

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

“Tasdiqlayman”
Ilmiy-texnik kengash raisi
Sog‘liqni saqlash vazirligi
_____ **SH.K. Atadjanov**
« _____ » _____ **2025 y.**

JALOLIDDINOV SH.I.

JARROHLIK BEMORLARINI UMUMIY PARVARISH QILISH

(O‘quv qo‘llanma)

Farg‘ona-2025 y.

Ishlab chiqaruvchi tashkilot: **Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Institute**
FJSTI

Mualliflar:

Jaloliddinov “Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti” Normal
SHerzod.Ikromjon o'g'li. anatomiya, operativ jarrohlik va topografik anatomiya
kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

S.M. Madaminov Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti
Normal anatomiya, operativ jarrohlik va topografik
anatomiya kafedrası mudiri, t.f.n.

N.I. Maxmudov Respublika shoshilinch tez tibbiy yordam ilmiy
markazi Farg'ona filiali. t.f.n. Dotsent

O'quv qo'llanma Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Ekspert Kengashi
tomonidan 2025 yil “_____” _____ dagi _____ - son bayoni bilan tasdiqlandi.

O'quv qo'llanma Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Ilmiy
Kengashi tomonidan 2025 yil “_____” _____ dagi _____ - son bayoni bilan
tasdiqlangan.

FJSTI Ekspert kengash kotibi, PhD

A.R. Muradimova

MUNDARIJA

Mavzular	Sahifa
Kirish	6
Qabul va diagnostika bo'limi strukturası, sanitariya-gigiyena rejimi, bemorlarni qabul qilishi	8
Statsionar jarrohlik bo'limi	19
Jarrohlik bemorlari uchun umumiy parvarish printsiplari. Aseptika va antiseptika. Bemorlarning ovqati. Biologik suyuqliklar bilan xavfsiz ishlash.	24
Yara, qon ketishi. Desmurgiya – bandajlar ilmi	44
Reanimatologiya, reanimatsiya, anesteziologiya va anesteziya.	59
Suyaklarning singan joylari. Chiqqan joylar. Birinchi yordam, transport immobilizatsiyasi	70
Qorin bo'shlig'ining o'tkir jarrohlik kasalliklari. Birinchi yordam va parvarish xususiyatlari	86
O'tkir yiringli kasalliklar, teri va teri osti yog'li to'qimalari. Birinchi yordam va bemorlar uchun parvarish	95
Termik va kimyoviy kuyishlar. Muzlatish va elektr shikastlanishlar. Ko'krak qafasining jarohatlari, siydik chiqarish va markaziy asab tizimi kasalliklari. O'smalar. Birinchi yordam, bemorlar uchun parvarish	102

Bemorlarni turli xil jarrohlik operatsiyalarga tayyorlash	117
Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	131
Glossary	149
Adabiyotlar	151

CONTENT

Themes	Page
Introduction	6
The structure and work of the diagnostic and reception department, sanitary and hygienic regime, reception of patients	8
Surgical department of the hospital	19
General principles of surgical patient care. Asepsis and antiseptics. Nutrition of patients. Safe handling of biological fluids	24
from Wounds to bleeding. Desmurgy – the science of bandages	44
Intensive care, intensive care, anesthesiology and anesthesia	59
Fractures of bones. Dislocations. First aid transport immobilization	70

Acute surgical diseases of the abdominal organs. First aid and care features	86
Acute purulent diseases of the skin and subcutaneous fat. First aid and patient care	95
Thermal and chemical burns. Frostbite and electrical injuries. Injuries and diseases of the chest, urinary tract, and central nervous system. Tumors. First aid, patient care.	102
Preparation of patients for various surgical operations.	117
Features of postoperative care for patients.	131
Glossary	149
References	151

KIRISH

Jarrohlik bemorlariga kompleks parvarish va o'tkir jarrohlik kasalliklari hamda travmalar holatida birinchi tibbiy yordam ko'rsatish prinsiplari. O'quv-uslubiy qo'llanma.

O'quv-uslubiy qo'llanma 1-kurs talabalari uchun, ayniqsa Davolash ishi va Pediatriya yo'nalishlari bo'yicha ishlab chiqilgan. Ushbu qo'llanma, jarrohlik kasalliklari bilan og'riqan bemorlarga tibbiy yordamni tashkil etishning barcha jihatlarini o'z ichiga olgan 9 ta mavzuni yoritadi, shu jumladan qabul bo'limidan boshlab, turli jarrohlik bo'limlariga qadar. Talabalar qabul bo'limining strukturasiga, uning tarkibiga kiruvchi mutaxassislariga hamda tegishli hujjat almashinuvi jarayonlariga oid ma'lumotlarga ega bo'lishadi. Qo'llanma shuningdek, turli jarrohlik profillari bo'yicha bemorlarga ko'rsatiladigan tibbiy yordam, tashxis qo'yish, davolash va parvarishlash asoslari bilan tanishtiradi. O'quv materialida o'tkir jarrohlik holatlari va jarohatlarida birinchi yordam ko'rsatishning zaruriy elementlari ham batafsil ko'rib chiqilgan. Maxsus bo'limlar, shuningdek, skelet suyaklarining jarohatlari bo'yicha desmurgiya va transport immobilizatsiyasi jarayonlariga bag'ishlangan. Asosiy maqsad – jarrohlik kasalliklari va jarohatlariga doir boshlang'ich tibbiy bilimlarni shakllantirishdir.

ABSTRACT

Comprehensive care for patients with surgical diseases and the principles of providing first aid in acute surgical conditions and injuries. Educational and methodological guide.

The educational and methodological guide has been developed for first-year students, especially for the fields of General Medicine and Pediatrics. This guide covers all aspects of organizing medical care for patients with surgical diseases, including 9 topics, from the emergency department to various surgical departments. Students will familiarize themselves with the structure of the emergency department, the specialists included in its staff, as well as the documentation exchange processes. The guide also introduces the basics of medical care, diagnosis, treatment, and patient care across various surgical profiles. The educational material thoroughly examines the essential elements of providing first aid in acute surgical conditions and injuries. Special sections are dedicated to the processes of desmurgia and transport immobilization for skeletal bone injuries. The main goal is to form foundational medical knowledge on surgical diseases and injuries.

MUNDARIJA

KIRISH	6
MAVZU №1. Qabul va diagnostika bo'limi strukturası, sanitariya-gigiyena rejimi, bemorlarni qabul qilishi.....	9
MAVZU №2. Statsionar jarrohlik bo'limi.....	19
MAVZU №3. Jarrohlik bemorlari uchun umumiy parvarish printsiplari. Aseptika va antiseptika.Bemorlarning ovqati.Biologik suyuqliklar bilan xavfsiz ishlash.....	24
MAVZU №4. Yara, qon ketishi. Desmurgiya – bandajlar ilmi.....	44
MAVZU №5. Reanimatologiya, reanimatsiya, anesteziologiya va anesteziya.....	59
MAVZU №6. Suyaklarning singan joylari. Chiqqan joylar. Birinchi yordam, transport immobilizatsiyasi.	70
MAVZU №7. Qorin bo'shlig'ining o'tkir jarrohlik kasalliklari Birinchi yordam va parvarish xususiyatlari.....	86
MAVZU №8. O'tkir yiringli kasalliklar, teri va teri osti yog'li to'qimalari. Birinchi yordam va bemorlar uchun parvarish.....	95
MAVZU №9. Termik va kimyoviy kuyishlar. Muzlatish va elektr shikastlanishlar. Ko'krak qafasining jarohatlari, siydik chiqarish va markaziy asab tizimi kasalliklari. O'smalar. Birinchi yordam, bemorlar uchun parvarish.....	102
MAVZU №10. Bemorlarni turli xil jarrohlik operatsiyalarga tayyorlash.....	117
MAVZU №11. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari.....	131
Glossary.....	149
Adabiyotlar.....	151

QABUL VA DIAGNOSTIKALASH BO‘LINMASINING TUZILISHI VA FAOLIYATI, SANITAR-GIGIENA QOIDALARI. BEMORLARNI QABUL QILISH.

Bemor kasalxonaga qabul qilish yoki boshqa terminologiyada qabul-diagnostika bo‘limi **“QDB”** orqali kiradi. U favqulodda **“urgent”** holatda tez tibbiy yordam transporti orqali olib kelinishi mumkin, shuningdek, mahalliy shifokorlar yoki boshqa mutaxassislar, tibbiyot punktlari feldsherlari, shuningdek boshqa tibbiy muassasalardan, yoki bemorning o‘zi tashrif buyurishi orqali kasalxonaga yuborilishi mumkin. Rejalashtirilgan tartibda bemorlar turli soha mutaxassislari tomonidan yo‘naltirilgan holda kasalxonaga kiradi. Odatda jarrohlik yo‘nalishidagi faoliyat ko‘rsatayotgan kasalxonalarda bir nechta jarrohlik bo‘limlariga xizmat ko‘rsatuvchi yagona qabul bo‘limi tashkil etiladi.

Qabul bo‘limining quyidagi mas’uliyatlari mavjud:

1. Bemorlarni dastlabki tibbiy tekshiruvdan o‘tkazish, ularni saralash va tegishli bo‘limlarga, tibbiy muassasalarga yoki ambulator davolanishga yo‘naltirish, shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish, shu jumladan ambulator yordamni taqdim etish.
2. Bemorlarni sanitariya va gigiena talablariga muvofiq qayta ishlash.
3. Yangi kelgan bemorlar bilan bog‘liq hujjatlarni rasmiylashtirish, qabul qilish, chiqarish va kasalxona ichidagi bemorlarning harakatini tizimli ravishda nazorat qilishni tashkil etish.
4. Tez tibbiy yordam punkti va boshqa tibbiy muassasalar bilan uzluksiz hamkorlikni ta’minlash.
5. Sanitariya-epidemiologik xizmatlar bilan samarali aloqalarni o‘rnatish va rivojlantirish.
6. Kriminal jarohatlar yoki yo‘l-transport hodisalari yuzasidan huquqni muhofaza qilish organlari bilan aloqalarni tashkil etish.

Qabul va tashxis bo‘limi bir nechta maxsus jihozlangan xonalarni o‘z ichiga oladi:

1. Rejalashtirilgan ravishda kelayotgan bemorlar va ularning yaqinlari uchun kutish zali;
2. Garderob va qabul bo‘limi hamshirasining ish stoli joylashgan ro‘yxatga olish xonasi **“registratura”**;
3. Bemorlarni tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish uchun mo‘ljallangan tekshiruv xonalari, yotadigan stullar bilan jihozlangan;
4. Sanitariya-gigiyenik xizmatlar uchun o‘tish xonasi **“kiyinish xonasi, dush va hammom”**;
5. Tashxislanmagan va infeksiyon kasalliklar bilan bog‘liq gumonlar bo‘lgan bemorlar uchun maxsus izolyator;
6. Kasalliklar bo‘yicha shifoxonaga yotqizilgan bemorlarning kiyim-kechaklarini saqlash uchun ajratilgan kamera;
7. Tibbiy jarayonlar va ba’zi tezkor operatsiyalarni amalga oshirish uchun mo‘ljallangan protsedura xonalari, operatsion zal va bandaj **“gips”** xonasi;

Rentgen tekshiruvlarini o‘tkazish uchun jihozlangan rentgen xonasi;

8. Tezkor diagnostika uchun express laboratoriya;
9. Elektrokardiografiya va ultratovush tekshiruvlari uchun maxsus jihozlangan kabinetlar;
10. Navbatchi shifokor faoliyatini tashkil etadigan kabinet;
11. Sanitariya-gigiyena qoidalari uchun alohida ajratilgan xojatxona.

Qabul bo‘limida hamshira bemorning qon bosimini, yurak urish tezligini, haroratini aniqlaydi, siydik tahlili uchun siydik pufagini kateterizatsiya qilib, laboratoriya mutaxassisini qon tahlili uchun chaqiradi va shuningdek, har bir bemorning ro‘yxatga olinishi jarayonini amalga oshiradi: kasallik tarixining titullari to‘ldiriladi, yo‘naltirish hujjati yopishtiriladi, bemorlar qabul qilish jurnaliga

ma'lumotlar kiritiladi, bunda bemorning familiyasi, ismi, otasi ismi, tug'ilgan yili, yashash manzili va telefoni, qabul bo'limiga kelish sanasi va tashxis ko'rsatiladi. Agar bemor bexush holda qabul qilinsa, uning haqida zarur ma'lumotlar qarindoshlardan yoki uni kuzatib kelgan shaxslardan olinadi. Hujjatlar mavjud bo'lmagan hamda bexush holdagi bemorning ma'lumotlarini olish imkoni bo'lmagan hollarda, bemorning qabul qilinishi maxsus jurnalga tashqi ko'rinish belgilarini batafsil tasvirlab kiritiladi va bemorga yordam ko'rsatilgach, zudlik bilan, lekin yordamdan keyin, tegishli huquqni muhofaza qilish organlariga xabar beriladi. Agar bemor og'ir holatda bo'lib, shoshilinch yordamga muhtoj bo'lsa, unga to'liq tibbiy yordam qabul bo'limida ko'rsatilishi lozim. Agar bu amalga oshirilishi imkonsiz bo'lsa, bemorni tezda operatsion zalga, reanimatsiya bo'limiga yoki qarshi-shok palatasiga ko'chirish kerak. Agar 16 yoshgacha bo'lgan bola yolg'iz keltirilgan bo'lsa yoki bemor uyidan tashqarida jarohat olib yoki hushidan ketgan holatda tez tibbiy yordam mashinasida olib kelingan bo'lsa, hamshira bemorning qarindoshlarini zudlik bilan xabardor qilishga majbur.

Kasallangan bemor ro'yxatdan o'tkazilgach, shifokor tomonidan tekshiriladi va zarurat tug'ilganda, laboratoriya va asbob-uskunaviy diagnostika usullari **“rentgen, elektrokardiyografiya, qon va siydik tahlillari va boshqalar”** amalga oshiriladi. Agar aniq diagnoz qo'yish imkoni bo'lmasa, bemor izolyatsiyalanadi va boshqa tibbiyot mutaxassislarining maslahatlari tashkil etiladi. Agar shifokor tekshiruv va kuzatishlar asosida bemorni shifoxonaga yotqizish zarurligiga dalil topmasa, bemor uyga jo'natiladi va bu haqda bemorning kasallik tarixiga yoki shifoxonaga yotqizilishdan bosh tortishlar jurnaliga tegishli yozuv kiritiladi, hamda bemorning yashash joyidagi poliklinikaga yuboriladi.

Yara yoki yiringli kasalliklar mavjud bo'lsa, bemor bandajxona bo'limiga tekshiruv uchun yo'naltiriladi.

Shifokor tomonidan batafsil tekshiruv va tashxis qo'yilgandan so'ng, hamshira tomonidan qamchi va pedikulyozga qarshi tekshiruv o'tkaziladi, so'ngra gigiena protseduralari amalga oshiriladi. Bu jarayon dush yoki gigienik vannada yuvinish, shaxsiy va ichki kiyimlarni almashtirishni o'z ichiga oladi. Bunday sanitariya protseduralarini o'tkazish qarori qabul qilish bo'limida shifokor tomonidan qabul qilinadi. Og'ir ahvolda kelgan bemorlar to'g'ridan-to'g'ri reanimatsiya bo'limiga yoki operatsion zaldan o'tkaziladi, sanitariya protseduralarini o'tkazish imkoniyati bo'lmagan holatlardan tashqari.

Bit hasharotining ba'zi biologik xususiyatlarini ta'kidlab o'tish muhimdir, chunki u juda kichik o'lchamda bo'lib, urg'ochi bit teri yuzasida juftlashadi. Erkak bit juftlashishdan keyin o'ladi, urg'ochisi esa epidermisga kirib, S shaklidagi yo'llarni shakllantirib, 6-8 hafta davomida 50 tagacha tuxum qo'yadi. Boshqarish bevosita aloqa, kiyim yoki yotoq to'shaklari orqali tarqaladi. Inkubatsiya davri bir necha kundan bir haftagacha bo'ladi.

Bit hasharotlari, odatda, yumshoq teri joylarini, masalan, bilak ichki qismlari, barmoqlar orasidagi joylar, tirsaklar, oyoqlar va jinsiy a'zolariga ta'sir qiladi. Bolalarda har qanday teri maydoni zararlanishi mumkin. bit kirmoqchi bo'lgan joyda kichik bir teshik ko'rinadi, chiqish teshigi esa 1 sm uzoqlikda paydo bo'ladi. Odatda faqat bitta kirish teshigi ko'rinadi. Ta'sirlangan teri joylari juda qichiydi, ayniqsa kechasi, bu uyqu davomida eng sezilarli bo'ladi.

Davolash odatda benzilbenzoat, sulfidli maz yoki Permetrin bilan amalga oshiriladi. Samarali bo'lgan Rossiya usuli quyidagicha bo'lib, ta'sirlangan joyga tuz surtiladi, barmoqlar tuzga botirib, so'ngra u bilan yengilroq massaj qilinadi.

Pedikulyozning asosiy belgilari quyidagilardan iborat: 1) qichishish, teri shikastlanishlari va ayrim insonlarda allergik reaksiyalar; 2) teri qalinlashuvi, bir nechta tish izlari va bit salivasining ta'siridan kelib chiqqan teri o'zgarishlari; 3) melanodermiya – bit salivasining yallig'lanish jarayoni natijasida yuzaga kelgan

pigment, shu bilan birga lokalizatsiyalangan qon ketishlari; 4) bosh terisida bitlar ko'payganda paydo bo'ladi: sochlar yopishqoq moddalar tufayli bir-biriga yopishadi, yuzada qobiq hosil bo'lib, ostida namlik paydo bo'ladi.

Insonlarda uch turdagi bitlar mavjud: tana biti **Pediculus vestimenti**, bosh biti "**Pediculus capitis**" va jinsiy bitlar "**Pediculus rubis**"[1]. Tana va bosh bitlari odamlar orasida kasalliklarni tarqatadigan vektorlar hisoblanadi, ular, masalan, epidemik tifo, Volin isitmasi va qayta qaytuvchi isitma kasalliklarini keltirib chiqaruvchi patogenlarni tashiydi. Epidemiologik jihatdan eng katta xavfni tana bitlari tug'diradi, chunki u qon yeb, patogenlarni, masalan, tifo yoki qayta qaytuvchi isitma kasalliklarini yuqtirgan odamdan sog'lom kishiga 4-7 kun ichida uzatadi.

Tana bitlari "Pediculus vestimenti"

Ta'rif: Tana bo'ylab, ayniqsa, gigiena sharoitlari yomon bo'lgan joylarda yashaydigan qamchi turi. Tana bitlari, masalan, tif va okop isitmasi kabi kasalliklarni tarqatishi bilan tanilgan.

1. Bosh bitlari "Pediculus capitis"

Ta'rif: Insonning bosh qismida va sochlarida yashaydigan bitlar turi, odatda bolalarda uchraydi. Bosh bitlari qichishishga sabab bo'lib, boshdan boshga to'g'ridan-to'g'ri aloqada tarqaladi.

2. Jinsiy bitlar "Pediculus rubis"

Ta'rif: Jinsiy a'zo hududida yashaydigan bitlar turi. Jinsiy bitlari jinsiy aloqa orqali yuqadi va qichishish va bezovtalikka sabab bo'ladi.

Bitlar oilada yoki guruhda tarqalishini oldini olish uchun profilaktik "**gigiyenik**" choralar ko'riladi, ularga quyidagilar kiradi: tana yuvish — kamida har 7-10 kunda bir marta, ichki kiyim va to'shak choyshablarini shu vaqtda yoki ular ifloslanganida almashtirib, yuvish, muntazam soch kesishlari va har kuni sochni tarash; tashqi kiyim, choyshab va to'shaklarni muntazam tozalash va ularni tartibda saqlash, xona tozalash va mebelni toza tutish.

Agar bosh bitlari kam miqdorda "**1-10 ta individ va tuxumlar**" bo'lsa, zararkunandalarni va ularning tuxumlarini yo'q qilish uchun mexanik usullarni qo'llash maqsadga muvofiqdir, masalan, sochni fine-toothed taroq bilan tarash,

sochni qisqartirish yoki qirqish. Soch plastik varaq yoki qog'ozga yig'iladi va bu, sochlar va bitlar bilan birga, yondiriladi.

Tuxumlarni sochdan tarashdan oldin, bosh yuviladi va keyin iliq 4-5% stollirka yoki iliq 5-10% asetik kislotali eritma bilan chayiladi. Tuxumlar keyin fine-toothed taroq bilan taranadi, ilgari sirka bilan namlangan ip yoki ip orqali taroqning tishlari o'rgatilgan holda.

Agar tana bitlari kam miqdorda yoki pedikulitsidlar yo'qligida bo'lsa, choyshablarni qaynatish, qaynatib bo'lmaydigan kiyimlar va to'shak choyshablarining tikish joylarini, egri chiziqlarini va kamarlarini temir bilan tozalash tavsiya etiladi.

O'rtacha yoki jiddiy infestatsiyalar uchun **“10 va undan ortiq bitlar, ularning tuxumlari bilan birga”** pedikulitsidlar, ya'ni bitlarga va ularning tuxumlariga ta'sir qiluvchi dori vositalaridan foydalanish tavsiya etiladi. Pedikulitsidlar 5 yoshgacha bo'lgan bolalar, homilador va emizikli ayollar, bosh va bosh terisida kasalliklar yoki zararlanishlar **“mikrotravmalar, dermatit, ekzema va boshqalar”** bo'lganlar yoki allergik reaksiyalar bilan bo'lganlar uchun kontrendikatsiyadir. Sochlarni davolash uchun quyidagi pedikulitsidlar qo'llaniladi: 0,15% suvli emulsiya karbofos **“bitta odamni davolash uchun kerakli dori miqdori 10-15 ml”**, 20% suv-sabunli benzilbenzoat suspenziya 10-30 ml, 5% borik mazz 10-15 g, losonlar kabi Nittyfor, Loncid, Nitilon 50-60 ml, Talla ko'pik tozalovchi vosita 10-50 ml, Veda shampuni 30 ml, Medifos eritmasi 50-100 ml, Vitar va Anti-Entom sovunlari 30 g, pyretrim kukuni 15 g va 10% suv-sabun-kerosin emulsiya 5-10 ml. Ushbu mahsulotlar bilan davolash vaqti, har bir mahsulotning ko'rsatmalariga qarab 10-40 daqiqa davom etadi.

Pedikulyoz bilan kasallangan bemorlarni davolashda kir sovuni, chemir suvi, Pedilin shampuni, Nittifor, Para Plus **“bunda ikki faol modda – permetrin 1% va malation 0,5%”** kabi dori vositalari ham ishlatilishi mumkin. Davolash jarayoni quyidagicha:

- **Para Plus** – Aerosol butun bosh terisiga surtiladi, 10 daqiqa davomida boshni yopmasdan qoldiriladi va so'ngra suv bilan yuviladi.
- **Sarpotol “maja”** – Bosh terisiga surtiladi va sochlarga ham qo'llaniladi. Davolash tunda “8 soat” amalga oshiriladi, keyin yuviladi. Davolash 1- 3- va 7-kunlarda takrorlanadi.
- **Chemer suvi** – 2 soat davomida surtiladi, so'ngra shampun bilan yuviladi.
- **Bitlarga qarshi shampun** – Sochlar yuvilib, 2 soat davomida ushlab turiladi, so'ngra yaxshilab yuviladi.
- **Bor kislota mazi** – 2 soat davomida surtiladi, so'ngra bosh sovun va shampun bilan yuviladi.

Davolashdan so'ng, sochlar iliq 5-10% sirka kislota eritmasi bilan chayiladi.

Kiym va yostiqlarni qayta ishlashda, ular ustida hasharotlar aniqlanganda darhol ularni yo'q qilish zarur. Zararlangan kiyimlar 2% kalkinlangan soda eritmasida 15 daqiqa davomida qaynatiladi va keyin ikki tomondan temir bilan qizdiriladi, tikuvlar, egmalar va kamarlarni alohida e'tiborga olish lozim.

Kiyimlarni qayta ishlash uchun pedikulitsidlar sifatida 0,15% suyuq emulsiya, 50% karbofos emulsiya konsentratlari, 0,06% 50% sulfidofoz suyuq emulsiya, pyretrom kukuni, 1% neopin kukuni, 2% sulfolan-U kukuni, 2% bifentrin-II kukuni, Vitar sovuni, Medifos-super, 20% sovun-kerosin emulsiya ishlatiladi.

Ichki kiyimlar, yostiqlar va boshqa yuvishga yaroqli buyumlar suyuq emulsiya ichida 5-10 daqiqa davomida namlanadi, tuxumlar bilan zararlanish darajasiga qarab. Suyuqlik emulsiya uchun sarf normaligi: ichki kiyimlar uchun 2,5 litr, yostiq to'plami yoki 1 kg quruq buyum uchun 4-4,5 litr. Buyumlar keyin yaxshilab chayiladi va odatdagi usulda, sovun va soda bilan yuviladi.

Tashqi kiyimlar, yostiq to'plamlari “yostiqlarni hisobga olmaganda” va boshqa buyumlar suyuq emulsiya bilan puskurtuladi. Hasharotlarning yashash joylari – yaka, kamar, tikuvlar va egmalarni alohida diqqat bilan qayta ishlash lozim.

Sarf normaligi: jun libosi uchun 30-50 ml, yostiq to'plami matras, ko'rpa uchun 400 ml, kiyim to'plami palto, jilet, shim, shlyapa uchun 350 ml.

Agar Vitar insektitsidli sovun kiyim va ichki kiyimlarni namlash uchun ishlatilsa, tavsiya etilgan sarf miqdori 30g bo'lib, ta'sir qilish vaqti 20 daqiqani tashkil etadi. So'ngra kiyimlar yaxshilab chayiladi, keyin odatdagi yuvish va dazmollash amalga oshiriladi.

Agar zarurat bo'lsa, xonalarni va buyumlarni davolash uchun 0,5% xlorofos suyuq eritmasi, 0,15% karbofos suyuq emulsiya, pyretrom kukuni, 1% neopin kukuni, Neofos-2, Karbazol, A-Par, Medifox-super aerosollarini ishlatish mumkin, har bir vosita uchun etiketkalar va foydalanish bo'yicha ko'rsatmalarga muvofiq.

Agar bemorning ahvoli qoniqarli bo'lsa, unga dush yoki gigiyenik vannalar belgilanishi mumkin. Yuvishdan oldin, vanna bir nechta dezinfektsiyalovchi eritmalar bilan qayta ishlanadi **“1% ohak xlorid eritmasi, 1-2% xloramin eritmasi yoki ushbu maqsadlar uchun mo'ljallangan boshqa dezinfektsiyalovchi moddalar”**. Hozirgi kunda bunday vositalarning keng tanlovi mavjud bo'lib, ular antiseptika va aseptika bo'limlarida batafsil tavsiflanadi. So'ngra, vanna bir necha marta issiq suv bilan yuviladi. Yog' va iflosliklarni olib tashlash uchun vanna yuzasi gubka bilan silanadi. Toza gubkalar yozuvi bilan idishlarda, foydalanilgan gubkalar esa yozuvi bilan idishlarda saqlanadi. Har safar foydalanishdan oldin, gubkalar 1-2% xloramin eritmasi yoki boshqa dezinfektsiyalovchi moddalar bilan dezinfektsiyalanadi. Vanna avval sovuq suv bilan to'ldiriladi, so'ngra issiq suv qo'shiladi. Suv vannaning hajmining 2/3 qismini egallashi kerak, shunda bemor suvga cho'mganda suv to'kilmaydi, balki faqat tanani qoplaydi. Gigiyenik vanna uchun suvning harorati 37-40°C bo'lishi lozim. Bemorning vannada qolish vaqti uning holatiga qarab belgilanadi va o'rtacha 15-20 daqiqa davom etadi. Maxsus e'tibor ter va iflosliklar to'planadigan hududlarga **“qo'ldan pastki qism, perineya, jinsiy a'zolar, anus, oyoq barmoqlari orasidagi hududlar, peshonalar osti va ayollarda ko'krak osti”** qaratiladi. Avval boshni yuvish, so'ngra tana va qo'llarni,

oxirgi navbatda esa perineya, jinsiy aʼzolar va anal hududni yuvish kerak. Vannada bemor boʻlganida, hamshira yoki sanitar xodim uning holatini doimiy ravishda nazorat qilishi, va agarda hushidan ketish holati yuzaga kelsa, zarur choralarni koʻrishi kerak “ammiakni hidlatish, yuzini sovuq suv bilan purkash, oyoqlarni boshdan balandroq koʻtarish orqali qon oqimini yaxshilash, qon bosimini va pulsni oʻlchash, kislorod berish va darhol vrachni chaqirish”. Yuvish dush ostida ham amalga oshirilishi mumkin.

Sanitariya muolajasi tugagandan soʻng, bemor toza shifoxona kiyimlari, xalat yoki pijama va tapochkalar kiydiriladi. Tibbiy tarixning titulli sahifasida amalga oshirilgan sanitariya ishlovlari, pedikulyoz yoki qichishish mavjudligi haqidagi maʼlumotlar kiritiladi va agar zarur boʻlsa, sanitariya-epidemiologik stansiyaga xabar qilinadi. Toʻldirilgan tibbiy tarix bilan birga bemor boʻlimga transport qilinadi. Transportirovka bemorlarni tibbiy yordam va davolash koʻrsatiladigan joylarga yoki bir tibbiy muassasadan “boʻlimdan” boshqasiga tashish yoki koʻchirishni anglatadi. Transportirovka usulini vrach belgilaydi. Transport qobiliyati boʻyicha bemorlar ikki guruhga ajratiladi: transport qilinadiganlar **“yotgan, oʻtirgan yoki yarim oʻtirgan holatda transport qilish imkoniyatiga ega boʻlganlar”** va transport qilish ularning hayotiga xavf soladiganlar. Bunday bemorlarga toʻliq tibbiy yordam joyida koʻrsatiladi va ularning holati yaxshilangandan soʻng intensiv terapiya boʻlimiga transport qilinadi. Eng ogʻir holatlarda, transportirovka reanimatsiya guruhi bilan tez yordam mashinasida amalga oshiriladi. Holati barqaror boʻlgan bemorlar oʻz palatalariga qadam bosib boradilar, ularni qabul qilish boʻlimidan oʻrta yoki kichik tibbiy xodim kuzatib boradi. Ogʻir bemorlar odatda stretchda yotqizib transport qilinadi, ammo trolley yoki stul ham ishlatilishi mumkin. Agar shifoxona binosi koʻp qavatli boʻlsa, bemorlarni yuqori qavatlariga maxsus lift yordamida, stul bilan bemor joylashgan holda koʻtarish mumkin. Bemor va uning tibbiy tarixini jarrohlik boʻlimiga yetkazib berganidan soʻng, qabul boʻlimining hamshira bemorni va uning tibbiy tarixini boʻlimning post-xodimiga topshiradi, u bemorni palataga joylashtiradi, boʻlim

vrachiga bemorning qabul qilinganligi haqida xabar beradi va tibbiy tarixni vrachga topshiradi.

Bemorni qabul bo‘limida tekshiruvdan o‘tkazish, yog‘och qoplamali divanda amalga oshiriladi. Har bir tekshiruvdan so‘ng, divan yog‘och qoplamasi ikki marta dezinfektsiyalovchi eritma **“1% xloramin eritmasi yoki 0,5% detergentli boshqa antiseptik eritma”** bilan namlangan mato bilan silinadi. Qabul bo‘limining barcha xonalarini va mebellarini nam mato bilan kamida kuniga ikki marta tozalash kerak, yuqoridagi dezinfektsiyalovchi eritmalar va 0,5% detergent eritmasi bilan. Mebel ham shu eritma bilan silinadi, panel esa har uch kunda nam mato bilan tozalanadi. Devorning yuqori qismlari, shift va yoritgichlar oyiga ikki marta changdan tozalanadi. Sanitariya joylarini tozalash uchun 2-5% xloramin eritmasi yoki boshqa dezinfektsiyalovchi vositalar ishlatiladi. Tozalash materiallari 1% xloramin eritmasi yoki boshqa dezinfektsiyalovchi moddalar bilan 1 soat davomida dezinfektsiyalanadi.

Jarrohlik bemorlarini parvarish qilishning ajralib turadigan xususiyatlaridan biri, kasalxonada olingan infeksiyalarni, ya’ni nosokomial infeksiyalarni **“lotincha nosocomium – kasalxona”**, asosan jarrohlik yara infeksiyalarini oldini olishdir. Bemorni o‘rab turgan atrof-muhit, bu infeksiyaning tarqalishi va saqlanishi uchun xavfli zaxira sifatida qaralishi kerak. Jarrohlik patologiyasidan aziyat chekayotgan va jarrohlik amaliyotini kutayotgan bemor, ayniqsa, amaliyotni o‘tkazgan bo‘lsa, yomon atrof-muhit sharoitlariga sezgir bo‘lib, infeksiyon asoratlar rivojlanishiga ko‘proq moyil bo‘ladi.

Bemorlar xonada uzoq vaqt qolganida, mikroiqlim asta-sekin o‘zgaradi: havoning namligi ortadi, harorati ko‘tariladi, noxush hidlar paydo bo‘ladi. Shuningdek, odamlar, ayniqsa kasalxonalarda, havo bakterial ifloslanishining manbai bo‘lib, bu yerda yuqori patogen floralar aylanib yuradi va turli xil

antimikrobal moddalariga chidamli bo‘ladi. Ushbu kasalxona mikroflorasi, jamiyat mikroflorasidan farqli o‘laroq, yuqori patogenlik yoki agressivlikka ega bo‘ladi.

Amaliyotdan keyingi asoratlar rivojlanishida havodan tarqaladigan infeksiyalar muhim rol o‘ynaydi. Ularni oldini olishda, asosan, favqulodda diagnostika va jarrohlik bo‘limlaridagi ish faoliyatining to‘g‘ri tashkil etilishi, shuningdek, havo mikroorganizmlar bilan ifloslanishini kamaytirishga va ularni yo‘qotishga qaratilgan chora-tadbirlar katta ahamiyatga ega. Xonalarni havalandirish, kamida kuniga ikki marta amalga oshirilishi kerak. Shuningdek, xonada ultrabinafsha nur yordamida havoni dezinfektsiya qilish ham muhimdir, bu, odamlar mavjud bo‘lsa ham, 2 metrdan yuqori masofada joylashtirilgan gerimitsid lampalar yordamida amalga oshirilishi mumkin.

Xonani shamollatish va ultrabinafsha nur yordamida xonani dezinfektsiya qilish kombinatsiyasi havodagi bakteriyalar sonini 95% gacha kamaytiradi. Shuni ta’kidlash kerakki, **mercuriya-kvartza** lampasining ultrabinafsha nur bilan havoni dezinfektsiya qilish uchun quvvati butun xonada havoni to‘liq dezinfektsiya qilishni ta’minlashi kerak va bunday lampalarning bir qancha turli kuchlarga ega turlari mavjud.

Metodik qo‘llanmalar: Mavzuni nazariy o‘rganishdan so‘ng, talabalar o‘qituvchining rahbarligida favqulodda diagnostika bo‘limining funksional birliklari, uning xodimlari, hujjatlari, favqulodda va rejalashtirilgan bemorlarni qabul qilish tartibi, tibbiy hujjatlarni to‘ldirish va tayyorlash, sanitariya va bemorni ixtisoslashgan jarrohlik bo‘limiga o‘tkazish jarayonlari bilan tanishadilar. Maxsus e’tibor sanitariya-gigiyena talablariga rioya qilinishiga qaratiladi **“tozalash uskunalari va materiallarini saqlash va ishlatish, ularning belgilanishi, dezinfektsiyalovchi eritmalarini tayyorlash va foydalanish”**.

Mavzu № 2

STATSIONAR JARROHLIK BO'LIMI

Hirurgiya bo'limi shifoxonaning asosiy funktsional qismlaridan biridir. Ushbu bo'lim odatda 60 o'rinli qilib tashkil etiladi. Ba'zi holatlarda, u 90-120 o'ringa kengaytirilishi yoki 15-45 o'ringa qisqarishi mumkin. Katta hajmdagi hirurgik shifoxonalarda bir nechta jarrohlik bo'limlari tashkil etiladi. Doimiy ravishda toza, gnoyli va travmatologik bo'limlar ajratiladi, shuningdek, maxsus bo'limlar, masalan, urologik, neyroxirurgik va boshqalar tashkil etilishi mumkin. Bunday taqsimot turli xil bemorlar guruhlarini aralashtirib yubormaslik va davolashda asoratlarning oldini olishga xizmat qiladi.

Har bir jarrohlik bo'limi tuzilmasida bemorlar xonalaridan tashqari, operatsion blok mavjud bo'ladi. Biroq, ba'zi yirik jarrohlik shifoxonalarda, bir nechta maxsuslashtirilgan jarrohlik bo'limlar "masalan, xirurgiya, urologiya, ginekologiya va boshqalar" mavjud bo'lsa, operatsion bloklar bitta joyda jamlanib, ba'zida butun qavatni egallaydi va operatsion bo'lim deb ataladi. Bunday bo'lim o'z rahbari va katta hamshirasiga ega. Birlashtirilgan operatsion bo'limni yaratish, sterilizatsiya va dezinfeksiya rejimini ta'minlashda qulaylik yaratgani uchun afzalroq hisoblanadi.

Xirurgiya bo'limining tarkibiga bandajlar va kichik jarrohlik amaliyotlari o'tkaziladigan bandaj xonalari, shuningdek barcha turdagi in'ektsiyalarni kiritish, venaga infuziya tizimlarini tayyorlash, kristalloid eritmalarini tayyorlash, qon olish, qon guruhini aniqlash va qon komponentlari yoki qon almashtiruvchi moddalarini tayyorlash uchun ishlatiladigan protsedura xonalari kiradi. Tibbiyot xodimlarining ishini tashkil qilish uchun doktorlar uchun hujjatlarni tayyorlash joylari, hamshiralar uchun esa alohida hamshira xonalari mavjud.

Bo'limning koridorida, shuningdek, bemorlarning palatadan palataga va koridorda harakatini nazorat qiluvchi hamshira postining joylashuvi belgilangan. Bu

post zarur hujjatlar, dori-darmonlar, termometrlar, tonometrlar va boshqa kerakli asbob-uskunalar bilan jihozlanadi.

Xirurgiya bo‘limi tarkibiga bemorlar uchun ovqat taqsimlash xonasi, shuningdek boshqa yordamchi va tibbiy xonalar, masalan, enema xonasi, hojatxona, vanna, tozalash jihozlari uchun xonalar, shuningdek yumshoq inventar “kurtkalar, matraslar, yostiqlar va h.k.” saqlanadigan xonalar kiradi.

Xirurgiya bo‘limi rahbari sifatida bo‘limni boshqarish uchun eng malakali jarrohlardan tayinlanadigan bo‘lim boshlig‘i saylanadi. Bo‘lim boshlig‘i barcha shifokor xodimlarining tibbiy faoliyatini boshqaradi, umumiy davolanishlarni o‘tkazadi, eng murakkab bemorlar bo‘yicha maslahatlar beradi va bo‘limning moddiy ta‘minoti ishlarida ishtirok etadi.

Katta hamshira o‘rta va kichik tibbiyot xodimlarining ishini boshqaradi, dori-darmonlarni qabul qilib, ularni hamshiralarga taqsimlaydi. Tibbiy davolash ishlarini esa ordinator shifokorlar olib boradi.

Tibbiy yordam va bemorlar parvarishi ishining bir qismi tibbiyot hamshirasiga yuklatilgan. Tibbiyot hamshirasi – o‘rta tibbiy xodim, shifokor yordamchisi bo‘lib, tibbiyot va profilaktika muassasalarida faoliyat yuritadi. Biroq, hozirgi kunda, Uzbekistonda hamshiraning faqat shifokorning yordamchisi sifatida ko‘rilishi haqidagi qarashlar shubha ostiga olinmoqda, chunki unga bemorlarni davolash va parvarish qilish bilan bog‘liq o‘ziga xos vazifalar yuklatilgan, bu esa shifokorning ishidan farq qiladi. Tibbiyot hamshirasi yoki hamshira yordamchisi lavozimiga, kamida 2 yillik o‘quv kursini tamomlagan va davlat namunasi bo‘yicha diplom va mutaxassislik sertifikatiga ega bo‘lgan shaxslar tayinlanadi. Tibbiyot hamshirasi shifokorlar tomonidan belgilangan barcha buyruqlarni va ko‘rsatmalarni bajarishga majburdir. U quyidagi tibbiy manipulyatsiyalarni amalga oshirish huquqiga ega: 1) teri osti va mushak ichiga in'ektsiyalarni, venaga suyuqliklarni yuborish; 2) qon to‘xtatuvchi o‘roqni o‘rnatish; 3) qon namunalarini olish; 4) tuberkulin diagnostikasi

uchun tuberkulin eritmalarini tayyorlash; 5) qon bosimini o'lchash; 6) dori moddalarini ishqalanish; 7) gorichniklar va pijakalarni qo'yish; 8) tomoqni yuvish; 9) tomoq va burun, jinsiy a'zoldan namuna olish; 10) kompresslar o'rnatish; 11) quloqni yuvish "qovuq to'plari"; 12) barcha turdagi klizmalar "tozalovchi, sifonli, oziqlantiruvchi, tomchilatuvchi"; 13) gaz chiqaruvchi naychani kiritish; 14) oshqozonni zondlash va yuvish; 15) siydik pufagiga rezina kateter yordamida kateter qo'yish; 16) siydik pufagini yuvish; 17) ayol jinsiy a'zolarini yuvish; 18) shikastlanishlar, zaharlanishlar, muzlashlar, kuyishlar, biologik suyuqliklarning shilliq qavatlarga yoki yaralarga tushishi kabi holatlarda birinchi yordam ko'rsatish; 19) prolejlarni profilaktikasini o'tkazish; 20) qon guruhini va rezus faktorini aniqlash "shifokor nazorati ostida"; 21) yangi muzlatilgan plazmani eritish; 22) namlangan kislorod berish; 23) Bezredko sinovini amalga oshirish, boshqa antitoksik va boshqa serumlar bilan ishlash. Tibbiyot hamshirasining asosiy yordamchisi — kichik tibbiyot hamshirasi, boshqa nomi bilan — sanitarka yoki palatada ishlovchi hamshira yordamchisidir. Kichik tibbiyot hamshirasining vazifalariga bemorlarni ertalab soat 7:00 da yotqizish kiradi. Bu vaqtga qadar u tayyorlangan inventar bilan bemorlarning kundalik gigiyenik ehtiyojlarini ko'rib chiqishga tayyor bo'lishi kerak. U palatalarni havo bilan tozalab, zaif bemorlarga yuzlarini yuvish uchun idish olib keladi, og'ir bemorlarni o'zlari yuvadi, idishlarni olib chiqadi, karavotlarni almashtiradi. Dasturxonlar va idishlar uchun tahlillarni yig'ish ertalabki taomdan oldin amalga oshiriladi. Nonushta bilan shifokor tekshiruviga qadar palatalar tozalanadi. Kun davomida palatalar uch marta, dezinfektsiyalovchi eritmalaridan foydalangan holda tozalanadi. Hozirda ushbu eritmalarini tanlashda keng imkoniyatlar mavjud, masalan, xlor asosidagi preparatlar – **(Sporox)** va boshqa kimyoviy guruhlar preparatlari – **(Virkon), (Sanivap)**. Tozalash nishab mato, cho'tkalar yordamida amalga oshiriladi va qo'lni rezina qo'lqoplari bilan himoyalash zarur. Kechki ovqatdan keyin kichik tibbiyot hamshirasi polni artib, palatalarni havo bilan tozalaydi va tibbiyot hamshirasiga kechki dori tayinlamalarini bajarishda yordam beradi "klizma qo'yish, bemorlarni yuvish va h.k."

Shifokorlar bo‘limida shaxsiy gigiena. Tibbiy kiyimlarni kiyish qoidalari. Shaxsiy gigiena, tibbiy xodimning salomatligini saqlash va to‘g‘ri sanitariya-gigiena rejimini ta’minlashga qaratilgan qoidalar va tavsiyalar majmuidir. Bu, bemorlarning sog‘ayishiga yordam beradigan, to‘g‘ri ruhiy-psixologik muhitni yaratishga ham yordam beradi. Kiyimlar, og‘ir yuvish, qaynatish va dezinfektsiya vositalariga chidamli, oq yoki och rangli paxta matosidan bo‘lishi kerak. Kiyimlar to‘liq badanini yopishi, toza va mukammal tarzda tugmalar bilan yopilgan bo‘lishi zarur. Shapka butun boshni yopinishi lozim. Kiyimlar maxsus shkafda saqlanishi kerak. Shifokorlar maxsus kiyimlarni shifoxonadan tashqariga kiyimagan holda ishlatishlari taqiqlanadi! Tualetga kirishdan oldin kiyim va shapka chiqarilishi shart. Tibbiy xodimlar yaxshi va qulay poyabzal kiyishlari kerak, bu yurganda shovqin kamayishini ta’minlaydi. Tabiiy mato yoki teridan qilingan poyabzalni kiyimaslik kerak, chunki ular kirni o‘ziga singdiradi va sanitariya ishlovini olishda qiyinchilik tug‘diradi. Qo‘llarni har bir tibbiy amaliyotdan oldin va keyin, ovqatdan oldin va tualetdan so‘ng yuvish zarur. Tirnoqlarni qisqa qilib kesish kerak. Og‘iz va burun bo‘shlig‘ini toza saqlash muhimdir. Tishlarni ertalab va kechqurun tozalash, har bir ovqatdan so‘ng og‘izni chayish zarur. Jarrohlik bo‘limida bemorlarning davolanishini qo‘llab-quvvatlashga qaratilgan sog‘liqni saqlash va himoya qilish rejimi. Bu bemorning kasalxonada qolishi davomida eng qulay va farovon sharoitlarni yaratishga qaratilgan, sog‘ayishga yordam beradi. Bu, bemorga nisbatan shafqatni ko‘rsatish “empatiya”ni o‘z ichiga oladi.

Shifokorning vazifasi — har bir bemorning individual holatini hisobga olib, unga xos davolanish rejimini belgilash. Bu rejimga rioya qilishni palata o'rta tibbiy xodimi kuzatib boradi. Quyidagi rejim turlari ajratiladi:

1. Umumiy rejim “yuruvchi bemorlar uchun”.
2. Yotish rejimi: a) qat’iy – bemorning holati “yotish, yotgan holatda o‘tirish va boshqalar” tarixda ko‘rsatilgan talablarga to‘liq mos bo‘lishi kerak; b) faol – bemorga yotoqda harakatlanish “barmoqlarni buklash, aylanib yotish va boshqalar” ruxsat etiladi;

3. Yarmi yotish – bemorga ovqatlanish uchun turishga va tualetga borishga ruxsat etiladi;
4. Individual – maxsus ko‘rsatmalar bo‘yicha “ochiq havoda sayr qilish, yotishdan oldin vanna qilish”.

Kasalxona yoki nosokomial infektsiya – bu tibbiyot muassasalarida mavjud bo‘lgan mikrofloradan infektsiya olish holati. Bu infektsiyalar ko‘pincha odamning o‘zidan tarqaladi, va ular ko‘pincha ko‘proq antibiotiklar va antiseptiklarga chidamli bo‘ladi. Ko‘pincha kasalxona infektsiyalariga sabab bo‘ladigan mikroorganizmlar Staphylococcus, E. coli, Proteus yoki Pseudomonas aeruginosa kabi bakteriyalar bo‘ladi. Ushbu infektsiyalar bemorlar va tibbiy xodimlar tomonidan olib kiriladi, ayniqsa, burun va og‘izning shilliq qavatida joylashgan mikroorganizmlar.

Gospitalda infektsiya xavfini kamaytirish uchun bemorning kasalxonada qolish muddatini qisqartirish zarur, chunki uzaygan davolash jarayoni infektsiya xavfini oshiradi. Amaliyotxonadagi havoning sterilizatsiyasi bemorlar jarohatlarining infektsiyalanganligini oldini olish uchun muhimdir. Havo orqali ko‘plab mikroorganizmlar tarqalishi mumkin, lekin aslida stafilokokk bu yerda eng katta xavfni tug‘diradi. Operatsiya davomida havo ifloslanishining oshishi bilan xavf ham ortadi.

Jarrohlik bo‘limidagi eng ko‘p ifloslangan joylar – bu yuvish idishlari, qo‘l yuvish kranlari va ayniqsa, marli niqoblaridir. Bu niqoblar nafaqat og‘izni, balki burunni ham yopinishi kerak, chunki burundagi mikroblar ko‘proq tarqaladi va ular ko‘proq xavf tug‘diradi.

Sanitariya-gigiena va ichki kasalxona infektsiyalarining oldini olish uchun, operatsiya xonalarida, bog‘lanish xonolari va protseduralarda bir qancha turli tozalash jarayonlari amalga oshiriladi. Tozalashning turli xil turlari:

1. Dastlabki – ertalab ish boshlanishidan oldin, antiseptik eritma bilan mo‘ljallangan matolar yordamida barcha yassi yuzalar tozalanadi.

2. Amaliyot davomida tozalash – pastga tushgan marli sharlar yoki salfetkalar, shuningdek, suyuqliklar tozalanadi.
3. Har bir bemordan so‘ng operatsiya xona tozalanadi “operatsiya stolida yuvilgan to'shakni almashtirish, axlatni tozalash”.
4. Ish kunining oxirida yakuniy tozalash – barcha yassi yuzalar tozalanadi, pol yuzasi antiseptik eritma bilan yuviladi.
5. Yig‘ilishli tozalash – haftada bir marta amalga oshiriladi, har bir operatsiya va protsedura tugagandan so‘ng. Bu tozalashda, xonaning to‘liq dezinfektsiyasi amalga oshiriladi.

Tozalash jarayonlari maqsadli ravishda ultrabinafsha nurlari orqali amalga oshiriladi, bu havo va yuzalarni sterilizatsiya qilishda samarali bo‘ladi. Bakteritsid lampalar ko‘pincha palatalarda ishlatiladi, lekin ularni odamlar yonida yoqish taqiqlanadi, chunki bu yuksak radiatsiya ta’siri bilan bog‘liq xavf tug‘dirishi mumkin.

Shifoxonadagi gigiena, sanitariya-gigiena tartib-qoidalariga rioya qilish, kasalxona infeksiyalarining oldini olish uchun muhimdir. Bu, ham tibbiy xodimlar, ham bemorlar uchun sog‘lom muhit yaratadi.

Mavzu № 3

JARROHLIK BEMORLARI BILAN UMUMIY YURITISH PRINSIPLARI. ASEPTIKA VA ANTISEPTIKA. BEMORLARNING OZIQLANISHI. BIOLOGIK SUYUQLIKLAR BILAN BEZARAR VA XAVFSIZ ISHLASH.

Har qanday kasallik bilan davolanayotgan bemorni davolashda muhim o‘rin egallovchi jarayonlardan biri – bemorlar bilan g‘amxo‘rlik qilishdir. Tibbiy g‘amxo‘rlik – bu bemorga yordam ko‘rsatish faoliyatidir, chunki bemor o‘zining fiziologik, ijtimoiy-madaniy va ma’naviy ehtiyojlarini kundalik hayotda qondira olmaydi, shuningdek uning holatini engillashtirish va davolash muvaffaqiyatini ta’minlash.

G'amxo'rlik tadbirlari umumiy va maxsus bo'lishi mumkin. Umumiy g'amxo'rlik - bu bemorning kasalligi turi va xususiyatiga qaramay barcha bemorlarga qo'llaniladigan tadbirlar bo'lsa, maxsus g'amxo'rlik esa faqat ma'lum kasalliklar "ginekologik, urologik, stomatologik va boshqalar" bilan bog'liq bemorlarga qo'llaniladi. Ya'ni, maxsus g'amxo'rlik bu kasallik turiga xos bo'lgan g'amxo'rlikdir.

Davolash va g'amxo'rlik tushunchalarini ajratib bo'lmaydi, chunki ular bir-biri bilan chambarchas bog'liq va bir umumiy maqsadni - bemorning sog'ayishini ta'minlashni ko'zda tutadi. Bemorlarga g'amxo'rlik ko'plab hollarda davolash natijalariga, ayniqsa jarrohlikdan keyingi davolanish jarayoniga ta'sir qiladi.

Jarrohlik bemorlariga umumiy g'amxo'rlik quyidagi faoliyatlarni o'z ichiga oladi:

- Doktorning buyruqlarini bajarish "dori-darmonlarni tarqatish, in'ektsiyalarni qilish, bandajlarni o'zgartirish, achchiq mustahkamlashlarni qo'llash va boshqalar";
- Shaxsiy gigiena tadbirlarini amalga oshirish "yuvinish, bosim yaralarining oldini olish, ichki kiyimni o'zgartirish";
- Bemorlarni oziqlantirish;
- Xonadagi sanitariya-gigiena tartibini saqlash "ultrabinafsha nur ishlatish, xonani havalandirish, yuvish va tozalash";
- Tibbiy hujjatlarni yuritish va saqlash;
- Sanitariya-ma'rifat ishlarini olib borish.

Deontologiya – bu yunoncha **deon** – **zarur va logos** – **ilm** so'zlaridan olingan atama bo'lib, uni ingliz faylasufi Jeremiya Bentam -1834 yilda kiritgan. Dastlab, bu atama tibbiyotga aloqador bo'lmagan. Tibbiyotda deontologiya – bu tibbiyot xodimlarining bemorlar, ularning oila a'zolari va o'zaro munosabatlarida

to'g'ri va axloqiy xulq-atvorni o'rganuvchi fan bo'lib, davolashning samaradorligini oshirish va zararli oqibatlarini kamaytirishga qaratilgan tamoyillarni o'z ichiga oladi. Bu tamoyillar tibbiyot xodimining bemor hayoti va sog'ligi uchun mas'uliyatni, shifokorlar maxfiyligini saqlashni, bemorlarning ma'lumotlarni samarali olishlarini ta'minlashni o'z ichiga oladi. Deontologiya tamoyillari, shuningdek, jamiyatda qabul qilingan axloq, ma'naviyat va etik tamoyillari bilan chambarchas bog'liq.

Umuman olganda, deontologiyaning asosiy tamoyillari Gippokrat qasamyodida ifodalangan bo'lib, uni sog'liqni saqlash sohasiga bag'ishlangan har bir shaxs qasamyod qiladi.

Rossiyaning tibbiyoti hech qachon xolislik, o'zini qurbon qilish va ishga to'liq bag'ishlanish bilan ajralib turgan. Biroq, jamiyat taraqqiyoti tez-tez yangi qonuniy va huquqiy tamoyillarni joriy etishni talab qiladi. Bu esa bemor va tibbiyot xodimlari o'rtasidagi o'zaro munosabatlarning huquqiy jihatlari va qonunlar orqali himoyalaniishi zarurligini ko'rsatadi.

Oldinlari, bemor va shifokor o'rtasidagi munosabatlar patronalistik **“lotincha pater – ota”** bo'lgan, ya'ni shifokorning bemorga otalik, himoyachilik munosabati. Hozirgi kunda esa, bu munosabatlar hamkorlikka asoslangan bo'lib, shifokor va bemor o'rtasida teng huquqli munosabatlar o'rnatiladi. Bemor o'zining kasalligi, rejalashtirilgan davolash va uning natijalari haqida to'liq ma'lumot olish huquqiga ega. Amaliyot qilish, qon kompyonentlarini quyish va narkoz berish uchun bemor o'zining roziligini yozma ravishda imzolash orqali berishi kerak.

1971-yilgi Jeneva Konvensiyasida tibbiy deontologiyaga oid quyidagi masalalar ko'rib chiqilgan:

1. Shifokorlik sirini saqlash bilan bog'liq masalalar.
2. Bemorlarning hayoti va salomatligi uchun javobgarlik choralari.
3. Tibbiy jamoada o'zaro munosabatlar masalalari.
4. Shifokor va bemorlarning o'zaro aloqalari hamda ularning oilalari bilan bo'lgan munosabatlar.
5. Shifokor va bemor o'rtasidagi intim aloqalar masalalari, bu masalalarni Amerika Tibbiyot Assotsiatsiyasining Etika va Huquqiy Masalalar bo'yicha komiteti ishlab chiqqan.

Barcha kasalliklarni aniqlash, diagnostik tadbirlarni o'tkazish, davolash usullarini tanlash va jarrohlik amaliyotlarini amalga oshirishda shifokor avvalo bemor bilan maslahatlashishi kerak. Shifokor bemorga, uning tibbiy ta'limi yo'qligini inobatga olib, tushunarli tarzda izoh berishi lozim. Shuningdek, bemorning oila a'zolari, hamkasblari va do'stlari bilan aloqaning qanchalik ochiq bo'lishi ham bemordan oldindan muhokama qilinadi. Bularning barchasi shifokorlik sirini saqlash qonunlari bilan bog'liqdir. Ushbu qoida quyidagi hollarda cheklanadi: bemorning hushidan ketgan holati, bolalik davri, ruhiy kasalliklar va boshqa yuridik jihatdan harakat qilish qobiliyati yo'q hollarda. Kasallikni bemordan yashirish kamdan-kam holatlarda uchraydi va asosan o'limga olib keladigan kasalliklar bilan bog'liq bo'ladi. Bunday holatlarda bemorda psixopatiya, isteriya yoki depressiya belgilarining mavjudligi, o'z joniga qasd qilishga undash xavfi mavjud bo'lganida, davolash jarayoni oila a'zolari bilan muhokama qilinadi. Shifokor bemor bilan oila a'zolariga ham aloqada bo'lishi kerak, ayniqsa bemor reanimatsiya bo'limida yoki karantinda bo'lsa.

Shifokor va tibbiy xodimlar o'rtasidagi munosabatlar kasalxonaning bosh shifokori, shifokor hamkasblari, hamshiralar va yordamchi xodimlar bilan o'zaro aloqalarni o'z ichiga oladi. Bunday munosabatlarda quyidagi prinsiplar asosiy bo'lishi kerak: hamkorlik, professionalizm, hurmat. Hamkasblar bilan aloqalar har doim professional majburiyatlarni bajarishga asoslanishi lozim. Har bir bo'limda o'zining professional huquq va majburiyatlari mavjud.

Jarrohlik bo‘limida yoki shifoxonada ishlash qat’iy intizomni talab qiladi va ierarxiya, ya’ni kichik lavozimli xodimlarning katta lavozimli xodimlarga bo‘ysunishi qat’iy rioya qilinishi lozim. Tibbiyot xodimi bemorlarga nisbatan ehtiyotkor, diqqatli, va noxush munosabatdan saqlanishi kerak. Shifokor yuqori malakali va har tomonlama bilimli bo‘lishi zarur. Hozirgi kunda bemorlar o‘z kasalliklari haqida tibbiy adabiyotlarni o‘qishadi. Shifokor bunday vaziyatda bemor bilan professional va nozik tarzda muloqot qilishi lozim. Shifokor yoki boshqa tibbiy xodimning noto‘g‘ri harakatlari yoki ehtiyotkorlik bilan aytilgan so‘zlari, tahlillar yoki bemorning kasallik tarixi, bemor uchun qo‘rqinchli holatni yuzaga keltirishi mumkin. Masalan, kanserofobiya — rak kasalligidan qo‘rqish. Deontologiyaga shifokorlik sirini saqlash ham kiradi. Ba’zi hollarda bemorning haqiqiy kasalligini, masalan, rakni yashirish zarurati tug‘iladi. Shifokorlik sirini saqlash faqat shifokorlarga emas, balki o‘rta tibbiy xodimlarga, talabalarga, ya’ni bemorlar bilan aloqada bo‘ladigan barcha kishilarga tegishlidir. Boshqa qoida: So‘z davolaydi, ammo so‘z jarohatlaydi. Shifokorlik sirini saqlash oila a’zolariga nisbatan qo‘llanilmaydi. Shifokor bemorning haqiqatdagi tashxisi, ahvoli va prognozi haqida yaqin oila a’zolariga “bolalar, xotin, er va boshqalar” ma’lumot berishi kerak.

Tibbiy deontologiya bilan yaqindan bog‘liq bo‘lgan boshqa tushuncha esa iatrogeniya — tibbiyot xodimining faoliyati yoki faoliyatsizligi natijasida yuzaga kelgan kasallik yoki holat. Agar bemor asabiy bo‘lsa yoki psixologik jihatdan barqaror bo‘lmasa, unga kasallik borligini tushuntirish oson, natijada bemor o‘zida menda kasallik bor deb hisoblay boshlaydi. Buni o‘zingiz ham tajriba qilgan bo‘lishingiz mumkin: talaba bo‘lganimizda o‘rganayotgan kasalliklarning barcha alomatlarini o‘zimizda topardik. Masalan, tomir kasalliklarini o‘rganishda ko‘plab talabalarda oblitiratsiyalovchi endarterit alomatlarini topish mumkin edi. Shuning uchun shifokor bemorni bunday mintaqaviy kasalliklardan xabardor qilmaslikka va mantiqiy ravishda kasalliklarni inkar qilishga harakat qilishi kerak.

Yatrogenik kasalliklar va jarohatlar esa noto‘g‘ri davolash yoki bemorning noto‘g‘ri harakatlari natijasida yuzaga keladi. Masalan, yuqori infuziya orqali

yuqumli qon yoki plazma kirishi natijasida yuzaga kelgan gepatit. Iatrogenik jarohatlar esa ichki organlar, masalan, jigarni rezektsiya qilishda yuzaga keladigan jarohatlar sifatida ko'rsatiladi. Deontologiya hamkasblar bilan munosabatlarga ham aloqador. Hamkasbning ishini bemor oldida tanqid qilish yoki baholash noto'g'ri. Hamkasbga zarur bo'lsa, faqat shaxsiy suhbatda muloyimlik bilan tanqid bildirish lozim. Jarroh o'z ishida yolg'iz ishlamasligi kerak. Jarrohlik boshqa tibbiy sohalaridan ko'ra ko'proq hamkasblikni talab qiladi. Jarroh kattalar yoki yoshlar bilan maslahatlashishga, ularning fikrini eshitishga tayyor bo'lishi kerak. Tashxis qo'yishda, ko'rsatmalarni belgilashda va operatsiya usulini tanlashda shifokor hamkasblari bilan maslahatlashishi kerak. Shu bois, barcha rejalashtirilgan operatsiyalar hamkasbalar bilan muhokama qilinadi. Amaliyot davomida agar jarroh kutilmagan vaziyatga yoki texnik qiyinchiliklarga duch kelsa, u o'z katta hamkasbga murojaat qilish va zarur bo'lsa, ularning yordamini so'rash kerak.

Jarrohlik tibbiyotning amaliy ko'nikmalarining o'ta muhim bo'lgan sohasiga kiradi. Jarrohlari, operatsiya va palata hamshiralari o'z e'tiborlarini asosan operatsion zalga qaratadilar, chunki asosiy ish – jarrohlik amaliyoti shu yerda amalga oshiriladi. Operatsiya davomida tibbiyot xodimlari bilan bemor orasidagi bevosita aloqalar deyarli to'xtaydi, ammo jarrohlari, anesteziologlar, o'rta tibbiyot xodimlari va operatsion zalni ta'minlovchi yordamchi xodimlar o'rtasida mutanosib hamkorlik kuchayadi. Agar operatsion zalda asosiy rolni jarrohlari va anesteziologlar bajaradigan bo'lsa, jarrohlikdan oldin va ayniqsa, operatsiyadan keyin bemorga ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lish, hamshiralarga va kichik tibbiy xodimlarga ko'proq bog'liq. Ko'plab jarrohlari haqli ravishda operatsiya – jarrohlik davolashning boshlanishi deb ta'kidlashadi, uning natijasi esa yaxshi parvarish bilan, ya'ni operatsiya keyingi davrda bemorga ko'rsatiladigan to'g'ri parvarish bilan aniqlanadi.

Psixologik masalalarga operatsiyaga bo'lgan qo'rquv kiradi. Bemor o'zining operatsiyadan qo'rqishi, og'riq va azoblardan, amaliyotning natijalaridan xavotirda bo'lishi mumkin. Bemorning xavotirlarini uning so'zlaridan yoki palata

qo'shnilaridan bilish mumkin. Shuningdek, uning vegetativ reaksiyalari – terlash, tezlashgan yurak urishi, diareya, tez-tez siydik chiqishi, uyqusizlik kabi belgilar orqali ham xavotirini bilish mumkin. Bemorning qo'rquvi ko'pincha operatsiyani o'tkazgan va odatda o'z tajribalarini haddan tashqari ravishda oshirib yuborgan boshqa bemorlarning ma'lumotlari ta'sirida kuchayadi.

Hamshiralar bemorning holatini kuzatib borishi, bu haqida davolovchi shifokorga ma'lumot berishi va psixoterapevtik ta'sir qilish taktikasini ishlab chiqishi lozim. Operatsiyaga tayyorgarlik jarayonida bemor bilan yaxshi aloqani o'rnatish juda muhimdir. Bemorning qo'rquvlari va xavotirlarini aniqlash, uni tinchlantirish va kelajakdagi davolash bosqichiga bo'lgan munosabatini o'zgartirishga harakat qilish kerak. Ko'plab bemorlar narkozdan qo'rqishadi, abadiy uxlab qolishdan, ongni yo'qotishdan yoki shaxsiy sirlarini oshkor qilishdan xavotirda bo'lishadi. Operatsiyadan keyin ham bir qancha qiyin masalalar yuzaga kelishi mumkin. Ba'zi jarrohiy bemorlar operatsiya asoratlari tufayli turli psixologik buzilishlar rivojlanishi mumkin. Jarrohlik aralashuvi va majburiy yotish rejimi nevrotik holatlar yuzaga kelishiga olib kelishi mumkin. Ko'pincha operatsiyadan 2-3 kun o'tib, bemorlar g'azab va asabiylashish holatiga tushishadi. Astenizatsiya fonida, ayniqsa, asoratlar yuzaga kelgan bo'lsa, depressiya holati rivojlanishi mumkin. Yoshi katta bemorlarda operatsiya keyingi davrda delirium holati, ya'ni galyusinatsiyalar va xayoliy tajribalar kuzatilishi mumkin. Uning paydo bo'lishi murakkab, asosan toksiko-vaskulyar sabablar bilan bog'liq. Alkogolizm bilan kasallangan bemorlarda operatsiyadan keyin alkogol deleriyaga ko'pincha rivojlanadi. Psixoz holatiga duchor bo'lgan bemorlarni, agar somatik holati ruxsat bersa, psixiatra topshirish maqsadga muvofiqdir. Psixotik holatlar ko'pincha qisqa muddatli epizodlar sifatida rivojlanadi va asosan trankvilizatorlar va neyroleptiklar bilan samarali tarzda davolanishi mumkin. Davolash bo'yicha keyingi qarorlarni davolovchi yoki navbatchi shifokor barcha holatlarni hisobga olgan holda qabul qiladi.

Saraton o'smalar bo'yicha operatsiya qilingan bemorlar bilan muloqotda murakkab vaziyatlar yuzaga keladi. Ular o'z kelajagi haqida xavotirda, o'smalar rak yoki metazstatik emasligini so'rashadi. Bunday bemorlar bilan gaplashishda juda ehtiyotkor bo'lish kerak. Ularga operatsiya muvaffaqiyatli o'tganligini tushuntirish va kelajakda xavotirlanishga o'rin yo'qligini bildirish zarur. Bunday bemorlar bilan psixoterapevtik suhbatlar o'tkazish kerak.

Ba'zi bemorlar organlarning bir qismini olib tashlash operatsiyalariga, masalan, oshqozon rezeksiyasi, ko'krak bezi yoki a'zo amputatsiyasiga salbiy munosabatda bo'lishadi. Bunday bemorlarda ijtimoiy va psixologik qiyinchiliklar yuzaga keladi. Psixopatik tuzilishga ega bemorlar jismoniy nuqsonni kelajak hayotining falajga tushishi sifatida qabul qilib, depressiv holatga kirib, intiqom haqida o'ylashadi. Bunday bemorlar doimiy ravishda tibbiyot xodimlari tomonidan kuzatilishi kerak.

Inventar va parvarish buyumlari

Parvarish buyumlariga idishlar, isitish yostig'i, muzli pufakchalar, stakanlar, Esmarx kuboklari shishadan, emalli va rezina, salfetkalar, siyohli idishlar, siydik to'plovchi idishlar, menzurkalar, tana, suv va havoning haroratini o'lchovchi termometrlar, rezina qo'llab-quvvatlovchi doiralar, yarim prolejlarga qarshi yostiqlar, bosh o'rindig'lari, oyoq qo'llari o'rindig'lari va h.k. Ushbu buyumlar maxsus belgilangan joylarda saqlanishi kerak.

Idishlar va siyohli idishlar bemorga taqdim etilishidan oldin iliq suvda yuvilib, isitilishi lozim. Ular foydalanilgandan so'ng, 1% antiseptik eritmasida to'liq dezinfeksiya qilinadi. Qisqacha klizmaviy uchlari bir martalik bo'lib, dezinfeksiyadan so'ng utilizatsiya qilinadi. Kasalxona inventariga yotoqlar, yotqizish stollar, tayoqlar, kreslolar, o'rindiqlar va shkaflar kiradi. Sanitar holatni sanitarka ta'minlaydi, meditsina opasi esa uning ishini nazorat qiladi.

Bemorga palataga kirishidan oldin, yotoq, stul, shkaf va stul antiseptik eritmasiga botirilgan to‘rva bilan tozalangan bo‘lishi kerak. Hamma xonalar haftada kamida ikki marta 1% xloramin eritmasi yoki boshqa antiseptiklar bilan tozalash talab qilinadi.

Kasallanish joyida ovqatlanishning tartibi to‘rt marta bo‘lib, kundalik kaloriya miqdori teng taqsimlanadi. Kechki ovqatda kunlik kaloriya miqdorining 25-30% dan ortiq bo‘lmasligi kerak. Ovqatlanish orasidagi tanaffuslar 4 soatdan ko‘p bo‘lmasligi lozim. Ovqat oshxonadan bufetchi tomonidan yetkazib beriladi, va u, postda turgan opasi bilan birgalikda, bemorlarga ovqatni tarqatadi. Ishni boshlashdan oldin bufetchi, postda turgan opasi tomonidan, sog‘lig‘ini tekshirish va yallig‘lanish yoki puskli kasalliklar mavjudligini aniqlash lozim.

Bemorlarni yuvish

Harakat qiluvchi bemorlar har kuni ertalab va kechqurun tishlarini tozalashadi. Ovqatdan so‘ng og‘izlarini tuzli suv yoki kaliy permanganatining yengil eritmasi bilan chayishadi. O‘zini tozalash imkoniyati bo‘lmagan jiddiy kasallikdan aziyat chekayotgan bemorlarning og‘izlarini har ovqatdan keyin tibbiy opalar aralashgan holda artib turishlari kerak. Tibbiy opalar bemorni yuvish, tashqi ko‘rinishini kuzatish va ularning umumiy gigiyenasini ta‘minlashadi. Har hafta bemorlar gigiyenik hammom olishadi. Ichki kiyimning o‘zgartirilishi har haftada bir marta, yuvinishdan so‘ng amalga oshiriladi. Og‘ir kasallikdan aziyat chekayotgan bemorlarga ichki kiyimlarni yotgan holatda almashtirish kerak. Postel o‘rindiqlarini har 7 kunda bir marta yoki ifloslangan holda o‘zgartirish zarur. Iflos kiyimlar maxsus yopiq sumkalar yoki konteynerlarda yig‘iladi va alohida xona uchun ajratiladi.

Bemorlarni ovqatlantirish

Jarrohiy bemorlarni ovqatlantirish ularning kasalligi bilan bog‘liq bo‘ladi. Masalan, shakar kasalligida, 9-raqamli stol ovqatlanadi, ya’ni kamroq uglevodli ovqatlar beriladi. Oshqozon organlari operatsiyasidan keyingi 2-3 kunda nol dietasi beriladi “0a, 0b, 0v”. Bu engil yog‘siz bulyonlar, kompot, kisell, mevali jel va boshqalar, 7-8 marta kuniga, har safar 200-300 ml dan oshmasligi kerak.

O‘zi uchun maxsus ovqatlanishni talab qilmaydigan bemorlarga umumiy stol beriladi yoki 15-raqamli stol. Hammasi bilan to‘g‘ri ovqatlanish shartlarida, yotgan bemorlarga ovqatlarni postda turgan opasi va kichik opalar yetkazib beradilar. Ovqatdan keyin idish va chashkalar yuvish vaqti kelganda, ularni turli usullarda tozalashadi. Hozirgi kunda eng keng tarqalgan usulning bosqichlari quyidagicha: 1) ovqat qoldiqlarini olib tashlash; 2) 1% soda eritmasiga “100 g soda va 900 ml suv” botirish va yuvish; 3) toza suv bilan yuvish; 4) 80°S da 60 daqiqa davomida havoda sterillashuv.

Zond orqali ovqatlantirish

Zond orqali ovqatlantirish ko‘plab holatlar uchun qo‘llaniladi: 1) jag‘-yuz jarohatlari va operatsiyalar; 2) og‘iz, tomoq, ovqat trubkasining saraton kasalligi; 3) kuyishlar, o‘ng‘irki o‘zgarishlar, ovqat trubkasini olib tashlash; 4) oshqozon o‘tkazuvchanligi buzilgan kasalliklar, ko‘pincha oshqozonni to‘liq olib tashlash yoki qisman operatsiyalar; 5) bosh miya jarohatlari, operatsiyalar yoki boshqa zararlar “insult, botulizm, komalar va h.k.” bilan bog‘liq kasalliklar; 6) juda zaiflashtirilgan bemorlar “kuyish kasalligi, sepsis”. Zond orqali odatdagi suyuq va zich bo‘lgan ovqatlar, suyuq bulonlar, choylar, sut va boshqa suyuqliklar ishlatiladi.

Parenteral ovqatlantirish

Parenteral ovqatlanish — bu maxsus infuziya eritmalarini, organizmdagi metabolizmni tiklash va biror-bir oziq-ovqatni ogʻzaki ravishda olishga qodir boʻlmagan bemorlarga toʻgʻridan-toʻgʻri qon tomirlari orqali yuboriladigan ozuqa moddalari bilan amalga oshiriladigan davolash usuli. Parenteral ovqatlanishning asosiy maqsadi — metabolizmni tiklash va organizmdagi oziq-ovqatni yutib olishni taʼminlashdir.

Yotoq yaralariga qarshi choralar

Yotoq yara — yumshoq toʻqimalarning nekrozi, bu ularning boʻgʻilib qolishi va asab qon aylanishining buzilishi sababli yuzaga keladi. Odatda, yotgan bemorlarda koʻproq uchraydi, ular oʻzlari yotishlarini va oʻrni toʻgʻri almashtirishni uddalay olmaydi. Yotoq yaralarga qarshi eng yaxshi profilaktika — tez-tez oʻzgartirish va gigiyena talablariga rioya qilishdir. Matras yostiqlari va maxsus nafas olishga yordam beradigan moslamalar yordamida prolejlardan himoyalash mumkin.

Antiseptika va aseptika

Antiseptika — bu mikroblarni yarada, patologik markazda (absess, yalligʻlanish infiltrati) yoki butun organizmda yoʻq qilishga qaratilgan kompleks tadbirlar. Bakteriyalarni butun organizmda yoʻq qilish, umumiy yiringli infeksiya — sepsisda amalga oshiriladi. "Antiseptika" atamasi ikki yunoncha soʻzdan: "anti" — qarshi va "sepsis" — chirishdan kelib chiqqan. Ushbu atamani ingliz va shotlandiya vrachi Jon Pringl (J. Pringle, 1707–1780) taklif qilgan boʻlib, u harbiy tibbiyotda

profilaktik yondashuvning asoschisi hisoblanadi. U ko'plab kasalliklarning rivojlanishida chirish jarayonlarining ahamiyatini aniqladi va kasalxonalar va safarlarda sanitariya-gigiyena tadbirlarini joriy etdi. Ayniqsa, uning tomonidan chirish jarayonlarini oldini olish maqsadida, hojatxonalarda mineral kislotalarni qo'llash taklif qilingan, bu esa chirish va uning bilan bog'liq yomon hidlarni bartaraf etishga yordam bergan.

Antiseptikaning qo'llanilish usuliga qarab, u quyidagilarga bo'linadi: mexanik, fizik, kimyoviy, biologik va aralash.

Mexanik antiseptikaning asosiy prinsipi infektsiyalangan va o'lik to'qimalarni olib tashlashdan iborat bo'lib, ular bakteriyalar uchun oziqlanish muhiti sifatida xizmat qiladi, shuningdek, chet el tanalari va yiringni olib tashlashni o'z ichiga oladi. Mexanik antiseptika prinsiplari jarrohlikda, tasodifiy yaralarni birinchi tibbiy yordamda ishlov berish, yiringli shishlarni ochish va tozalashda yaxshi namoyon bo'ladi. Masalan, tasodifiy yaralarni birinchi tibbiy yordamda davolashda o'lik, ifloslangan va infektsiyalangan to'qimalarni kesib olib, jarohaga tikuv qo'yiladi, bu esa yarani asoratlarisiz tuzalishiga yordam beradi. Yiringli shishlar esa ochilib, yiring olib tashlanadi va yiringli bo'shliq antiseptik eritmalar bilan yuvilib, drenajlanadi.

Fizik antiseptika va uning prinsiplari kapillyarlik, gigroskopiklik, osmoz, difuziya, sifon, manfiy bosim qonunlariga asoslanadi, shuningdek, nurlanish energiyasidan "rentgen nurlari, ultrabinafsha nurlar, lazer nurlari va boshqalar" foydalanish ham mumkin. Masalan, kapillyarlik va gigroskopiklik qonunlariga asoslanib, to'qima yoki boshqa materiallardan tayyorlangan marli o'ramlar ishlatiladi, ular kapillyarlik va gidroskopiklik xususiyatlarga ega bo'lib, jarohadan olingan moddalarni o'ziga singdiradi.

Sifon prinsipi asosida drenaj trubkalari ishlatiladi, ular orqali tana bo'shliqlaridan va yiringli bo'shliqlardan moddalar chiqariladi. Trubkaning bo'shliqda qoldiriladigan uchida yon teshiklar bo'lishi kerak. Nurlanish energiyasi ham yiringli kasalliklar va yaralarni davolashda qo'llaniladi. Shunday qilib, rentgen nurlari suyaklar panaritlarini davolashda, lazer nurlari va ultrabinafsha nurlar yiringli yaralar va trofik yaralarni davolashda qo'llaniladi. Bundan tashqari, optik asboblarni sterilizatsiya qilish uchun maxsus kameralarda formalin bug'lari, lazer nurlari, ozon ishlatiladi.

Kimyoviy antiseptika kimyoviy moddalarni qo'llashni anglatadi. Antiseptikada qo'llaniladigan barcha kimyoviy moddalar maqsadiga ko'ra quyidagilarga bo'linadi: 1. Yara, yiringli va tabiiy tana bo'shliqlarini davolash va yuvish uchun antiseptiklar; 2. Operatsiya ishtirokchilari va bemorning qo'llarini davolash uchun antiseptiklar "teri antiseptiklari"; 3. Asboblari, parvarish buyumlari, qo'lqoplar, pollari, derazalar, devorlarni tozalash uchun antiseptiklar "dezinfektsiya vositalari yoki dezinfektantlar"; 4. Ximioterapevtik preparatlar "antibiotiklar, sulfanilamidlar va boshqa kimyoviy birikmalar", organizmga og'iz orqali, tomir ichiga, mushak ichiga yoki teri ostiga kiritiladi. Yara, yiringli va tabiiy tana bo'shliqlarini yuvish uchun ishlatiladigan antiseptiklarga furatsillin, rivanol, vodorod periksid, ekteretsid, dioksidin va boshqalar kiradi. Teri antiseptiklariga iod va uning preparatlari yoki iodoformlar "iodopiron, iodonat", shuningdek, spirti, 0,5% xlorheksidin biglyukonat eritmasi "gibitan", zargarlik yashil va boshqalar kiradi. Asboblarni, parvarish buyumlarini, qo'lqoplarni, endoskoplarni, pollarni, derazalarni va boshqalarni sterilizatsiyadan oldin ishlov berish uchun eng ko'p ishlatiladigan moddalar orasida xloraminning turli konsentratsiyalari 1-5%, vodorod periksidining yuqori 6% konsentratsiyalari va poyabzalni ishlov berish uchun formalin eritmasi mavjud. Xlorli preparatlar orasida so'nggi yillarda (Sporoks) keng tarqalgan, u natriy gipoxloriti va monohloraminning aralashmasidir.

So‘nggi yillarda turli kelib chiqish va turli kompaniyalar tomonidan ishlab chiqilgan dezinfeksion moddalar mavjud. Ulardan eng mashhurlaridan biri (Virkon) “KRKA, Sloveniya” bo‘lib, uning faol tarkibiy qismi barcha bakteriyalar va viruslarga, tuberkulyoz tayoqlaridan tashqari, ta’sir qiladi. Shuningdek, Sanivap “Shvetsiya” antiseptigi ham keng tarqalgan bo‘lib, uning faol tarkibiy qismi diklorizo sianov kislotasining natriy tuzidir.

So‘nggi yillarda xlorli preparatlar va aldehidlar “formalin” hamda fenol asosidagi dezinfeksiyalovchi moddalar ko‘proq samarali va inson organizmi uchun zararli bo‘lmagan moddalarga, uchinchi avlodning kvaterner ammiak birikmalariga almashtirilmoqda. Ushbu moddalarning samaradorligi faqat bakteriyalar emas, balki viruslar va zamburug‘lar ustidan ham ta’sir qiladi. Hozirda standart talab sifatida gepatitlar B va C viruslariga qarshi dezinfeksiyalovchi moddalarning samaradorligi talab qilinadi.

So‘nggi avlod kvaterner ammiak birikmalaridan biri (Sertabik) preparati bo‘lib, u Isroilning **ABIK** kompaniyasi tomonidan Rossiyaga yetkazib beriladi. Yaqinda Rossiyada (**Bioddez**) kompaniyasi tomonidan (**Bioddez-ekstra**), (**Effekt-forte**), Dezeffekt kabi analoglar ishlab chiqildi va ishlab chiqarila boshlandi. Bu preparatlar mebelni ishlov berish, umumiy tozalash, asboblarni sterilizatsiyadan oldin ishlov berish va endoskoplarni ishlov berish uchun ishlatiladi. So‘nggi yillarda hipoxlorit natriy **NaClO** keng tarqalgan antiseptik sifatida qo‘llanilmoqda, u fiziologik eritma elektroliz qilinishi orqali olinadi. Ushbu moddalar 0,03% konsentratsiyasida tomir ichiga yuboriladi, 0,05% konsentratsiyada jarohalar va tana bo‘shliqlarini yuvishda qo‘llaniladi, 1% konsentratsiyada asboblarni, mebel, devorlarni ishlov berish uchun ishlatiladi.

**Kimyoviy gazsimon moddalar orasida ozon so‘nggi yillarda
qo‘llanilmoqda.**

Antiseptiklarga qo‘yiladigan asosiy talablar quyidagilardan iborat:

1. Bakteritsidlik, sporotsidlik, virutsidlik va fungitsidlik “zamburug‘lar ustidan ta’sir”.
2. Biologik suyuqliklarning “qon, siydik, eksudat, ichak tarkibi va boshqalar” mavjudligida samaradorlikning kamaymasligi.
3. Tana uchun zararli emasligi, toksik, allergik va tirnash xususiyati keltirib chiqarmasligi.
4. Arzonligi.

Biologik antiseptika esa biologik preparatlarni “vaksinalar, anatoksinlar, serumsiz, gamma-globulinlar, bakteriofaglar va boshqa preparatlar” qo‘llashni anglatadi.

Aseptika - jarrohlik amaliyotida mikroblarning yara ichiga kirishini oldini olish uchun tashkilot choralari, fizikaviy omillar va kimyoviy va biologik preparatlar yordamida amalga oshiriladigan usuldir. Aseptikaning asosiy prinsipi shundaki: yara bilan har qanday aloqa qiladigan narsa mikroblardan xoli bo‘lishi kerak, ya’ni steril bo‘lishi zarur. Shuni ta’kidlash kerakki, bu prinsip faqat operatsion yaralarga nisbatan qo‘llaniladi, chunki tasodifiy yaralar doimiy ravishda dastlabki bosqichda infektsiyalangan hisoblanadi. Aseptikaning maqsadi yarani infektsiyalashdan himoya qilish bo‘lsa, antisepsiya asosan infektsiyalangan yaralarni, abscesslarni, infiltratlarni va umumiy organizm infektsiyalarini **sepsis** davolashga qaratilgan. Aseptika prinsiplari antiseptikaning bir qator prinsiplarini o‘z

ichiga olishini ta'kidlash lozim. Bu prinsiplarga operatsiya xodimlarining qo'llarini va bemorning terisini davolash, tasodifiy yaralarning dastlabki jarrohlik davolanishi jarayonida sanitatsiya qilinishi va jarrohlik amaliyotlari davomida kavitatsiyalar va bo'shliqlarning ochilishi bilan bog'liq infektsiyani oldini olish "ekssudatni so'rib olish va bo'shliq organlarining mazmunini olib tashlash" kiradi. Shunday qilib, mikroblarning yaraga kirishini oldini olishga qaratilgan aseptika jarrohlik amaliyotining yanada rivojlangan yo'nalishini anglatadi, ammo u antiseptika bilan yaqin aloqada bo'lib, uning usullaridan kelib chiqqan. Bunday qilib, aseptika va antiseptika bir-biridan ajralmasdir, va ularning farqi ba'zida shunchaki shartli hisoblanadi.

Aseptika va antiseptika dezinfeksiya bilan farq qiladi, garchi dezinfeksiya atamasi mikroblarning yo'q qilinishini anglatadi, dezinfeksiya usullari hozirgi shaklda faqat yuqumli kasalliklarning, ya'ni yuqumli infeksiyon kasalliklar "plaga, tifo, dizenteriya va boshqalar" aniqlangan joylarda patogen mikroblarni yo'q qilishni ta'minlaydi. Sterilizatsiya, aseptika va antiseptikaning asosiy poydevori bo'lib, ham patogen, ham patogen bo'lmagan barcha mikroblarni yo'q qilishni nazarda tutadi.

Tibbiyotda **kontaminatsiya** "**contaminatio – lotincha**" atamasi infektsiyani anglatadi. Bu atama mikroblarning kirishi, infeksiyalashni bildiradi, bu esa infeksiyon kasalliklar epidemik jarayonining bir qismi bo'lishi mumkin, va jarrohlikda, asepsiya prinsiplari buzilganida sodir bo'ladi. Shuni ta'kidlash lozimki, infektsiya yaraga ikki yo'l bilan kirishi mumkin: endogen va ekzogen. Endogen infektsiya - bu organizmda mavjud bo'lgan infektsiya bo'lib, postoperatsion yaramizga bevosita kontakt, limfatik yoki gematogen yo'llar orqali o'tadi. Bunga barcha yiringli-yallig'lanishli kasalliklar kiradi: furunkullar, infeksiyalangan yaralar, kariesli tishlar, yuqori nafas yo'llari, quloq, tomoq va burun kasalliklari "otit, angina, faringit", shuningdek boshqa organlar va tizimlarning yiringli va yallig'lanishli kasalliklari. Ekzogen infektsiya esa jarrohlik amaliyoti davomida atrof-

muhitdan jarohatga kiradigan infektsiyadir. U havodagi tomchilar orqali “suhbatlashishda tupurik tomchilari, yurishda yuzaga keladigan mikroblar bilan to‘lib ketgan havo oqimlari yoki operatsiya davomida yuzaga kelgan infektsiyalangan suyuqliklarni to‘kilishi” o‘tishi mumkin. Ekzogen infektsiyaning ikkinchi manbai bu kontakt infektsiyasi bo‘lib, jarrohlik xodimlarining qo‘llari, jarrohlik materiallari, kiyimlari yoki asboblari bilan bevosita aloqa qilish orqali kiradi. Ekzogen infektsiyaning uchinchi manbai bu implantatsiya infektsiyasi bo‘lib, operatsiya davomida infektsiyalangan tikuv materiallari, implantlar “tomir protezlari, sun’iy yurak klapanlari, bo‘g‘imlar, osteosintez materiallari va boshqalar” yoki dori-darmonlar orqali organizmga o‘tkazilishi mumkin.

Sanitar-gigienik rejim va sterilizatsiya-dezinfektsiya protseduralarini tartibga soluvchi buyruqlar haqidagi gapirganda, hozirda amal qilayotgan normativ hujjatlar quyidagilardir: 1978 yil 31 iyulda Sog‘liqni saqlash vazirligi tomonidan chiqarilgan 720-sonli G‘oyrur jarrohlik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarga tibbiy yordamni yaxshilash va kasalxonalar ichidagi infektsiyalar bilan kurashish bo‘yicha chora-tadbirlarni kuchaytirish to‘g‘risidagi buyruq. Shu kabi 1979 yil 4 aprel tarixida Rossiya Federatsiyasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tomonidan chiqarilgan 215-sonli buyruq ham mavjud.

Epidemiologik rejimga rioya qilish va kasalxonalarda sanitariya-gigienik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni amalga oshirish uchun javobgarlik bosh shifokor va bo‘lim mudirlariga yuklatilgan. Ular, katta tibbiy sestralar bilan birgalikda, zarur chora-tadbirlarni tashkil etadi va ularning bajarilishini nazorat qiladi. Bo‘limning katta o‘rmiga xodimlari o‘rtacha va kichik tibbiy xodimlarga aniq epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni o‘rgatadi, ularning bajarilishi esa alohida ishchilarga yuklanadi. Ishlarning tashkil etilishi va amalga oshirilishini boshqarish uchun ushbu buyruqlar har bir kasalxonada doimiy ishlovchi sterilizatsiya va dezinfektsiya komissiyasini **kengash** tashkil etishni tavsiya etadi, ushbu komissiyani bosh shifokorning

tibbiy ishlar bo'yicha o'rinbosari boshqaradi. Uning tarkibiga eng tajribali klinik shifokorlar kiritilishi kerak.

Komissiyaning **“kengash”** asosiy funksiyalari kasalxonada va burun bo'shlig'i infeksiyalarni ro'yxatga olish va hisobga olishning to'liqligini nazorat qilish, burun bo'shlig'i infeksiyalarning sabablarini tahlil qilish bo'yicha yig'ilishlar va konferensiyalar o'tkazish, xususan, post-in'eksion va postoperatsion yiringlar, infiltratlar, flebitlar, shuningdek ularning oldini olish bo'yicha chora-tadbirlar olib borish, sanitariya-gigienik va epidemiyaga qarshi rejimlarning amalga oshirilishini nazorat qilish, shuningdek tavsiyalar ishlab chiqishdir.

Katta kasalxonalarda epidemiyaga qarshi ishlarni tashkil etish hospital epidemiologi tomonidan amalga oshiriladi, u ushbu komissiya **“kengash”** tarkibiga kiradi.

Kasalxonalarga infeksiyalarning xodimlar orqali kirib kelishini oldini olish maqsadida quyidagi choralar buyruqlar No. 720 va 215da belgilangan:

- **Yangi xodimlarni tibbiy tekshiruvdan o'tkazish va laboratoriya tahlillari**, jumladan, ularning burun va burun bo'shlig'idagi patogen stafilokokk bakteriyalarini aniqlash.
- **Doimiy ishchi xodimlar orasida patogen stafilokokk bakteriyalari tashuvchilarini aniqlash uchun davriy tibbiy ko'riklar va laboratoriya kuzatuv.**
- **Ko'chada kiyilgan kiyimlardan ish kiyimlariga “ish shimlari, poyabzal, laboratoriya kiyimi va boshqalar” o'tish** hamda bu kiyimlar bilan ishlash xonalariga kirishdan oldin kiyimlarni almashtirish.
- **An'anaviy sanitariya va epidemiologik tadbirlar bo'yicha xodimlarni o'qitish**, ma'lum bir sohada ishlashga tayinlangan xodimlar uchun.
- **Sanitariya minimum standartlari bo'yicha davriy ravishda hisobot topshirish.**

- **Xodimlarni aniq bo‘limlarga qat’iyan tayinlash.**

Biologik materiallar bilan xavfsiz ish qilish qoidalari

HIV infeksiyasi va gepatit B va C kasalliklarining ko‘payishi bilan bog‘liq holda, tibbiyot xodimlari uchun kasalxonalarda amaliyotlar davomida yuqish xavfi oshmoqda. Tibbiyot xodimlari, asosan, bemorlarning biologik suyuqliklari “qon, serumi, plazma, miya suyuqligi, siydik va boshqalar” bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri aloqa qilish yoki tibbiy protseduralar vaqtida “kesiklar, igna jarohatlari, suyak parchalaridan ziyon olish kabi” zararlanishlari natijasida infeksiyalarga duch kelishadi. Kasbiy infeksiya xavfi eng yuqori bo‘lgan xodimlar, qon va uning tarkibiy qismlari bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri aloqa qilish xavfi yuqori bo‘lganlar hisoblanadi. Bunga gematologiya, intensiv terapiya, stomatologiya, akusherlik, ginekologiya, jarrohlik, travmatologiya bo‘limlari, gemodializ xonalari, protsedur xonalari, operatsion xonalar, laboratoriyalar va qon, qon komponentlari va preparatlarini yig‘ish bilan shug‘ullanuvchi xodimlar kiradi. Inson qonida va boshqa biologik materiallarda oits, gepatit viruslari, sitomegaloviruslar, ayrim onkogenez viruslari bo‘lishi mumkinligi sababli, kasbiy infeksiyaning oldini olish bo‘yicha qoidalar barcha tibbiyot muassasalariga, ularning profili va ixtisosligidan qat’i nazar, amal qiladi. Ushbu qoidalar teri va shilliq qavatlarni kasallikdan saqlashga yo‘naltirilgan bo‘lib, barcha bemorlar oits va boshqa qon orqali yuqadigan infeksiyalarni yuqtirgan deb hisoblanadi.

Tibbiyot xodimlari quyidagi xavfsizlik qoidalariga amal qilib, teri va shilliq qavatlarni qon yoki boshqa biologik suyuqliklardan himoya qilishlari lozim:

1. Bemor bilan har qanday aloqa qilishdan oldin va keyin qo‘lni yuvish.

2. Jarayon davomida kiyim, bosh kiyimi va almashtiriladigan poyabzal kiyish, va bu kiyimlar bilan laboratoriya yoki bo‘limni tark etmaslik.
3. Ish jarayonida teri jarohatlari bo‘lgan joylarni barmoq uqalashlari yoki yopishtiruvchi plomba bilan yopish.
4. Qon yoki boshqa biologik suyuqliklar bilan ifloslangan barcha matolarni va laboratoriya namunalarini faqat qo‘lqop kiygan holda tutish, qo‘lqoplarni qayta ishlatmaslik.
5. Foydalanilgan tibbiy asboblarni darhol dezinfektsiya qilish eritmasiga joylashtirish. Shpitslar va kateterlarni keskin chiqindilar uchun maxsus idishlarga joylashtirish. Foydalanilgan ignalarni inyeksiya shpitslaridan yoki jarrohlik ignalarini igna ushlagichlardan olib tashlamaslik va ularni manipulyatsiya qilmaslik.
6. Qon va boshqa biologik suyuqliklarning to‘kilishini oldini olish uchun ko‘z va yuzni himoya qilish uchun maxsus asbob-uskunalar (niqoblar, ko‘zoynaklar, yuz qalqonlari va boshqalar)dan foydalanish.

Barcha ish joylarida, tibbiyot xodimlarining terisi va shilliq qavatlarining qon va boshqa biologik suyuqliklar bilan ifloslanish xavfi mavjud bo‘lsa, ularni birinchi yordam to‘plami bilan ta’minlash zarur.

Dori-darmon sumkasi xodimlar uchun osonlikcha kirish mumkin bo‘lgan joyda saqlanishi kerak. Dori-darmon sumkasining foydalanishga tayyorligini nazorat qilish mas’uliyati bo‘limning katta tibbiyot hamshirasiga yuklatiladi. Barcha ish joylarida kerakli miqdorda dezinfektsiyalovchi va yuvish vositalari bo‘lishi shart.

Agar qon yoki boshqa biologik suyuqliklar ish kiyimlariga tegib ketsa, ifloslangan joyni 3% yoki 5% xloramin eritmasi yoki 6% vodorod periksidi eritmasi bilan davolash zarur. Keyin, qo‘lqoplar bilan ishlanib, xalat chiqarilib, burilib, to‘liq dezinfektsiya qilish uchun topshiriladi.

Agar qon qoʻlga yoki yuzga tegib qolsa, bu joyni darhol 1% xloramin eritmasi yoki 70% etil spirti yoki 0,5% xlorheksidin biglyukonatining 70% etil spirtidagi eritmasi bilan namlangan tampon bilan davolash kerak. Joyni ikki marta iliq oqayotgan suv va sovun bilan yuvib, shaxsiy sochiq bilan quritib, yana antiseptik bilan davolash zarur.

Agar biologik suyuqliklar shikastlanmagan teriga tegib qolsa, ifloslangan joyni (70% spirt yoki 0,5% xlorheksidin biglyukonatining spirtli eritmasi bilan namlangan) paxta tamponi bilan davolash, keyin esa suv va sovun bilan yuvish va yana shu antiseptiklar bilan davolash lozim.

Agar teri shikastlanib, qon bilan ifloslangan asbobdan qoʻl bilan tegilsa, qon ketishini chaqirish (yaradan qon chiqarib) va yarani 70% spirt yoki 0,5% xlorheksidin biglyukonatining 70% etil spirtidagi eritmasi bilan davolash (surmasdan), qoʻllarni suv va sovun bilan yuvib, salfetka bilan quritib, yarani yodli antiseptiklar bilan davolash (yod, iodonat, iodopyron), yana surmasdan, bakteritsid lentalar bilan yopish zarur.

Agar teri shikastlanishi perforatsiya qilingan qoʻlqoplar orqali boʻlsa, qoʻlqoplarni echib, shikastlanish joyini aniqlab, yuqoridagi barcha tadbirlarni amalga oshirish kerak.

Kasalxona yoki mikrobiologik laboratoriyalarda real infektsiya xavfi mavjud boʻlganda, favqulodda profilaktika (profillaktik davolash) antibiotiklar yoki kimyoviy preparatlar bilan amalga oshiriladi. Bu maxsus xavfli infeksiyalar (cholera, vabo, VICH infektsiyasi) uchun tavsiya etiladi. Parenteral VICH infektsiyasi xavfi darajasiga qarab, uchta preparatning kombinatsiyasi yoki bitta azidotimidin 4 hafta davomida qoʻllaniladi. Favqulodda profilaktikani ta'sir qilishdan keyin birinchi 24 soat ichida boshlash juda muhim!

Metodik ko‘rsatmalar: Ushbu mavzuni nazariy ravishda o‘rganganidan so‘ng, talabalar o‘qituvchining rahbarligida jarrohlik bemorlariga yordam ko‘rsatish uchun zarur bo‘lgan jihozlar va elementlar bilan tanishadilar.

Mavzu № 4

YARALAR, TASHQI QON KETISHI. DESMURGIYA – BANDAJ ILMI.

Yara – bu tana to‘qimalarining mexanik shikastlanishi bo‘lib, teri yoki shilliq qavatlarning butunligining buzilishi bilan kechadi. Ba’zi mualliflar yara va jarohat tushunchalarini ajratishadi, ammo bu atamalar faqat lingvistik farqlarga ega **“I.V. Davydovskiy, 1953”**.

Yaralarning asosiy mahalliy alomatlari og‘riq, qon to‘kish va yoriqning hosil bo‘lishidir. Ushbu alomatlarining og‘irligi yaraning kelib chiqishi va xususiyatiga bog‘liq. Yaraning asosiy umumiy alomatlari va asoratlari qon to‘kish, shok, anemiya va infeksiyadir.

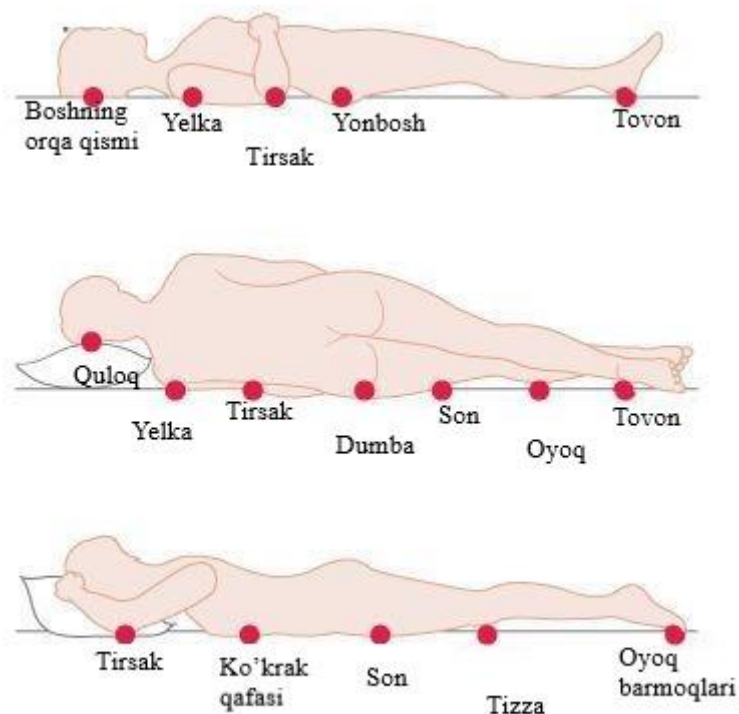
Jarohatlaydigan vosita va yaraning tuzilishiga qarab, ular quyidagi turlarga bo‘linadi:

- Kesilgan, chopilgan, teshilgan, chulg‘angan, ezilgan, yirtilgan, tishlangan va o‘qdan bo‘linib chiqadigan yaralar “o‘qlik, shrapnel, zarba, toshli yoki o‘q-dorilar bilan zarba berilgan yaralar”.

Birlamchi yordam ko‘rsatishda, qon to‘kishini to‘xtatish kerak “turib qolgan bog‘lam, qattiq bandaj va boshqalar yordamida”, yara atrofini antiseptik bilan davolash va aseptik bandajni joylashtirish zarur. A’zolar yoki to‘qimalarning

ajralgan qismlari replantatsiya uchun saqlanib, tibbiyot muassasasiga yetkazilishi kerak. Buning uchun ajralgan qism plastik sumkaga joylashtiriladi, keyin esa boshqa plastik sumkaga sovuq yoki muz bilan solinadi.

Agar yarada chet el predmetlari “masalan, tayoq, pichoq, kiyim bo‘laklari va boshqalar” bo‘lsa, ularni birlamchi yordamda olib tashlash kerak emas, chunki ular katta qon tomirini yopib qo‘yishi mumkin, va ularni olib tashlash qon to‘kishini yanada kuchaytirishi, organlar, tomirlar shikastlanishiga olib kelishi yoki kiruvchi yaramas holatni kiritilgan yara shaklida o‘zgartirishi mumkin.



Rasm 1. Kiruvchi va Kiruvchi bo'lmagan Yaralar.

Kiruvchi yaralar – bu muhim organlarni o‘z ichiga olgan bo‘shliqlarga “qorin, ko‘krak, bosh miya, orqa miya va bo‘g‘im bo‘shliqlari” kirib ketadigan yaralardir. Kiruvchi yaralar xavfini tashkil etadi: ichki muhim organlarning, katta qon tomirlarining shikastlanishi va infeksiyaning o‘ziga kirishi. Kiruvchi yaralar

odatda bo'shliqning ichki yuzasini yopingan seroz qavatlarning shikastlanishi bilan kuzatiladi. Masalan, qorin bo'shlig'i yarmasi kiruvchi hisoblanadi, agar barcha qorin devorining qatlamlari, shu jumladan qorin pardoning pariyetal qismi zararlangan bo'lsa; xuddi shu tarzda, plevral bo'shliq, bosh miya bo'shlig'i, orqa miya va bo'g'imlar uchun pleuvraning pariyetal teshigi, qattiq parda yoki sinovial membranalar zararlanishi kerak.

Yotoq yaralari, yoki **pressure ulcers** deb ataladigan, uzoq vaqt davomida bosim ostida bo'lgan teri va yumshoq to'qimalarning zararlanishi natijasida yuzaga keladigan yaralardir. Ular asosan uzoq vaqt davomida bir joyda yotgan, harakatlanishga qobiliyatsiz bo'lgan yoki bemorlar jismoniy faollikni cheklashgan holatlarda paydo bo'ladi. Bu yaralar ko'pincha orqa, dumba, kaftlar, tirsaklar va boshqa qattiq yuzalarda yuzaga keladi. Yotoq yaralari asosan uchta asosiy faktorning birlashishidan kelib chiqadi:

1. **Bosim** – uzoq vaqt davomida bosim ostida qolish, qon aylanishining cheklanishiga olib keladi, natijada to'qimalar o'limi yuzaga kelishi mumkin.
2. **Surish shear** – teri va pastki to'qimalar orasida paydo bo'lgan harakat, qon tomirlarini siqib, yetarli miqdorda kislorod va ozuqa moddalarini etkazib berilishini to'xtatadi.
3. **Friktsiya kichik ishqalanish** – terining yuzasiga nisbatan harakatlanish, ayniqsa, bemor harakat qilsagina, bu holatning yomonlashishiga olib kelishi mumkin.

Yotoq yaralarining turlari

Yotoq yaralari beshta darajaga bo'linadi:

1. **Birinchi daraja:** Teri qizargan bo'ladi, lekin yaro hali mavjud emas. Bosimni kamaytirish orqali yaralarning oldini olish mumkin.

2. **Ikkinchi daraja:** Terining bir qismi yoki to'qimasi joylashgan hududda qoplama **epidermis** yoki dermis shikastlanadi. Yara ko'rinadigan bo'ladi va kichik ko'lamdagi shikastlanishlar yuzaga keladi.
3. **Uchinchi daraja:** To'qimalar chuqurroq shikastlanadi, buyraklar, mushaklar yoki suyaklar ham ziyonlanishi mumkin. Yara ko'proq kengayadi.
4. **To'rtinchi daraja:** Yara juda chuqur bo'lib, suyaklar, mushaklar, nervlar kabi asosiy to'qimalar zarar ko'rgan bo'ladi.
5. **Noma'lum daraja:** Yara hosil bo'lishi mumkin bo'lgan sohada, qorin to'qimalari yoki teri ostidagi qavatlar masalan, suyaklar shikastlanishi ko'rinmaydi, ammo yirik shikastlanishlar bo'lishi mumkin.

Yotoq yaralarining oldini olish

Yotoq yaralarining oldini olish uchun bir necha choralar ko'rish kerak:

- **Pozitsiya o'zgartirish:** Bemorga tez-tez pozitsiya o'zgartirishni tavsiya qilish, bu qon aylanishini yaxshilashga yordam beradi.
- **Oziqlanish:** Yaxshi oziqlanish organizmni tiklashga yordam beradi va terining sog'lom bo'lishini ta'minlaydi.
- **Namlik va toza saqlash:** Terini toza va quruq saqlash, namlik va terlama teri shikastlanishiga olib kelmasligi uchun muhim.
- **Maxsus yotoqlar yoki matraslar:** Bosimni kamaytirish uchun maxsus dizaynlangan matraslar, yotoqlar va yostiqlarni qo'llash mumkin.

Yotoq yaralarini davolash

Davolash turli darajalarda va individual holatlarga qarab farq qiladi:

- **Birinchi darajali yotoq yaralari:** Teri yallig'lanishini kamaytirish va qisqa vaqt ichida tiklanishini ta'minlash uchun oddiy namlikni kamaytirish va moylashni amalga oshirish mumkin.

- **Ikkinchi daraja yaro:** Yara infeksiyasini oldini olish va tiklanishni rag'batlantirish uchun antiseptiklar va yaralarni qoplash uchun bandajlardan foydalanish kerak.
- **Chuqur yotqizilgan yaralar:** Jarrohlik yoki maxsus yara parvarishi, shuningdek antibiotiklar va boshqa tibbiy yordamlar kerak bo'lishi mumkin.

Yotoq yaralari davolashda, bemorning umumiy sog'lig'ini va tiklanish jarayonini yaxshilash uchun to'g'ri yondashuv talab qilinadi.

Bundan tashqari, murakkab yotoq yaralari holatida, ko'p hollarda professional tibbiy yordam talab etiladi. Shifokorlar va hamshiralarning yordami kerak bo'lishi mumkin. Yangi davolash usullari, masalan, oqsillar yoki stazlanadigan ozuqa moddalari bilan bog'liq terapiyalar ham sinovdan o'tkazilmoqda.

Qon Ketishi.

Qon ketishi – bu qonning qon tomirlaridan tashqariga chiqishi yoki tana bo'shliqlari va to'qimalariga kirib borishidir. Qon to'kish jarohatlangan shaxslar o'limining asosiy sababidir, ham tinch vaqt, ham urush vaqtida. Masalan, 1939 yilgi Sovet-Finlandiya urushi paytida jarohatlanganlarning 54,1% qon to'kishi tufayli vafot etgan. Buyuk Vatan urushi davrida esa bu ko'rsatkich 50%ni tashkil qilgan.

Qon ketishining tasnifi

1. Kelib chiqish sababi bo'yicha

a) Tomirning yaxlitligining buzilishi:

- Travma “yopiq, ochiq”
- Tomir devorining eroziyasi “yiring, o'sma, yarali jarayon”

2. Anatomik xususiyatga ko'ra

- Arterial
- Venoz

- Kapillyar
- Parenximatoz

Qon ketishining klinik namoyonlari

Qon ketishining klinik belgilarini umumiy va mahalliy simptomlarga ajratish mumkin. Umumiy simptomlarga zaiflik, sovuq ter, bosh aylanishi, ba’zida hushdan ketish **kolaps**, tez yurak urishi **tahikardiya**, past qon bosimi, qarsish, chanqoq kiradi. Belgilarning og‘irligi qon ketishining darajasiga bog‘liq.

Qon ketishining to‘xtatilishi vaqtincha oldingi yoki oldinroq operatsiya yoki yakuniy bo‘lishi mumkin. Vaqtincha qon to‘xtatilishi yoki gemostazni amalga oshirish holatlari mavjud bo‘lib, bunday hollarda to‘liq gemostazni darhol amalga oshirish imkoniyati yo‘q, chunki bu jarayon uchun operatsion xona, ba’zan maxsus asbob-uskunalar va tomir jarrohligini bilgan jarroh kerak bo‘ladi. Shu sababli, vaqtincha gemostaz hodisa joyida amalga oshiriladi va bemorni saqlab qolish maqsadida tibbiy muassasaga yetkaziladi. Ba’zan vaqtincha gemostaz operatsion xonada jarrohlik davomida amalga oshiriladi va yakuniy gemostaz usuli aniqlangunga qadar davom ettiriladi.

Vaqtincha gemostaz usullari

I. Tomirlarni suyak chiqishlariga siqish. Bu usulda, qo‘lning oldingi yoki pastki uchidagi arteriyalardan qon ketishida braxial arteriya ichki qo‘l suyaklariga siqiladi. Tashqi yuguruvchi arteriya yoki uning tarmoqlari, shuningdek, ichki yuguruvchi arteriyaning ekstrakranial qismidan qon ketishda, umumiy yuguruvchi arteriya shestinchi bo‘g‘im ustidagi jarrohlar koptig‘ida, qalqonsimon shirkatning yuqori chetiga siqiladi. Boshqa tomirlar orqali qon ketish hollari va ba’zan, kesma joyi bo‘yicha kuchli siqish bo‘lib kelgan jo‘nadan.

II. A'zolari bo'g'imlarda maksimal bukish. Pastki ekstremitalarda arteriyal qon ketishida, ingichka joyga rolik joylashtiriladi, son maksimal darajada to'g'rilanib, tosga bog'lanadi. Pastki oyoq yoki old qo'l arteriyalaridan qon ketishda, a'zo tizza yoki tirsak bo'g'imida bukilib, bo'g'im o'ngiga rolik joylashtiriladi. Old qo'l yoki pastki oyoq esa, oyoq yoki qo'lga bog'lanib, mahkamlanadi. Yuqori ekstremitalarda har qanday darajada arteriyal qon ketishida, ikkala yuqori a'zo orqaga tortilib, tirsak bo'g'imlarida bog'lanadi. Bu esa, subklaviya arteriyalarini birinchi qovurg'aning ustidan siqib, qon ketishini to'xtatadi.

III. Jarohatni tamponada qilish vaqtincha gemostaz usuli sifatida, jarrohlik amaliyotlari davomida qo'llanilib, keyinchalik yakuniy gemostazni amalga oshirish uchun chora-tadbirlar ko'riladi.

IV. Tomirni qisib turish vositasidan foydalanish jarrohlik amaliyotlari davomida qon ketishlari yuzaga kelganda zarur bo'lishi mumkin, shuningdek, oxirgi gemostaz usulini tanlashdan oldin.

V. Qattiq bog'lam qo'llash. Ushbu vaqtinchalik gemostaz usuli venoz va arterial qon ketishlarda qo'llaniladi. G.N. Zaxarova va N.P. Topilinaning 1974 fikriga ko'ra, bu usul turniketga alternativa sifatida qaraladi va mualliflar qattiq bog'lamning turnikettan bir qator afzalliklariga ega ekanligini ta'kidlaydilar "asablarga nisbatan kamroq bosim va shu sababli og'riqni kamaytirish, shuningdek, kolateral qon aylanishining kamroq buzilishi". Haqiqatan ham, bu nuqtai nazarga ko'ra mualliflar bilan rozi bo'lish joiz, chunki qattiq bog'lam orqali arteriyaga yetarlicha bosim qo'yish ko'pincha uning ichidagi qon oqishini to'xtatish uchun yetarli bo'ladi. Ushbu usul venoz qon ketishlari uchun mutlaqo ko'rsatiladi, bunda bog'lamdan tashqari, a'zo ko'tariladi va yaraga sovuq qo'llaniladi.

VI. Esmarch rezina turniketidan foydalangan holda arterial qon ketishini to'xtatish. Quyidagi qoidalarga amal qilish zarur:

1. Turniketni yostiqsiz va burishlarsiz qo'llash.

2. Turniket jarohatdan yuqoriroq va unga yaqinroq joylashtiriladi.
3. Turniketni qo'llashdan oldin, uni cho'zib, a'zo atrofida 2-3 marta o'rab chiqing.
4. Turniketning bo'sh uchlari bog'lanishi yoki tirmoqlar bilan mustahkamlanishi kerak.
5. Turniketning to'g'ri joylashuvi puls va qon ketishining to'xtashi bilan aniqlanadi.
6. Sovuq havoda turniket bilan o'ralgan a'zo iliq buyumlar bilan o'ralishi kerak, lekin uni isitishga yo'l qo'yilmaydi.
7. Turniketni bir soatdan ko'proq vaqt davomida qoldirmaslik kerak, sovuq havoda esa 30 minutdan oshmasligi lozim. Keyin turniketni bo'shashtirib, yana siqib qo'yish kerak. Agar turniketni uzoqroq vaqt davomida qo'llash zarur bo'lsa, arteriyani siqib qo'yganidan so'ng turniketni olib, qaytadan joylashtirish kerak.
8. Turniketga uni qo'llagan shaxsning ismi, sanasi va vaqti ko'rsatilgan yozuv ilova qilinishi kerak.
9. Transport immbolizatsiyasi majburiy hisoblanadi.
10. Turniket bilan jarohatlanganlarni transport qilish birinchi o'rinda amalga oshirilishi kerak.
11. Narkotik analjeziklar yuborilishi zarur.
12. Turniket bilan bemorlar birinchi navbatda operatsiya qilinishi kerak.

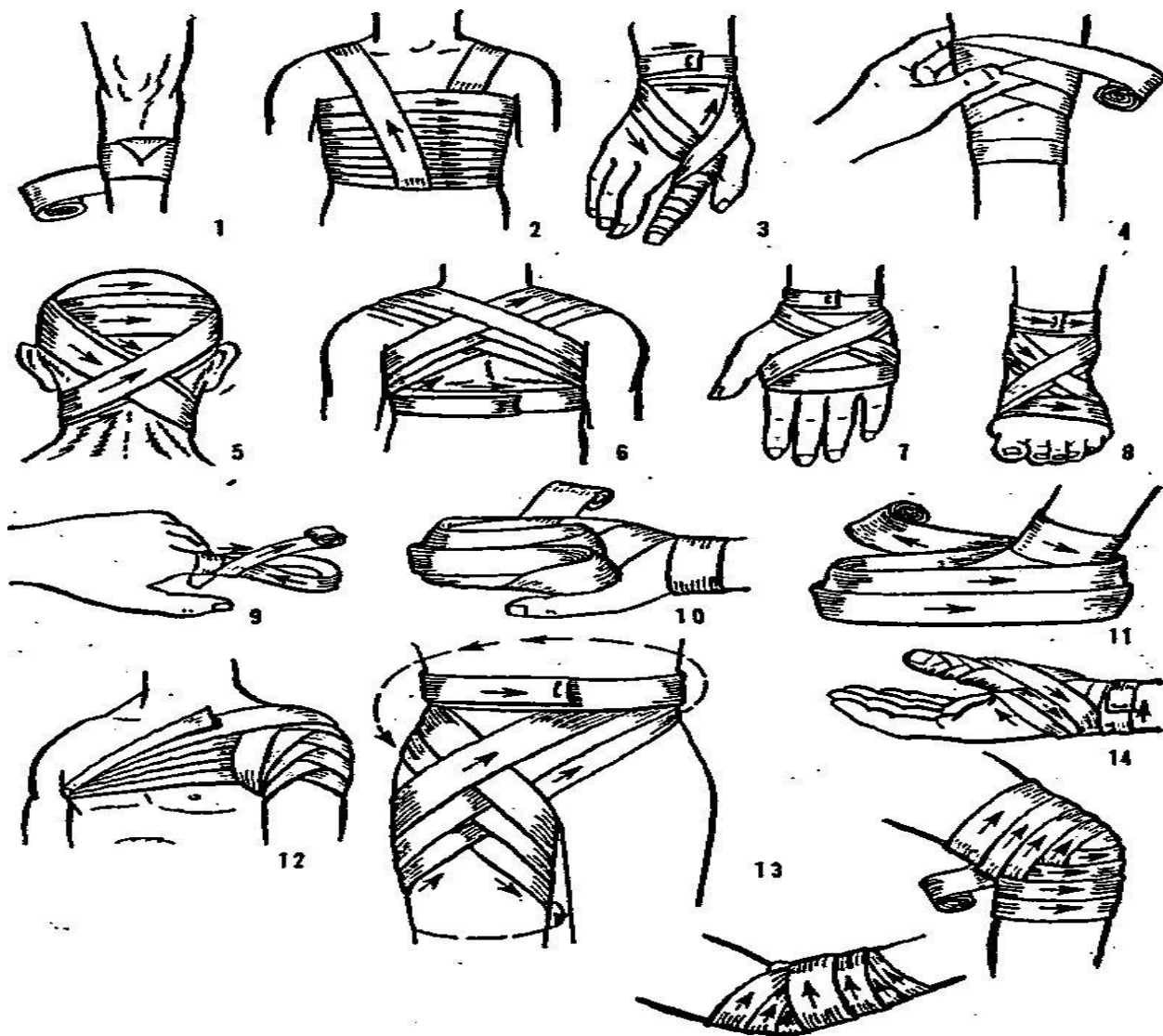
VII. O'rash qo'llash. Turniket yo'qligida qo'llaniladi. Har qanday uzun va yumshoq predmet "ip, paypoq, kamar va boshqalar" ishlatilishi mumkin. Turniketni qo'llashdagi kabi, bu usulda ham bir xil qoidalarga amal qilinadi. O'rash sifatida ishlatiladigan predmet a'zoga o'raladi, uning uchlari bog'lanadi va ostiga tayoq solib, bu tayoq yordamida o'ralgan predmet qonni to'xtatish uchun buriladi.

VIII. Zhorov-Gersh usulida turniketni qo'llash. Ushbu usul a'zodagi kolateral qon aylanishini saqlab qolishga imkon beradi. Turniketni shunday qo'llaganda, a'zo qarama-qarshi tomirlar tizimi joylashgan tomonga qarshi yonida doshcha qo'yiladi,

unga va a'zoga turniket o'raladi. Bu usul faqatgina qon ketishini yuzaga keltirgan katta tomirni siqadi, ikkinchi yarim a'zo turniketdan himoya roli o'ynovchi doshchaning ta'siri bilan siqilmaydi, bu esa kolateral qon aylanishining saqlanishiga yordam beradi.

IX. Mikulich usulida bosh arteriyasiga turniket qo'llash. Ushbu usul bosh arteriyasidan qon ketishida qo'llaniladi. Turniket jarohatlangan bosh arteriyasiga shunday qo'llanadi, shunda qarama-qarshi bosh arteriyasidagi qon aylanishi saqlanadi. Buning uchun sog'liq tomonga Krammer usulida shina joylashtiriladi, bosh, yelka va qo'l bilan bog'lab o'raladi. Turniket faqatgina shikastlangan bosh arteriyasini siqadi. Shina sifatida, bemorning shikastlanmagan qo'li, bosh orqasiga qo'yilgan holda, yoki yaralanish joyining qarama-qarshi tomonida, quloq oldida doshcha ishlatilishi mumkin.

Desmurgiya — bu bandajlar, ularni qo'llash va to'g'ri bog'lash texnikalarini o'rganadigan ilmiy soha.



Rasm 2. Desmurgiya turlari

Bandaj atamasi jarohatlangan yoki shikastlangan tana qismlariga davolash maqsadida qoʻllaniladigan har qanday materialni bildiradi. Qisqacha aytganda, bandaj — bu jarohat yoki shikastlangan joyni tashqi omillardan himoya qilish, bandaj materialini joyida ushlab turish “mustahkamlovchi bandaj”, sinish yoki chiqish holatida tana qismidagi harakatsizlikni taʼminlash “imobilizatsiyalovchi bandaj”, tana qismiga bosim oʻtkazish “presslash bandaji” kabi maqsadlarga xizmat qiladigan qoplama usulidir.

Bandaj va bogʻlash atamalari oʻrtasida farq bor. Birinchi atama jarohatlangan yoki shikastlangan qismini yopish usulini bildirsa, **bogʻlash** atamasi bandajni qoʻllash jarayonini anglatadi.

Bandajlarning tasnifi. Bandajlar turli mezonlarga ko'ra tasniflanadi. Masalan, bandajni qo'llashda ishlatiladigan materiallarning qattiqligi va turiga qarab, ular ikki guruhga ajratiladi: yumshoq "yopishqoq, uchburchakli, bandajli va boshqalar" va qattiq yoki qat'iy "gips, shina, kraxmal asosli, sintetik, polimerik materiallar, masalan, Scotchcast, Softcast, Renatherm".

Bandajlarning maqsadi va harakat mexanizmiga qarab ular quyidagi guruhlarga bo'linadi:

1. Mustahkamlovchi yoki bandaj materialini jarohat yoki shikastlangan joyda ushlab turadigan bandajlar.
2. Imobilizatsiyalovchi bandajlar, ya'ni jarohatlangan tana qismini harakatsizlashtiradigan bandajlar. Bu bandajlar odatda muskullar va suyaklarga zarar yetgan holatlarda og'riqlarni kamaytirish va tashish vaqtida yordam beradi, shuningdek, shifoxona sharoitida sinishlar yoki suyak va bo'g'im operatsiyalaridan so'ng to'g'ri holatda suyak bo'laklarini ushlab turish va tiklanish uchun kerakli sharoit yaratadi.
3. Traktsion bandajlari uzatish, shuningdek, suyak sinishlarida bemorning funksional davolashini ta'minlash uchun shifoxonada qo'llaniladigan traction uskunalari. Bu holatlarda sog'lom tana qismlarida harakat qilish imkonini berib, shikastlangan qismni tinchlikda saqlash orqali bo'g'imlarning qattiqlashishini oldini olishga yordam beradi.

Mustahkamlovchi bandajlar bandaj materialini qanday ushlab turishiga qarab tasniflanadi va ular quyidagilarga bo'linadi: yopishqoq plastir, yopishqoq "kolodion, yopishqoq" materiallar, uchburchakli, ilgakli, T-shaklidagi va bandajli turlarga ajratiladi.

Imobilizatsiyalovchi bandajlar ikki guruhga bo'linadi: shinaga qoyiladigan va qattiqlashadigan bandajlar. Shinaga qo'yiladigan bandajlar oddiy fiktsion yoki transport shinasi va uzatish davolash shinasi yoki traktsion uskunalari turlariga

ajratiladi. Oddiy shinlar, asosan, vaqtinchalik yoki transport maqsadlarida imobilizatsiya qilish uchun ishlatiladi va ular metal, simlar va h.k., yog‘och, karton, plastik, kauchuk shishiriladigan yoki boshqa materiallardan “improvizatsiya qilingan, ya'ni mavjud materiallardan” tayyorlanishi mumkin. Qattiqlashadigan bandajlar tezda qattiqlashuvchi moddalarni o‘z ichiga oladi, masalan, kraxmal asosli, yopishqoq, suyuq shisha, gips va sintetik polimerli materiallar.

Gips bandajlari eng keng tarqalgan. Ular aylana shaklida, uzun gipsli bandajning uzun, tor tasmalari shaklida”, tugallanadigan “jarohatni davolash uchun teshiklar bilan”, ko‘prik shaklida “uzluksiz bo‘lmagan”, yarmiga bo‘lingan “ikki uzunlamasına yarmi yoki gipsli yotoqlar va gipsli korse “torso uchun aylana shaklida gips bandajlari” bo‘lishi mumkin. Ushbu bandajlarni tayyorlashda gipsning o‘rnini polymer materiallar masalan: Scotchcast, Softcast, Renatherm bosishi taklif etilgan, chunki ular gipsdan yengil va mustahkamdir.

Yumshoq bandajli dressirovkalar yaralar va boshqa teri shikastlanishlarini kuvishlar, muzlash, yaralar va h.k., yopish uchun keng qo‘llaniladi. Ular mikrobial ifloslanishni, yaralarning qurib qolishini oldini olishga yordam beradi va qon ketishni to‘xtatadi. Bunday bandajlar odatda 10 yoki 14 sm kenglikda ishlatiladi. Har bir bandaj o‘zining ko‘rsatmalariga qarab qo‘llaniladi. Masalan, 2-3 qatlamdan iborat steril gazdan tayyorlangan quruq aseptik bandaj yangi tikilgan yaraga birinchi 24 soat davomida bakterial ifloslanishdan himoya qilish uchun qo‘llaniladi. Ikkinchi va undan keyingi kunlarda bunday yaralar antiseptik bilan davolanadi va bandaj bilan yopilmaydi, chunki bu vaqtga kelib yara chetlari yopishib qolgan bo‘ladi va u qobiq bilan qoplanadi, bu esa infektsiyani oldini oladi. Agar ko‘krak qafasiga kirib ketgan jarohatlar bo‘lsa, birinchi yordamda okkluziv havo o‘tkazmaydigan bandajni qo‘llash zarur, chunki u plevral bo‘shliqqa tashqi havo kirib, nafas olishni buzilishining oldini oladi.

Bintlar uchun ishlatiladigan materiallar

Bintlar – to‘qilgan mato mahsulotlari bo‘lib, ular o‘z tarkibidagi alohida iplar ma’lum bir usulda o‘ralgan holda tayyorlanadi. Ularni ishlab chiqarishda paxta, jun, kanopa, yut, jun, ipak va sun’iy tolalar kabi materiallardan foydalaniladi. Agar iplar to‘qish zichligi bir xil bo‘lsa, mato shuncha yumshoq bo‘ladi, qanchalik kichikroq bo‘lsa, uning tolalari ishlatilgan maydonni egallaydi. Uzunlik bo‘yicha iplar asos deb ataladi, kenglik bo‘yicha esa utka deyiladi.

Marlya – bu oqartirilgan paxta ipidan yoki paxta bilan viskosa ipining aralashmasidan tayyorlangan zich matodir. Foydalanishdan oldin marlya kichik rulonga o‘raladi yoki salfetkalar shaklida buklanadi. Marlyaning eng ko‘p ishlatiladigan o‘lchamlari 80×50 sm yoki 80×100 sm, shuningdek, 20×200 sm yoki 20×400 sm o‘lchamdagi lentalaridir. Bu bo‘laklardan salfetkalar tayyorlanadi, bunda kesilgan joylardagi iplarning to‘kilishi oldini olish uchun ularning chetlari ichkariga buriladi. Odatda, bunday salfetkalar 4×4 sm yoki 8×8 sm o‘lchamda bo‘ladi.

Tamponlar – marlyadan turli kenglikdagi uzun lentalar bo‘lib, ularning chetlari ichkariga burilgan uzunligi bo‘yicha yarmiga buklangan, chetiga 2-3 sm qayrilgan, keyin yana uzunligi bo‘yicha yarmiga buklangan. Ular qon ketishini to‘xtatish, drenajni yaxshilash va jarohatdan chiqarilgan moddalarni chiqarib yuborish uchun qo‘llaniladi.

Marlya to‘pi – bu marlyaning kichik bo‘laklari bo‘lib, ularning chetlari ichkariga burilgan holda uchburchak shaklida yoki to‘plamga solingan bo‘lib, yarani quritish va uning chetlarini davolash uchun ishlatiladi.

Vata yuqori giproskopiklikka ega bo‘lib, immobilizatsiya qilishda yumshoq

taglik sifatida va issiqlikni ushlab turish vositasi sifatida ishlatiladi. Agar jarohatdan ko‘p miqdorda ajralmalar chiqsa, bu vata marli bintining ustiga qo‘yilib, marliyadan o‘tib ketgan suyuqlikni yutib oladi.

Yelimli plastir – bu yopishqoq qatlam bilan qoplangan zich mato. Shuningdek, marlya va vatani birlashtirgan variantlari ham ishlab chiqariladi. U mahalliy teri shikastlanishlarini davolashda va drenajlarni hamda bintlarni ushlab turish uchun qo‘llaniladi.

Retelast – turli tananing qismlarida bintlarni ushlab turish uchun ishlatiladigan tarmoq bandajidir:

- 1-chi o‘lcham – kattalar qo‘l barmoqlari, bolalarda esa qo‘l va oyoqlar uchun;
- 2-chi o‘lcham – kattalarda bilak, old qism, oyoq, tirsak, radiokarpal va bo‘g‘imlar, bolalarda esa yelka, pastki oyoq va tizza bo‘g‘imlari uchun;
- 3-4 o‘lchamlar – kattalarda bilak, yelka, pastki oyoq va tizza bo‘g‘imlari, bolalarda esa son va bosh uchun;
- 5-6 o‘lchamlar – kattalarda bosh va son, bolalarda esa ko‘krak, qorin, tos va jinsiy a‘zolar uchun;
- 7-chi o‘lcham – kattalarda ko‘krak, qorin, tos va jinsiy a‘zolar uchun.

Individual bog‘lash paket IBP

Individual bog‘lash paketida steril bandaj va sterillangan rezina paket mavjud. Bandajning erkin uchida ikkita paxta-marli padalari bor bo‘lib, ularning birini kiruvchi jarohat joyiga, ikkinchisini esa chiqish joyiga agar jarohat bir tomondan ikkinchisiga o‘tgan bo‘lsa qo‘llaniladi. Ko‘rgazmali jarohatlar bo‘lsa, ikkala padaning ustma-ust qo‘yilib, bog‘lanadi.

O'tkir ko'krak jarohatlari holatida, havoning nafas olishda pleura bo'shlig'iga singib, chiqarishda esa xaraktersiz shovqinlar va qonli pufakchalar hosil bo'lsa, birinchi yordam sifatida okkluziv bandaj qo'llaniladi. Bunda, jarohat antiseptik bilan ishlanadi, IBP dan ikkita paxta-marli padalar jarohat ustiga joylashtiriladi, keyin esa ustiga rezina paket qo'yiladi. Bandaj esa o'rnatiladi.

Bint qo'yish qoidalari

Bint tanaga juda bo'sh qo'yilmasligi kerak, shuningdek, juda qattiq bo'lib, to'qimalarni siqib qo'ymasligi lozim. Bintning bosim o'tkazishi mumkin bo'lgan joylari yumshoq yostiqlar yoki boshqa usullar bilan himoyalaniib, bintning o'zi terida shikastlanishga olib kelmasligi kerak. Har bir bint, shuningdek, bemorning ruhiy holatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadigan estetik mezonlarga ham mos kelishi lozim. Umuman olganda, hatto eng kichik va sodda bint ham bemorni qisman cheklaydi, shuning uchun bint qo'yishda bunday cheklovlarni minimallashtirishga harakat qilish kerak.

Bintlash jarayonida ikki turdagi qoidalar mavjud.

Birinchi guruh bintlashning umumiy qoidalariga tegishli:

1. Bemorni bintlashdan oldin uning bilan og'zaki aloqada bo'lish, bintning maqsadini tushuntirish muhimdir. Bu bemorni jarrohlik jarayoniga jalb qilib, bintlashni osonlashtiradi va bemorning holatini yaxshiroq kuzatishga imkon beradi.
2. Bintni qo'yar ekan, iloji boricha bemor bilan yuzma-yuz turish zarur.
3. Bintlanayotgan tana qismi to'g'ri holatda bo'lishini ta'minlash kerak. Agar bintlash jarayonida tana qismi o'zgarib ketsa, bu bintning sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shuningdek, egiluvchan joylarda bint materiali burmalar hosil qilib, butun bintni samarali qilmasligi mumkin.

Ikkinchi guruh, bintlash jarayoniga doir quyidagi qoidalarga ega:

1. Bintning kengligi bintlanayotgan tana qismining diametriga teng yoki undan katta bo'lishi kerak. Tor bintni ishlatish nafaqat bintlash vaqtini uzaytiradi, balki bintning tanaga kirib ketishiga ham sabab bo'lishi mumkin. Keng bintni ishlatish esa manipulyatsiyalarni qiyinlashtiradi. Agar trubka shaklidagi bintlardan foydalanilsa, uning diametri bintlanadigan joyga qiyinchiliksiz tortib olinadigan darajada bo'lishi kerak.
2. Bintni tayyorlashda bintning boshini o'ng qo'lda, uchini esa chap qo'lda ushlab, bintning orqa tomonini bintlanadigan joyga qo'ying. Bintning bosh va uch o'rtasidagi bo'shliq yerga osilib turmasligi, balki ozgina cho'zilgan bo'lishi kerak. Ushbu bo'shliqning optimal uzunligi 15-20 sm atrofida bo'lishi lozim.
3. Bintni ushlayotganda, uning erkin uchini bintning boshiga nisbatan to'g'ri burchak hosil qiladigan tarzda tutish zarur.
4. Bintni eng tor joydan boshlab, asta-sekin kengroq joylarga "bilak, tizza" o'tkazish kerak. Bu bintning yaxshiroq ushlanishini ta'minlaydi. Bunday usulda bintning burmalari ham yaratiladi.
5. Bintni oddiy halqa shaklida boshlash kerak, shunda bintning bir uchi boshqa burmaning ostidan biroz chiqib turadi. Bintning oxirini keyingi burma bilan yopib, uni mahkamlash mumkin, bu esa keyingi harakatlarni osonlashtiradi. Bintni hamda halqa shaklida tugatish zarur.
6. Bintlash yo'nalişi perferiyadan markazga yoki sog'lom joydan yaraga qarab bo'lishi kerak.
7. Bintni qo'yishda har doim uning maqsadini yodda tutish kerak va kerakli funksiyani amalga oshirish uchun zarur bo'lgan burmalarni joylashtirish lozim. Bintning ortiqcha ishlatilishi nafaqat iqtisodiy jihatdan maqsadsiz, balki bemorga noqulaylik tug'diradi va estetik jihatdan ham xunuk bo'ladi.
8. Bint juda bo'sh bo'lib, harakatlanmasligi kerak, lekin juda qattiq bo'lib to'qimalarni siqib yubormasligi lozim. Bintning bosim o'tkazadigan joylari yumshoq yostiqchalar bilan himoyalaniishi kerak (masalan, paxta yoki marla).

9. Bintni tugatgandan so'ng, uning uchini mustahkamlash zarur. Buni xavfsizlik pinidan foydalanib amalga oshirish mumkin yoki bintning uchini yirtib, tugun qilib bog'lash mumkin. Yaratilgan ikkita uchi bintlangan joyga o'ralib, oddiy tugun bilan bog'lanadi. Tugun yarani yoki patologik jarayonni qarama-qarshi tomonga qo'yish lozim. Bundan tashqari, tugunlarni bo'g'imlar yaqinida bog'lash tavsiya etilmaydi. Bintning uchini mustahkamlashning uchinchi usuli – yuqoridagi bint burmalaridan biriga klamp bilan ushlab, oxirgi uchini oddiy tugun bilan bog'lashdir.
10. Bint shuningdek, bemorning ruhiy holatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadigan estetik mezonlarga ham javob berishi lozim.

Uslubiy Ko'rsatmalar

Darsning nazariy qismini tugatganidan so'ng, talaba va o'quvchilar o'qituvchining yo'riqnomasi asosida jarohatlar va qon ketishi bo'lgan bemorlarni tekshiradilar. Jarohatlar tekshirilganda, o'qituvchi asosan toza, operatsiya jarohatlarining noaniq holatlarini, pushti yallig'lanish bosqichidagi jarohatlar va regeneratsiya jarayonida bo'lgan va yangi, hali rivojlanmagan bog'lanish to'qimasi **granulyatsiya** bilan xoslangan jarohatlar bilan tanishadi. Granulyatsiyaning holati - bu yaralarning sog'ayishining muvaffaqiyatli yoki kamroq muvaffaqiyatli o'tishini aniqlovchi asosiy omildir "salqin va sog'lom granulyatsiya, va kam muvaffaqiyatli jarayon bo'lsa, shilliq qoplangan va kuchsiz granulyatsiyalar".

Qon ketishi va qon yo'qotishidagi bemorlarni tekshirishda esa umumiy va mahalliy qon yo'qotishining alomatlariga alohida e'tibor qaratiladi. Keyinchalik, amaliyotda tashqi qon ketishini to'xtatish bo'yicha turli usullar, jumladan Esmarxning turniketi yordamida amaliy ko'nikmalarni o'rgatish bo'yicha mashg'ulotlar o'tkaziladi. So'ngra, o'quvchilar bandaj qo'yish bo'yicha amaliy ko'nikmalarni rivojlantiradilar. O'qituvchi oldindan tayyorlagan marli bandajlarni

qo‘llab-quvvatlagan talabalarga quyidagi bandajlarni bir-birlariga qilishni topshiradi:

1. Old qo‘l bo‘g‘imiga spiralsimon bandaj, oddiy va egilgan holatlarda.
2. Ikki marli bandajdan foydalanib, klassik Hipokrat shapkasi.
3. Boshga shapka bandaji.
4. Deso va Velpo bandajlari. Deso bandaji sog‘lom tomondan boshlanadi. **Deso – sog‘lom, Velpo – kasal.** Velpo bandaji esa kasal tomondan boshlanadi.
5. Tuxum shaklidagi bandaj, tirsak va tizza bo‘g‘mlari uchun turli yo‘nalishlarda.
6. Kolosov shaklidagi bandaj, yelka bo‘g‘imi uchun.
7. Sakkiz shaklidagi bandaj, bilak va oyoq bilagi bo‘g‘imlari uchun.

Mavzu № 7:

Reanimatologiya va Reanimatsiya. Anesteziologiya va Anesteziya

Reanimatologiya — organizmning hayotiy muhim funksiyalarining buzilishi, terminal holatlarning rivojlanishi, ularning tashxisi, birinchi yordam ko‘rsatish, malakali yordam va davolash usullarini o‘rganuvchi fan sohasi hisoblanadi.

Reanimatsiya — organizmning hayotiy funksiyalarini tiklash va buzilishlarning oldini olish, shuningdek, post-reanimatsion kasalliklarni davolashga qaratilgan kompleks tadbirlar majmuasidir.

Reanimatsiya atamasi ikki lotin so‘zidan: **re - yana va animatio - jonlantirish** kelib chiqqan. Ushbu atama reanimatologiya asoschisi, sovet va rus olimi Vladimir Aleksandrovich Negovski tomonidan 1961 yilda Budapeshtda bo‘lib o‘tgan Xalqaro travmatologlar konferensiyasida taklif etilgan. Birinchi to‘liq reanimatsiya choralari majmuasini u Ikkinchi Jahon Urushi davrida ishlab chiqqan, u yerda jarohatlanganlarni jonlantirish uchun sun‘iy nafas olish, yurakni massaj qilish va

ichki arteriya orqali qon quyish kabi usullarni qoʻllagan. Birinchi hayotga qaytargan jarohatlangan shaxs serjant Valentin Cherepanov boʻlgan.

Organizmning asosiy hayotiy funksiyalari qon aylanishi, nafas olish va metabolizmni oʻz ichiga oladi. Ushbu funksiyalarni buzilishiga bir qancha omillar sabab boʻlishi mumkin. Eng avvalo, bu qon ketishi, turli xil sababli shoklar, asfiksiya “boʻgʻilish, choʻkish, nafas yoʻllarida chet el jismlari, osish va boshqalar”, zaharlanishlar, shuningdek, yalligʻlanish va yiringli-destruktiv kasalliklar tufayli toksemiyalar kiradi. Bu jarayonlarning natijasida terminal holatlar rivojlanadi, bu lotincha **terminalis** oxirgi, cheksiz soʻzidan kelib chiqqan. Bunday holatlar preagonal holat, agonal holat va klinik oʻlimni oʻz ichiga oladi. Preagonal holat ongsizlik, qon bosimi noaniqligi, periferik arteriyalarda pulsning yoʻqligi, faqat katta arteriyalarda “uyqu, son va boshqalar” puls mavjudligi, nafas qisilishi, terining qorayishi yoki sianoz bilan tavsiflanadi. Agonal holat ongsizlik, faqat katta arteriyalarda zaif puls va yurakning mufflangan tovushlari, nafas olishning kam va ritmsiz boʻlishi, EKGda gipoksiya va ritm buzilishlari koʻrinishida ifodalanadi. Klinika oʻlimi nerv, yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarining faoliyatining toʻxtashiga olib keladi. Biroq, anaerobik glikoliz “kislorodsiz glukozaning parchalanishi” orqali metabolik jarayonlar davom etadi. Bu holatda, nerv tizimi, yurak-qon tomir tizimi va nafas olish faoliyatini tiklash boʻyicha tezkor choralar organizmni jonlantirishga imkon beradi. Aks holda, 5 daqiqadan soʻng biologik oʻlim, miya poʻstlogʻining oʻlimi natijasida sodir boʻladi.

**Hayotiy funksiyalarning qanday buzilishlari dastlab sodir boʻlgani asosida,
bu buzilishlar quyidagicha tasniflanadi:**

1. Tsirkulyator buzilishlar “qon yoʻqotish, yurak yetishmovchiligi”;
2. Nafas olish buzilishlari “nafas yoʻllarining toʻsilishi, oʻpkaning nafas olish yuzasining kamayishi”;

3. Gemik buzilishlar “qon zaharlari bilan zaharlanish — karbon oksidi va methemoglobinni hosil qiluvchi moddalar, gemoliz”;
4. Gistotoksik buzilishlar, to‘qimalar metabolizmini buzuvchi toksinlar bilan zaharlanish “sianidlar va boshqalar”.

Hayotiy funksiyalarni buzuvchi omillar turlicha bo‘lishiga qaramay, ularning yakuniy natijasi gipoksiya - kislorod yetishmasligi bo‘ladi, bu holatga turli to‘qimalar turlicha chidamli. Miya po‘stlog‘i 5 daqiqagacha chidamli, jigar va buyraklar 20 daqiqagacha, mushaklar esa 2 soatgacha chidamli bo‘ladi. Gipoksiya natijasida organizm anaerobik glikolizga o‘tadi, bu esa aerobik glikolizga nisbatan bir necha marta ko‘proq energiya ishlab chiqaradi, ammo bu jarayonda sut kislotasi **laktat** hosil bo‘lib, metabolik asidozga - ichki muhitning kislotalashuvi, olib keladi. Bundan tashqari, laktat kapillyar endoteliy hujayralarining shishishini keltirib chiqaradi, bu esa kapillyarlardagi mikrotsirkulyatsiya buzilishlarini kuchaytirib, kapillyarlarda mikrotromblarning **sludge** hosil bo‘lishiga sabab bo‘ladi.

V.A. Negovskiy tomonidan vital organlar funksiyasini tiklashga qaratilgan reanimatsiya choralari (**kardiyopulmonar-miya reanimatsiyasi**) deb atalgan va uning asosiy maqsadi miya funksiyasini tiklash ekanligini ta’kidlagan.

Reanimatsiya choralarini ularning ko‘lami va murakkabligiga qarab oddiy va malakali darajalarga bo‘lish mumkin. Oddiy choralar hodisa joyida amalga oshiriladi va hayotiy funksiyalar buzilishiga sabab bo‘lgan omillarni bartaraf etishni o‘z ichiga oladi “nafas yo‘llarini chet el jismlari, qayt qilishdan tozalash, osilgan odamni o‘nishdan ajratish, suvni nafas yo‘llaridan chiqarish, elektr manbalaridan uzish, qon ketishini to‘xtatish va hokazo”. Keyinchalik, reanimatsiya harakatlari “sun’iy nafas olish va yopiq ko‘krak massaji” muvaffaqiyatli bo‘lishi uchun jabrlanuvchi qattiq yuzaga yotqizilib, yelkalar ostiga valik qo‘yilib, sun'iy nafas olish va yopiq ko‘krak kompressiyasi amalga oshiriladi. Bu yordamni hodisa joyida har qanday shaxs ko‘rsatishi kerak. Malakali reanimatsiya yordamiga maxsus bo‘limlar yoki reanimatsiya tez yordam mashinalarida tibbiyot jamoasi tomonidan

maxsus asbob-uskunalar va dori vositalari yordamida ko'rsatiladi. Hayotiy funksiyalar buzilishining asosiy sabablari hisobga olinib, yurak hibsga olish holatida qon aylanishini tiklash yurak funksiyasini tiklashga qaratilgan. Bu ochiq yoki yopiq yurak massaji orqali amalga oshiriladi, bunda kompressiya nuqtasi ko'krak suyagining pastki uchida bo'ladi. Yordam ko'rsatuvchi shaxsning chap qo'li kompressiya nuqtasiga qo'yiladi, o'ng qo'l esa ustiga qo'yilib, ko'krak suyagiga ritmik bosimlar bajariladi, qo'lning to'g'ri turishiga e'tibor beriladi. Bosimlar bevosita kompressiya nuqtasiga yo'naltiriladi. Kompressiyalar yurak urishining tezligi (daqiqada 60-80) bilan mos bo'lishi kerak deb hisoblangan edi. So'nggi paytlarda esa, kompressiyalar tezligi qancha yuqori bo'lsa, reanimatsiya choralari shunchalik samarali bo'lishi aniqlangan va shu sababli, ular daqiqada 100 marta bosishdan yuqori bo'lishi lozim. Ko'krak suyaklari va orqa suyak o'rtasida yurakni siqish, yurak bo'shliqlaridan qonning qon tomirlariga oqishini ta'minlaydi. To'satdan yurak hibsga olish holatida, barcha holatlarda ko'krak massajidan oldin pre-kardial zarba bajarilishi kerak, bu uchun fist yordamida sternum ustidan 20 sm balandlikdan zarba beriladi. Bu ventrikulyar fibrillyatsiyani bartaraf etadi, ya'ni yurak mushak tolalari o'z ritmida qisqarib, samarali sistol hosil qilmaslik holatini.

Yurak funksiyasini tiklash uchun vena ichiga dorilar "adrenalin, 10% kalsiy xlorid" yuborilishi mumkin, ular 4-interkostal bo'shliqqa, sternumning chetidan 1-2 sm masofada yuboriladi.

Operatsion zalda ochiq yurak massaji ko'rsatish ko'rsatmalariga o'pka jarohati, yurak shikastlanishi, intratorasik va intraabdominal jarrohlik amaliyotlari yoki bir necha daqiqa davomida yopiq massajning samarali bo'lmasligi kiradi. Ventrikulyar fibrillyatsiya holatlarida defibrilyator ham qo'llaniladi, bu yurakka 5000-7000V voltaj va 1.5-3.5A tok kuchi bilan bitta elektr zarbasi yuboradi. Buning uchun impuls defibrilyatori ishlatiladi, uning bir elektrodini yurak sohasiga, boshqasini esa chap belkurak ostiga qo'yiladi.

Qon yo‘qotilishida, qon aylanishi hajmini tiklash uchun **CBC** poliglutsin, reamberin, refortan, stabilizol, infukol-6, plazma, tuzli eritmalar kabi vena ichiga transfuziyalar amalga oshiriladi, shuningdek, to‘qimalarga kislorod yetkazilishini yaxshilash uchun perftoran qo‘llaniladi. Katta qon yo‘qotilish hollarda, transfuziyalar ikki katta tomirga - o‘mrov osti, son, bo‘yintruq venasi tezkor amalga oshiriladi. Vasospazmni keltirib chiqaradigan dorilar “adrenalin, dopamin, mesaton va boshqalar” bu davrda kiritilmasligi kerak, chunki ular periferik mikrotsirkulyatsiyani yomonlashtiradi, shu jumladan jigar va buyraklarda ham.

Agar qon tomiriga kirish imkoni bo‘lmasa, dorilar kichik miqdorda endotrakeal yoki til ildiziga yoki penisning kavernoza tanasiga yuborilishi mumkin. Bu yerda asosiy maqsad qon aylanish hajmini tiklashdir, undan so‘ng mikrotsirkulyatsiyani yaxshilash uchun miyotrop antispazmodiklar “papaverin, no-shpa, droverin, eufillin, nikotinik kislota” kiritiladi, bu orqali mushaklar va qon tomirlarini relaxatsiya qilib, periferik kapillyarlarda spazmni bartaraf etish mumkin. Mikrotsirkulyatsiyani yaxshilash uchun reopoliglyukin, trental, pentillin, heparin, fraxiparin, clexane kabi dorilar ham tavsiya etiladi.

Nafas olish tizimi - respirator buzilishlarini bartaraf etishda asosiy vazifa — havo yo‘llarining o‘tish yo‘lini tiklash va o‘pkada nafas olish yuzasini oshirish, shuningdek, mustaqil nafas olishni tiklashdir. Havo yo‘llarining o‘tish yo‘lini tiklash choralarini tanlash sababga bog‘liq bo‘ladi. Masalan, qayt qilish holatida havo yo‘llaridan qayt qilishni olib tashlash zarur. Tilning orqaga tushishini oldini olish uchun, bu holat odatda hushsiz yoki narkoz vaqtida yuz berishi mumkin, quyidagi choralar qo‘llaniladi:

1. Til ushlagichdan foydalanish.
2. Boshni orqaga egish. Buning uchun bemorning yelkalariga to‘piq qo‘yiladi.
3. Havo yo‘llaridan foydalanish.
4. Tishni oldinga surish. Bu chora narkoz berish vaqtida anesteziolog tomonidan amalga oshiriladi.

5. Tilni igna bilan tikib, uni tashqariga chiqarish va bemorning kiyimiga ip bilan biriktirish.
6. Traxéal intubatsiya.
7. Bemorni yuzma-yuz joylashtirish.

Ba'zi hollarda bemorlar tishlarini siqib qo'yishadi va bu holatni bartaraf etish uchun maxsus asbob — og'iz kengaytirgichi qo'llaniladi. Ushbu asbob og'iz bo'shlig'ga joylashtiriladi va uning shoxlari yopiq tishlarning chetiga, tishlar yo'q joyga qo'yiladi. Qo'lqoplar bosiladi va tishlar ajratiladi. Amaliy mashg'ulotlar vaqtida talabalar o'z tillari bilan so'nggi yuqori va pastki molar tishlarining orqa yuzasi va palatinal bog'lanish o'rtasidagi bo'shliqni topishlari so'raladi.

Larinksda tanish bo'lmagan jismlar mavjud bo'lsa, ularni barmoqlar yordamida olib tashlash mumkin, yoki agar imkoniyat bo'lsa, bemorni boshini pastga qarab egish kerak. Juda samarali usul — Geymlix usuli bo'lib, bunda yordam beruvchi bemorni orqa tomondan quchoqlaydi, bitta qo'lini tizzada siqib, uni epigastrik hududga "xipoid jarrohidan pastroqqa" qo'yadi va ikkinchi qo'l bilan kuchli yuqoriga qarab harakat qiladi. Bu havo yo'llaridan qolgan havoni chiqarib yuboradi va chetki jismni chiqaradi. Bu harakat bir necha bor takrorlanishi mumkin. Agar larinks jarohatlangan yoki ovoz simlarida shish yuzaga kelgan bo'lsa, trakeostomiya, krikotomiya yoki krikotirotomiya o'tkazilishi mumkin. Trakeostomiya nisbatan murakkab operatsiya bo'lsa-da, havo yo'llarining tezda tiklanishi zarur bo'lgan holatlarda, krikotirotomiya "krikoid bog'lanishni shaxsan chindan o'rtada, qalqonsimon chashmadan pastroq joylashgan joyda kesish" afzal ko'riladi.

Amaliy mashg'ulotlar davomida talabalar, krikoid bog'lanishni teriga proyeksiyasi o'rtasida topishni o'rganadilar, bu joy qalqonsimon chashmaning pastki qirrasi va krikoid chashmaning yuqori qirrasi orasida joylashgan. Buni topish uchun, talabalar boshning o'rtasida qalqonsimon chashmaning joyiga qo'ldan barmog'ini

qo'yib, pastga qarab siljitib, qalqonsimon chashmaning pastki qirrasini va so'ngra krikoid chashmaning yuqori qirrasini sezdilar. Bu yirik joy, krikotirotoniya bajariladigan joydir.

Bog'lanishni kesib olish, kesik orqali trubka kiritilishi mumkin. Aks holda, bog'lanishni qalin igna yordamida punksiya qilish mumkin **krikostomiya**. Shuningdek, krikotomiya amalga oshirilishi mumkin, bu krikoid chashmaning kesilishi bilan amalga oshiriladi. Krikotirotoniya yoki krikotirotoniya nisbatan xavfsiz operatsiyalar hisoblanadi, chunki ularning amalga oshiriladigan joylarida katta qon tomirlari yoki muhim organlar yo'q. Ammo, agar havo yo'li tezda kanulyatsiya qilinmasa "traxeostomik yoki boshqa trubka kiritilsa", teriosti emfizemani yuzaga kelishi mumkin.

Sun'iy nafas olish havo yo'llarining patensiyasini tiklagandan so'ng, (og'izdan og'izga) yoki (og'izdan burunga) metodlari yordamida, yurakni massaj qilish bilan birga amalga oshiriladi. Hozirgi vaqtda nafas olish va siqishlar sonining optimal nisbati 2:30 hisoblanadi. Havo yoki kislorod havo yo'llariga niqob, endotrakeal trubka, trakeostomik trubka yoki havo yo'llari yordamida **AMBU** sumkasi yoki anesteziya apparati yordamida yuborilishi mumkin. Agar ular mavjud bo'lmasa, havo yordam ko'rsatuvchining o'z nafas olishidan yuboriladi. Ba'zi hollarda, yuqoridagi yo'llar orqali havo yoki kislorod yuqori chastotali mexanik ventilyatsiya qurilmasi **HFV** yordamida yuboriladi. Zamonaviy yondoshuvlar va tibbiyot xodimlarining xavfsizligini ta'minlashda, shuningdek, (og'izdan og'izga) yoki (og'izdan burunga) nafas olish metodlari amalga oshirilmasligi yoki noqulay bo'lsa, sun'iy nafas olishning alternativ usullari paydo bo'lgan. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, yurakni massaj qilish 100 martadan ko'proq tezlikda amalga oshirilsa, shu bilan birga sun'iy nafas olishni ham ta'minlaydi.

Dori-darmon terapiyasida, venadagi kortikosteroidlar "badaning qorin bo'shlig'idan olingan gormonlar" albatta acidoz bilan kurashish uchun, shuningdek 4% natriy bikarbonat eritmasi 200 ml, 5% vitamin C 20-30 ml, B1, B6 vitaminlari

kiritilishi kerak. Jigar, buyrak va miya faoliyatini yaxshilash choralari ko‘riladi, shuningdek, zarur bo‘lsa, zaharlanishni davolash amalga oshiriladi.

Gemik gipoksiya holatida, qizil qon hujayralarining parchalanishi yoki ularning gemoglobinlari bilan toksinlarning bog‘lanishi bilan bog‘liq bo‘lgan holatlarda, davolashning asosiy maqsadi gemoliz “qizil qon hujayralarining parchalanishi” bilan bog‘liq qon quyishdir. Methemoglobinoz shakllantiruvchi moddalar bilan zaharlanish holatlarida masalan, potasiyum permanganat, 1% metilen ko‘k 50 ml, 5% vitamin C 30 ml, B12 va B6 vitaminlari venaga kiritiladi. Ugar gazining zaharlanishi holatlarida, vitamin C va glukozaning katta dozalari, shuningdek novokain 2% 50 ml, metilen ko‘k eritmasi bilan glukozaning hromosmon, difenhidramin, diprazin, teofillin, vitamin terapiyasi beriladi. Gipobarik kislorodlanish amalga oshiriladi, bemor maxsus palataga joylashtiriladi, kislorodning yuqori bosimida.

Gistotoksik gipoksiya, to'qimalar nafas olish fermentlarini **sitoxromlar** bloklovchi zaharlardan kelib chiqadi, bu esa kislorodning energiya va oksidlanish jarayonlariga kirishini to'xtatadi. Bunday zaharlarga siyanid va uning hosilalari **siyanidlar**, siyanid kaliyasi va boshqalar kiradi. Davolashda, amil nitritining inhalatsiyasi 2-3 ampu, venada 1% natriy nitratining 10 ml sekin har 10 minutda 2-3 marta, 30% natriy tiosulfatining 50 ml, 1% metilen ko‘k 50 ml va 40% glukozaning 40 ml, hromosmon kiritilishi, oshqozon yuvish preferensial ravishda kaliy permanganatining yengil eritmasi bilan va gipobarik kislorodlanish amalga oshiriladi.

Bosh miya qismida sovutish, kislorodga bo‘lgan ehtiyojni kamaytirish uchun reanimatsiya choralarining bir qismi hisoblanadi. Reanimatsiya samaradorligi qon bosimi va pulsning normallashuvi, markaziy venoz bosim **CVP**, reflekslarning tiklanishi o‘quvchili, korneya va boshqalar, ongsizlik, terining rangi tiklanishi, qizil rangning yo‘qolishi, siyanozning ko‘k rangning yo‘qolishi yoki marmar teri rangi pallor va siyanozning sohalari tiklanishi, hamda siyish miqdorining tiklanishi **diurez**

orqali o'lchanadi. Normal soatlik diurez 50 ml, kunlik diurez esa 1200-1500 ml hisoblanadi. Mumkin bo'lsa, monitoring uskunolari elektrokardiografiya, elektrokardioskopiya, pnevmotahometrik, qon kislorodining bosimi qo'llaniladi. Shuningdek, qon gemoglobin, qizil qon hujayralari, oq qon hujayralari va siydik testlari, shuningdek, biokimyoviy qon testlari "bilirubin, jigar fermentlari, kreatinin, üreya, umumiy oqsil, qon oqsil fraktsiyalari, laktat dehidrogenaza, kreatin fosfokinaza va boshqalar" kuzatib boriladi.

P. Safar 1997 ga ko'ra, kardio-pulmonar va miyani jonlantirishda 3 bosqich va 9 bosqichdan iborat jarayonlar mavjud:

I bosqich — Hayotni saqlashning boshlang'ich bosqichi. Ushbu bosqich uchta bosqichdan iborat:

- **A havo yo'llari ochiq** — havo yo'llarining o'tish imkoniyatini tiklash;
- **B jabrlangan uchun nafas** — favqulodda sun'iy nafas olish va kislorod bilan ta'minlash;
- **C aylanma qon** — qon aylanishini qo'llab-quvvatlash.

II bosqich — Hayotni saqlashning davomiy bosqichi. Ushbu bosqichda mustaqil qon aylanishini tiklash, qon aylanishi va nafas olish parametrlarini normallashtirish va barqarorlashtirish amalga oshiriladi. II bosqich uchta bosqichni o'z ichiga oladi:

- **D dori** — dori-darmonlar va infuziya terapiyasi;
- **E EKG** — elektrokardiografiya va kardiografiya;
- **F fibrilatsiya** — defibrillyatsiya.

III bosqich — Hayotni saqlashning uzoq muddatli bosqichi. Bu bosqich jonlantirishdan keyingi intensiv davolashni o'z ichiga oladi va quyidagi bosqichlardan iborat:

- **G baholash** — holatni baholash;
- **H ruhiy holatni tiklash** — hushyorlikni tiklash;

- **I** — organlar funksiyalarining kamchiliklarini tuzatish.

Jonlantirishdan so‘ng, post-jonlantirish kasalligi deb ataladigan holat rivojlanishi mumkin, bu esa gipoksiya tufayli ichki organlardagi o‘zgarishlarning majmuidir. Bu yurak-qon tomir tizimining o‘zgarishlari, jumladan, takikardiya, bradikardiya, aritmiyalar va EKGdagi o‘zgarishlar bilan namoyon bo‘lishi mumkin. Jigar funksiyalarida bilirubin, ALT va AST darajasining oshishi kuzatilishi mumkin. Buyraklarda kreatinin va urea darajasining ko‘tarilishi mumkin. Markaziy nerv tizimida gipoksik ensefalopatiya belgilari sekinlashish, vaqt va makon bo‘yicha xatoliklar va boshqalar ko‘zga tashlanishi mumkin.

Post-jonlantirish kasalligini davolash ichki organlardagi aniqlangan buzilishlarni bartaraf etishga qaratilgan.

Anesteziya — og‘riqni yengillashtirish. Anesteziologiya fani “**aesthesia** — **sezgi, logos** — **ilm, lotincha**” og‘riq va uni yengillashtirish masalasini o‘rganadi. Anestezik vositalar, ya'ni og‘riqni kamaytiruvchi moddalar markaziy nerv tizimi yoki periferik nerv tizimiga ta'sir qilishi mumkin.

Markaziy nerv tizimiga ta'sir qilish orqali og‘riqni yengillashtirish usuli anesteziya deb ataladi, bu — umumiy anesteziya yoki narkoz. Ba’zan ishlatiladigan “umumiy narkoz” atamasi noto‘g‘ri hisoblanadi. Hozirgi kunda narkoz — bu dori vositalari ta'siri ostida markaziy nerv tizimining susayishi, bu esa ongni, sezgirlikni, ba'zi shartli va shartsiz reflekslarni yo‘qotish bilan birga bo‘ladi.

Anesteziya dorilarining kiritilish yo‘li asosida anesteziya quyidagi turlarga bo‘linadi: inqilobiy — gaz holatidagi narkotik moddalar (azot oksidi) yoki uchuvchi suyuq preparatlar **masalan, foran** nafas olish yo‘li orqali “niqobli anesteziya yoki endotrakeal anesteziya traxeyaga o‘rnatilgan trubka orqali”. Katta, uzoq va travmatik operatsiyalar uchun endotrakeal anesteziya va mushakni bo‘shashtiruvchi vositalarni birgalikda qo‘llash afzalroqdir. Mushakni bo‘shashtiruvchi vositalar skelet mushaklarini, shu jumladan nafas olish mushaklarini bo‘shashtiradi, bu esa

sun'iy nafas olishni talab qiladi. Mushakni bo'shashtiruvchi vositalarning qo'llanilishi anesteziya dori vositalarining minimal miqdorda ishlatilishini ta'minlab, mushaklarning maksimal darajada bo'shashishini ta'minlaydi, bu esa tana bo'shlig'idagi organlarga kirish imkoniyatini yaxshilaydi va jarrohlik joyidan patologik impulslarni kamaytiradi, ayniqsa ichak burchaklari yoki o'pka ildizlari kabi refleksogen hududlardan.

Mahalliy yoki mintaqaviy anesteziya avvalgi terminologiyada "mahalliy anesteziya" deb atalgan jarrohlik joyidan og'riq impulslarini bloklashni o'z ichiga oladi, bu jarayon teri, shilliq qavatlaridagi nerv retseptorlari darajasidan boshlanib, orqa miya segmentlariga qadar davom etadi.

Anestezikning ta'sir qilish darajasiga va kiritilish usuliga qarab, mahalliy anesteziyaning quyidagi turlari mavjud:

1. **Mahalliy terminal kontakt, yuzaki anesteziya** — anesteziklarni purkash, surish, chayqash yoki nebulizatsiya qilish 1% dikain, 10% novokain va boshqalar.
2. **Mahalliy infiltratsion anesteziya** Reclus, 1889; Schleich, 1891.
3. **Qatlamli mahalliy infiltratsion anesteziya** — A.V. Vishnevskyning tavsifiga binoan, novokainning 0,25-0,5% li eritmalari bilan qattiq surilib infiltratsiya qilish.

Konduktiv anesteziya — bu nerv tizimining ma'lum bir qismini blokirovka qilish orqali og'riqni sezishni yo'qotish usulidir. Bu usulda lokal anestezik moddalar nervlar yoki ularning shoxlariga yuboriladi, shunda tegishli hududdagi og'riq sezilishi to'xtaydi. Konduktiv anesteziya, odatda, maxsus asboblardan yordamida nervlar o'rtasida yoki ularning atrofida anestezik moddalar yuborish orqali amalga oshiriladi. Bunda anesteziya nerv orqali ta'sir qilinadi, lekin boshqa tuzilmalar masalan, teri yoki mushaklar sezgir bo'lib qolishi mumkin. Bunday anesteziya

jarrohlik amaliyotlari, tish davolashlari yoki boshqa tibbiy protseduralar uchun qoʻllaniladi, ayniqsa ogʻriqni boshqarish zarur boʻlgan joylarda.

Konduktiv anesteziya quyidagi usullarda qoʻllanilishi mumkin:

- **Periferik nerv blokadas** — bu lokal nervlarni blokirovka qilish orqali amalga oshiriladi, masalan, qoʻl yoki oyoqdagi nervlar.
- **Epideral va spinal anesteziya** — bu orqa miya atrofi yoki orqa miya kanaliga anesteziya moddalarning yuborilishi orqali amalga oshiriladi.

Konduktiv anesteziya ogʻriqni samarali ravishda boshqarish imkonini beradi, lekin notoʻgʻri amalga oshirilganda yoki dozasi notoʻgʻri belgilangan taqdirda, baʼzi asoratlarni paydo boʻlishi mumkin, masalan, nerv zarari yoki infeksiya.

Metodologik koʻrsatmalar. Dars mavzusini auditoriyada oʻqituvchi boshchiligida koʻrib chiqqandan soʻng, talabalarga anesteziologiya va jonlantirish boʻlimi, uning xodimlari, intensiv terapiya boʻlimida yotgan bemorlar, umumiy va mahalliy anesteziya uchun zarur boʻlgan uskunalarni, shuningdek, jonlantirish tadbirlarini amalga oshirish jarayonlari bilan tanishish tavsiya etiladi.

Auditoriyada talabalar mannequinlarda va mavjud vositalar yordamida jonlantirish tadbirlarini “pre-kardiyal zarba, sunʼiy nafas olish, yopiq koʻkrak massaji” bajarishni oʻrganadilar. Talabalar havo yoʻllarining toʻsigʻini bartaraf etish texnikalarini, shu jumladan, havo yoʻllari, til tutqichlari, ogʻiz kengaytirgichlarini ishlatish va Ambu sumkasini qoʻllashni oʻrganadilar.

Mavzu № 6

Suyak Sinishlari, Chiqishlar. Birinchi Yordam, Transport Immobilizatsiyasi

Suyak sinishi – bu suyakning yaxlitligining buzilishi, u zoʻravonlik yoki patologik jarayon natijasida yuzaga keladi. Suyak sinishlari bitta yoki koʻp boʻlishi mumkin. Asoratlarga qarab, ular asoratli “ochiq sinishlar, qon tomirlarining,

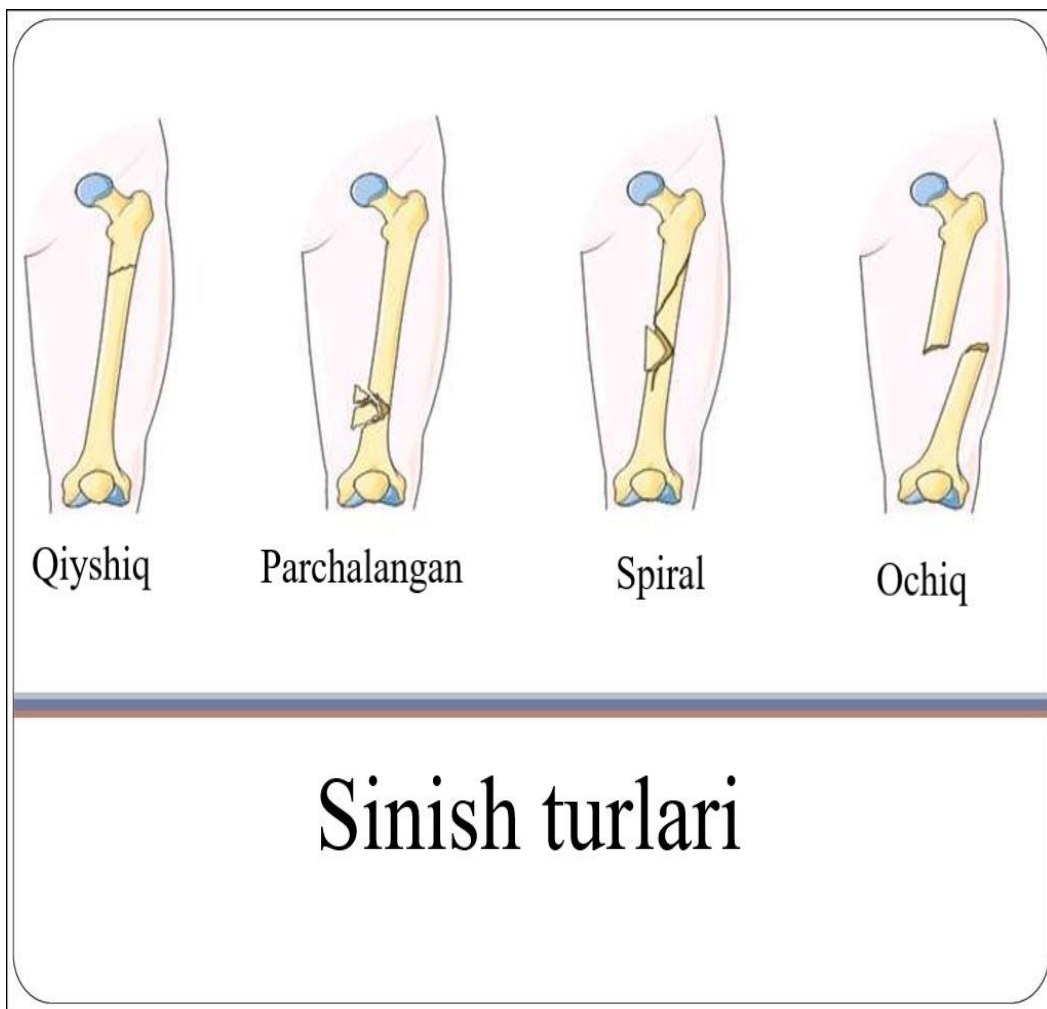
nervlarning shikastlanishi, qon yo‘qotish, shok, osteomielit, yara ichida yiring paydo bo‘lishi, gemotoraks, pneumotoraks, ichki organlar, siydik yo‘llari, peshob pufagi, to‘g‘ri ichakda zarbalar” va asoratsiz **oddiy** bo‘lishi mumkin.

Suyak Sinishlarining Klinik Tashxisi va Belgilari:

Suyak sinishlarining belgilari umumiy va mahalliy bo‘lib, ular quyidagicha taqsimlanadi. Umumiy belgilar: shok va qon yo‘qotish. Sinishlar simptomlari ta’sirlangan suyakning turi “katta yoki kichik suyaklar, tekis suyaklar”ga bog‘liq.

Mahalliy belgilar:

1. Deformatsiya
2. Patologik harakatsizlik
3. A’zoning qisqarishi
4. Suyakning o‘tkir tovushi **kreplus**
5. Og‘riq
6. Funksiyaning yo‘qolishi
7. Shish

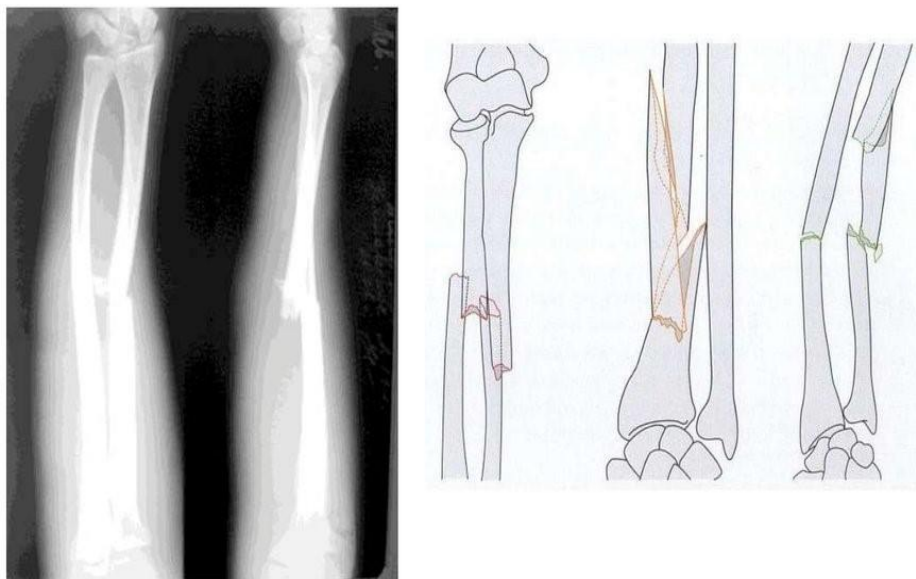


Rasm 3. Sinish turlari



Rasm 4. Bilak suyagining sinishi. Rentgen korinishi

Bilak suyaklarining diafiz sinishi



Rasm 5. Bilak suyaklarining diafiz sinishi

Birinchi to‘rt belgi – bu suyak sinishining mutlaqo ishonchli belgilaridir. Agar suyak sinishi zarbasi o‘zgarishsiz bo‘lsa yoki yashil tayoq kabi sinishlar bo‘lsa, bu simptomlar mavjud bo‘lmazligi mumkin. E’tibor bering, suyakning o‘tkir tovushi va boshqa mutlaq sinish belgilari sun’iy ravishda chaqirilmazligi kerak, chunki bu og‘riqni kuchaytirishi, shokni keltirib chiqarishi, qon yo‘qotishni oshirishi, yopiq sinishni ochiq sinishga aylantirishi yoki suyak iligidan yog‘li emboliyani yuzaga keltirishi mumkin.

Chiqish – bu bo‘g‘imni tashkil etuvchi suyaklarning bir-biriga nisbatan doimiy o‘rnini o‘zgartirishi. Chiqishlar o‘z navbatida olingan va tug‘ma bo‘ladi. Olingan chiqishlar odatda travmatik bo‘ladi. Eng ko‘p uchraydigan chiqishlar elkada kuzatiladi. Chiqishlar bo‘g‘im ostidagi a‘zo segmentiga qarab ataladi. Masalan, elka bo‘g‘imida chiqish elka chiqishi, son bo‘g‘imida esa son chiqishi deb ataladi.

Klinik nuqtai nazardan, chiqishlar og'riq, bo'g'imda harakat yo'qligi, a'zoning qisqarishi yoki uzayishi, bo'g'imning deformatsiyasi va bo'g'imda harakat qilishga urinishda «kuzatuvchi» qarshilik bilan tavsiflanadi.

Suyak sinishlari va chiqishlarning asosiy tashxis usuli – rentgen tekshiruvidir.

Suyak Sinishlari va Chiqishlarga O'xshash Bemorlar Parvarishi: O'ng qol va elka kamari sinishlarida bemorlarni parvarish qilishda jiddiy muammolar paydo bo'lmaydi. Biroq, pastki a'zolar, umurtqa pog'onasi, tos suyaklari va bosh suyagi singari jarohatlar bilan bemorlarni parvarish qilishda katta qiyinchiliklar yuzaga keladi, chunki bu bemorlar davolanish jarayonida yotqizish holatida bo'lishi kerak. Parvarishning maqsadi bosim yaralarini, pnevmoniya va bo'g'imlarning harakatsizlanishini oldini olishdir. Yoshi kattaroq bemorlarni parvarish qilishda, ayniqsa sonning yelka chayqalishi kabi maxsus sinishlar bilan qiyinchiliklar paydo bo'ladi. Bemorlarni erta faollashtirish, nafas olish gimnastikasi va massaj usullari yuqorida keltirilgan asoratlarni oldini olishda yordam beradi. Zamonaviy suyak sinishlarini davolash texnologiyalari (osteosintez, hip bo'g'imi protezlari) bemorlarni erta faollashtirish imkoniyatlari bilan yuqori samaradorlikni ta'minlab, bu muammolarni hal qilishni ancha osonlashtiradi.

Transport Immobilizatsiyasi – tananing yoki a'zolarining turli jarohatlar yoki kasalliklar natijasida harakatsizlanishi. Bu atama lotincha *immobilis* so'zidan olingan bo'lib, "harakatsiz" degan ma'noni anglatadi. Immobilizatsiya qisqa muddatli yoki uzoq muddatli bo'lishi mumkin. Uzoq muddatli immobilizatsiya suyak sinishining tuzalishi yoki katta yara bitishigacha davom etadi. Bu davolovchi immobilizatsiya deb ataladi va maxsus shifoxonalarda mutaxass islar tomonidan amalga oshiriladi. Transport immobilizatsiyasi jarohat olish joyida tibbiyot xodimi, o'z-o'ziga yordam yoki o'zaro yordam holatlarida, yoki boshqa biron-bir shaxs tomonidan amalga oshiriladi, va bemorni tibbiy muassasaga olib borish uchun zarur bo'lgan vaqt mobaynida bajariladi. Transport immobilizatsiyasi bemor shifoxonaga

olib borilgach, oʻrta darajali tibbiy xodim yoki shifokor tomonidan yaxshilanishi yoki toʻgʻrilanishi mumkin.

Bemorni hatto qisqa masofaga, masalan, qabul qilish boʻlimidan jarrohlik boʻlimiga olib borishda ham transport immobilizatsiyasiz tashish xavfli va notoʻgʻri hisoblanadi. Transport immobilizatsiyasining ahamiyati va immobilizatsiya bogʻlamalarining zaruriy funksional xususiyatlari birinchi marta bizning buyuk vatandoshimiz, maydon jarrohligi asoschisi N.I. Pirogov tomonidan taʼkidlangan. Transport immobilizatsiyasi uchun u kraxmal bogʻlamalaridan foydalangan, davolovchi immobilizatsiya uchun esa gipsdan foydalangan. 1887-yilda Kramer transport immobilizatsiyasi uchun metall plastinkani taklif qilib, u tezda Yevropa armiyalarida keng tarqaldi va muallifi nomi bilan **Kramerni plastinka** ataladi. Uning tashqi koʻrinishi tufayli esa (**scalator splinti**) deb nomlanadi.

Transport immobilizatsiyasi quyidagi asoratlar, jarohatlar va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan:

1. Travmatik shokning rivojlanishi;
2. Yopiq siniqning ochiq siniqqa aylanishi;
3. Yara joyida infeksiya rivojlanishi;
4. Yaradagi ikkilamchi qon ketishi;
5. Katta qon tomirlari va nerv tolalariga zarar yetishi;
6. Yogʻli emboliya rivojlanishi;
7. Ichki organlar va markaziy nerv tizimi tizimining ikkilamchi zararlanishi.

Transport immobilizatsiyasi asosiy qoidalari:

Immobilizatsiya amalga oshirilganda quyidagi qoidalarga amal qilish lozim.

1. Jarohat yoki kasallik boshlanishidan imkon qadar tezroq zararlangan tananing qismini immobilize qilish kerak.

2. Jiddiy jarohatlar holatida, imobilize qilish bandajini yoki plastinani qo'llashdan oldin bemorga og'riqni kamaytiruvchi dorilar **morfiy, promedol** yoki kuchli og'riqni yo'qotuvchi xususiyatga ega bo'lgan nonsteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar **ketorol, naiz, bral, baralgin va boshqalar** qo'llanadi, ularni teri osti yoki mushak ichiga yuborish mumkin. Yopiq siniq joyi 1-2% novokain eritmasi bilan anestetiklanishi yoki A.V. Vishnevskining usuli bo'yicha 0,25% novokain blokadasini bilan og'riqsizlantirilishi mumkin.
3. Transport plastinalari odatda poyabzal va kiyim ustidan qo'llanadi. Bemorni yutqizish qo'shimcha jarohat keltirib chiqaradi va imkon qadar undan qochish kerak. Moslashuvchan plastinalarni qo'llashdan oldin, ular a'zo shaklini olish uchun oldin sog'lom a'zo bo'yicha modellanishi kerak.
4. Agar plastina ochiq a'zo ustiga qo'llanilsa, suyak chiqishlari "bo'yni old tomoni, tizzaning yuqori qismidagi suyaklar, yelka suyagining yuqori yoyi va boshqalar paxta bilan himoyalaniishi lozim, chunki plastinalar yoki uning qismlari uzoq vaqt bosim o'tkazib turishi yotgan joylarda bosim yaralari hosil bo'lishi mumkin, bu esa keyinchalik siniq yoki keng yara jarayonini murakkablashtirishi mumkin.
5. Agar ochiq siniq bo'lsa, yara va uning atrofidagi joy antiseptik bilan tozalanadi, avval antiseptik bandaj qo'llanadi, so'ngra plastina joylashtiriladi. Yara bandaji qo'llanishi kerak bo'lsa, bemorni kiyimlarini yechmasdan, butunlay yara atrofidagi kiyimni to'xtatish tavsiya etiladi va bandajni joylashtirib plastina qo'llanadi.
6. Agar qon to'xtatuvchi turniq kerak bo'lsa, u imobilizatsiya amalga oshirilgandan oldin qo'llanadi va plastinani buzmasdan chiqarilishi mumkin bo'lishi kerak. Turniqni bandaj bilan yopmaslik yoki qatlamlar orasiga qo'yish kerak emas. Turniqning qismi old tarafda bo'lishi kerak va uni osongina olish mumkin bo'lishi kerak.
7. Plastina yoki imobilize qiluvchi apparat, odatda, a'zo uzunligi bo'ylab bandajlar bilan mahkamlanadi. Bandaj, qon aylanishini buzmasdan, a'zoni mustahkam ushlab turishi kerak.

8. Agar metal plastinalar ishlatilsa, ularni birinchi navbatda paxta va marlya yoki tayyor paxta-marli padalar bilan o'ralishi kerak. Bu bosim yaralarini oldini olishga yordam beradi va sovuq havoda metal plastinalar sovishdan himoya qiladi.
9. Transport vaqtida, plastina qo'llanilgan a'zo sovuq havoda muzlashdan saqlanish uchun izolyatsiya qilinishi kerak.
10. A'zo suyaklarining sinishi holatida transport imobilizatsiyasida, siniq joyidan yuqoridagi va pastdagi hamma bo'g'imlar imobilizatsiya qilinishi kerak, son suyagi yoki yelka suyagining sinishi holatida esa barcha bo'g'imlar imobilizatsiya qilinadi.
11. Imobilize qilingan bo'g'imlar transport imobilizatsiyasi uchun neytral fiziologik holatda joylashtiriladi, davolash uchun esa funksional holatda joylashtiriladi.
12. Metal zinapoya plastinalari sog'lom a'zoga mos ravishda shakllantirilishi kerak.

Transport imobilizatsiyasining asosiy vositalari plastinalardir. Ularning ta'sir mexanizmiga ko'ra, ular tutuvchi va tortuvchi **traksion** plastinalarga bo'linadi. Tutuvchi plastina sifatida zinapoya plastinasi, tortuvchi plastina sifatida Dietrix plastinasi misol bo'lib xizmat qiladi. Transport imobilizatsiyasi vositalari standart, no-standart va improvizatsiyalangan yoki tayyorlanadigan "mavjud materiallardan yasalgan" bo'linadi.

Standart transport tirmalar - bu tibbiy muassasalar, tez yordam mashinalari va birinchi yordam punktlari uchun ishlab chiqarilgan imobilizatsiya vositalaridir. Standart tirmalar quyidagi turlarni o'z ichiga oladi: faner tirmalar, zinapoya tirmalar, Dietrix turidagi distraktsiya tirmalari, plastik tirmalar, pnevmatik tibbiy tirmalar va vakuumli imobilizatsiya tashuvchilari.

Nostandart transport imobilizatsiya vositalari - bu maxsus muassasalarda yoki bo'limlarda ishlatiladigan, ammo tibbiy sanoat tomonidan ishlab

chiqarilmagan va standart tirmalar to'plamiga kirmagan tirmalar va apparatlar masalan: Elanskiy, Petruxov tirmalari va boshqalar.

Improvizatsiya oddiy tirmalar - bu mavjud materiallardan tayyorlangan va immobilizatsiya tirmalari prinsipiga asoslangan vositalardir.

Zinapoya tirmalari 120 sm uzunlikda og'irligi 0,5 kg va 80 sm uzunlikda og'irligi 0,4 kg ishlab chiqariladi. Tirmaning kengligi mos ravishda 11 sm va 8 sm. Zinapoya tirmasining ramkasi 5 mm diametrli simdan, o'qlar esa 2 mm diametrli simdan tayyorlanadi. O'qlar orasidagi bo'shliq 3 sm.

Pastki oyoq uchun transport tirmasi Dietrix turidagi yog'ochdan tayyorlangan bo'lib, yig'ildi holatda uzunligi 115 sm, og'irligi esa 1,6 kg. Ushbu tirma distraktsiya tirmalari toifasiga kiradi. Tirma ikkita slaydli yog'och taxtadan iborat bo'lib, ular xochlar kabi ko'rinishga ega, shuningdek, faner taglik, yog'och burilish tayoqchasi va ikki dona mato kamar mavjud. Tashqi bransa uzunroq, ichki bransa esa qisqaroq. Har bir bransa ikki dona taxtadan yuqori va pastki tashkil topgan, ularning eni 7,5-8 sm bo'lib, bir-biriga qo'yilgan. Tashqi bransadagi taxtalar ichki bransadagi taxtalardan uzunroq. Ichki bransaning pastki taxtasida metall qisqich mavjud bo'lib, bu taxta yuqori taxtaga to'xtamadan siljishi uchun imkon beradi. Har bir bransaning yuqori taxtasining ustida xoch tutqichlari mavjud. Har bir taxtaning pastki qismida yog'och mixi yopishtirilgan bo'lib, bu mixlardan biri yordamida bransalar bir-biriga bog'lanadi. Tashqi bransaning yuqori taxtasida ikkita slits mavjud - biri xoch tutqichidan yuqorida, ikkinchisi esa ancha pastroq. Ichki bransaning yuqori taxtasida faqat bitta slits mavjud. Ushbu slitslar, tashqi va ichki bransalarni bir-biriga bog'lash uchun mato kamarlarini o'rnatish uchun ishlatiladi.

Tashqi bransaning pastki taxtasida bir qator teshiklar mavjud bo'lib, ular yog'och mix uchun joylar sifatida xizmat qiladi. Tashqi bransaning pastki uchida kesish mavjud. Ichki bransaning pastki taxtasida ham shunday teshiklar bor. Ichki bransaning pastki qismiga to'rtburchaklar shaklidagi kesma, pastki qismida yiv va

markazida 2,5 sm diametrli teshik bor bo'lib, u pivola orqali o'rnatilgan. Bu kesma metall ramka bilan o'ralgan va oyna yoki eshik singari buriladi. Faner taglikda, oyoqning toshbaqa joyida sim ramkasi mavjud bo'lib, u taglikning ikki tomonida to'g'ri burchakli quloqlar sifatida chiqib turadi. Ramkaning pastki qismi biroz taglikdan tashqariga egilgan. Ramkaning taglikka bog'langan joyida ramka ikki yelkaga egilgan. Yog'och burilish tayoqchasi, uzunligi 7-8 sm, o'rtasida yiv bilan.

Tirmadan foydalanishda, tashqi va ichki bransaning yuqori va pastki taxtalari kerakli uzunlikka cho'ziladi. Har bir bransaning taxtalari yog'och mix bilan bog'lanadi va bandaj yordamida mustahkamlanadi. Xoch tutqichlari va har ikki bransaning ichki yuzasi paxta bilan qoplanadi. Faner taglik oyoqqa sakkizburchak shaklida bandajlanadi. Tashqi va ichki bransaning pastki uchlari faner taglikning sim qisqichlariga o'tkaziladi va tashqi bransaning pastki uchi ichki bransaning harakatlanuvchi kesmasiga joylashtiriladi. Tirma pastki oyoqning yon tomonlariga qo'llanilib, tashqi branşa tana tomoniga qo'llanadi. Ichki bransaning xoch tutqichi o'z navbatida inguinal-perineal hududga, tashqi branşa esa barmoqqa qo'llanadi. Tirma tana tomoniga mato kamarlar, shim kamar, gaz bandajlari yoki sling yordamida bog'lanadi. Taglikka o'rnatilgan simli kord ichki bransaning harakatlanuvchi qismiga o'tkazilib, burilish tayoqchasi ilgakka joylashtiriladi. Jarohatlangan a'zo ehtiyotkorlik bilan qo'l bilan cho'zilib, olingan holat burilish tayoqchasi yordamida mustahkamlanadi va simni burish orqali uzunligi qisqartiriladi. Yog'och burilish tayoqchasi tashqi bransaning chetiga bog'lanadi. Tirmaning o'rnatilish vaqti 10-15 daqiqani tashkil etadi.

Plastik transport tirmasi yuqori a'zo, tibiy oyoq va oyoq uchun mo'ljallangan. U plastik tasma bo'lib, alyuminiy sim bilan mustahkamlangan. Tirmaning chetida, uni joylashtirish uchun simni o'tkazish uchun teshiklar mavjud.

Tirma uchta o'lchamda mavjud:

- I turi: Kengligi 115 mm, uzunligi 900 va 1300 mm;

- II turi: Kengligi 100 mm, uzunligi 900 va 1300 mm;
- III turi: Kengligi 85 mm, uzunligi 750 va 1100 mm.

To'plamga tirma o'zi va uzunligi 1500 mm bo'lgan mato kord kiradi.

I turi tirmasi tibiy oyoq va qo'lni immobilizatsiya qilish uchun mo'ljallangan, II turi yuqori a'zo uchun, III turi esa bolalarning yuqori yoki pastki a'zosini immobilizatsiya qilish uchun mo'ljallangan.

Plastik transport tirmasidan foydalanishda, u immobilizatsiya qilinayotgan a'zo shakliga mos keladigan tarzda bukiladi va yirik bo'g'imlar atrofida ma'lum burchakda joylashtiriladi. Qo'shimcha yostiq kerak emas. Kordning uchini tirmaning eng chekka teshigiga joylashtirib, tugun yasaysiz. Kordning ikkinchi uchini tirmaning chetiga o'rnatilgan teshiklar orqali navbatma-navbat o'tkaziladi. Tirma a'zoga qo'shimcha bandajlashni talab qilmaydi. Immobilizatsiya qilingan yuqori a'zo sling yoki tasma yordamida qo'llab-quvvatlanadi.

Tibbiy pnevmatik tirma TPT - bu shaffof ikki qatlamli plastik polimer qoplamadan tayyorlangan ajratiladigan qurilma. Shina quyidagi tarkibiy qismlardan iborat: ikki qatlamli havo o'tkazmaydigan plyonka qobig'i – kamera, fermuar va havo berish uchun klapanli qurilma, bu orqali havoni kameraga yuborish mumkin. Tibbiy pnevmatik shina polietilen paketlarda uch xil o'lchamda ishlab chiqariladi:

- Tip I – bilak va bilak mushaklari uchun, og'irligi 0,25 kg;
- Tip II – oyoq va pastki oyoq uchun, og'irligi 0,3 kg;
- Tip III – tizza bo'g'imi va son uchun, og'irligi 0,4 kg.

Tibbiy pnevmatik shinani ishlatish tartibi quyidagicha:

1. Shina paketdan chiqariladi;
2. Fermuar ochilib, yoyilgan shina ehtiyotkorlik bilan jarohatlangan qism ostiga joylashtiriladi;
3. Fermuar yopiladi;

4. Havo ta'minoti qurilmasining klapanini trubkani soat yo'nalishiga qarshi burab ochiladi;
5. Shina og'iz yoki nasos yordamida havo bilan to'ldiriladi va to'liq qattqlikka erishgach, klapan trubkani soat yo'nalishida burab yopiladi.

Kameradagi ishlash bosimi 40-45 mm rt. ust. bo'lsa, shina transport immobilizatsiyasini amalga oshirish uchun kerakli qat'iylikni hosil qiladi, bu esa jarohatlangan a'zoning qon aylanishiga zarar yetkazilmasdan amalga oshiriladi. Shinaning shaffofligi a'zo holatini kuzatishga imkon beradi, materialning rentgen o'tkazuvchanligi esa shinani olib tashlamasdan rentgen tekshiruvlarini o'tkazishga imkon beradi.

Shinaning olib tashlanishi uchun, undan havo chiqariladi va fermuar ochiladi. Takroriy foydalanishdan oldin, shina iliq suv va sabun bilan yuvilib, quritilishi kerak. Shina teshilishlardan himoya qilinishi zarur. Kichik ta'mirlar masalan: kamera teshilishi yopishqoq lentadan foydalanib amalga oshirilishi mumkin.

Bosh va bo'ynining jarohatlari uchun immobilizatsiya

Standart shinlar **escalator shinlari** yordamida maxsus bosh shinasini – Bashmakov shinasini yaratiladi. Harbiy shifokor K.M. Bashmakov tomonidan Ikkinchi jahon urushi davrida taklif etilgan bu shina bosh, bo'yin va umurtqa pog'onasida jarohatlanganlarga yordam ko'rsatishda keng qo'llanilgan.

Avvaliga birinchi esgalator shinasini 120 sm uzunlikda bosh, bo'yin va elkalar bo'ylab Gretsiya harfi shaklida modellashtirish kerak. Ikkinchi shina esa bosh konturlari bo'yicha orqa bo'yin va umurtqa pog'onasining o'rtasidan modellashtiriladi. Keyinchalik ikkala shina bir-biriga bog'lanib, paxta va paypoçekalar bilan o'raladi, so'ng bemorning boshini halqa shaklidagi qismga joylashtirib bandaj bilan ushlab turiladi. Shinaning joylashtirilishi ikki kishidan kam bo'lmagan holda amalga oshiriladi: biri bemorning boshini ushlab turadi va ko'taradi, ikkinchisi esa shinani joylashtirib, mahkamlaydi. Material sarfi: 120 sm

uzunlikdagi esgalator shinlari – 2 dona, oq bo‘lmagan paxta – 250 g, bandajlar 20 sm × 7 m – 6 dona.

Elanskiy shina **no-standart** plyonkadan tayyorlanadi, ikkita teng qismdan iborat bo‘lib, metall asboblari yordamida bog‘lanadi. Yoyilgan holatda bu shina bosh va tana shaklini hosil qiladi, ammo u osonlik bilan buklanib, kam joy egallaydi va tashishda qulaydir. Shinaning yuqori qismida boshning orqa qismiga mos keladigan o‘simlikka 115×85 mm o‘ralgan paxta rulonining 3-4 sm qalinligi belgilangan. Quyida va yon tomonda ikkita uzun bo‘shliq bor, ular yordamida tokalar yoki kamarlar yordamida tanaga mahkamlanadi. Ikkita mato tasmasi har biri 1 m uzunlikda yon bo‘shliqlardan o‘tkazilib, shina elkalar atrofida mahkamlanadi.

Shina bemorning orqa va bosh qismiga joylashtiriladi. Paxta-gauze yostiqchasi 20x20 sm boshning orqa qismiga qo‘yiladi va bo‘ynining orqa qismiga paxta to‘pini joylashtirish kerak. Shina 10 sm kengligidagi bandaj yordamida boshga mahkamlanadi. Elanskiy shinasini yotgan holda qo‘yish zarur. Pnevmatik Gindin shinasini ham bosh va bo‘ynining jarohatlari uchun shu tarzda qo‘llaniladi.

Bo‘ynining umurtqa jarohatlari, keng yumuq to‘qimalar jarohatlari va yallig‘lanish jarayonlari uchun A.P. Petruxov tomonidan taklif etilgan shina ishlatiladi. U ikki metall qismdan iborat bo‘lib, boshni qo‘llab-quvvatlovchi qism va orqa qismdan iborat. Shina Glisson halqasi bilan birga keladi, bu esa boshni tortish uchun ishlatiladi.

Soddalashtirilgan immobilizatsiya

Bo‘ynining jarohatlari uchun Shants shina bo‘yin yostiqchasi ishlatiladi. Qalin paxta-gauze yostiqchalari yoki qalin paxta qatlamlari “yoki boshqa yumshoq materiallar, masalan, sharf, to‘rva, sochiqlar va hokazo” bo‘yniga joylashtiriladi va

bandaj bilan mahkamlanadi. Bandajlash jarayoni qattiq bo'lishi kerak, ammo bo'yin organlariga siqish kerak emas, bu esa bemorning erkin nafas olishiga imkon beradi.

Paxta qatlamining kengligi bo'ynining uzunligiga qarab mos ravishda belgilanishi kerak, u boshni qo'llab-quvvatlash uchun yetarli bo'lishi kerak, chin, pastki jag' va boshning orqa bo'g'inlari bilan aloqa qilishi zarur. Materiallar sarfi: paxta 150-200 g, bandaj 15 sm × 7 m – 1 dona.

Ko'krak va bel bo'ynini immobilizatsiyasi

Ko'krak va bel umurtqasining shikastlanishlari uchun asosiy shina vakuumli immobilizatsiya yostiqchasi hisoblanadi. Yostiqcha bemorning yoniga yoyilib, chiqariladigan pastki qism va bog'lovchi elementlar tekshiriladi. Bemorni ehtiyotkorlik bilan yostiqchaga joylashtirish, chiqariladigan pastki qismlarni mahkamlash, bosh ostiga rolik qo'yish kerak. Yostiqchada havo chiqarilganda 500 mm Hg bo'lgan manfiy bosim hosil bo'ladi. Agar vakuumli immobilizatsiya yostiqchasi mavjud bo'lmasa, standart shinlar **ladder yoki plyonka shinlari** ishlatilishi mumkin. Ular uzunlik bo'yicha joylashtiriladi, bog'lanadi va mustahkamlanadi. Qo'shimcha materiallardan **yog'och taxtalar, tor taxtalar** ham foydalanish mumkin. Ular bemorga zarar yetkazmasdan bir-biriga bog'lanadi, so'ngra bemor ehtiyotkorlik bilan ularga o'tkaziladi va bandajlar yoki har qanday material tasmalari bilan mahkamlanadi.

Splintni yaxshiroq mustahkamlash uchun uning ikki uchini bant bilan bog'lab, oyoqni sling yoki bantning bir bo'lagiga osib qo'yish kerak. Old qo'l suyaklari, bilak, va barmoqlarning sinishlarida immo'bilizatsiya qilish. Old qo'l sinishlarida qo'llaniladigan standart shinalar: pnevmatik tibbiy shinalar, zinapoya shinalari va plastik shinalar.

Pnevmatik tibbiy shinani birinchi turda ishlatish: birinchi navbatda shinani qulflashni ochib, plastik sumkani shikastlangan a'zoni ostiga qo'yish, qo'l va bilakni qamrab olish, qulflashni yopib, shinani shishirish kerak. Oyoq tirsak bo'g'imida uzatilgan bo'lishi kerak. 80 sm uzunlikdagi zinapoya shinasi tirsak bo'g'imi darajasida 90° burchakda egiladi va paxta va bandaj bilan o'raladi. Agar old qo'lda sinishlar va yumshoq to'qimalarning keng zararlanishi bo'lsa, zinapoya shinasini yelkaning o'rtalaridan barmoqlarning uchigacha qo'yish kerak. Qo'l palmasi tanaga qarab burilgan bo'lishi kerak, ya'ni palma shinaga perpendikulyar holda joylashtirilishi, bu esa old qo'l suyaklarining bir-biriga nisbatan paralel holatda bo'lishini ta'minlaydi. Shina so'ngra bilak bo'g'imida dorsifleksiya holatida mustahkamlanadi. Palma tomonda paxta-gauza ro'lagi joylashtiriladi, barmoqlarni yarim egilgan holatda ushlab turish uchun. Shina butun a'zoga bandaj bilan o'ralib, so'ngra slingda yoki bantning bo'lagida osiladi. Qo'lning immo'bilizatsiyasi shunga o'xshash tarzda bajariladi, lekin tirsak bo'g'imi shinaga qamrab olinmaydi. Plastik shina zinapoya shinasi kabi qo'llaniladi. Bu holatda shina ustiga paxta qavatini qo'llash zarur emas.

Boldir suyagi va femur **son suyaklari** sinishlarida transport immo'bilizatsiyasi. Standart shina - vakuumli immo'bilizatsiya qilish uchun maxsus yotqizishlarni ishlatish. Yotqizishlar yoyilib, olib tashlanadigan pastki qismi tekislab, shikastlangan bemorni ehtiyotkorlik bilan ustiga qo'yib, tutqich bilan mustahkamlanadi. Havo chiqarishdan oldin, yotqizish ostiga tizzalar darajasida to'p shaklida bir ro'lag' joylashtiriladi. So'ngra yotqizish qadoqlanib, tana biroz ko'tarilib, rezina-mato sumkasidan havo chiqariladi. Yotqizishlar kerakli qattqlikka erishgandan so'ng, ro'lag' olib tashlanadi va tana qo'llab-quvvatlanmaydi. Agar vakuumli immo'bilizatsiya yotqizishlari mavjud bo'lmasa, bemorni yotqizish uchun (preferensial tarzda qattiq) yotqizishlarga joylashtirib, belni keng bandajlar, sochiqlar yoki matolar yordamida mustahkam bandajlanadi. Pastki oyoqlar tizzalar

va tizza bo'g'imlarida 45° burchakda bukilib, kengaytiriladi. Oyoqlar ostiga bemorning kiyimidan yoki yostiq, ko'rpa kabi narsalardan ro'lag' qo'yiladi, bu "salamandra holati"ni hosil qiladi.

Son bo'g'imi, femur, va tizza bo'g'imlarining og'ir intraartikulyar sinishlarida eng yaxshi standart shina – Diterixning distrasion shinasidir. Uning qo'llanilish texnikasi yuqorida bayon etilgan. Agar Diterix shinasi mavjud bo'lmasa, Kramer zinapoya shinasi qo'llanilishi kerak. U quyidagicha ishlatiladi: ikkita shina uzunlik bo'yicha bog'lanadi, birining pastki uchining 20 sm darajada qiyshaytiriladi. Bu kengaytirilgan shina shikastlangan a'zoning tashqi yuzasiga va tananing yon tomoniga qo'yiladi, qo'ltiqtagacha. Bir zinapoya shinasi ichki qo'ltiq yuzasiga joylashtiriladi. To'rtinchi shina poyaning ortki yuzasiga joylashtiriladi, to'piq, bel va tizza bo'g'imiga moslashtiriladi, shina paxta bilan o'ralib, a'zoga joylashtiriladi va bandaj bilan mustahkamlanadi.

Plastik shinalar ham shunday qo'llaniladi. Shinalarni bandaj yordamida mustahkamlash mumkin.

Pnevmatik tibbiy shina "III tur, son va tizza bo'g'imlari uchun" quyidagicha ishlatiladi: shina sumkadan chiqariladi, fermuar ochiladi va ehtiyotkorlik bilan shikastlangan a'zoning ostiga qo'yiladi, tizza bo'g'imi shinada o'rtada joylashishi kerak. Fermuarni yopgan holda, havo tizimi klapanini bir marta burab, shinani shishirish kerak.

Standart shinalar mavjud bo'lmagan holatlarda muqobil vositalar ishlatiladi. Bunga taxta, chang'ilar, shoxlar to'plami va boshqa etarli uzunlikdagi buyumlar

kiradi, ular shikastlangan a'zoning uchta bo'g'imida - son, tizza va tizzalar bo'g'imida immo'bilizatsiyani ta'minlaydi.

Immobilizatsiya qilishda oyoq imkon qadar 90° burchakda joylashtirilishi, ayniqsa suyak chiqqan joylar atrofida yumshoq materialdan o'ralgan bo'lishi kerak. Biroq, transport immo'bilizatsiyasi uchun muqobil vositalar mavjud bo'lmagan holatlar yuzaga kelishi mumkin, shunda o'z-o'zini immo'bilizatsiya qilish – oyoqni oyoqqa bog'lash usuli qo'llaniladi:

1. Shikastlangan a'zo sog'lom oyoqqa ikki yoki uch joydan bog'lanadi.
2. Shikastlangan oyoq sog'lom oyoqqa qo'yilib, shikastlangan oyog'ing to'piq joyi sog'lom oyoqning tizza bo'g'imi ustiga qo'yiladi. Bu a'zoning eng tabiiy holatini yaratadi, va sog'lom oyoqni ehtiyotkorlik bilan tekislashtirish orqali shikastlangan oyoqqa engil tortishish kuchi ta'sir etadi. Oyoqlar bandaj, sochiq, kamar yoki boshqa uzun yumshoq material bilan bog'lanadi. Immo'bilizatsiya "oyoqni oyoqqa bog'lash" usuli bilan amalga oshirilganidan so'ng, imkon qadar tezroq uni standart shinaga almashtirish kerak. Muqobil vositalar yordamida bajarilgan immo'bilizatsiya faqatgina u noto'g'ri bo'lsa yoki yaroqsiz bo'lsa almashtiriladi, chunki immo'bilizatsiya bandajini almashtirish jarayoni shikastlangan bemor uchun qattiq jarohatga olib kelishi mumkin va holatni yomonlashtirishi yoki asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Pastki oyoq, oyoq va barmoqlarning sinishlarida immo'bilizatsiyaning eng oson va tez usuli pnevmatik shinani qo'llashdir. Ushbu shina II tur yalang'och oyoq va oyoq uchun ham, kiyim va poyabzal ustida ham qo'llanilishi mumkin. Fermuarni to'liq ochib, shinani shikastlangan a'zoning ostiga qo'yish kerak. To'piqni shinaning mos joyiga joylashtirish juda muhim. Fermuarni yopib, shina shishiriladi.

Standart zinapoya shinasini bilan immo‘bilizatsiya quyidagicha amalga oshiriladi: bir zinapoya shinasini pastki oyoq va oyoq tagiga joylashtirish, oyoqni 90° burchakda pastki oyoqqa moslashtirib, tos, tizza va to‘piq joylarini moslashtirish. Shinaning yuqori uchi sonning o‘rtasiga qadar yetishi kerak. Bundan tashqari, har ikki tomonidan bir zinapoya shinasini joylashtirish kerak. Shinalar ostiga yumshoq o‘ralgan material qo‘yilib, bandaj bilan mustahkamlanadi.

Plastik shina ham zinapoya shinasini kabi qo‘llaniladi, ortki yuzaga joylashtiriladi, yuqorida ta’riflangan tarzda modellab, oldki yuzaga ikkinchi plastmassa shina qo‘yiladi. Shinalar ip bilan mustahkamlanadi.

Tizza, oyoq suyaklari va barmoqlarning sinishlarida ko‘pincha son bo‘g‘imidan barmoqlargacha bo‘lgan qisqa zinapoya shinasini qo‘llaniladi. Bu holatda faqat bitta shina yetarli bo‘ladi, pastki oyoq va oyoq tagiga joylashtiriladi. Oyoq pastki oyoqqa nisbatan 90° burchakda bo‘lishi va bu holatda mustahkamlanishi kerak. To‘piq va bel bo‘g‘imlaridagi burmalar shinalar qo‘llanilgan holda modellash kerak.

Metodik ko‘rsatmalar. Umumiy klinik tashxis va suyaklarning sinishlari va chiqqan holatlarining davolash masalalari bo‘yicha nazariy tahlildan so‘ng, talabalar tegishli patologiyaga ega bemorlarni tekshirish va rentgen tasvirlarini ko‘rib chiqadilar. So‘ngra talabalar transport immo‘bilizatsiyasi vositalari bilan tanishadilar: Kramer zinapoya shinalari, Diterix shinalari, yog‘och, plastik va pnevmatik shinalar. Shundan so‘ng, talabalar o‘zaro bir-birlariga transport immo‘bilizatsiyasini o‘rgatishadi, bunda muallimning nazorati ostida humerus, old qo‘l suyaklari, qo‘l, femur, pastki oyoq, oyoq, umurtqa va pelvik suyaklarining sinishlarida yordam beradilar.

Qorin bo'shlig'idagi organlarning o'tkir jarrohlik kasalliklari. Birinchi yordam va ushbu bemorlar uchun parvarishlash xususiyatlari.

Qorin bo'shlig'ida joylashgan organlarning purulent-destruktiv kasalliklari, yoki **o'tkir qorin** deb ataladigan holatlar, eng asosiy jarrohlik kasalliklaridan biridir.

O'tkir qorin deb ataladigan holat qorin bo'shlig'ida joylashgan organlarning o'tkir purulent-destruktiv kasalliklaridan iborat bo'lib, ularning klinik manzarasi “qorin og'rig'i, ko'ngil aynish, qusish, ichak harakatlarining to'xtashi, qorin shishishi va boshqalar” o'xshashdir va peritonit “qorin pardasining yallig'lanishi” yoki qon ketish bilan murakkablashib, ko'pincha jarrohlik davolanishini talab qiladi. Agar davolanmasa, bu holat o'limga olib kelishi mumkin. O'tkir qorin kasalliklariga quyidagilar kiradi:

1. O'tkir appenditsit
2. Umurtqalarda o'zgarish **ingvinal, femoral, postoperativ va boshqalar**
3. O'tkir ichak to'siqligi funktsional, mexanik, strangulyatsiya, obstruktiv
4. Bo'sh organlarning teshilishi oshqozon, ichak va boshqalar
5. O'tkir xolesistit o't pufagi yallig'lanishi
6. O'tkir pankreatit oshqozon osti bezi yallig'lanishi
7. Yopiq va ochiq qorin jarohatlari
8. Ichki ayol jinsiy a'zolarining o'tkir kasalliklari “**absesslar, tuxumdon kistasi burilishi, homiladorlikdan tashqariga chiqishi, pyovar tuxumdonning purulent yallig'lanishi**”, piosalpinx “**tuxumdon naychasining purulent yallig'lanishi**” va boshqalar.
9. Oziq-ovqat yo'li orqali qon ketish “yara, o'smalar, eroziya, chetki jismlar, divertikulalar va boshqalar” va qorin bo'shlig'iga qon ketish “homiladorlikdan tashqariga chiqish, jarohatlar”.
10. Qorin bo'shlig'idagi organlarning purulent kasalliklari “jigar absessi, milksimon absess va boshqalar” va unga yaqin organlar pyonefroz

“buyrakning purulent yallig'lanishi”, plevra empiyemasi “plevra yallig'lanishi” va boshqalar, absesslarning qorin bo'shlig'iga yorilishi bilan kechadi.

O'tkir qorin kasalliklarini boshqa o'tkir kasalliklar bilan aralashtirib yubormaslik muhimdir, chunki ular qorin bo'shlig'idagi jarrohlik kasalliklarini simulyatsiya qilishi mumkin va batafsil differensial diagnostika talab qiladi. Bunday kasalliklarga ayrim urologik kasalliklar buyrak kolikasi, piyelonefrit va boshqalar, ginekologik kasalliklar adnexitlar yoki bachadon quvurlari yallig'lanishi, terapevtik holatlar miokard infarkti, pnevmoniya, oshqozon-ichak yaralarining kuchayishi va boshqalar, yuqumli kasalliklar ovqat orqali yuqtirgan toksik infeksiyalar, dizenteriya, umurtqa pog'onasi kasalliklari yoki jarohatlari tuberkulyoz, o'smalar, jarohatlar va boshqalar kiradi. Ko'pincha, kasallikning haqiqiy tabiati aniqlanishi uchun boshqa mutaxassislar va qo'shimcha tekshiruv usullari kerak bo'ladi. Yuqorida aytib o'tilganidek, "o'tkir qorin" kasalliklari peritonit bilan murakkablashadi, bu esa qorin pardasining yallig'lanishi bo'lib, butun organizmda jiddiy patofiziologik o'zgarishlarga olib keladi.

Yallig'lanish nuqtasidan toksinlar so'rilishi natijasida intoksikatsiya yuzaga keladi. Bundan tashqari, peritonit ichak paresiga, uning tarkibining to'planishi, chirish va fermentatsiyasiga olib keladi, bu esa intoksikatsiyani kuchaytiradi. Proteinning qorin bo'shlig'iga va ichaklarga oqib chiqishi esa suyuqlik yo'qotilishiga, gipoproteinemiya qon proteinlari darajasining pasayishi, qonning qalinlashishi va mikrosirkulyatsiya buzilishiga kapillyarlarda qon aylanishining buzilishi sabab bo'ladi, shu bilan birga jigar, buyrak, yurak va o'pkalar funksiyasining buzilishi yuzaga keladi. Natijada, ko'p organli yetishmovchilik, yoki ko'p organli disfunktsiya rivojlanadi.

Peritonitning klinik manzarasi dastlab peritonitni keltirib chiqargan o'tkir purulent-destruktiv kasallikning xususiyatiga bog'liq. Masalan, o'tkir appenditsitda

og'riq o'ng tomonli pastki qorin bo'shlig'ida, o'tkir xolesistitte esa o'ng qovurg'alar ostida joylashgan bo'ladi, pankreatitda esa og'riq kamar shaklida bo'ladi, ichak to'siqligida esa og'riq butun qorin bo'shlig'ida to'lqinlanib keladi, o'zgargan umurtqa holatlarida og'riq esa herni bo'shlig'ida joylashadi. Ginekologik kasalliklarda esa og'riq pastki qorin bo'shlig'ida seziladi. Bo'sh organlarning teshilishi holatlarida esa butun qorin bo'shlig'ida pichoqli og'riqlar yuzaga keladi. Boshqa simptomlarga ko'ngil aynish, qusish, gaz va ichak harakatlarining to'xtashi kiradi. Til dastlab nam bo'lib, keyinchalik quriydi, peritonitning rivojlanishi bilan esa til to'liq quriydi. Pulsi dastlab normal bo'lib, keyinchalik takikardiya (tez yurak urishi) rivojlanadi. Qon bosimi boshlanishda normal bo'lib, keyin pasayishi mumkin. Qorin dastlab patologik jarayonning joylashgan joyida nafas olishga qarshi kechadi, lekin jarayon tarqalgach, butun qorin bo'shlig'i nafas olishga qarshi kechadi. Palpatsiya paytida esa og'riq va mushaklarning tarangligi seziladi, dastlab patologik jarayon joylashgan hududda, keyinchalik butun qorin bo'shlig'ida taranglik paydo bo'ladi. Masalan, bo'sh organlarning teshilishida oldingi qorin devorining mushaklarining tarangligi doskaga o'xshash bo'ladi. Qorin shishishi yuzaga keladi. Ichak peristaltikasi zaiflashadi va keyinchalik to'xtaydi. Dinamik yoki funksional ichak to'liq bo'lmaslik holati rivojlanadi. Peritonitning bir qancha belgilari, jumladan peritoneumning qichishish simptomlari paydo bo'ladi. Ularning birinchi va eng asosiylari Shchetkina-Blumberg belgisidir. Har qanday joylashuvdagi qon ketishiga umumiy va lokal simptomlar hamroh bo'ladi. Umumiy simptomlar zaiflik, bosh aylanishi, tez yurak urishi va qon bosimining pasayishi kabi alomatlarini o'z ichiga oladi. Lokal simptomlar qon ketishining joylashuviga qarab farqlanadi. Odamlarning ovqat hazm qilish tizimidan (ovqat trubkasi, oshqozon yoki o'n ikki barmoq ichagi) qon ketishlarida (esofagogastroduodenal qon ketish, yara, o'smalar, oshqozonning varikoz kengayishi, yot jism va boshqalar) qon yoki kofe qoldig'iga o'xshash emish bilan qayt qilish, shuningdek qora, suyuq, katranboshli najas (melena) kuzatiladi. Qalin ichakdan qon ketishlarida (poliplar, divertikulyar, saraton va boshqalar) qon nafas olishga aralashadi va qon tomirlari hosil qiladi. Bu holatda bemorlarda nafas olishda najas, qon tomirlari va suyuq qon aralashmasi paydo bo'lishi mumkin. Anal

kanalidan qon ketishlarida gemorroyidlar, yoriqlar, yaralar najasdan keyin qizil rangdagi qon tomchilab yoki oqib chiqishi mumkin.

Qo'shimcha diagnostika usullari: ko'krak tasvirlash va ultratovush, shuningdek umumiy va biokimyoviy qon va siydik tahlillari. Aniqlanmagan holatlarda laparoskopiya maxsus asbob yordamida qorinda tekshiruv qo'llaniladi. E'tibor qaratish kerakki, ko'krak tasvirlash bemorni vertikal holatda bajarilishi lozim. Agar ichakni yoriq, kirib boruvchi qorin jarohatlari yoki bo'sh organlarning shikastlanishi bo'lsa, o'ng yoki chap diafragma kamerasida ozod gaz mavjud bo'lishi mumkin, va ichak to'liq bo'lmasligida ichak lümenida suyuqlik darajalari Kloyber chashkalari kuzatiladi.

Birlamchi yordam va shoshilinch tibbiy yordam:

1. Dam olish va yotish rejimi;
2. Og'riq va sezuvchanlik bo'lgan joyga sovuq qo'yish;
3. Ovqat va ichimlik iste'mol qilishni taqiqlash;
4. Jarrohlik kasalxonaga yuborish.

Birlamchi yordam va shoshilinch tibbiy yordam sifatida quyidagi amallar taqiqlanadi:

1. Og'riq qoldiruvchi dori-darmonlarni, ayniqsa narkotiklarni berish, chunki bu og'riqni kamaytirish orqali keyingi bosqichlarda diagnostik xatoliklarga olib kelishi va to'g'ri davolanishda kechikishlarga sabab bo'lishi mumkin;
2. Enema qilish. Bu ichakning patologik o'zgargan joylarini qovuq iligi, yalarlar, divertikulyar perfore qilishga olib kelishi yoki mavjud yoriqlardan ichak tarkibini tushirib peritonitni yanada yomonlashtirishi mumkin;
3. Oshqozonni yuvish. Agar oshqozon yoki o'n ikki barmoq ichakning perforatsiyasi bo'lsa, yuvish suvlari orqali yoriqlarga qorin bo'shlig'iga kirib, peritonitni yanada kuchaytirishi mumkin;

4. Qorin hududiga issiqlik qo'llash, chunki bu yallig'lanish jarayonini yoki qon ketishni kuchaytirishi mumkin.

Agar yuqorida ko'rsatilgan amallar ko'rsatilgan bo'lsa, bular faqat shifokor tomonidan, bemorni tekshirib, diagnostika qo'yilganidan keyin bajarilishi kerak. Preoperativ tayyorgarlikdan so'ng "detoksifikatsiya terapiyasi, tomir ichiga suyuqliklar kiritilishi, hayotiy organlar faoliyatini tuzatish", **o'tkir qorin** holatida bo'lgan bemorlar tashxis qo'yilganidan keyin ikki soat ichida jarrohlik amaliyotini o'tkazishlari kerak. Bu holatlarda faol jarrohlik taktikalarini birinchi bo'lib frantsuz jarrohlari Genri Mondor va Frensis Lejar tomonidan taklif qilgan va ishlab chiqqan.

Peritonitni davolashda asosiy maqsad uning manbasini yo'q qilish, sanatsiya qilish va qorin bo'shligini drenaj qilishdir. Mahalliy va diffuz peritonit holatlarida drenaj, keng va umumiy peritonit holatlarida esa qorin bo'shlig'ini yuvish amalga oshiriladi. Peritoneal yuvish oshqozon va ichaklardan gaz va suyuqlik tarkibining chiqarilishini, sun'iy yoki tabiiy teshiklar orqali amalga oshirilishini o'z ichiga olishi mumkin. Buning uchun oshqozon tubusini, uzoq quvur bilan oshqozon va ingichka ichakni transnazal intubatsiya qilish, shuningdek, kolonni va ingichka ichakning oxirgi bo'limlarini transanal intubatsiya qilish mumkin. Sun'iy teshiklar orqali ingichka ichakka trubkalar qo'yilishi mumkin "**cecostomiya, enterostomiya yoki so'nib qolgan ichakdagi fistulalar**". Antibakterial va detoksifikatsiya terapiyasi tayinlanadi, shuningdek ichak paresini davolash "oshqozon trubkasi, ichak peristaltikasini stimulyatsiya qilish".

O'tkir qorin holatidagi bemorlarning jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik hajmi kasallikning xarakteriga, operatsiya hajmiga, rejalashtirilgan anesteziya turiga, bemorning yoshiga va boshqa omillarga qarab farqlanadi.

Bemorga operatsiya och qorin bilan amalga oshirilishi kerak. Agar oshqozon to'la bo'lsa ovqat yoki suyuqlikning kiritilishi yoki ichak to'liq bo'lmasligi, oshqozon intubatsiyasi amalga oshirilishi kerak va trubka operatsiya davomida va

ba'zida undan keyin joylashtirilishi mumkin. Favqulodda jarrohlik operatsiyasiga tayyorgarlikda, odatda, enema qilinmaydi, faqat ichak to'liq bo'lmashligi holatlarida amalga oshiriladi.

Dori-darmonlar toksiklashuv, suyuqlik va elektrolitlarning yo'qolishi tufayli yuzaga kelgan suv-elektrolit muvozanatining buzilishlarini tuzatishga qaratilgan. Elektrolit eritmalari fiziologik tuzli eritma, trisole, lactosol, disol, 5% glyukoza eritmasi va boshqalar kiritiladi. Ko'p funksiyali ta'sir ko'rsatuvchi qon almashtirgichlar gemo-dinamikani yaxshilash, mikrotsirkulyatsiya va detoksifikatsiya ham qo'llaniladi. Bunga gidroksietil kraxmalning hosilalari **HES** kiradi, masalan Infukol-6, Refortan va boshqalar. Natriy suksinatining hosilalari, masalan, Reamberin ham bu qon almashtirgichlari guruhiga kiradi. Dori-darmonlar, shuningdek, hayotiy tizimlarning **kardiovaskulyar, respirator, chiqarish, jigar** buzilishlarini tuzatishga qaratilgan, ayniqsa keksa bemorlar va bir nechta kasalliklar bilan og'riganlar uchun.

Jarrohlik maydonini tayyorlash. Jarrohlik maydoni - bu to'g'ridan-to'g'ri operatsiya vaqtida kesilishi kerak bo'lgan teri maydoni. Rejalashtirilgan operatsiyalar uchun bemorlar operatsiya kechasi oldidan vannaga yoki dushga kirib, toza ichki kiyim kiyishadi. Operatsiya kuni ertalab, jarrohlik maydoni qiriladi, iloji boricha quruq usulda; agar juda ko'p soch bo'lsa, u sovun bilan ko'miladi. Qirilgan jarrohlik maydoni qaynatilgan suv bilan yuvilib, spirt bilan artib qo'yiladi. Jarrohlik maydonini kechasi qirib tashlash tavsiya etilmaydi, chunki bu kichik yara va chizishlar bakteriyalarning teriga kirib borishiga olib kelishi mumkin, bu esa operatsiyadan keyin yallig'lanishga sabab bo'lishi mumkin. Ishlatishdan oldin, pichoqni ikki marta 70% spirt bilan ishqalash orqali dezinfektsiyalash lozim. Odatda butun anatomiya maydoni tayyorlanadi: bosh jarrohlikda butun boshni, qorin jarrohlikda esa butun qorni qirib tashlashadi.

Operatsiyadan oldin, premedikatsiya amalga oshiriladi, bu esa bemorni umumiy narkoz va operatsiyaga tayyorlash uchun dori-darmonlarni qabul qilishni

anglatadi. Premedikatsiyaning maqsadi - bemorning operatsiya oldidagi va operatsiya vaqtidagi psixologik stressini kamaytirishdir. Premedikatsiya tinchlantiruvchi, asabni tinchlantiruvchi va desensibilizatsiya qiluvchi preparatlarni o'z ichiga oladi. Rejalashtirilgan operatsiyalar uchun premedikatsiya operatsiya kechasi oldidan belgilanadi, rejalashtirilgan va shoshilinch operatsiyalar uchun esa premedikatsiya operatsiya stolida operatsiya boshlanishidan oldin amalga oshiriladi.

Operatsiyadan keyin, bemorga suv-elektrolit muvozanatini nazorat qilish, og'riq qoldiruvchi vositalar, antibakterial preparatlar va ichak peristaltikasini yaxshilash uchun dori-darmonlar tayinlanadi. Operatsiyadan keyingi birinchi 2-3 kun davomida bemor och qolishi kerak, so'ngra choy, bulyonlar va 5-kunidan boshlab suyuq va yarim suyuq ovqat **dieta 4** tavsiya etiladi. Operatsiyadan so'ng, bemor 2 soat davomida yotqiziladi, keyin u yotgan holda burilishi, qo'llarini harakatga keltirishi va nafas olish gimnastikasini bajonidil amalga oshiradi. Agar bemor rejalashtirilgan yoki yengil, noaniq o'ralgan o'tkir jarrohiy patologiya bo'yicha shoshilinch operatsiya qilinsa va bemor yotishdan turish va yurish imkoniyatiga ega bo'lsa, birinchi navbatda u ertasi kuni yotgan holatda o'tiradi va biroz vaqt o'tgach, qo'llab-quvvatlagan holda to'shak atrofida yuradi. So'ngra, yordamchi shaxs yordamida bemor xonada yuradi va keyinchalik koridorda harakatlanib, hojatxonaga boradi. Yotqizilgan joydan birinchi marta turish va yurish faqat yordamchi shaxs tomonidan amalga oshirilishi kerak, chunki bemor kolapsga o'xshash holat onga yo'qotish bilan duch kelishi mumkin.

Yurak-qon tomir va nafas olish tizimi kasalliklarini oldini olish bemorlarni erta faoliyatga ko'chirish, nafas olish gimnastikasini bajarish va nafas olish va qon aylanish tizimini yaxshilashga yordam beruvchi dori-darmonlarni tayinlashni o'z ichiga oladi.

Jiddiy muammo bo'lib qolishi mumkin bo'lgan o'pkalar emboliyasi oldini olish uchun, pastki oyoqlarga operatsiya qilinayotgan bemorlarga elastik bantlar yoki kompressiv paypoq qo'yiladi, bu esa chuqur tomirlar orqali qon aylanishini

yaxshilashga yordam beradi, tromblarning hosil bo'lishini oldini oladi va ular o'pkaga yo'l olmaslikka imkon beradi. Shuningdek, bemorlarga giyparin “qonning ivishiga qarshi vosita” 2500-5000 ME dozalarda kuniga 4 marta oldingi qorin devoriga yuqoriga surtish orqali tayinlanadi. Fraksiparin va Kleksan kabi fraksiyonlangan heparinlar ham qo'llanilishi mumkin.

Bemorlarni rentgenologik, endoskopik tekshiruvlar va qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvlariga tayyorlashda shuni ta'kidlash kerakki, barcha bu tekshiruvlar och qoringa bajarilishi kerak. Fibrokolonoskopya va irrigoskopiya “kurtak ichakni rentgen tekshiruvi” uchun maxsus tayyorgarlik talab qilinadi, bu ichakni to'liq axlatdan tozalashni anglatadi. Hozirgi kunda bu maqsadda Fortrans preparati qo'llaniladi, unda to'rt paket bor. Birinchi paket 1 litr suvda erib, tekshiruvdan bir kun oldin soat 8 da qabul qilinadi, keyin qolgan paketlar 1 soatlik intervallarda qabul qilinadi.

Rejalashtirilgan qorin ultratovushiga tayyorgarlik uchun bemor gaz hosil qiluvchi mahsulotlardan yangi sut, olma, karam, yangi non, no'xat va boshqa baklagillar 2-3 kun davomida cheklanishi kerak.

Shoshilinch hollarda esa tayyorgarlik amalga oshirilmaydi.

Jarrohlik bo'limlarida ko'plab bemorlar gastrostomalar, enterostomalar va kolostomalar bilan bo'ladi.

Gastrostoma - bu oshqozon orqali bemorni oziqlantirish uchun yaratib qo'yilgan sun'iy teshik bo'lib, oshqozon o'tkazilishi “oshqozon raklari, kuyishdan keyingi torayishlar va h.k.” yoki bemor yutish imkoniyatiga ega bo'lmaganda “insult, miyaning jarohatlari, miya o'simtasi” amalga oshiriladi. Suvli ovqatni shprits orqali oshqozonga kiritish orqali bemorga oziq-ovqat beriladi. Shuningdek, trubka oshqozondan tushib qolmasligi kerakligini tekshirish muhimdir.

Agar bemorda gastrostoma yaratish imkoniyati bo'lmasa, enterostoma kichik ichakning yuqori qismida teshik amalga oshiriladi. Enterostomalar bilan bo'lgan bemorlar uchun parvarish qilish prinsiplari gastrostomalar bilan bir xil.

Kolostoma - bu ichak obstruktsiyasi “tumor, burilish, divertikulozis va h.k.” holatlarida yo‘g‘on ichakda uchraydigan teshikdir. Bunday hollarda, gazlar va axlat kolostomaga o‘tkazilib, maxsus kolostoma sumkasiga chiqariladi. Kolostomali bemorlar maxsus reabilitatsiya choralariga muhtoj bo‘lib, ijtimoiy va maishiy moslashuvda cheklanishlarga duch keladi. Zamonaviy kolostomalar dizayni plastinkali halqaga ega bo‘lib, u kolostomaning diametriga mos keladi. Plakning kolostoma atrofidagi teriga yopishadigan qismi yopishqoq modda bilan qoplangan. Plakning tashqi yuzasiga shaffof polietilen sumkasi o‘rnatiladi, u yerda axlat va gazlar to‘planadi. Sumka to‘ldirilganidan so‘ng, pastki qismidagi teshik orqali bo‘shatiladi, bu teshik maxsus qisqich yordamida yopiladi.

Axlat va gazlarni kamaytirish uchun, bemorlarga qora va yangi non, yangi sut, sabzavotlar va mevalardan olma, karam, sabzi, quritilgan o‘rik va boshqalar, baklagillarni no‘xat, loviya sezilarli darajada kamaytirish yoki umuman chiqarish tavsiya etiladi. Ba’zi hollarda esa oshqozon-ichak suvlari tomonidan teri tirnashlari va maceratsiya yuzaga kelishi mumkin, bunday holatlarda gastrostoma, enterostoma va kolostoma atrofidagi teriga sink mazi yoki Lassar pastasi surtiladi, bu esa mazni nam yuzaga yopishishini ta'minlaydi.

Metodik ko'rsatmalar. Darsning nazariy qismidan so'ng, talaba va o'qituvchi birgalikda xirurgik bo'limda qorinning o'pkali o'zgargan jigar va ichki organlarga oid og'ir yallig'lanish holatlari bilan kasallangan bemorlarni ko'rib chiqadilar. Agar oshqozon-ichak tizimining fistulalari bo'lgan bemorlar mavjud bo'lsa, ularning holati ham ko'rib chiqilib, stomali bemorlarga xizmat ko'rsatishning o'ziga xos jihatlari muhokama qilinadi.

Mavzu № 8

O'tkir Yiringli Teri va Teri osti yog'i Yallig'lanish Kasalliklari. Birinchi Yordam va Bemorlarni Parvarishlash.

Ushbu kasalliklar ko'plab hollarda, ham shifoxona, ham poliklinika amaliyotida eng ko'p uchraydigan kasalliklar hisoblanadi. Ularning yuzaga kelishi uchun umumiy va lokal, kasallikka olib keluvchi omillar mavjud bo'lishi zarur. Umumiy omillar - bu organizmning reaktivligini zaiflashtiruvchi omillar stress, vitamin etishmasligi, diabet, noto'g'ri ovqatlanish va boshqalar. Lokal omillar - bu infeksiya kirib borish nuqtalari, patogen florani mavjudligi va bakteriyalar uchun oziqlantiruvchi muhit ekssudat, qon, o'lik to'qimalar va boshqalar.

Morfologik jihatdan, lokal jarayon quyidagi bosqichlardan iborat:

1. Seroz-infiltrativ bosqich;
2. Abstesslanish bosqichi pusli bo'shliqning hosil bo'lishi;
3. Regeneratsiya bosqichi yaxshilanish.

Birinchi bosqichda, leykotsitlar va makrofaglar bakteriyalar kirib kelgan joyga to'planib, bakteriyalarni va xorijiy moddalarning fagotsitozini amalga oshiradi. Leykotsitlar va ularning fagotsitoz qilgan bakteriyalarining o'limi natijasida biologik jihatdan faol moddalar ajralib chiqadi: proteolitik lizosomal yoki hazm qiluvchi fermentlar, bakteriyalarni va xorijiy jismlarni eritatadigan, yallig'lanishga qarshi va uni rag'batlantiruvchi sitokinlar va boshqalar. Bu holat, lokal tomirlarning kengayishiga, shishishiga, ekssudat yallig'lanish suyuqligining to'qimalarga o'tishiga, lokal haroratning ko'tarilishiga va og'riqqa sabab bo'ladi. Ushbu jarayonlar asosan lizosomal fermentlarning atrofdagi to'qimalarga ta'siri bilan bog'liq. Jarayon davom etar ekan, leykotsitlar va bakteriyalarning parchalanish mahsulotlari pusli bo'shliqni hosil qiladi, bu esa ikkinchi bosqichga - abstesslanishga olib keladi. Pusli bo'shliq davolash jarayonida ochilgandan so'ng, jarayon regeneratsiya bosqichiga o'tib, qizish va epitelizatsiya bilan yakunlanadi.

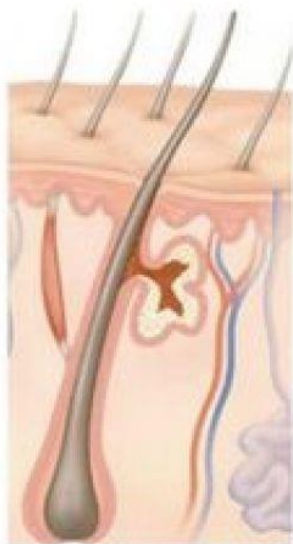
Teri osti teri yallig'lanish jarayonining rivojlanishi davomida, qayerda lokalizatsiyalanganiga qaramay, organizm infektsiyaning kirish nuqtasini o'rab, uning tarqalishini oldini olish uchun himoya mexanizmlarini shakllantiradi. Birinchi bosqichda, yallig'lanish joyi va bakteriyalar kirib kelgan nuqta leykotsitlar va makrofaglar bilan o'ralgan bo'lib, ular yuqorida aytilganidek, yallig'lanish manbalarini fagotsitoz qiladi. Bu birinchi himoya mexanizmi - leykotsitar to'siqni hosil qiladi. Jarayon ikkinchi bosqichga o'tib, pusli bo'shliq shakllanayotganda, fibrin yallig'lanish joyida cho'kib, himoya qiluvchi pyogen kapsulasini hosil qiladi. Agar abscess ushbu bosqichda ochilmasa, pyogen kapsulasi atrofida granulyatsion to'siq hosil bo'ladi. Abscess ochilgandan so'ng, bu to'siq jarayonning tuzilishi va tiklanishiga hissa qo'shadi. Agar purulent o'choq yallig'lanish davomida to'g'ri drenaj qilinmasa, bu fibroz kapsulaning shakllanishiga olib kelishi mumkin, bu esa surunkali purulent jarayonning rivojlanishini anglatadi, masalan, surunkali osteomielit suyak yallig'lanishi yoki surunkali o'pka abscessi kabi holatlarda uchraydi. E'tibor berib, furunkullarni siqish, tasodifiy jarohatlar olish yoki har qanday lokalizatsiyadagi abscesslarga dorilarni inyeksiya qilish yuqorida aytilgan himoya mexanizmlarini buzib, jarayonning tarqalishiga yoki hatto sepsis deb ataladigan umumiy purulent infeksiya boshlanishiga olib kelishi mumkin.

Purulent-yallig'lanish jarayonlari, qayerda bo'lishidan qat'iy nazar, umumiy va lokal simptomlarga ega.

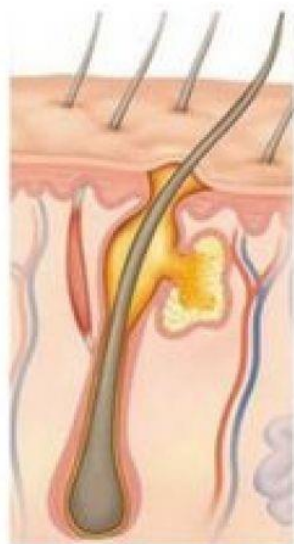
Umumiy simptomlar: purulent intoksikatsiya simptomlari: zaiflik, holsizlik, bosh og'rig'i, uyqusizlik, ishtahaning yo'qolishi va isitma.

Lokal simptomlar: og'riq, shishish, qizarish, lokal haroratning ko'tarilishi va funktsiyaning buzilishi. Kelgusida g'oyali jarayonlarning tavsifi ularning lokalizatsiyasiga qarab beriladi.

Furunkul — bu soch folikulasi va atrofidagi teri osti yog'li to'qima bilan bog'liq g'oyali-nekrotik yallig'lanish. Furunkullarning eng keng tarqalgan lokalizatsiyalari bo'yin orqa sathida, bilakda, qo'lning orqa sathida, yuzda va sonlarda uchraydi. Ikki yoki undan ortiq furunkul paydo bo'lishi **furunkuloz** ni ko'rsatadi. Furunkulozning sababchisi **Staphylococcus aureus** hisoblanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, furunkullarda "vellus" sochlari ishtirok etadi, ular butun tana yuzasini qoplaydi, faqat lablarning qizil chetini, palma va oyoq taglarini, qo'l va oyoq barmoqlarining tirnoq falangalarining orqa yuzasini, kichik jinsiy a'zolari va katta jinsiy labialarning ichki yuzasini qamrab olgan joylardan tashqari. Ushbu hududlarda ham g'oyali-yallig'lanish jarayonlari yuzaga kelishi mumkin, ammo ular furunkullar emas. Bunga olib keladigan omillar orasida organizmning zaiflashishi, metabolik buzilishlar odatda **diabet**, vitamin yetishmovchiligi va teri kasalliklari mavjud. Jarayon purulent pustulalarning hosil bo'lishi bilan boshlanadi, infiltrat markazida nekroz o'lim, nekrotik yadro" fokuslari paydo bo'ladi va nekroz atrofida pushtan to'planadi. Yuzdagi furunkullar, ayniqsa, og'iz chizig'idan va uning burchaklaridan yuqorida joylashgan furunkullarni ajratib ko'rsatish kerak. Buning o'ziga xos xususiyati shundaki, yuzning ushbu qismidan qon yig'uvchi venalar **burun burchak venasiga** "v. angularis nasi" quyiladi, bu esa o'z navbatida **ko'z venasiga** "v. ophthalmica" bo'shadi va oxir-oqibat **kavernoz sinusga** o'tadi, u miya ichida joylashgan. Yuzdagi yallig'lanish ushbu venalarga tarqalishi mumkin va bu **kavernoz sinus tromboflebiti** "vena yallig'lanishi, **miyaga abscess** yoki **meningit** "miya qobig'ining yallig'lanishiga" olib kelishi mumkin. Shuning uchun bunday lokalizatsiyadagi furunkullar bilan bemorlarni kasalxonada davolash zarur.



Norma



Infektsiyaning
rivojlanishi



Furunkulning
yorilishi

Rasm 6. Furunkulning yorilish jarayoni

Karbunkul — bu bir nechta soch folikulalari va yog' bezlarining keskin tarqalgan g'oyali-nekrotik yallig'lanishi bo'lib, bu qon tomirlarining trombozi (tiqilishi) natijasida teri va teri osti to'qimasida infiltrat va nekrozning paydo bo'lishiga olib keladi. Sababchi agent — **Staphylococcus aureus**, kamroq hollarda **Streptococcus**, ba'zan esa **Staphylococcus** va **Streptococcus** kombinatsiyasi. Bemorning umumiy qarshiligini pasaytiruvchi omillar, jumladan gipovitaminoz va **diabet** mavjud. Karbunkullar bo'yin orqasida, bo'yin, yuqori va pastki lab, orqa va belda joylashadi. Kasallik soch folikulalari va yog' bezlarini o'z ichiga olgan infiltratning paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bu qon aylanishining buzilishi va teri hamda teri osti to'qimasining nekrozini keltirib chiqaradi.

Gidradenit — bu apokrin ter bezlarining g'oyali yallig'lanishi. **Staphylococcus aureus** tomonidan, u ter bezining chiqarish kanali orqali kirib keladi. Ushbu bezlar, maxsus hidga ega ter ajratuvchi bezlar, faqat yosh bolalarda va keksa odamlar kamroq uchraydi, ular faqat yigitlik davrida rivojlanadi. Bu bezlar asosan qo'riqxonada, chanoq va anus atrofida, yelkalarda va perianal hududda joylashgan. Kasallikni ba'zan gigiena qoidalariga rioya qilmaslik, ortiqcha terlash,

terining ifloslanishi va dermatit yoki ekzema kabi teri kasalliklari keltirib chiqaradi. Ter bezida yallig'lanish to'qimalarining infiltratsiyasi rivojlanib, natijada pushtan tarkib topgan nekroz hosil bo'ladi. Tashxisda ko'pincha og'riqli shishish kuzatiladi, asosan yelkada, kamroq hollarda chanoqda. Kasallik to'satdan boshlanib, kichik og'riqli tugun hosil bo'ladi, u o'sib boradi va terining yuzasidan aniq ko'rinadi. Tekshirilganda shishish ko'k-kizil rangda bo'ladi. Bir nechta ter bezlari ishtirok etgan taqdirda, tugunlar zich infiltratga birlashadi, bu butun yelka bo'shlig'ini egallashi mumkin. 10–15 kundan so'ng, kremsimon pushtaning chiqishi boshlanadi. Pushtaning chiqib ketishi bilan jarohat shifo topib, so'roqqa o'rin olish jarayonlari boshlanadi.

Abssess — bu turli to'qimalar va organlarda joylashgan, kapsula mavjudligi sababli tarqalishga moyil bo'lmagan joylashtirilgan pushtaning yig'ilishidir. Abssess bu g'oyali jarohatli jarayonlarning maxsus shakli bo'lib, turli to'qimalarda va organlarda rivojlanishi mumkin. Ushbu jarayonning yuzaga kelishiga sabab bo'lgan omillar orasida g'oyali mikroblar teri orqali yoki jarohatlar, tiralishlar yoki shikastlanishlar orqali kirib kelishi mavjud.

Flegmona — bu adipos to'qimasi bo'ylab tarqalgan, ammo lokalizatsiyaga moyil bo'lmagan g'oyali yallig'lanishdir. U fasial-yog'li bo'shliqlar orqali tarqalish tendensiyasiga ega. Lokalizatsiyaga ko'ra, subkutan, intermuscular, retroperitoneal va boshqa turlari mavjud. Sekret tarkibiga ko'ra, g'oyali, g'oyali-gemorragik va yiringli shakllar mavjud. Lokalizatsiya bo'yicha flegmonlar yuzaga chiqishi yuzaki va chuqur turlarga ajratiladi.

Mastit — bu sut bezining parenximasi va interstitsial to'qimasining yallig'lanishi. Mastitning aksariyat holatlari (80–85%) sut berayotgan ayollarda, asosan, tug'ishdan keyingi davrda yuzaga keladi — **laktatsion mastit**. Bu asosan birinchi tug'ruq qilgan ayollarda, ayniqsa 30 yoshdan katta bo'lganlarda tez-tez uchraydi. Boshqa shakllariga homiladorlikdagi mastit, homilador bo'lmaganlar va surunkali mastit kiradi. Mastitni rivojlanishiga sabab bo'ladigan omillar orasida

nipelning yorilishi (kirish joylari), infektsiyaning mavjudligi, sutning to'planishi va ona organizmining immun javoblarining zaiflashuvi kiritilgan.

Davo konservativ yoki jarrohlik bo'lishi mumkin. Konservativ davolash sut bezini ko'tarish, sutni siqish, UV-terapiya, antibakterial davo, retro-mamellar novokain blokadasini o'z ichiga oladi. Jarrohlik davolash esa kesish, pushtaning chiqarilishi va drenajni o'z ichiga oladi. Mastitni oldini olish uchun, homiladorlik davrida nipelni emizishga tayyorlash, sut bezining gigienasini ta'minlash, ratsional emizish rejimini o'rnatish, tug'ish jarayonining travmalarini kamaytirish (og'riqsizlantirish, qon yo'qotishning muvozanati) va ona organizmining qarshiligini oshirish (to'liq ovqatlanish, sayr qilish) muhimdir.

Panaritium — bu barmoqlarning yumshoq to'qimalarida, tirnoq atrofi va barmoqlarning suyak va bo'g'inlarida joylashgan o'tkir g'oyali jarayon. Infeksiya mikrotravmalar orqali teri yoki timalarga kirib keladi. Panaritiumni teri, teri osti, periungual, subungual, tendinous, suyak, bo'g'in va pandaktilitga ajratish mumkin. Birinchi to'rt turi yuzaki, qolganlari esa chuqur bo'lib hisoblanadi.

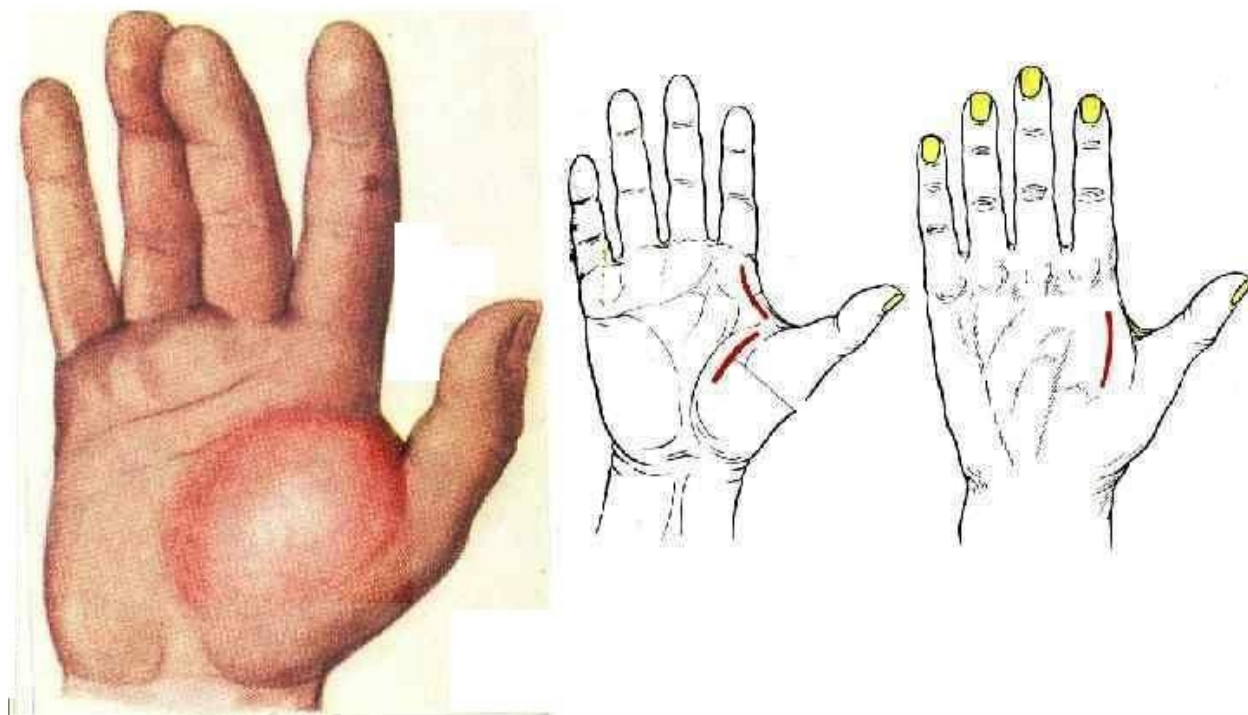
Qo'lning flegmoni. Infeksiya qo'l to'qimalariga mikrotravmalar yoki barmoqlardan purulent jarayonning proksimal tarqalishi natijasida kirib keladi. Purulent jarayonning lokalizatsiyasiga ko'ra qo'ldagi quyidagi jarohat turlari ajratiladi:

- **Teri:** a) **teridagi absess** (“namin”); b) **mozaik absess**.
- **Teri osti to'qimasi:** a) komisural flegmona; b) **intraponerotik flegmona** palma; c) **interfalangal flegmona**.
- **Kaft fatsial-yog'li bo'shliqlari:** a) **intraponerotik flegmona** palma; b) palma o'rtasidagi flegmona; c) tenar flegmona (bosh barmoqning qizil joyi); d) gipotenar flegmona (kichik barmoqning qizil joyi).
- **Qo'lning orqa tomonidagi fasial-yog'li bo'shliqlar:** a) subkutan flegmona; b) **subaponeurotik flegmona**.

- **Yiringli Kasalliklarni Davolash.** Birinchi seroz-infiltrativ bosqichda, ya'ni yiring bo'shlig'i hali shakllanmagan paytda, konservativ davolash tavsiya etiladi. Bunga sovuqdan foydalanish kiradi, bu qon tomirlarini toraytirishga, ekssudatsiya va shishishni kamaytirishga, shuningdek, yallig'lanishni bostiruvchi va keyinchalik pushti rivojlanmasdan yo'q qiladigan biokimyoviy jarayonlarni kamaytirishga yordam beradi. Sovuq ta'siri qo'l barmog'ida bo'lsa, sovuq suv oqimi tarzida qo'llaniladi, agar jarayon sovuq suv oqimi qo'llanilishi mumkin bo'lmagan joyda joylashgan bo'lsa, muz qopqog'i ishlatiladi. Sovuqning ta'sir etish davomiyligi taxminan 20 daqiqa bo'lishi kerak. Shundan so'ng, yallig'langan joyga quruqlovchi spirtli kompress qo'llaniladi. Ushbu kompress barmoq atrofida bandaj bo'lagidan yoki boshqa tananing joylarida 3-4 qatlamli marli bo'lagidan iborat bo'lib, kompress qog'ozi ishlatilmaydi. Marli spirtli aralashma (aroq va boshqalar) bilan namlanadi. Marli qurigach, uni 2 soat davomida yana shu aralashma bilan namlash kerak. Shundan so'ng, yana sovuq qo'llanilib, keyin yarim spirtli quruqlovchi kompress qo'llaniladi. Ushbu davolash ikki kun davomida amalga oshiriladi. Agar davolash vaqtida boshlansa, bemorlarda yaxshilanish (og'riqning kamayishi, shishning pasayishi, funksiyaning yaxshilanishi va h.k.) kuzatiladi va ikkinchi kunning oxiriga kelib, infektsiya joyida qobiq hosil bo'ladi, u tushadi va davolash tugallanadi. Agar samarali natija bo'lmasa, g'oyli bo'shliqlarni ochish va drenaj qilish zarur. Abssesslar ochilgandan so'ng, g'oyli-nekrotik to'qimalarni chiqarishni yaxshilash uchun suv asosidagi mazlar (levomikol, levosin, levoporsin, dioksikol) qo'llaniladi.

Ko'rsatmalar. Mavzu bo'yicha nazariy tushuntirishdan so'ng, talabalar o'qituvchi rahbarligida yiringli yallig'lanish kasalliklari bo'lgan bemorlarga bog'liq bog'lanishlar va yaralarni ko'rib chiqadilar va ularda ishtirok etadilar.

Flegmon Tenara



Rasm 7. Flegmona Tenara

Mavzu №9

Termik va kimyoviy kuyishlar. Muzlatish va elektr shikastlanishlar. Ko'krak qafasining jarohatlari, siydik chiqarish va markaziy asab tizimi kasalliklari.

O'smalar. Birinchi yordam, bemorlar uchun parvarish.

O'rtacha combustio, lotincha – yuqori harorat, nurlanish energiyasi yoki kimyoviy moddalar ta'siri ostida teri yoki shilliq qavatlarda, shuningdek, chuqurroq to'qimalarda va butun tanada paydo bo'ladigan patologik o'zgarishlarni ifodalaydi. O'rtacha termal, elektr, nurlanish masalan: rentgen nurlari, quyosh nurlari, radioaktiv izotoplar yoki kimyoviy kislotalar, ishqorlar, fosfor va boshqalar bo'lishi mumkin.

Jabrlanganlarning yarmini bolalar tashkil etadi, bu esa oila uchun ahamiyatli axloqiy-psixologik ta'sirlar va jamiyat uchun ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatga ega. Birinchi maxsus bo'limlar 1930-yillarda Moskva shahridagi A.V. Vishnevskiy Xirurgiya Institutida, Leningraddagi Yu.Yu. Djanelidze Favqulodda Yordam Institutida va Chikagodagi bir tibbiyot muassasasida tashkil etilgan.

Bilib qo'yish kerakki, oqsilning denaturatsiyasi 60-70°C orasidagi haroratlarda sodir bo'ladi. 70°C da hujayralar darhol nobud bo'ladi. O'rtacha va chuqurlikning og'irligi termal agentning harorati va ta'sir qilish vaqti, ya'ni termal agentning ta'sir qilish muddati bilan bog'liq. Termal agentlar quyidagilarni o'z ichiga olishi mumkin: 1. Issiq suyuqliklar; 2. Olovlar; 3. Issiq ob'ektlar. Maxsus joylarda termal o'rtacha o'ziga xos xususiyatlarga ega. Masalan, nafas olish tizimi o'rtacha ko'pincha og'iz bo'shlig'ini va burun bo'shlig'ini 95% ta'sir qiladi. Bu traxeobronxit, pnevmoniya va ba'zan o'pkada shish paydo bo'lishiga olib keladi. Traxeya va bronxlarining o'rtacha ko'proq bemor ongini yo'qotgan holda tutun va issiq havo ta'sirida yuz beradi. Yuz, ko'zlar va jinsiy a'zolar o'rtacha o'zgarishlari bilan ajralib turadi, bu esa sezilarli shishishni keltirib chiqaradi.

Rossiyada XXVII Barchaittifoq Jarrohlar Kongressi 1960 tomonidan qabul qilingan o'rtacha tasnifi ishlatiladi:

- **I daraja** – terining qizarmasi va shishishi;
- **II daraja** – shaffof seroz suyuqlik bilan pufakchalar mavjudligi;
- **IIIa daraja** – dermisning yallig'lanishi, faqat o'sish zonasining yuqori qatlamlarini ta'sir etadi so'rg'ich uchlari;
- **IIIb daraja** – terining barcha qatlamlari ta'sir qiladi;
- **IV daraja** – teri va chuqurdagi to'qimalar ta'sir qiladi, shu jumladan ularning kuyishi.

I, II, va IIIa darajalarda teri qolgan o'sish zonasidan tiklanadi, ayniqsa terida chuqurlashib ketgan joylar bo'lsa, bu joylarda teri va o'sish zonasining yuqori

qatlamlari issiq harorat ta'siriga kamroq moyil bo'ladi, chunki ularning tarkibida yog' bezi, ter bezi va yumshoq sochlarning ochilishi mavjud. Ushbu darajalar yuzaki deb hisoblanadi, boshqacha aytganda, chuqurroq darajadagi kuyishlar o'zining tiklanishi uchun doimiy shifobaxsh jarrohlik va plastika operatsiyalarini talab qiladi.

O'rtacha zararlar ichki organlarida sezilarli o'zgarishlarni keltirib chiqaradi, shuning uchun bu patologik jarayon "o'rtacha kasalligi" deb nomlanadi.

Xususan, bo'g'imlar hududida shizofrenik to'qimalarning va terining bog'lanmalarini yaratish, bo'g'im funksiyasini sezilarli darajada buzadi. Yuzdagi shizofrenik to'qimalar, ba'zan ko'z va lablarning inversiyasiga olib keladi. Shuning uchun, chuqur o'rtachalarni davolash qiyin va uzoq davom etadi, bu jarayon har ikki bosqichda **granulyatsiya va shizofrenik davrda** plastika operatsiyalarini talab qiladi. Bu uchun birinchi yordam ko'rsatishda eng muhim narsa, termal agentning ta'sir qilish vaqtini minimallashtirishdir. Chunki termal agent uzoq vaqt davomida ta'sir qilsa, chuqurroq to'qimalar ta'sirlanadi. 70°C da hujayralar darhol nobud bo'ladi, lekin 50-60°C ga qadar bo'lgan haroratlarda kelajakda hujayralarning nobud bo'lishiga olib keladi. Shunday qilib, birinchi yordamning asosiy maqsadi, chuqurroq to'qimalardan issiqlikni olib tashlash va nekroz chuqurligini kamaytirishdir. Shu sababli o'rtacha zararlangan hududlarni darhol sovutish juda muhimdir.

Kimyoviy kuyishlar kimyoviy moddalar bilan ehtiyotsiz ishlov berish va ularni noto'g'ri saqlash natijasida yuzaga keladi, bu esa ushbu moddalar teriga yoki oshqozon-ichak yo'lga tushishiga olib keladi. Ushbu moddalar korroziv zaharlar deb ataladi, ular orasida kislotalar, shilimshiq moddalar, fosfor va yong'oq ohagi mavjud. Kislotali kuyishlar koagulyatsion nekroz bilan kechadi, bu esa kuyish yuzasida albuminatlar hosil bo'lib, moddaning chuqur kirib borishiga to'sqinlik qiladi. Shilimshiq moddalar esa saponifikatsiya jarayoni orqali yog'larning eroziyasi natijasida likvafikatsion nekrozni yuzaga keltiradi, bu esa moddaning chuqur kirib borishiga imkon beradi. Kimyoviy kuyishlar terida aniq chegaralar va oqibatlar bilan

kechadi. Kuyish yuzasining rangi, moddaning xususiyatiga qarab farq qiladi. Masalan, sulfat kislota to'q-qizil yoki qora rangga bo'yaydi; azot kislota sariq-jigarrang yoki sariq-yashil rang beradi; xlorid kislota sariq rangni keltirib chiqaradi; kremniy kislota sutli-ko'k yoki kulrang rangga ega; vodorod periksidi oq rang hosil qiladi; borik kislota kulrang rangni keltiradi. Ba'zida moddaning hidini aniqlash mumkin. Shilimshiq moddalar bilan kuyishlarda shish va nam yuzaning hosil bo'lishi kuzatiladi. Klinik jihatdan kimyoviy kuyishlar kuyish joyida yonish og'rig'i bilan birga bo'ladi. Og'ir kimyoviy kuyishlarda shok holatlari ko'rinishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i, ovqat trakti va oshqozon kuyishlarida og'riq og'iz, lablar, yelka va bo'yinda seziladi, ya'ni zaharning oqib chiqishi mumkin bo'lgan joylarda. Oshqozon yoki o'pkaga ta'sir qilgan kuyishlar esa ko'krak ostida yoki epigastriyal hududda og'riqlarni keltirib chiqarishi mumkin. Ba'zi organik kislotalar, masalan, asetik kislota, mahalliy va umumiy toksik ta'sir ko'rsatadi, bu esa eritrotsitlarning gemoliziga (yo'qolishiga) va toksik nefroz-nefrit (buyraklarning yallig'lanishi) ni keltirib chiqaradi, bu esa idishlarida jigarrang rangli siydik, oliguriya (siydik chiqarishning kamayishi) yoki anuriya (siydik chiqmasligi), azotemiya bilan ifodalanadi. Bu holat buyraklar faoliyatini tiklashni talab qiladi, ya'ni buyrak yetishmovchiligini davolash uchun gemodializ yoki peritoneal dializ talab qilinadi.

Issiq kuyishlarga dastlabki yordam ko'rsatish yuqori haroratli agentni olib tashlashni o'z ichiga oladi. Buning uchun yongan kiyimlarni olib tashlash, olovni o'chirish, kuygan hududni yopish, yerga ag'darilib yong'inga qarshi turish, kuyishga suv quyish yoki tanani suvga botirish mumkin. Yuqori haroratli agent to'qimalarga ta'sir qilganda, bu to'qimalarning zararlanishiga davom etishi mumkin, hatto issiqlik manbai olib tashlanganidan keyin ham. Shuning uchun to'qimalardan issiqlikni olish uchun kuygan yuzani kamida 15-20 daqiqa davomida sovuq suv yoki sovuq narsalar bilan sovutish kerak. Sovuqning kuygan yuzaga ta'sirini oddiy misol bilan ko'rsatish mumkin: agar siz oshxonada qo'lingizni tasodifan kuydirgan bo'lsangiz, iliq suvda yuvinganda og'riq va tiqilish hissi paydo bo'ladi, ammo sovuq suvni kuygan joyga tortsangiz, og'riq kamayadi yoki butunlay yo'qoladi. Bu tananing

issiq kuyishlarga qanday yordam kerakligini ko'rsatadigan belgisidir. Agar kuygan yuzaga erigan bitum yoki plastmassa bo'laklari yopishib qolsa, ularni dastlabki yordamda yoki keyingi davolanishda olib tashlamaslik kerak. Kuygan yuzani sterillangan paxta yoki boshqa toza mato bilan yopish kerak. Agar bu mavjud bo'lmasa, mato, ko'ylak yoki boshqa toza materiallar bilan yopish mumkin. Kuygan yuzani yopinmaslikka ham ruxsat beriladi. Agar qo'l barmoqlariga kuyish bo'lsa, uzuk yoki boshqa bezaklarni olib tashlash zarur, chunki shish o'sishiga bog'liq ravishda barmoqlarda qon aylanishi buzilishi mumkin.

Agar jabrlanuvchi jarrohxona bo'limiga 30 daqiqa ichida yetkazilsa, birinchi tibbiy yordam bosqichida faqat kuygan yuzani sovutishdan boshqa tibbiy yordam ko'rsatilishi talab etilmaydi. Ammo agar jabrlanuvchini faqat 1-1,5 soatdan keyin yetkazish imkoniyati bo'lsa, unga analjeziklar og'riq qoldiruvchi vositalar, yurak dori-darmonlari va steril eritmalar berilishi kerak. Agar bunday imkoniyat bo'lmasa, bemorning ko'ngli aynib, ichishga istaksiz bo'lishiga qaramay, unga kamida 5 litr iliq suv berilishi zarur, unga bir choy qoshiq osh tuzi va soda qo'shilgan holda. Katta shaharlarda tez tibbiy yordam stansiyalari kuyish shokiga yordam ko'rsatish uchun ko'chma brigadalar bilan jihozlangan.

Kimyoviy kuyishlarga birinchi yordam kuyish yuzasini 10-15 daqiqa davomida suv bilan yuvishdan iborat bo'ladi, agar yordam kechiktirilsa, 30-40 daqiqa davomida. Agar kuyishlar gidroflorid yoki floristovodorod kislotalari bilan bo'lsa, yuvish 2-3 soat davom etishi kerak. Uzun davom etgan yuvish tavsiya etiladi, chunki hujayralar va to'qimalar zaharni singdiradi va faqat uzoq davom etgan yuvish uni to'qimalardan chiqarishi mumkin. Hozirgi vaqtda kuygan yuzalarni kimyoviy antagonistlar bilan yuvish orqali kislota yoki ishqoralarni neytrallash tavsiya etilmaydi.

Ovqat hazm qilish tizimi kuyishlarida dastlab og'izni yaxshi yuvish, suyuqlikni chiqarib tashlash tavsiya etiladi. Keyin, oshqozon, katta miqdorda suv bilan zond orqali yuvilishi kerak. Shundan so'ng, bemorga yengil oziq-ovqat

berilishi, bu og'iz bo'shlig'ini qoplab yoki zaharni neytrallashga yordam beradigan bulyonlar, sut, smetana, kefir, sariyog', xom tuxum ichimliklar tavsiya etiladi.

Qorishlar congelatio jarrohligi uchun katta muammo bo'lib, u tinchlik va urush davrlarida ham dolzarb hisoblanadi. Golomidov A.Ya. birinchi bo'lib ekstremitalarning qorishlarida termoisolatsiyani taklif qilgan, jabrlanuvchini iliq xona va iliq ichimliklar bilan ta'minlashni nazarda tutgan. Ushbu davolash 5-6 soat davom etgan. Qorigan qismlarni tezda isitish yoki ishqalashni hech qanday holatda qo'llash mumkin emas.

Qorishlarga birinchi yordam quyidagi uch komponentdan iborat:

1. Termoizolatsiya tibbiy kiyimi;
2. Immobilizatsiya;
3. Qorishmagan ekstremitalarning proksimal qismini isitish.

Termoizolatsiya kiyimi jabrlanuvchini iliq xonaga olib kirishdan oldin qo'llaniladi. Qorigan tana qismlari iliq buyumlar yoki qo'llar bilan tegizilmasligi kerak. Dastlab, qorigan ekstremita paxta bilan o'ralib, bandaj bilan mahkamlanadi, keyin paxtaning ustiga izolyatsiyalovchi material masalan: sellofan, plastik qo'yiladi va bu limbni yana iliq buyum junli sharf, mo'ynali buyum, ko'rpa va hokazo bilan o'raladi. Ekstremita Kramer shinasida yoki boshqa mavjud materiallar yordamida immobilizatsiya qilinadi. Immobilizatsiya, muzlagan qon tomirlarining sinishini oldini olish va tromboz tomoqning to'silishi va nekroz to'qima o'limiga olib kelmasligi uchun zarur. Keyin, jabrlanuvchi iliq xonaga o'tkazilib, unga iliq ichimliklar va ovqat beriladi, shu bilan birga tegishli tibbiy yordamlar amalga oshiriladi. Ushbu usul qon aylanishi $+11^{\circ}\text{C}$ ga tushganida to'xtashini hisobga olib ishlab chiqilgan. Sovuq ta'siri ostida hujayralar suspensiya holatiga hayotga yaqin holat kirib, ozuqa va kislorodga bo'lgan ehtiyojlari kamayadi. Tezda isitish hujayralarni tiklaydi va ozuqa ehtiyojini qayta tiklaydi, lekin qon aylanishi hali

tiklanmaganligi sababli bu moddalar hujayralarga yetkazib berilmaydi. Tashqi isitish barcha to'qimalarni bir vaqtda isitib, qon aylanishini tiklay olmaydi, shuning uchun isitish jarayonida og'riq paydo bo'lsa, bu hujayralarning gipoksiya (kislород yetishmasligi) holatiga tushganligini ko'rsatadi.

Bu holatni tushunish uchun oddiy bir misol keltirish mumkin: sovuq havodan uyga kirib, qo'llaringizni iliq suv ostida isitganingizda, barmoqlarda og'riqli tiqilishni his qilasiz, bu hujayralarning ba'zilar suspensiya holatiga kirganini va tezda isitilishi natijasida qon aylanishi tiklanmagani sababli hujayralar o'lganini ko'rsatadi. Termoizolatsiya kiyimi qo'llanilishi, ichki issiqlik orqali asta-sekin isitish va qon aylanishini tiklash uchun sharoit yaratadi. Bu jarayon qorigan va sog'lom to'qimalar orasidagi chegarada, qon aylanishi saqlanib qolgan joyda sodir bo'ladi. Issiqni tiklash va qon aylanishini tiklash jarayoni markazdan perifikaga qarab 5-8 soat davomida amalga oshiriladi. muvaffaqiyat, og'riqsizlik, harakatlanish va sezgirlikning tiklanishi bilan belgilanadi. Ushbu usul, qorishlarni davolash natijalarini yaxshilashga yordam berdi.

Elektr toki jarohatlari, xavfsizlik texnikasi qoidalarining buzilishi, befarqlik, siqilgan joylar yoki ish joyidagi yomon yoritish sababli yuzaga keladi. Kundalik hayotda elektr toki jarohatlari nosoz uy jihozlari tarmoqning izolyatsiyasi yo'qligi, simlarning ochiq qolishi sababli yuzaga kelishi mumkin. Shuningdek, yuqori voltli elektr uzatish liniyalari uzilib ketganda ham elektr toki jarohatlari sodir bo'lishi mumkin, bu holatda 5-8 metr yaqinlashmaslik tavsiya etiladi. Bunday hududdan chiqishda esa, yerga qo'yilgan holda, oyoqlarni ko'tarmasdan yurish kerak.

Elektr toki jarohatlarining patogenezinig eng maqbul nazariyasiga ko'ra, E.S. Babayan fikricha, elektr toki organizmning ichki bioelektrik jarayonlarini buzadi, bu esa yurak va asab tizimining ishlashida uzilishlarga olib keladi, chunki organizmning ichki muhiti elektrolitlardan iborat bo'lib, uning faoliyati bioelektrik jarayonlarga asoslangan. Elektr toki yurakning yetkazib berish tizimiga ta'sir qiladi,

bu esa uning to'xtashiga, aritmiya va ventrikulyar fibrillyatsiyaga olib kelishi mumkin, bunda har bir mushak tolasi o'z ritmida qisqaradi, bu samarali sistolani yaratmaydi va yurak to'xtashi bilan tengdir. Elektr toki, shuningdek, koronar qon tomirlarining spazmini keltirib chiqaradi. Qon bosimining beqarorligi ko'pincha kuzatiladi, pasayish tendentsiyasi bilan. Mushaklar qisqarishi tufayli suyaklarning sinishi mumkin. Elektr toki ta'sirida o'limning sababi odatda yurak to'xtashi, miya boshqichining tushishi va nafas olish mushaklarining tetanik spazmi bo'ladi.

Elektr toki jarohatlari to'rt darajaga bo'linadi:

1. Ongni yo'qotmasdan tutqanoqlar.
2. Ongni yo'qotish bilan tutqanoqlar.
3. Ongni yo'qotish, yurak va nafas olish funksiyalarining buzilishi bilan tutqanoqlar.
4. Klinik o'lim.

Elektr toki urishida birinchi yordam:

Elektr toki urishida birinchi yordam ko'rsatishda eng asosiy masala – yordam ko'rsatuvchi shaxsning xavfsizligini ta'minlashdir. Buning uchun rezina qo'lqoplar, rezina poyabzal yoki rezina gilamcha ishlatilishi zarur. Jonli simni quritilgan tayoq yordamida itarish, tok uzgichini o'chirish yoki simni kesish kerak. Jabrlangan shaxsni tok manбайдan ajratishda, uni yalang'och tanasi bilan emas, balki quritilgan kiyimidan ushlash lozim. Rezina qo'lqoplar, poyabzal yoki rezina gilamcha ham shu holatda qo'llanilishi zarur.

Birinchi reanimatsiya yordamida avvalo prekardial zarba berish kerak. Elektr toki urishida ko'pincha yurakning bo'linishi **fibrilyatsiya** yuzaga keladi, shuning uchun prekardial zarba har doim zarur hisoblanadi. Keyin esa, yopiq yurak massaji va sun'iy nafas olish amalga oshirilishi kerak, bu haqda reanimatsiya bo'limida batafsil tushuntirilgan.

Siydik tizimi kasalliklari va jarohatlari:

Favqulodda yordamni talab qiladigan siydik tizimi kasalliklari orasida eng keng tarqalgani bu tosh kasalligi va o'tkir siydik saqlanishidir. Tosh kasalligi siydik yo'llariga tosh tushishi va og'riqli siydik chiqarish bilan kuzatiladi. Boshqa tomondan, buyrak kolikasi bel sohasidagi og'riqlar bilan namoyon bo'ladi va buyrak toshlari siydik yo'llari bo'ylab harakatlenganda og'riqlar sonlar va tashqi jinsiy organlarga tarqalishi mumkin. Ba'zan gematuri (siydikda qon paydo bo'lishi) kuzatiladi. Birinchi yordam sifatida pastki belga issiqlik (issiq suv idishi) qo'llaniladi yoki eng yaxshi natijaga erishish uchun issiq vannaga kirish tavsiya etiladi. Bundan tashqari, ko'p suyuqlik ichish, ayniqsa qovun iste'mol qilish foydalidir.

O'tkir siydik saqlanishi benign prostata gipertrofiyasi, prostata saratoni va siydik yo'li jarohatlari bilan yuzaga keladi. Birinchi ikki holat uchun ham lokal issiqlik qo'llanilishi zarur. O'tkir siydik saqlanishi uchun birinchi yordam usullari siydik pufagini kateterlashni o'z ichiga oladi. Agar bu usul samarali bo'lmasa, pufakning yuqori qismini kesish amalga oshiriladi, bu esa pufakni ochib, unga drenaj naychasi **epitsistostomiya** o'rnatishni o'z ichiga oladi.

Drenaj naychasi yoki kateterining to'g'ri ishlashi uchun uning yon tomonda teshik bo'lishi zarur, aks holda drenaj funksiyasi samarali bo'lmaydi. Hozirgi kunda pufak drenaj qilishda Petzner kateteri qo'llaniladi, bu kateter yuqori siydik pufagini kesish va siydik yo'li orqali o'rnatiladi. Kateterning uchida inflatsiyalanuvchi kamar mavjud bo'lib, kamar suyuqlik bilan to'ldirilganda kateterning diametri kengayadi va bu kateterning pufakdan chiqib ketishining oldini oladi va kateter uzoq vaqt davomida siydik pufagida qolishi kerak bo'lganda qo'shimcha usullar bilan mustahkamlashni talab qilmaydi (doimiy kateter).

Buyrak jarohatlari pastki beldagi shish bilan, siydikda qon borligi va jarohatning o'zi bilan ajralib turadi. Birinchi yordam sifatida pastki belga sovuq

qo'llaniladi. Jarohatning og'irligiga qarab, keyingi davolash konservativ yoki jarrohlik yo'li bilan amalga oshirilishi mumkin.

Siydik pufagining yirtilishi odatda siydik chiqarishning yo'qligi, siydik yo'li orqali ozgina qon chiqishi, yolg'on siydik chiqarish istagi va jismoniy og'riqlar bilan kechadi. Birinchi yordam sifatida qorin bo'shlig'iga sovuq qo'llaniladi. Davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi.

Siydik yo'li yirtilishi ham siydik chiqarishning yo'qligi, bir necha tomchi qon va ba'zan qisman yirtilishda dastlabki mustaqil siydik chiqarish bilan tavsiflanadi. Ba'zan perineumda gematoma **qon yig'ilishi** bo'lishi mumkin. Davolash yuqori siydik pufagi kesilishi orqali **fistula epitsistostomiya** o'rnatishni o'z ichiga oladi.

Markaziy asab tizimi kasalliklari va jarohatlari:

Markaziy asab tizimining eng keng tarqalgan jarrohlik kasalliklari bosh miya jarohatlari **TBI** va umurtqa pog'onasi sinishlaridir. Bosh miya jarohatlari ochiq va yopiq turlarga bo'linadi. Ochiq bosh miya jarohatlari yana kirishli va kirmagan turlarga ajratiladi. Kirishli jarohatlar miya shilliq qavatining shikastlanishi bilan bog'liq bo'lib, bosh suyagi sinishlari joylashuviga qarab, bosh suyagi qavati va bosh suyagi asosining sinishlariga bo'linadi. Bosh suyagi asosining sinishlari o'z navbatida oldingi, o'rtacha va orqa bosh bo'shlig'ining sinishlariga ajratiladi.

Bosh miyada yuzaga kelgan jarohatlarning natijasi miya shikastlanishining og'irligiga bog'liq bo'lib, barcha tasniflar miya shikastlanishining darajasiga asoslanadi. Bosh miyaning turli jarohat turlari quyidagilardan iborat:

1. Miya chayqalishi sentrik shikastlanish.
2. Miya urilishi: a) yengil daraja; b) o'rtacha daraja; c) og'ir daraja.

3. Miya siqilishi: a) miya shishishi va shishishi; b) ichki bosh miyada qon to'planishi **epidural, subdural, intracerebral, intraventrikulyar**; c) suyak parchalari bilan siqilish.

Miya chayqalishi odatda kichik qon ketishlar bilan kechadi, urilishlar esa miya to'qimalarining jarohatlanishiga olib keladi. Boshdagi tashqi jarohatlarning yo'qligi bosh miya jarohatining yengil ekanligini anglatmaydi.

Bosh miyaning jarohatlari quyidagi umumiy miya simptomlari bilan kechadi: hushdan ketish “miyadagi chayqalishlarda bir necha soniya yoki daqiqadan tortib, urilishlarda esa soat va kunlarga qadar davom etadi”, retrograd amneziya avvalgi voqealarni eslashning yo'qligi, qayt qilish, qusish va bosh aylanishi. Shuningdek, miya urilishlari o'zgacha simptomlarni keltirib chiqarishi mumkin qo'llarning harakati yo'qolishi, ko'rish, eshitish, nutq, yutish va boshqalar va qattiq bo'yoqlar “bo'yin mushaklarining qattiqlashishi, boshni va erkin bo'yni ko'krakka egishning imkoni yo'qligi”.

Hushsiz holatda, birinchi yordamda qusish, qon yoki miya suyuqligini ingichka nafas yo'llariga kirmasligi uchun yordam ko'rsatilishi kerak. Jabrlangan shaxs yoniga yoki yotqizilgan holatda qo'yilishi va boshga sovuq qo'llanilishi kerak. Ularni stretcherda yoki yon tomonda tashish “aspiratsiyaning oldini olish uchun”, Elandski yoki Gindin shinalari yordamida amalga oshirilishi zarur.

Umurtqa pog'onasi jarohatlari:

Umurtqa pog'onasi jarohatlari ta'sirlangan sohada og'riq va harakatlarning yo'qligi bilan ajralib turadi. Masalan, bo'yin umurtqasining jarohatlari boshning doimiy pozitsiyasi bilan va har qanday harakatda og'riq bilan tavsiflanadi. Ko'krak va bel umurtqasining sinishlari harakatlanishning yo'qligiga olib keladi. Umurtqa pog'onasi jarohatlarining asosiy xavfi – orqa miya shikastlanishi hisoblanadi. Agar bo'yin umurtqasining orqa miyasiga shikast etkazilsa, barcha to'rt a'zo harakatsiz qoladi **tetraplegiya** va ichki organlar siydik va axlatni chiqarish

qobiliyati yo'qoladi. Orqa miya shikastlanishlari ko'krak va bel sohalarida faqat pastki a'zolarning harakatsizlanishi **paraplegiya** va ichki organlarning buzilishiga olib keladi.

Birinchi yordamda jabrlangan shaxsni ko'chirishda ularning butun tana immobilizatsiyasi zarur bo'lib, uni tibbiy muassasaga yuborish lozim. Orqa miya shikastlanishi bo'lgan bemorlar ko'pincha hayot bo'yi nogiron bo'lib qoladilar va parvarish talab qiladi. Bu bemorlarda ko'pincha davolanishi qiyin bo'lgan bosim yaralari yuzaga keladi. Shuning uchun to'g'ri transport immobilizatsiyasi orqa miya shikastlanishining oldini olish uchun juda muhimdir.

Plevra organlarining kasalliklari va jarohatlari. Jarrohlik aralashuvini talab qiladigan o'pka va plevra kasalliklari quyidagilardir: bronxiektaziya kasalligi, absesslar, gangrena, o'pka tuberkulyozi, plevra empiyemasi, plevrit, pnevmotoraks-plevra bo'shlig'ida havo mavjudligi yoki o'pka qon ketishi. Bronxektaziya kasalligi, o'pka absessi va gangrenasining asosiy simptomlari bo'yin qafasida og'riq, yuqori isitma va yiringli, yoqimsiz hiddagi balg'am bilan yo'talishni o'z ichiga oladi. O'rta tibbiyot xodimlarining muhim vazifasi shundaki, ular bu bemorlarning kun davomida ajratilayotgan balg'am miqdorini kuzatib borishlari kerak, chunki bu ko'rsatkich kasallikning og'irligini va davolash samaradorligini ko'rsatadi. Ba'zan balg'am miqdori bir litr yoki undan ortiq bo'lishi mumkin.

Plevra empiyemasi, plevrit va pnevmotoraks o'pka yallig'lanishi, absesslar va gangrenaning asoratlari bo'lib, ular tegishli tomonda og'riq va nafas yetishmovchiligi bilan kechadi. Davolash dastlab pleura bo'shlig'ini punksiya qilishni o'z ichiga oladi, va agar yiring - **plevra empiyemasi** yoki havo **pnevmotoraks** mavjud bo'lsa, plevra bo'shlig'i yon tomirli teshiklari bo'lgan quvur bilan drenajlanadi. Quvur teriga tikilgan ip bilan mahkamlanadi va uning tashqi uchi antiseptik eritmasi bilan to'ldirilgan idishga botiriladi. Nafas olish jarayonida o'pka kengayadi va plevra bo'shlig'idan suyuqlik yoki havo idishga tushadi. Ushbu drenaj tashqi havoning plevra bo'shlig'iga kirishini oldini oladi va o'pkaning kengayishiga

yordam beradi. Kichik va o'rta tibbiyot xodimlarining vazifasi, quvurning pleura bo'shlig'idan chiqib ketmasligi va tashqi uchining antiseptik eritmada qolishini ta'minlashdir.

O'pka qon ketishi va qonli balg'am chiqarish tuberkulyoz, bronhiektaziya kasalligi, absesslar, gangrena, o'pka shishlari va o'pka jarohatlarida kuzatiladi, bu yo'talish paytida ko'pikli qonli balg'am yoki qon tomchilari bilan balg'am chiqarish bilan namoyon bo'ladi. Birinchi yordam, bemorni tinchlantirish, ularni yotqizish va imkon qadar patologik jarayon joylashgan tomon bo'yicha biroz ko'tarilgan holatda yotqizishdir agar bu ma'lum bo'lsa. Bemorlar ichimliklar yoki oziq-ovqatni iste'mol qilishiga, ayniqsa issiq bo'lganida, va ekspektorantlar yoki inhalatsiyalarni qo'llashiga yo'l qo'yilmaydi. Bemorlar yo'talishni bosib turishga va ehtiyotkorlik bilan yo'talish harakatlarini amalga oshirishga maslahat beriladi. O'pka qon ketishining asosiy davolash usuli sun'iy gipotenziya yaratish, sistolik qon bosimini 80 mm Hg ga tushirish orqali amalga oshiriladi va bu ishni anesteziolog amalga oshiradi.

Ko'krak jarohatlari **ochiq yaralar** va yopiq **silliqlik jarohatlar** bo'lib, ochiq yaralar plevra bo'shlig'iga kirib ketadigan va kirib ketmaydigan turlarga ajratiladi. Kirib ketuvchi yaralar, plevra bo'shlig'ining barcha qatlamlarini, shu jumladan parietal pleurani ham shikastlaydi. Jarohatlar natijasida yuzaga keladigan asoratlar gemotoraks - plevra bo'shlig'ida qon va pnevmotoraks - plevra bo'shlig'ida havo bo'lishi mumkin. Pnevmtoraks ochiq va yopiq turlarga bo'linadi. Ochiq pnevmotoraksda havo nafas olish paytida plevra bo'shlig'iga kirib-chiqadi, yopiq pnevmotoraksda esa jarohat tufayli havo plevra bo'shlig'iga kirib, jarohat joyi yopilganidan so'ng havo o'rta qismda qoladi. Kapsulali pnevmotoraks haqida keyinchalik so'z yuritiladi.

Ko'krak jarohatlarini davolashning asosiy usuli gemotoraks va pnevmotoraksni plevra punktsiyasi va drenaj qilish orqali davolashdir. Agarda katta miqdorda intrapleural qon ketishlari, yurak jarohatlari yoki boshqa ko'krak

organlariga zarar yetgan bo'lsa, to'ralama operatsiyasi **torakotomiya** amalga oshiriladi. Ushbu bemorlarga ko'rsatiladigan yordam prinsiplariga, yiringli o'pka va pleura kasalliklari bilan bemorlarga ko'rsatiladigan yordam bilan bir xil yondashuvlar qo'llaniladi. Ko'krak kasalliklari va jarohatlarining jiddiy asoratlaridan biri tarang pnevmotorakstdir. Bu holatda, o'pka parenximasida yoki ko'krakdagi yarada shunday bir valf hosil bo'ladiki, havo faqat pleura bo'shlig'iga kiradi, ammo chiqqan olmaydi. Har bir nafas olishda havo va bosim miqdori oshib boradi, bu esa yurakning egiluvchan qismlarini bo'lmachalarini siqib, yuqori va pastki vena kavalarning kirish joylarini siqib, o'rtancha bo'shliqni sog'lom tomonga siljitadi va yurakning asosiy qon tomirlarini egilgan holda o'pka to'liq yopilishiga olib keladi. Klinikada bu tez va yuzaki nafas olish, yuzning shishishi, bo'yin va yuz tomirlarining shishishi, shuningdek, zararlangan tomondan nafas olishning to'liq yo'qligi bilan namoyon bo'ladi. Birinchi yordamda tarang pnevmotorakstdi ochiq pnevmotoraksga aylantirish kerak. Buning uchun pleura bo'shlig'i ikkinchi orqa qatoridagi o'rta kalaviy chizig'ida qalin igna bilan punksiya qilinadi, so'ngra bu joy teriga yopishtiriladi. Keyinchalik pleura bo'shlig'i quvur bilan drenajlanadi va ochiq pnevmotorakstda birinchi yordamda okklyuziya bog'lami qo'llaniladi.

Shishlar. Shishlar yaxshi sifatli va yomon sifatli bo'linadi. Yomon sifatli shishlar infiltrativ o'sish bilan ajralib turadi, yaxshi sifatli shishlar esa ekspansiv to'qimalarni surish o'sish bilan tavsiflanadi va odatda kapsulaga ega bo'ladi. Yomon sifatli shishlar metastaz qilishi mumkin, ya'ni ularning hujayralari limfa va qon tizimlari orqali boshqa organlarga va to'qimalarga tarqalib, o'sib boradi. Yomon sifatli shishlar hujayra atipizmini namoyon qiladi, ya'ni shish hujayralari o'zlaridan kelib chiqqan to'qimalardan sezilarli farq qiladi "turli xil kattalikdagi hujayralar, bir nechta yadro, ularda kattalikdagi farqlar". Yaxshi sifatli shishlar faqat to'qima atipizmini ko'rsatadi, ya'ni ular kelib chiqqan to'qimadan farq qilmaydi, lekin ular tartibsiz joylashgan bo'ladi. Yaxshi sifatli shishlar yillar davomida o'sishsiz yashashi mumkin, organizmning hayotiy faoliyatiga jiddiy ta'sir qilmasdan. Yomon sifatli shishlar esa rivojlanayotgan bo'lib, organizmning hayotiy faoliyatiga katta ta'sir

ko'rsatadi va ular ta'sir qilgan organning funksiyasini buzadi. Yomon sifatli shishlar umumiy va mahalliy simptomlar ko'rsatadi. Umumiy simptomlar zaiflik, vazn yo'qotish, ishtahaning yo'qolishi va atrofdagi narsalarga qiziqishning yo'qolishini o'z ichiga oladi. Mahalliy simptomlar shishning joylashgan joyiga bog'liq. Shu sababli, shishlarning erta aniqlanishining ahamiyatini ta'kidlash zarur. Yomon sifatli shishlarning kech aniqlanishi, ayniqsa ko'rinadigan joylardagi “vizualizatsiya yoki tekshirish uchun mavjud bo'lgan joylar” shishlar haqida jiddiy kamchilik hisoblanadi. Ko'rinadigan joylardagi shishlarga teri saratoni, pastki lab saratoni, ko'krak bezi saratoni, og'iz bo'shlig'i saratoni, bachadon bo'yni saratoni va to'g'ri ichak saratoni kiradi. Oshqozon saratonining belgilariga oshqozon diskomforti, go'sht mahsulotlariga qarshi nafrat, atrofdagi narsalarga qiziqishni yo'qotish, zaiflik va vazn yo'qotish kiradi. Keyingi bosqichlarda epigastriyadagi og'riqlar va oshqozon to'siqlik simptomlari “qorin bo'shlig'idan kuchli azoblanish, qusish” paydo bo'lishi mumkin. Yaxshi sifatli ichak saratoni qorin shishishi, gazning ushlanishi va qorin bo'shlig'ining qattiqlashishi, ba'zida to'liq ichak to'siqliklari “najot olish yoki gaz yo'q, qorin shishishi, doimiy og'riqlar, qusish” bilan namoyon bo'lishi mumkin. Ba'zan ichak qon ketishi yuzaga kelishi mumkin. O'pka shishlari qonli balg'am chiqarish bilan ko'rsatilishi mumkin.

Ko'krak bezi saratoni odatda ko'krak parenximasida o'sishining boshlanishi bilan ajralib turadi. Erta aniqlashda onkologik nazoratni ta'minlash juda muhim, bu esa har qanday kasallikni diagnostika qilishda birinchi navbatda shishni istisno qilish zarurligini bildiradi. Ko'pgina shishlar jarrohlik yo'li bilan davolanadi. Biroq, ximioterapiya, nurlantirish va gormonal davolash ham qo'llaniladi.

Rossiyadagi deontologik printsiplar onkologik bemorlarni davolashda shuni ta'kidlaydi ki, tibbiyot xodimi bemorga uning kasalligi haqidagi haqiqatni aytmasligi kerak, chunki bunday ma'lumot berilgandan so'ng kasallikning yomonlashishi va ba'zi bemorlarning o'z joniga qasd qilish holatlari ma'lumdir.

G'arbda va AQShda bemorga kasallikning tabiati va uning bosqichi haqidagi haqiqiy ma'lumotlar beriladi. Bu yondashuvning maqsadi bemorga kasallikni yengib chiqa olmasangiz, o'z ishlarini tartibga solishga yordam berishdir.

Rossiyada esa, yomon holatdagi yomon sifatli shishlar va boshqa kasalliklar uchun palyativ davolash markazlari sifatida maxsus xospislar tashkil etilgan.

Metodik ko'rsatmalar: Mavzuni darsxonada tahlil qilib bo'lgandan so'ng, talabalar o'qituvchi rahbarligida tematik bemorlarni ko'rib chiqadilar, har bir bemor turiga xos parvarish xususiyatlariga e'tibor qaratadilar.

MAVZUN^o 10

"Bemorlarni turli xil jarrohlik operatsiyalarga tayyorlash"

Hirurgik operatsiya – bu organizmning anatomiya tuzilmalariga “organlar va to'qimalar” davolash yoki diagnostik maqsadlarda asbob-uskunalar orqali mexanik ta'sir ko'rsatish jarayonidir.

Hirurgik manipulyatsiya esa, ana shu tuzilmalar bilan qo'l orqali ta'sir qilishni anglatadi.

Hirurgik patologiyalarni davolashda qo'llaniladigan asosiy operatsion usullar quyidagilardan iborat:

Radikal operatsiyalar. Bu turdagi operatsiyalar kasallikning sababini to'liq bartaraf etishga qaratilgan va odatda bemor holatini yaxshilaydi.

Palliatif operatsiyalar kasallikning asosiy sababini yo'qotmasa-da, bemorning hayot sifatini yaxshilashga yoki uning holatini yengillashtirishga qaratiladi. Masalan, palliatif operatsiyalar ba'zi zlokachestven shishlar uchun amalga

oshiriladi. Odatda, ichakning o'tishiga yordam berish uchun gastroenteroanastomoz bajariladi, gortan shishlarida esa traxeya fistuli – traxeostomiya amalga oshiriladi.

Hirurgik operatsiyalar bemorning kasalxonaga yotqizilganidan keyin turli vaqt oralig'ida o'tkazilishi mumkin.

Favqulodda operatsiyalar – bu operatsiyalar bemor kasalxonaga yotqizilganidan so'ng bir necha soat ichida o'tkazilishi zarur bo'lgan jarayonlardir. Favqulodda holatlar orasida o'tkir appenditsit, oshqozon yarasining teshilishi, siqilgan herniya, o'tkir ichak o'tmasligi, qorin bo'shlig'i travmalari va boshqa hayotga tahdid soluvchi kasalliklar mavjud.

Rejalashtirilgan operatsiyalar – bu operatsiyalarni bemorning hayoti va salomatligi uchun sezilarli xavf tug'dirmasdan bir muddat masalan: haftalar, oylar yoki hatto yillar kechiktirish mumkin. Rejalashtirilgan ravishda bajariladigan operatsiyalar orasida siqilmagan herniyalar, yaxshi sifatli shishlar va ba'zi tug'ma anomaliyalarning davolanishi kiradi. Favqulodda operatsiyalar esa, masalan, toshli kasalliklar, mexanik sariqlik, ichak o'tmasligi bilan bog'liq shishlar kabi kasalliklarda amalga oshiriladi. Bunday holatlarda operatsiyaga tayyorgarlik uchun ikki kungacha vaqt ajratiladi.

Hirurgik operatsiyalarga ko'rsatmalar

Hirurgik amaliyotlarni o'tkazish uchun qat'iy ko'rsatmalar bo'lishi kerak.

Bularni mutlaq hayotiy va nisbiy ko'rsatmalarga ajratish mumkin.

Mutlaq ko'rsatmalar – bu operatsiyalarni o'tkazish zarur bo'lgan hollardir, chunki kasallik davolanmasdan o'limga olib kelishi mumkin. Masalan, o'tkir appenditsitda appendektomiya, siqilgan herniyada herniyani kesish, oshqozon yarasini tiklash kabi operatsiyalar mutlaq ko'rsatmalarga kiradi.

Nisbiy ko'rsatmalar esa kasallik bevosita hayotga tahdid solmasa ham, operatsiyaning amalga oshirilishi bemorning hayot sifatini yaxshilashga, kosmetik

ta'sirga erishishga yoki diagnostik maqsadlar uchun foyda keltirishi mumkin. Nisbiy ko'rsatmalar sifatida ko'pincha yaxshi sifatli shishlar ko'rsatiladi, chunki ular vaqt o'tishi bilan zlokachestvenga aylanib qolishi mumkin.

Hirurgik operatsiyalarga qarshi ko'rsatmalar

Ba'zi kasalliklar o'tkaziladigan operatsiyalarda jiddiy va hatto o'limga olib keladigan asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Shunday holatlarda, masalan, siqilmagan herniyalar, yaxshi sifatli shishlar yoki tug'ma nuqsonlar mavjud bo'lsa, operatsiyalar ko'pincha nafas olish va yurak-qon tomir tizimlarining dekompensatsiyasi kuzatiladigan kasalliklar mavjud bo'lsa, kechiktiriladi. Shuningdek, ayollarda menstruatsiya davrida va qon ivish tizimining buzilishlari bo'lishi sababli rejalashtirilgan operatsiyalarni amalga oshirishdan oldin ehtiyotkorlik choralariga rioya etiladi.

Biroq, **favqulodda operatsiyalar** yuqoridagi holatlarda ham kechiktirilmasligi kerak. Masalan, o'tkir ichak o'tmasligi, o'tkir appenditsit, qon ketishidan kelib chiqqan travmalar yoki oshqozon yarasining teshilishi kabi vaziyatlar mavjud bo'lsa, operatsiya zarur. Bunday holatlarda operatsiyani kechiktirish yoki rad etish bemorning o'limiga olib kelishi mumkin. Favqulodda ko'rsatmalarga asoslangan operatsiyalar faqat bemorning terminal holatida masalan: klinik o'limda amalga oshirilmaydi. Shuningdek, travmatik va gemorragik shokdagi bemorlarda operatsiya asosiy shokka qarshi yordam sifatida amalga oshiriladi. Gemotransfuziya, og'riqsizlantirish, venoz infuziya terapiyasi va bemorni isitish kabi yordamlar operatsiya bilan bir vaqtda bajariladi.

Bemorning patologiyasiga qarab, davolovchi shifokor operatsiyaning turini, tafsilotlarini, og'riqsizlantirish usulini va operatsiyaga tayyorgarlikni belgilaydi.

Operatsiyaga tayyorgarlik davri

Operatsiyaga tayyorgarlik davri – bu bemorning tibbiy muassasaga qabul qilinishi va operatsiyaning amalga oshirilishi o'rtasidagi vaqt oralig'i bo'lib, ayni vaqtda tashxis qo'yish, jarrohlik aralashuvining ko'rsatmalarini belgilash, jarrohlik strategiyasini ishlab chiqish va bemorni operatsiyaga tayyorlashni o'z ichiga oladi.

Har qanday jarrohlik aralashuvi va og'riqni kamaytirishning turli usullari bilan bog'liq ravishda, turli xil va ba'zan juda xavfli asoratlar yuzaga kelish ehtimoli mavjud. Quyida operatsion xavfni turli xil jarrohlik aralashuvlar va ularning og'irlik darajasiga qarab tasnifi keltirilgan.

Operatsion xavf bemorning jismoniy holati va operatsiya jarayonining murakkabligiga qarab. Golgoroskiy V. A., 1982

Bemorning jismoniy holati

- Organik kasalliklar yoki tizimli buzilishlar mavjud bo'lmagan, faqat lokalizatsiyalangan kasalliklarga ega bemorlar.
- Yengil yoki o'rtacha tizimli buzilishlar bilan bemorlar, ular jarrohlik kasalliklari bilan bog'liq bo'lishi mumkin yoki bo'lmasligi mumkin, ammo ular normal hayot faoliyatini va jismoniy muvozanatni o'rtacha darajada buzadilar.
- Og'ir tizimli buzilishlarga ega bemorlar, ular jarrohlik kasalliklari bilan bog'liq bo'lishi mumkin yoki bo'lmasligi mumkin, va bu holat ularning hayot faoliyatini sezilarli darajada cheklaydi.
- Nihoyatda og'ir tizimli kasalliklar bilan bemorlar, ular jarrohlik kasalliklari bilan bog'liq bo'lishi mumkin yoki bo'lmasligi mumkin, va bu holat hayot faoliyatini jiddiy darajada zaiflashtiradi hamda hayot uchun tahdid soladi.

- Operatsiyaga tayyorlashning o‘ta og‘ir holatdagi bemorlar, ular 24 soat ichida qo‘shimcha tibbiy aralashuvsiz hayotdan ko‘z yumishi mumkinligi kutilyapti.

Operatsiyaning murakkablik darajasi

Tana yuzasi va ichki organlar ustida o‘tkaziladigan kichik jarrohlik operatsiyalar:

- Yuzaga joylashgan va lokalizatsiyalangan oddiy o‘smalar yoki saraton o‘smalarni olib tashlash.
- Kichik abstsesslarni ochish.
- Qo‘l va oyoq barmoqlarini amputatsiya qilish.
- Oddiy appendektomiya va ingichka ichakning bir qismini olib tashlash.
- Gemorroy tugunlarini davolash va olib tashlash.

Tana yuzasi va ichki organlarda o‘rtacha murakkablikdagi jarrohlik operatsiyalar:

- Yuzaga joylashgan saraton o‘smalarni olib tashlash, kengaytirilgan operatsiyalarni talab qiladi masalan: ko‘krakda.
- Ichki bo‘shliqlarda joylashgan abstsesslarni ochish “plevra empiyemasi, ichki va appendikulyar abstsesslar va boshqalar”.
- Oyoq va qo‘lning ma‘lum segmentlarini amputatsiya qilish.
- Periferik tomirlar bo‘yicha murakkab jarrohlik amaliyotlari.
- Murakkab appendektomiya va ingichka ichakning kengaytirilgan kesilishi.
- Eksperimental laparotomiya va torakotomiya.

Keng miqyosli jarrohlik aralashuvlar:

- Oshqozon bo‘shlig‘idagi organlarda radikal jarrohlik operatsiyalari “yuqorida sanab o‘tilganlardan tashqari”.
- Ko‘krak qafasidagi organlarda radikal operatsiyalar.

- Kengaytirilgan amputatsiyalar “pastki oyoqni iliak-krestovoy amputatsiya qilish”.
- Yurak va katta tomirlarda jarrohlik operatsiyalari.
- Favqulodda jarrohlik aralashuvlar.

Operatsion davrda shifokorning vazifalari

- Jarrohlik davolanishni talab qiluvchi kasallikni aniqlash, uni tasdiqlash yoki aniqlashtirish.
- Operatsiya yoki reabilitatsiya davrida asoratlar yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan hamroh kasalliklarni o‘rganish.
- Har bir holatga mos ravishda jarrohlik davolanishga ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash.
- Operatsiyaga eng optimal kirish imkoniyatini va aralashuv usulini tanlash.
- Bemorga operatsiyaning zarurligini tushuntirish va, agar boshqa imkoniyat bo‘lmasa, operatsiyaga rozilik olish.
- Bemorning yoki uning vakilining operatsiyaga, narkozga va qon quyish amaliyotiga roziligini rasmiylashtirish.

Bemorning operatsiyaga roziligi

Jarrohlik operatsiyasini amalga oshirishning asosiy sharti – bemorning operatsiyaga rozi bo‘lishidir. Jarrohlik aralashuvdan oldin shifokor bemor bilan uchrashuv o‘tkazadi, bu uchrashuvda operatsiyaning maqsadi, uning mazmuni, og‘riqsizlantirish metodlari va operatsiyadan keyingi davr haqida batafsil tushuntirish beriladi. Agar jarrohlik operatsiyasi 16 yoshgacha bo‘lgan bolaga o‘tkazilsa, bolaning ota-onasi yoki vasiyidan rozilik olish talab etiladi. Agar favqulodda jarrohlik aralashuvi hayotiy ko‘rsatmalar bilan zarur bo‘lsa va bemor bevaqt holatda psixik kasallik, hushidan ketgan holat bo‘lsa, ota-onadan yoki vasiylardan rozilik olish zarur. Agar oila a'zolari yo‘q bo‘lsa va operatsiya bemorning hayoti uchun zarur bo‘lsa, bemor hushidan ketgan holatda yoki 16

yoshgacha bo'lgan bola bo'lsa, bunday holatni kamida uch shifokordan iborat konsilium tasdiqlashi kerak. Bu holat yuzasidan viloyat sog'liqni saqlash bo'limiga 24 soat ichida xabar berilishi lozim.

Favqulodda va rejalashtirilgan jarrohlik operatsiyalariga tayyorgarlik

Rejalashtirilgan va favqulodda jarrohlik amaliyotlariga tayyorgarlikda muhim farqlar mavjud.

Shoshilinch jarrohlik operatsiyasiga bemorni tayyorlash

Shoshilinch holatlarda bemorni operatsiyaga tayyorlash uchun bir necha soat yoki ba'zan atigi bir necha daqiqa vaqt ajratiladi. Bu vaqt ichida operatsiyani o'tkazish uchun zarur bo'lgan minimal diagnostik tekshiruvlar amalga oshiriladi, bu esa asosiy tashxisni aniqlash, qo'shimcha kasalliklarni va asoratlarni tasdiqlashda muhim ahamiyatga ega. Shu bilan birga, jarrohlik va narkozga tayyorgarlikni ham ushbu qisqa vaqt ichida o'tkazish zarur.

Masalan, o'tkir appenditsit bilan keltirilgan bemorni tekshirishda quyidagi protseduralar talab qilinadi:

- Umumiy qon tahlili
- Umumiy siydik tahlili
- Terapevt konsultatsiyasi - bolalar uchun pediatr
- Ayollarda ginekolog konsultatsiyasi
- Anesteziy konsultatsiyasi

Agar dastlabki tekshiruvda nafas olish yoki qon aylanish tizimlarida patologiyalar aniqlansa, tegishli ravishda:

- Ko'krak qafasining rentgen tasviri
- Elektrokardiografiya

Bu tekshiruvlar o'tkazilgandan so'ng, yana terapevt va anesteziyachining qayta konsultatsiyasi zarur. Ko'pchilik hollarda, shoshilinch jarrohlik uchun bemorni to'liq va chuqur tekshirishga vaqt yetmaydi. Shoshilinch jarrohlik bemorini qabul qilish bo'limiga kiritish paytida, bemorga sanitariya ishlari o'tkaziladi: pedikulozga qarshi tekshiruv, bemorni yuvish, terisini artish, kiyimlarini almashtirish. Agar operatsiya joyida ko'p soch mavjud bo'lsa, ular kesiladi.

Operatsiya oldidan bemor oshqozon bo'sh bo'lishi kerak. Agar bemor so'nggi 4 soat ichida ovqatlanmagan yoki ichgan bo'lsa, operatsiya o'tkazilishi mumkin emas, chunki bu regurgitatsiya va qayt qilish xavfini oshiradi, bu esa hayot uchun xavfli asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Agar bemor shoshilinch operatsiyaga muhtoj bo'lsa, oshqozon toza suv bilan yuviladi va qayta chiqariladi. Operatsiyadan 20–50 daqiqa oldin, agar bemor siydik chiqarishni o'zi bajara olsa, siydik pufagini bo'shatishi kerak. Agar bemor yotgan holatda bo'lsa yoki o'zi siydik chiqara olmasa, unga kateterizatsiya yordamida siydik chiqarilishi lozim. Operatsiyadan 15–45 daqiqa oldin bemorga premedikatsiya o'tkaziladi.

Bronxial sekretsia va og'izdan ko'p oqayotgan salivani kamaytirish maqsadida, bemorga 0,1% atropin sulfatning 0,5–1,0 ml miqdorini teri ostiga yuborish tavsiya etiladi. Asosiy narkozni ta'minlash uchun bemorga odatda 2% promedol eritmasi 1 ml dozada kiritiladi. Shuningdek, premedikatsiya jarayonida bemorga 1% dimedrol eritmasi 1,0 ml dozada teri ostiga yuboriladi.

Premedikatsiya amalga oshirilgandan keyin bemorning o'zi mustaqil ravishda yurishiga ruxsat berilmaydi, chunki bu jarohatlar xavfini kamaytiradi. Operatsion zaldan bemorni olib kelish paytida, u kotelka ustida yotib, kamida ikkita tibbiy xodim tomonidan kuzatiladi. Agar operatsiya oldidan tayyorgarlik ko'rilayotgan bo'lsa, yoki operatsion zalda tayyorlov jarayonlari olib borilayotgan bo'lsa, periferik venani punksiya qilish yoki kateterizatsiya qilish, shuningdek markaziy venani kateterizatsiya qilish amalga oshiriladi. Bu jarayonlar "tomirni

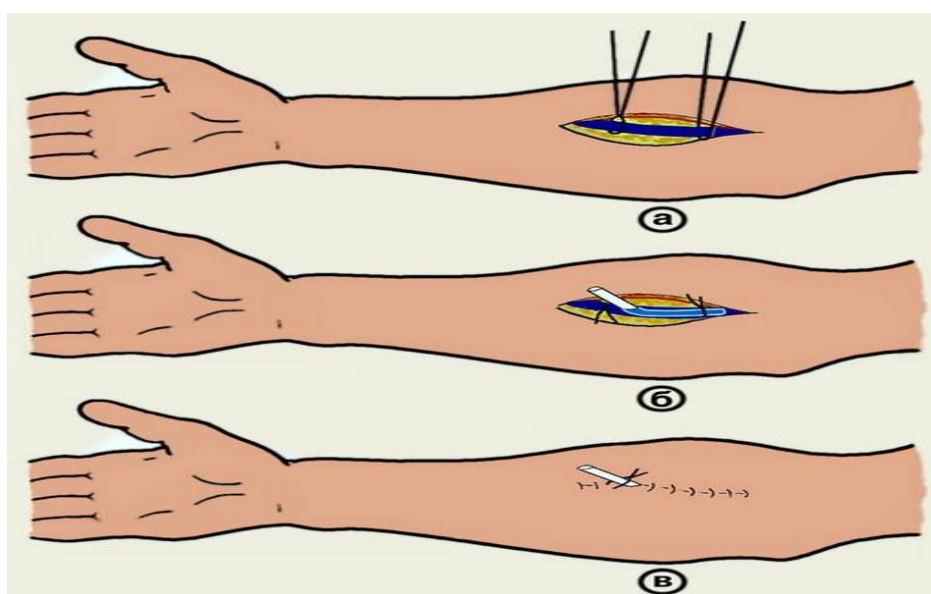
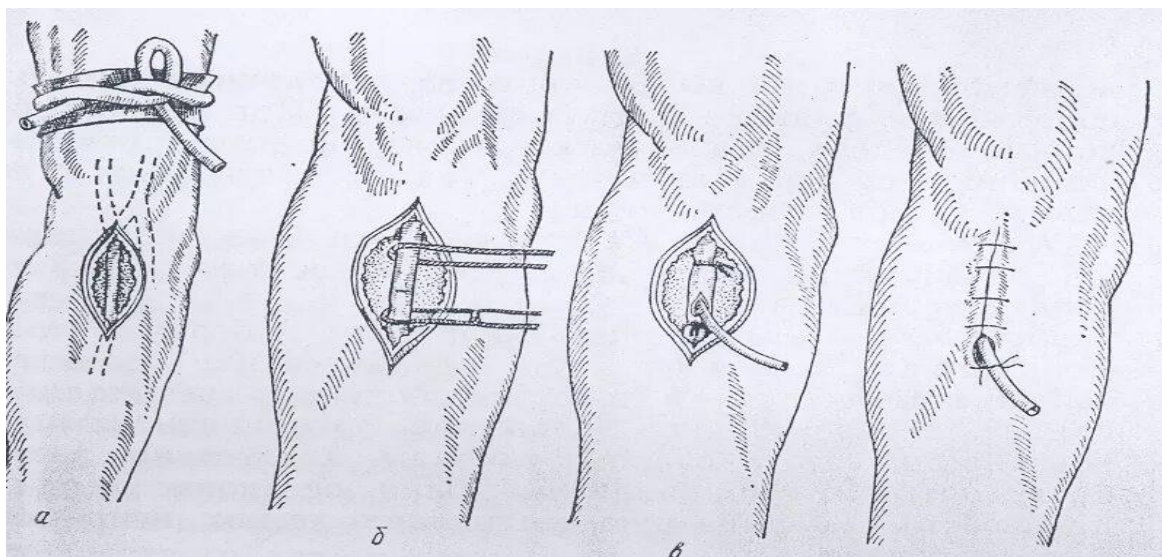
o‘zlashtirish” deb ataladi, chunki ular bemorda intravenoz infuziya terapiyasini o‘tkazish va umumiy og‘riqsizlantirishni ta‘minlash uchun zarur.

Venoz yo‘l orqali dori kiritish

Jarrohlikdan oldingi tayyorgarlik, umumiy og‘riqsizlantirish va operatsiya davomida infuziya terapiyasining samarali o‘tkazilishi uchun venoz yo‘lining o‘rni beqiyosdir. Ko‘plab holatlarda, dori vositalarini bemorning qon aylanishiga yuborishda venoz yo‘l afzal ko‘riladi. Venoz yo‘l orqali dori yuborish uchun periferik venaga punksiya yoki kateterizatsiya, shuningdek markaziy venaning kateterizatsiyasi amalga oshiriladi. Periferik venaga punksiya qilishda odatdagi inyeksion igna yoki “kapalak” turi ig‘na ishlatiladi. Ushbu venoz kirishning kamchiliklari uning qisqa muddatli bo‘lishidadir; uzoq vaqt davomida igna tomirda qolsa, bu tomirning jarohatlanishiga yoki ignaning torayishiga olib kelishi mumkin. Ko‘pincha periferik venaga punksiya qilish uchun v. Cubiti media (bilakdagi venani) ishlatiladi. Periferik venaning kateterizatsiyasi, odatda veneseksiyadan yoki **TROVENOCATH** plus intravena kanulasi yordamida amalga oshiriladi.

Veneseksiya — bu periferik venani teri orqali kesish, keyin venani ochish va uning ichiga plastik intravena kateterini kiritish operatsiyasidir. Veneseksiya odatda tizzaning ichki qismidagi yoki bilakning bukilishidagi tomirlarda o‘tkaziladi.

Veneseksiyaning kamchiliklari shundaki, kateterning venada qisqa muddatda ishlashi va venaning o‘z faoliyatini to‘xtatishi mumkin. Shuningdek, veneseksiya jarayonidan keyin terida sezilarli izlar qoladi. Shu sababli, veneseksiya amaliyoti hozirda kamroq o‘tkaziladi va ko‘proq intravena kanulasi bilan igna yordamida tomirni o‘zlashtirish afzalroq hisoblanadi.



Rasm 9. Veneseksiya jarayoni

Periferik venani kateterlash, intravenoz kanal TROVENOCATH plus yordamida

Tayyor holatda TROVENOCATH plus kanülasi in'eksion igna ustida joylashadi. Venaga kirgan igna, kanüldan chiqariladi, va venaning ichida taxminan 1-1,5 mm diametrli plastik kanül qoladi. Ushbu kanülning ikki porti orqali tomir ichiga eritmalarni tomchilatish yoki shprits yordamida turli dori-darmonlarni yuborish imkoniyati mavjud. TROVENOCATH plus kanülü ikki kungacha ishlatilishi mumkin.

Markaziy venani kateterlash

Venaga turli dori-darmonlarni yuborish, infuziya terapiyasini amalga oshirish va narkoz berish uchun odatda kalta yoki jug'rofiy venalar kateterlanadi. Kamdan-kam hollarda femoral venadan foydalaniladi. Kalta va jug'rofiy venalarni kateterlash Seldingermetodiga asosan amalga oshiriladi:

Mahalliy yoki umumiy anesteziyadan foydalangan holda, kalta vena bo'shliq ignasi yordamida punksiyalanadi. Ignaning bo'shlig'idan venaga provodnik sim kiritiladi. Igna chiqariladi, terida venaga kirgan qismida provodnik qoladi. Provodnik orqali venaga kateter yuborilib, venadagi provodnik chiqariladi. Kateterning kanulasi maxsus rezina kapak bilan yopingan bo'lib, teriga plastr yordamida mustahkamlanadi.

Rejalashtirilgan operatsiyaga bemorni tayyorlash

Rejalashtirilgan jarrohlik operatsiyalarida davolovchi shifokor va anesteziologda bemorni tekshirish uchun yetarli vaqt bo'ladi kunlar, haftalar yoki hattoki oylar. Rejalashtirilgan operatsiya chog'ida bemorda hayotga xavf soluvchi yoki sog'liqni yomonlashtiruvchi asoratlarni yuzaga kelmasligi kerak. Bemor operatsiyaga yaxshilab tekshirilgan bo'lishi zarur.

Rejalashtirilgan operatsiya uchun zarur bo'lgan tibbiy tekshiruvlar

ro'yxatiga quyidagilar kiradi:

1. Umumiy qon tahlili
2. Umumiy siydik tahlili
3. Qurt tuxumlari tahlili
4. Ostrits tuxumlariga tekshirish
5. Elektrokardiografiya
6. RW uchun qon tahlili

7. Hbs va HCV antigenlari uchun qon tahlili
8. Bo'lakdan bakterial tahlil
9. Dizgruppaga tahlil

Bemorni tizimli ravishda tekshirish kerak.

Agar hayotiy muhim organlar va tizimlarda patologik o'zgarishlar aniqlansa, qo'shimcha batafsil tekshiruvlar o'tkaziladi. Renginar tasvirlar, kompyuter tomografiyasi, angiografiya, biokimyoviy tahlillar va boshqa usullar qo'llanilishi mumkin. Bu tahlillar jarrohlik davolash usulini aniqlashda muhim ahamiyatga ega bo'lishi mumkin. Shuningdek, operatsiya sifatida bemorga operatsiyaning mohiyati, og'riqsizlantirish usuli, operatsiyadan keyingi davr va reabilitatsiya jarayoni haqida tushuntirishlar berilishi zarur. Rejalashtirilgan jarrohlik operatsiyasiga bemorni tayyorlashda psixologik tayyorgarlik alohida e'tibor talab qiladi. Bemor bilan muloqotda tinchlik, ishonch va to'g'rilikni namoyon qilish kerak, tashxis va davolashning to'g'ri ekaniga ishonch bildirgan holda, sodda va tushunarli tilda kasallik va davolash usuli haqida ma'lumot berish zarur. Bemorning istak va xohishlariga e'tibor qaratish, bu ba'zan davolash jarayoniga jiddiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Bemorning operatsiyaga roziligi yozma ravishda olinishi shart.

Rejalashtirilgan operatsiyaga tayyorgarlik jarayonida bemorda aniqlangan surunkali infektsiya manbalarini sanatsiya qilish zarur. Karis, surunkali tonzillit, sinusit, siydik yo'llari infektsiyalari kabi kasalliklar operatsiyadan keyingi infektsiyalar va sepsis xavfini oshiradi. Operatsiyaga oldin bemorda organizmning asosiy ko'rsatkichlarini tuzatish biokimyoviy qon tahlillari, elektrolitlar va qon quyilishi tizimi bo'yicha amalga oshiriladi.

Qon elektroli normativlari:

Kaliy	–	3,5-7	mmol/l
Natriy	–	135-145	mmol/l
Kalsiy	–	0,8-1,5	mmol/l
Qon shakar darajasi	–	3-5,7-6,0	mmol/l

Gematologik ko'rsatkichlar

Bemorni operatsiyaga tayyorlashda politsitemiya gemoglobin 220 g/l dan yuqori yoki gematokritning 65% dan oshishi vorta vena, yurak, o'pka va miya tomirlarida tromboz rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Bunday holatlarda qonning reologik xususiyatlarini yaxshilash uchun infuziya terapiyasini amalga oshirish, antigregantlar kiritish lozim. Bundan tashqari, gemoglobin darajasining 110-100 g/l dan pastligi va gematokritning 38-35% dan pastligi bemorda anemiya mavjudligini anglatadi. Trombositlar sonining 120-100 mingga tushishi operatsiya davomida va operatsiyadan keyingi qon ketishini yuzaga keltirishi mumkin.

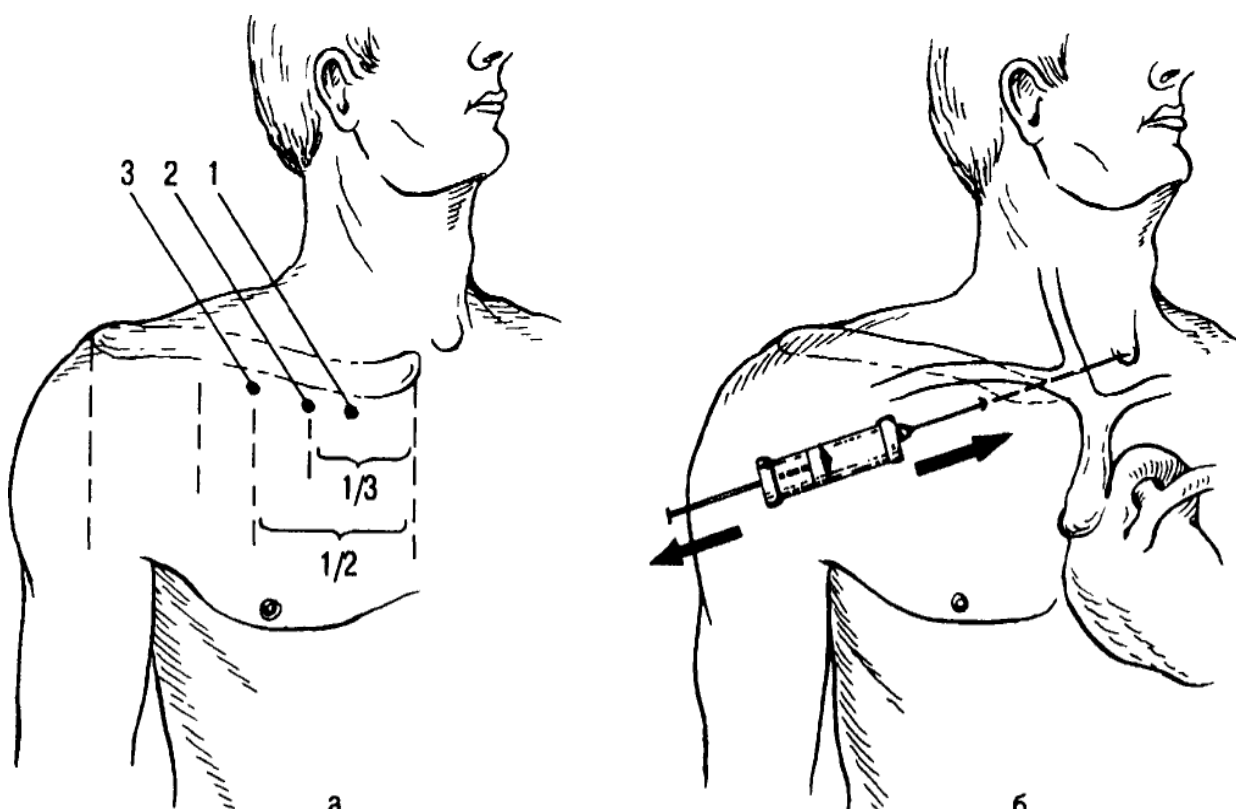
Operatsiya oldidan bir kun, bemorga anesteziologning maslahatiga tayinlanadi. Zarur bo'lsa, operatsiya kechasida va ertalab tozalovchi klyizma o'tkazilishi mumkin. Kechqurun operatsiya oldidan bemorga sedativ yoki uyqu dorilari fenobarbital, valerian ekstrakti, sibazon beriladi. Kechqurun bemorga yengil kechki ovqat beriladi. Ertalab bemorga ovqat va suyuqlik berish taqiqlanadi. Ko'plab sochlar bo'lsa, operatsiya zonasidagi sochlar qisqacha olinadi. Premedikatsiya qilgandan so'ng bemorga hojatga chiqish zarur bo'ladi. Ko'pincha to'la siydik pufak, qorin bo'shlig'ida operatsiyani amalga oshirishga jiddiy to'siq bo'lishi mumkin. Premedikatsiya tugaganidan keyin bemor uchun yurish va harakat qilish taqiqlanadi.

Operatsiya oldidan 15-45 daqiqa davomida psixo-sedativ tayyorgarlik amalga oshiriladi. Tayyorlov tugallangach, bemor operatsion xonaga yotqiziladi.

Favqulodda jarrohlik operatsiyalari kabi, rejalashtirilgan operatsiyalar uchun ham venoz kirish yo'li ta'minlanishi lozim. Periferik venani igna yoki

intravenoz kateter yordamida kateterlash amalga oshiriladi. Agar operatsiya davomida yoki undan keyin uzoq muddatli infuziya terapiyasi zarur bo'lsa, markaziy venaga kateter o'rnatilishi kerak odatda kalta vena.

Lokal anesteziyani o'tkazishda umumiy anesteziyaga o'tish imkoniyati hisobga olinishi kerak. Katta qon ketishlar, og'riqlar, qo'zg'alishlar va kutilmagan holatlar jarrohning operatsiyani muvaffaqiyatli bajarishiga to'sqinlik qilishi mumkin. Shuning uchun lokal anesteziya sharoitida ham jarrohni operatsiya uchun tayyorlash alohida ahamiyatga ega.



Rasm 10. O'mrov osti venaning punktsiyasi. Nuqta chiziqlar punktsiyon joyining anatomik belgilarini ko'rsatadi. Tochkalari: a) 1. Giles, 2. Aubanaie, 3. Wilson; b) Ignani yo'nalishi;

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari

Operatsiyadan keyingi davr

Operatsiyadan keyingi davr - bu operatsiya muvaffaqiyatli yakunlanganidan so'ng bemorning sog'ayish jarayonigacha, yoki bemorning shifoxonadan chiqarilishigacha davom etadigan vaqtni anglatadi. Operatsiyadan keyingi asoratlari va o'lim holatlari bugungi kunda hali ham dolzarb va o'rganilayotgan muammo bo'lib qolmoqda. Ayniqsa, keksa yoshdagi bemorlar hamda bolalar uchun operatsiyadan keyingi parvarishning o'zgacha ahamiyati mavjud.

Operatsiyadan keyingi davr odatda uchta bosqichga ajratiladi:

1. **Dastlabki bosqich** operatsiyadan keyingi birinchi kunlar – operatsiyadan so'ng 3-5 kun ichida.
2. **Kechikkan bosqich** operatsiyadan keyingi o'rtacha davr – 2-3 hafta davomida.
3. **Uzoq muddatli davr** – operatsiyadan keyin 3 hafta va undan uzoqroq vaqt davomida.

Operatsiyadan keyingi davrda tibbiyot xodimlarining asosiy vazifalari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

Bemorni yuqori darajadagi tibbiy parvarish va yordam ko'rsatish “og'riqni kamaytirish, hayotiy muhim funktsiyalarni ta'minlash, bog'lamlar qilish” orqali qo'llab-quvvatlash.

Operatsiyadan keyin yuzaga kelgan asoratlarni oldini olish, diagnostika va davolash.

Operatsiya tugallangandan so'ng, narkotik moddalarning kiritilishi to'xtatiladi.

Bemor operatsiya zalidan ko'krak yoki reanimatsiya bo'limiga katalkada olib boriladi. Bemor faqat o'zini o'zi nafas olishni tiklaganidan so'ng operatsiya zalidan chiqariladi. Anesteziolog shifokor bemorni reanimatsiya bo'limiga yoki narkozdan keyingi palataga ikkita malakali tibbiyot xodimi bilan birga olib borishi shart.

Transportirovka davomida kateterlar, drenajlar va bog'lamlarning holatini muntazam nazorat qilish zarur. Bemor bilan ehtiyotkorlik bilan muomala qilmaslik, drenajlarning tushishiga, bog'lamlarning o'z-o'zidan yechilib ketishiga yoki endotrakeal trubkaning tasodifan chiqarilishiga olib kelishi mumkin. Anesteziolog bemorni transportirovka qilayotgan guruhda nafas olishning buzilishi ehtimoli mavjudligini hisobga olib, qo'lda nafas olish apparati **yoki Ambu sumkasi** bilan ta'minlanishi lozim. Transportirovka vaqtida venoz infuziya davolashini davom ettirish mumkin, ammo ko'pincha tomirlar orqali eritmalarni tomchilatib kiritish tizimi to'xtatiladi.

Narkozdan keyingi davrda bemor to'liq uyg'onishigacha doimiy ravishda tibbiyot xodimlari nazorati ostida bo'lishi kerak, chunki operatsiyadan keyingi dastlabki soatlarda narkoz bilan bog'liq asoratlar rivojlanishi ehtimoli yuqori bo'ladi:

1. Tilda chiqish - tilda tutilish
2. Qayt qilish -vomi
3. Tana haroratining buzilishi
4. Yurak ritmining buzilishi

Tilda chiqish

Narkozda bo'lgan bemorning yuz va tanasining barcha mushaklari bo'shashgan bo'ladi, shu jumladan tili ham. Bo'shashgan til pastga tushib, nafas yo'llarini to'sib qo'yishi mumkin. Nafas olish yo'llarining to'silishi xavfini oldini olish uchun trubka orqali nafas yo'lini tiklash yoki boshni orqaga tashlab, pastki

jag'ni chiqarish usullari qo'llaniladi. Bemor narkozdan to'liq uyg'onishigacha, doimiy ravishda malakali tibbiyot xodimlarining nazorati ostida bo'lishi kerak.

Qayt qilish

Operatsiyadan keyingi davrda qayt qilish xavfi juda katta, chunki qayt qiluvchi moddalar og'iz bo'shlig'iga tushib, keyin nafas yo'llariga osonlik bilan o'tishi mumkin **regurgitatsiya va aspiratsiya**. Agar bemor narkozda bo'lsa, bu asfiksiyaga olib kelishi mumkin. Bemorni yon tomonga burish va og'iz bo'shlig'ini tezda tozalash zarur. Reanimatsiya bo'limida elektron aspirator bo'lishi kerak, u yordamida qayt qiluvchi moddalar og'iz bo'shlig'idan yoki laringoskopiya yordamida nafas yo'llaridan tozalanadi. Agar bemor hushyor bo'lsa, qayt qilganda unga kerakli idishni berish va boshini qo'llab-quvvatlash zarur. Takroriy qayt qilish holatida bemorga tserekal **metoklopramid** dori-darmonlari kiritilishi tavsiya etiladi.

Yurak ritmi va nafas olishning buzilishi

Bu holat, ayniqsa, keksa yoshdagi bemorlar va bolalar uchun xavfli bo'lib, nafas olishning to'xtashiga olib kelishi mumkin. Buning sababi, miorelaksatsiya **miotoniya** va endotraxeal narkozning kechikkan bo'shashishi natijasida nafas olishning to'xtashi ehtimoli mavjud. Bunday holatda, reanimatsiya tadbirlari uchun tayyor bo'lish va nafas olish apparati mavjud bo'lishi lozim.

Tana haroratining buzilishi

Narkozdan keyingi davrda tana haroratining buzilishi ko'pincha kuzatiladi, bu esa tana haroratining keskin ko'tarilishi yoki pasayishini anglatadi, shuningdek, kuchli sovuqni his qilish ham mumkin. Zarur holatlarda bemorni yopinib qo'yish yoki tana haroratini pasaytirish uchun muvofiqlik yaratish kerak. Agar tana harorati yuqori bo'lsa, mushak ichiga analgin, papaverin va dimedrol kiritish tavsiya etiladi. Agar bu dori-darmonlar tana haroratini pasaytirishda samarasiz bo'lsa, bemorni spirt bilan ishqalash orqali sovutish lozim. Agar tana

harorati yanada oshsa, gangleoblokatorlar pentamin yoki benzogeksomiy kiritilishi mumkin. Agar tana harorati 36,0-35,5 darajagacha pasaysa, bemorni iliq isitish va issiq yostiqlardan foydalanish zarur.

Operatsiyadan keyingi og'riqni boshqarish va unga qarshi kurashish

Operatsiyadan keyingi davrda og'riq bilan bog'liq bo'lgan murakkab holatlar. Og'riqning uzoq davom etishi va yuqori intensivligi nafaqat ruhiy-psixologik yuki oshiradi, balki organizmdagi biokimyoviy va fiziologik jarayonlarni jiddiy ravishda buzadi. Adrenalin **stress gormonining** qon tomirlariga ko'p miqdorda chiqarilishi natijasida arterial bosimning oshishi, yurak urishining tezlashishi va psixomotor hayajonlanishlar yuzaga keladi. Agar og'riq davom etsa, qon tomirlarining o'tkazuvchanligi buzilib, qon plazmasi hujayra orasidagi makonga chiqib ketadi. Bu o'z navbatida qonda giperkapniya CO₂ miqdorining oshishi, gipoksiya kislorod darajasining pasayishi, asidoz qonning kislotaliligi oshishi va qonning gemostatik tizimida buzilishlarni keltirib chiqaradi. Bularning barchasi organizmning barcha tizimlariga ta'sir etib, og'riqli shokning rivojlanishiga olib keladi.

Zamonaviy anesteziya texnologiyalari jarohatlar, jarrohlik kasalliklari va jarrohlik amaliyotlarida og'riqning xavfli va salbiy oqibatlarini oldini olishda katta ahamiyatga ega.

Og'riqni yengillashtirish bo'yicha tibbiyot xodimlarining asosiy maqsadlari quyidagilardan iborat:

- Og'riqning intensivligini kamaytirish
- Og'riq davomiyligini qisqartirish
- Og'riq bilan bog'liq yon ta'sirlarning og'irligini minimum darajaga tushirish

Og'riqni oldini olish strategiyasiga quyidagilar kiradi:

- Punksiyalar, inyeksiyalar va analizlarni minimallashtirish

- Bir nechta venoz punktlarni amalga oshirishdan saqlanish maqsadida markaziy kateterlardan foydalanish
- Og'riqli jarayonlarni faqat malakali tibbiyot xodimlari tomonidan bajarish
- Yara, yelimli plastirlar, drenajlar va kateterlarni ehtiyotkorlik bilan olib tashlash
- Og'riqli amaliyotlardan oldin to'g'ri og'riqsizlantirishni ta'minlash

Farmakologik bo'lmagan og'riqni boshqarish usullari

1. Bemor uchun maksimal darajada qulay va xavfsiz sharoitlar yaratish
2. Og'riqli jarayonlarni faqat tajribali va malakali mutaxassislarining amalga oshirishi kerak
3. Og'riqli jarayonlar o'rtasida imkon qadar uzoq tanaffuslar qilish
4. Bemorning tanasining eng kam og'riqli holatini ta'minlash
5. Tashqi qo'zg'atuvchilarning “yorug'lik, tovush, musiqa, shovqin, tezkor harakatlar” minimal darajaga keltirilishi

Shuningdek, jarrohlik yara hududida og'riqni kamaytirish uchun sovuqni qo'llash ham maqsadga muvofiqdir. Mahalliy sovuqni qo'llash orqali og'riq reseptorlarining sezgirligi kamayib, og'riqni yengillashtirishga yordam beradi. Jarrohlik yaraga muz yoki sovuq suv bilan to'ldirilgan shisha qo'yish tavsiya etiladi.

Og'riqni yengish uchun farmakologik yondashuvlar

Narkotik anesteziyalar qo'llanilishi

Promedol – keng ko'lamli jarrohlik amaliyotlaridan keyin universal narkotik analjezik sifatida qo'llanadi, u jarrohlikdan keyingi og'riqlarni engillashtirish uchun samarali vositadir.

Fentanil – jarrohlik operatsiyalaridan so'ng kuchli og'riqlarni yengish uchun 0,5 – 0,1 mg dozada ishlatiladi. Shuningdek, bu preparat doperidol bilan birgalikda **neyrolep analgeziya** og'riqni bartaraf etishda qo'llaniladi.

Tramadol – narkotik xususiyatlari yumshoqroq bo‘lib, u narkotik moddalar bilan solishtirganda eforiya, odatlanish va vosita uzilishi holatlarini sezilarli darajada kamroq keltirib chiqaradi. U 50 mg/ml dozada **1 va 2 ml ampulalarda** inyeksiya shaklida, muskul ichiga, teri ostiga va vena ichiga kiritilib qo‘llaniladi.

Narkotik bo‘lmagan anesteziyalar qo‘llanilishi

Barbituratlar – fenobarbital va tiopental natriy uyqu keltiruvchi va og‘riqni kamaytiruvchi ta'sirga ega, ular anestetik sifatida qo‘llaniladi.

Ibuprofen

Metamizol natriy analgin – jarrohlikdan keyin og‘riqni engillashtirishda eng ko‘p qo‘llaniladigan dorilardan biri bo‘lib, u muskul ichiga, teri ostiga va ba'zan vena ichiga in'ektsiya shaklida ishlatiladi. Shuningdek, metamizol natriy tarkibidagi preparatlar, masalan, sedalgin, pentalgin, baralgin kabi dorilar ham keng tarqalgan.

Mahalliy anesteziyalar qo‘llanilishi

Mahalliy infilyatsion va provodnik anesteziyasini qo‘llash uchun ishlatiladigan eritmalardan tashqari, in'ektsiyalar, punkturaviy usullar va boshqa og‘riqli tibbiy protseduralarda foydalaniladigan kontakt ta'sirga ega anesteziyalar, masalan, tetrakainli krem, instillagel, EMLA kremi va lidokain ham keng qo‘llaniladi. Peridural usul yordamida mahalliy anesteziya kiritish, oshqozon jarohatlari va yiringli peritonitdan keyingi jarrohlik amaliyotlarida muvaffaqiyatli qo‘llanilmoqda.

Operatsiyadan keyingi pnevmoniyaning oldini olish

Operatsiyadan keyin pnevmoniya rivojlanish xavfi eng yuqori bo‘lgan guruhga uzoq vaqt davomida yotgan bemorlar, sun'iy nafas olish apparatidan foydalanayotgan bemorlar va traxeostomaga ega bo‘lgan bemorlar kiradi.

Bemorning nazogastral zond bilan ta'minlanishi ham nafas yo'llarining infeksiyalanishiga olib kelishi mumkin. Shu bois, sun'iy nafas olish apparatida uzoq muddat qolgan bemorlarda nafas yo'llarini muntazam ravishda sanatsiya qilish, ularni soda, fermentlar yoki antiseptik eritmalar bilan yuvish, to'plangan balg'amni elektroaspirator yordamida chiqarish zarur. Agar bemorda traxeostoma bo'lsa, nafas yo'llarini tozalash va balg'amni chiqarish, shuningdek, ifloslangan traxeostomik trubkani yangi sterilizatsiyalangan trubkaga o'zgartirishni muntazam ravishda amalga oshirish zarur.

Zastoy pnevmoniyasining oldini olish uchun bemorning yotgan holatini muntazam ravishda o'zgartirib turish muhimdir. Imkoni bo'lsa, bemorni erta ko'tarib, o'tirishga, jismoniy mashqlarni o'tkazishga harakat qilish kerak. Bundan tashqari, bemorni erta turg'izish va yurishga undash, uning tez tiklanishiga yordam beradi. Operatsiyadan keyingi bemorlar uchun nafas olish gimnastikasi, chuqur nafas olish, plastik yoki rezina sharlar yoki o'yinchoqlarni nafas orqali to'ldirish kabi mashqlarni o'z ichiga oladi.

Tromboemboliya

Keksalar uchun operatsiyalarni o'tkazishning og'ir asoratlari orasida yurak, o'pkalar va miya tomirlaridagi tromboemboliya holatlari alohida o'rin tutadi. Bunday holatlar tezda o'limga olib kelishi mumkin. Tromboemboliyalar qonning koagulyatsiya tizimining buzilishi va qonning viskozitensiyasining oshishi natijasida rivojlanadi. Shuning uchun keksalar operatsiyadan keyin koagulogramma doimiy nazoratda bo'lishi zarur. Agar tromboz yoki emboliya yuzaga kelsa, trombolitiklar – fibrinolyzin, streptokinaza yoki geparin kiritilishi talab qilinadi. Periferik tomirlardagi tromboemboliyalarni davolashda trombnini olib tashlash uchun zondlash yoki jarrohlik aralashuvi amalga oshiriladi. Tromboanjinit holatida esa mahalliy ravishda geparinli moylar, troksevazin yoki trokserutin qo'llaniladi.

Operatsiyadan Keyingi Qon Ketishlari

Operatsiyaning dastlabki bosqichlarida qon ketishi tomirni noto'g'ri bog'lash yoki yarada trombning ajralishi sababli yuzaga kelishi mumkin. Kichik qon ketishlari uchun sovuqni qo'llash, gemostatik gubkalar va qattiq o'ramlar yordamida to'xtatish mumkin. Agar qon ketishlarining miqdori katta bo'lsa, ularni to'xtatish uchun takroriy jarrohlik aralashuvi yoki yarani tiklash zarur bo'lishi mumkin. Dastlabki davrda yuzaga kelgan ichki qon ketishlari tezda hayotni tahlikaga solishi mumkin. Bunday holatlar ko'pincha operatsiya paytida to'liq gemostaz amalga oshirilmagani yoki tomirni bog'lashning ajralishiga olib keladi. Operatsiyadan keyingi kechki davrda qon ketishlari ko'pincha yaradagi yiringli to'qimalarning eroziya jarayonlari, o'simtalar to'qimalarining parchalanishi yoki tikuvlarning yaroqsizlanishi natijasida yuzaga keladi. Bunday qon ketishlarini to'xtatish ko'pincha qayta jarrohlik aralashuvini talab qiladi. Shuningdek, operatsiyadan keyin kechki asoratlar sifatida yiringli yaralar, bosim yaralari, o'choq ichak tutilishi yoki kasalliklarning qaytalanishi “qon yasalari, o'simtalar, varikosel, fistulalar va boshqalar” ham kuzatilishi mumkin.

Operatsiyadan Keyingi Yara Yiringlanishi

Operatsion yarada yiringli yallig'lanishning rivojlanishiga quyidagi omillar olib kelishi mumkin:

1. Yaradagi mikrob kontaminatsiyasi.
2. Yaraning atrofidagi to'qimalarning katta darajada shikastlanishi.
3. Yaradagi to'qimalarning trofikasining buzilishi.
4. Bemorda qo'shimcha yallig'lanish kasalliklarining mavjudligi (angina, furunkullar, pnevmoniya va boshqalar).

Yiringli jarohat klinik jihatdan qizarish, og'riqning kuchayishi, shishish va yaradagi mahalliy haroratning oshishi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zida yarada siljish yumshash yoki harakatsizlanish aniqlanadi. Bunday holatda tikuvlarni olib tashlash,

yiringni chiqarish va yarani drenajlash zarur. Antibakterial terapiya, antiseptiklar bilan yarani yuvish hamda tibbiy qaydlar o'tkazilishi lozim.

Spaykali Ichak to'siqligi

Qorin bo'shlig'iga oid operatsiyalar, peritonit, o'pkali appenditsit yoki ichak travmalari natijasida ichaklar orasida va ichak bilan qorin bo'shligi o'rtasida spayeklar “yopishmalar” rivojlanishi mumkin. Spayeklar ichakning peristaltikasini buzishi va to'liq ichak to'siqligini keltirib chiqarishi mumkin. Bunday to'siqliklar qorin bo'shlig'ida kuchli og'riqlar, tez-tez qusish, najas va gazlarning chiqmasligi kabi simptomlar bilan kechadi, bu esa tezkor jarrohlik davolashni talab qiladi.

Kasalliklarning Takrorlanishi

Operatsiyadan keyin kasallikning qaytalanishi, ayniqsa, o'rimlar, o'simtalar, yiringli fistulalar kabi holatlar yuzaga kelishi mumkin. Bunday takrorlanishlar yoki operatsiyaning yomon bajarilishi, yoki kasallikning o'ziga xos og'irligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Agar imkoniyat bo'lsa, qayta operatsiya orqali o'rimlar, o'simtalar, fistulalar va boshqa hollarda davolash davom ettiriladi.

Turli Jarrohlik Amaliyotlaridan Keyingi Bemorlarni Parvarishlash Xususiyatlari

Ko'krak Bo'shlig'i Organlariga Operatsiyadan Keyingi Parvarish

- Mutlaq yotish rejimi.
- Yotgan holatda yarmart pozitsiyada bo'lish.
- Namlangan kislorod inqiloblaridan foydalanish.
- Drenajlarning to'g'ri ishlashini nazorat qilish.
- Bülaui tizimi orqali plevral bo'shliqning passiv aspiratsiyasining ishlashini tekshirish.
- Plevral drenajlardan ajralgan suyuqlikning miqdori va tarkibini aniqlash.
- Qon almashtirish preparatlari va qon qonunlarini tomir ichiga kiritish.

- Og'riqni bartaraf etish: analgetiklar yoki narkotiklar bilan davolash.
- Tomir ichidagi kateterni nazorat qilish, vaqti-vaqti bilan heparin eritmasi bilan yuvish.
- Yara bandajlarini yangilash.
- Antibiyotik terapiya qo'llash.
- Bemorni oziqlantirish, gigienik parvarish: teri va og'iz bo'shlig'ini yuvish.
- Ichak chiqishi va siydik chiqarishni ta'minlash.
- Muntazam rentgen tekshiruvlari va qon tahlillarini o'tkazish.
- Harorat, qon bosimi, puls va nafas olishni muntazam ravishda nazorat qilish.

Peritonitga qarshi operatsiyadan keyingi bemorga parvarish

- Yotish rejimi qat'iy belgilangan.
- Bemorni och qoldirish.
- Doimiy nasogastral zond yordamida oshqozon mazmunini chiqarib tashlash.
- Funktsional karavotda Fowler pozitsiyasida joylashtirish.
- Og'riqni yengillashtirish uchun analgetiklar va narkotiklar kiritish.
- Antibakterial preparatlar bilan davolash.
- Tomir ichiga damlamalar orqali qon almashtiruvchi moddalar, qon preparatlari, shuningdek, parenteral oziqlanishni ta'minlash.
- Pervidiv **periferik yoki markaziy** kateterlarga doimiy parvarish ko'rsatish.
- Dranajlarga parvarish: davriy bog'lamlarni o'zgartirish, zarur bo'lsa, yuvish.
- Dranajlar orqali ajraladigan suyuqliklarning hajmi va sifati ustidan nazorat o'rnatish.
- Operatsion yara hududida bog'lamlarni yangilash.
- Fistulalar bo'lsa, ularni boshqarish **kolostoma, gastrostoma, ichak intubatsiyasi mavjud bo'lsa.**
- Peridural makonda kateter mavjud bo'lsa, davriy anesteziya preparatlar bilan og'riqni boshqarish.
- Kislorod inhalatsiyalarini amalga oshirish, nafas olishni normallashtirish.
- Siydik pufagi kateteri yordamida buyrak faoliyatini monitoring qilish.

- Qon, siydik tahlillari, biokimyoviy qon tahlillari orqali organlar faoliyatini tekshirish.
- Tanadagi harorat, yurak urishi, qon bosimi va nafas olish chastotasini diqqat bilan nazorat qilish.

Yiringli jarrohlik patologiyalaridan keyingi bemorni parvarish qilish

- Toza jarrohlik bemorlaridan alohida izolyatsiya qilish.
- Antibakterial terapiya: antibiotiklar, nitrofuranlar, sulfonamidlar orqali infeksiya bilan kurashish.
- Og‘riqni kamaytirish va uyqu berish uchun dorilarni qo‘llash.
- Zarar ko‘rgan tana qismlarini va a‘zolari immobilizatsiya qilish.
- Bog‘lamlarni o‘zgartirish, ho‘l bog‘lamlarni almashtirish, zarur bo‘lsa, dranajlarni yangilash.
- Tomir ichiga qon almashtiruvchi moddalar, detoksikatsion preparatlar va qon preparatlarini kiritish.
- Og‘riqni yengillashtirish va uyquni normallashtirish uchun analgetik va sedativ dorilarni kiritish.
- Qon va siydik tahlillari yordamida umumiy salomatlikni kuzatib borish.
- Bemorning haroratini, yurak urishini, nafas olishni va qon bosimini muntazam ravishda nazorat qilish.

Urologik bemorni parvarish qilish

- Bog‘lamlarni yangilash va ho‘l bog‘lamlarni almashtirish.
- Antibakterial preparatlar bilan davolash.
- Og‘riqni kamaytirish, spazmolitik yoki narkotik dorilar yordamida noqulaylikni bartaraf etish.
- Blokada kateterlari “epitsistostoma”, bel kateterlari “nefrostoma, pielostoma” bo‘yicha parvarish ko‘rsatish.
- Zarur bo‘lsa, dranajlarni antiseptiklar bilan yuvish va tozalash.

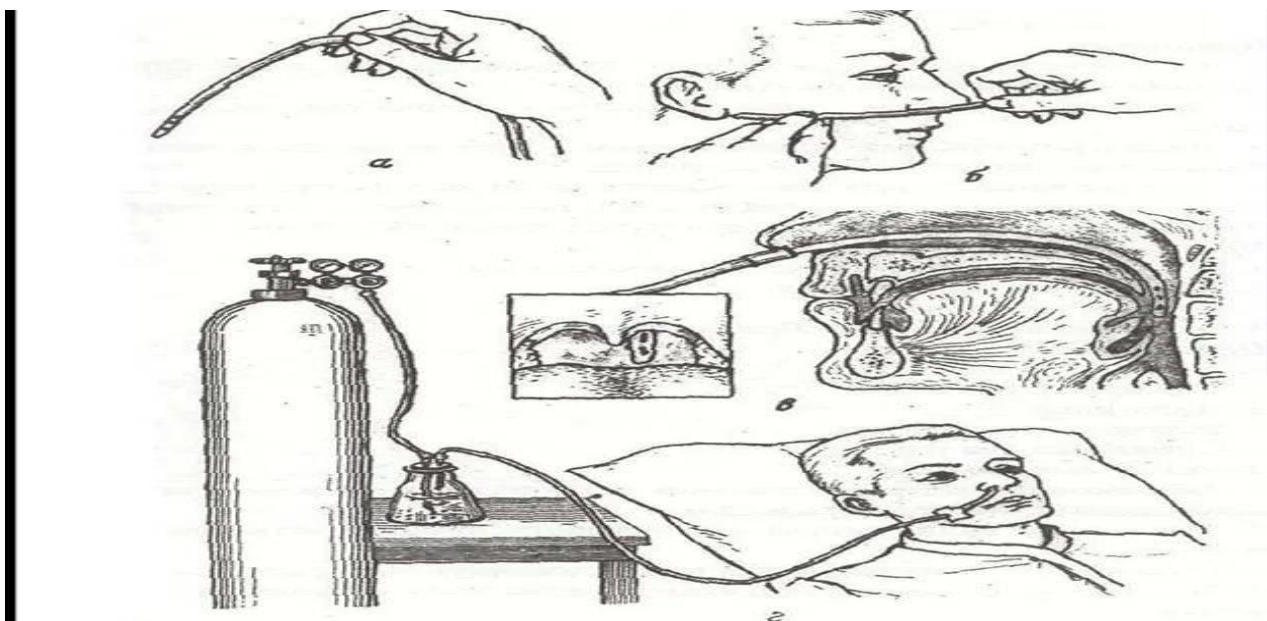
- Diuretiklar yordamida siydik ishlab chiqarishni ko‘paytirish.
- Diurezni nazorat qilish.
- Qon va siydik tahlillarini muntazam ravishda tekshirish.
- Tanadagi harorat, yurak urishi, qon bosimi va nafas olishni diqqat bilan nazorat qilish.

Onkologik operatsiyadan keyingi bemorni parvarish qilish

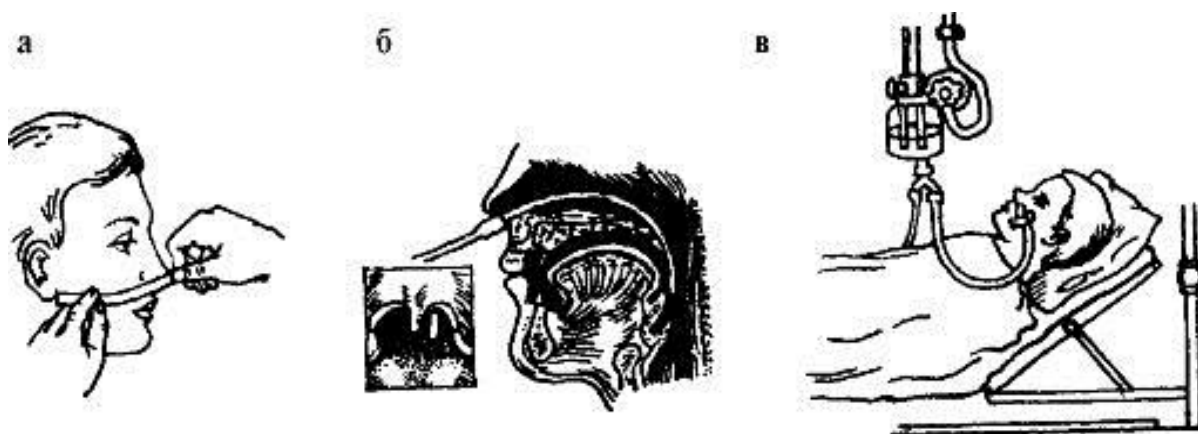
- Og‘riqni kamaytirish uchun kuchli analgetiklar va sedativ dorilar.
- Operatsion yara hududini muntazam ravishda qayta bog‘lash.
- Fistulalar mavjud bo‘lsa, ular bilan alohida parvarish qilish.
- Onkolog tomonidan belgilangan kimyoterapiya va nurlanish terapiyasini o‘tkazish.
- Fizioterapiya va massajni cheklash.
- Odatdagi ovqatlanish mumkin bo‘lmagan hollarda parenteral oziqlanishni ta'minlash.
- Bemor bilan ijobiy muloqot o‘rnatish, ruhiy qo‘llab-quvvatlash.
- Shishalarning xarakteri haqida bemorga ehtiyotkorlik bilan ma'lumot berish.

Oksigenoterapiya

- Gipoksiya holatida kislorod inhalatsiyalari bemorlarga yordam beradi. Sof kislorodning toksik ta'sirini kamaytirish maqsadida, u bemorlarga 40-60% havo va kislorod aralashmasi sifatida beriladi.
- Kislorod inhalatsiyalari yuz maskasi, burun kateteri yoki burun kanulasi yordamida amalga oshiriladi. Shuningdek, tent-palatalar va endotraxial trubkalar ham oksigenoterapiya uchun qo‘llanilishi mumkin.



Rasm 11.OKSIGENOTERAPIYA



Rasm 12. Burun kateteri orqali bemorga kislorod yetkazib berish. a - burun kateterini kiritish chuqurligini aniqlash; b - burun kateterini kiritish; v - burun kateterlari orqali kislorod etkazib beriladigan bemor turi;

Jarrohlik bemorlarini umumiy parvarish qilish

mavzusi bo'yicha tayyorlangan

Glossary

1.Pediculus vestimenti	Ta'rif: Tana bo'ylab, ayniqsa, gigiena sharoitlari yomon bo'lgan joylarda yashaydigan bit turi. Tana biti, masalan, tif va okop isitmasi kabi kasalliklarni tarqatishi bilan tanilgan(13 bet).
2.(Pediculus capitis) – bosh bitlari	Ta'rif: Insonning bosh qismida va sochlarida yashaydigan bit turi, odatda bolalarda uchraydi. Bosh biti qichishishga sabab bo'lib, boshdan boshga to'g'ridan-to'g'ri aloqada tarqaladi(13 bet).
3.(Pediculus rubis)	Ta'rif: Genital hududda yashaydigan bit turi. Jinsiy bitlar jinsiy aloqa orqali yuqadi va qichishish va bezovtalikka sabab bo'ladi(13 bet).
4.Para Plus (Aerosol)	Ta'rif: Bosh terisiga to'liq surtiladigan aerosol spreyi. 10 daqiqa davomida boshni yopmasdan qoldiriladi, so'ngra suv bilan yuviladi(15 bet).
5.Sarpotol (Maz)	Ta'rif: Bosh terisi va sochlarga surtadigan davolash vositasi. Tunda (8 soat) qoldiriladi, keyin yuviladi. Davolash 1-, 3- va 7-kunlarda takrorlanadi(15 bet).
6.Chemer Suvi	Ta'rif: Bu termal suv, sochlarni minerallar va mikroelementlar bilan oziqlantiradi va sog'lomlashtiradi. Ishlatilishi: Bosh terisiga 2 soat davomida surtib, keyin shampun bilan yuviladi(15 bet)
7.Anoplura, Siphunculata- Qon so'ruvchi hasharotlar (bitlar) ga Qarshi Shampun	Ta'rif: Soch yuvilib, 2 soat davomida ushlab turiladi, so'ngra yaxshilab yuviladi(15 bet).
8.Oksigenoterapiya	Ta'rif: Oksigenoterapiya — bu organizmga kislorod yetishmovchiligini bartaraf etish uchun qo'llaniladigan tibbiy usuldir. U asosan kislorodni nafas olish orqali yetkazish orqali amalga oshiriladi va bir qancha tibbiy holatlarda qo'llaniladi, masalan: Kislorod yetishmovchiligi (gipoksik holatlar). Surunkali nafas olish kasalliklari. Oksigenoterapiya turli usullar bilan amalga oshirilishi mumkin: kislorodli maska, burun nasoslari orqali yoki maxsus kameralar orqali (hiperbarik kislorod terapiyasi). Oksigenoterapiya to'g'ri va tibbiy nazorat

	ostida amalga oshirilsa, odamlarning sog'ligini tiklashda samarali bo'ladi(145 bet).
9.Venesektsiya	Ta'rif: Venesektsiya — bu venalarni tibbiy maqsadlarda kesish yoki ularning ichki tomirlarini ochish jarayonidir. Odatda, venesektsiya vena varikozini yoki boshqa qon tomirlaridagi kasalliklarni davolashda qo'llaniladi. Venalar, asosan, yurakdan pastga qarab qon tashiydi, shuning uchun ular o'z vazifalarini bajarishda qiyinchiliklarga duch kelganida, qonni to'liq qaytarishda muammolar yuzaga keladi. Venesektsiya yordamida bu jarayonni yaxshilash yoki qon oqishini tartibga solish mumkin(128 bet).
10.“Tenara flegmona”	Ta'rif: Flegmona Tenara (yoki "Tenara flegmona") — bu to'qimalarning yallig'lanishi bilan xarakterlanadigan va odatda infeksiyon jarayonlar tufayli yuzaga keladigan og'ir kasallikdir. Flegmona o'z ichiga turli bakterial infektsiyalarni olishi mumkin va ko'pincha keng tarqalgan yallig'lanish bilan ajralib turadi, bu esa to'qimalarning zichlanishiga olib keladi(104 bet).
11.Purulent-yallig'lanish (purulent inflammation)	Ta'rif: Purulent-yallig'lanish (purulent inflammation) – bu organizmdagi infeksiyalangan sohada paydo bo'ladigan yallig'lanish shaklidir. Ushbu jarayon, odatda, bakteriyalar yoki boshqa mikroorganizmlar sababli yuzaga keladi.Purulent-yallig'lanishning asosiy xususiyati – yallig'lanish joyida pus (purulent, ya'ni yiring) hosil bo'lishidir. Yiring, asosan, o'lik hujayralar, mikroorganizmlar va yallig'lanish jarayonida hosil bo'lgan moddalar aralashmasidan tashkil topadi(98 bet).
12.Peritonit	Ta'rif: Peritonit — bu oshqozon bo'shlig'ini qoplab turgan peritoneum deb ataladigan yupqa qavatning yallig'lanishidir. Peritoneum oshqozon, ichaklar, jigar va boshqa ichki organlarni o'rab turadi va ular orasida suyuqlik almashinuvini ta'minlaydi. Peritonit — jiddiy tibbiy holat bo'lib, tezda davolashni talab qiladi, aks holda hayot uchun xavf tug'dirishi mumkin(90 bet).
13.Konduktiv anesteziya	Ta'rif: Konduktiv anesteziya — bu nerv tizimining ma'lum bir qismini blokirovka qilish orqali og'riqni sezishni yo'qotish usulidir. Bu usulda lokal anestetik moddalar nervlar yoki ularning shoxlariga yuboriladi, shunda tegishli hududdagi og'riq sezilishi to'xtaydi. Konduktiv anesteziya, odatda, maxsus asboblardan yordamida nervlar o'rtasida

	yoki ularning atrofida anesteziya moddalar yuborish orqali amalga oshiriladi(71 bet).
14.Desmurgiya	Ta'rif: Desmurgiya so'zi yunoncha "δεσμος" (desmos — "bog'lash") va "έργῳ" (ergon — "ish" yoki "vazifa") so'zlaridan olingan(52 bet).
15.Yotoq yaralari "pressure ulcers"	Yotoq yaralari , yoki "pressure ulcers" deb ataladigan, uzoq vaqt davomida bosim ostida bo'lgan teri va yumshoq to'qimalarning zararlanishi natijasida yuzaga keladigan yaralardir. Ular asosan uzoq vaqt davomida bir joyda yotgan, harakatlanishga qobiliyatsiz bo'lgan yoki bemorlar jismoniy faollikni cheklashgan holatlarda paydo bo'ladi. Bu yaralar ko'pincha orqa, dumba, kaftlar, tirsaklar va boshqa qattiq yuzalarda yuzaga keladi(42 bet).

Adabiyotlar:

1. **Belyayev A.N.** Xirurgik klinikada bemorlar parvarishi / A.N. Belyayev, S.A. Kozlov, I.B. Taratykov, E.I. Novikov / O'quv qo'llanma. - Saransk. - Mordoviya universiteti nashriyoti. - 2003. - 136 bet.
2. **Zalika L.S.** Umumiy bemorlar parvarishi / L.S. Zalika. - M.: «Meditsina». - 1984. - 230 bet.
3. **Ostrovsky V.K.** Umumiy xirurgiya bo'yicha ma'ruzalar kursi / V.K. Ostrovsky. - Ulyanovsk. - 2006. - 314 bet.
4. **Negovskiy V.A.** Reanimatologiya bo'yicha qissalar / V.A. Negovskiy. - 1986. - 256 bet.
5. **Yurikhin A.P.** Desmurgiya / A.P. Yurikhin. - M.: «Meditsina». - 1984. - 120 bet.
6. **Kallet, R. H., & Campbell, S. (2019).** "Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (COPD) bo'lgan bemorlarda oksigenoterapiyaning ta'siri: foydalari va xavflari." Respiratory Care, 64(9), 1062-1072.
7. **Bourbon, M. (2005).** "Oksigenoterapiya o'tkir va surunkali kasalliklarda: prinsiplari va amaliyoti." American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 172(6), 702-710.
8. **Weiss, S. L., & Wong, H. R. (2015).** "Og'ir bemorlarni oksigenoterapiyasi." The New England Journal of Medicine, 373(4), 309-320.
9. **Martínez, A., & González, F. (2020).** "Nekrotizatsiyalanuvchi fasiyitisni boshqarishda birinchi yordam va bemor parvarishi: Hozirgi protokollarni ko'rib chiqish." Journal of Wound Care, 29(3), 178-186.
10. **Jones, L. M., & Lewis, T. R. (2014).** "Yumshoq to'qimalar infeksiyalari bo'lgan bemorlarga hamshiralik parvarishi: Amaliy qo'llanma." Nursing Standard, 29(9), 51-58.

11. **Carson, L. A., & Smith, L. L. (2006).** *Antiseptics: Principles and Practice of Antimicrobial Therapy*. Springer.
12. **Hughes, M., & DaSilva, T. (2009).** *The Role of Antiseptics in Infection Control in Healthcare Settings*. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 30(6), 564-576.
13. **Lipsky, B. A., & Berendt, A. R. (2010).** *Antiseptic versus Aseptic Approaches in Surgical Wound Care*. *Advances in Wound Care*, 23(1), 25-31.