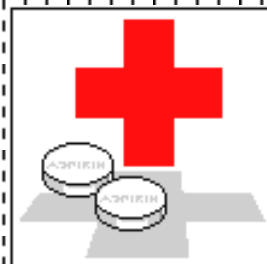


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ХАЛҚ ТАЪЛИМИ ВАЗИРЛИГИ



ШИКАСТЛАНГАНДА ШОШИЛИНЧ
ТИББИЙ ЁРДАМ

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ХАЛҚ ТАЪЛИМИ ВАЗИРЛИГИ

ҚЎҚОН ДАВЛАТ ПЕДАГОГИКА ИНСТИТУТИ

Д. Ибрагимова

С. Умарова

М. Ҳамидов

**ШИКАСТЛАНГАНДА ШОШИЛИНЧ
ТИББИЙ ЁРДАМ**

ЎҚУВ ҚУЛЛАНМА

Қўқон - 2014

Ушбу қўлланмада шикастланиш турлари, қон кетганда, суяк синганда ва чиққанда, куйиш содир бўлганда шифокоргача биринчи ёрдам кўрсатиш ҳамда малакали мутахассис ёрдамлари баён этилган. Қўлланма инсон саломатлигини сақлаш борасида берилган кўрсатмаларга бой ва уларнинг илмийлиги учун ҳам катта аҳамиятга эга.

Қўлланма тиббиёт йўналишидаги билим юртлари, олийгоҳлар талабалари учун мўлжалланган.

Масъул муҳаррир : БФН Собиржон Мелибоев.

КИРИШ

Ўзбекистон Республикаси Давлат мустақиллигига эришган даврдан бошлаб таълим тизимини такомиллаштиришга алоҳида эътибор бериб келмоқда. Сўнгги йиллар ичида таълим соҳасини қайта қуриш ишларини жадаллаштириш ва кадрлар сифатини ошириш мақсадида таълим тизимини тубдан ислоҳ қилишнинг асосий йўналишлари белгилаб олинди. Аҳолига, тиббиёт муассасаларида, уйда, кўча-куйда юз берган фавқулотда ҳолатларда тез тиббий ёрдам кўрсатишни нафақат тиббиёт фанини ўрганаётган талабалар, балки барча инсонлар ўз-ўзига, ён атрофдагиларга ёрдам беришлари керак. Шунинг учун ушбу қўлланма “Шикастланганларга тез тиббий ёрдам кўрсатиш” фанидан амалиёт қўлланмаси бўлиб, ундан тез тиббий ёрдам кўрсатишда фойдаланиш мумкин.

Қўлланма тиббиёт фанини ўрганишда талабаларга дастуриламал бўлади деб умид қиламиз.

АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКА

Асептика усуллари антисептика турлари хақида.

Ўтган асрнинг ўрталарида энг энгил операциядан кейин ҳам яралар ўрни йиринглаб, операция қилинган беморларнинг 80%и ҳаётдан кўз юмган. Жарроҳлар инфекция тўғрисида ҳеч нарса билишмаган, уларни ўзларининг ҳаракатлари, қилган ишлари билан кўпинча ярани зарарлантиришган ва натижада бу ҳолат ўлимга олиб келган.

Жарроҳлик – жарроҳлик фани қадим замонлардан ривожланиб келаётган фан бўлиб, инсон организмида содир бўладиган потологик ўзгаришларни жарроҳлик йўли билан кесиш, тўқималарни қирқиб олиб ташлаш, органларни кўчириб ўтказиш каби амалиётларни бажаради. Жарроҳликнинг асосини **асептика** ташкил қилади.

Асептика деб жароҳатга инфекция тушмаслиги учун кўриладиган чора-тадбирлар системасига айтилади. **Асептика** деганда жарроҳлик учун ишлатиладиган асбоб-анжомлар турли хил матоҳлар, инфекцияларни батамом йўқ қилиши ёки серилизация қилиш тушунилади. Асептика бир неча турларга бўлинади.

1. Қайнатиш.
2. Юқори босим остида буғ ёрдамида стерилизациялаш.
3. Юқори температурада қуруқ стерилизация қилиш.
4. Химиявий стерилизация қилиш.
5. Ёндириш орқали стерилизация қилиш.

Қайнатиш усули билан шприцлар, жароҳат кенгайтиргичлар, пенцитлар стерилизация қилинади.

Буғ ёрдамида эса ҳолатлар, окликлар, чойшаблар ва ниқоблар стерилизация қилинади.

Химиявий усул билан эса ўткир тўғли асбоблар (қайчилар, игналар) резинка қўлқоплар, тикиш учун ишлатиладиган иплар стерилизация қилинади.

Пақирлар ҳамда тоғоралар **ёндириш** орқали стерилизация қилинади.

Қуруқ иссиқлик билан юқори температурага чидамли ёнмайдиган иссиққа бардошли жисмларни шишаларни, металл ёки фарфорни стерилизация қилиш мумкин.

Жарроҳ қўллари Спасокукоцкий-Кочергин усули билан оқар сувда совун ҳамда шотка ёрдамида ювилади. Қўллар бармоқ учидан тирсак бўғимигача 3 минут давомида ювилади. Биринчи шотка ташланиб, иккинчи шотка ёрдамида қўллар бармоқ қисмидан тирсакнинг ўрта уч қисмигача 3 минут давомида ювилади. Сўнг қўллар сочикқа артилиб, 5% йод эритмаси сингдирилган салфеткалар ёрдамида тирноқлар, бармоқ ва кафт бурмалари артилади. 90% спирт эритмаси билан бармоқ учларидан билакнинг уч қисмигача артилади. Жарроҳ стирил ҳалат кийиб, қўлларига резина қўлқоп кийилади. Резина қўлқоп ҳам ювилиб сўнгра, жарроҳ қўлига кийгизилади. Мана шундагина жарроҳ қўли операцияга тайёр бўлади.

Асептика

Асептика физик омиллар, кимёвий препаратлар, биологик усулларни қўллаш бўйича ўтказилган ташкилий тадбирлар бўлиб, ярасига микроблар тушушининг олдини олиш, яъни микробсиз ишлаш демакдир.

Асептиканинг асосий қонуни ярага тегадиган ҳар бир нарса бактериялардан холи бўлиши, яъни стерилланган бўлиши керак. Бунга таъбиқ этиш учун ярага микроблар тушуши мумкин бўлган манбаларни яхши билиш керак. Бу манбалар икки хил бўлади: экзоген ва эндоген.

Экзоген инфекция-ярага бемор атрофидаги ташқи муҳитдан ҳаво (ҳаво инфекцияси), сўлак ва бошқа суюқликлар (томчи инфекцияси) тарқалишидан, ярада қолдирган жисмлардан (ип, дренаж ва бошқалар) тушадиган инфекциялар ичак, нафас йўли ва бошқалардан ўтади. Эндоген инфекция ярага тўғридан-тўғри ёки лимфа ёки қон томирлар орқали тушади. Асептика шароитини яратиш учун операцион блокда хоналар (зонлаштирилган) алоҳида-алоҳида бир-биридан ажратилган ҳолда бўлиши шарт. Бунда хоналар бир неча гуруҳларга бўлинади. Масалан, қаттиқ режимли биринчи хона операция хонаси ҳисобланади. Иккинчи хона операциядан олдинги хона ҳисобланади. Учинчи хона қон сақлайдиган,

операцияга керакли аппаратлар ўрнатилган хонадир. Тўртинчи хона эса кўмакчи хонадир. Тоззалик ва интизом асептиканинг асосидир. Кийимлар (стерил, халат, кўлқоплар) тартибга солиниб, оёққа бахилла кийиб, оғиз ва бурунга тўрт қаватли дока тутилади, сўнг операция хонасига кирилади. Операция хонасининг ҳавосини дезинфекция қилиш учун бактерияларга қарши ультрабинафша лампалари ишлатилади. Қонунга кўра, операция ва муолажа билан шуғулланувчи барча ходимлар диспансер назоратида турадилар, ҳар 6 ойда бир марта тиббиёт кўригидан ўтадилар.

Қўлни зарарлантириш

Спассоккуоцкий-Кочергин усули. Бу усулга биноан, қўл 10 минут давомида иккита чўтка билан 5 минутдан совунлаб ювилади. Совуни кетгач, 0.5% ли нашадил спирти эритмаси солинган тосда қайта ювилади ва қўл стерил салфетка билан артилади ҳамда 70%ли этил спирти эритмаси билан тозаланади, тирноқ ва панжалар 3%ли йод билан артилади.

Операция майдони икки босқичда тозаланади

- 1-босқич. а) гигиеник ванна ёки душ (агар тўғри келса);
- б) ўринни ва кийимни алмаштириш;
- в) операциядан олдин жун ва тукларни қириш.

2-босқич. Операция майдонига икки марта 5% ли йоднинг спиртли эритмасини суртиш. Операция тугагач, яра четларини йод билан артиш. Ёш болаларга йод ўрнига кўк бриллиантининг 1% ли спирт эритмаси билан артилади.

Антисептика

Антисептика инфекция (микроб)нинг ярага тушишига ва унинг ривожланишига қарши ўтказиладиган комплекс кураш ва олдини олиш усуллари қўллашдир. Антисептика механик физик, химик, биологик аралаш турларидан иборат:

а) кимёвий антисептика антисептик, дезинфекцияловчи ва кимётерапевтик препаратлар гуруҳларига бўлинади. Шу мақсадда хлорамин эритмаси билан йирингли ярани тозалашда 0.5-1% ли, металмас асбоблар учун 0.5% ли, асбоблар ва хонани тозалаш учун 3% ли эритма ишлатилади. Йоднинг 5%ли спиртдаги эритмаси, люголь, спирт, водород пероксид 3% ли, калий перманганат эритмаси, ксероформ 3-10% (маз) суртма, порошоклар ва ҳоказолар ишлатилади;

б) механик антисептика ярани антисептик эритмалар билан ювиш, ёт жисмларни олиб ташлаш, яшаш қобилятини йўқотган тўқималарни кесиб ташлашдан иборат.

в) физик антисептика яраларда микробнинг ривожланишига йўл қўймайдиган физик усуллар бўлиб, очик ва ёпиқ дренажлар ҳамда сўровчи ваакумлардан фойдаланишдир.

г) биологик антисептика микробларни ўлдириш орқали инсон организмнинг иммунобиологик ҳолатини оширишни таъминлаш мақсадини кўзлайди.

Биологик антисептик моддалар қаторига антибиотиклар, энзималар, зардоблар киради. Антибиотикларга олитетрин, стрептомицин, тетрациклин, фермент препаратларига трепсин, химотрепсин, химопсин, зардоб препаратларига эса антитоксинлар ва анатоксинлар киради.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Экзоген ва эндоген инфекция ҳақида нима биласиз?
2. Жарроҳ қўлини зарарсизлантириш усулини айтиб беринг.
3. Операция майдонини тозалаш тўғрисида нима биласиз?
4. Антисептика турларини айтинг.

ДЕСМУРГИЯ

Десмургия ҳақида боғламлар турлари ҳақида.

Десмургия (грекча десмес — боғлам, ергон — иш демакдир) — боғламлар қўйиш ҳақидаги таълимот.

Боғлам деганда яралар ва тери сатҳининг паталогик ўзгаришларини ташқи муҳитдан сақлаб турувчи тадбирлар комплекси тушунилади. Боғламлар шикастланган органларнинг иммоблизацияси учун ҳамда қон тўхтатиш мақсадида қўйилади. Боғламлар икки хил бўлиб, юмшоқ боғламлар ва қаттиқ боғламларга бўлинади.

Танага қўйилган боғлам икки қисмдан иборат бўлади: биринчиси ярани даволовчи ва иккинчиси боғламни тутиб турувчи қисмлар. Уларни биринчиси бинтли боғлам бўлса, иккинчиси тўрли бинт, трикотажли бинт, эластик бинт. Юмшоқ боғламлар қуйидагиларга бўлинади: елимли, лейкопластирли, косинкали, каллоидли ва бинтли боғламлар.

Қаттиқ боғламлар гипсли, крахмалли ва декстринли боғламларга бўлинади.

Юмшоқ бинтли боғламлар қўлланилишига қараб қуйидаги турларга бўлинади:

1. Оддий юмшоқ (ҳимоя қилувчи, даволовчи) боғлам.
2. Қон тўхтатувчи (сиқиб турувчи) боғлам.
3. Иммоблизация қилувчи (ҳаракатсизлантирувчи) боғлам.

Юмшоқ бинтли боғлам қўйишнинг қоидалари:

1. Беморга боғлам қўйилаётганда ҳамшира учун бемор қулай ҳолатда бўлиши керак (ўтириши ёки ётиши).

2. Бемор ҳаракат қилмаслиги керак.

3. Тананинг боғлам қўйилаётган қисми тинч туриши, мушаклар тортилмаслиги керак.

4. Боғлам қўйилгач тана боғлангандан кейин ҳаракат қилишга ҳалақит бермаслиги керак.

5. Боғлам қўйилаётган бемор ҳамширага юзма-юз туриши ва аҳволини тиббиёт ходими кузатиб туриши лозим.

6. Ўраётган вақтда бинт очик бўлиши ва кейинги ўрам олдинги ўрамнинг 1/3 ёки 2/3 қисмини ёпиб бориши керак.

Юмшоқ боғламларнинг турлари:

Елимли боғлам. У кичикроқ шикастларда ва операцион жароҳат соҳасида қўлланилади. Бунда жароҳатланган аъзодаги яра атрофи устара билан қирилади.

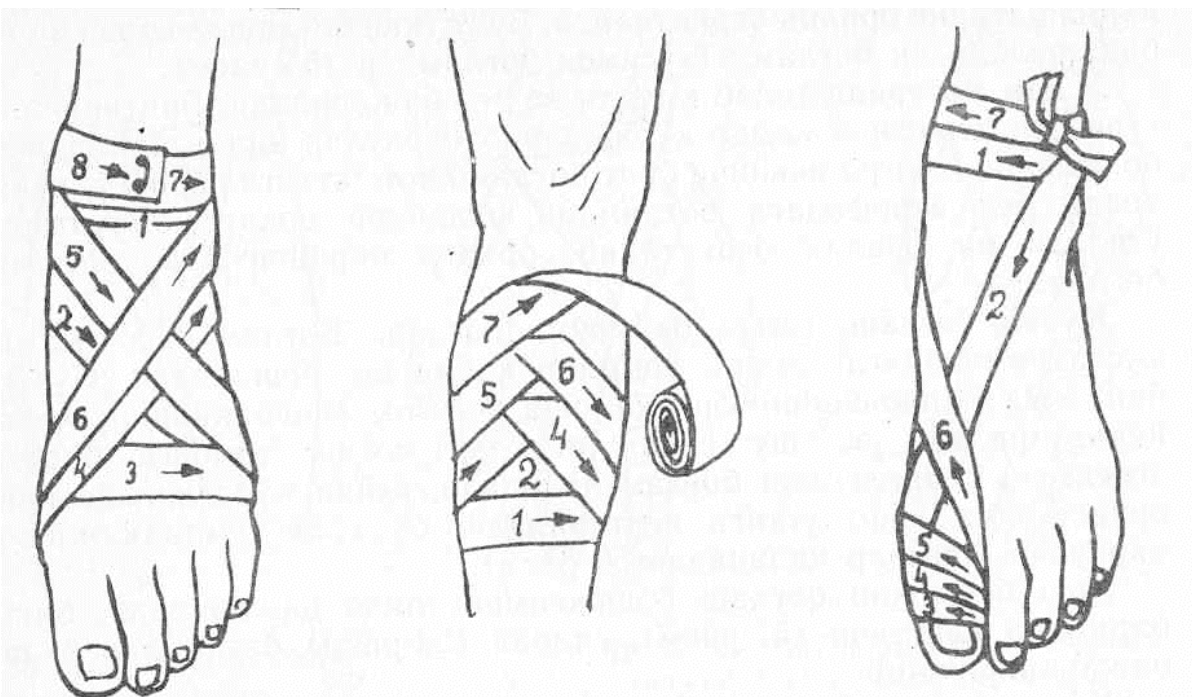
Лейкопластирли боғлам. Унинг ёрдамида жароҳатга қўйиладиган боғлов материалыни бир неча ёпишқоқ пластир (лейкопластир) билан терининг соғлом жойига маҳкамланади.

Клеолли боғлам. Бунда жароҳат боғлам билан беркитилади. Боғлам атрофидаги терига клеол суртилади ва оз-моз қуришиб қўйилади. Боғламни ва клеол суртилган тери соҳаларини дока билан беркитилади, салфетка четларини терига маҳкам босилади.

Каллоидли боғлам. Бунинг олдинги боғламдан фарқи шундаки, бунда докани терга клеол билан эмас, балки каллодий (спирт ва эфир аралашган нитроклетчатка эритмаси) билан ёпиштирилади. Бундай боғлам 7-8 кунгача тушиб кетмайди.

Косинкали боғлам. Бу боғлам учбурчак шаклидаги боғлов материалы бўлиб, асосан бўз, оқ сурп ёки докадан тайёрланади. Бундай боғламнинг энг узун томони косинканинг асоси, унинг рўпарасидаги бурчаги-тепаси, қолган иккита бурчаги учлари дейилади. Косинка кўпинча қўл ёки умров суяги шикастланганда елкани, бошни, сут безини, чанок суягини (плавка типиди) ва оёқ панжаларини боғлаш учун ишлатилиши мумкин (5-расм).

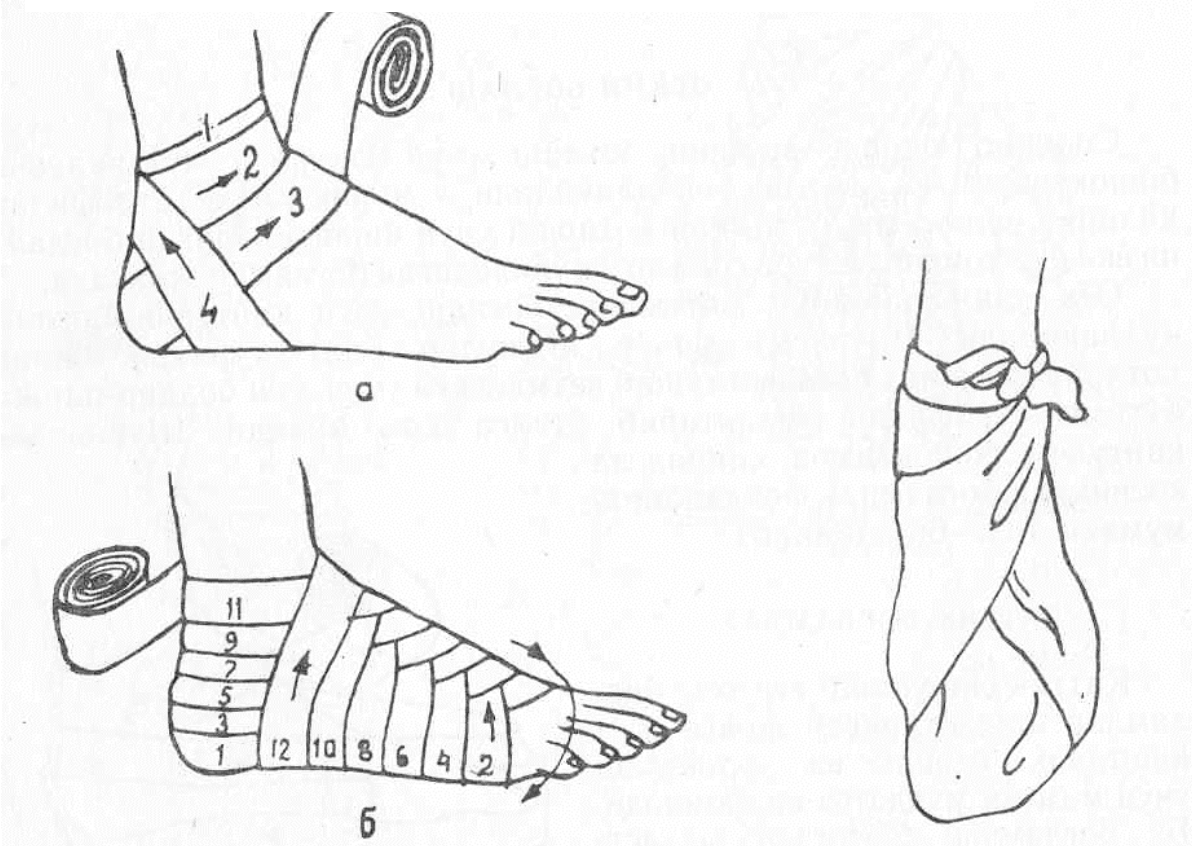
Эластик тўрсимон-ғовак бинтлар. Фабрикада №0 дан №6 гача бўлган 7 номерда ишлаб чиқилади. Бу бинтларни тананинг ҳар қандай жойига қўйиш мумкин.



1-расм. Товон бўғимиغا қўйиладиган крестсимон боғлам.

2-расм. Болдирга қўйиладиган спиралсимон боғлам.

3-расм. Панжа бош бармоғига қўйиладиган боғлам.



4-расм. Товон соҳасига қўйиладиган 8-симон (а) ва тошбақасимон (б) боғлам.

5-расм. Товонга қўйиладиган косинка боғлам.

БИНТЛИ БОҒЛАМЛАР

Қамбар бинтлар (эни 3-5-7 см). Оёқ ва қўл бармоқларини боғлаш учун ишлатилади.

Эни ўртача бинтлар (10-12 см). Бош, панжа, билак, болдирни боғлаш учун ишлатилади.

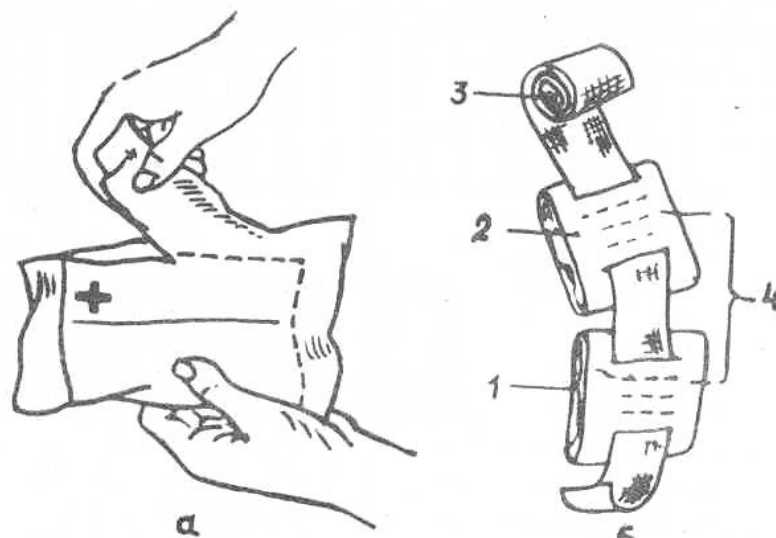
Сербар бинтлар (эни 14-18 см). Кўкрак қафаси, сут безлари, сонни боғлаш учун ишлатилади.

Бинтлар медицина фабрикаларида тайёрланган бўлади ёки уларни қўлда докадан қирқиб тайёрласа ҳам бўлади. Боғламларни тўғри боғлаш учун қуйидаги талабларга амал қилиш керак:

1. Қўйиладиган боғлам стерилланган бўлиши керак.
2. Бинтли боғлам гавданинг касал қисмини беркитиб туриши керак.
3. Боғлам гавдага зич ёпишиб туриши керак.
4. Боғлам лимфа ва қон айланишини бузмаслиги керак.
5. Қўйилган боғлам беморга халақит бермаслиги керак.

Бинтли боғламларнинг қуйидаги турлари бор:

1. Сопқонсимон.
2. Т-симон.
3. Циркулсимон.
4. Спиралсимон.
5. Ўрмаловчисимон.
6. Крестсимон ёки саккизсимон.
7. Бошоқсимон.
8. Тошбақасимон.
9. Нўхатсимон.
10. Иккала кўзни боғлаш (бинокуляр).
11. Неополитанча (1-, 2-, 3-, 4-расмлар).



6-расм. Индивидуал пактни: а – очиш ва боғлашга тайёрлаш, б – 1, 2 – докали ёстикча, 3 – бинт, 4 – ёстикчалар.

ҚАТТИҚ БОҒЛАМЛАР

1. Гипсли боғламлар. Бу боғламлар оёқ ва қўл, шунингдек чанок ва елка суяклари чиққан ёки синганда ишлатилади.

Гипсли боғлам икки хил қўйилади. Биринчи гипсли боғлам бўлиб, бунда синган суяклар силжиб кетмаслиги учун ишлатилади (фиксация). Иккинчи – лангетли боғлам. Бунда синган суяклар бир-бири билан бирикиб, суяк яраси (мозол) пайдо бўлгандан кейин қон айланишини яхшилаш мақсадида тери тўқималарининг бир ёки икки тарафи очиб қўйилади.

2. Крахмалли боғлам. У усти йиринглаб турган жараларга ёпишиб қолмаслиги учун декстринли боғлам ҳам шу мақсадда ишлатилади.

Таянч атамалар.

Боғламларнинг турлари, юмшоқ боғламлар, бинтли, дока-бинтли. Косинкали, эдластик, тўқимали, бинтлар, бинтли боғлаш турлари, айланма, спирал, ўрмаловчи, бошоқсимон, тошбақасимон, соққонсимон, ёпишқоқ, Т-симон, қаттиқ боғламлар, гипсли, крахмалли, декстринли, боғламларнинг турлари, аҳамияти, қўлланилиши, кўрсатмалар, монеликлар.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Боғлам ҳақида, турлари ҳақида тушунча беринг.
2. Юмшоқ боғлам турларини айтинг.
3. Бинтли боғлам, бинт турлари ҳақида тушунча беринг.
4. Қаттиқ боғламлар турларини айтинг.

ХИРУРГИЯ БУЛИМИНИНГ ТУЗИЛИШИ ВА УНДА ТИББИЙ ХАМШИРАНИНГ ИШИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Хирургия бўлимининг тузилиши ҳақида.

Хирургия муассасаларида беморларни “тоза” ва “йирингли” беморларга бўлиниб, шу муносабат билан тоза ва йирингли хирургия тафовут қилинади.

Тоза хирургия йирингли ва яллиғланиш касалликлари (буқоқ: меъданинг яра касалликлари, ҳавфсиз ва ҳавфли ўсмалар) бўлмаган беморларни даволаш билан шуғулланади.

Йирингли хирургия касаллашиб келишига инфекция (остеомиелит, ўпка абцесси, флегмена каби) сабаб бўлган беморларга ёрдам беради.

Умумий хирургик бўлимларда беморлар ётадиган хонанинг кенглиги бир ўринга 6,5 - 7,5 м² ни ташкил қилиши керак. Хоналарда 2-4 тадан ўрин бўлиши мақсадга мувофиқдир.

Палаталардан ташқари бўлимда қўшимча боғлов ва манипуляция хоналари, боғлов хоналари, ошхона, буфет, ваннахона, тиббиёт ходимлари учун санитария шахобчаси, хамширалар ва шифокорлар хоналари бўлиши керак.

Қабулхона бўлими. Беморларни қабулхона бўлими орқали қабул қилиниб, уларни бирламчи сараланади. Беморлар касалликни характериға кўра тегишли бўлимиға (профилиға) ётқизилади. Қабулхона бўлими регистратура, беморларни бирламчи кўздан кечириш кабинети ва ваннахонаси касалхонанинг тоза кийимини сақлаш хонасидан иборат. Қабулхона бўлимида 1-2 та диагностика палаталари, шунингдек инфекцион беморлар учун изолятор бўлиши муҳим ҳисобланади.

Хирургик бўлимлар 2-4 ўринли ва оғир касаллар учун 1-2 ўринли бўлиши керак:

1. Касал учун қулай бўлиши.
2. Беморларни осон парвариш қилишини таъминлаш.
3. Бир жойдан иккинчи жойға осон сурилиши.
4. Сақлаш учун қулай бўлиши.
5. Мебеллар касалларнинг турли ёшдаги гуруҳлари мувофиқ бўлиши.
6. Ювилганда ва дизэнфекцияланганда ишдан чиқмаслиги керак.

Касалхонада металл краватлар, айниқса ғилдираклиси жуда қулай ҳисобланади.

Операцион блок махсус ажратилган жойда бўлиб, жарроҳлик ҳамда интенсив терапия бўлимлари билан коридор орқали туташган бўлиши ва

операцион блок хирургик бўлим ҳамда озиқ-овқат шаҳобчасидан узоқда бўлиши керак. Унинг деразаси эса шимол ва шимолий-ғарб томонга қаратилган бўлиши керак.

Хирургик ёрдамнинг мақсадига қараб, қўшимча рентген, сунъий қон айланиш ва буйрак, эмдескопик, бикс қўйиш хоналари ташкил қилинади.

Йирик даволаш муассасаларида операцион блок 2 системага бўлинади: марказлашган, марказлашмаган.

Марказлашган системада ҳамма операцион хоналар бинонинг маълум қаватида жойлашади.

Марказлашмаган системада операцион хоналарда ҳар бир хирургик бўлим учун айрим-айрим операция хоналари ташкил қилинади.

Операция хоналарини деворлари сувга чидамли материаллардан ишланиши керак ва уларда чанг, хашоратлар кирадиган тиркишлар бўлмаслиги керак. Пол ва шип, деворларнинг бир-бирига туташган жойлари текис, юмалоқланган бўлиши керак, ювилганда дезинфекция қилинганда айнамайдиган бўлиши лозим. Деворлари оч яшил, яшил-кўк ва кўнғирроқ кафел ёки мрамор тош плиткалар билан ёпилиши керак.

Операция хоналари ҳамма вақт хўллаш усулида 1% ли хлорамин Б, 3% ли водород перексид, 0,5% ли ювиш воситалари, 0,8% ли деоксан билан тозаланади. Операция пайтида одатдаги тозалов, операция тугагандан кейин хонани тозалаш кундалик тозалаш ва ҳафтанинг операция бўлмайдиган кунлари режа бўйича энг катта тозалов ўтказилади.

Боғлов хоналарида йод настойкаси, спирт, 0,5% ли нашатир спирти эритмаси, физиологик эритма, 10% ли ош тузи эритмаси, 5% ли калий парманганат эритмаси, 0,5-1% ли новокаин, водород пероксид, 1% ли зелёнка, 1:5000 фурацилин эритмаси, вазелин, вишневский суртмаси, стрептоцид мази, 5% ли синтомиция эмульсияси, антибиотиклар клеол бўлиши керак. Боғлов хонасида бундан ташқари наркоз бериш ва маҳаллий оғриқсизлантириш учун зарур сабаб ва материаллар, ҳар-хил жгутлар, бинтлар, пахта ва ошқозон ювиш учун асбоблар, резина қўлқоплар бўлиши керак.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Хирургия муассасаларининг тузилиши ҳақида нима биласиз?
2. Қабулхона бўлимининг тузилиши, хирургия бўлимининг тузилиши ҳақида тушунча беринг.
3. Операцион блок иши ҳақида тушунчага эга бўлиш.

ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Оғриқсизлантириш турлари ҳақида.

Операциядан олдин оғриқни йўқотмасдан қилинмайди. Шунинг учун оғриқсизлантириш қўлланилади. **Оғриқсизлантириш** деганда оғриқ сезгисини қолдириш мақсадида қўлланиладиган тадбирлар тушунилади.

Оғриқсизлантириш турлари:

1. Умумий оғриқсизлантириш в/в, тўғри ичак хидлатиш.
2. Маҳаллий оғриқсизлантириш (операция қилинадиган жойни ўзини оғриқсизлантирилади).
3. Аралаш ёки комбинацион оғриқсизлантириш. 2 та наркотик модда қўллашлар.

Умумий оғриқсизлантириш, (наркоз).

Сунъий воситаларни қўллаб, МНС чуқур тормозлантиришга айтилади.

Бунда

- а) беҳушлик;
- б) сезгини йўқолиши;
- в) ҳаракатсизланиш;
- г) шартли ва айрим шартсиз рефлексларни йўқолиши кузатилади.

Наркотик моддаларни организмга киритиш йўлига қараб наркоз қуйидагиларга бўлинади:

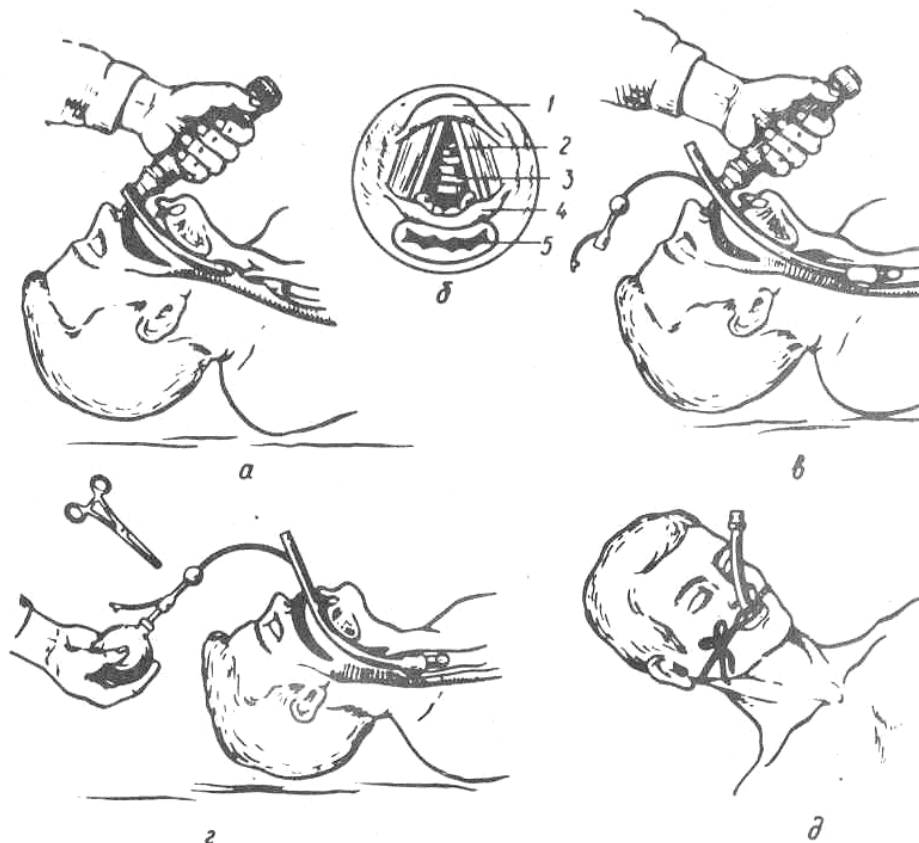
- а) ингаляцион – наркотик модда организмга нафас йўли орқали юборилади;
- б) ноингаляцион – наркотик модда организмга бошқа йўллар орқали в/в, тўғри ичак орқали юборилади. (болаларда);
- в) комбинациялашган – наркоз аввал бир наркотик модда бериш билан бошланиб, уҳлагандан кейин иккинчи модда билан давом эттирилишига айтилади (7-расм).

Ингаляцион наркоз учун суюқ, газ ҳолатидаги наркотик моддалар юборилади:

Суюқ моддалар: эфир, хлорэтил, хлороформ, флюотан.

Газсимон моддаларга: азот I-оксид, циулопропан нарцилен, этилен.

Таъсири: Мия қобиғи ва қобиғ ости марказини тормозлайди.



7-расм. Оротрахеал интубация бажариш босқичлари.

а – тўғри ларингоскопия; *б* – ҳалқум кўриниши: 1-ҳалқум қопқоғи, 2-овоз пайлари, 3-овоз ёриғи, 4-чўмичсимон тоғай, 5-қизилўнгачга кириш; *в* – трахея интубацияси; *г* – эндотрахеал най манжетасини шишириш; *д* – эндотрахеал пайни интубациядан сўнг мустаҳкамлаш.

Маҳаллий оғриқсизлантириш.

Маҳаллий оғриқсизлантириш бемордан эс-хуши сақланиб қолингани ҳолда операцион майдон соҳасидагина оғриқ сезувчанликни йўқотиш тушинилади.

Маҳаллий оғриқсизлантириш турлари:

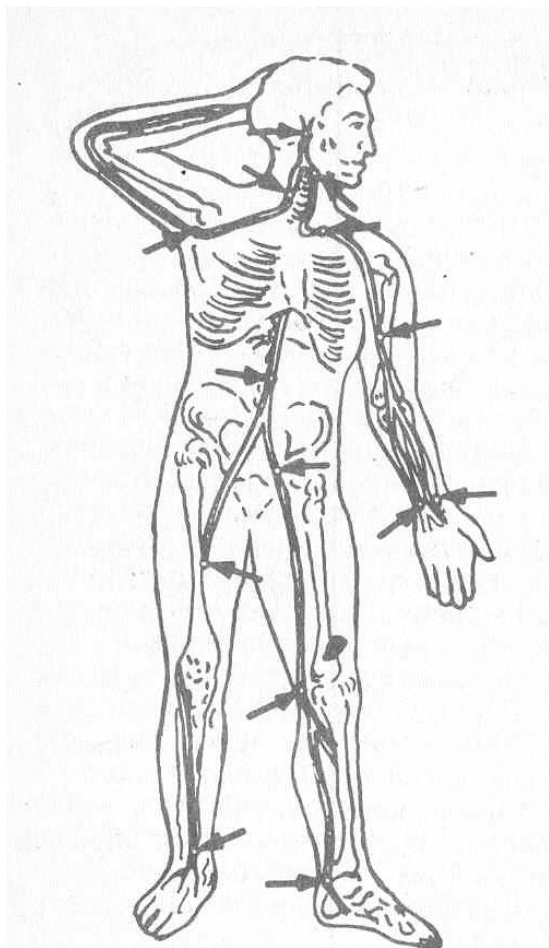
1. Дори суртиб анестезия қилиш.
2. Инфильтратцион анестезия.
3. Футляр (ниқоб) анестезия.
4. Регионар анестезия.
5. Вена ичи, артерия ичи анестезия.
6. Сулх ичи анестезия.
7. Совутиш билан анестезия қилиш.
8. Передурал анестезия.
9. Орқа мия анестезияси.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Оғриқсизлантириш нима?
2. Умумий оғриқсизлантириш турлари ҳақида нима биласиз?
3. Маҳаллий оғриқсизлантириш турлари ҳақида нима биласиз?

ҚОН КЕТИШ

Қон кетиш ҳақида, белгилари ва биринчи ёрдам ҳақида.



8-расм. Артерияларни суякка босиб қонни вақтинча тўхтатиш нуқталари (а, б).

Қон кетиш деб қон тўқимасининг ўз йўлидан, яъни қон томир деворининг бузилиши (ёрилиши, кесилиши, йиртилиши) натижасида ташқарига ёки бирон бўшлиққа (кўкрак бўшлиғи, қорин бўшлиғи, бош суяги ичи, бўғимларга) оқиб чиқишига айтилади.

Қон кетиши анатомик нуқтаи назардан артериал, веноз, капилляр, паренхиматоз бўлса, сабабига кўра механик (кесилганда, томир шикастланганда), нейротрофик (қон томир деворининг юпқалашиши ва ўтказувчанлиги ошиши, яъни озиқланишнинг бузилиши натижасида, сепсис, скарлатина, цинга касалликлари оқибатида) содир бўлади.

Клиник жиҳатдан ташқи, ички, яширин, қон кетиш турлари мавжуддир.

Қон кетиши вақтига қараб

қуйидагиларга бўлинади: бирламчи (шикастланиш рўй бериши биланок). Эрта иккиламчи қон кетиши шикастланишдан кейинги дастлабки соатларда ва кунларда.

Қон кетишининг клиник кўриниши қуйидагиларга боғлиқ: шикастланиш турига, шикастланиш ўлчовига, қон томир турига, унинг диаметрига, қоннинг қаёққа оқишига. Артериал қон кетишида юракдаги босим ҳисобига шикастланган томирдан қон фонтандай отилиб чиқади. Артериал томирлардаги қон кислородга тўйинган бўлганлиги сабабли қоннинг ранги авлон рангда бўлади. Бундай қон кетиш қисқа вақт ичида ўткир камқонликка олиб келади ва унинг натижасида қуйидаги ҳоллар кузатилади:

1. Артериал қон босимининг прогрессив пасайиб кетиши.
2. Бош айланиши.
3. Кўз олди қоронғилашиши.
4. Кўнгил айланиши.
5. Қусиш.
6. Ҳушдан кетиш.

Веноз қон кетишда эса қон ранги кўкимтир бўлади ҳамда пульсация йўли билан оқади. Бунинг сабаби шундаки, вена қон томирларида босим паст бўлади ва қон хужайралардаги чиқиндилар билан тўйинган бўлади. Веноз қон кетишидаги асоратлар каби ҳоллар кузатилади.

Қон кетиш турларида врачгача биринчи ёрдам.

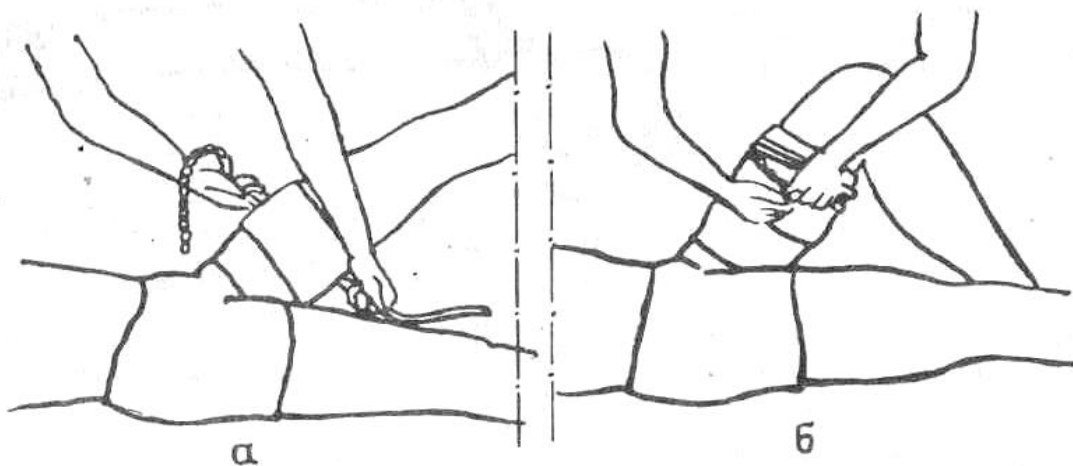
Артериал қон кетишда қон кетаётган томир босиб турилади ёки босиб турувчи боғлам қўйилади, юқориқдан жгут билан боғланади. Босимни пасайтириш учун қўл ёки оёқдаги шикастланган соҳани кўтариб қўйиш керак. Веноз қон кетишида ҳам босиб туриш, босиб турувчи боғлам қўйиш ва жгутдан фойдаланиш мумкин, аммо шикастланган қон томир қўл ёки оёқда бўлса, кўтариб қўйиш тақиқланади, чунки веноз қон томирларида қон клапанлар ҳисобига юради.

Иккала қон кетиш турида ҳам жгут 2 соатдан ортиқ туриши мумкин эмас.

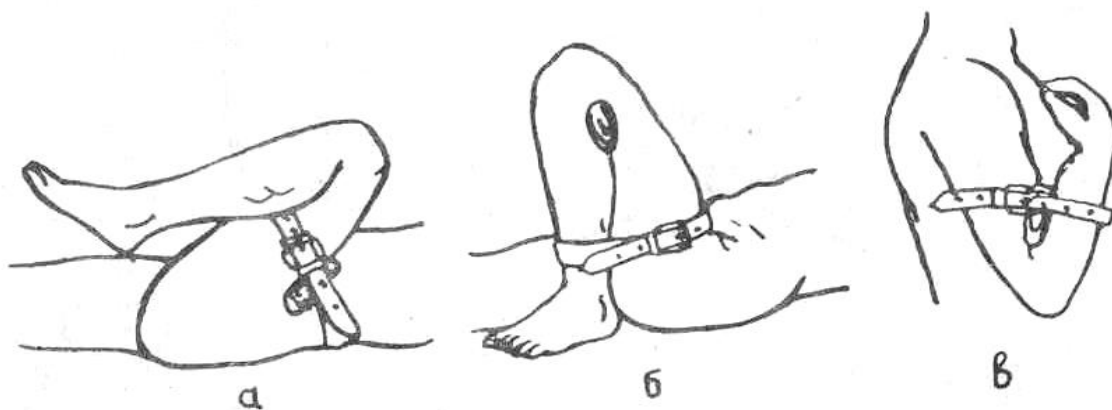
Паренхиматоз ёки капилляр қон кетишида шикастланган соҳага компрес ёки музли халтача қўйилади. Барча қон кетиш турларида умумий қон кетишини тўхтатиш учун химиявий препаратлар ҳам қўлланилади (аминокапрон кислотаси, дицинон ва ҳ.к.).

Такрорлаш учун саволлар:

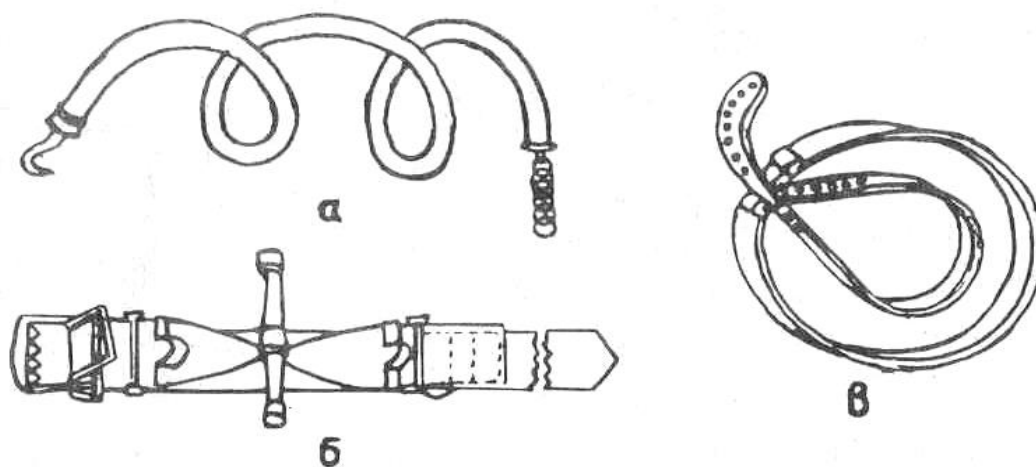
1. Қон кетиш деб нимага айтилади?
2. Қон кетиш белгиларини айтинг.
3. Қон кетганда врачгача биринчи ёрдамни айтинг.



9-расм. Эсмарх жгути ёрдамида тизза ости артериясидан қон оқишини тўхтатиш (а, б).



10-расм. Оёқни ўртача букиб сонда (а), тиззада (б) ва билакда (в) қонни вақтинча тўхтатиш.



11-расм. Жгутлар тури:
а – Эсмарх; б – ҳарбийлар учун; в – камар.

ТРАВМАТИК ШОК

Шок ва унинг фазалари, кўрсатиладиган биринчи ёрдам ҳақида.

Шок – французча **choc** – зарба деган маънони билдиради.

Шок деганда ҳаётни системалар функциясининг тўсатдан прогрессив пасайиб кетиши тушунилиб, унинг келиб чиқишига микроциркуляция билан тўқималарнинг кислородга тўйинишининг номуносиблиги сабаб бўлади. Асосан, хаддан ташқари кучли таассуротлар натижасида нерв, индокрин, қон айланиши, нафас системалари фаолиятининг ҳамда моддалар алмашинувининг бузилиши билан ҳаракатланадиган ҳавфли ҳолат.

Шокнинг турлари:

1. Травматик шок:

а) **Механик таъсир натижасида**, яъни инсон жароҳатланганда, шикастланганда, жарроҳлик муолажаларида ва тўқималарнинг эзилиши натижасида вужудга келади.

б) **Куйиш шоки**, яъни бунда инсон термик ва кимёвий куйишидир.

в) **Электр таъсиридан бўладиган шок.**

г) **Совуқдан бўладиган шок.**

2. **Геморрагик ва гиповолемик шок:** яъни инсон кучли сувсизланиши ва кўп қон кетиши натижасида юзага келади.

3. **Кордиоген шок:** миокард инфаркти, аритмия, ўткир юрак етишмовчилиги натижасида вужудга келади.

4. **Токсик инфекцион шок:** яъни граммусбат ва грамманфий инфекциялар.

5. **Анафилактик шок.**

Травматик шок демак, кўпинча бош, кўкрак, қорин, чанок, оёқ, қўллар ва оғир шикастланишларда ва тананинг кўп қисми куйганда травматик шок ҳолати деб айтиладиган шок деб кузатилади.

Травматик шок икки фазадан иборат: **эректил ва торпид.**

Эректил фаза шок реакциясининг бошланишида пайдо бўлади. Бу пайтда беморнинг юзи оқарган, куз қорачиғи катталашган, қон босими нормада ёки ошган, бемор безовталанади, ўзининг оғир аҳволини ҳис этмайди, гоҳида безовталаниши кучайиб, ўрнидан сапчиб туриб кетади ва уни тутиб қолиш қийин бўлади. Агар эректил фаза қанчалик кучли бўлса, торпид фаза шунчалик оғир бўлади. Торпид фазада беморнинг аҳволи оғирлашади. Нафас олиши тезлашади, кўнгли айнийди. Модда алмашинуви кескин бузилади.

Белгиларининг оғирлигига қараб шок 4 босқичга бўлинади.

1. Енгил бўлиб, шокка қарши қилинган ҳаракат самарасини беради.
2. Ўртача оғирликда тери сатхи оқарган, нафас олиш юзаки ва бузилган аъзолар фаолиятини ўз ҳолига келтириши учун шокка қарши қунт билан даволаш ўтказиш лозим.
3. Оғир формаси. Тери сатхи оқарган ёки кўкарган, бемор ўта суст ҳарорати пасайган. Тананинг ҳамма функционал белгилари жуда нотекис, реанимацион тадбирларини талаб қилади.
4. Агонал олди ва агонал ҳолатлар. Нафас олиш жуда суст, периферик томирлар уриши қон босими аниқланмайди. Бу ҳолатни тиклаш оғирроқ.

Шикастланишнинг хусусияти ва жойига қараб организмда маҳаллий ва умумий ўзгаришлар кузатилади.

Маҳаллийда шикастловчи агент таъсирига унинг кучи, даврига боғлиқ бўлиб, бунда организмнинг реактивлиги катта аҳамиятга эга.

Умумийда эса асбоб система, қон айланишининг, нафас олишнинг, жигар, буйрак системаларининг, индокрик модда алмашинувининг бузилиши билан характерланади.

Травматик шок шикастлангандан бир неча минут кейин 24 соат баъзан ундан ортиқроқ вақт давомида рўй бериб, беморнинг аҳволи жуда оғир бўлади. Шокнинг олдини олиш учун зудлик билан медицина ёрдами чақирилиши врач келгунча беморга биринчи ёрдам кўрсатилиши шикастланишга сабаб бўлган омиллар: ёнаётган кийим-бошни ўчириш ва қулаб тушган жой остида қолиб кетган кишиларни қутқариб олиш ва бошқаларни бартараф этиш қон оқимини тўхтатиш қўл-оёқ шикастланганда уларни вақтинча тахтакачлаб қимирлатмай қуйиш. Демак, шикастлангач, кишига тегишли ёрдам кўрсатгач уни зудлик билан касалхонага олиб бориш керак.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Шок ва унинг турларини санаб беринг.
2. Шок фазалари белгиларини айтинг.
3. Шок босқичларини айтинг.

ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАР

Очиқ шикастланиш ҳақида, жароҳатлар ҳақида.

Тери ёки шиллиқ парданинг механик таъсир натижасида жароҳатланиш очиқ шикастланиш дейилади. Бундай таъсир натижасида анча ичкарида жойлашган тўқималар ҳам зарарланиши мумкин.

Шикастланиш оқибати (прогноз) қуйидагиларга боғлиқ:

- 1) қон кетиши миқдорига;
- 2) травматик шикастланишнинг енгил-оғирлигига;
- 3) маҳаллий инфекция бор-йўқлигига;
- 4) ҳаётий аъзоларга шикаст етишига.

Очиқ шикастланишларнинг клиникаси маҳаллий ва умумий симптомлардан иборатдир:

а) маҳаллий-оғриқ, тери бутунлигининг бузилиши, жароҳат, унинг очилиб туриши, қон кетиши;

б) умумий ўткир анемия, шок, инфекция, оғриқ зарарланган зонанинг нерв билан қанчалик таъминланганлигига ва таъсир этган жисмнинг ўткир ёки ўтмаслигига, жароҳатнинг юза ва чуқурлигига, унинг йириклигига боғлиқ.

Жароҳат таснифи

Шикастланишлар (жароҳатлар) келиб чиқиш хусусиятларига, тўқималарнинг зарарланиши характерига кўра қуйидагиларга бўлинади: кесилган, санчилган, чопилган, уриб олинган, эзилган, йиртилган, лат еган, тирналган, тишланган, ўқ теккан, тешиб ўтилган аралаш.

Клиник белгиларига кўра жароҳатлар турли хил бўлиши мумкин. Жароҳатлар янги ёки кечиккан бўлади. Янги жароҳат деб 24 соат ичида беморга биринчи жарроҳлик муолажаси ўтказилишига айтилади, агар бемор жароҳат олгандан кейин 24 соат вақт ўтказиб, врачга учраса, у кечиккан жароҳат дейилади. Жароҳат бирламчи ва иккиламчи битиши мумкин, агар йиринглаб битса иккиламчи, йирингламаса бирламчи бўлади.

Биринчи ёрдам. Шикастланган беморга биринчи ёрдам кўпинча тиббиётга алоқаси бўлмаган кишилар томонидан кўрсатилади, чунки врач ўрта тиббиёт ходими шикастланган бемор ёнидан бирга бўлмаслиги табиий ҳолдир. Бунда қуйидаги қоидаларга амал қилиш керак:

- 1) жароҳатни ювилганқўл билан ушлаш бутунлай ман этилади;
- 2) боғлам қўйилгач, уни маҳкамлаш учун иложи бўлса эластик бинтлар қўйиш фойдалидир;
- 3) қонни тўхтатиш учун қўл ёки оёқни кўтариб қўйиш ва боғлам қўйиш даркор.

Агар шунда ҳам қон тўхтамас, жгут қўйилади. Жгут дом ҳам тўғри қўйилавермайди, у венада қон димланиб қолишига олиб келади. Жгут қўйилгандан сўнг албатта вақтини ёзиб қўйиш керак;

- 4) қоқшолга қарши эмдори қилиш (ПСС, ПСА) ни эсдан чиқармаслиги керак;
- 5) бемор узоққа жўнатилаётган бўлса, оғриқ қолдирувчи дорилар қўлланилади.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Очиқ шикастланиш деб нимага айтилади?
2. Очиқ шикастланишнинг маҳаллий ва умумий белгиларини айтинг.
3. Жароҳат турларини айтинг.
4. Шикастланганларга биринчи ёрдам беришда қандай қоидаларга амал қилиш керак?

ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАР

Ёпиқ шикастланишлар белгилари, биринчи ёрдам ҳақида.

Ёпиқ шикастланишларнинг турлари:

- 1) лат ейиш;
- 2) чўзилиш;
- 3) узилиш;
- 4) чайқалиш;
- 5) қисилиш;
- 6) суяклар чиқиши;
- 7) суякларнинг ёпиқ синиши;
- 8) узоқ сиқилиш синдроми;
- 9) қорин бўшлиғидаги ёпиқ шикастланишлар;
- 10) кўкрак бўшлиғидаги ёпиқ шикастланишлар;
- 11) чанок бўшлиғидаги ёпиқ шикастланишлар.

Лат ейиш деб аъзо ва тўқималарнинг бирор тумтоқ нарсаларга урилиши натижасида тери бутунлигининг бузилмай зарарланишига айтилади. Белгилари: оғриқ, шиш. Оғриқ ўша заҳоти рўй берса, шиш ва қон талашлар 2-3 кундан кейин юзага чиқади. Албатта, маҳаллий тана ҳароратининг кўтарилиш ҳам табиий ҳол. Лат ейиш оғирроқ бўлса организмда умумий ўзгаришлар, тана ҳароратининг ошиши ҳам бўлиши мумкин. Давоси: аввало тинчлик, шикастланишдан сўнг дастлабки соатларда шиш кўпайиб кетмаслиги учун муз ва совуқ компресс қўйиш керак. Шиш камайгандан кейин, яъни 2-3 суткаларда физиотерапия ва иссиқ муолажалар, кейин массаж ва ҳаракат машқлари тавсия этилади. Агар қон тўпланиб қолган бўлса, пункция қилиб олиб ташланади. **Узилиш** бир қатор тўқималарнинг зарарланиши бўлиб, карама-карши куч тортилиши натижасида вужудга келади. Пай чўзилиши, мускул қон томир узилишлари содир бўлади. Тўқималар кучидан ортиқ куч ишлатилса, узилиш юзага келади. Узилиш кутилмаган тасодифларда, яъни югуриш, йиқилиш, оғир юк кўтаришларда содир бўлади. Кўпинча болдир, панжа бўшлиғига қон қуйилиши (гемоартроз), бўғим шишиб кетиши кабилардир. **Давоси:** дастлабки даврда совуқ компресслар, муз, боғлам, қолаверса гипсли боғламлар қўйилади. Оғир ҳолларда жарроҳлик операцияси ўтказилади.

Чўзилиш. Чўзилиш сабаблари ва клиник белгилари лат ейиш ва узилишга жуда ўхшаб кетади. Давоси: тинчлик, боғлам қўйиш, иммобилизация, учинчи ҳафтага бориб ҳаракат машқлари ва даволаш физкультураси қўлланилади.

Чайқалиш. Асосан бош мия чайқалиши чайқалишлар орасидаги энг оммабоп кўриниш бўлиб, муҳим функционал ва морфологик ўзгаришларга олиб келади. Шунингдек, қон томир, нерв, ички органларнинг қисилишлари ҳам мавжуддир. Сабаблари: қаттиқ шикастланганда (урилганда, йиқилганда), узоқ вақт вибрация берувчи аппарат (электроперфоратор, оғир автомобиль рулини бошқариш) билан ишлаганда юзага келади. Белгилари: бошда бўлса қисқа вақтга ҳушдан кетиш, (ретроградная амнезия), агар кўкракда бўлса, ўша соҳада қаттиқ оғриқ, электр аппарати ёки руль таъсирида бўлса, қўлларининг қалтираши кузатилади. Давоси: тинчлик, таъсир этувчи омилни бартараф қилиш, симптоматик ва умумий ҳамда жароҳлик муолажасини ўтказиш каби даво усулларида фойдаланилади.

Суяклар чиқиши. Чиқиш деб бўғим юзаларининг силжиб, узоқ вақт давомида нофизиологик бир-бирига нисбатан нотўғри туриб келишига айтилади. Силжиш натижасида бўғим юзалари бир-бирига тегмай қолса: тўла чиқиш, қисман тегиб турса, тўла олмаган чиқиш дейилади. 50%дан ортиқроқ чиқиш елка бўғимида учрайди, кейин тирсак, сон, тизза чиқишлари ва энг кам учрайдиган панжалар чиқишидир. *Чиқишлар* ичида *туғма чиқиш*, яъни бола ҳаётининг она қорнидаги даврида юз беради. *Ортирилган чиқиш* травма натижасида рўй беради, шунингдек, *паталогик чиқиш* касалликлари натижасида (туберкулёз, остеомиелит, ўсма) юзага келади. Клиник белгилари: бўғим соҳасида кучли оғриқ, айниқса, ҳаракат қилаётганда қисман ёки бутунлай ҳаракат қилолмаслик. Ҳаракат қилишга ўриниб кўринганда оғриқнинг ошиши, қўл ва оёқ бўлса бўғимларнинг кичрайиб қолиши кузатилади (асимметрия). Ташхиси рентгенография ёрдамида қўйилади. Давоси: чиққан суякни солиш бўлиб у малакали ёрдамга муҳтождир, чунки уни ўзбошимча даволаш, билиб-билмай уриниб кўриш ярамайди. Агар бўғимдан суяклар силжиганига шубҳа туғилса, муолажани тезда бажариш керак, 3-5 кундан кейин жойига солиш қийин бўлади. Елка суягини Матт, Гиппократ, Коххер, Жанилидзе усулида солиш, сон суягини Жанилидзе усулида, жағни Гиппократ усулида солиш ва чиққан суякларни кечиккан бўлса, жарроҳлик усулида солиш каби даволаш турлари мавжуд.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Ёпиқ шикастланишлар турларини айтинг.
2. Лат ейиш, узилиш, чўзилиш белгилари давосини айтинг.
3. Чайқалиш белгиси давосини айтинг.
4. Суяклар чиқиши, турлари, белгилари ва биринчи ёрдамни айтинг.

КУЙИШ, СОВУҚ УРИШ, ЭЛЕКТРДАН ШИКАСТЛАНИШ

Куйиш, совуқ олиш ва электрдан шикастланиш ҳақида.

Куйиш. Куйиш термик, кимёвий, электрик ёки нур таъсирида вужудга келадиган шикастланишлардир.

Термик куйиш бошқа куйишларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Тўқиманинг 52°C дан ортиқ қизиши оқсилларни коагуляцияга учратади. Термик куйиш иссиқлик нури (қуёш нури, ультрабинафша, ёнғин, аланга натижасида юзага келади). Термик куйиш энг сўнги тасниф бўйича IV даражга бўлинади:

I даража – юзаки эпидермал куйиш;

II даража – тери юқори қаватининг куйиши;

III-а даража – терининг баъзан чала, баъзан бутунлай куйиши;

III-б даража – терининг барча қавати куйиши ва тери ости ёғ клетчасига ўтиши;

IV даража – чуқур тўқималарнинг қолаверса суяккача куйиши.

I-III-а даража куйиш – юзаки, III-б – IV даражали куйиш чуқур куйиш дейилади.

Куйиш чуқурлигини билиш учун қуйидаги синовлар ўтказилади:

1) игна санчиб кўриш – игна санчиганда оғриси, III-а, оғримаса III-б куйиш бўлади;

2) тук синови III-а даражада тук юлиб олинганда бадан оғрийди. III-б даражада тук енгил олинади;

3) куйиш сатҳини текширишнинг Постников схемаси, тўққизлик усули ва кафт қоидаси мавжуд. Постников усулига кўра, киши танасининг умумий сатҳи 16000 см^2 дир.

А.Уолесс таклиф этган “Тўққизлик қоидаси”га бош ва бўйин – 9%, қўл – 9%, оёқ – 18%, тананинг олд қисми – 18%, оралиқ қисми – 1%, кафт қоидасига кўра эса инсон кафти тананинг 1% ини ташкил этади.

Тана қисмлари фоизи	Тери юзаси см ²	Умумий тери юзасининг фоизи
А. Бош қисм, юз қисми (сочли қисм)	500 / 478	3,12 / 2,99
Б. Тана. Бўйиннинг олд тарафи	240	1,50
Кўкрак ва қорин	2900	18,00
Бўйиннинг орқа тарафи	200	1,25
Елка	2560	16,00
В. Қўллар, елка	625	3,90
Билак	450	2,80
Кафт ва бармоқлар	360	2,25
Г. Оёқлар, сон ва думба соҳаси билан бирга	1625	10,15
Болдир	1000	6,25
Товон	515	3,22

Куйишнинг клиникаси. Куйиш клиникасини аниқлашда маҳаллий ва умумий белгиларга эътибор берилади. Катта бўлмаган куйишларда асосан маҳаллий белгилар муҳим аҳамиятга эга.

Куйишнинг **I даражасида** куйган жой қизаради ва шишади. Сезувчан томирлар рейепторларининг куйиши ҳисобига оғриқ бўлади.

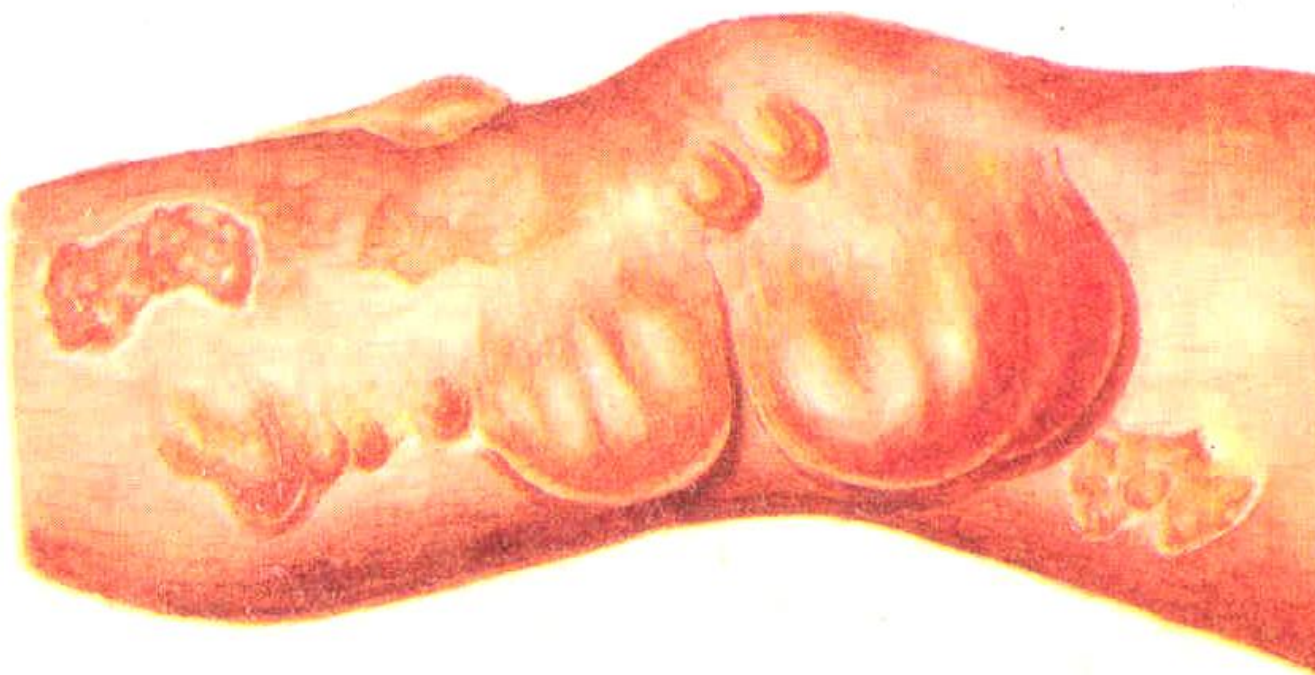
Бир неча кундан кейин бу белгилар йўқолиб, куйган жой кўнғир тус олади. Қуёш нуридан куйиш I даражали куйишга киради (12-расм).

II даражали куйишда яллиғланиш жараёни кучлироқ бўлади, капилярлар кенгаяди. Терида ўтказувчанлик ошиб, шиш катталашади. Терининг эпидермал қавати қуяди, аммо куйиш сўрғич қаватига етиб бормайди, пуфакча ҳосил қилади. Бу пуфакчаларнинг ичи ҳужайрасиз, тиниқ, сероз суюқлик билан тўлган бўлади, кейинчалик у сарғиш тус олади. Пуфакчадаги суюқлик олдин стерал бўлиб, сўнг ифлосланади. Оғриқ 3-4 кун давом этади. Чандиксиз битади (13-расм).

III даражали куйишда қизиб турган буюмлар ёки бевосита аланга таъсиридан фақат терининг ўзи эмас, балки унинг чуқур қаватлари ҳам зарарланади. Терининг баъзи бир жойлари пуфакчалар билан қопланади, куйган жойда оғриқ кучли бўлади (гиперстезия).



12-расм. Билакнинг I даражали куйиши.



13-расм. Оёқнинг II даражали куйиши.



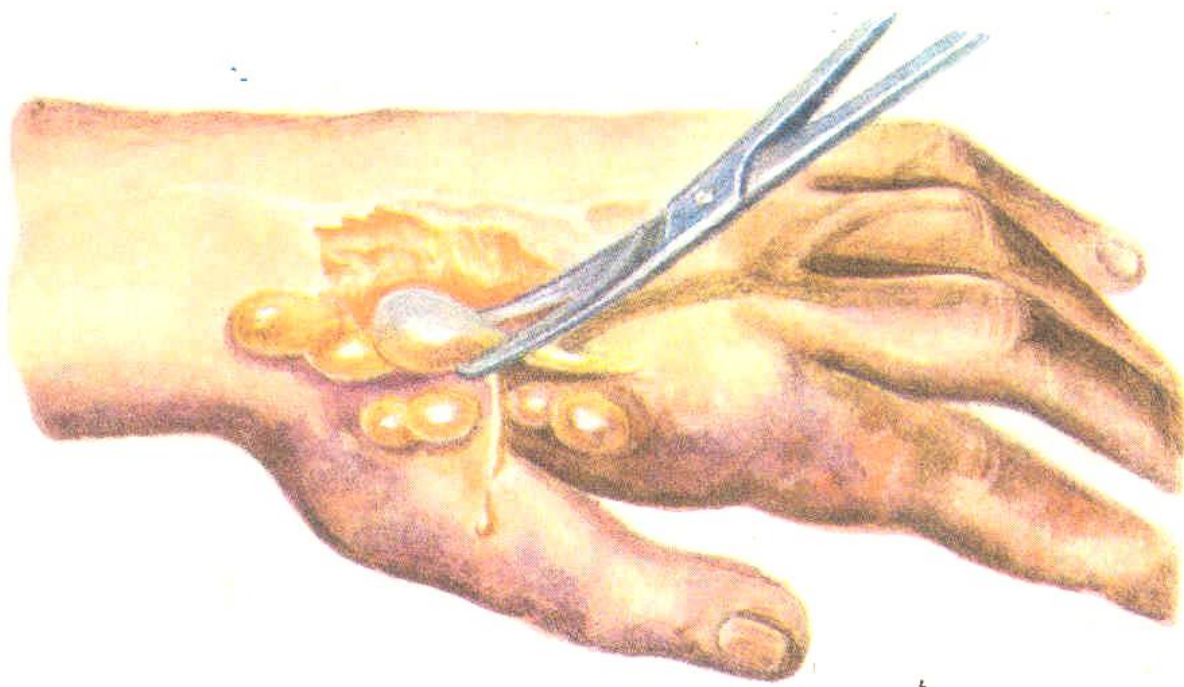
14-расм. Кафтнинг буғдан IIIа даражали куйиши.



15-расм. Болдирнинг IIIб даражали куйиши.



16-расм. Қўкракнинг IIIб – IV даражали куйиши.



17-расм. Куйишда хирургик ишлар.

III-а даражали куйишда агар жароҳат йирингласа, грануляция ҳисобидан нозик чандиқ билан битади (14-расм).

III-б даражали куйишда терининг сургич қавати, тўр қавати куйиб, қолаверса тери ости ёғ клечаткаси ҳам зарарланади. Тери оқ-кулранг бўлиб, гипостезия ва анестезия юзага келади. Бу даражадаги куйиш кўпол коллоид чандиқлар ҳосил қилади. Чандиқлар ўртасида битмайдиган яралар ҳосил бўлиб, кўпинча бу яралар ҳавфли ўсма (карцинома) пайдо бўлишига олиб келади (15-16-расмлар).

IV даражали куйишда чуқур тўқималар, ҳатто суяклар ҳам куяди.

Жароҳатнинг ўзи битмайди, тўқималар қора кўмирга айланади, бу чуқур некроэктомиyani ёки ампутацини талаб этади.

Куйиш касаллиги. Бемор танасининг 15% дан зиёдроқ қисми куйганда куйиш касаллиги келиб чиқади. Тана 100% куйса, критик ҳолат содир бўлиб, даволаш наф бермайди. Критик ҳолат I даражали куйишда 100%, 2-3 даражали куйишда 30% ҳолларда рўй беради ва кўпроқ нафас йўллари зарарланади.

Куйиш касаллиги тўрт босқичда кечади: куйиш шоки, ўткир токсемия (қоннинг заҳарланиши), септикотоксимия ёки сепсис ва рековаленция (тикланиш). *Куйиш шоки қуйиш* пайтидан бошлаб, 1-2 сутка давом этиши мумкин. Нерв рецепторлари кўп куйганлигидан эректил фаза кучли кечади ва ўлимга ҳам олиб келиши мумкин. Агар бемор эректил фазада ўлмай қолса, бир неча соатдан кейин ноҳуш бўлиб, атрофга бефарқ ҳолда клиник тиришиш ва делерий (белая горячка) юзага келади. Шокда бемор ўлиб қолмаса: токсимия босқичига ўтади. Бу босқич 2-3 кундан кейин кучаяди ва 1-2 ҳафта давом этади. Беморда иситма кўтарилади, беҳоллик ошади, тери рангсизланиб, боши оғрийди, кўнгил айниш, қайт қилиш, иштаҳасизлик, сийдикда оқсил ва қон пайдо бўлади, чунки паренхиматоз органлар шикастланган бўлади, диурез пасаяди.

Септик босқич куйишнинг 2-3 ҳафтасида ривожланади, касаллик инфекция билан кечади. Юқори ҳарорат, қалтираш, умумий ҳолсизлик, тузалаётган қора қўтир тагида йиринг тўпланади. Яра чафалар вужудга келади, абцесс, флегмоналар пайдо бўлади. Агар касаллик яхши кечса, реконвалесценция босқичига ўтади. Беморнинг аҳволи яхшилана боради, иситма пасаяди, иштаҳа очилади, жароҳатнинг йиринглаши тугаб, грануляция (битиш) кучаяди.

Куйишда биринчи ёрдам: зарарланганни ёнғиндан олиб чиқиш, ёнаётган соҳани ўчириш. Кийимни тез ўчириш учун ёнаётган одамни қалин мато (латта) ёки чойшабга ўралади. Куяётган кийимни кесиб (йиртиб) олиш. Дастлабки 20 дақиқа мобайнида куйган соҳалар совуқ сув билан чайилади ёки ботириб турилади. Бу оғриқни камайтиради, шокнинг олдини олади. Кейин куйган жой спирт билан артилади. Оғриқ қолдирувчи дорилар, аппликация учун суюқ анестетиклар, аэрозоллар (аэрозол-циновкаин, диоксидин) ва ҳоказолар қўлланилади (17-расм).

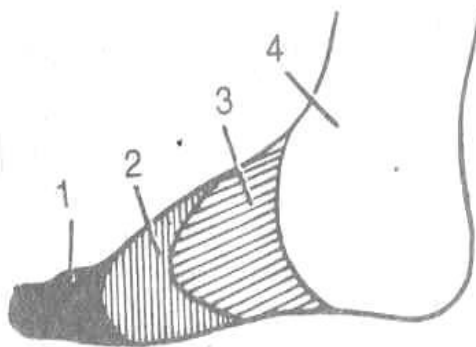
СОВУҚ УРИШ

Совуқ уриш деб паст ҳароратнинг таъсир этиши натижасида тўқималар некрози ва реактив яллиғланишига айтилади. Ортиқча намлик, микроклимнинг бузилиши, тор кийим, тор пойабзал кийиш ва гиповитаминоз каби факторлар совуқ уришига сабаб бўлади.

Совуқ уришининг 4 даражаси фарқ қилинади (18-расм):

I даражали совуқ уриш. Бунда тўқиманинг 40 дақиқадан 60 дақиқагача совуқ уриши фақатгина териға таъсир қилади, вақтинча қон айланиши бузилади. Совуқ таъсирида тери рангсизланади, қонсизланади ва қотади (нуқсонли ёки кўринмас давр). Совуқ урган соҳа иситилиши билан томирларда спазм камаяди, гиперимия фазаси бошланиб, тери қизаради. Бироз шиш пайдо бўлади. 1-2 ҳафта ичида қон айланиши нормаллашади. Оғриқ, қичишиш ҳоллари учраб туради.

II даражали совуқ уриш. Совуқ уришнинг бу турида терининг мальпиги қаватигача юзаки некроз бўлади. Зарарланган тўқималардан плазманинг тез ва кучли ажралишдан эпидермисни кўтариб, пуфакчалар ҳосил бўлади. Тери кўк қизил рангда бўлиб, оғрийди ва шиш пайдо бўлади.



18-расм. Совуқ уришларнинг тўрт даражаси фарқланади.

1-терининг ҳамма қавати; 2-ёғ клетчаткасиғача; 3-мальпиги қаватигача; 4-юзаки.

III даражали совуқ уришда терининг чуқур қаватлари ости ёғ клетчаткаси зарарланади. Тери кўк тусга киради. Вақт ўтгач деморкацион чизикларга (кўпорилиб тушувчи эгатчаларга) эга бўлган тотал некроз пайдо бўлиб, унга инфекция тушса, ҳўл гангрена бошланади.

IV даражали совуқ уришда терининг барча қаватлари ҳатто суяккача некроз чуқурлашади. 7-10 кун давомида бемор ҳарорати кўтарилиб боради. 1,5-2 ой ўтгач, ўлган тўқима ўз-ўзидан кўчиб тушади, яъни ампутацияга учрайди.

Клиникаси. Касалликнинг клиник белгилари икки хил кечади: реактивликкача ва реактив даврлар.

Биринчи давр, яъни реактивликкача бўлган даврда шикочтлар кам, шикастланган соҳа рангсизланган, сезги бузилган, шиш бўлмайди.

Иккинчи давр, яъни реактивлик даври совуқ таъсири тўхтатилгандан кейин рўёбга келади. Бемор иситилгандан кейин совуқ уриш даражаси аниқланади.

СОВУҚ УРИШДА БИРИНЧИ ЁРДАМ ВА ДАВОЛАШ

Биринчи ёрдамни тиббиёт ходими бўлмаган ҳолда ҳар бир киши кўрсатиши мумкин. Албатта, совуқ таъсирини олиб ташлаш (сувдан чиқариб олиш, иссиқ уйга киргизиш, танани иситиш ва ҳоказо). ПСС, ПСА юбориш, 40-60 минут давомида беморни ваннага солиб, сувнинг ҳароратини 20-40 °С гача кўтариш лозим. Совуқ урган жойни совунлаб ювиб, перифериядан марказга қараб массаж қилиш керак. Совуқ урган жойга 5% ли йод суртиб, устидан спиртли боғлам қўйиш, танани ўраш, грелка, иссиқ чой, иссиқ овқат, алкагол ва юракнинг ишини яхшилайдиган дорилар (корвалол, кордиамин ва ҳоказо) берилади. Танани иситишнинг иложи бўлмаса (агар далада бўлса), спирт ёки ароқни танага суртиб массаж қилинади. Реактив даврда I даражали совуқ уришда танани спирт билан артиб, асептик боғлам қўйилади.

II даражали совуқ уришда шикастланган танага спирт суртилиб, пуфакчалар ёрилади ва эпидермис кўчириб ташланади. Кўчирилган жойга 6-10 кун давомида спиртли боғлам қўйилади. Антибиотиклар ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилади. III даражали совуқ уришда ўлган тўқималар олиб ташланади. 8-14 суткаларда некротомия ёки некроэктомия ўтказилади. Стерил чойшаб остида, лампа иссиғида даволанади.

IV даражали совуқ уришда худди III даражадаги каби даволаш усулларига ампутация ва кучли оғриқ қолдирувчи (промедол омпонин: морфин) дорилар қўйилади. Шу билан бирга, умумий даволаш усуллари, инфекцияга қарши кураш (антибиотиклар), юрак қон-томир системаси ишини: паренхиматоз органларнинг ишини яхшилаш (40% ли глюкоза), интоксикацияга қарши кураш (гемодез, зардоб) ва ҳоказолар қўлланилади.

ЭЛЕКТРДАН ШИКАСТЛАНИШ

Электр симларининг иккала қутбини ушлаганда ёки у тегиб кетганда электрдан шикастланиш содир бўлади.

Электр токи термик кимёвий ва механик шикаст етказиши мумкин. Электр токининг таъсирида электролиз буғ ёки газ ҳосил бўлиши рўёбга келиб, суякдаги фосфор тузлари эрийди. Юқори кучланишдаги электр токи шок келтириб чиқаради. Юрак қон-томир системаси фибрляцияга мускул толаларининг тез қисқариши учрайди. Нафас ва нерв системасининг фалажланиши ҳамда паренхиматоз органларининг куйишига олиб келади. Электрдан шикастланишда куйишдаги каби оғриқ бўлмайди, фақат оғриқ токнинг кириш ва чиқиш жойларида учрайди. Умумий белгилари: кўркув, дармонсизлик, хушдан кетиш, кўнгил айланиши, оғирроқ ҳолларда шок, чала ўлим ҳоллари учрайди.

Давоси. Шикастланиш рўй берган жойда ўтказилади. Дастлаб электр токининг таъсирини бартараф этиш, кейин реанимация тадбири чоралари қўлланилади.

Чакмок уриши. Бунда электрдан шикастланиш каби клиник белгилар юзага келади ва оғирроқ бўлади. Баъзан кўл-оёқ қора кўмирга айланиб қолиши, шунингдек танадан ажралиб кетиши мумкин. Хирургик ва травматологик бўлимларда даволанади.

Таянч атамалар.

Куйиш таърифи, сабаблари, турлари, термик, нур, кимёвий кислота, ишқорлар, куйиш даражалари, белгилари, куйиш майдонини аниқлаш усуллари, совуқ уриш ҳақида маълумот. Совуқ уришнинг сабаблари, совуқ уриш даражалари, клиник манзараси, белгилари, шошилинч ёрдам кўрсатиш, электр токидан шикастланиш ҳақида тушунча, сабаблари, куйиш белгилари, шошилинч ёрдам.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Куйиш ва унинг даражалари ҳақида нима биласиз?
2. куйиш чуқурлиги қандай аниқланади?
3. Куйиш касаллиги босқичларини айтинг.
4. Куйишда биринчи ёрдам кўрсатишни биласизми?
5. Совуқ уриш даражалари, белгиларини аниқлаб биринчи ёрдамни кўрсатишни биласизми?
6. Электрдан шикастланиш белгилари ҳақида биласизми?

СУЯК СИНИШИ

Суяк синиш сабаблари, таснифи, белгиси, биринчи ёрдам хақида.

Суяк синиши кўп учрайдиган шикастлар турига киради. Механик таъсир ва суяклар бутунлигининг бузилиши билан белгиланади. Синган суякнинг катта-кичиклигидан қатъий назар, атрофидаги юмшоқ тўқималарга ҳам жароҳат таъсир қилади.

Суяклар синишининг таснифи:

- 1) келиб чиш сабабларига кўра: а) туғма, б) орттирилган;
- 2) пайдо бўлиш сабабига кўра: а) травматик, б) паталогик.

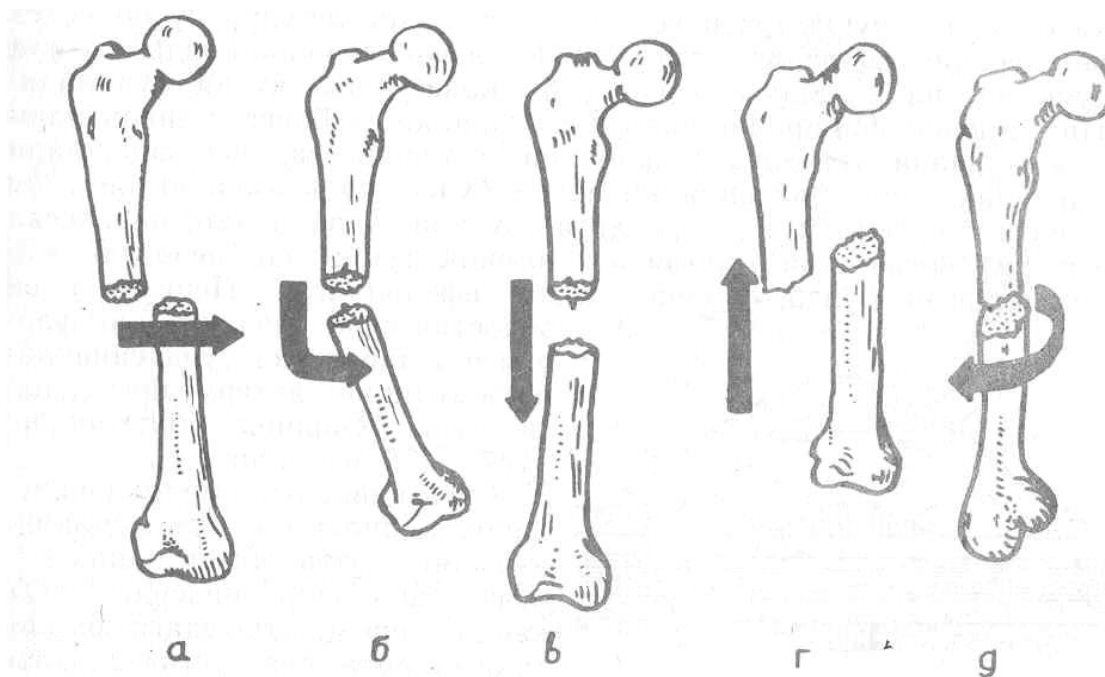
Травматик синишда механик таъсир этилган жойдан синса бевосита, сал нарироқдан синса билвосита синиш дейилади. Куч таъсир қилиш механизмига кўра: а) эгилган, б) тўғри, в) буралган (ротация), г) қисилган (компрессия), д) узилган ва ҳоказолар бўлинади (19-расм).

Паталогик синиш сабаблари: остеомиелит, ўсма, қон касаллиги ва ҳоказо.

- 3) очик синиш ва ёпиқ синиш.

Тери бутунлиги бузилган ва жароҳат ҳосил бўлса очик синиш дейилади. Тери бутунлиги бузилмасдан синса, ёпиқ синиш дейилади.

- 4) тўла синиш ва тўла бўлмаган синиш ёки суяклар ёрилиши.



19-расм. Синишда суяк парчаларининг силжиш вариантлари.

а – ёнбош силжиш; б – суяк ўқи бўйича (бурчак ҳосил қилиб); в – узунасига силжиб чўзилиши; г – узунасига силжиб, қисқариши; д – ротацион (бурама)

5) найсимон суяк синиш соҳасига қараб диафизар, метафизар ва эпифизар бўлади.

6) йўналишига қараб, кўндаланг, узунасига, қийшиқ, винтсимон бўлади.

7) оддий, асоратли, мураккаб ва комбнацияланган турларга бўлинади.

Синган суякларнинг силжиши ҳам муҳим аҳамиятга эга: силжиш узунасига, ён томонга, бурчак ҳосил қилиб ва синган қисмларнинг ўз ўқи атрофида айланиб кетиши каби ҳоллари учраб туради.

Синиш клиникаси. Клиник белгилари маҳаллий ва умумий бўлади.

Умумий белгилари. Клиник шок, зарарланган тўқималарнинг емирилиши натижасида заҳарланиш белгилари юзага келади.

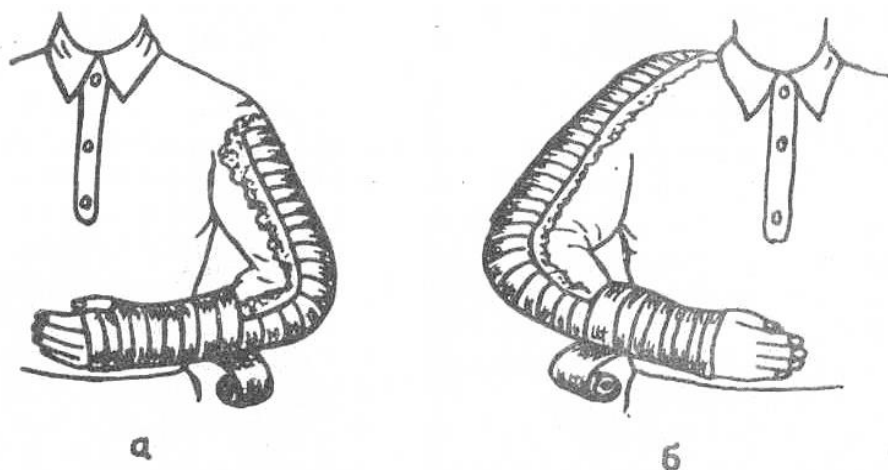
Маҳаллий белгилари: оғриқ, деформация, функциянинг бузилиши, ғайри табиий ҳаракат, қўл ёки оёқнинг қисқариши (мушакларнинг спастик қисқариши натижасида), шиш, қон қуйилиши, крепитация (суяк қирсиллаши).

СУЯК СЕНИШИДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

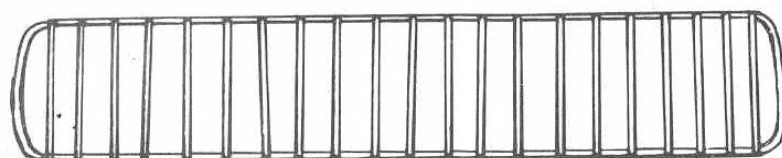
Суяк сенишида биринчи ёрдам кўрсатиш қуйидагилардир:

- 1) синган жойга осойишталик бериш;
- 2) суякларни қимирлатмаслик (иммоблизация);
- 3) оғриқни қолдириш;
- 4) очик сениш бўлса, инфекциянинг олдини олиш ҳамда қон кетишини тўхтатиш.

Агар очик сениш бўлса, олдин қон тўхтатилади, яъни боғлам қўйилади. Очик сенишда ҳам, ёпиқ сенишда ҳам мутахассис ёрдами кўрсатилгунга қадар синган суяк иммоблизация мақсадида шиналар (Дитрих, Крамер) ёки бўлмаса шина ўрнини босувчи қаттиқ предметлар, доска, шифер парчаси, таёқ ва пластинкасимон материаллардан фойдаланилади (20-, 21- ва 22-расмлар).



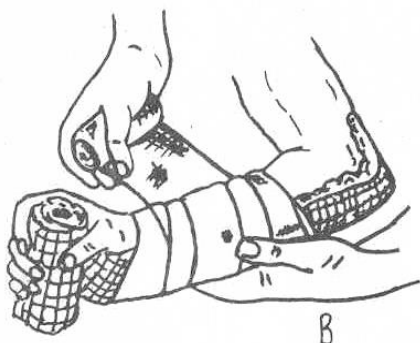
20-расм. Нарвонсимон Крамер шинаси ёрдамида билак (а) ва елка (б) суяклари синганда транспорт иммобилизацияси қилиш



а

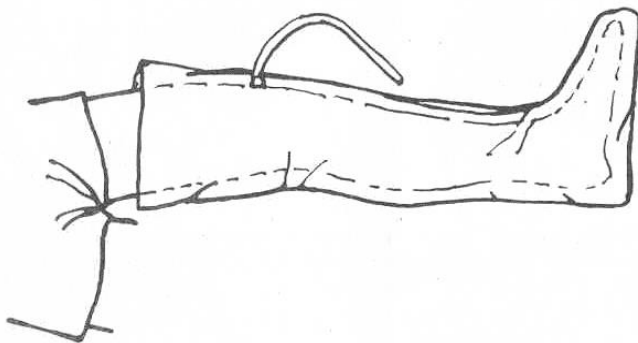


б



в

21-расм. Крамер (а) ва Эсмарх (б, в) ушлаб турувчи шиналар.



22-расм. Болдирни тахтакачловчи пневматик шина.

Таянч атамалар.

Ёпиқ шикастланиш: сабаблари, турлари, тўқималарнинг лат ёйиши ва чўзилиши, пай узилиши, чайқалиш, қисилиш, суякларнинг ёпиқ синиши, клиник белгилари, иммобилизация, оғриқни қолдириш, узоқ қисилиши синдроми сабаблари, белгилари, шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Суяк синиши таснифини биласизми?
2. Синиш белгиларини айтинг.
3. Суяк синишида биринчи ёрдамни биласизми?

БОШ ШИКАСТЛАНИШИ

Бош мия, орқа мия шикастланишлари белгилари, давоси ҳақида.

Миянинг ёпиқ шикастланиши. Бош шикастланишлар ичида кўпроқ учрайди. Унинг асосий сабаблари кўча ва транспорт ҳалокатларидир.

Миянинг зарарланиши асосан уч турга бўлинади: лат ейиш, шикастланиш, қисилиш.

МИЯНИНГ ЧАЙҚАЛИШИ

Бу турдаги шикастланиш ёпиқ турдаги шикастланишлар ичида кўп учрайди. Бу ҳолатда мия тўқимаси кам зарарланади, мия анемияси, нуқтасимон қон талашлар, мия шиши, миядаги лимфа ва қон томирларда қон ҳамда лимфа айланишининг бузилиши, органлар функциясининг бузилиши билан кечади.

Клиникаси. Бемор ҳушдан кетади, ўзига келгач воқеани эслай олмайди (ретроград амнезия). Зарарланишининг оғир ёки енгиллигига қараб беҳушлик бир неча минут, соат, ҳатто суткалаб давом этади.

Бемор ҳеч нарсага аҳамият бермайди, атрофга бефарқ қарайди, ранги оқариб, боши айланади, оғрийди, кўнгли айнийди, қулоғи шанғиллайди, нафас олиши юзаки бўлиб, томир уриши секинлашади, қайт қилади, ич кетиши, сийиб қўйиш ҳоллари учрайди.

Клиник белгисига кўра, мия чайқалишнинг енгил, ўртача ва оғир даражалари тафовут қилинади.

Давоси: мия чайқалишининг ҳар қандай турида ҳам бемор касалхонага ётқизилиши керак. Бемор 2-3 ҳафта кўрпа-тўшак режимида тинч ётади, касалликнинг белгилар йўқолгач, туришга рухсат этилади. Бош ичидаги босим ва мия шишини камайтириш учун 40% ли глюкоза, 10% натрий хлорид, 40% уротропин, 25% магний мульфат эритмалари, микроциркуляцияни яхшилаш учун реополглюкин, лазикс, фурасемид каби суюқликлар венага юборилади. Агар бемор яхши булавермаса, орқа мия суюқлигидан пункция қилиниб, миядаги босим пасайтирилади.

Мия урилиши. Бу турдаги зарарланиш оғир шикастланиш ҳисобланади, бунда мия пардаси зарарланади ва травматик шиш юзага келади, мияда никротик учоқлар пайдо бўлади.

Клиникаси. Бемор узок вақт беҳуш ётади. Асосий белгилари мия чайқалишига ўхшайдию, бироқ оғирроқ кечади. Беморнинг ҳарорати ошади, неврологик симптомлар (маълум органларнинг ишлашда чегараланиши) вужудга келади. Сезиш, гапириш белгилари бузилади. Ҳаракатдаги ўзгаришлар: координациянинг бузилиши: орқа мия суюқлигида қон борлиги кузатилади.

Давоси мия чайқалишидаги каби, лекин кўрпа-тўшакда энг камида бир ой ётилади.

Мия қисилиши. У калла суяги ичида йиғин қон ёки синган калла суяги парчасининг мия моддасини эзиб қўйиши, шунингдек калла суяги ичида ҳавфли ўсмалар натижасида келиб чиқиши мумкин.

Клиникаси. Травмадан сўнг енгил вазият белгиси бўлиб, бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши (ўсмалар сабаб бўлмаса) мумкин. Бемор ҳушидан кетмайди, ҳушидан кетса ҳам, тезда ўзига келади. Травмадан сўнг ишга бориши, юриши мумкин. Бош оғриғи қиска вақт бўлиб, тезда ўтиб кетади. Беморнинг бошида оғриқ бир хил бўлиб, баъзида қаттиқ оғрийди, мувозанат бузилади, кўнгил айниб, қусади. Нафас олиш юзаки, пульс сийрак, аммо тўлиқ уради.

Мия қисилган томонда қорачиқ катталашади, қарама-қарши томонда эса рефлекслар йўқолиб, фалажланиш пайдо бўлади. Беморнинг кўз олди қоронғилашиб, ҳушидан кетади. Оғир ҳолларда терминал ҳолат, ўлим юз беради.

Давоси фақат жарроҳлик усули. Калла суяги трепонация (синик суякларни олиб ташлаш) қилинади. Қон оқаётган томир боғланади, ўсма сабаблари бўлса, олиб ташланади.

ОРҚА МИЯНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШИ

Транспорт жароҳатларига учраб, умуртқа поғонасининг синиши билан кечади. Сезишнинг камайиши, парезлар ва ҳаракатдаги бузилишлар билан ҳаракатланади. Сийдик ажралиши бузилади, ичаклар атонияси (мускул тонусининг йўқолиши) вужудга келади. Белгилари аста-секин камайиб, бир неча ҳафтадан сўнг йўқолади.

ОРҚА МИЯНИНГ УРИЛИШИ

Орқа мия тўқимасига қон қуйилиши сабабли некроз (орқа мия шоки) юзага келади. Сезувчанлик қисман ёки бутунлай йўқолади. Иккала томонда ҳаракат фалажланиши кузатилади (тетраплегия). Рефлекслар йўқолади. Сийдик, ич келиши ёмонлашади, тўқима трофикаси бузилади, натижада яра чақалар пайдо бўлади.

Давоси. Консерватив даволанади (жарроҳлик муолажаларисиз). Узоқ осойишталик ва режим яхши ёрдам беради. Ўрин-кўрпа ҳолати. Умуртқа поғонаси синиб, ичида нерв толалари қисилса ёки умуртқа поғонасининг дисклари силжиса, жарроҳлик операцияси (Ламино эктомия), яъни бир нечта умуртоқа ораси жарроҳлик усули билан очилади.

Таянч атамалар.

Бош суягининг шикастланиши, белгилари, турлари, мия асосининг шикастланиш белгилари, бошқа шикастланишлардан клиник белгилар туфайли фарқлаш, мианинг шикастланиши, турлари, лат ейиш, эзилиш, қисилиш, ретроград анамнез, мия чайқалиши, шошилиш ёрдам кўрсатиш, иммоблизация.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Мия чайқалиши белгиларини давосини биласизми?
2. Мия урилиши, мия қисилиши белгилари, давосини айтинг.
3. Орқа мия шикастланишлари белгилари ва давосини айтинг.

КЎКРАК ҚАФАСИ ВА УНИНГ ОРГАНЛАРИНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШИ

Кўкрак қафаси органлари шикастланиш белгилари давоси ҳақида.

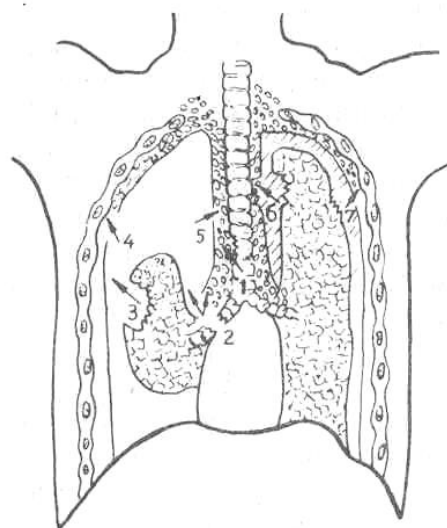
Кўкрак қафасида ўпка, юрак, йирик қон томир (аорта), бронхлар ва плевра бўшлиғи мавжуд бўлиб, кўкрак қафасининг чайқалиши кам учрайди.

Клиникаси. Травматик шокка яқин бўлганлиги учун ташхис қўйиш қийин бўлади. Кўкрак қафаси органларининг чайқалишида (шикастлангандан сўнг) беморнинг юрак фаолияти сусаяди. Ҳансираш, кўкариш, совуқ тер босиш, баъзан ҳушдан кетиш кузатилади. Бирламчи юрак тўхташ юз берса, ўринда ётиш, осойишталик тавсия этилади, шокка қарши чора-тадбирлар, оксигенотерапия (кислород бериш) қўлланилади. Кўкрак қафасининг урилиши ёки қисилиши, қовурғалар синиши, ўша жойдаги қон томирларининг ҳамда плевра ва ўпка бутунлигининг бузилиши билан кечади. Юрак камроқ шикастланади. Бу пневмотораксга гемотораксга ва эмфиземага олиб келиши мумкин.

Пневмоторакс деб ўпка йиртилганда ҳавонинг плевра бўшлиғига тўпланишига айтилади. Плевра бўшлиғида тўпланган ҳаво ўпканинг ва кўкс оралиғини (медиастенияни) соғ томонга силжитади. Пневмоторакснинг очик, ёпиқ ва клапанли турлари мавжуд (23-расм).

Клиникаси. Клапанли пневмоторакс юрак фаолияти бузилишига, нафас буғилишига олиб келади. Томир уриши тезлашади, ҳансираш, кўкариш (цианоз) ва шок аломатлари пайдо бўлади. Қовурға оралиғи текисланиб, кўкрак қафаси катталашади.

Давоси. Ёпиқ пневмотораксда кўкрак қафаси пункция қилинади ва ҳавоси тортиб олинади. Дренаж қўйилиш мумкин. Оғир ҳолларда торакотомия



23-расм. Плевра ва ўпканинг ёпиқ шикасти. 1 – бош бронхнинг узилиши; 2 – трахеннинг ерилиши; 3 – ўпканинг ёрилиши; 4 – паркетал плевра шикасти; 5-6 кўкс оралиғи эмфиземаси асорати билан медиастинал плвранинг шикасти.

(кўкрак қафаси очилиб жароҳат тикланади) операция ўтказилади.

Гемоторакс ўпка тўқимаси жароҳатланганда қовурғалараро артерия шикастланади. Ичкарига қон кетиб, плевра бўшлиғи қон билан тўлади. Давоси: пункция, дренаж, қон суткада 1 литр кетса, торакотомия қилинади.

Таянч атамалар

Бўйин шикастланиши, трахея, бронхлар, қизилўнгач, артерия ва веналарнинг шикастланиши, сабаблари, уларнинг турлари, очик шикастланиши, ёпиқ шикастланиш, биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.

Текшириш учун саволлар:

1. Кўкрак қафаси органлари шикастланиш белгиларини айтинг.
2. Пневмотранс нима, қандай турлари бор?
3. Пневмотрансда биринчи ёрдам ҳақида нималарни биласиз?

ЖАРРОҲЛИК ИНФЕКЦИЯСИ

Жарроҳлик инфекцияси турлари, белгилари, давоси ҳақида.

Жарроҳлик инфекцияси (жароҳат инфекцияси) касаллик қўзғатувчи аэроб (кислородли яшайдиган), анаэроб (кислородсиз яшай оладиган) инфекциянинг специфик ва неспецифик турлари келтириб чиқарадиган ҳамда жарроҳлик йўли билан даволашни талаб этадиган инфекцион касалликдир.

Клиник кўриниши бўйича таснифи:

1. ЎТКИР ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ:

Маҳаллий ўткир инфекция:

- а) ўткир неспецифик йирингли инфекция;
- б) ўткир чирик инфекция;
- в) ўткир неспецифик анаэроб инфекция (газли гангрена);
- г) ўткир специфик анаэроб инфекция (қоқшол, куйдирги жароҳат дифтерияси).

Умумий хирургик инфекция.

2. СУРУНКАЛИ ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ:

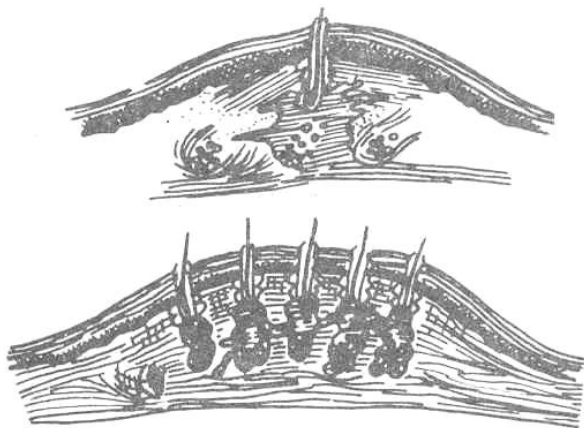
а) сурункали неспецифик инфекция;

б) сурункали специфик инфекция (сил, захм, актиномикоз).

Чипқон соч халтачаси ва терининг ёғ безлари яллиғланишидир. Уни тилларнг стафилококлар келтириб чиқаради. Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик ва қашш, хусунбузарларни сиқиш чипқон пайдо бўлишига сабаб бўлади. У кийимнинг кўп ишқаланадиган жойларида: бўйин, елка, бел ва думбада, шунингдек юзда ҳам учрайди.

Клиник белгиси – тери қизишади, кейин ўша жой оғрийди соч халтачаси атрофида кизариш ва терида нўхатдек шиш пайдо бўлади. Белгилари 1-2 кеча-кундуз давомида ривожланади, кейин оғриқ зўрайиб, инфилтрат катталашиб боради, терининг ранги кўкиш-оч қизил тусга киради. Яллиғланиш ўчоғи марказида йирингли пуфакча юзага келиб, ундан ўзак пайдо бўлади. Биринчи ҳафта охирида ичига йиринг тўпланган пуфакча ёрилади, йиринг билан ўзак ҳам чиқиб кетади. Кейин инфилтрация ва шиш пасаяди, оғриқ аста-секин йўқолади, тана ҳарорати 39-40°C га кўтарилади. Айниқса, юздаги ва устки лабдаги чипқон ҳавфлироқдир, чунки у бош суягининг веноз синусларига тарқалиб кетиши, мия пардаларини яллиғлантириш ҳамда ўлимга олиб бориши мумкин.

Давоси – умумий ва маҳаллий. Дастлаб 70% ли спирт билан яра атрофини артиш, кварц, соллюкс, кейин левосин, диосидин, йодопирон мазлари суртиш, гипертоник эритмали боғламлар боғлаш, антибиотиклар ва жарроҳлик усулини қўллаш. Асоратлари: прогрессив лимфаденит, йирингли артрит, сепсис.



24-расм. Чипқон ва корбункул схемаси.

Корбункул – ёнма-ён жойлашган бир неча соч халталарининг ва ёғ безларининг ўткир йирингли яллиғланиши. Тери ва тери ости ёғ клетчаткасида некроз пайдо бўлиши корбункул дейилади. Сабабчиси тилларанг стафилококк ва стрептококк инфекцияси бир-бирига аралашиб кетади (24-расм). Шунингдек, умумий заифлик (иммун

системасининг пасайиши), витамин, қанд етишмовчилиги ва ҳоказолар кузатилади. Корбункул билан ётиб ўтган кишилар кўпроқ касалланади. Корбункул бўйиннинг орқа юзасида, энсада, белда, лабда пайдо бўлади. Клиникаси юқори иситма ва қаттиқ оғриқ билан бошланади. Бир кечада инфилтрат бирдан пайдо бўлиб, тезда бир-бирига қўшилиб кетади. Фурункулга нисбатан оғирроқ кечади. Иситма 40 °C ва ундан юқори бўлиши, эт увишиши, қайт қилиш, қаттиқ бош оғриғи ва уйқусизлик билан бирга кечади. Ҳавфли томони шундаки, тромбофлибит, лимфангит, тромбоз, сепсис, йирингли менингит каби касалликларни кучайтириш мумкин. Давоси: бемор жарроҳлик бўлимига ётқизилади, новокаин ампициллин эритмали блокда, яра юзда бўлса, гаплашиш ман этилади. Мимики мускуллари тортишиб аҳволни оғирлаштириш мумкин. Жарроҳлик усул билан ва антибиотиклар ёрдамида комплекс даволанади.

АБСЦЕСС. Тўқималарда йирингли қобикқа эга бўлиб, шу қобикчада чекланган ҳолда йиринг тўпланиб туришига абсцесс дейилади.

Абсцесслар тери ост ёғ клетчаткасида, мушакларда, ички аъзолардан ўпка, жигар, буйрак ва миёда учрайди. Касаллик қўзғатувчиси-стрептококк, стафилококклар ва бошқа микроблардир. Микроб қон ёки лимфа йўли билан тарқалиб, йирингли жараёни келтириб чиқаради.

Клиникаси – касаллик бошланишида абсцесс соҳаси тўхтаб-тўхтаб оғрийди ва кейин шиш ва қизариш пайдо бўлиб, тунги оғриқ юзага келади. Йиринг тўпланишига қараб флюктуация аниқланади (флюктуация – идишга суюқлик солиб чайкаганда сезиладиган товуш ва босим). Абсцесс чуқур бўлса, флюктуацияни аниқлаш қийин бўлади. Касалликнинг қандай кечиши абсцесснинг локализациясига ва микробларнинг вирулентлигига ҳамда токсигенлигига боғлиқ.

Давоси: дастлаб абсцессни чегаралаш мақсадида иссиқ муолажалар. Флюктуация аниқ бўлса, ярани кесиш керак.

Флегмона – тўқималарнинг тарқоқ ҳолда (равишда) ўткир йирингли яллиғланиши. Келиб чиқиш сабаблари чипқон ва абсцессга ўхшаш, шунингдек чипқон ва корбункулнинг асорати сифатида ҳам юзага келади.

Клиникаси. Абсцессдан фарқи шуки, унинг аниқ чегараси бўлмайди. Касаллик бирданига бошланади. Оғриқ эт увишиши, дармонсизлик, иситма 40 °C га чиқади. Яллиғланиш учоғида шиш пайдо бўлади, оғриқли инфилтрат юзага келади. Интоксикация авж олиб

боради. Тери ости ёғ клетчаткасида некроз ўчоқлар пайдо бўлади. Шиш қинғир қийшиқ бўлиб, тери юзасига бир оз дўппайиб чиқади. Флюктуация жуда ҳарактерлидир.

Давоси: агар ташхис аниқ ва эрта қўйилса, дастлаб консерватив даво (иссиқ муолажа, антибиотиклар). 3-4 кундан кейин аниқланса, жарроҳлик операцияси ўтказилади ҳамда антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари билан ҳафталаб даволанади.

УМУМИЙ ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯ (Сепсис)

Сепсис организмнинг оғир инфекцион касаллиги бўлиб, уни турли хил микроблар ва уларнинг токсинлари келтириб чиқаради.

Сепсис бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин.

Бирламчи сепсис қонга маълум бир микробнинг тушиши билан ҳарактерланса, иккиламчи сепсис юқумли касалликлар микроби ёки чипқон, корбункул ҳамда абсцесс, флегмонлар каби бир қатор касалликлар натижасида юзага келиши мумкин. Шунингдек, шикастланишлар ва операция жароҳатида ҳам. Сепсиснинг бир неча соатдан (яшин тезлигидаги) бир неча йил (сурункали) гача формалари бор. Жарроҳлик сепсиси 1000-1500 та бемордан бирида учрайди. Сепсиснинг кўзгатувчиси қонга тушиши мумкин бўлган барча микроблардир (стафилококк: стрептококк, пневмококклар, ичак таёқчалари ва бошқалар).

Умумий белгилари: марказий нерв системасининг бузилиши, бош оғриғи, кўзгалувчанлик, уйқусизлик, эс-ҳушнинг кирди-чикди бўлиб қолиши. Доимий иситманинг 39-40 °С гача кўтарилиб туриши, қалтираш, терлаш, тана массасининг камайиши, юрак қон томирдаги ўзгаришлар, пульс тезлашиши (тахикардия) пульс тўлиқлигининг пасайиши, артериал босим пасайиши, қон таркибининг ўзгариши, паренхимотоз органлар етишмовчилиги (буйрак, жигар), шунингдек терида ҳар хил тошмалар тошиши ёки сариқлик, ич кетиш, кўнгил айланиши, қусиш. Булар ҳаммаси қонни заҳарланган ёки бузган микробнинг — токсиннинг кучига боғлиқ. Маҳаллий белгилари: тери ёки юзнинг оқариши, юздаги шиш, ҳафсаласизлик (вялость), терилар тагидаги веналардаги тромбоз (вена томирининг кўкариб туриши, лимфангит лимфаденитлар). Ташхис қонни

мукаммал клиник лабораторияда текшириб ҳамда клиник белгиларига қараб кейин қўйилади.

Давоси: умумий, маҳаллий, бактерияга қарши.

Умумий даво:

- 1) интоксикация ва инфекцияга қарши антибиотиклар;
- 2) организмнинг иммун системасини ошириш, оксил, углевод ва витаминларга бой овқатланиш ҳамда қон қўйиш;
- 3) бутун органлар функциясини яхшилаш (умумий терапия);
- 4) симптоматик терапия.

Маҳаллий даво: ўз вақтида жарроҳлик муолажаларини қўллаш, яраларни тозалаш, ювиш, дренажлар қўйиш, ярани дизенфекция қилиш ва физиотерапия.

Инфекцияга қарши даво антибиотиклар ҳисобланади.

Қонни олиб, микробларнинг сезувчанлигини аниқлаб бўлгач, ўшанга хос антибиотиклар қўлланилади (ампицилин, метициллин, оксацилин ва ҳоказо).

АНАЭРОБ ИНФЕКЦИЯ

Анаэроб инфекция деб кислород бўлмаган жойда ҳам кўпая оладиган ва касаллик қўзғатадиган микроблар туркумига айтилади. Уларнинг ҳарактерли томони шуки, яллиғланиш жараёнининг йўқлиги ва катта-лашиши мумкин бўлган шиш, шикастланган тўқимада газ пайдо бўлиши, тўқималарнинг ўлиши натижасида захар пайдо бўлиб, организм жуда оғир аҳволга тушади. Уларга газли гангрена ва қоқшол касали киради.

ГАЗЛИ ГАНГРЕНА

Келиб чиқиш сабаблари.

- 1) снаряд парчалари текканда жароҳатнинг ифлосланиши (тупроқдан, кийимдан) ва мушаклар эзилиши;
- 2) маҳаллий ва умумий қон айланишининг бузилиши (жгут, томирлар боғланиши, анемия, шок).
- 3) организмда иммун система пасайиши;
- 4) жароҳат сатҳининг транспортировка ва иммобилизацияда шикастланиши.

Қўзғатувчи микроблар 4 хил бўлиб, спорали клостридиялар дейилади, улар ичакда яшайди. *B. Hystoliticus*, *B. Pnerfryngens*, *B. Septicus*, *B. Aedomaticus*.

Клиник белгилари: яширин даври 1-7 кун, баъзан жуда тез яъни 1-2 соатда ривожланади. Дастлаб бемор ўта тинч ҳолатда бўлиб, томирлари тез уради, ҳарорат кўтарилиши, жароҳат чекалари шишиб, мушаклар кўтарилиб туриши сезилади, “лигатура симптоми”, яъни боғланган жойда из қолиб, ўз-ўзидан кесилади (ёки ип этни кесади), тикилган чоклар таранглашади, жароҳат четлари йиртилади. Терида “устара” симптоми (худди тери устида устара юргизаётганга ўхшаб қириллаган товуш сезилиши), тўқималарда газ борлиги рентгенограммада кўринади. Жароҳатда мушаклар шишиб, усти кулранг ифлос суюқлик билан қопланади, баъзан эксудат оч-сарик, кўнғир бўлиб, бадбўй ҳидли бўлади. Беморнинг аҳволи жуда оғир бўлади, оғрик, қўл, оёқ шишиб кетиши, юқори ҳарорат содир бўлади ва ярани босганимизда яра йиртилиб газ чиқади.

Давосини асосан профилактикадан бошлаш керак. Узоқ вақт жгут қўймаслик, гангренага қарши зардоб юбориш, касаллик ривожланса (х.б. – халқаро бирлик).

1. Специфик терапия (зардоб 300000 х.б. – 100000 х.б. микроб турига қараб);
2. Хирургик даво (кесиш, жароаҳтни кенг очиш, ампутация);
3. Носпецифик терапия /антибиотиклар, юрак ва бошқа органлар фаолиятини яхшилаш/.

ҚОҚШОЛ

У специфик ўткир юқумли касаллик бўлиб, уни спорали анаэроб таёқчасимон бактерия *B. tetani* қўзғатади. Бу микроб ўзидан икки хил токсин ишлаб чиқаради.

Биринчиси /тетаноспазмин/ асаб системасига таъсир қилса, иккинчиси /тетаногемолизин/ эритроцитларни эритади. Асаб системаси ёрдамида биринчи токсин тарғил мушакларни тоник ва клоник тришишларга олиб келади. В *tetani* сапрофит сифатида уй ҳайвонлари (қўй, эчки, қорамол) ҳамда одамнинг ичагида яшайди. У фекалий (аҳлат) орқали тупроққа тушади. Шунинг учун ҳар бир шикастланишда инсон тери бутунлиги бузилиб, тупроққа ёки ўт-ўлан устига йиқилса, касал бўлиш эҳтимоли бор.

Яширин даври ўртача 2 ҳафта, баъзан эса 4-5 ой давом этади.

Клиникаси: касаллик бошланишида бош оғриғи, чарчоқ, уйқусираш, терлаш, жароҳат атрофида оғрик, тоник ва клоник теришишлар, чайнаш мушаклар тиришиб, “сардонлик кулги” /истехзоли кулиш/ пайдо бўлади. Тиришиш ўқтин-ўқтин бўлиб, беморни чарчатади. Енгил шамол, товуш ҳам тиришишни келтириб чиқаради, тиришиш натижасида мушаклар ёрилиб кетиши: суяклар синиб кетиши мумкин. Агар енгил кечса, 14-16 кунда бемор аста секин тузалади.

Давоси комплекс усулда олиб борилади:

- 1) жароҳатни хирургик ишлаш;
 - 2) 100000-150000 АБ қоқшолга қарши зардоб /ПСС/ мушак орасига юборилади, жами 200000-3000000 АБ;
 - 3) наркотик ва нейтролептик /диазепам, гексенал, аминазин/;
 - 4) юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар /камфора, кордиамин/;
 - 5) инфекциянинг олдини олиш (антибиотиклар, сульфаниламидлар).
- Бу касалликларда ўлиш ҳолатлари 70-100% га тўғри келади.

Профилактикаси: ҳар бир очик шикастланишдан кейин агар бемор тупроқ ёки ўт-ўланга йиқилиб, жароҳат унга теккан бўлса, қоқшолнинг олдини олиш мақсадида тери остига жами 4 мл, қоқшолга қарши анатоксин ПСА (противо столбнячный анатоксин борилади). Ўша заҳоти 1 мл, 3 ҳафтада сўнг 1,5 мл, яна 3 ҳафта ўтказиб 1,5 мл юборилади (мушак ичига 1500-3000 АБ) (антитоксик бирлик) қоқшолга қарши зардоб юборилади. Агар зардобнинг синама ампуласи бўлмаса, ПСС ни тери остига 0,1 мл, 30 минутдан кейин 0,2 мл, 60-90 минут ўтказиб қолган 0,7 мл юборилади.

Такрорлаш учун саволлар:

1. Жарроҳлик инфекциясини нималар келтириб чиқаради?
2. жарроҳлик инфекцияси таснифини айтинг.
3. Чипқон белгиси, давосини айтинг.
4. Корбункул белгиси, давосини айтинг.
5. Абсцесс, флегмона белгилари давосини айтинг.
6. Сепсис касаллиги белгилари давосини айтинг.
7. Газли гангрена сабаби, белгиси давосини айтинг.
8. Қоқшол белгиси давосини айтинг.

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. **Хирургия сўзи нимани англатади?**
 - А) “қўл амали”
 - Б) моҳирлик
 - В) қўлда бажариш
2. **Қон группалари ва қон қўйишни илмий асослаган олимлар ким?**
 - А) Ландштейнер ва Янский
 - Б) Пастер ва Листер
 - В) пастер ва Янский
3. **А.А.Вишневский қандай усулни қўллаб хирургияга асос солган?**
 - А) маҳаллий оғриқсизлантириш ва мойли балъзамли боғламни
 - Б) гипсли боғламни биринчи қўллаш
 - В) Кардиохирургияга асос солган
4. **Ўзбекистонда кардиохирургияга асос солган олим ким?**
 - А) В.В.Вохидов
 - Б) С.А.Маъсумов
 - В) У.О.Орипов
5. **Ўзбекистонда хирургияга асос солган ўзбек олими ким?**
 - А) С.А.Маъсумов
 - Б) В.В.Вохидов
 - В) У.О.Орипов
6. **Ўзбекистонда биринчи жарроҳ аёл ким?**
 - А) М.А.Ашрапова
 - Б) З.Умидова
 - В) А.Б.Юнусова
7. **Антисептика деб нимага айтилади?**
 - А) жароҳатга тушган микробларни йўқотиш ва сонини камайтиришга қаратилган тадбирлар
 - Б) жароҳатга ташқаридан микроб туширмаслик
 - В) жароҳатга тушган микробни ўлдириш
8. **Антисептика неча хил усулда олиб борилади?**
 - А) 4 хил
 - Б) 5 хил
 - В) 6 хил

- 9. Махсус зардоблар, вакцина ва антибиотиклар ёрдамида беморни химоя кучларини ошириш антисептиканинг қайси усулига киради?**
А) биологик
Б) кимёвий
В) механик
Г) термик
Д) физикавий
- 10. Жароҳат атрофидаги ўлган тўқимани кесиб олиб ташлаш антисептикани қайси усулига киради?**
А) механик
Б) физик
В) биологик, кимёвий
- 11. Инфекция тушган жароҳатдан ажралаётган суюқликни чиқариш учун дренаж қўйиш антисептиканинг қайси усулига киради?**
А) физик
Б) кимёвий
В) механик
Д) аралаш
- 12. Жароҳатни ультрабинафша нури билан даволаш антисептиканинг қайси турига киради?**
А) физик
Б) кимёвий
В) аралаш
- 13. Шимиш хусусиятига эга бўлган дренаж тампонини нима билан ҳўлланади?**
А) Ош тузининг 10% ли гипертоник эритмаси билан
Б) фурациллин эритмаси билан
В) водород пероксиднинг 3% ли эритмаси билан
- 14. Қўйидаги моддаларнинг қайси бири биологик антисептикага мансуб?**
А) антибиотиклар
Б) сульфаниламидлар
В) энзимлар
Г) зардоблар
Д) феноллар
- 15. Антибиотиклани юборишдан олдин қандай синама қўйилади?**
А) тери остига
Б) тери орасига
В) мускул орасига
Г) венага

16. Зардобларни юборишдан олдин қандай синама қўйилади?

- А) безредка синамаси
- Б) Искандаров синамаси
- В) вена ичига

17. Қайси дори маҳаллий оғриқсизлантириш учун кўпроқ ишлатилади?

- А) лидокаин
- Б) дикоин
- В) хлорэтил
- Г) новокаин

18. Юза жойлашган йирингли жароҳатларни очиш учун қандай оғриқсизлантириш қўлланилади?

- А) хлорэтил
- Б) қаватма-қават
- В) вена ичи
- Г) ғилофли анестезия

19. Ингаляцион наркозда наркотик моддалар қайси йўл билан юборилади?

- А) перидурал
- Б) мушак орасига
- В) нафас олиш йўли орқали

20. Наркоз бериш пайтида сабабга кўра асфиксия юзага келади?

- А) юрак уришини тухташи
- Б) оғриқ шоки
- В) бемор нафас йўлларига кусук тўкилиши

21. Нафас йўлларга кусук моддаси тушиб асқиксия юз берса нима қилиш керак?

- А) спазмолитик дори юбориш
- Б) кусук модда ва шилимшиқни тез сўриб олиш
- В) Сильвестр усулида сунъий нафас олдириш

22. Қандай операция бўлиши мумкин эмас?

- А) тезкор
- Б) шошилиш
- В) режали
- Г) криминал

23. Беморни режали операцияга тайёрлашга нималар кирмайди?

- А) гигиеник ванна
- Б) тозаловчи хукна қилиш
- В) ўрин-бошни алмаштириш

24.Ётоқ яра кўпинча қайси соҳада ҳосил бўлади?

- А) кўкракда
- Б) энсада
- В) думгазада
- Г) тирсакда

25.Жароҳатлаш босим билан оч қизил рангда қон отилиб чиқса қандай қон оқиш бўлади?

- А) артериал
- Б) веноз
- В) аралаш

26.Ички органлар: жигар, талок, буйрак ва ўпкадан шикастланиш натижасида юз берган қон оқишлар нима дейилади?

- А) веноз
- Б) паренхиматоз
- В) каппиляр

27.Қайси омиллар кўпинча қон кетишга сабаб бўлади?

- А) термик
- Б) механик
- В) кимёвий

28.Қуйидагиларни қайсиниси яширин қон кетишга киради?

- А) геморриодал қон кетиш
- Б) кесилган жароҳатда
- В) меъда-яра касаллигида

29.Қон кетишга қайси белгилар хос?

- А) гемоглабин миқдорининг камайиши
- Б) лейкоцитлар миқдорини камайиши
- В) эритроцитлар чукишини тезлашуви

30.Артериал қон кетишни вақтинча тухтатиш учун қайси усул қўлланилади?

- А) босиб турувчи боғлам қўйиш
- Б) артерия асосидан томирни босиб туриш
- В) қон кетаётган оёқ ёки қўлни юқорига кўтариш

31.Қон тухтатувчи жгут қанчада қуйилади?

- А) 1,5 – 2 соатга
- Б) 3 соатга
- В) 2 соатга

32.Қон оқишини биологик усулига қайсилар киради?

- А) гемостатаик воситаларни маҳаллий қўллаш, қон антигемофил зардобини қуйиш
- Б) кальций хлоридни қуйиш
- В) совуқ ва иссиқни қўллаш

33.Қон оқишини батамом тўхтатишнинг механик усулига қайсилар киради?

- А) томирни боғлаш, томирни чоклаш
- Б) қон тўхтатувчи дори юбориш
- В) томирни электрокоагуляция қилиш

34.Қон кетишни тўхтатишни физикавий усулга қайсилар киради?

- А) совуқни маҳаллий қўллаш, электрокоагуляция ва иссиқ физиологик эритма қўллаш
- Б) қон қуйиш
- В) жароҳатдаги томирни боғлаш

35.Ўтқир қон йўқотишда қайси асоратлар вужудга келади?

- А) хушдан кетиш
- Б) инсульт
- В) кома

36.Қон оқишни тўхтатишни кимёвий усулига нималар киради?

- А) маҳаллий перекс водород билан ювиш, викасол, кальций хлор эритмасини инфекция қилиш
- Б) жароҳатга фибрин плёнкасини қуйиш
- В) қон ва плазма қуйиш

37.Ўтқир қон йўқотишда қон қуйишнинг қайси усули қўлланилади?

- А) вена ичи
- Б) артерия ичи
- В) суяк ичи

38.Асептика нима?

- А) жароҳатга ташқаридан микроб туширмаслик чоралари
- Б) жароҳатга тушган микробларни йўқотиш ва сонини камайтиришга қаратилган тадбирлар
- В) жароҳатга тушган микробларни ўлдириш чоралари

39.Антисептика усуллари қанча?

- А) 4 хил биологик, физик, кимёвий, механик
- Б) 3 хил кимёвий, физик, биологик
- В) фақат 2 хил биологик ва кимёвий

40.Зардоблар вакциналар ва антибиотиклар билан беморни ҳимоя кучини ошириш антисептикани қайси усулига киради?

- А) кимёвий
- Б) механик
- В) термик
- Г) биологик

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. Б.В.Петровского, Е.И.Чазова. «актуальные проблемы гемостазнологии». Москва, 1981.
2. «Практическое руководство по хирургическим болезням». Минск, 1983.
3. В.Шмитт, В.Хартич. «Общая хирургия». Москва, 1985.
4. Основные вопросы организационно-методической помощи в городах. Москва, 1976.
5. А.А.Бунятян. «Справочник по анестезиологии и реаниматологии». Москва, 1982.
6. В.А.Михайловича. «Руководство для врачей скорой помощи». Ленинград, 1990.
7. О.Хидиров, А.Абилпайзиев. “Шикастланганда шошилини тиббий ёрдам”. Термиз, 2001.
8. У.О.Орипов, Ш.Н.Каримов. “Умумий хирургия”. Тошкент, 1994.
9. С.Н.Муратов. “Хирургик касалликлар ва беморларни парвариш қилиш”. Тошкент, 1989.

М У Н Д А Р И Ж А

КИРИШ	3
Асептика ва антисептика	4
Десмургия	8
Хирургия булимининг тузилиши ва унда тиббий хамширанинг ишини ташкил этиш	13
Оғриқсизлантириш	15
Қон кетиш	17
Травматик шок	20
Очиқ шикастланишлар	22
Ёпиқ шикастланишлар	24
Куйиш, совуқ уриш, электрдан шикастланиш	26
Суяк синиши	36
Бош шикастланиши	39
Кўкрак кафаси ва унинг органларининг ёпиқ шикастланиши	42
Жарроҳлик инфекцияси	43
ТЕСТ САВОЛЛАРИ	50
Фойдаланилган адабиётлар	55

Босма табағи 3,5. Босишга рухсат этилди
_____. Буюртма _____. Адади _____.