiziloʻngach va oshozondan qon oqadi, ogʻir metall tuzlar taʻsiridan qorin boʻshligʻida ogʻriq, ichning suyuq kelishi kabilar uchraydi.

Jigar va buyrak yetishmovchiligi toksik gepotopatiya, nefropatiya (sirka, kislota, antifris, dixloretan kabi zaharli moddalar tufayli) rivojlanadi. Jigar yetishmovchiligida — kuchayib boruvchi sariqlik, jigarning kattalashuvi, ogʻriq, qondagi bilirubin miqdorining koʻpayishi, ogʻizdan shirin jigar hidi kelishi kabi belgilar rivojlanadi. Bemor asta-sekin hushdan ketadi.

Buyrak yetishmovchiligi ko'pincha nefrotoksik zaharlar: sulema, antifris, mis kuporosi va paxikarpin kabi moddalar ta'siridan paydo bo'ladi. Bunday zaharlanishda belda og'riq, shish, siydik ajralishining kamayishi bilan kechadi.

Davolash: Zaharlanishda shoshilinch yordam ko'rsatish va davolash hamma zaharga qarshi kurashishga xos bo'lgan umumiy tadbirlardan boshlanadi va qo'shimcha quyidagi davo tadbirlar o'tkaziladi:

1. Organizmga zahar tushishini to'xtatish.
2. Tushgan zaharni qonga so'rilmadan tezlik bilan organizmdan chiqarish (detoksikasiya).
3. Zaharni zararsizlantirish yoki so'rilishni to'xtatish.
4. So'rilgan zaharni antidodlar (zaharga qarshi dori) yuborish bilan uning so'rilishini va zaharli ta'sirini kamaytirish.
5. Simptomatik davolash tadbirlari organizmning hayotiy faoliyatlarini saqlashga qaratilgan bo'lishini ta'minlash.

Zaharli moddalarning organizmga tushgan toksik ta'sirini yo'qotish yoki mutlaqo to'xtatish uchun tezlik bilan detoksikasiya usullarini o'tkazish zarur. Bu chora-tadbirlarni o'tkazishdan oldin zaharlanish qachon, qayerda, qaysi yo'l bilan sodir bo'lgan va organizmga kirgan zahar miqdorini aniqlash katta ahamiyatga ega.

Zaharlanish og'iz orqali kirgan bo'lsa, oshqozonni zond bilan yuvish, (92-rasm) agar zond bo'lmasa, qayd qildirish yo'li bilan zaharni chiqarish lozim. Buning uchun yo'g'on zond va 10—15 litr iliq suv olib, unga aktivlangan ko'mir (100 g suvga 10—20 g) yoki kaliy permanganat poroshogidan qo'shiladi. Aktivlangan ko'mir



92-rasm.

alkoloidlarni, glyukozidlarni, suyuq organik birikmalarni, og'ir metall tuzlarini yaxshi adsorbsiya qiladi. Adsorbsiya qilish uchun oq loyni ham ishlatish mumkin (20—30 g, 100 g cyvga). Oshqozondagi zahar so'rilishini kamaytirish uchun kisel, sut, jele va boshqalar berish kerak. Yog'da eriydigan zaharlar (fosfor, anelin kabilar) bilan zaharlanganda yog' berish mumkin emas.

Zaharning ta'sirini pasaytirish uchun ularni erimaydigan birikmalarga aylantirish zarur.

Buning uchun zahar turiga ko'ra erimaydigan va so'rilmaydigan tuz hosil qiluvchi kimyoviy moddalar ishlatiladi va shundan so'ng zahar mexanik yo'l bilan oshqozondan chiqarib tashlanadi. Ichaklarda qolgan zaharni esa surgilar berish, huqnalar qilish yo'li bilan chiqarib tozalanadi. So'ngra bemorda detoksikatsiya va dezintoksikatsiya muolajalari o'tkaziladi. (93-rasm)

Ammo kislota va ishqor bilan zaharlanganda tuzli eritmalar berilmaydi. Agar bemor komatoz holatda bo'lsa, refleksi yo'qligi va laringospazm tufayli qusuq massasi nafas yo'lga tushib qolishining oldini olish uchun traxeyani shishiruvchi manjetli naycha bilan intubatsiya qilingandan keyin yuviladi. Oshqozondagi kislotani, ishqor, ya'ni 2% li natriy gidrokarbonat bilan yuvish yaxshi natija bermaydi, aksincha bemor ahvolini og'irlashtiradi, chunki oshqozonda karbonat angidrid gazi ko'payib, uni kengaytirib yuboradi. Oshqozonni yuvish suv toza bo'lguncha davom ettiriladi. Suvga osh tuzi qo'shib (1 osh qoshiq 1 litr suvga) yuvish yaxshi natija beradi, chunki tuz pilorospazm chaqiradi va zaharni ichakka o'tishi kamayadi, so'ngra toza ichadigan suv bilan yuviladi. Kuydiruvchi zaharli moddalar bilan zaharlanganda osh tuzi bilan yuvish, surgilar berish man etiladi. Ko'p miqdorda zaharli mevalar, o'simliklar, qo'ziqorinlar, turli tabletkalar, dorilar bilan zaharlanganda har 20—30 daqiqadan so'ng me'dani takroran yuvish kerak.



Zaharlanish gazsimon modda ta'siridan yuzaga kelganda, avvalo bemorni zaharli atmosferadan olib chiqiladi va izolyatsiya qiluvchi protivogaz kiydiriladi.

Teri va shilliq qavatlar orqali zaharlanganda kiyimlar yechilib, teri va shilliq qavatlarining zararlangan qismlari iliq sovunli suvda yuviladi, so'ngra hamma tanasi yuviladi.

Zaharlovchi moddalar bo'shliqlarga (to'g'ri ichakka, qovuqqa, qinga) tushganda ularni huqnalar va chayish bilan tozalanadi.

Qondagi zaharli moddani chiqarish uchun ham bir necha davolash usullari qo'llaniladi:

Siydik ajralishini kuchaytirish maqsadida vena ichiga siydik haydovchilar kiritiladi. Bu usul zaharli moddalarni faqat buyrak orqali chiqarish zarur bo'lgan hollarda (barbituratlar, paxikarpin, metil spirti, gemolitik zaharlar va boshqalar bilan zaharlanganda) ishlatiladi.

Buning uchun 30—50% li mochevina, 40% li glyukoza bilan, 10% li manitol, novurit yoki merkuzol kabilar yuboriladi.

Yuqoridagilarni yuborishdan 2—3 soat oldin 5% glyukoza eritmasidan 1.500—2.500 ml yuboriladi va bemordagi degidrotatsiya holati kompensatsiya qilinadi. Dastlab 4 soat oldin qovuqqa kateter kiritilib, so'ngra har bir soatda 80 ml mochevina yoki manitol va 300 ml elektrolit eritmasi (40% li glyukoza 80 ml, natriy bikorbonati — 6 g, kaliy xlor 2,5 g, fiziologik eritma II № 2 eritma) yuboriladi. Natijada soatiga diurez 300—350 ml gacha oshishi kerak, ammo bu ko'rsatkich past bo'lsa, o'tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanganidan darak beradi.

Keyingi har 4 soat ichida 30 ml manitol (mochevina), 600 ml № 2 eritmasidan vena ichiga yuborib turiladi. Bundan tashqari har 8 soatda 10% li kalsiy xlordan 10 ml vena ichiga yuboriladi. Bir sutka davomida 12 l suyuqlik ajraladi va yo'qotilgan suyuqlik miqdori № 2 eritma yoki fiziologik eritma hisobiga to'ldirib turiladi, hamda 4% li natriy gidrokarbonat eritmasidan garmonlar (retobolil, nerobol, testosteron propinat) vitaminlardan B guruhi, askorbin kislota yuboriladi. Takroran oshqozonni yuvish, sodali huqna qilish va diurezni kuchaytirish zarur.

Gemodializ o'tkazish uchun sun'iy buyrak apparatidan foydalaniladi.

Peritonial dializ — qilish uchun qorin bo'shlig'iga maxsus polietilen naycha (yoki maxsus fistula) kateter qo'yilib, shu orqali dializ qiluvchi suyuqlik yuboriladi (natriy xlor 22, xlor 0,4 g, kalsiy xlor 0,4 g, magniy xlor 0,17 g, natriy gidrokarbonat 0,3—3,0 g, glyukoza 25—50 g, distillangan suv 1 l aralashmasi).

Qonni almashlab quyish: buning uchun 4—5 l o'z guruhi va rezusi mos kelgan qon quyiladi. Zaharlangan qonni chiqarish uchun bemorning yuzaki katta son venasiga 2—3 mm polietilen zond qo'yiladi. So'ngra bilak arteriyasi ochilib undan qon maxsus miqdorli idishga oqa boshlaydi. Son venasiga qon pastki kovak vena tizimi orqali yurakka quyiladi. Organizmdan chiqarilgan va quyilgan qon miqdori bir xil bo'lishi kerak. Jigar yetishmovchiligi rivojlangan taqdirda davolash uchun quyidagilar yuboriladi: Lipotrop moddalar, ya'ni 20% li xolin-xlorid eritmasidan 30 ml olib 5—40% li glyukozaning 600 ml eritmasi bilan vena ichiga tomchilab yuboriladi, metionin sutka davomida 10—12 g, vitaminlar, antibiotiklar, gormonlar, glyutamin kislota, sirepar, vitogepat va lipoid kislota ham yuboriladi.

MAXSUS (ANTIDOTLAR BILAN) DAVOLASH

Bu usulni laboratoriya tahlilidan keyin tashxis aniq bo'lganda ishlatiladi, aksincha holatda esa buning o'zi ham zaharlashi mumkin. Antidotlar ta'sirida zaharli moddalar bilan zaharlanish paydo bo'lganda TUM (Tanin+aktivlangan ko'mir+kuydirilgan magneziiy aralashmasi)dan iborat bo'lgan poroshokdan 2—3 osh qoshiq olib suv bilan aralastirilsa, bo'tqasimon modda hosil bo'ladi va oshqozon yuvilgandan so'ng yuboriladi.

Strejijevskiy antidoti (oltingugurtning suvli eritmasi) og'ir metall tuzlari (simob, sulema, margimush kabilar) bilan zaharlanganda 5% li unitol eritmasidan gavda og'irligiga 1 ml hisobidan yuboriladi, bundan tashqari EDTK (Etilentamin sirka kislotasining kalsiydinatriy tuzidan 2 g miqdorda 200 ml fiziologiya eritma)dan yoki 5% li glyukoza eritib vena ichiga tomchilab yuboriladi yoki 0,5% EDKT eritmasi bilan oshqozon yuviladi.

Metilen ko'kning 1% li eritmasidan 10—50 ml vena ichiga (bolalarga gavda og'irligiga har bir 1 kg 1—2 mg dan) yuboriladi. Bu modda qonda met gemoglobin hosil bo'lishining oldini oladi. Gemoglobinni toza holda kislorod tashish xususiyatini tiklaydi.

O'tkir zaharlanishlarni maxsus (antidot bilan) davolash

Zaharlanishga olib keluvchi toksik moddalar	Antidot	Dozasi
Anilin, kaliy permanganat, natriy nitrat, nitrobenzol	Metilen ko'ki Askorbin kislota Natriy biosulfat	1% - eritmasi 5% - eritmasi 30 - eritmasi
Antikoagulyantlar geparin	Protamin sulfat Vitamin K	1% - eritmasi 1% - eritmasi
Atropin	Pilokarpin Prozerin	1% - eritmasi 0,5% - eritmasi
Bariy vauning tuzlari	Magnezii sulfat	30% - 300 ml ichishga
Oq paganka, zaharli dixloretan	Lipoid kislota Asetilxolin Vitamin B	Sutkasiga 20-35 kg har kg og'irligiga sutkada 200 mg/kg
Izoniozid, ftivazid, kislotalar	Vitamin B-6 Natriy gidrokarbon	5% 4%
Og'ir metall tuzlari, simob, margimush, vinets	Unitol tetatsin 5% Kaliy	10%
Metil spirti, etilenglikol, margumish vodorod	Etilalkogol Mekandid	30% - venaichiga 5% - venaichiga 40%
Kumush nitrat, karbon oksidi, serovodorod serouglerod	Natriy xlor Kislorod Barokamera Sitxrais	2% Ingolyatsiya 2-3 atm Barokamera
Paxikarpin	Prozerin ATF Vitamin B-1	0.05% 1% 6%
Opiy preparatlari: morfiy, promedol kodein	Klorfin	0,5% - eritmasi
Yurak glikozidlari:	Atropin sulfat Kaliy xlor Tetatsin-kaliy Panangin	0,1% 0,5% 1,0%

Sinil kislota	Natriy nitrat Natriy tiosulfat	1.0% 30% 2-3 t hidlashga
Ilon chaqishi:	Maxsus ilon vaksinasi - geparin	
Farmolin:	Amoniy xlorid yoki ammoniy karbonat	3%
Fosfor organik moddalari:	Reaktivatorlar Xolinesterazalar: Dipreksin Izonitrazin Atropin	15% - 1,0 ml 40% - 3 ml 0,1%

Kuchli ta'sir etuvchi dori guruhlaridagi moddalar: morfin, omnopon, pantopon, promedol, kodein, dionin, koterpin, opiy nastoykasi hammasi zaharli bo'lib, ular A yoki B shkaflarida saqlanadi va qattiq nazorat ostida ishlatiladi. Ularning kishi organizmi uchun zaharli dozasi 0,1 bo'lib, 0,2 g o'limga olib kelishi mumkin, ammo kashandalar uchun esa bu ko'rsatkich yuqori ham bo'lishi mumkin. Morfinni zaharlash miqdori ichilganda yoki ukol orqali kiritilganda kishida koma holat paydo bo'lib, bunda bemorning ko'z qorachiq-lari bir muncha kengayadi, yorug'likka reaksiyasi pasayadi, terilari qizaradi, mushaklari taranglashadi, nafas olishi qiyinlashadi. Og'ir holatlarda nafas olishi to'xtab ham qoladi, tomir urushi sekinlashadi va kollaps paydo bo'ladi.

Zaharlanish yuz berish bilan albatta oshqozon kaliy permanganat eritmasi bilan (1:1000) yuviladi. Ichni haydash uchun turli surgilar beriladi. Morfinga qarshi antidot nalorfin (antorfin) dan vena ichiga 0,5% eritmasida 8 ml yuboriladi. Agar nalorfin bo'lmasa teri ostiga atropin (1 ml 0,1% eritmasi) yuboriladi.

SIMPTOMATIK DAVOLASH

Zaharli moddalarning qaysi a'zo va tizimlarni zaharlanishiga ko'ra — davolash tadbirlari o'tkaziladi.

Ruhiiy — asab tizimining zaharlanishi sindromida bemorni komatoz holatdan chiqarish uchun zamonaviy trankvilizatorlar va neyroleptik preparatlar (aminazin, galoperidol, viodril, GOMK

va boshqalar) ishlatiladi. Tirishish sindromidan chiqarish zarur. Avvalo nafas yo'lining o'tkazuvchanligini tiklash va vena ichiga 0,5% diazepam (seduksen) eritmasidan 2—4 ml kiritiladi.

Nafas olishning buzilishiga kuchli so'lak ajralish holatida 1 ml 0,1% atropin eritmasini teri ostiga yuboriladi. Agar asfiksiya yuqori nafas yo'li halqumni berkitib qo'yishi va uning shishishi tufayli paydo bo'lsa, bunday holatda tezlik bilan traxeostomiya quyiladi.

Zaharli o'pka shishida glyukokortikoidlar: prednizolon 30 mg, 20 mg, 5% glyukoza bilan vena ichiga va mushak orasiga antibiotiklar qilinadi. Dimedrol, efedrin, novokain preparatlari ingolyatsiya yo'li bilan beriladi. Degidratatsion davo qilish uchun vena ichiga mochevina (100—150 ml) yoki furosemid (40—60 mg) 40% glyukoza bilan yuboriladi.

Yurak tomir tizimining faol infuzion davolash yo'li tufayli ekzotoksik shokning oldi olinadi. Buning uchun poliglyukin, gemodez, plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklar yuborish zarur, prednizolon 60—100 mg, kofein 2 ml 10% eritmasi, kordiamin 2 ml, vitamin B (3 ml 5% eritmasi) va glyukoza kabilar yuboriladi.

Zaharli hepatopatiyada shoshilinch yordam uchun vitaminlar: Vitamin B₆ (2 ml 5% li eritmasi), nikotinamid 1000 mg/kg, sianokobolamin (yoki vitamin B₁₂) mushak orasiga yuboriladi. Bundan tashqari 1% li glyutamin kislotadan 20—40 ml, lipoid kislotadan 40 ml, 5 unitol eritmasidan va 20 kokarboksilaza 200 mg vena ichiga yuborish, hamda tomchilab 750 ml dan sutkasiga ikki marta 10% li glyukoza va 16—20 TB insulin bilan yuborish ham yaxshi natija beradi.

KO'PROQ UCHRAB TURADIGAN ZAHARLANISHLARDA REANIMATSIYA TADBIRLARI

Kislotalar (sirka, nitrat xlorid) bilan zaharlanish

Kislotalar kuydiruvchi ta'sir etishi tufayli kimyoviy kuyish jarayonlari paydo bo'ladi. Bundan og'iz bo'shlig'i, yuqori nafas yo'llari, qizilo'ngach va oshqozon shilliq qavatlarida nekrozlar yuzaga keladi.

Klinikasi: Konsentratsiyali kislotalardan 50—80 ml organizmga tushishi o'lim bilan tugaydi. Kislota bilan kuyib zaharlanganda quyidagi klinik darajalar farq qilinadi:

1. Shok bosqichi;
2. Toksemiya (2—3 sutkada);

3. Infeksiya tushishi asorati (1—2 haftada);

4. Stenoz darajasi va kuyish stenoz rivojlanadi.

Yutunganda epigastal sohasida kuchli og'riq, qon aralash qusish, so'lak oqish kabilar paydo bo'ladi. Sirka kislota bilan zaharlanganda critrotsitlarning yemirilishi yuzaga kelib (gemoliz), siydik rangi qizil bo'lib qoladi. Yutqunning shishi tufayli mexanik asfiksiya paydo bo'ladi. Diurez kamaygan, qon aylanishi buzilgan, jigarni paypaslaganda og'riqli va kattalashishi aniqlanadi.

Toksemiya darajasida harorat ko'tariladi, ruhiy qo'zg'alishlar bilan birga yiringli flebitlar, zotiljam yiringli traxeo-bronxit asoratlari rivojlanadi.

Davolash: Dastlab shokka qarshi tadbirlar o'tkaziladi. Qizilo'ngach va oshqozondan qon oqishini to'xtatish uchun oshqozonni zond yordamida yuvish zarur. Qizilo'ngachning chandiqli stenozining oldini olish uchun antibiotiklar, kortikosteroidlar (AKTG 40 TB yoki gidrokartizon 125 mg 2—3 hafta davomida) beriladi, hamda bug'li ingolyatsiya qilinadi.

Toksemiya darajasida faol gidrotatsiya qilish uchun 5% glyukoza, 0,85% natriy xlor eritmasi (3 l gacha) va vitamin B guruhlaridan yuboriladi. Gemoliz yuz berganida 3 l dan 7—8 l gacha qonni almashlab quyish mumkin. Qon almashilgandan keyin buyrak yetishmovchiligining oldini olish uchun vena ichiga 20% manitoldan 200—250 mg, 2,4% eufillindan 10 ml vena ichiga yuboriladi. Bundan tashqari 4% li natriy gidrokarbonatdan 100—150 ml vena ichiga tomchilab yuboriladi.

ISHQORLAR BILAN ZAHARLANISH

Ko'pincha odam novshadil spirti, ohak suvi va 15% natriy ishqori yoki kaustik soda ichib qo'yganda ham zaharlanish rivojlanadi. Bularning ta'sirida mahalliy o'zgarishlar, ya'ni to'qimada chuqur nekrozlar paydo bo'ladi.

Klinikasi: Dastlab yutqunda va ovoz paylarida shishlar paydo bo'ladi va asfiksiya rivojlanadi. Qizilo'ngach va oshqozonda kuygan shilliq qavatlarining ajralishi tufayli qon oqish yuzaga keladi. Qon qusish tufayli o'tkir kamqonlik paydo bo'ladi. Kuyishdan keyin jarohatlangan qon tomirlaridan qon oqishining batamom to'xtashi ham qiyin bo'ladi. Tashxis qo'yish uchun klinik belgilar bilan birga qondagi gemoliz, gemoglobin, bilirubin, kislota va ishqor muvozanati kabilar ham tahlil qilib aniqlaniladi.

Davolash: Yo'qotilgan qon o'rnini to'ldirish lozim. Qon to'xtatuvchi dorilar: kalsiy xlor, vikalol, jelatina, epsilon-amino-

kapron kislotasi kabilar yuboriladi. Agar qon konservativ usulida to'xtatilmasa, jarrohlik usuli qo'llaniladi. Konservativ davolash tadbirlari quyidagi tartibda o'tkaziladi:

1. Zond orqali oshqozonni yuvish;
2. Shokning oldini olish uchun 1—2 ml 1% li morfin va 1 ml 0,1% atropin eritmalari teri ostiga yoki vena ichiga yuboriladi;
3. Metabolik atsidozning oldini olish;
4. Yurak preparatlaridan yuborish;
5. Qon oqish sindromida kalsiy xlor, epsilon-amino-kapron kislotasi, qon quyish, vikasol va qorin devoriga sovuq qo'yish qo'llaniladi;
6. Gipoksiyaga qarshi kurashish uchun kislorod berish;
7. Toksemyaga qarshi kurashish, qon zardobi albumin, glyukoza, insulin bilan 5% li askorbin kislota, vitamin B₁, jigar preparatlari yuboriladi;
8. Gormonlar: prednizolon va gidrokartizon yuboriladi;
9. Diuretiklar: manitol, laziks va furasemid yuboriladi;
10. Antibiotiklar qilinadi.

Ishqor bilan zaharlanganda ko'p miqdordagi suv yoki 2—3% li limon kislota eritmasi bilan oshqozon yuviladi. Oshqozonga zond kiritiladi, qizilo'ngach devoriga nekroz bo'lishini nazarda tutgan holda zondni ehtiyotlik bilan kiritish lozim.

Qon aylanishining buzilishiga davo choralarini qo'llash uchun doimiy vena ichiga zarur dorilarni kiritish uchun venaseksiya yoki o'mrov osti venasiga kateter qo'yiladi.

Zaharlanishning 3—6 kunlarida qizilo'ngach yoki oshqozonda teshilish (perforatsiya)lar uchrashishi ham mumkin. Ishqor bilan zaharlangan bemorlar 7—10 kun davomida shifoxonada yotishi zarur. Bu bilan bo'lajak asoratlarni (mediastinit, peritonit) oldini olish imkoniyati yaratiladi.

Halqum atrofidagi shish tufayli ovqatlanganda o'qchish paydo bo'ladi. Bu esa o'pkaning yallig'lanishiga olib keladi. Qizilo'ngach shilliq qavatlarining kuyishi tufayli zond bilan ovqatlantirish ham qiyin bo'lgani uchun oshqozonga gastrostoma qo'yishi kerak bo'ladi. Traxeyaga qo'yilgan traxeostomiya konyulasini diqqat bilan kuzatib borish zarur.

DORI-DARMONLARDAN ZAHARLANISH

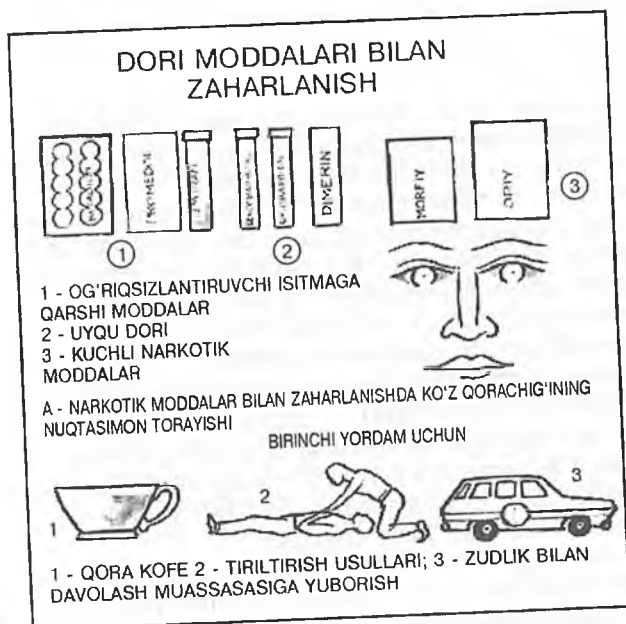
Turli dori-darmonlar bilan zaharlanishlar ko'pincha bolalarda uchrab turadi. Kattalarda esa dori moddalarni noto'g'ri qabul qilish tufayli sodir bo'ladi.

Barbituratlar bilan zaharlanish. Bunday holat barbamil, barbital (veronal), geksonal, tiopental-natriy, fenobarbital (lyuminal), etaminal-natriy (nembital), barotalom kabilarni ortiqcha dozada qabul qilishdan so'ng ro'yobga chiqadi. Bu dori preparatlari eng kuchli zaharlovchilar hisoblanadi. Bularni gavda og'irligiga 1 kg 0,1—0,2 miqdorda qabul qilinsa, o'limga olib keladi. (94-95-rasmlar).

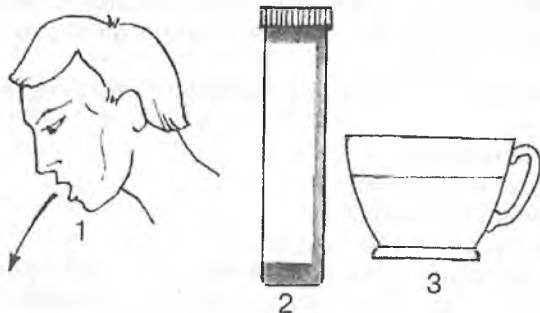
Klinikasi: Barbituratlar bilan zaharlanishning 4 bosqichi mavjud:

1. Uxlab qolish;
2. Yengil koma holat;
3. Chuqur koma holat;
4. Komadan keyingi bosqich.

Barbituratlar markaziy asab tizimini yoki nafas olishini so'ndiruvchi ta'siri tufayli uyqu bosqichida bemorda beparvolik, uyqu bosish, noaniq so'zlash, kuchli so'lak ajralishi kuzatiladi. Bemor og'riqni va har qanday tovushni sezib turadi, dastlab nafas olish va qon aylanish buzilmaydi. Ko'z qorachiqalari bir xil toraygan, yorug'likka reaksiyasi saqlangan. Yuzaki koma bosqichida ko'z



BIRINCHI YORDAMNI TASHKIL QILISH



1 - QUSTIRISH; 2 - AKTIVLANGAN KO'MIR;
3 - SUT

95-расм.

olmalari «suzib» turadi, reflekslar saqlangan, nafas olish tez va yuzaki, arterial bosimi pasaygan, taxikardiya paydo bo'ladi. To'liq yoki chuqur koma holatida reflekslar yo'qolgan, o'pkada nafas olish pasaygan, hatto to'xtashi mumkin. Arterial bosim tushib ketgan, o'pka shishi, haroratining pasayishi kuzatiladi. Koma holati bir necha sutka davom etishi mumkin va o'z-o'zidan dori-darmonsiz ham uyg'onishi mumkin. Komadan keyingi holatda harakat muvozanatining buzilishi kuzatiladi, ya'ni harakat beso'naqay bo'ladi. Emotsional beqarorlik va ruhiy tushkunlik kuzatiladi.

Davolash: Barbituratlar bilan zaharlanganda zudlik bilan nafas yo'lining o'tkazuvchanligini ta'minlash uchun traxeiyadagi shilliqni so'rib olish, laringospazmda intubatsiya yoki traxeostomiya qo'yish zarur. So'ngra oshqozon zond orqali yuviladi. Buning uchun iliq suv yoki kaliy permanganatning (1:1000) yoki 2—7% natriy gidrokarbonat eritmalari bilan chayiladi.

Uyqu va yengil koma holatida diurezni stimulyatsiya qilish uchun har 2 soat orasida 10 ml bemegrid yuboriladi. Shu tariqa qolgan zaharli moddalarni buyrak orqali ajralishini ta'minlash uchun monitol va mochevina ham keng qo'llaniladi. So'ngra

gemodializ va pertonanal dializlar qilinadi. Bemorga kislorod beriladi, vena ichiga glyukoza insulin bilan, ATF, kokarboksilaza, vitaminlar C, B₁, kalsiy xlor, 30% natriy tiosulfat va efedrin eritmalari yuboriladi. So'ngra analeptiklar 2 ml 20% kofein, 3 ml 10% korazol, 10 ml 0,5% bemegrid va 2—4 ml kordiamin eritmalari sekinlik bilan vena ichiga yuboriladi. Davolash jarayonida o'pka yetishmovchiligi, suv-elektrolit buzilish va yurak-tomir yetishmovchiligiga qarshi kurashish tadbirlari ko'riladi.

FOSFOR VA ORGANIK MODDALARDAN ZAHARLANISH

Fosfordan tayyorlangan harbiy zaharli moddalardan (tabun, zarin, zamon) tashqari qishloq xo'jaligida hashoratlarga qarshi ishlatiladigan fosfor organik birikmalar: metafos, tiofos, karbofos, xlorofos, dixlofos va boshqalardan ham zaharlanishlar sodir bo'ladi.

Bu moddalar nafas yo'li, oshqozon-ichak tizimi orqali shilliq qavatlar va teri orqali tushib zaharlanishni yuzaga keltiradi. Organizmga tushgan insektsidlarning dastlabki ta'siri 30—60 daqiqadan so'ng sezila boshlaydi. Bu moddalar buyrak orqali va oshqozon ichak yo'li bilan ajraladi. Fosfor organik moddalar organizmga 0,4—2 miqdorida kirsam, o'lim bilan tutashi mumkin.

Klinikasi: Zaharlanish uchta darajadan iborat — yengil, o'rta va og'ir darajalar.

1-daraja — yengil darajasida dastlab mioz, shilliq qavatlar giperemiyasi, kuchli bo'lmagan qo'zg'alish paydo bo'ladi. Ba'zan rivojlanishi fosfor organik moddalar bilan zaharlanishning yagona belgisi hisoblanadi.

Zaharli modda nafas orqali kirganda nafas tiqilishi, bo'g'ilish, ko'krakda siqilish va to'sh orqasida og'riq, yo'tal kabi belgilar paydo bo'ladi. Asab tizimiga ta'siri tufayli bemorda vaqt va muvozanatdagi ta'sirotlar buziladi. Fosfor organik moddalar bilan zaharlanishning asosiy belgilaridan so'lak va shilliq ajralishning ko'payishidir. Burun va bronxlardan suyuqlikning ko'p ajralishi tufayli nafas olish faoliyati buziladi.

Yurak qon tomir tizimida taxikardiya paydo bo'ladi. Yengil darajadagi zaharlanishda quyidagi ko'rinishlar namoyon bo'ladi:

— miotik shaklida ko'rish sezgilarining buzilishi

— o'pka shaklida nafas olishning buzilishi

— nevroitik shaklida asab va ruhiy qobiliyatlarning buzilishi

— me'da-ichak shaklida esa qorin bo'shlig'idagi og'riq bilan kechadi.

2-daraja — oʻrta darajasi bronxospazm, keskin nafas olishning buzilishi, kuchli salivatsiya (soʻlak oqishi) va bronxoreya (bronx shilliqlarining ajralishining koʻpayishi) kabi belgilarning rivojlanishi bilan kechadi.

Koʻrish sezgilari yana ham chuqurroq buziladi. Koʻz shilliq qavaqtlari shishib ogʻriq kuchayadi.

Bemorda oʻlim vahimasi paydo boʻladi. Harakat muvozanati buziladi. Mushaklarda tortishish va tirishlar paydo boʻla boshlaydi. Ogʻizdan koʻp soʻlak ajrala boshlaydi. Shu payt ayrim yuz mushaklarida tortishishlar paydo boʻladi. Nafas olish shovqinli, tez va havo chiqarish qiyinlashadi. Oʻpkada quticha tovushi va har xil xirillashlar eshitiladi.

3-daraja — ogʻir darajada organizmga koʻp miqdorda fosfor organik moddalar tushishi bilan rivojlanadi.

Mushaklar tirishishi va fibrilyatsiyasi kuchayadi va klonik-tonik tirishishlar paydo boʻladi. Tirishish bilan kechayotgan zaharlanishlar odatda oʻlim bilan tugaydi. Bunday holatda bronxospazm va tirishishlar baʼzan bir necha soat davom etishi mumkin.

Tinch holatda esa kuchli nafas siqilishi, nafas olishning tezlashuvi kuzatiladi.

Birinci yordam: Zudlik bilan bemorning oshqozoni yuviladi, organizmda xolinestrazaning miqdorini va ularning faolligini oshirish maqsadida 2-PAM xlorid eritmasidan sutkasiga 2—4 miqdorda mushak orasiga yuboriladi. Shu bilan birga bemorga 0,1% atropin eritmasidan dastlab 5–10 ml yuboriladi. Sutka davomida 50—100 ml gacha 0,1% atropin eritmasi yuborish mumkin. Shu bilan shilliq qavatlardan suyuqlik ajralishi, terlash va balgʻamning koʻp toʻplanishining oldini olish imkoniyati yaratiladi.

Nafas yoʻllarining oʻtkazuvchanligi, u yerda balgʻam va suyuqliklarni bir necha marta soʻrib olish bilan amalga oshiriladi. Bu tadbirlar traxeostomik naycha orqali yoki intubatsiya qilish bilan yoki apparat orqali bajariladi. Bemorda tirishish holatlari paydo boʻlsa, 10 ml 25% magneziiy sulfat va 1—2 ml 2,5% aminozin eritmalaridan mushak orasiga yuboriladi. Bemor kollaps va koma holatda boʻlgan taqdirda maxsus antidotlar bilan davolanadi va bu antidotlar tibbiyot muassasalarida boʻlishi shart.

TESTLAR

Xirurgiya tarixi va jarrohlik infeksiyalarini profilaktika qilish

1. Bizning eramizgacha V asrda yunonistonlik qaysi vrach xirurgiya tarixi va jarrohlik infeksiyasini profilaktika qilishga asos soldi?

- a) Sels.
- b) Galen.
- v) Gippokrat.
- g) Gomer.
- d) Ambruaz Pare.

2. Eramizning II asrida yashagan Galen xirurgiyada nimalarga asos soldi?

- a) Qovuqdan tosh olish. Kotaraktani olib tashlash operatsiyasiga.
- b) Qon tomirni burash yo'li bilan qon to'xtatishni, chok solishda ipakni qo'llashni, tirtiq labni operatsiya qilib davolashni.
- v) O'q tekkan jarohatlar to'g'risida ta'limot yaratdi.
- g) Bosh suyagini trepanatsiya qilishga.
- d) Qorin bo'shlig'ini operatsiya qilishga.

3. Buxorodan chiqqan ulug' olim Abu Ali ibn Sino xirurgiya rivojiga qanday asos soldi?

- a) Yiringli jarohatlarni davolash.
- b) Gipsni kashf qildi.
- v) Singan suyaklarni davolash, giyohlar ta'sirida buyrak tosh kasalligini davolash.
- g) Amputatsiya texnikasini takomillashtirdi.
- d) Ko'z kasalliklarini davoladi.

4. Qon gruppalari va qon quyishni ilmiy ravishda asoslagan olimlar kimlar?

- a) Landshteyner va Yanskiy.
- b) Paster va Lister.

- v) Paratsels va Moss.
- g) Vezoliy va Garve.
- d) Paster va Yanskiy.

5. Rossiyada xirurgiya faniga asos solgan olim kim?

- a) Buyalskiy.
- b) N.I.Pirogov.
- v) N.V.Sklifosovskiy.
- g) S.P.Fedorov.
- d) N.N.Burdenko.

6. Xirurgiyada buyrak, siydik tanosil a'zolari, jigar, o't-tosh kasalliklarining operatsiyasini takomillashtirgan olim kim?

- a) N.N.Burdenko.
- b) S.P.Fedorov.
- v) S.I.Spasokukotskiy.
- g) N.I.Pirogov.
- d) F.G.Uglov.

7. Xirurgiyada jarohlarni davolash, shok, neyroxirurgiya masalalarini ishlab chiqqan olim kim?

- a) N.N.Burdenko.
- b) S.S.Yudin.
- v) N.N.Petrov.
- g) P.A.Gersen.
- d) A.V.Vishnevskiy.

8. Rossiyada birinchi yurak va yirik qon tomirlar xirurgiyasining asoschisi, tibbiyot akademiyasining prezidenti kim?

- a) A .A.Vishnevskiy.
- b) A.G.Sovini.
- v) A.N.Bakulev.
- g) N.N.Bloxin.
- d) F.G.Uglov

9. A.A. Vishnevskiy qanday usullarni qo'llab xirurgiyaga asos soldi?

- a) Mahaliy og'riqsizlantirish va moyli balzamlı bog'lamni.
- b) O'pka operatsiyalarini takomillashtirishni.
- v) Gipsli bog'lamni birinchi qo'lladi.
- g) Ko'ks oralg'i va qizilo'ngach operatsiyalarini takomillashtirdi.
- d) Kardioxirurgiyaga asos soldi.

10. Rossiyada onkologik xirurgiyaning asoschisi kim?

- a) B.V.Petrovskiy
- b) N.N.Bloxin.
- v) L.K.Bogush.
- g) I.S.Kolesnikov.
- d) N.N.Petrov.

11. Xirurgiya deontologiyasining asoschisi kim va uning qoidalari-ni kim yozib qoldirdi?

- a) N.N.Petrov.
- b) F.G.Uglov.
- v) N.I.Pirogov.
- g) I. S.Kolesnikov.
- d) S.P.Fedorov.

12. O'zbekistonda xirurgiyaga birinchi asos solgan olim kim?

- a) P.F.Borovskiy.
- b) I.I.Orlov.
- v) S.A.Ma'sumov.
- g) L.D.Vasilenko.
- d) G.A.Ilin.

13. O'zbekistonda kardioxirurgiyaga asos solgan olim kim?

- a) V.A.Vohidov.
- b) G.N.Aleksandrov.
- v) S.A.Ma'sumov.
- g) U.O.Oripov.
- d) Sh.I.Karimov.

14. O'zbekistonda xirurgiyaga asos solgan o'zbek olimi kim?

- a) S.A.Ma'sumov.
- b) V.A.Vohidov.
- v) U.O.Oripov.
- g) Sh.I.Karimov.
- d) R.Y.Omirov.

15. O'zbekistonda qachon va kim tomonidan qon quyish markazi tashkil qilingan?

- a) 1933y. V.K.Yasevich.
- b) 1930y. N.M.Shomatov.
- v) 1952y. P.F.Borovskiy.

- g) 1925y. I.I.Orlov.
- d) 1941y. V.K.Yasevich.

16. O'zbekistonda tomirlar xirurgiyasini rivojlantirib, buyrakni ko'chirib o'tkazish operatsiyasini kim bajargan?

- a) U.O.Oripov.
- b) N.P.Pak.
- v) S.U.Jumaboyev.
- g) S.M.A'zamxo'jayev.
- d) M.P.Postnikov.

17. O'zbekistonda birinchi jarroh ayol kim?

- a) M.A.Ashrapova.
- b) Z.Umidova.
- v) M.S.Tursunxo'jayeva.
- g) M. P. Postnikova.
- d) A.B.Yunusova.

18. Antiseptikaning birinchi asoschisi kim va qo'lni yuvishda nimani qo'llagan?

- a) I.Zimmelveys xlorli ohakni.
- b) D.Lister karbol kislotasini.
- v) I.I.Bursov karbol kislotasini.
- g) K.K.Reyeyer xloraminni.
- d) N.V.Sklifosovskiy karbol kislotasini.

19. Aseptika deb nimaga aytiladi?

- a) Jarohatga tushgan mikrobnii yo'qotish va sonini kamaytirishga qaratilgan tadbirlar.
- b) Jarohatga tashqaridan mikroblarni tushirmaslik.
- v) Jarohatga tushgan mikrobnii o'ldirish.
- g) Operatsiya jarohatiga mikroblarni tushirmaslik tadbirlari.
- d) Mikrob va uning sporalarni yo'qotish usullari.

20. Antiseptika necha xil usulda olib boriladi?

- a) 4 xil.
- b) 3 xil.
- v) 2 xil.
- g) 5 xil.
- d) 6 xil.

21. Maxsus zardoblar vaktsina va antibiotiklar bemorlarning himoya kuchlarini oshirish antiseptikaning qaysi usuliga kiradi?

- a) Biologik.
- b) Kimyoviy.
- v) Mexanik.
- g) Termik.
- d) Fizikaviy.

22. Jarohat atrofidagi o'lgan to'qimalarni kesib olib tashlash usuli antiseptikaning qaysi turiga kiradi?

- a) Mexanik.
- b) Fizik.
- v) Kimyoviy.
- g) Biologik.
- d) Termik.

23. Oksidlovchi kimyoviy antiseptikalarga qaysilar kiradi?

- a) Vodород peroksidi, kaliy permanganat.
- b) Vodород peroksidi, kumush nitrat.
- v) Sulema, xloramin.
- g) Yod, brilliánt ko'ki.
- d) Formaldegid, furodonin.

24. Qaysi javoblarda gallogen saqllovchi antiseptik moddalar to'g'ri belgilangan?

1) Xloramin. 2) Sulema. 3) Yod. 4) Spirt. 5) Xlorogeksidin. 6.) Vodородperoksidi. 7) Lyugol. 8) Kaliy permanganat.

- a) 1, 3, 5, 7.
- b) 3, 2, 6, 8.
- v) 5, 6, 8, 1.
- g) 1, 8, 5, 4.
- d) 8, 6, 2, 3.

25. Og'ir metall tuzlarga qaysilar kiradi?

- a) Simob dixlorid, simob (II) sionid, kumush nitrat, kollorgol, rux sulfat.
- b) Simob dixlorid, spirt, xlorogeksidin, diotsid.
- v) Yod, yodonat, diotsit, sulema.
- g) Xloramin, xlorotsid, sulema, kumush nitrat.
- d) Rux sulfat, kollorgol, yod, xlorogeksidin.

26. Infeksiya tushgan jarohatdan ajralayotgan suyuqlikning chiqib ketishi uchun jarohatga drenaj qo'yish antiseptikaning qaysi turiga xos?

- a) Fizik.
- b) Kimyoviy.
- v) Mexanik.
- g) Biologik.
- d) Aralash.

27. Jarohatni ultrabinafsha nuri bilan davolash antiseptikaning qaysi turiga kiradi?

- a) Fizik.
- b) Kimyoviy.
- v) Biologik.
- g) Mexanik.
- d) Aralash.

28. Shimish xususiyatini oshirish uchun drenaj (tomponni) nima bilan ho'llanadi?

- a) Osh'tuzining 10% li gipertonik eritmasi bilan.
- b) Furatsilin eritmasi bilan.
- v) Vodород peroksidining 3% li eritmasi bilan.
- g) 96% li spirt bilan.
- d) 2% li kaliy permanganat eritmasi bilan.

29. Quyidagi moddalarni qaysi biri biologik antiseptikaga mansub ekanligini ko'rsating.

1) Antibiotiklar. 2) 96% li spirt. 3) Sulfanilamidlap. 4) Enzimlar. 5) Og'ir metall tuzlari. 6) Zardoblar 7) Fenollar. 8) Aldegidlar.

- a) 1, 4, 6
- b) 2, 4, 8.
- v) 8, 7, 1.
- g) 3, 5, 4.
- d) 7, 5, 1.

30. Qaysi antiseptiklar bo'yovchilarga mansub?

1) Metilen ko'ki. 2) 3% li vodorod peroksidi. 3) 1:500 nisbatli rivanol. 4) 1% li brilliant yashili. 5) 1:100 nisbatli kaliy permanganat.

- a) 1, 3, 4.
- b) 1, 5, 4.
- v) 2, 4, 5.

- g) 3, 5, 4.
- d) 3, 2, 5.

31. Quyidagi antiseptiklarning qaysi biri og'ir metall tuzlariga mansub emas?

- a) Protorgol.
- b) Kollorgol.
- v) Qo'rg'oshin suvi.
- g) Sulema.
- d) Xloramin.

32. Qaysi antiseptiklar sulfanilamidlarga mansub?

- a) Streptotsid.
- b) Penitsillin.
- v) Furodonin.
- g) Levomitsitin.
- d) Xloramin.

33. Rezina qo'lqop, asboblari va boshqa rezina buyumlarni dezinfeksiya qilish uchun qaysi antiseptik qo'llaniladi?

- a) Rivanol.
- b) Protorgol.
- v) Furatsillin.
- g) Formalin.
- d) Sulema.

34. Qaysi chok materiallari so'rilib ketish xususiyatiga ega?

- a) Ketgut.
- b) Ipak.
- v) Soch tolasi.
- g) Kapron.
- d) Lovsan.

35. Antibiotiklarni yuborishdan oldin qanday sinama qo'yiladi?

- a) Teri orasiga.
- b) Teri ostiga.
- v) Mushak orasiga.
- g) Vena tomiriga.
- d) Arteriya tomiri ichiga.

36. Zardoblarni yuborishdan oldin qanday sinama qo'yiladi?

- a) Bezredko sinamasi.
- b) Iskandarov sinamasi.
- v) Teri ostiga.
- g) Vena ichiga.
- d) Arteriya ichiga.

37. Qaysi antiseptik modda jarohatga va yiringli bo'shliqqa nekrolitik ta'sir qilib, uni yiring va o'lik to'qimadan tez tozalaydi?

- a) Furatsillin
- b) 3% li vodorod peroksid eritmasi.
- v) Formalin.
- g) Tripsin.
- d) Sulema.

38. Bog'lov materiallari qanday xususiyatga ega bo'lishi kerak?

- a) Uzoq quriydigan.
- b) Yaxshi shimuvchi.
- v) Elastik bo'lmagan.
- g) Qiyin sterillaniladigan.
- d) Gigroskopik bo'lmagan.

39. Avtoklavda 2-atmosfera bosimi bilan bog'lov materiallari qancha vaqt sterillaniladi?

- a) 30 daqiqa.
- b) 45 daqiqa.
- v) 60 daqiqa.
- g) 90 daqiqa.
- d) 20 daqiqa.

40. Optik asboblarni qaysi usul bilan sterillaniladi?

- a) Formalin bug'i bilan 48 soat davomida.
- b) 45 daqiqa davomida qaynatish.
- v) 1,5 atmosfera bosimida 45 daqiqa davomida.
- g) Okulyari bilan birga 96C li spirtga 10 daqiqa solish.
- d) 1 atmosfera bosimida 20 daqiqa davomida.

41. Sterillangandan so'ng ipakni nimada saqlash kerak?

- a) 1:1000 nisbatli sulema eritmasida.
- b) 1:1000 nisbatli diotsid eritmasida.

- v) Efirda.
- g) 96% li spirtida.
- d) 0,5% li novashadil spirti eritmasida.

42. Ipakni sterillash uchun eng ko'p ishlatiladigan usulni ko'rsating.

- a) 1:1000 nisbatli sulema eritmasida.
- b) 1:5000 nisbatli diotsid eritmasida.
- v) 2 atmosfera bosimli avtoklavda 10 daqiqa davomida.
- g) Ultratovush bilan sterillash.
- d) Koxer usulida.

43. Ketgut qaysi usulda ko'proq sterilizatsiya qilinadi?

- a) Sitkovskiy usulida.
- b) Koxer usulida.
- v) Qaynatish usulida.
- g) Malaxit yashilida sterillash.
- d) Gubarev usuli bilan.

44. Avtoklavda bog'lov materiallari va asboblari qancha bosim va vaqtda sterillanadi?

- a) 1, 1,5, 2 atmosfera bosimida.
1 soat, 45 va 30 daqiqa davomida.
- b) 1 atmosfera bosimida 2 soat.
- v) 0,5, 2,3 atmosfera bosimda
1, 2 soat davomida.
- g) 2, 2,5 atmosfera bosimda.
10 daqiqa davomida.
- d) 1, 2, 3 atmosfera bosimda.
1,2 soat davomida.

45. Antibiotiklarni qo'llashni eng ko'p tarqalgan usulini ko'rsating?

- a) Mushak orasiga.
- b) Arteriya tomiri ichiga.
- v) Vena ichiga.
- g) Suyak ichiga.
- d) Endotraxeal.

46. Qaysi usulda jarroh qo'llarini 0,5% li novshadil spirti solingan 2 ta idishda yuvadi?

- a) Alfeld usulida.
- b) Bruno usulida.
- v) Zabludovskiy usulida.
- g) Spasokukotskiy-Kochergin usulida.
- d) Fyurbringer usulida.

47. Operatsiya maydoniga ishlov berishda qaysi antiseptik ishlatilmaydi?

- a) Formalin.
- b) Yodning 3% li spirtli eritmasi.
- v) Yodonat.
- g) Yodopiron.
- d) Xlorgeksidin.

48. Qaysi moddaning suyuqlanishi avtoklavda hapopatni 110—120°C bo'lganligini tasdiqlaydi?

- a) Oltinugurt poroshogi.
- b) Simob.
- v) Kumush.
- g) Xloramin.
- d) Formalin.

49. Operatsiya maydonini Bakkol usulida tozalash uchun qaysi antiseptik modda qo'llaniladi?

- a) Brilliant ko'kning spirtidagi eritmasi.
- b) Yodonat.
- v) Yodning spirtidagi eritmasi.
- g) Xlorgeksidin.
- d) Spirtning 96°li eritmasi.

50. Operatsiya maydoniga qaysi usulda ishlov beriladi?

- a) Filonchikov-Grossix usulida.
- b) Bruno usulida.
- v) Spasokukotskiy-Kochergin usulida.
- g) Alfeld usulida.
- d) Zabludovskiy usulida.

51. Avtoklavda sterillangan asbob va bog'lov materiallarining sterilligi qanday tekshiriladi?

- a) Mikulich usulida.
- b) Bakteriologik usulda.
- v) Alfeld usulida.
- g) Bakkol usulida.
- d) Filonchikov usulida.

52. Qaysi preparat mahalliy qo'llanilganda anaerob infeksiyaga qarshi kuchli ta'sir qiladi?

- a) Streptotsid.
- b) Metilen ko'ki.
- v) Sulema.
- g) Yod.
- d) Vodorod peroksidi.

53. Quyidagi antibiotiklarning qaysi biri uzoq muddat ta'sir qiladi?

- a) Tetrotsiklin.
- b) Streptomitsin.
- v) Levomitsitin.
- g) Bitsillin.
- d) Penitsillin.

54. Qaysi antibiotik uzoq muddat qo'llanganda quloq eshitmasligi paydo bo'ladi?

- a) Penitsilin.
- b) Linkomitsin.
- v) Sefomezin.
- g) Kefzol.
- d) Streptomitsin.

Og'riqsizlantirish

55. Qadimgi Misr, Xitoy, Afmada, Rimda og'riqsizlantirish uchun nimalar qo'llanilgan?

- a) Efir.
- b) Ftrotan.
- v) Xloretil.
- g) Mandragora.
- d) Etilen.

56. Amputatsiya qilishda Abu Ali ibn Sino, Napoleon armiyasining jarrohlari Larrey, Martonlar og'rsizlantirish maqsadida nimalarni qo'llashgan?

- a) Azot oksidi.
- b) Xloroform.
- v) Siklopropan.
- g) Sovuq bilan (muzlatib).
- d) Novokain.

57. Qaysi olim, nechanchi yilda azot odksidini topgan?

- a) 1848 yil N.I.Pirogov.
- b) 1946 yil Marton.
- v) 1945 yil Jekson.
- g) 1844 yil G.Uels.
- d) 1847 yil V.N.Karavoyev.

58. Mahalliy anesteziyaning asoschisi kim?

- a) N.I.Pirogov
- b) N.N.Kravkov.
- v) A.V.Vishnevskiy.
- g) V.K.Anrep.
- d) A.I.Lukashevich.

59. Birinchi marta kim tomonidan narkoz uchun dori venaga yuborilgan?

- a) N.I.Pirogov - efir yuborgan.
- b) I.N.Petrov - xloroform yuborgan.
- v) A.V.Vishnevskiy - novokain yuborgan.
- g) V.K.Anrep - kokoin yuborgan.
- d) S.P.Fedrov - gedinol yuborgan.

60. Qaysi dori mahalliy og'riqsizlantirish uchun ko'proq qo'llaniladi?

- a) Lidokain.
- b) Dikoin.
- v) Trimikoin.
- g) Xloretil.
- d) Novokain.

61. Narkozning nechta davri farq qilinadi?

- a) 2 ta.
- b) 3 ta.

- v) 4 ta.
- g) 5 ta.
- d) 6 ta.

62. Yuza joylashgan yiringli jarohatlarni ochish uchun qanday og'riqsizlantirish qo'llaniladi?

- a) Xloretil yordamida.
- b) Qavatma-qavat infiltrativ.
- v) Opqa miya anesteziyasi.
- g) Vena ichiga anesteziya.
- d) G'ilofli anesteziya.

63. Chuqur joylashgan bo'shliqlarni ochish uchun qaysi og'riqsizlantiruvchi vosita qo'llaniladi?

- a) Geksenal.
- b) Natriy teopental.
- v) Sombrivin.
- g) Efir.
- d) Etilen.

64. Ingolyatsion narkozda narkotik moddalar qaysi yo'l bilan yuboriladi?

- a) Peridural.
- b) Mushak orasiga.
- v) Vena ichiga.
- g) Nafas olish yo'li orqali.
- d) To'g'ri ichak orqali.

65. Niqobli (maskali) ingolyatsion narkozda ko'proq qaysi turdagi niqob ishlatiladi?

- a) Shimelbush niqobi.
- b) Jiyyar niqobi.
- v) Esmarx niqobi.
- g) Ombredon-Sadovenkov niqobi.
- d) Dokani ho'llab, hidlatib narkoz berish.

66. Ingolyatsion narkoz turlari va usullari. Agar atmosfera havosi bilan narkotik modda aralashmasidan nafas olib, keyin nafasni operatsiya xonasiga chiqarsa, bunday narkoz usuli qanday nomlanadi?

- a) Yarim ochiq usul.
- b) Yarim yopiq usul.

- v) Ochiq usul.
- g) Yopiq usul.
- d) Aralash usul.

67. Agar bemor atmosfera havosidan butunlay ajratilgan narkotik modda aralashmasidan nafas olib, nafasni operatsiya xonasi atmosferasiga chiqarsa, bunday narkoz usuli qanday nomlanadi?

- a) Yarim ochiq usul.
- b) Yarim yopiq usul.
- v) Ochiq usul.
- g) Yopiq usul.
- d) Aralash usul.

68. Agar bemor atmosfera havosidan umuman ajratilgan narkotik modda aralashmasidan nafas olib, uni qisman ankröz apparati va qisman operatsiya xonasiga chiqarsa, bunday narkoz usuli qanday nomlanadi?

- a) Ochiq.
- b) Aralash.
- v) Yarim ochiq.
- g) Yarim yopiq.
- d) Yopiq.

69. Agar bemor narkoz olish paytida narkotik aralashmani narkoz apparatidan nafas olib, nafasni shu apparatga chiqarsa, bunday narkoz usuli qanday nomlanadi?

- a) Ochiq.
- b) Yopiq.
- v) Yarim ochiq.
- g) Aralash.
- d) Yarim yopiq.

70. Narkozni qaysi usulini qo'llash maqsadga muvofiq?

- a) Yopiq usuli.
- b) Ochiq usuli.
- v) Aralash usuli.
- g) Yarim yopiq usuli.
- d) Yarim ochiq usuli.

71. Narkozning qaysi usuli operatsiya xonasidagi xodimlarga ko'proq zararli?

- a) Ochiq
- b) Yopiq.

- v) Aralash.
- g) Yarim ochiq.
- d) Yarim yopiq.

72. Narkozning 1-davriga xos bo'lgan belgilarni tartib bilan aniqlang.

- 1) Taktil reflektor sezgilar saqlanadi.
- 2) Asta-sekin bemorni es-hushi yo'qola boradi.
- 3) Bemorning holati mastlik holatini eslatadi.
- 4) Og'riq sekin to'xtaydi.
- 5) Bemor savollarga javob berishda adashadi.
- 6) Bemor qo'zg'atuvchan, baqiradi.
- 7) Bemor asta-sekin tinchlanadi, uxlaydi.

- a) 1, 4, 3, 5, 2.
- b) 4, 5, 7, 6.
- v) 1, 2, 3, 4, 5.
- g) 5, 6, 7, 1.
- d) 7, 6, 5, 1.

73. Quyidagi dori vositalarning qaysi biri ingalyatsion narkoz uchun ishlatiladi?

- 1) Azot bir oksidi.
- 2) Sombrevin.
- 3) Novokain.
- 4) Kokain.
- 5) Efir.
- 6) Siklopropan.
- 7) Geksenol.
- 8) Ftorotan.

- a) 1, 5, 6, 8.
- b) 2, 4, 5, 7.
- v) 5, 4, 8, 2.
- g) 8, 4, 5, 6.
- d) 3, 4, 6, 7.

74. Quyidagi dori vositalarining qaysi biri noingalyatsion narkoz uchun qo'llaniladi?

- 1) Novokain.
- 2) Sombrevin.
- 3) Gedinol.
- 4) Xloretil.

- 5) Kollipsol.
- 6) Lidokain.
- 7) Geksinol.
- 8) Sovkain.

- a) 2, 3, 5, 7.
- b) 1, 3, 4, 5.
- v) 3, 5, 6, 8.
- g) 2, 4, 5, 8.
- d) 2, 4, 5, 7.

75. Intubatsion narkozni o'tkazish tartibini ko'rsating.

- 1) Intubatsiya.
- 2) Ekstubatsiya.
- 3) Primedikatsiya.
- 4) Kiritiladigan narkoz.
- 5) Mioreloksatsiya.
- 6) Asosiy narkoz.
- 7) Narkoz holatidan uyg'onish.

- a) 3, 4, 5, 1, 6, 2, 7.
- b) 4, 1, 6, 3, 5, 7, 2.
- v) 1, 2, 6, 4, 5, 3, 7.
- g) 6, 4, 5, 3, 7, 1, 2.
- d) 4, 5, 3, 1, 2, 6, 7.

76. Operatsiyada bemor uxlagach 10 sekunddan keyin jarohatdagi qon tomirlardan qon ketishi to'xtab, qon bosimi keskin pasayib ketdi, tomir urishi (puls) ipsimon bo'lib, ko'z qorachiqdari kengayib yurak urushi to'xtadi. Buning sababi nima?

- a) Qon ketish hali to'xtamagani.
- b) Narkotik moddani bemor ko'tara olmasligi.
- v) Narkotik moddaning me'yoridan ortiq berilgani.
- g) Narkoz qurilmasining nosozligi.
- d) Yurak falaji.

77. Narkoz berish paytida qaysi sababga ko'ra asfiksiya yuzaga keladi?

- a) Bosh miya tomirlarining trombozi.
- b) Yurak urushining to'xtashi.
- v) Og'riq shoki.
- g) Zotiljam (pnevmoniya).
- d) Bemor nafas yo'llariga qusuq tiqilishi.

78. Nafas yo'llariga, qusuq moddasi tushib, asfeksiya yuz bersa, nima qilish kerak?

- a) Spazmolitik dorilar yuborish.
- b) Qusuq modda va shilimshiqni tez so'rib olish.
- v) Silvestr usulida sun'iy nafas oldirish.
- g) «Og'izdan-og'izga» usulida sun'iy nafas oldirish.
- d) «Og'izdan-burunga» usulida sun'iy nafas oldirish.

79. Agar asfeksiya laringospazm oqibatida kelib chiqsa, nima qilish kerak?

- a) O'pkani ventilyatsiya qilish.
- b) Lobarda usulida nafas markazini qo'zg'atish.
- v) Narkotik moddani berishni to'xtatish.
- g) Traxeostoma naychasini qo'yish.
- d) Spazmolitik dorilar yuborish.

Operatsiyadan oldingi va keyingi davr

80. Operatsiya tugaganidan qaysi vaqtgacha operatsiyadan keyingi davr deb ataladi?

- a) Bemor o'rnidan turganiga qadar.
- b) Jarohatning bitgani qadar.
- v) Bemorning kasalxonadan chiqqani qadar.
- g) Bemorni mehnat faoliyatiga qaytgungacha bo'lgan davr.
- d) Bemorning haqiqiy o'limiga qadar.

81. Qaysi davr operatsiyadan oldingi davr hisoblanadi?

- a) Kasallik boshlangandan toki bemor poliklinikaga murojaat qilgunga qadar.
- b) Poliklinikadan yo'llanma berilgandan boshlab qabul bo'limiga kelgunga qadar.
- v) Qabul bo'limiga kelib bemor shifoxonaga yotqizilgandan boshlab operatsiyaga qadar.
- g) Poliklinikaga murojaat qilgandan boshlab to ope-ratsiya qilgunga qadar.

82. Qanday operatsiya bo'lishi mumkin emas?

- a) Tezkor.
- b) Tez, shoshilinch.
- v) Rejali.

- g) Diagnostik.
- d) Kriminal.

83. Bemorni rejali operatsiyaga tayyorlashga nimalar kirmaydi?

- a) Gigiyenik vanna.
- b) Operatsiya maydonidagi soch-tuklarni qirib tashlash.
- v) Tozalovchi huqna qilish.
- g) Operatsiyadan bir kun oldin bemorga uyiga bir kecha boribkelishga javob berish.
- d) O'rin-boshlarni almashtirish.

84. Operatsiya tugaganidan boshlab to qaysi vaqtgacha operatsiyadan keyingi davpning boshlang'ich fazifasi deiyiladi?

- a) Bemorni narkozdan chiqargunga qadar.
- b) Bemorni palataga o'tkazgunga qadar.
- v) Dastlabki 1—2 soatga qadar.
- g) 3—4 kunga qadar.
- d) 2—3 haftaga qadar.

85. Yotoq yara ko'pincha qaysi sohada hosil bo'ladi?

- a) Ko'krakda.
- b) Ensada.
- v) Dumg'azada, tovonda.
- g) Dumbada.
- d) Tirsakda.

86. Yotoq yaraning oldini olishda quyidagilarning qaysinisi ishlatiladi?

- a) Kamfora spirti.
- b) Furatsillin eritmasi.
- v) Iliq suv.
- g) Natriy bikarbonat eritmasi.
- d) Bolalar kremi.

87. Ayollar jinsiy a'zolarini yuvish uchun qaysi iliq eritmadan foydalaniladi?

- a) 0,5% li xloramin eritmasi.
- b) 0,1% li sulema eritmasi.
- v) 0,2% li kaliy permanganat eritmasi.
- g) 2% li natriy bikarbonat.
- d) 3% li borli kislota.

88. Tuvak va siydik yig'uvchi idishlar nima bilan dezinfeksiya qilinadi?

- a) 0,5% li xloramin eritmasi.
- b) 3% li xloramin eritmasi,
- v) 10% li lizol eritmasi.
- g) 3% li borli kislota eritmasi.
- d) 0,1% li xlorid kislota eritmasi.

89. Operatsiyadan keyin bemorni oqargan quruqlashgan tilini quyidagilardan qaysinisi bilan artiladi?

- a) 2% li natriy bikarbonat eritmasi va glitserin bilan.
- b) Borli vazelin.
- v) Glitserin.
- g) 3% li yod.
- d) 0,1% li xlorid kislota eritmasi.

90. Dumg'aza sohasida bo'ladigan yotoq yaraning oldini olish uchun qanday tadbir qilinadi?

- a) Yumshoq yostiqcha.
- b) Rezina chambar.
- v) Rezina tuvak.
- g) Qumli qopcha.
- d) Qalin qavatli paxta.

91. Yotoq yara deb shubha qilingan sohaga quyidagi dorilarning qaysinisi surtiladi?

- a) Kamfora spirti.
- b) Yog'.
- v) Brilliant ko'kning 1% li eritmasi.
- g) 10% li yod eritmasi.
- d) Glitserin.

92. Me'da operatsiyalaridan keyin ikkinchi sutkadan boshlab nechanchi parhez stoli buyuriladi?

- a) Stol № 1a.
- b) Stol № 2.
- v) Stol № 5.
- g) Stol № 1b.
- d) Stol № 15.

93. Churrani olib tashlash, appendektomiyadan keyin, oyoq venalari varikoz kengayganda operatsiyadan keyin nechanchi parhez stoli buyuriladi?

- a) Stol № 15.
- b) Stol № 1a.
- v) Stol № 2.
- g) Stol № 5.
- d) Stol № 1b.

94. Jigar, o't yo'llaridagi operatsiyalardan keyin bemorlarga ikkinchi kundan boshlab nechanchi stol buyuriladi?

- a) Stol № 5a.
- b) Stol № 1.
- v) Stol № 2.
- g) Stol № 15.
- d) Stol № 16.

95. Operatsiyadan keyingi kechki asoratlarga qaysilar kiradi?

- a) O'tkir nafas yetishmovchiligi.
- b) Zotiljam.
- v) Yurak yetishmasligi, aretmiya.
- g) Jarohatlarning yiringlab ketishi, sepsis.
- d) O'tkir buyrak yetishmovchiligi.

96. Operatsiyadan keyingi barvaqt asoratlarga qaysilar kiradi?

- a) O'tkir nafas, buyrak yetishmasligi, qon ketib qolishi.
- b) Jarohatning yiringlashi.
- v) Sepsis.
- g) Surunkali buyrak, jigar yetishmasligi.
- d) O'pka absessi, plevra empiyemasi.

97. Yuz va bo'yin sohasidan operatsiyadan keyingi jarohatdan chok nechanchi kuni olinadi?

- a) 5-kun.
- b) 7-kun.
- v) 8-kun.
- g) 10-kun.
- d) 15-kun.

98. Xavfli o'smalarni olib tashlash otseratsiyasidan keyin chok nechanchi kun olinadi?

- a) 12—14-kun
- b) 5-kun.
- v) 7-kun.
- g) 10-kun.
- d) 8-kun.

Qon oqishi va uni to'xtatish

99. Jarohatdan bosim bilan och-qizil rangda qon otilib chiqsa, qanday qon oqish bo'ladi?

- a) Arterial.
- b) Venoz.
- v) Kapillyar.
- g) Parenxematoz.
- d) Aralash.

100. Ichki a'zolar o'pka, jigar, taloq, buyrak shikastlanishi natijasida yuz bepran qon oqishlar nima deyiladi?

- a) Parenxematoz qon oqish.
- b) Arterial qon oqish.
- v) Venoz qon oqish.
- g) Kapillyar qon oqish.
- d) Aralash qon oqish.

101. Qanday irsiy kasallikda qon ivish sistemasidagi faktor yetishmaydi va ko'p qon yo'qotishga sabab bo'ladi?

- a) Gemofiliya kasalligi.
- b) Verilgof kasalligi.
- v) Sheyinlengenoxa kasalligi.
- g) Daun kasalligi.
- d) Meksidema kasalligi.

102. Qaysi omillar ko'pincha qon ketishiga sabab bo'ladi?

- a) Termik omil.
- b) Kimyoviy omil.
- v) Mexanik omil.
- g) Ruhiy omil.
- d) Fizik omil.

103. Quyidagilarning qaysinisi yashirin qon ketishiga kiradi?

- a) Kesilgan jarohatdan qon ketganda.
- b) Parenxematoz qon ketishi.
- v) O'pka kasalligida.
- g) Me'da-yara kasalligida.
- d) Gemorrodiyal qon ketishi.

104. Qon ketishiga qaysi belgilar xos?

- a) Gavda haroratining ko'tarilishi.
- b) Gemoglobin miqdorining kamayishi.
- v) Brodikardiya.
- g) Leykotsitlar miqdorining ko'payishi.
- d) Eritrotsitlar cho'kishining tezlashuvi.

105. Arterial qon ketishini vaqtincha to'xtatish uchun qaysi usul qo'llaniladi?

- a) Bosib turuvchi bog'lov.
- b) Tomirni bog'lash.
- v) Termokoagulyatsiya.
- g) Arteriya asosidan barmoq bilan bosib turish.
- d) Qon ketayotgan oyoq yoki qo'lni yuqoriga ko'tarish yo'li bilan.

106. Taqim arteriyasi shikastlanganda qon oqishini qaysi usulda vaqtinchalik to'xtatish mumkin?

- a) Bo'g'imdan maksimal bukish yo'l bilan.
- b) Siquq bog'lam qo'yish.
- v) Termokoagulyatsiya qilib.
- g) 1% li vikasoldan 3,0 yuborish bilan.
- d) Muz xaltacha qo'yish.

107. Qon to'xtatuvchi jgut qancha vaqtgacha qo'yiladi?

- a) 1,5—2 soatgacha.
- b) 1 soatgacha.
- v) 2 soatgacha.
- g) 3 soatgacha.
- d) 45 minutgacha.

108. Qon oqishni uzil-kesil to'xtatishning mexanik usuliga qaysilar kiradi?

- a) Jarohatdagi tomirni bog'lash, tomirni choklash.
- b) Sovuqni mahalliy qo'llash.

- v) Tomirni elektrokoagulyatsiya qilish.
- g) Tomirlarni toraytiruvchi dori qilish.
- d) Qon to'xtatuvchi dori yuborish.

109 Qon oqishni to'xtatishning fizikaviy usuliga qaysilar kiradi?

- a) Sovuqni mahalliy qo'llash, elektrokoagulyatsiya va issiq fiziologik eritma qo'llash.
- b) Jarohatdagi tomirni choklash.
- v) Jarohatdagi tomirni bog'lash.
- g) Qon to'xtatuvchi dori yuborish.
- d) Qon quyish.

110. Qon oqishni to'xtatishning biologik usuliga qaysilar kiradi?

- a) Gemostatik vositalarni mahalliy qo'llash, qon, antitsemofil zardobini quyish.
- b) Vodород peroksidini mahalliy qo'llash.
- v) Kalsiy xloridini quyish.
- g) Elektrokoagulyatsiya qilish.
- d) Sovuq va issiqni qo'llash.

111. Qon oqishni to'xtatishning kimyoviy usuliga qaysi kiradi?

- a) Mahalliy vodorod peroksidi bilan yuvish, vikasol, kalsiy xlor eritmasidan inyeksiya qilish.
- b) Jarohatga fibrin pilyonkasi qo'yish.
- v) Qon va plazma quyish.
- g) Qon tomirini choklash.

112. Qon to'xtatishning vaqtinchalik usullarini ayting.

- 1) Vikasol yuborish.
- 2) Jarohatga tampon qo'yish.
- 3) Siiq bog'lam qo'yish.
- 4) Termokoagulyatsiya qilish.
- 5) Qon quyish.
- 6) Jgut qo'yish.
- 7) Tomirni tikish.

- a) 2, 3, 6.
- b) 1, 4, 5.
- v) 5, 6, 7.
- g) 3, 4, 5.
- d) 1, 3, 4.

113. Qaysi kasallikda neyrotrofik qon ketishi kuzatiladi?

- a) Gastritda.
- b) Gemorroj (bavosil)da.
- v) O'pka rakida.
- g) To'g'ri ichak polipida.
- d) Singa (lovsha) kasalligida.

114. O'tkir qon yo'qotishda qaysi asoratlar ko'proq vujudga keladi?

- a) Hushdan ketish.
- b) Insult.
- v) Anemiya.
- g) O'pka-nafas yetishmasligi.
- d) Koma.

Qon guruhleri va qon quyishlar.

115. Qonning 0 (I) guruhida qanday aglyutinogen va aglyutininlar bo'ladi?

- a) AB.
- b) 0ab.
- v) A.b
- g) Ba.
- d) Aab.

116. A (II) guruh qonida qaysi aglyutinogen va aglyutininlar bo'ladi?

- a) Ab.
- b) 0ab.
- v) AB0.
- g) Ba.
- d) Aab.

117. B (III) guruh qonida qaysi aglyutinogen va aglyutininlar bo'ladi?

- a) BaF.
- b) Ab.
- v) 0ab.
- g) AB0.
- d) Bab.

118. AB (IV) guruh qonida qaysi aglyutinogen va aglyutininlar bo'lad?

- a) AB0.
- b) 0ab.
- v) Bab.
- g) Ba
- d) Aa.

119. Rh (+) li bemorga Rh (—) qonni quysa bo'ladimi?

- a) Mumkin emas.
- b) Mumkin.
- v) Faqat 1 marta.
- g) Faqat ko'rsatma asosida.
- d) Mumkin, faqat juda oz miqdorda.

120. Rh (—) li bemorga Rh (+) qonni quysa bo'ladimi?

- a) Mumkin emas.
- b) Faqat 1 marta.
- v) Mumkin.
- g) Mumkin, faqat juda oz miqdorda.
- d) Faqat ko'rsatma asosida.

121. Quyidagilarning qaysinisi dezintoksikatsion qon o'rnini bosuvchilarga tegishli?

- 1) Gemodez
- 2) Poliglyukin.
- 3) Reopoliglyukin.
- 4) Gemovinil.
- 5) Jelatinol.

- a) 1, 3. Gemodez, reopoliglyukin.
- b) 4, 5. Gemovinil, jelatinol.
- v) 3, 5. Reopoliglyukin, jelatinol.
- g) 1, 2. Gemodez, poliglyukin.
- d) 3, 4. Reopoliglyukin, gemovinil.

122. Qon quyishda uning mos kelishligini bilish uchun sinovlar qay tartibda olib boriladi?

- 1) Rh + faktorni aniqlash.
- 2) Individual mos kelishlikni aniqlash.
- 3) Bemorni qon guruhini aniqlash.
- 4) Biologik sinamani aniqlash.
- 5) Donorni qon guruhini aniqlash.
- 6) Rh + faktorni mos kelishligini aniqlash.
- 7) Qonni quyishga yaroqliligini aniqlash.

- a) 3, 1, 7, 5, 2, 6, 4.
- b) 1, 3, 2, 5, 7, 6, 4.
- v) 3, 2, 7, 6, 4, 5, 1.
- g) 5, 7, 6, 4, 2, 3, 1.
- d) 2, 3, 1, 5, 7, 6, 4.

123. Eritrotsitlarning me'yoridagi ko'rsatkichi.

- a) 6,5 g/l.
- b) 6,0 g/l.
- v) 5,5 g/l.
- g) 4,5 g/l.
- d) 3,5 g/l.

124. Psevdoaglyutinatsiya reaksiyasi qachon yuz beradi?

- a) Qon kam bo'lganda.
- b) Xona harorati past bo'lganda.
- v) Zardob kam bo'lganda.
- g) Eski standart zardoblar tufayli.
- d) Xona harorati yuqori bo'lganda.

125. Qachon panaglyutinatsiya reaksiyasi yuz beradi?

- a) Eski standart zardoblarda.
- b) Qon kam bo'lganda.
- v) Zardob kam bo'lganda.
- g) Xona harorati past yoki yuqori bo'lganda.
- d) Zardob yoki qon yaxshi aralastirilmaganda.

126. I, II, III - qon guruhlari kim tomonidan va qachon asoslangan?

- a) Shamov, 1919 yil.
- b) Landsheyner, 1901 yil.
- v) Blandel, 1820 yil.

- g) Bogdanov, 1926 yil.
- d) Yanskiy, 1902 yil.

127. IV - qon guruhi qachon va kim tomonidan kashf etilgan?

- a) Landsheyner, 1907 yil.
- b) Shamov, 1940 yil.
- v) Yanskiy, 1907 va Mos, 1909 yil.
- g) Mos, 1912 yil.
- d) Volf, 1932 yil.

128. Qanday holat qon quyish uchun mutloq ko'rsatma bo'ladi?

- a) Intoksikatsiya (zaharlanish).
- b) Organizmning himoya kuchini oshirish uchun.
- v) Qon yo'qotish.
- g) Sillasi quriganda.
- d) Gemotologik kasalliklarda.

129. Qonning konservanti nima hisoblanadi?

- a) Fiziologik eritma (0,9% li).
- b) Glyukozaning 20% li eritmasi.
- v) Gipertonik eritma (10% li).
- g) Natriy xlorid (0,9% li).
- d) Hech qaysi.

130. Qanday holat qon quyishga nisbiy ko'rsatma bo'ladi?

- a) O'tkir anemiya.
- b) Bemorni operatsiyaga tayyorlaganda.
- v) Qon ketishi.
- g) Shok.
- d) Surunkali anemiya.

131. Qaysi holatlarda qon quyish man etiladi?

- a) Kollaps.
- b) Yiringli zaharlanish.
- v) Jigar, buyrak faoliyati o'tkir buzilganda.
- g) Shok.
- d) Me'da yarasi kasalligida.

132. Qonning barqarorligini nima ta'minlaydi?

- a) Natriy xlorid (0,9% li).
- b) Kaliy xlorid (1% li).

- v) Fiziologik eritma (0,9% li).
- g) Natriy sitrat (5—6% li).
- d) Gipertonik eritma (10% li).

133. O'tkir qon yo'qotishda qon quyishning qaysi usuli qo'llaniladi?

- a) Vena ichiga.
- b) Suyak ichiga.
- v) Arteriya ichiga.
- g) Liqildoqqa (bolalarda).
- d) Mushak orasiga.

134. Qaysi belgi o'tkir qon yo'qotishga xos emas?

- a) Terining oqarishi.
- b) A/B ning keskin pasayishi.
- v) Taxikardiya.
- g) Keskin holsizlanish.
- d) Tana haroratining ko'tarilishi.

135. Qanday qon kuyish uchun yaroqli?

- a) Serologik reaksiyalari aniqlanilmagan.
- b) Qon qatlamlari to'liq ajralmagan.
- v) Haftalik qon.
- g) Qon qatlamlari to'liq ajralgan.
- d) Zardobida ivitmalari bor qon.

136. Quyilayotgan qonning ijobiy ta'siriga nima kirmaydi?

- a) O'rin bosuvchi ta'siri.
- b) Immunobiologik ta'siri.
- v) Oziqlantiruvchi ta'siri.
- g) O'smani o'stiruvchi ta'siri.

137. IV (AB₀) guruh qonni 0 (1) ga quyish mumkinmi?

- a) Mumkin.
- b) Faqat 1 marta.
- v) Mumkin emas.
- g) Mumkin, faqat oz miqdorda.
- d) Ilojsiz holatda.

138. 0 (1) guruh qonini AB₀ (IV) guruhga quyish mumkinmi?

- a) Mumkin emas.
- b) Faqat oz miqdorda quyish mumkin.

- v) Ilojsiz qolganda.
- g) Faqat 1 marta.
- d) Mumkin.

139. A (II) guruh qoniga ega bemorga B (III) qonni kuyish mumkinmi?

- a) Mumkin.
- b) Faqat oz miqdorda.
- v) Hayotiy zarurat bo'lsa quyish mumkin.
- g) Faqat bir marta.
- d) Mumkin emas.

140. Agar bemorda kichik jarohlardan ko'p qon oqib, uzoq vaqt ivimasligidan shikoyat qilsa, siz qanday tashxis qo'yasiz?

- a) Singa.
- b) Gipertoniya kasalligi.
- v) Jigar sirrozi.
- g) Leykoz.
- d) Gemofiliya.

141. Agar bemor yo'tal vaqtida ko'pik aralash qon tushishiga, umumiy beholikka ishtaha yo'qligidan shikoyat qilsa, sizning tashxisingiz?

- a) Me'dadan qon oqishi.
- b) Jigar sirrozi.
- v) O'pkadan qon ketishi.
- g) Qizilo'ngachdan qon ketishi.
- d) Me'da saratoni.

142. Yo'qotilgan qon o'pnini to'ldirish uchun qanday davo qilish kerak?

- a) Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyish.
- b) Plazma quyish.
- v) Glyukoza eritmasini quyish.
- g) Qon quyish.
- d) Fiziologik eritma quyish.

143. Agar bemor qoni 0 (1) guruh ekanligi aniqlansa, unga qaysi guruh qonini quyish mumkin?

- a) AA (IV) 0.
- b) B (III).
- v) A (II).

- g) 0 (I).
- d) B (III).

144. Qon quyish vaqtida bemorda qonning mos tushmaslik javob reaksiyasi yuz bersa, nima qilish kerak?

- a) Qon quyishni davom ettirish.
- b) Boshqa preparatlar berish.
- v) Qon quyishni to'xtatish.
- g) Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyish.
- d) Plazma quyish.

145. Odamdan odamga qon quyish kim tomonidan va qachon joriy etilgan?

- a) Yanskiy, 1907 yil.
- b) Blandel, 1819 yil.
- v) Pipe, 1667 yil.
- g) Louer, 1666 yil.
- d) Deni, 1667 yil.

146. Odamning qon guruhiga qarab qon quyishni birinchi bor kim va qachon joriy etdi?

- a) Yanskiy, 1902 yil.
- b) Kroyl, 1889 yil.
- v) Borde, 1893 yil.
- g) Bergman, 1883 yil.
- d) Pipe, 1667 yil.

147. Donordan bemorga qon quyishni Rossiyada ilk bor kim va qachon qo'llagan?

- a) Xotovskiy, 1830 yil.
- b) Pirogov, 1854 yil.
- v) Yanskiy, 1907 yil.
- g) Buyalskiy, 1846 yil.
- d) Sechenov, 1865 yil.

148. Katta yoshdagi (bo'yi 182 sm. li) odam organizmida o'rtacha necha litr qon bo'ladi?

- a) 2—2,5 litr.
- b) 3—3,5 litr.
- v) 4—4,5 litr.
- g) 5—5,5 litr.
- d) 6—6,5 litr.

149. Standart zardob tarkibida nima bo'lishi kerak?

- a) Aglyutinin bo'ladi.
- b) O'rtacha titri aniq bo'lishi.
- v) Chirishdan saqlash uchun dori.
- g) Fibrin bo'lishi.
- d) Saqlash muddati va qon guruhi aniq bo'lishi.

150. Rezus faktor kim tomonidan va qachon topilgan?

- a) Yanskiy, 1909 yil.
- b) Landshteyner, 1940 yil.
- v) Shamov, 1919 yil.
- g) Fedorov, 1925 yil.
- d) Filomadshtskiy, 1840 yil.

151. Necha foiz odamlarda rezus-faktor Rh (—) bo'lmaydi?

- a) 5%.
- b) 10%.
- v) 15%.
- g) 20%.
- d) 50%.

152. Qon ketishini to'xtatish nuqtai nazaridan qon quyishning qaysi usuli foydaliroq hisoblanadi?

- a) Bevosita.
- b) Bilvosita.
- v) Murda qoni.
- g) Homila yo'ldoshidan olingan qon.
- d) Bemordan ketayotgan qonni o'ziga qayta quyish.

153. Qon quyganda yuz bergan shok holatidan so'ng qaysi a'zolarida og'ir o'zgarishlar vujudga keladi?

- a) Yurakda.
- b) O'pkada.
- v) Me'dada.
- g) Buyrakda.
- d) Markaziy nerv sistemasida.

154. Qon ketishining qaysi turida havo emboliasining xavfi bo'ladi?

- a) Arterial qon ketishda.
- b) Son arteriyasidan qon ketganda.

- v) Kapillyar qon ketishida.
- g) Tizza venasidan qon ketganda.
- d) Bo'yin yirik venasidan qon ketganda.

155. Qaysi a'zolardan ko'pikli qon ketadi?

- a) Burundan qon ketganda.
- b) Qizilo'ngachdan qon ketganda.
- v) Me'dadan qon ketganda.
- g) O'pkadan qon ketganda.
- d) Ichaklardan qon ketganda.

156. Qon tarkibining qaysi elementida aglyutinogen bo'ladi?

- a) Plazmada.
- b) Trombotsitlarda.
- v) Eritrotsitlarda.
- g) Leykotsitlarda.
- d) Monotsitlarda.

157. Qonni individual mos kelish sinovini ko'pincha qaysi yo'l bilan aralashtirib o'tkaziladi?

- a) Retsipiyent zardobi va donor qoni bilan.
- b) Donor zardobi va retsipiyent qoni bilan.
- v) Retsipiyent qonining shaklli elementi va donor qoni bilan.
- g) Donor qonining shaklli elementi va retsepiyent qoni bilan.
- d) Donor qoni va retsipiyent qoni bilan.

158. Qon guruhi aniqlanganda izoaglyutinatsiya reaksiyasi 0 (I) va B (III) guruhi standart zardob bilan musbat bo'ladi. Bu qaysi qon guruhiga taalluqli?

- a) Birinchi
- b) Ikkinchi.
- v) Uchinchi.
- g) To'rtinchi.
- d) Bunday jarayon bo'lmaydi.

159. Qonning qaysi elementlarida rezus faktor saqlanadi?

- a) Plazmada.
- b) Zardobda.
- v) Eritrotsitlarda.
- g) Leykotsitlarda.
- d) Trombotsitlarda.

Desmurgiya

160. Aylanma bog‘lam qaysi a‘zolarga qo‘yiladi?

- a) Yelka bo‘g‘imi sohasiga.
- b) Barmoqlarga.
- v) Bilak va yelka sohasiga.
- g) Bo‘yin va ensa sohasiga.
- d) Ko‘krak va qorin sohasiga.

161. Yelka suyagi chiqishida qanday bog‘lov qo‘yiladi?

- a) T-simon.
- b) Butsimon (krestsimon).
- v) Palaxmonsimon.
- g) Boshosimon.
- d) Dezo bog‘lam.

162. Toshbaqasimon bog‘lam qaepra qo‘yiladi?

- a) Boshga.
- b) Oyoq va qo‘l cho‘ltog‘iga.
- v) Tizza va tirsak bo‘g‘imiga.
- g) Yelka, chanoq-son bo‘g‘imiga.
- l) Qo‘l barmoqlariga.

163. T-simon bog‘lam qayerga qo‘yiladi?

- a) Burun, yelka sohasiga.
- b) Chot oralig‘iga.
- v) O‘mrov sohasiga.
- g) Son va barmoqlarga.
- d) Boshga.

164. Amputatsiyadan keiin boldir yoki son cho‘ltog‘iga qanda bog‘lov qo‘yiladi?

- a) To‘rt tarmoqli.
- b) Spialsimon.
- v) Aylanma.
- g) T-simon.
- d) Qaytalovchi.

165. Quyidagi bintli bog‘lov qo‘yish qoidalarining qaysi biri noto‘g‘ri ko‘rsatilgan?

- a) Bemor vrachning o‘ng tarafida qarama-qarshi turadi.
- b) Pastdan yuqoriga qarab bog‘lanadi.

- v) Bo'g'imlar fiziologik holatda bo'lishi kerak.
- g) Bint o'ramini o'ngdan chapga yechib o'rab boriladi.
- d) Ustki o'ram ostki o'ramning 1/2 yoki 2/3 qismini yopadi.

166. Qaysi suyaklar singanda Ditrixs shinasi bilan immobilizatsiya qilinadi?

- a) Yelka bilak suyagi.
- b) Son va boldir suyagi.
- v) Chanoq suyagi.
- g) Bel umurtqalari suyagi.
- d) Barcha suyaklar singanda.

167. Qaysi suyaklar singanda Kramer shinasi bilan immobilizatsiya qilinadi?

- a) Boldir suyaklarini.
- b) Chanoqni.
- v) Ko'krakning pastki va bel umurtqalarini.
- g) Bo'yin va ko'krak umurtqalarini.
- d) O'mrov va ko'krakni.

168. Qaysi suyaklar singanda Glisson ilmog'i bilan tortib davolash qo'llaniladi?

- a) Tovon suyagini.
- b) Barmoq suyaklarini.
- v) Bo'yin va ko'krakning yuqori umurtqalarini.
- g) Ko'krakning pastki va bel umurtqalarini.
- d) Chanoqni.

Shikastlanishlar

169. Sababiga ko'ra shikastlanishlar necha turda bo'ladi?

- a) 4 ta.
- b) 6 ta.
- v) 7 ta.
- g) 2 ta.
- d) 1 ta.

170. Agar mexanik kuch ta'sirida anatomik butunlik buzilsa, qanday shikastlanishlar deb ataladi?

- a) Mexanik.
- b) Kimyoviy.
- v) Nur ta'siridagi.

- g) Termik.
- d) Aralash.

171. Agar kislota va ishqorlar hamda fosfor bo'laklari ta'sirida terida kuyish yuzaga kelsa, qanday shikastlanishlar deyiladi?

- a) Kimyoviy kuyishlar.
- b) Termik shikastlar.
- v) Mexanik shikastlar.
- g) Nur ta'siridagi shikastlar.
- d) Aralash shikastlar.

172. Atom elektrostansiyasi portlashi oqibatida ko'proq qanday shikastlanishlar yuz beradi?

- a) Nur bilan shikastlanishlar.
- b) Mexanik shikastlanishlar.
- v) Kimyoviy shikastlar.
- g) Termik shikastlar.
- d) Aralash shikastlar.

173. Teri va shilliq qavatlar butunligi buzilmasdan yuzaga kelgan shikastlarga qanday shikastlar deyiladi?

- a) Yopiq mexanik shikastlar deyiladi.
- b) Ochiq mexanik shikastlar.
- v) Kombinatsiyalangan shikastlar.
- g) Termik shikastlar.
- d) Kimyoviy shikastlar.

174. Qaysi shikastlardan keyin ko'pincha karaxtlik (shok) boshlanadi?

- a) Qovurg'alar singanda.
- b) Burun suyagi singanda.
- v) Chanoq suyagi maydalanib ketganda.
- g) Terining ba'zi joylari shilinganda.
- d) Tananing ko'p joylari lat yeganda.

175. Travmatik karaxtlik (shok)ning oldini olish uchun bemorga qaysi dori-darmon qilinadi?

- a) Morfin teri ostiga yuboriladi.
- b) Qoqshol anatoksini.
- v) Antibiotiklar yuboriladi.
- g) Laziks yuboriladi.
- d) Yurak ishini yaxshilovchi dorilar venaga yuboriladi.

176. Travmatik karaxtlikni davolash uchun dori-darmonlar bilan davolashning qaysi usuli qo'llaniladi?

- a) Og'riq qoldiruvchi usullar.
- b) Hujayra bosimini pasaytirish usuli (degidratatsiya).
- v) Organizmning umumiy quvvatini oshirish.
- g) Toza havo, kislorod berish usuli.
- d) Rentgen nurlari bilan davolash usuli.

177. Shikastlanish karaxtligi borligining asosiy belgilarini aniqlang.

- a) Arterial qon bosimi pasaygan va yurak urishi sezilarli tezlashgan.
- b) Arterial qon bosimi ko'tarilgan, yurak urishi tezlashgan.
- v) Yurak urishi tez, bosh miya ichki bosimi ko'tarilgan.
- g) Yurak urishi o'zgarmagan, lekin ko'z ichki bosimi juda yuqori.
- d) Yurak urishi tezlashgan va venoz qon bosimi ko'tarilgan.

178. Shikastlanish karaxtligining eriktel bosqichidagi belgilari qaysi?

- a) Bemor es-hushi xiralashgan.
- b) Bemor olazarak, notinch, qo'zg'aluvchan, puls tez, qon bosimi me'yoridan yuqoriroq.
- v) Nafas maromi yuzaki, sekin.
- g) Bemor harakatsiz va befarq.
- d) Badani muzdek, yuzi murdanikidek rangsiz.

179. Shikastlanish karaxtligining torpid bosqichidagi belgilari qaysi?

- a) Bemor harakatsiz, befarq, badani muzdek, rangi oqargan, puls ipsimon va qon bosimi past.
- b) Bemor olazarak, notinch, qo'zg'aluvchan.
- v) Ko'z qorachig'i kengaygan, yorug'likka reaksiya kuchli.
- g) Puls tezlashgan, nafas tez va chuqur.
- d) Qon bosimi me'yorida yoki yuqoriroq.

180. Qaysi holatlarda ko'proq shikastlanishdan keyingi zaharlantirish rivojlanadi?

- a) Chanoq va son suyaklari singanda.
- b) Qovurg'alar singanda.
- v) Bosh miya shikastlanganda.
- g) Qo'l-oyoqlar ochiq singanda.

d) Ikkala oyoq uzoq vaqt bosilib qolganda.

181. Oyoqlar uzoq vaqt bosilib qolganda bemorga birinchi yordam ko'rsatish tartibi qanday bo'ladi?

- a) Oyoqni bosilgan sohadan yuqorisiga jgut qo'yilib, g'ilofli anesteziya qilinadi.
- b) Qoqshol anatoksini yuboriladi.
- v) Morfin yuborish.
- g) Yurak glyukozidlari yuborish.
- d) Siydik haydovchi dorilar yuborish.

182. Bemor yotgan joyida hech qanday harkatsiz holatda suyak butunligi buzilishiga qanday sinishlar deb ataladi?

- a) Posttravmatik sinish
- b) Patologik sinish.
- v) Tug'ma sinish.
- g) O'rgangan sinish.
- d) Orttirilgan sinish.

183. Tug'ruq jarayonida doyaning noto'g'ri harakati oqibatida sinish yuzaga keldi — bu qanday sinish?

- a) Tug'ma sinish.
- b) Patologik sinish.
- v) Shikast ta'siridagi sinish.
- g) Orttirilgan sinish.
- d) Orttirilgan, shikast ta'siridagi sinish.

184. Bir va bir nechta suyaklarning bo'g'im yuzasidan siljishiga nima deyiladi?

- a) Chiqiqlar.
- b) Sinishlar.
- v) Lat yeyishlar.
- g) Paylarning cho'zilishi.
- d) Ezilish sindromi.

185. Ona qopnida pivojlanish davrida yuzaga kelgan chiqiqlar qanday chiqiqlar deb ataladi?

- a) Tug'ma chiqiqlar.
- b) Orttirilgan.
- v) Eskirgan.
- g) O'rgangan.
- d) Surunkali chiqiqlar.

186. Yelka suyagi yopiq singanda qanday yordam ko'rsatiladi?

- a) Kramer shinasi bilan immobilizatsiya qilinadi.
- b) Detriks shinasi qo'yiladi.
- v) Kardon qog'oz bilan immobilizatsiya qilinadi.
- g) Immobilizatsiya qilinmay qo'lni bo'yinga osib bog'lanadi.
- d) Bemor yotqizib qo'yiladi.

187. Son suyagi singanda qaysi shina qo'yiladi?

- a) Detriks shinasi.
- b) Kramer shinasi.
- v) Filberg shinasi.
- g) Pnevmatik shinasi.
- d) Taxtacha yordamida immobilizatsiya qilinadi.

188. Suyak singanda transport immobilizatsiya qanday qilinadi?

- a) Bemor shifoxonaga jo'natiladi.
- b) Suyak qayta o'z o'rniga joylashtiriladi (repozitsiya).
- v) Suyak ichiga temir kirgizib joyiga qo'yiladi (osteosentez).
- g) Suyakdan tortiladi.
- d) Suyakni harakatsiz holatda shina yordamida bog'laniladi.

189. O'mrov suyagi singanda vaqtincha immobilizatsiya qilish uchun qanday bog'lov qo'yiladi?

- a) Kleolli (yelimli) bog'lov.
- b) Dezo bog'lovi.
- v) Sakkizsimon bog'lam.
- g) Velpo bog'lam.
- d) Boshoqsimon bog'lam.

190. Bo'yin umurtqasi singanda qanday belgilar bo'ladi?

- a) Bemorda tetrapligiya yuz beradi.
- b) Bemorning boshiga og'riq beradi.
- v) Oyoqlarida harakat yo'qoladi.
- g) Bemor hushsiz bo'ladi.
- d) Qon bosimi ko'tariladi.

191. Bosh miyaning yopiq shikastlari bor bemorni «Tez yordam» mashinasida qanday holatda jo'natish kerak?

- a) O'tirgan holda.
- b) Yonboshlagan holda.

- v) Boshiga chamber qo'yib, boshini yonboshga qaratilbroq yotqiziladi.
- g) Qorniga yotqizib.
- d) Yarim qiyshayib o'tirgan holda.

192. Qanday qurol bilan shikastlanish chopilgan jarohat deyiladi?

- a) Pichoq bilan.
- b) Shisha sinig'i bilan.
- v) Bolta bilan.
- g) Bolta ta'sirida.
- d) Arra bilan.

193. Qanday qurol bilan shikastlanishi sanchilgan deyiladi?

- a) Bolta bilan.
- b) Pichoq bilan.
- v) Bigiz bilan.
- g) Nayza ta'sirida.
- d) Arra ta'sirida.

194. Ko'krak qafasiga teshib kiruvchi jarohatlarda eng ko'p uchraydigan asoratlar qaysi?

- a) Qovurg'alarining zararlanishi.
- b) O'pka va plevranning yallig'lanishi.
- v) Pnevmtoraks.
- g) Qonning tashqariga oqishi.
- d) O'pka atelektazi.

195. Tishlangan jarohatlarning xavfli tomonlari?

- a) Qon ketishi.
- b) Yallig'lanish.
- v) Travmatik shok.
- g) Quturish.
- d) Allergiya.

196. Qanday jarohat tez bitadi?

- a) Ezilgan.
- b) Kesilgan.
- v) Sanchilgan.
- g) O't ta'siridagi.
- d) Tishlangan.

197. Qanday belgi ezilgan jarohatga xos?

- a) Jarohat cheti notekis.
- b) Jarohat chetlarida ezilgan to'qima bor.
- v) Jarohat chekkalari tekis.
- g) Jarohat kichik.
- d) Jarohatning chetlari tiralgan.

198. Jarohatlanishda qoqsholning oldini olish (profilaktika) qilish uchun nimalar yuboriladi?

- a) Antibiotiklar yuboriladi.
- b) Sulfanilamid qilinadi.
- v) Qon quyish.
- g) Zardob quyish.
- d) Qoqshol anatoksini va qoqsholga qarshi zardob yuborish.

199. Jarohatning bitish bosqichlari qanday bo'ladi?

- a) Epitelizatsiya, gidratatsiya.
- b) Granulyatsiya hosil bo'lishi, degidratatsiya.
- v) Gidratatsiya, degidratatsiya, epitelizatsiya.
- g) Degidratatsiya, epitelizatsiya.
- d) Chandiqlanish, epitelizatsiya.

200. Yurak jarohatlanganda yuz berishi mumkin bo'lgan asorat?

- a) Qusish.
- b) Yurak tamponadasi.
- v) Qon bosimining ko'tarilishi.
- g) Qaltirash.
- d) So'lak oqishi.

201. Qorin bo'shlig'i a'zolarining qaysi biri shikastlanganda bemor qoni uning o'ziga quyiladi (reinfuziya)?

- a) Kavak a'zo shikastlanganda.
- b) Kavak a'zolar va parenximatoz a'zolar shikastlanganda.
- v) Parenximatoz a'zolap shikastlanganda.
- g) Qovuq shikastlanganda.
- d) Buyrak va siydik yo'llari shikastlanganda.

202. Buyrak shikastlanganda qaysi klinik belgi musbat bo'ladi?

- a) Ortner belgisi.
- b) Pasternatskiy belgisi.

- v) Shchetkin-Blyumberg belgisi.
- g) Rovzing belgisi.
- d) Sitkovskiy belgisi.

203. Buyrak shikastlanganda ko'pincha nima kuzatiladi?

- a) Poliuriya.
- b) Mikrogematuriya.
- v) Azotemiya.
- g) Makrogematuriya.
- d) Oligoanuriya.

204. Bosh miya chayqalishi qanday dori-darmonlar bilan davolandi?

- a) Vena qon tomiriga fiziologik suyuqlik yuborish.
- b) Vena qon tomiriga askorbin kislotasi yuborish.
- v) Vena qon tomiriga glyukozaning 40% va natriy xlorning 10% li eritmalarini yuborish.
- g) Vena qon tomiriga qon quyish.
- d) Vena qon tomiriga zardob quyish.

205. Tinchlik sharoitida qanday kuyishlar ko'p uchraydi?

- a) Termik.
- b) Kimyoviy.
- v) Elektr ta'sirida.
- g) Radiaktiv nur ta'sirida.
- d) Quyosh nurida.

206. Termik kuyishning qaysi darajasida sarg'ish suyuqlik to'la pufaklar paydo bo'ladi?

- a) I-darajasida.
- b) II-darajasida.
- v) III A-darajasida.
- g) III V-darajasida.
- d) IV-darajasida.

207. Termik kuyishning qaysi darajasida terining hamma qavaqlari nekrozga uchraydi.

- a) I-darajasida.
- b) II-darajasida.
- v) III A-darajasida.
- g) III V-darajasida.
- d) IV-darajasida.

208. Kuyish maydonini o'lashning oddiy usulini ko'rsating?

- a) Postnikov usuli.
- b) Bloxin usuli.
- v) Jaledze usuli.
- g) Vilyavin usuli.
- d) «Kaft» va «to'qqiz»lik usuli.

209. Qizilo'ngach sirka kislotasi bilan kuyganda ko'rsatiladigan birinchi yordam qanday?

- a) Sovuq suv bilan yuvish.
- b) 2% li limon kislotasi bilan yuvish.
- v) 5% li sulfatli mis bilan yuvish.
- g) 2% li natriy bikarbonat bilan yuvish.
- d) 2% li barat kislotasi bilan yuvish.

210. Sovuq olganda terining barcha qavatlari va teri octi to'qimalari suyakka nevrozlanisa, u qanday daraja?

- a) I-daraja.
- b) II-daraja.
- v) III-daraja.
- g) IV-daraja.
- d) V-daraja.

211. Elektrdan jarohatlanishda nima qilish man etiladi?

- a) Yurakni bevosita massaj qilish.
- b) Sun'iy nafas oldirish.
- v) Defibrilyator qo'llash.
- g) Yurak va nafas dorilarni yuborish.
- d) Shikastlangan bemorni yerga ko'mib qo'yish.

212. Issiq suv va yuvish poroshogi ta'sirida kuyish yuz berdi, bu qanday kuyish?

- a) Termik.
- b) Kimyoviy.
- v) Teʼrmokimyoviy.
- g) Elektr ta'sirida
- d) Nur ta'sirida.

213. Bemor chap oyog'ini qaynoq suv ta'sirida kuyirdi, kuyish maydoni qancha foizni tashkil qiladi?

- a) 6% ni.
- b) 9% ni.
- v) 12% ni.
- g) 18% ni.
- d) 24% ni.

214. Ishqor bilan kuyganda ishqor ta'sirini nima bilan neytrallash lozim?

- a) Sovunli suv bilan.
- b) 2% li natriy bikarbonat eritmasi bilan.
- v) 2% li sirka kislotasi yordamida.
- g) 5% li mis kuporosi eritmasi bilan.
- d) Spirt bilan.

Yallig'lanish sindromi

215. Nospetsifik o'tkir jarrohlik infeksiyalarga qanday kasalliklar kiradi?

- a) Qoqshol.
- b) Aktinomikoz.
- v) Mastit.
- g) (Siflis) zaxm.
- d) Anaerob gangrena.

216. Nospetsifik o'tkir jarrohlik kasalliklarni qanday mikroorganizm qo'zg'atadi?

- a) Pnevmonokokk.
- b) Kox tayoqchasi.
- v) Spiroxeta.
- g) Stafilokokk.
- d) Nursimon zamburug'.

217. O'ng boldir katta teri osti venasining yo'lida teri qizarib shishgan va issig'i chiqib turibdi, paypaslab ko'rganda og'riq bor. Bu qanday kasallik?

- a) Limfangoit.
- b) Gangrena.
- v) Yuza vena qon tomiri tromboflebiti.
- g) Flegmona.
- d) Obliteratsiyalovchi endoartrit.

218. Abscess kasalligini davolashda qaysi usul yaxshi ta'sir etadi?

- a) Sanatoriya-kurortda davolanish.
- b) Qon quyib davolash.
- v) Operatsiya qilib davolash.
- g) Rentgen nuri bilan davolash.
- d) Qoqsholga qarshi zardob bilan davolash.

219. Saramas kasalligini qanday mikroorganizmlar qo'zg'atadi?

- a) Qoqshol tayoqchasi.
- b) Klostridium perferengens.
- v) Streptokokk -b- gemolitik.
- g) Pnevmonokokklar.
- d) Ichak tayoqchalari.

220. Suyak iligining yallig'lanishi—osteomiyelit sabablarini ko'rsating.

- a) Soxta bo'g'im.
- b) Ochiq sinishlar.
- v) Suyak o'smasi.
- g) Suyak chiqishlari.
- d) Suyakning yopiq sinishi.

221. Gematogenli osteomiyelit kimlarda uchraydi?

- a) Ayollarda.
- b) Erkaklarda.
- v) Yosh bolalarda.
- g) 10 yoshli yigitlarda.
- d) Qariyalarda.

222. Gematogenli osteomiyelit qanday davolanadi?

- a) Antibiotiklar bilan operatsiyasiz.
- b) Qoqsholga qarshi zardob bilan.
- v) Suyakni teshib yiring oqiziladi va antibiotik yuboriladi.
- g) Gazli gangrenaga qarshi zardob bilan.
- d) Qon quyish bilan.

223. Paropraktit qanday kasallik?

- a) Qorin pardaning yiringli yallig'lanishi.
- b) To'g'ri ichak oldi kletchatkasining yallig'lanishi.
- v) Oshqozon osti bezining yallig'lanishi.

- g) To'g'ri ichak venasining varikoz kengayishi.
- d) Quloq oldi limfa tutunining yallig'lanishi.

224. O'tkir paropraktitni qanday qilib davolash kerak?

- a) Sanatoriya va kurortda.
- b) Qoqsholga qarshi zardob yuborish usuli bilan.
- v) Davolovchi huqna qilish bilan.
- g) Operatsiya qilib.
- d) Jismoniy tarbiya bilan.

225. Parotit qanday kasallik?

- a) To'g'ri ichak oldi kletchatkasining yallig'lanishi.
- b) Soch xaltasining o'tkir yallig'lanishi.
- v) Limfa tugunining o'tkir yallig'lanishi.
- g) So'lak bezlarining o'tkir yallig'lanishi.
- d) Quloq oldi so'lak bezining o'tkir yallig'lanishi.

226. Gidradenit tananing qaysi sohasida ko'proq uchraydi?

- a) Orqa chiqaruv teshigi atrofida.
- b) Dumba sohasida.
- v) Bo'yin sohasida.
- g) Oraliq sohada.
- d) Qo'ltiq ostida ter bezlarida.

227. Bir necha soch piyozchasi va yog' bezlarining yallig'lanishiga nima deb ataladi?

- a) Flegmona.
- b) Chipqon.
- v) Abssess.
- g) Karbunkul.
- d) Gidradenit.

228. Karbunkulda qanday kesish usuli qo'llaniladi?

- a) Uzunasiga kesish.
- b) Krestsimon kesish.
- v) Ko'ndalang kesish.
- g) Yoysimon kesish.
- d) Bir necha joydan kesish.

229. Yuzdagi chipqonni qanday davolash kerak?

- a) Qon quyish va UVCH olish.
- b) Poliklinikada antibiotik bilan davolash.

- v) Krestsimon usulda kesib tashlash.
- g) Kasalxonada yotqizib, yiringni oqizib antibiotiklar bilan davolash.
- d) Qoqsholga qarshi zardob yuborib.

230. Bemor 10 yil davomida o'pka sili bilan og'rigan, chap tizza bo'g'imida shish, ozroq og'riq paydo bo'lib tana harorati 37,3°C. Sizing tashxisingiz?

- a) Chap tizza bo'g'imi artriti.
- b) Chap tizza bo'g'imi lipomasi.
- v) Chap tizza bo'g'imi fibromasi.
- g) Sil kasalligi ganiti.
- d) Bo'g'im zaximi.

231. Sil kasalligini qanday mikroblar qo'zg'atadi?

- a) Stafilakokk.
- b) Spiroxeta.
- v) Aktinomikoz.
- g) Kox bakteriyasi.
- d) Gonokokk.

232. Qanday kasalliklar anaerob infeksiyaga kiradi?

- a) Aktinomikoz
- b) Zaxm.
- v) Tropik yaralar.
- g) Gazli gangrena va qoqshol.
- d) Saramas.

233. Qanday mikroblar anaerob kasalligini qo'zg'atadi?

- a) Stafilokokk.
- b) Kox tayochasi.
- v) Oqish spiroxeta.
- g) Batsilla tetani va klostridiumlar.
- d) Nursimon zamburug'lar.

234. Anaerob gangrenada qaysi usul bilan davolash eng samaralidir?

- a) Qon quyish.
- b) Lazer nurlari bilan davolash.
- v) Jarohatni «UFO» bilan nurlash.
- g) Jarrohlik usuli va gangrenaga qarshi zardob yuborish.
- d) Faqat gangrenaga qarshi zardob yuborish.

235. Qoqshol kasalligini qaysi mikroob qo'zg'atadi?

- a) Stafilokokk.
- b) Nursimon zamburug'.
- v) Klostridium perfringens.
- g) Batsilla tetani.
- d) Ko'k yiringli tayoqcha.

236. Qoqshol kasalligini davolashda quyidagi usullardan qaysi biri ko'proq natija beradi?

- a) Qon quyish.
- b) Antibiotiklar bilan davolash.
- v) Antistafilokokk plazmasini quyish.
- g) Qoqsholga qarshi zardob va anatoksin yuborish.
- d) Zardob quyish.

237. Qoqshol kasalligining xususiy profilaktikasi nimadan iborat?

- a) Bakteriofag quyish.
- b) Gammaglobulin bilan davolash.
- v) Antistafilokokkli qon zardobini quyish.
- g) Qoqshol anatoksini - SA - 1,0 va qoqsholga qarshi - zardob PSS-3000 M. B. yuborish.
- d) SA - 10,0 va PSS 30.000 M.B. yuborish.

238. Qoqshol kasalligiga qaysi belgi xos emas?

- a) Chaynov mushaklarining qisqarishi — trizm.
- b) Mimika mushaklarining qisqarishi — sardonik jilmayish.
- v) Tetanik va klonik tirishishlar.
- g) Gipotermiya.
- d) Opistotonus «ko'priksimon» holat.

Nekrozlar, yaralar, oqma yaralar

239. Quyidagilarning qaysinisi to'qimalarning chirishi deb ataladi?

- a) To'qimalar va a'zolarining ezilishi.
- b) A'zo va to'qimalarning mahalliy o'lishi.
- v) A'zo va to'qimalarning qon aylanishining buzilishi.
- g) Mexanik omillar ta'sirida to'qimalar butunligining buzilishi.
- d) Mexanik omillar ta'sirida suyak butunligining buzilishi.

240. Quyidagi shikastlovchi omillardan qaysi biri nekroz hosil qilmaydi?

- a) Mexanik.
- b) Termik.
- v) Ruhiy.
- g) Kimyoviy.
- d) Elektr ta'sirida.

241. Diabetli gangrena bo'lgan bemor qay tartibda tekshiriladi?

- a) Kasallik tarixi
- b) Bemor shikoyatlarini aniqlash.
- v) Maxsus tekshirish usullari.
- g) Qon, siydikning umumiy tahlili.
- d) Qon va siydikdagi qand miqdorini aniqlash.

242. Yara deb nimaga aytiladi?

- a) A'zo va to'qimalarning bir qismining o'lishi.
- b) Tananing bir qismining o'lishi.
- v) Ingichka kanalning biriktiruvchi to'qima bilan to'lishi.
- g) Terida va chuqurroq yotgan to'qimadan nuqson hosil bo'lishi.
- d) Teri va shilliq qavatning defektiga.

243. Quyidagilarning qaysi biri oqma yaralar deb aytiladi?

- a) Biror a'zodan sekretsiya ajralishi.
- b) Jinsiy a'zodan oqib chiqadigan mahsulot.
- v) To'qimaning yiringli parchalanishi va uning tashqariga ajralishi.
- g) Rivojlanish nuqsoni.
- d) Ingichka kanalning biriktiruvchi to'qima va epite-liy bilan to'lishi.

244. Quyidagilarning qaysi biri yotoq yara deb aytiladi?

- a) Zaiflashgan bemorlar tanasining doimiy bosilib turadigan joylarida qon aylanishi va asablarning siqilishi.
- b) A'zo va hujayralarning qonsizlanishi oqibatida chirishi.
- v) Nervalarning bosilishi natijasida to'qimalarda ro'y beradigan neyrotrofik o'zgarishlar.
- g) Dumg'aza, tovon, kurak, bo'yin sohasidagi har qanday chirishlar.
- d) Tananing har qanday sohasidagi yiringli chirishlar.

245. Quyidagi kasalliklarning qaysi birida qon aylanishining buzilishi oqibatida yara hosil bo'ladi?

- a) Qandli diabetda.
- b) Singada.
- v) Avitaminozlarda.
- g) Anemiyada.
- d) Venalarning varikoz kengayishida.

246. Quyidagi kasalliklarning qaysi birida modda almashinishining buzilishidan yara hosil bo'ladi?

- a) Venalarning varikoz kengayishi.
- b) Tromboz.
- v) Emboliya.
- g) Qandli diabet.
- d) Surunkali tromboflebit.

247. Quyidagi kasalliklarning qaysi birida trofik yaralar hosil bo'ladi?

- a) Sil kasalligida.
- b) Zaxm kasalligida.
- v) Aktinomikozda.
- g) Moxov kasalligida.
- d) Orqa miya falajida.

248. Quyidagi kasalliklarning qaysi birida spetsifik yaralar hosil bo'ladi?

- a) Orqa miya falajida.
- b) Nervning jarohatlanishida.
- v) Falajlanishda.
- g) Orqa miya jarohatida.
- d) Sil kasalligida.

249. Stoma degani nima?

- a) Tug'ma oqma yara.
- b) Ichki oqma yara.
- v) Operatsiya orqali hosil bo'lgan sun'iy tashqi oqma.
- g) Orttirilgan patologik oqma.
- d) A'zolararo oqma yara.

250. Quyidagilarning qaysi biri tug'ma oqma yaralar?

- a) Chokli oqma.
- b) Suyak iligining yallig'lanishidan kelib chiqan oqma.
- v) Ichakning «Labsimon» oqma yarasi.
- g) Gastrostoma.
- d) Kindik oqma yarasi.

251. Qaysi oqmalar patologik orttirilgan oqmalarga kiradi?

- a) Bo'yinning o'rtasida joylashgan oqma yara.
- b) Bo'yinda joylashgan jabrali yara qoldig'i oqmasi.
- v) Kindik oqma yarasi.
- g) Anomal bronx-qizilo'ngach oqma yarasi.
- d) Ichakning «Labsimon» oqma yarasi.

252. Qaysi oqmalar sun'iy orttirilgan oqmalarga kiradi?

- a) Suyak iligining yallig'lanishidan kelib chiqqan oqma yara.
- b) Chokli oqma yara.
- v) Kindik oqma yarasi.
- g) Jarohatdan keyingi rektovaginal oqma yara.
- d) Gastrostoma.

253. Qandli diabet kasalligi bor bemor 0 ni (83 yoshda) avtomobil halokatidan umurtqasi sinishi bilan orqa miya faoliyati buzilgan. Bir oydan so'ng bemorning dumg'aza va panja barmoqlari sohasida trofik yara paydo bo'ldi. Qovuq faoliyati buzilishi natijasida qovuqqa sun'iy oqma qo'yildi. 1,5 oydan keyin uning ikkala oyog'ida qandli diabet asorati — nekroz paydo bo'ldi. Operatsiya qilinib, bemorning bir oyog'i olib tashlanganidan 5 kun o'tgach, u o'ldi. Yotoq yaraning rivojlanishining asosiy sababi nima?

- a) To'qimadagi asab tolalari faoliyatining buzilishi.
- b) To'qimada qon aylanishining buzilishi.
- v) Organizmning zaiflashuvi.
- g) Bemorning keksaligi.
- d) Bemorga profilaktik choralarning ko'rsatilmaganligi hamda tegishli parvarish qilinmagani.

254. Oyoq barmoqlarida yara hosil bo'lishi quyidagilardan qaysi biriga bog'liq?

- a) Qon aylanishining buzilishiga.
- b) Limfa almashinuvining buzilishiga.
- v) Oyoq innervatsiyasining buzilishiga.

- g) Modda almashinuvining buzilishga.
- d) Infeksiya tushishiga.

255. Epitsistomiya — bu nima?

- a) Qovuqning tashqi oqma yarasi.
- b) Katetr qovuqqa siydik ajratuvchi kanal orqali kiritilgan.
- v) Katetr qovuq ustki sohasidan teshib kirgizilgan.
- g) Qovuqni punksiya qilish.

256. Qand kasalligi asorati nekrozining oldini olish uchun qanday profilaktik davo choralarini qo'llash kerak?

- a) Antibiotiklar bilan davolash.
- b) Umumiy quvvatlantiruvchi bilan davolash.
- v) Zaharsizlantiruvchi dorilar bilan davolash.
- g) Qonda qand miqdorini me'yoriga keltirish.
- d) Qon quyib davolash.

257. Yara kasalligini mahalliy davolashda tripsin, ximotripsin, ronidaza qo'llaniladi. Ular quyidagilarning qaysi turiga kiradi?

- a) Antibiotiklarga.
- b) Proteinolitik fermentlarga.
- v) Garmonal dorilarga.
- g) Biologik quvvatlantiruvchilarga.
- d) Sulfanilamid guruhlariga.

Bosh, og'iz bo'shlig'i shikastlari va kasalliklari

258. Bemor quruvchi bo'lib, ish vaqtida 10 metr balandlikdan yiqilib tushdi. U boshi bilan urilib hushidan ketib, to'xtovsiz qusmoqda. Umumiy ko'zdan kechirganda bemorning ahvoli og'ir, tomir urushi sust, qon bosimi pasaygan, tana harorati yuqori, o'ng qo'li ishlamaydi. Boshining chap qismi shishgan. Sizning tashxisingiz?

- a) Bosh miya chayqalishi.
- b) Bosh yumshoq to'qimalarining lat yeyishi.
- v) Bosh miyaning siqilishi.
- g) Bosh miyaning lat yeyishi.
- d) Bosh suyagining asosi sinishi.

259. Bemor ko'chada o'tayotib mashinaga boshi bilan urilib yiqildi va hushini yo'qotdi. Yarim soatdan keyin hushiga keldi va qattiq bosh

og'rig'ini sezdi, boshi aylanib, ikki marta qayt qildi. Ko'zdan kechirilganda: bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, es-hushi joyida, savolga to'g'ri javob berayapti. Yurak urishi 1 daqiqada 65 marta ritmik. Qon bosimi 100/70 mm ga teng, ko'z qorachig'i bir xil. Tishlarini bir-biriga mahkam bosa oladi. Oyoq-qo'li falajlanmagan. Quyidagi belgilarning qaysi biri bosh miya chayqalishiga to'g'ri keladi?

- a) Anezokariya.
- b) Oyoq-qo'lning falajlanishi.
- v) Tana haroratining ko'tarilishi.
- g) Retrograd amneziyasi — hushdan ketib xotira yo'qolgan, taxikardiya.
- d) Bradikardiya.

260. Bosh miya chayqalgandan keyin qanday asorat yuz berishi mumkin?

- a) Oyoq-qo'l falajlanishi.
- b) Tutqanoq tutib qolishi.
- v) Bosh miya shishi va o'lim.
- g) Afaziya (gapira olmay qolish).
- d) Tinimsiz qusish.

261. Bosh miyaga qon quyilishini aniqlashda qaysi tekshirish usuli ko'proq ahamiyatli?

- a) Antiografiya.
- b) Kompyuterli tomografiya.
- v) Exoensefalografiya.
- g) Orqa miya kanalini punksiya qilish.
- d) UZI qilish.

262. Bemor 30 daqiqa hushidan ketganda unda bosh miya chayqalishining qaysi darajasi bo'ladi?

- a) I-darajasi.
- b) II-darajasi.
- v) III-darajasi.
- g) IV-darajasi.
- d) V-darajasi.

263. Bosh miya chayqalishini qanday davolash mumkin?

- a) Operatsiya bilan.
- b) Zaharsizlantiruvchi suyuqliklar quyish.

- v) Bemorga qat'iy yotish rejimi, degidratatsiya davo qo'llash.
- g) Ambulatoriya sharoitida davolash.
- d) Sanatoriya va kurortda davolash.

264. Bola yerga yuzi bilan yiqilib burni lat yedi, burundan qon oqmoqda. Shikastlanganda bemor hushdan ketmadi, burun paypaslab ko'rilganda shish, og'riq, g'ijirlash va burunning qiyshaygani aniqlandi. Sizning tashxisingiz?

- a) Burun suyaklarining sinishi.
- b) Bosh suyagining asosini sinishi.
- v) Bosh miyaning lat yeyishi.
- g) Bosh miyaning chayqalishi.
- d) Burunning mayda qon tomirlari shikastlangan.

265. Burun suyagining sinishi va burundan qon oqishni to'xtatish uchun nima qilish kerak?

- a) Burunni oldingi va opqa tamponada qilish.
- b) Burunga muz xaltacha qo'yish.
- v) Burunga dori tomizish.
- g) Qon to'xtatuvchi doridan inyeksiya qilish.
- d) Burunga paxta tiqib qo'yish.

266. Bosh miyaning ochiq shikastlanishi oqibatida miyaning yal- lig'lanishi nima deyiladi?

- a) Meningit.
- b) Ensifalit.
- v) Miya abssessi.
- g) Parotit.
- d) Sinus tromboz.

267. Pastki jag' chiqishi belgilari qaysilar?

- a) Og'iz yarim ochilgan, chapga yoki o'ngga qiyshayib qolishi.
- b) Deformatsiya paydo bo'lishi.
- v) Chaynashda og'riqning zo'rayishi.
- g) Paypaslab ko'rilganda pastki jag'da kripitatsiya aniqlanadi.
- d) Yuzning uzayib qolishi.

268. Pastki jag' singanda birinchi yordam ko'rsatish tartibi qanday?

- a) Iyakka sopqonsimon bog'lam qo'yish.
- b) Og'izga kaltakcha tishlatib yuqoriga bog'lam qo'yish.
- v) Bog'lam qo'ymasdan yotqizib transportirovka qilish.

- g) Entin shinasi qo'yish.
- d) Bog'lam qo'ymasdan o'tirg'izib transportirovka qilish.

269. Stomatit qanday kasallik?

- a) Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanishi.
- b) Tish ildizining yallig'lanishi.
- v) Milkning yallig'lanishi.
- g) Quloq oldi so'lak bezining yallig'lanishi.
- d) So'lak bezlarining yallig'lanishi.

**Bo'yin, kekirdak, qizilo'ngach shikastlari
va kasalliklari**

270. 25 yoshli yigit daryoga boshi bilan tashlab, boshi daryo tubiga urilib hushidan ketdi. Do'stlari uni suvdan olib chiqishdi. «Tez yordam» shifokori bemorni ko'rib, qon bosimi pastligini, puls sekinlashganini, qo'ldagi pay refleklari keskin susayib, oyoqda esa yo'qligini aniqladi. Bemorning es-hushi o'zida, ko'z qorachiq-lari kattalashgan, siydik ajratish to'xtagan. Bemorda qanday holat?

- a) Bo'yin umurtqalari singan va orqa miya funksiyasi buzilgan.
- b) Dumg'aza sohasidagi umurtqalar singan va orqa miya funksiyasi buzilgan.
- v) Qo'llar singan.
- g) Yelka chigali qisilgan.
- d) Bosh miya ezilgan.

271. Bemorni qaysi bo'limda davolash kerak?

- a) Jarrohlik bo'limida.
- b) Urologik bo'limida.
- v) Shikastlanish bo'limida.
- g) Neyroxirurgiya bo'limida.
- d) Reanimatsiya bo'limida.

272. Bo'yin umurtqalari singan bemorni kasalxonaga yuborishda qanday asoraflar yuzaga kelishi mumkin?

- a) Son suyagi sinishi.
- b) Siydik ajralishining tezlashuvi.
- v) Ichak tutilishi.
- g) Orqa miyaning qisilishi oqibatida qo'l-oyoq falaji.
- d) Son suyagining chiqib ketishi.

273. Bo'yin yirik vena qon tomirlari jarohatlanganda qanday asorat yuz berishi mumkin?

- a) Havo emboliyasi.
- b) Ko'p qon ketishi.
- v) Nafas bo'g'ilishi.
- g) Yurak to'xtashi.
- d) Hushdan ketish.

274. Kekirdak jarohatlanganda qanday belgilar aniqlanadi?

- a) Jarohatdan xirillagan ovoz chiqishi.
- b) Jarohatdan ko'p qon ketishi.
- v) Jarohatdan so'lak ajralishi.
- g) Nafas to'xtashi.
- d) Yurak to'xtashi.

275. Qizilo'ngach shikastlanganda qanday belgilar ko'riladi?

- a) Jarohatdan yutgan suvning ajralishi.
- b) Jarohatning nafas olishi.
- v) Ko'p qon ketishi.
- g) Havo emboliyasi.
- d) Nafas to'xtashi.

276. Sporodik buqoq qaysi mintaqalarda uchuraydi?

- a) Tog' oldi tumanlarida.
- b) Dengiz atrofidagi tumanlarda.
- v) Epidemik manba bor joyda.
- g) Hamma yerda bo'lishi mumkin.
- d) Cho'l mintaqalarida.

277. Tugunchali buqoqni qanday davolash mumkin?

- a) Yodli dori-darmonlar bilan.
- b) Radioizotop bilan.
- v) Operatsiya qilib.
- g) Garmonlar bilan.
- d) Quvvatlantiruvchi dori moddalar bilan.

278. Qalqonsimon bez operatsiyasida qanday asorat yuz berishi mumkin?

- a) Qon ketishi.
- b) Kekirdak jarohatlanishi.
- v) Hiqildoq-qaytuvchi nervini shikasti ovozning yo'qolishi.

- g) Qizilo'ngach jarohatlanishi.
- d) Yiringlash.

Ko'krak qafasi va ko'krak bo'shlig'i a'zolarining shikastlari va kasalliklari

279. Bemorning aytishicha, 15 daqiqa oldin pichoq bilan jarohatlangan. «Tez yordam» mashinasida kelgan shifokor bilan hamshira bemorni birga ko'zdan kechirganda, bemorning rangi oqarib lablari ko'kargan. Arterial qon bosimi 60/40 mm simob ustuniga teng, puls 115 ta. jarohat o'lchami 2,5-0,8 sm bo'lib, chap III — qovurg'alar oralig'ini qo'ltiq osti chizig'ida joylashgan. Jarohatdan alvon rang qon oqmoqda. Paypaslaganda «titroq tovushi» seziladi, o'pkaning yuqori qismida timpanik, o'rta va pastki qismida bo'g'iq tovush eshityapti. Bemorni davolash muassasasiga olib kelgunga qadar unga qanday yordam ko'rsatiladi?

- a) Jarohatga germetik bog'lam qo'yib, og'riqsizlantirib, yarim o'tirgan holatda transportirovka qilinadi.
- b) Bemorni kasalxonaga yotqizib olib boriladi.
- v) Yurakni yopiq uqalash.
- g) Ko'krak qafasini punksiya qilib qonni olish.
- d) «Og'izdan-og'izga» nafas berish.

280. Qaysi belgilar ochiq pnevmotoroksga xos?

- a) Ko'krak jarohatidan plevrage havo kirib-chiqib turadi.
- b) Plevrage havo bir marta kirib, so'ng havo kirmaydi ham, chiqmaydi ham.
- v) Plevra bo'shlig'iga havo kiraveradi, lekin qaytib chiqmaydi.
- g) Plevra bo'shlig'iga bronxlar orqali havoning kirishi.
- d) To'g'ri javob yo'q.

281. Qovurg'alar singanda qanday birinchi yordam ko'rsatiladi?

- a) Qovurg'alararo blokada qilinib, siqib bog'lanadi va yarim o'tirgan holda transportirovka qilinadi.
- b) Bemorga bog'lov qo'yilib yotqizib qo'yiladi.
- v) Bemorga yurak va nafasni yaxshilovchi dori qilinadi.
- g) Qon to'xtatuvchi dori yuboriladi.
- d) Morfin qilinadi.

282. 32 yoshli ayol zotiljam bilan kasallangan, ikki xaftadan keyin bemorda isitmasi +38,8°C ko'tarilib, holsizlik, nafas qisishi, qyppyq

yoʻtal paydo boʻlgan. Oʻpkani rentgenoskopiya qilinganda oʻng oʻpkaning pastki qismida yumaloq shakldagi diametr 6—7 sm, infiltrat holati aniqlanildi. Sizing tashxisingiz?

- a) Oʻchoqli zotiljam.
- b) Krupozli zotiljam.
- v) Oʻpka raki.
- g) Oʻpka abssessi.
- d) Oʻpka sili.

283. Bunday bemorga qanday davo chorasi qoʻllaniladi?

- a) Jarrohlik yoʻli bilan.
- b) Antibiotiklar bilan.
- v) Silga qarshi dorilar bilan.
- g) Hyp taʼsirida.
- d) Abssess boʻshligʻi punksiya qilinib, torakatsentiz qilib, yiring tashqariga oqiziladi.

284. Bemor ayol 38 yoshda, ikki oylik emizikli bolasi bor, sut bezi sohasida ogʻriqdan shikoyat qiladi. Koʻrilganda: chap sut bezi qattiqlashgan, areola atrofidagi teri qizargan va yaltiraydi. Paypaslab koʻrilganda areola osti yumshagani bilinib, shu yerda flyuktuatsiya seziladi. Sizing tashxisingiz?

- a) Mastitning infiltrat davri.
- b) Mastitning serozli davri.
- v) Mastitning gangrenozli davri.
- g) Subareolyar mastit.
- d) Retramammar mastit.

285. Subareolyar mastit qanday davolaniladi?

- a) Jarrohlik yoʻli bilan.
- b) Antibiotik yuborib.
- v) UVCH qilinadi.
- g) Qon quyiladi.
- d) Isituvchi kompress qilinadi.

286. Subareolyar mastitni operatsiya qilinganda qanday kesiladi?

- a) Koʻndalang kesiladi.
- b) Koʻndalang-qiyshiq kesiladi.
- v) Yoysimon kesiladi.

- g) Sut bezi so'rg'ichiga nisbatan radikal kesiladi.
- d) Sut bezi tagidan yoysimon kesiladi.

287. Mastitning infiltrativ davrida qanday davo qo'llaniladi?

- a) Sutni sog'ib isituvchi kompress. UVCH va antibiotik buyuriladi.
- b) Sut bezi jarrohlik yo'li bilan davolaniladi.
- v) Sutni tez-tez sog'ib turish.
- g) Qon quyish antibiotikoterapiya.
- d) Dezintoksikatsiyalovchi suyuqlik quyiladi.

Qorin devori, qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlari va kasalliklari

288. Qorin devori shikastlari — qorin muskulining yirtilishi qanday shikastda ko'p uchraydi?

- a) Qorin bilan balandlikdan suvga tushganda.
- b) Musht tushirganda.
- v) Avtomobil halokatida.
- g) Yiqilganda.
- d) Daraxtdan yiqilganda.

289. Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanish sabablari nima?

- a) Elektrotravma.
- b) Qorin devoriga mexanik ta'sirlar.
- v) Balandlikdan oyog'i bilan yiqilish.
- g) Buyrak lat yeyishi.
- d) Bosh bilan yiqilish.

290. Jigarning yopiq shikastlanishida nima kuzatiladi?

- a) Yo'talganda qon tupiradi.
- b) Qon qusish.
- v) Qorin bo'shlig'iga qon quyilishi, o'tkir kamqonlik belgilari.
- g) Qon bosimining oshishi, pulsning tezlashishi.
- d) Bemorda so'lak ajralishi ko'payadi.

291. Me'da shikastlanganda og'riq ko'proq qayerda bo'ladi ?

- a) Belda.
- b) Qorinning pastki qismida.
- v) Qorinning o'ng yarmida.

- g) Epigastral sohada.
- d) Qorinning hamma sohasida.

292. Qorin bo'shlig'i kavak a'zolari shikastlanganda qanday belgilar bo'lmaydi?

- a) «Xanjar urgandek» og'riq bo'lishi.
- b) Qorin devorining taxtasimon taranglashishi.
- v) Shyotkin—Blyumberg belgisi musbat.
- g) Siydikda qonning paydo bo'lishi.
- d) Tilning qurishi va karashlanishi.

293. Churra deb nimaga aytiladi?

- a) Qorin bo'shlig'i a'zolarini qorin pardaga o'ralgan holda anatomik teshiklardan tashqariga do'ppayib chiqib turishi.
- b) Qorin bo'shlig'i a'zolarini anatomik teshiklar orqali tashqariga chiqishi.
- v) Charvilarning qorin devoridagi teshiklardan chiqib turishi.
- g) Me'daning anatomik teshiklar orqali tashqariga do'ppayib chiqishi.
- d) Siydik qopchasini tashqariga teri ostidan chiqib qolishi.

294. Churra hosil bo'lishi uchun qanday tarkibiy qismlar bo'lishi shart?

- a) Churra xaltasi, darvozasi va churra hosil qiluvchi a'zo.
- b) Churra darvozasi.
- v) Churra xaltachasi.
- g) Churra hosil qiluvchi a'zo.
- d) Barchasi bo'lmasligi kerak.

295. Bemor 32 yoshda chap chov sohasida o'smasimon do'ppayishi borligi, u qorin bo'shlig'iga erkin kirishini aytdi, ko'rganimizda tashqi chov xalqasi ikki barmoq o'tkazadi. Yo'tal turtki belgisi musbat. Do'ppayish yopg'oqqa tushadi. Sizing tashxisingiz?

- a) Chap o'z joyiga tushadigan chov-yorg'oq churrasi.
- b) Chap chov limfadeniti.
- v) Chap to'g'ri chov churrasi.
- g) Chap chov churrasining tiqilib qolishi.
- d) Chap chov churrasi.

296. To'g'rilanadigan chov-yopg'oq churrasi qanday davolaniladi?

- a) Rejali operatsiya yo'li bilan.
- b) Shoshilinch operatsiya qilib.
- v) Konservativ davo qilinadi.
- g) Bandaj bilan davo qilinadi.
- d) Suspensorium bog'lami qo'yiladi.

297. Qaysi churralar operatsiyasiz davolaniladi?

- a) Chov-yopg'oq churrasi.
- b) Bolalardagi kindik churrasi.
- v) Operatsiyadan keyingi churralar.
- g) Diafragma churrasi.
- d) Son churrasi.

298. Peritonit qanday kasallik?

- a) Qorin pardasining yallig'lanish kasalligi.
- b) Me'da osti bezining yallig'lanishi.
- v) O't yo'lining yallig'lanishi.
- g) Ichaklarning yallig'lanishi.
- d) So'lak bezining yallig'lanishi.

299. Peritonitda qaysi davo usuli qo'llanilmaydi?

- a) Antibiotikoterapiya va dezintoksikatsiya.
- b) Operatsiya.
- v) Qondagi zaharni so'rib oluvchi apparat barokamera yordamida davolash.
- g) Hayot uchun zarur organlar faoliyatini tiklash.
- d) Fizioterapiya.

300. O'ng yonbosh sohasida o'tkir og'riq turishi qaysi kasallikda kuzatiladi?

- a) Ichak tutilishida.
- b) Buyrak sanchig'ida.
- v) To'g'ri ichak rakida.
- g) To'g'ri ichak yallig'lanishida.
- d) O'tkir appenditsitda.

301. Nima uchun homilador ayollarda o'tkir appenditsitning klinik ko'rinishi atipik kechadi?

- a) Mushaklarning yaxshi rivojlanmaganligi sababli.
- b) Mushaklarning himoyalovchi tarangligi yo'qligi uchun.
- v) Bachadon kattalashganligi sababli a'zolarining surilishi tufayli.
- g) Asab tolalarining yaxshi rivojlanganligi tufayli.
- d) Qorin mushaklarining taranglashishi tufayli.

302. Bemorning o'ng yonbosh sohasida simillagan og'riq paydo bo'lsa, siz nima qilasiz?

- a) Issiq qo'yamiz.
- b) Analgin tabletkasi beramiz.
- v) Spazmolitik dorilar beramiz.
- g) «Tez yordam» mashinasi chaqiramiz.
- d) Tozalovchi huqna qilamiz.

303. O'tkir appenditsit asoratiga nimalar kirmaydi?

- a) O'tkir entrokolit.
- b) Avj oluvchi peritonit.
- v) Appendikulyar infiltrat.
- g) Ichaklararo absesslar.
- d) Tarqoq peritonit.

304. O'tkir appenditsitda qanday belgilar bo'lmaydi?

- a) Shchyotkin-Blyumberg belgisi.
- b) Sitkovskiy belgisi.
- v) Voskresenskiy belgisi.
- g) Ortner belgisi.
- d) Rovzing belgisi.

305. 31 yoshli bemor ayol o'ng yonboshi sohasidagi og'riq bilan shifoxonaga yotqizilgan. Kasallik bemorni shifoxonaga yotqizishdan 5 kun avval boshlangan. Yotqizilgandagi klinik holat o'tkir appenditsitga to'g'ri keladi. Qorinni paypaslab ko'rilganda o'ng yonbosh sohasida kattaligi 10x14 smli, qattiq konsistensiyali o'smasimon narsa aniqlanadi. Sizning tashxisingiz ?

- a) Appendikulyar infiltrat.
- b) Peritonit.
- v) Ko'richak o'sma kasalligi.
- g) Absess.
- d) Ichak tutilishi.

306. Appendikulyar infiltrat qanday davolaniladi?

- a) Shoshilinch operatsiya qilinib.
- b) Vrach nazoratida konservativ—yotqizib antibiotik va soʻriluvchi davo qilinadi.
- v) Rejali operatsiya qilib.
- g) Drenaj qoʻyib davolaniladi.
- d) Uyda davolanadi.

307. 36 yoshli bemor N. epigastral sohada «xanjar sanchgandek» kuchli ogʻriqdan shikoyat qilmoqda. Ogʻriq bemor ovqatlangandan soʻng behosdan paydo boʻlgan. Har qanday harakat ogʻriqni kuchaytiradi. Bemorning ahvoli oʻrtacha, oyoqlarini qorniga yigʻib oʻng tomonga yonboshlab yotibdi. Rangi oqargan, sovuq ter bosgan. Qorin tarang, nafas aktida ishtirok qilmaydi, paypaslanganda qattiq ogʻriydi. Qorin devori qattiq «taxtasimon» taranglashgan. Shchyotkin—Blyumberg belgisi qorinning hamma yerida musbat. Siz qanday tashxis qoʻyasiz?

- a) Oʻtkir xoletsistit.
- b) Meʼda yarasining teshilishi.
- v) Oʻtkir appenditsit.
- t) Oʻtkir pankreatit.
- d) Ichak tutilishi.

308. Meʼda yarasi teshilganda qanday birinchi yordam beriladi?

- a) Ogʻriq qoldiruvchi dorilar yuboriladi.
- b) Meʼda yuviladi.
- v) Tozalov va sifonli huqna qilinadi.
- g) Yurakni yaxshilovchi dorilar yuboriladi.
- d) Dori-darmon yubormasdan zudlik bilan jarrohlik boʻlimiga yotqizilgan holda olib boriladi.

309. Meʼda yarasi teshilganda aniq tashxis qoʻyish uchun qanday tekshirish oʻtkaziladi?

- a) Qon va siydik tahlili.
- b) Rentgenologik tekshirish.
- v) Perkussiya qilib.
- g) Paypaslab koʻrib.
- d) Qonni biokimyoviy tekshirish.

310. Meʼda yarasi teshilganda qanday davo qilinadi?

- a) Jarrohlik yoʻli bilan teshilgan yara tikilib qorin boʻshligʻi drenajlanadi.

- b) Yara rezeksiya qilinib olib tashlanadi.
- v) Konservativ davo qilinadi.
- g) Antibiotiklar yuboriladi.
- d) Yara rezeksiya qilinib ichak anastomozi qilinadi.

311. Bemor 25 yoshda o'n ikki barmoqli ichak yarasi bor. Unda ko'z oldi qorong'lashishi, bosh aylanishi, quloq shang'illashi, og'iz qurishi boshlanib «kofe quyqasi» rangida qayt qildi, axlati qorayib ketgan. Siz qanday tashxis qo'yasiz?

- a) Gemorragik gastrit.
- b) Qizilo'ngach venalaridan qon ketishi.
- v) 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketishi.
- g) Ichaklarda qon ketishi.
- d) Me'da raki parchalanishidan qon ketishi.

312. To'g'ri tashxis qo'yish uchun nima qilish kerak?

- a) Me'da shirasini tekshirish.
- b) Rentgenologik tekshirish.
- v) Klinik tekshirish.
- g) Qonni laboratoriyada tekshirish.
- d) Gastrofibroskopiya qilish.

313. Agar o'ng qovurg'a ostida qattiq og'riq bo'lib, u o'ng yelka va kurakka berilsa, tana harorati ko'tarilib, bemor safro qussa va ertasiga terisi sarg'aysa, qanday tashxis qo'yasiz ?

- a) Botkin kasalligi.
- b) O'tkir toshli xoletsistit.
- v) Me'da yarasining teshilishi.
- g) Me'da yarasining me'da osti beziga penitratsiyalanishi.
- d) O'tkir pankreatit.

314. Bemorda epigastral sohasida kamarsimon og'riq paydo bo'lgan, ko'ngli aynib qusdi, tana harorati ko'tarildi, qorin aortasi pulsatsiyasi yo'qolgan. Siz qanday tashxis qo'yasiz?

- a) Meda yarasining teshilishi.
- b) O'tkir xoletsistit.
- v) Me'da yarasining xuruji.
- g) O'tkir pankreatit.
- d) Ichak tutilishi.

315. Pankreatitda qon va siydikda qanday o'zgarish yuz beradi?

- a) Qon taxlilida eritrotsitlar kamayadi.
- b) Siydikda oqsil paydo bo'ladi.
- v) Qonda diastaz miqdori ortadi va siydikda diastaz paydo bo'ladi.
- g) Qonda bilirubin miqdori ortadi.
- d) Qonda mochevina miqdori ortadi.

316. 31 yoshli bemor qornidagi kuchli og'riq va undagi do'ppayishdan shikoyat qilib shifoxonaga yotqizilgan. Kasallik ikki soat oldin, o'tkir holda boshlangan. Yel chiqmayapti. Ichi bir kun oldin kelgan, ya'ni kasal bo'lmasdan oldin. Bemor og'riqning zo'ridan o'zini qo'yishga joy topolmaydi. Ko'rilganda: terisi oqargan, tili quruq bo'lib, oq karash bilan qoplangan. Qorin qappaygan, assimetrik holatda, chap tomoni pasayib, o'ng tomoni ko'tarilgan. Qorinda kuchli og'riq bor. Qorin eshitib ko'rilganda ichak peristaltikasi ya'ni ichak devorining to'lqisimon harakati kuchaygan, og'riq peristaltika bilan barobar kuchayib, so'ng kamayadi. Qorinni perkussiya qilinganda o'ng tomonda timpanik bo'lib, u eshitilganda «Oqib tushayotgan tomchi» ni eslatadi. To'g'ri ichak tekshirilganda to'g'ri ichak ampulasi bo'sh, tortilgan sfinkteri ochiq. Sizning tashxisingiz?

- a) O'tkir appenditsit.
- b) Ichak tutilishi.
- v) O'tkir peritonit.
- g) O'tkir pankreatit.
- d) O'tkir xoletsistit.

317. Bemorda ichak tutilishining qaysi turi bo'lishi mumkin?

- a) Paraletik ichak tutilishi.
- b) Spastik ichak tutilishi.
- v) Strangulyatsion ichak tutilishi.
- g) Obturatsion ichak tutilishi.
- d) Chandiqli ichak tutilishi.

318. Ichak tutilishida aniq tashxis qo'yish uchun qanday qo'shimcha tekshirish o'tkaziladi?

- a) Laparoskopiya.
- b) Gastrofibroskopiya.
- v) Rentgenologik tekshirish.
- g) UZI tekshiruvi.
- d) Rektogonoskopiya.

319. Ichak tutilishida rentgenologik tekshirishda qanday belgi ko'riladi?

- a) Ichakda gaz yirg'ilishi.
- b) «Kloyber kosachasi» belgisi.
- v) Diafragma ostida erkin gaz borligi.
- g) Me'da chiqish qismining torayishi.
- d) Me'da «To'liqish nuqsoni» belgisi.

320. Strangulyatsion ichak tutilishi qanday davolanadi?

- a) Operatsiya yo'li bilan.
- b) Ichakni tozalab yuvish bilan.
- v) Ichakni harakatlantirish uchun prozerin yuborish bilan.
- g) Me'dani yuvish bilan.
- d) Antibiotik yuborish bilan.

321. Ichak tutilishi tasnifiga nima kirmaydi?

- a) Dinamik ichak tutilishi.
- b) Paraletik ichak tutilishi.
- v) Spastik ichak tutilishi.
- g) Mexanik—strangulyatsion va obturatsion ichak tutilishi.
- d) Girshprung kasalligi.

322. Bavosil qanday kasallik?

- a) To'g'ri ichak venasining varikoz kengayishi.
- b) To'g'ri ichak o'sma kasalligi.
- v) To'g'ri ichak yallig'lanish kasalligi.
- g) To'g'ri ichak oldi kletchatkasining yiringli yallig'lanishi.
- d) Portal gipertenziya.

323. Bavosilni qaysi holatda operatsiya qilish kerak?

- a) Homiladorlikdagi bavoilda.
- b) Gemarroidal tugunlar yallig'lanishida.
- v) Keksalar bavoilida.
- g) To'xtovsiz qonashida.
- d) Bavosil tuguni qisilib qolganda.

324. Paroproktit qanday kasallik?

- a) To'g'ri ichak oldi kletchatkasining yiringli yallig'lanishi.
- b) To'g'ri ichak vena qon tomirining varikoz kengayishi.
- v) Me'da osti bezining yallig'lanishi.

- g) Quloq oldi soʻlak bezining yalligʻlanishi.
- d) Toʻgʻri ichak shilliq qavatining yalligʻlanishi.

325. Paroproktitning qaysi turi boʻlmaydi ?

- a) Teri osti turi.
- b) Toʻgʻri ichak ichi turi.
- v) Ishiorektal turi.
- g) Pelvio-rektal turi.
- d) Toʻgʻri ichak venasi yalligʻlanish turi.

326. Paroproktit qanday davolaniladi ?

- a) Jarrohlik yoʻli bilan.
- b) Antibiotikoterapiya.
- v) Konservativ yoʻl bilan.
- g) Fizioterapiya yoʻli bilan.
- d) Hamma usullar qoʻllaniladi.

327. Bemor 18 yoshda. Ogʻir ahvolda keltirildi. Olib kelgan odamlarning gapiga qaraganda mashina tagida qolgan. Hushini yoʻqotmagan, quvvaqtdan qolgan, boshi aylanadi, koʻngli ayniydi, chap bel sohasida kuchli ogʻriq, bel sohasining chap tomoni va qornining pasti shishgan, siydik qon aralash. Koʻzdan kechirilganda tili quruq, toza, qorni simmetrik, nafas olishda oʻrtacha qatnashadi. Paypaslab koʻrilganda qorinning oʻng yarmida va chap yonbosh sohasida oldingi qorin devor mushaklarining ogʻriqli boʻlishi va taranglashgani qayd qilinadi. Buyraklar qoʻlga unnamaydi. Chap bel sohasida qizarish, aniq koʻrinib turadigan gematoma bor. Bemor ahvoli tobora yomonlashmoqda. Terisi va shilliq qavatlari oqargan, sovuq ter bosgan. Arterial bosim 80/60 mm simob ustunida tobora pasayib bormoqda.

Tashxisni aniqlang?

- a) Bel mushaklarining lat yeyishi.
- b) Chap buyrakning ezilishi va ichki qon oqish, oʻtkir kamqonlik.
- v) Buyrak oldi kletchatkasiga qon quyilishi.
- g) Bel umurtqasining sinishi.
- d) Bel yumshoq toʻqimalari gematomasi.

328. Buyrak shikastlariga qanday birinchi yordam koʻrsatiladi?

- a) Shoshilinch operatsiya qilib davolaniladi.
- b) Konservativ davo qilinadi.

- v) Antibiotiklar qilinadi.
- g) Zararsizlantiruvchi suyuqliklar quyiladi.
- d) Qon quyiladi.

329. Buyrak butunlay ezilgan qanday operatsiya qilinadi?

- a) Nefrektomiya.
- b) Pielotomiya.
- v) Sistotomiya.
- g) Nefrolitotomiya.
- d) Sistotoma.

330. Sistit qanday kasallik?

- a) Qovuqning yallig'lanishi.
- b) Buyrak jomining yallig'lanishi.
- v) Buyrak nefronining yallig'lanishi.
- g) Siydik nayining yallig'lanishi.
- d) Siydik ajratish kanalining yallig'lanishi.

331. Paraneprit qanday kasallik ?

- a) Buyrak oldi kletchatkasining yallig'lanishi.
- b) Quloq oldi so'lak bezining yallig'lanishi.
- v) Me'da osti bezining yallig'lanishi.
- g) To'g'ri ichak oldi kletchatkasining yallig'lanishi.
- d) Qorin pardaning yallig'lanishi.

332. Buyrak tosh kasalligining asosiy belgisi qanday?

- a) Bexosdan bel sohasida sanchiqli og'riq va siydikda qon paydo bo'lishi.
- b) Belda sim-sim og'riq bo'lishi.
- v) Siydikda oqsilning paydo bo'lishi.
- g) Siydikda leykotsitlarning ko'payishi.
- d) Qon bosimining ko'tarilishi.

333. Buyrak tosh kasalligiga aniq tashxis qo'yishda qanday zamonaviy usul qo'llaniladi?

- a) Ekskretor urografiya qilib.
- b) UZI apparati yordamida (UTT).
- v) Rentgenografiya usuli.
- g) Kontrastli urografiya.
- d) Sistografiya qilib.

334. Buyrak jomidan toshni olib tashlash operatsiyasi nima deyiladi?
- Pielolitotomiya.
 - Nefrolitotomiya.
 - Sistolitotomiya.
 - Nefroektomiya.
 - Sistotoma.
335. Prostata bezi adenoma kasalligi ko'pincha kimlarda uchraydi?
- 50—60 yoshda ko'p uchraydi
 - 70 yoshda ko'p uchraydi.
 - Yosh bolalarda ko'p uchraydi.
 - O'rta yoshlarda ko'p uchraydi.
 - 25 yoshlarda ko'p uchraydi.
336. Prostata bezi adenomasini olib tashlash operatsiyasi ko'proq necha bosqichda olib boriladi?
- I-bosqichda.
 - II-bosqichda.
 - III-bosqichda.
 - IV-bosqichda.
 - V-bosqichda.
337. Tendovaginit qanday kasallik?
- Pay qinining yallig'lanishi.
 - Barmoq kletchatkasining yiringli yallig'lanishi.
 - Suyak qobig'ining yiringli yallig'lanishi.
 - Barmoq terisining yallig'lanishi.
 - Milgakning yallig'lanishi.
338. Panaritsiyaning qanday turlari bo'lmaydi?
- Teri osti formasi.
 - Tirnoq oldi turi.
 - Pay va bo'g'im formasi.
 - Suyak formasi.
 - Tendovaginit.
339. Oyoq venalarining varikoz kengayishi kimlarda ko'proq uchraydi?
- Tik turib ishlovchi odamlarda va homilador ayollarda.
 - Ko'p o'tirib ishlovchilarda.

- v) Ko'p yotgan bemorlarda.
- g) Sport bilan shug'ullanuvchilarda.
- d) Og'ir mehnat qiluvchilarda.

340. Bemor 48 yoshda ba'zi-ba'zida 500 metrcha yurgandan keyin oyogi og'rishidan shikoyat qiladi. 18 yildan beri chekadi, kuniga 1 pachkadan kam emas. Ko'rilganda: Oyoq terisi oqargan, paypaslanganda sovuq oyoq panjasining ustidagi arteriya pulsatsiyasi aniqlanmaydi, tizza osti va son arteriyalarining pulsatsiyasi aniqlaniladi. Sizing tashxisingiz?

- a) Oliteratsiyalovchi ateroskleroz.
- b) Obliteratsiyalovchi endartrit.
- v) Artrit.
- g) Revmatizm poliartriti.
- d) Venalarning varikoz kengayishi.

341. Obliteratsiyalovchi aterosklerozda qanday tamxis qo'yiladi?

- a) Qondagi xolestirin miqdori, protrombin indeksi aniqlanadi.
- b) Angiografiya qilinadi.
- v) Rentgenografiya qilinadi.
- g) Qondagi qand miqdori aniqlanadi.
- d) Qondagi bilirubin aniqlanadi.

342. Obliteratsiyalovchi aterosklerozda qanday davo qo'llanilmaydi?

- a) Spazmalitiklar.
- b) Vitaminlar.
- v) Antikoagulyantlar.
- g) Mikrotsirkulyatsiyani yaxshilovchi moddalar, operatsiya.
- d) Qonning ivishini oshiruvchi dorilar.

343. Obliteratsiyalovchi endartrit ko'proq qanday odamlarda uchraydi?

- a) Ko'p ichuvchi va chekuvchi yosh yigitlarda.
- b) Katta yoshdagi erkaklarda.
- v) Homilador ayollarda.
- g) Ko'p tik ishlaydigan yoshlarda.
- d) Revmatizm bilan kasallanganlarda.

344. Yurganda boldirda og'riq paydo bo'lib, uning 3 —4 daqiqam dam olgandan keyin yo'qolishi qaysi kasallikka xos?

- a) Bel-dumg'aza radikuliti.
- b) Filoyoqlikka.
- v) Varikoz kasallikka.
- g) Osteoxondrozga.
- d) Obliteratsiyalovchi endartritga.

Reanimatsiya asoslari

345. Reanimatologiya qanday fan?

- a) Hayotga qaytaraman degan ma'noni bildiradi.
- b) Bemorlarni tiriltirish va og'ir holatdan chiqazish usullarini o'rgatuvchi fan.
- v) Biologik o'limdan tiriltirish usullarini o'rgatuvchi fan.
- g) Bemor hayotini o'rgatuvchi fan.
- d) Bemorlarni jonlantirish haqidagi fan.

346. Rossiyada birinchi marta sun'iy nafas berish, yurakni uqalash, arteriya ichiga qon quyish va yurak ichiga dori yuborish hamda yupakni defibrilyatsiya qilishni qo'llashni kashf etganligi uchun davlat mukofotiga sazovor bo'lgan olim kim?

- a) V.A. Negovskiy.
- b) S.S. Bryuxonenko.
- v) P.V. Postnikov.
- g) D. Bernulli.
- d) V.P. Denisov.

347. Nafas va yurak to'xtagandan so'ng necha daqiqagacha tiriltirish mumkin?

- a) 5—6 daqiqagacha.
- b) 10—20 daqiqagacha.
- v) 8—9 daqiqagacha.
- g) 30—40 daqiqagacha.
- d) 60 daqiqagacha.

348. Nafas to'xtaganda sun'iy nafas berishda necha marta 1 daqiqada nafas beriladi?

- a) 16—20 marta.
- b) 10—12 marta.
- v) 40—50 marta.
- g) 20—30 marta.
- d) 5—6 marta.

349. Yurak to'xtaganda yopiq uqalashda 1 daqiqada necha marta yurak uqalanadi?

- a) 20—30 marta.
- b) 60 marta.
- v) 76 marta.
- g) 80—90 marta.

350. Koma holati deb nimaga aytiladi?

- a) Og'ir holat bo'lib, bemorning es-hushi yo'q, reflekslar bo'lmaydi.
- b) Bemorning hushi joyida, lekin tormozlangan bo'ladi.
- v) Bemor hushi kirdi-chiqdi bo'ladi.
- g) Bemorning hushi joyida, lekin yurak faoliyati buzilgan.
- d) Bemorning hushi joyida bo'lib, nafas faoliyati buzilgan bo'ladi.

351. Diabet komasiga xos bo'lgan belgilar qaysi?

- a) Teri nam, ko'z olmachasi bosimi baland.
- b) Teri va shilliq qavatining quruqligi, ko'z olmachasi yumshoq, atseton hidining kelishi.
- v) Terining sarg'ayishi, badanda yulduzchalar, qon quyilishi.
- g) Terida azot kristallarining aniqlanishi, mochevina hidining kelishi.
- d) Teri nam ko'z olmachasi bosimi past, mochevina hidining kelishi.

352. Uremik komaga xos bo'lgan belgilar qaysi?

- a) Terida azot kristalining aniqlanishi, mochevina hidining kelishi.
- b) Teri va shilliq qavatining quruqligi, ko'z olmachasi yumshoq, atseton hidining kelishi.
- v) Teri nam, sarg'aygan, mochevina hidi kelishi.
- g) Terining sarg'ayishi, badanda yulduzchalar, qon quyilishi.
- d) Teri nam, ko'z olmachasi bosimi baland.

353. Jigar komasiga xos bo'lgan belgilarni ko'rsating.

- a) Terining sarg'ayishi, badanda yulduzchalar, qon quyilishining paydo bo'lishi.
- b) Teri nam, ko'z olmachasi bosimi baland.

- v) Teri va shilliq qavatining quruqligi, ko'z olmachasi yumshoq, atseton hidining kelishi.
- g) Terida azot kristalining aniqlanishi, atseton hidining kelishi.
- d) Terida nam, azot kristallarining aniqlanishi.

354. Gipoglikemik komaga xos belgilar qanday?

- a) Teri nam, ko'z olmachasi bosimi baland.
- b) Teri va shilliq qavatining quruqligi, ko'z olmachasi yumshoq.
- v) Terida azot kristalining aniqlanishi, atseton hidining kelishi.
- g) Terining sarg'ayishi, badanda yulduzchalar, qon quyilishi paydo bo'lishi.
- d) Terida nam, azot kristallarining aniqlanishi.

355. Gipoglikemik komada reanimatsiya tadbirlari.

- a) Insulin 20 TB yuborish.
- b) Insulin 40 TB yuborish.
- v) Glyukoza 40%-40,0 venaga yuborish.
- g) Laziks 4,0 muskul orasiga.
- d) Poliglyukin tomchilab venaga quyish.

356. Giperglikemik — diabet komasida qon tahlilida nima aniqlaniladi?

- a) Leykotsitoz.
- b) Neytrofilyoz.
- v) Y-hujayralar.
- g) Keton tanachalari.
- d) Qand miqdorining oshib ketishi.

357. Jigar komasida qon tahlilida nima aniqlaniladi?

- a) Keton tanachalari.
- b) Mochevina.
- v) Qand miqdorining oshishi.
- g) Umumiy oqsilning kamayishi.
- d) Leykotsitoz.

358. Giperglikemik komasida qanday dorilar ishlatiladi?

- a) Glyukoza - 40%—20,0 vena ichiga.
- b) Insulin 40 TB vena ichiga.

- v) Natriy bikarbonat 4%—100,0 vena ichiga.
- g) Glyukoza 5%—200,0 vena ichiga.
- d) Reopoliglyukin 400 vena ichiga.

359. Qanday shok bo'lmaydi?

- a) Kuyish shoki.
- b) Travmatik shok.
- v) Postgemorragik shok.
- g) Elektroshok.
- d) Giperglikemik shok.

360. Shokning erektil bosqichida bemorda qanday o'zgarish bo'ladi?

- a) Ko'z qorachig'i kengaygan, yuzlari qizargan, qo'zg'algan, A/B birmuncha baland.
- b) A/B 100/60 mm simob ustuni puls tezlashgan, terisi oqargan.
- v) Bemor areaktiv, savollarga javob bermaydi, A/B 90/50 mm simob ustunida, puls tezlashgan 120 marta.
- g) Bemorning rangi bo'zargan, sovuq ter bosgan, kam gapiradi.
- d) Bemor savollarga qiyinchilik bilan javob beradi, terisi oqargan, puls 130 marta ipsimon.

361. Shokda birinchi yordam berish tartibi qanday bo'ladi?

- a) Ta'sir qiluvchi omilni bartaraf qilish, og'riqsizlantirish, yurak va nafas faoliyatini yaxshilovchi dorilar yuborish.
- b) Qon quyish, og'riqsizlantirish.
- v) Transport shinasi qo'yish.
- g) Og'riqsizlantirish, ta'sir etuvchi omilni bartaraf qilish.
- d) Qon to'xtatish.

362. Qonga ta'sir qiluvchi zaharli moddalar qaysilar?

- a) Is gazi, seletra, anilin.
- b) Alkogol, narkotiklar.
- v) Og'ir metall tuzlari, margumush.
- g) Alkoloid saqllovchi o'simliklar.
- d) Kislotalar va ishqorlar.

363. Asabga ta'sir qiluvchi neyrotoksik zaharli moddlarga qaysilar kiradi?

- a) Alkogol, narkotiklar.
- b) Selitra, is gazi, anilin.
- v) Og'ir metall tuzlari va margumush.
- g) Alkaloid saqlovchi o'simliklar guruhi.
- d) Konsentratsiyasi yuqori kislota va ishqorlar.

364. Buyrak va jigar funksiyasini buzuvchi zaharli moddlarga qaysilar kiradi?

- a) Og'ir metall tuzlari va margumush.
- b) Is gazi, selitra, anilin.
- v) Alkaloid saqlovchi o'simliklar.
- g) Konsentratsiyasi yuqori kislota va ishqorlar.
- d) Alkogol, narkotiklar.

365. Yurak faoliyatini buzuvchi zaharli moddalarga qaysilar kiradi?

- a) Alkaloid saqlovchi o'simliklar guruhi.
- b) Anilin, selitra, is gazi.
- v) Alkogol, narkotiklar.
- g) Og'ir metall tuzlari va margumush.
- d) Konsentratsiyasi yuqori kislota va ishqorlar.

366. Oshqozon-ichak faoliyatini buzuvchi zaharlar qaysilar?

- a) Konsentratsiyasi yuqori kislota va ishqorlar.
- b) Is gazi, selitra, anilin.
- v) Alkogol, narkotiklar.
- g) Og'ir metall tuzlari va margumush.
- d) Alkaloid saqlovchi o'simliklar guruhi.

367. O'tkir zaharlanishda shoshilinch yordam ko'rsatishga qaysilar kiradi?

- a) Zudlik bilan zaharli moddani organizmdan chiqazib tashlash.
- b) Organizmni faol usulda ditoksikatsiya qilish.
- v) Maxsus antidodli davoni qo'llash.
- g) Simpatik davolash.
- d) Yuqoridagilarning barchasi.

368. Bemor sovuq suvga tushib ketib suvda cho'kdi. Tezda qutqarib olishganda bemorning rangi oqargan, nafas va yurak to'xtagan. Bemorda qanday cho'kish yuz bergan?

- a) Reflektor yurak—yurakning to'xtashi oqibatida « oq cho'kish».
- b) Bemor suv yutib nafas yo'llari suv bilan to'lib nafas, yurak to'xtagan.
- v) «Ko'k cho'kish».
- g) Bemor sovuq ta'sirida suvga cho'kib suv yutgan.
- d) Bemorda yurak to'xtab suvda cho'kkan.

369. «Oq cho'kishda» birinchi reanimatsiya tadbirlari qanday tartibda bo'ladi?

- a) Bemorni tezda yotqizib sun'iy nafas va yurak uqalash o'tkaziladi.
- b) Bemorning nafas yo'llaridan suv tushirilib, so'ngra reanimatsiya tadbirlari qilinadi.
- v) Bemorning tili tortilib, so'ngra reanimatsiya tadbiri o'tkaziladi.
- g) Bemorni yuqori nafas yo'lidan suv tushirilib, so'ngra sun'iy nafas beriladi.
- d) Yuragi defibrilyatsiya qilinadi.

370. Gipertermiya holati nima?

- a) Tana haroratining keskin ko'tarilishi.
- b) Tana haroratining 1° ga ko'tarilishi.
- v) Tana haroratining tushib ketishi.
- g) Tana haroratining normal holatdaligi.
- d) Tana haroratining 35° ga tushib ketishi.

371. Gipertermiyada birinchi yordam qanday bo'ladi?

- a) Yirik qon tomirlariga muz xaltacha qo'yilib, suyuqlik yuboriladi.
- b) Bemorni issiq o'rab, oyog'iga issiq qo'yiladi.
- v) Yurak-nafas faoliyatini yaxshilovchi dorilar yuboriladi.
- g) Qon quyiladi.
- d) Qon o'rnini bosuvchi suyuqlik quyiladi.

O'smalar sindromi

372. Quyidagi o'smalardan qaysi biri haqiqiy o'sma?

- a) Saraton.
- b) Buqoq.
- v) Gematoma.
- g) Exinokokk.
- d) Suvli shishi (istisqo).

373. Quyidagi belgilardan qaysi biri havfsiz o'smalarga xos?

- a) Qobiq bilan o'ralgan, sekin o'sadigani.
- b) Metastaz beradigani.
- v) Qo'shni a'zolar ichiga qarab o'sadigani.
- g) Qirqib olib tashlangandan so'ng qaytalanish xususiyati bor.
- d) Organizmni zaiflashtirib qo'yadigani.

374. Rak (saraton) oldi kasalliklariga kirmaydiganlari, qaysilar?

- a) Surunkali anatsid gastrit.
- b) Surunkali me'da yarasi.
- v) O'pka sili.
- g) Surunkali bronxit.
- d) Teri so'gali papillomasi, polipi, giperkeratozi.

375. Xavfsiz o'smani olib tashlash uchun asosiy ko'rsatkich bo'la olmaydigan belgilari

- a) Tez o'sishi.
- b) Kosmetik jihatdan noqulayligi.
- v) Malignizatsiyaga taxmin qilinganda.
- g) A'zoni siqib qo'yish uning ish faoliyatini buzsa.
- d) Yuzada joylashgani tufayli doim kiyimga ishqalanib shikastlanishi.

376. Xavfsiz o'smani olib tashlashning mutlaq ko'rsatkichlari, qaysilar?

- a) Sekin o'sishi.
- b) O'sma atrofining yallig'lanishi.
- v) Xavfsiz o'smaning xavfli o'smaga aylanish ehtimoli.
- g) O'smaning og'rishi.
- d) Kosmetik jihatdan noqulaylik.

377. Sanab o'tilgan kasalliklardan qaysi biri saraton oldi kasalligi hisoblanadi?

- a) Diabetli angiopatiya.
- b) Qaytalovchi churra.
- v) Surunkali qaytalovchi bronxit.
- g) Surunkali piyelonefrit.
- d) Tugunchali buqoq.

378. Xavfli o'smalar qaysilar?

- a) Fibroma, papiloma.
- b) Adenokarsinoma, sarkoma.
- v) Papiloma, xondroma.
- g) Bazalioma, osteoma.
- d) Lipoma, adenoma.

379. Sarkoma qaysi to'qimadan rivojlanadi?

- a) Yetilmagan biriktiruvchi to'qimadan.
- b) Tog'aydan.
- v) Eпитelial to'qimadan.
- g) Yog' to'qimadan.
- d) Bez to'qimadan.

380. Xavfli o'smaning qaysi holatida radikal operatsiya qilish mumkin?

- a) Faqat I va II bosqichda.
- b) I va IV bosqichida.
- v) III va IV bosqichida.
- g) Faqat IV bosqichida!
- d) Har qaysi bosqichida.

381. Quyidagilardan qaysi biri aralash o'smaga kiradi?

- a) Angioma, limfangioma, gemangioma.
- b) Gliomalar, nevrinomalar, ganglionevromalar.
- v) Fibroma, miksoma, adenomalar.
- g) Teratoid kista, teratoma, dermoid kista.
- d) Rak o'smalari, sarkoma.

382. Simptomatik davolash va palliativ operatsiya qaysi bosqichda o'tkaziladi?

- a) Faqat I bosqichda.
- b) II va III bosqichda.
- v) III ba'zan IV bosqichda.

- g) Faqat IV bosqichida.
- d) Har qaysi bosqichida.

383. Metastazali o'sma deb qaysi holatlariga aytiladi?

- a) Xavfliga aylanadigan o'smalar.
- b) O'sma atrofidagi a'zoga o'sib kiradigan o'sma.
- v) O'sma hujayralarining qon va limfa orqali tarqalishi va yangi o'smalar paydo bo'lishi.
- g) O'smaning operatsiyadan keyin qaytalanishi.
- d) O'smaning infiltratsiyadan o'sishi.

384. Embixin, lontan, urenat, ftorofur, ftoruratsil, sarkolizin kabitlar quyidagi guruhlarning qay biriga mansub?

- a) Gormonal dorilarga.
- b) Yallig'lanishga qarshi kimyoviy dorilarga.
- v) Antibiotiklarga.
- g) Xafl o'smalarga simptomatik davolovchi dorilarga.
- d) O'smalarning oldini olish uchun qo'llaniladigan dorilarga.

385. Shahar shifoxonasining jarrohlik bo'limiga chap ko'krak bezining fibroadenomasi tashxisi bilan bemor keltirildi. Ayol asosan bepust bo'lgan. Operatsiya vaqtida o'sma tezkor gistologik tekshiruvdan o'tkazilmagan. Operatsiyadan 7 kun keyin gistologik tekshiruv natijalari ayolda differensiyalangan adenokarsinoma borligini ko'rsatgan. Shundan so'ng radikal operatsiya o'tkazilgan. Keyin kimyoviy dorilar, nur va gormonal dorilar bilan davolangan. 5 yildan so'ng saraton kaxeziyasi va ko'plab metastazlar oqibatida bemor o'lgan. Tekshirish vaqtida xavfli o'smani aniqlash uchun qaysi tekshirish usullarini qo'llash zarur edi?

- a) Sut bezining R-grafiya (mammografiya) si.
- b) Sut bezining ultratovush bilan tekshirish.
- v) Sut bezining tomografiyasi.
- g) O'smadan punktsiya qilib olingan hujayralarni sitologik tekshirish.
- d) Operatsiya vaqtida o'sma hujayralarini zudlik bilan gistologik tekshirish.

386. Sut bezi saratoniga taxmin qilinayotgan bemorni tekshirish qaysi reja asosida olib borilishi kerak?

- a) Paypaslab, tukillab ko'rish.
- b) Shikoyatlari va kasallik tarixini yozib borish.
- v) Sitologik tekshirish uchun o'smani punktsion biopsiya qilish.
- g) Sut bezini mammografiya qilish.
- d) Qon va siydikni taxlil qilish.

387. Vrach operatsiya qilishdan oldin bemor haqidagi qanday masalalarni qay tartibda hal etgan?

- a) O'sma xavflimi yoki xavfsizmi?
- b) O'smami yoki mastopatiyasi?
- v) Operatsiya uchun ko'rsatma bor-yo'qligi.
- g) Operatsiya qanday hajmda bo'lishligi.
- d) Operatsiya vaqtida tezkor gistologik tekshirish zarurmi yoki yo'qmi?

388. Sut bezi fibroadenomasini avval qaysi kasallikdan farqlash zarur?

- a) Lipoma.
- b) Fibroma.
- v) Kista.
- g) Mastopatiya.
- d) Saraton.

389. Sut bezi saratonining II—III bosqichida davolashning qaysi usuli maqbul?

- a) Gormonal terapiya.
- b) Kimyoterapiya.
- v) Hyp bilan davolash.
- g) Radikal operatsiya qilish.
- d) Yuqorida ko'rsatilganlarning hammasi.

390. Sut bezi saratonining III—IV bosqichlarida davo uchun qo'llash mumkin bo'lmaydigan muolaja usullari qaysilar?

- a) Gormonal terapiya.
- b) Kimyoterapiya.

- v) Hyp bilan davolash.
- g) Radikal operatsiya qilish.
- d) Yuqorida ko'rsatilganlarning hammasi.

391. Saraton kaxeeksiyasi nima?

- a) O'smaning parchalanishi va metastazlaridan organizmning holsizlanishi.
- b) A'zo va sistemalar ish faoliyatining buzilishi.
- v) Ishtaha yo'qolishi, ish qobiliyatining pasayishi.
- g) Hayotiy muhim a'zolar (jigar, buyrak, o'pka, miya) ga metastaz berishi.
- d) Tana vaznining ancha kamayishi.

392. Sut bezi saratonida radikal operatsiya qanday bajariladi?

- a) O'smani keng hajmda olib tashlash.
- b) Sut bezini butunlay olib tashlash.
- v) Sut bezi ostidagi mushaklar va regionar limfa tugunlari bilan birga kesib tashlash.
- g) O'sma va atrofidagi to'qimalarni qo'ltiq osti limfa tugunlari bilan birga kesib tashlash.
- d) Sut bezining 2/3 qismini o'sma bilan birga olib - tashlash.

393. Adenokarsinoma — saraton o'smasi qaysi to'qimadan hosil bo'lgan?

- a) Bez to'qimasidan.
- b) Eitelial to'qimadan.
- v) Biriktiruvchi to'qimadan.
- g) Tomirlar endoteliysidan.
- d) Terining embrional qoldig'idan.

TEST SAVOLLARINING JAVOBLARI:

Xirurgiya tarixi va jarrohlik infeksiyalarini profilaktika qilish.

1. V	15. A	28. A	42. D
2. B	16. A	29. A	43. A
3. V	17. B	30. A	44. A
4. A	18. A	31. A	45. A
5. B	19. A	32. D	46. G
6. B	20. A	33. A	47. A
7. A	21. A	34. D	48. A
8. V	22. A	35. A	49. A
9. A	23. A	36. A	50. A
10. D	24. A	37. A	51. B
11. A	25. A	38. G	52. D
12. A	26. A	39. B	53. G
13. A	27. A	40. A	54. D
14. A		41. G	

Yug'riqsizlantirish

55. G	61. V	68. G	74. A
56. G	62. A	69. B	75. A
57. G	63. V	70. D	76. V
58. V	64. G	71. A	77. D
59. D	66. V	72. A	78. B
60. D	67. V	73. A	79. G

Operatsiyadan oldingi va keyingi davr

80. G	85. V	90. B	95. B
81. V	86. A	91. A	96. A
82. D	87. V	92. A	97. A
83. G	88. B	93. B	98. A
84. V	89. A	94. A	

Qon oqish va uni to'xtatish

99. A	103. D	107. A	111. A
100. A	104. B	108. A	112. A
101. A	105. G	109. A	113. D
102. V	106. A	110. A	114. V

Qon guruhlari va qon quyishlar

115. B	126. V	137. V	148. G
116. A	127. V	138. B	149. A
117. A	128. V	139. D	150. B
118. A	129. D	140. D	151. V
119. B	130. A	141. V	152. A
120. A	131. V	142. G	153. G
121. A	132. G	143. G	154. D
122. A	133. V	144. V	155. G
123. V	134. D	145. B	156. V
124. G	135. G	146. A	157. A
125. G	136. D	147. A	158. B
			159. V

Desmurgiya

160. D	163. B	165. G	167. A
161. D	164. D	166. B	168. V
162. V			

Shikastlanishlar

169. A	181. A	192. B	205. A
170. A	182. V	193. B.	206. B
171. A	183. D	194. B	207. G
172. A	184. A	195. G	208. D
173. A	185. A	196. B	209. G
174. B	186. A	197. B	210. G
175. A	187. A	198. D	211. D
176. A	188. D	199. B	212. V
177. A	189. B	200. B	213. G
178. B	190. A	201. V	214. V
179. A	191. V	202. B	
180. D		203. G	
		204. V	

Yallig'lanish sindromi

215. V	221. V	227. G	233. G
216. G	222. V	228. B	234. G
217. V	223. B	229. G	235. G
218. V	224. G	230. G	236. G
219. V	225. G	131. G	237. G
220. B	226. D	232. Г	238. G

Nekrozlar, yaralar, oqma yaralar

239.B	244.G	249.V	254.A
240.V	245.D	250.D	255.G
241.D	246.G	251.D	256.G
242.D	247.D	252.D	257.B
243.D	248.D	253.A	

Bosh, og'iz bo'shlig'i shikastlari va kasalliklari

258.G	261.G	264.A	267.A
259.G	262.B	265.A	268.A
260.V	263.V	266.B	269.A

Bo'yin, kekirdak, qizilo'ngach shikastlari va kasalliklari

270.A	273.A	275.A	277.V
271.G	274.A	276.G	278.V
272.Γ			

Ko'krak qafasi va ko'krak bo'shlig'i a'zolarining shikastlari va kasalliklari

279.A	282.G	284.G	286.G
280.A	283.D	285.A	287.A
281.A			

Qorin devori, qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlari va kasalliklari

288.A	303.A	318.V	333.B
289.B	304.G	319.B	334.A
290.V	305.A	320.A	335.B
291.G	306.B	321.D	336.B
292.G	307.B	322.A	337.A
293.A	308.D	323.G	338.D
294.A	309.B	324.A	339.A
295.A	310.A	325.D	340.B
296.A	311.V	326.D	341.A
297.B	312.G	327.B	342.D
298.A	313.B	328.A	343.A
299.D	314.G	329.A	344.D
300.D	315.V	330.A	
301.V	316.B	331.A	
302.G	317.V	332.A	

352.A
353.A
354.A
355.V
356.D
357.G
358.B

366.A
367.D
368.A
369.A
370.A
371.A

378.B
379.A
380.A
381.G
382.V

390.G
391.D
392.V
393.A

JARROHLIK AMALIYOTIDA QO'LLANILADIGAN BA'ZI DORILAR UCHUN RETSEPTLARDAN NAMUNALAR

- Rp: Jodonati 1000 ml
D.S. Operatsiya xonasiga 1% li eritmasi
operatsiya maydonini tozalash uchun
- Rp: Sol. iodi spirituosae 5% 200 ml
D.S. Operatsiya xonasi uchun
- Rp: Sol. Kalli permanganici 0,1% 500 ml
D.S. Jarohatni yuvish uchun
- Rp: Spiritus aethylici 96% 1000 ml
D.S. Operatsiya xonasi uchun
- Rp: Viridis nitentis 1
Spiritus aethylici 70% 100 ml
M.D.S. Bog'lov xonasi uchun
- Rp: Sol. Hydrogenii peroxidi dilutae 3% 500 ml
D.S. Bog'lov xonasi uchun
- Rp: Benzylpenicillini-kalli 1.000.000 T.B.
D.t.d. N. 10
S. 500.000 T.B. mushak orasiga
2 ml 0,25% novokainda eritib.
- Rp: Streptomycini sulfas 500.000 T.B.
D.t.d. N. 10
S. 2,0—0,25% novokain eritmasida eritib
muskul orasiga yuboriladi.
- Rp: Kanamycini sulfas 500.000 T.B.
D.t.d. N. 10
S. 3,0—0,25% novokain eritmasida eritib
muskul orasiga qilinadi

- Rp: Linimentum streptocidi 5% 100
D.t.d. N. 5
S. Bog'lov xonasi uchun
- Rp: Sol. Furacilini 1:5.000 400 ml
D.t.d. N. 5
S. Bog'lov xonasi uchun
- Rp: Sol. Ammonii caustici 10% 1000 ml
D.S. Operatsiya xonasi uchun
- Rp: Aetheris pro narcosi 150 ml
D.t.d. N. 5
S. Narkoz uchun
- Rp: Aethylchloridi 30 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Bog'lov xonasi uchun
- Rp: Sol. Chlorhexidini bigluconati 20% 500 ml
D.S. Operatsiya xonasi uchun
- Rp: Sombrevini 5% 10 ml
D. t. d. N. 10 in amp.
S. Narkoz uchun
- Rp: Sol. Novocini 2% 5 ml
D. t. d. N. 10 in amp.
S. Sinishlarni og'riqsizlantirishda qo'llaniladi.
- Rp: Sol. Sovcaini 0,5% 1 ml
D. t. d. N. 10 m amp.
S. Opqa miya anesteziyasi uchun
- Rp: Sol. Promedoli 2% 10 ml
D. t. d. N. 10 in amp.
S. 1 ml mushak orasiga
- Rp: Sol. Novocaini 0,5% 400 ml
D. t. d. N. 10
S. Infiltrativ anesteziya uchun
- Rp: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% 1 ml
D. t. d. N. 10 in amp.
S. 0,25-1 ml teri ostiga yuboriladi.

- Rp: Sol. Trimecaini 0,25% 400 ml
D. t. d. N. 5
S. Infiltrativ anesteziya uchun
- Rp: Sol. Calcii chloridi 10% 10 ml
D. t. d. N. 10 in amp.
S. Vena ichiga yuborish uchun
- Rp: Sol. Morphini hydrochoridi 1% 1 ml
D. t. d. N. 10 in amp.
S. 1 ml mushak orasiga yuborish uchun
(faqat vrach buyurgandan so'ng)
- Rp: Sol. Atropini sulfatis 0,1% 1 ml
D. t. d. N. 10 in amp.
S. 0,5—1 ml mushak orasiga
- Rp: Sol. Dimedroli 1% 1 ml
D. t. d. N. 10 in amp.
S. 1—2 ml mushak orasiga
- Rp: Sol. Heparini 5 ml (25.000 T.B.)
D. t. d. N.5
S. 25.000 T.B. vena ichiga
0,5% glyukoza eritmasiga
200,0 aralashtirib tomchilab yuboriladi.
- Rp: Linimenti balsamini Vishnevsky 200,0
D. S. Bog'lov xonasi uchun
- Rp: Sol. Natrii chloridi 10% 400 ml
D. t. d. N. 5
S. Bog'lov xonasi uchun
- Rp: Sol. Ac. aminocapronici 5% 100 ml
D. S. Vena ichiga tomchilab yuboriladi.
- Rp: Sol. Natrii chloridi 0.9% 400
D. t. d. N. 10
D. S. Vena ichiga tomchilab yuboriladi.

- Rp: Sol. Vikasoli 1% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. 1 kunda 2 mahal mushak orasiga yuboriladi.
- Rp: Sol. Analgini 50% 2 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. 2 ml mushak orasiga og'riq bo'lganda
- Rp: Sol. Aminazini 2,5% 5 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. 5 ml qo'zg'alish holatida mushak orasiga
- Rp: Sol. Mesatoni 1% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Kollaps holatida 0,3-1 ml ni 40% li glyukoza eritmasiga aralashtirib venaga sekin yuboriladi.
- Rp: Sol. Ephedrini hydrochloridi 5% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. 1 ml mushak orasiga yuboriladi.

ADABIYOTLAR:

1. *S.N.Muratov* "Xirurgik kasalliklar va bemorlarni parvarish qilish" Toshkent, "Meditsina", 1989 yil.
2. *Y.V.Nesterenko* "Xirurgik kasalliklar", "Moskva", 1978 yil.
3. *A.V.Siromyatnikova, M.S.Brukman*. "Xirurgiyadan amaliy mashg'ulotlar bo'yicha qo'llanma", "Toshkent", "Meditsina", 1988 yil.
4. *B.S.M. S.B.Ruman*. "Rukovodstvo dlya operatsionnix sestyor".
5. *B.S.M. A.P.Brikin* "Desmurgiya", "Meditsina", 1984 yil.
6. *V.I.Struchkov* "Obshchaya xirurgiya", "Moskva", "Meditsina", 1989 yil.
7. *O.O.Oripov, Sh.I.Karimov* "Umumiy xirurgiya" Toshkent, 1994 yil.
8. *Sh.I.Karimov* "Xirurgik kasalliklar" Toshkent, 1992 yil.
9. *M.A.Ashrapova, P.V.Kuzmanov* "Xirurgik bemorlarni umumiy parvarish qilish" tibbiyot institutlarining kichik kurs talabalari uchun uslubiy qo'llanma. Toshkent, "Meditsina", 1988 yil.
10. *P.A.Buryatyan, A.T.Rebov, A.Z.Maneyevich* "Anesteziologiya va reanimatologiya" Moskva, "Meditsina", 1987 yil.
11. *B.S.Tursunov* "Xirurgik bemorlarni parvarish qilish". Toshkent, 1995 yil.
12. *L.S.Zalikinga* "Bemorlarni umumiy parvarish qilish" "Ibn Sino", 1989 yil.
13. *A.S.Balalkin* "Endoskopiya" - L. "Meditsina", 1978 yil.
14. *A.V.Garkavi, A.D.Kalashnik*, "Immobilizatsiya pri povrij-deniya konechnosti" (med.pomoshch - 1999 №2 - S - 14-21).
15. *I.R.Gritsup, I.K.Vankovich* "Sestrinskoye delo v xirurgii" — Minsk: Visheysha.shk-2000.
16. *I.L.Kruako* "Osnovi travmatologii" - L, 1967 god.
17. *F.X.Kutushev, P.T.Volkov, A.S.Libov, N.V.Michurin* "Atlas myagkix bintovix povyazok" - M., "Meditsina", 1978 god.
18. *F.I.Komarova* "Voyenno-meditsinskaya podgotovka" - M.; "Meditsina", 1989 god.
19. *M.Bekmurodova*. "Onkologiya", Toshkent, "Abu Ali ibn Sino". 2000 yil.

20. *M. Bekmurodova*. "Jarrohlik va reanimatsiya asoslarida hamshiralik ishi fanidan testlar to'plami". Toshkent, "Abu Ali ibn Sino". 2001 yil.
21. Tibbiyot qomusiy lug'ati. Toshkent, "Qomuslar Bosh tahririyati" 1994 yil.
22. *Q.S.Inomov* "Hamshiralik ishi", Toshkent, Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1998 yil.
23. *B. U. Yo'ldoshev, B. H. Shomiddinov* "Ichki kasalliklar", Toshkent, Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1996 yil.

MUNDARIJA

Soʻz boshi	3
------------------	---

I Qism. JARROHLIK

1-Bob. Jarrohlik va jarrohlik kasalligi haqida tushuncha	5
Jarrohlik tarixi	7
Oʻzbekistonda jarrohlik yordamining tashkil etilishi	17
Tibbiyot hamshirasining jarrohlik faoliyatidagi oʻrni	17
Palata hamshirasining vazifasi	18
Operatsiya xonasi hamshirasining vazifasi	19
Bogʻlov xonasi hamshirasining vazifasi	20
Aneseteziolog hamshirasining vazifasi	20
Muolaja hamshirasining vazifasi	21
Katta tibbiyot hamshirasining vazifasi	21
Shifoxona bosh hamshirasining vazifasi	22
2-Bob. Jarrohlik ishini tashkil qilish	24
Asosiy jarrohlik muassasasi	24
Jarrohlik operatsiya haqida tushuncha	30
Jarrohlik asboblari	31
3-Bob. Jarrohlikda infeksiya tushishining oldini olish	35
Jarrohlik infeksiyasining oldini olish	40
Antiseptika	41
Aseptika	55
Gaz va radioaktiv nur yordamida sterillash	61
Bogʻlov materiallari, choʻyshablar va kiyim-kechaklarni sterillash	67
4-Bob. Ogʻriqsizlantirish	72
Ogʻriqsizlantirish va narkoz haqida tushuncha	72
Ingalyatsiyali narkozda beriladigan asoratlar va ularning oldini olish	77
Bemorlarni narkozga tayyorlash	79
Noingalyatsiyali narkoz va uning turlari	82
Ogʻriqsizlantirishning aralash va kombinatsiya qilingan usullari	83
Mahalliy ogʻriqsizlantirish va uning turlari	84
Anesteziya hamshira ishining xususiyatlari va bemorlarni narkozdan keyin parvarish qilish	88
5-Bob. Qon oqish sindromi va turlari	89
Qon oqishning sabablari va turlari	89

Qon oqishni vaqtincha to'xtatish	91
Qon oqishni uzil-kesil to'xtatilishi	94
6-Bob. Infuziya va transfuziya	96
Qon quyish tarixi	96
Qon guruhlari va ularni aniqlash	99
Rezus-faktor va uni aniqlash	101
Qon quyish usullari	104
Qon quyishdagi xatoliklar, xavflar, asoratlar va ularning oldini olish	107
Qon preparatlari	109
7-Bob. Desmurgiya	111
Yumshoq bog'lamlar	111
8-Bob. Operatsiyadan oldingi davr	126
Bemorini operatsiyaga tayyorlash xususiyatlari	130
Endoskopik muolajalarni o'tkazish	131
Endoskoplarni tozalash, dezinfeksiya qilish va sterillash	137
9-Bob. Operatsiyadan keyingi davr	138
Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni ovgatlantirish	144
Bolalarni operatsiyadan keyin parvarish qilish	146
Operatsiyadan keyin yuz beradigan asoratlar	150
10-Bob. Shikastlanish sindromi	154
Travmatologiyaning umumiy masalalari	154
Shikastlar tasnifi	156
Travmatizm va uning profilaktikasi haqida tushuncha	157
Yopiq shikastlar, mexanik shikastlar	158
Shikastlangan bemorlarni transportirovka qilish	166
Bosh, yuz va og'iz bo'shlig'ining shikastlari	178
Bo'yin, kekirdak va qizilo'ngach shikastlari	188
Ko'krak qafasi va ko'krak bo'shlig'i a'zolarining shikastlari	189
Ko'krak qafasini teshib kiradigan ochiq shikastlar	191
Qorin devori, qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlari	193
Umurtqa pog'onasi shikastlari	195
Chanoq suyaklarining sinishi	198
Ochiq shikastlanishlar — jarohatlar	202
Jarohatlar tasnifi	202
Jarohatlarning klinik kechishi va bitishi	205
Jarohatlarni davolash	207
Termik shikastlanishlar	209
Kuyish	209
Elektrdan shikastlanish	217
Sovuq olish	218
Nurdan shikastlanishlar	220
Shikastlangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	223

11-Bob. Yallig'lanish sindromi	234
Mahalliy o'tkir-yiringli infeksiya. Teri va teri osti qatlamining yallig'lanish kasalliklari	236
Yumshoq biriktiruvchi to'qimalarning yiringli kasalliklari	241
Qon va limfa tomirlarining yiringli kasalliklari	246
Suyaklar, bo'g'imlar va paylarning yiringli kasalliklari	247
Seroz pardalarning yiringli kasalliklari	255
Umumiy yiringli infeksiya. Sepsis	261
Anaerob infeksiya. Gazli gangrena	264
Qoqshol	266
Kuydirgi	269
Yaralar difteriyasi	270
Surunkali spetsifik infeksiyalar	270
Parazitar jarrohlik kasalliklari	275
Xirurgik infeksiya bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	279
12-Bob. "O'tkir qorin og'rig'i" sindromi	282
Qorin bo'shlig'i a'zolarining yallig'lantiruvch kasalliklari	282
Qorin bo'shlig'i a'zolarining qon aylanishi buzilishi bilan kechadigan kasalliklari. Qorin churralari	288
Qorin bo'shlig'i a'zolarining destruktiv kasalliklari	295
To'g'ri ichak va orqa chiqaruv yo'li kasalliklari	299
Qorin devori va qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlari hamda kasalliklari bo'lgan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	302
13-Bob. Oyoq-qo'llarda qon aylanishining buzilishi sindromi	308
Tomir kasalliklarining asosiy turlari	309
Trombozlar va emboliyalar	312
Yaralar	313
Oqma yaralar	314
14-Bob. Siydik ajratib chiqarish faoliyatining buzilishi sindromi	315
Buyraklarning yopiq shikastlari va kasalliklari	317
Qovuq kasalliklari	320
Prostata bezi kasalliklari	321
Urologik bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	323
15-Bob. O'smalar sindromi	324
O'smalar tasnifi	325
O'smalarning paydo bo'lish sabablari va turlari	326
Xavfli o'smalar	328
Onkologik bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	331

16-Bob. Oilaviy shifoxonada, shoshilinch tibbiy yordam markazi, vrachlik punktlarida tibbiy yordamni tashkil qilishda o'rta tibbiyot xodimlarining o'rni va vazifalari	332
--	-----

II Qism. REANIMATSIYA

I Bob. Reanimatologiya asoslari	336
Reanimatologiyaning rivojlanish tarixi	337
Terminal holatlar	339
Reanimatologiya ishini tashkil etish	341
Reanimatsiya amaliyotida ishlatiladigan dori-darmonlar	343
Statsionarda reanimatsiya xizmati	345
II Bob. Oddiy yurak, o'pka reanimatsiyasi	349
Infuzion davolash usullari	357
Arteriya ichiga infuziya qilish	363
III Bob. O'tkir nafas yetishmovchiligida reanimatsiya va intensiv davolash	365
Asmatik status	369
O'pka shishi	371
Nafas yo'llariga yot jismlar tushib qolish	373
Suva cho'kkanda, bo'g'ilganda va gipotermiyada reanimatsiya tadbirlari	374
Bo'g'ilish va asfeksiya holatlari	378
Gipotermiyada reanimatsiya tadbirlari	380
IV Bob. O'tkir yurak qon-tomir yetishmovchiligida reanimatsiya va intensiv davolash	381
Umumiy intensiv davolash xususiyatlari	384
Yurak to'xtaganda reanimatsiya tadbirlari	394
Atrio-ventrikulyar bo'lmacha blokadasini	394
Kardiogen kollaps	395
Yurak ritmining buzilishi	397
Paroksizmal taxikardiya	397
Tirroq aritmiya	399
V Bob. Koma va shok holatlarida reanimatsiya va intensiv davolash	402
Turli xil shok holatlarida reanimatsiya va intensiv davolash	402
Shikastlanish shoki	402
Kardiogen shok	407
Kuyish shoki	409
Anafilaktik shok	411

Ekzotoksik shok	413
Koma holatlarida reanimatsiya va intensiv davo tadbirlari	414
Koma holatining klinikasi	416
Umumiy davolash va parvarish qilish chorolari	417
Giperglikemik koma	418
Jigar komasi	420
Uremik koma	420
Eklamisya komasi	421

VI Bob. O'tkir ekzogen zaharlanishlarda reanimatsiya va

intensivdavlash	422
Maxsus (antidotlar bilan) davolash	428
Simptomatik davolash	430
Kislotalar (sirka, nitrat, xlorid) bilan zaharlanish	431
Ishqorlar bilan zaharlanish	432
Dori-darmonlardan zaharlanish	435
Fasfor va organik moddalardan zaharlanish	436

Testlar	438
Xirurgiya tarixi va jarrohlik infeksiyalarini profilaktika qilish	438
Og'riqsizlantirish	448
Operatsiyadan oldingi va keyingi davr	454
Qon oqish va uni to'xtatish	458
Qon guruhlari va qon quyishlar	461
Desmurgiya	470
Shikastlanishlar	471
Yallig'lanish sindromi	480
Nekrozlar, yaralar, oqma yaralar	485
Bosh, og'iz bo'shlig'i shikastlari va kasalliklari	488
Bo'yin, kekirdak, qizilo'ngach shikastlari va kasalliklari	491
Ko'krak qafasi va ko'krak bo'shlig'i a'zolarining shikastlari va kasalliklari	493
Qorin devori, qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlari va kasalliklari	495
Reanimatsiya asoslari	507
O'smalar sindromi	513
Test savollarining javoblari	518
Jarrohlik amaliyotida qo'llaniladigan ba'zi dorilar uchun retseptlar namunasi	522
Adabiyotlar	526

O'QUV NASHRI

Mukarram Bekmurodova

**JARROHLIK VA REANIMATSIYA
ASOSLARIDA HAMSHIRALIK ISHI**

Muharrir J. Sharopov

Badiiy muharrir T. Qanoatov

Texnik muharrir U. Kim

Musahhihlar M. Yo'ldosheva, S. Abdunabiyeva, D. To'ychiyeva

Kompyuterda teruvchilar

Ibragimova N. X, B.B. Esanov, M.T. Kim.

IB 2908

Bosishga ruxsat etildi. 10.09.2003 Bichimi 84x108¹/₃₂. Ofset bosma. Shartli bosma taboq. 33,5. 28,14 Nashr bosma taboq 31,9 79-2002 — raqamli shartnoma. Jami nusha — 7000. Buyurtma — 4016 . Narxi shartnoma asosida.

Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, Toshkent,
Navoiy ko'chasi, 30

O'zbekiston matbuot va axborot agentligining, 1-bosmaxonasida bosildi. Toshkent 700002, Sag'bon ko'chasi, 1-berk ko'cha, 2-uy.

53.5
B49

Bekmurodova M.

Jarrohlik va reanimatsiya asoslarida hamshiralik ishi: Tibbiyot kollejlari o'quvchilari uchun darslik. O'zR Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi. —T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti 2003.—536 b.

BBK 53.5ya722+54.5ya722

Aziz kitobxonlar!

Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti tibbiyot institutlari, kollejlari talabalari uchun quyidagi kitoblarni nashrdan chiqardi;

1. R.Ahmedov **“Klinikagacha bo‘lgan xirurgiya”**.
2. SH.Bahridinov **“Nutritsiologiya”**.
3. B.Tursunov. **“Xirurgik bemorlar parvarishi”**.
4. G‘. Haydarov. **“Ichki kasalliklar”**.
5. YA.N.Fayziyev **“Umumiy va tibbiy psixologiya”**.
6. P. Jalilov, B:S.Tursunov, M.Xolxo‘jayev. **“Bolalar ortopediyasi”**.
7. A.Mirsodiqov, D.Mirsodiqov. **«Bolalar neyroxirurgiyasi»**.
8. N.Saidov va boshq. **“O‘zbekim bahodiri”**.
9. B. Sharopov **“Ichki kasalliklar”**.
10. J.Beknazarov **“Oila va bola tayanchi”**.

Bu kitoblar Sizlarga muhim qo‘llanma, dastur va yordamchi bo‘ladi, degan umiddamiz.

Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti qoshidagi 'Notiq' sho'ba korxonasining kitob do'konlari faoliyat ko'rsatmoqda. Ularda zamonaviy tibbiyot va Sharq tabobatiga doir darslik, qo'llanmalarni, shuningdek, respublikadagi nashriyotlarning yuzdan ziyod nomdagi kitoblarini pul o'tkazish yo'li bilan xarid qilishingiz mumkin. Bu do'konlardagi kitoblar boshqa savdo shaxobchalariga qaraganda arzon baholarda sotiladi.

*Manzilimiz; Toshkent shahri,
Navoiy ko'chasi, 30-uy.
T.; 144-27-62, 144-31-45.*