

ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

**ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ ЖАҲОН ТИЛЛАРИ
УНИВЕРСИТЕТИ**

**ЖАРРОҲЛИК КАСАЛЛИКЛАРИДА ВА
ШИКАСТЛАНИШЛАРДА ТИББИЙ ЁРДАМ**

*Олий ва ўрта махсус таълим муассасаларида аҳолини ҳимоя
қилиш учун тиббий хамииралар тайёрловига мўлжалланган
талабалар ва ўқитувчилар учун*

У с л у б и й қ ў л л а н м а

Тошкент – 2007

Акбарова Феруза Хошимовна– “Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” кафедраси катта ўқитувчиси, кафедра мудири.

Турсунова Нигора Анваровна- “Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” кафедраси ўқитувчиси.

Такризчилар: Тошкент Педиатрия Медицина Институти “Юқумли касалликлар” кафедраси доценти Мударисова Р.Х., Тошкент Давлат педагогика университети “Фукаро муҳофазаси, тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” кафедраси мудири, доцент Х.Содиқова.

Олий таълим муассасаларида фавқулодда вазиятлар тиббий ҳамшираларини тайёрлаш учун мўлжалланган.

Ушбу услубий қўлланма “Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” курси билан мувофиқ ҳолатда ёзилган. Ҳозирги шароитда гигиеник тарбия ва аҳолини тиббий маданияти даражаси етарли бўлмаган ҳолатда махсус тиббий билимларни эгаллашга эҳтиёж туғилди. Бу савол айниқса олий гуманитар таълим системасида долзарб. Услубий қўлланмада жарроҳлик касалликлари, шикастланишлар, уларнинг сабаблари, клиник белгилари, уларда кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам, даволаш ва олдини олиш чоралари тўлиқ ёритилган.

ЎзДЖТУ Илмий Кенгашининг 22 июнь 2006 йилдаги 11 – сонли қарори билан нашрга тавсия этилган.

СЎЗ БОШИ

Аҳоли сонининг кўпайиши билан боғлиқ бўлган жамият тараққиёти ишлаб чиқаришнинг масштаби ва эффективлигини кучайиши билан давом этади. Бу ҳолатларда кўпинча илмий асосланган техник меъёрлар ва технологик жараёнлардан четга чиқишлар, баъзан ўз вазифасига нисбатан жиноий лоқайдликлар ҳам кузатилиб турибди. Буларнинг ҳаммаси авариялар ва офатларга, кучли заҳарли моддаларни атроф-муҳитга тарқалиши билан давом этадиган портлашларга олиб келади.

Авариялар, офатлар ва ҳалокатлар бир вақтнинг ўзида кўп миқдорда одамларнинг зарарланишига, уларнинг биринчи ёрдамга муҳтож бўлишларига олиб келади. Улуғ Ватан уруши тажрибалари шуни кўрсатадики, шикастланганларнинг 32,6% олган шикастларининг оғирлигидан эмас, балки ўз вақтида биринчи жарроҳлик ёрдами кўрсатилмаганлигидан ҳалок бўлишган.

Шифокордан олдинги жарроҳлик ёрдами аввало шикастланишнинг дастлабки дақиқаларида шикастланганларга ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам беришни тақозо этади. Бироқ, бундай ёрдамни кўрсатиш кишидан маълум тайёргарлик ва тиббий билим асосларига эга бўлишни талаб этади. Ушбу услубий қўлланма худди шу билимларни беришга мўлжалланган.

“Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” бўйича университетлар ва педагогика институтларининг талабаларини ўқитиш дастури Ўзбекистон Республикаси Фавқулодда вазиятлар вазирликлари томонидан 1998 йил 15 майда тасдиқланган. Дастур 8 та бўлимдан иборат бўлиб, 7 – бўлим “Жарроҳлик ва шикастланишларда шифокордан олдинги ёрдам” деб номланиб, 64 соатга мўлжалланган ва 16 та мавзудан иборат. Услубий қўлланмада ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам бериш асосларига, дастлабки шифокордан олдинги жарроҳлик ёрдами усуллариغا, жароҳатлар, шикастланишлар, уларнинг турлари, сабаблари, клиник белгилари ва текшириш усуллариغا, уларни олдини олиш ва даволашга алоҳида урғу бериб ўтилган.

Бўлим мавзуларини ўрганиш давомида талаба жароҳатлар, шикастланишлар, уларнинг инфицирланиши тушунчаларини, келиб чиқиш сабабларини, ривожланишини, клиник белгиларини, текшириш усуллари, анаэроб инфекциялар, маҳаллий ва умумий йирингли касалликлар, суякларнинг синиши, турли куйишлар, совуқ олишлар, умумий музлаш, электротравма, травматик токсикоз, бош, юз, умуртқа поғонаси, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва улардаги аъзолар шикастланганда уларни аниқлаш, асоратларнинг олдини олиш, биринчи ёрдам кўрсатиш ва даволаш чораларини ўрганадилар ва амалиёт давомида ўз кўзлари билан кўриб кўникма ва малакаларга эга бўладилар.

МАВЗУ 1.

КИРИШ.

РЕЖА:

1. Хирургиянинг қисқача ривожланиш тарихи, бу фан ҳақида тушунча, унинг вазифалари.
2. Н.И.Пирогов- ҳарбий дала хирургиясининг асосчиси.
3. Замонавий қуроллардан фойдаланганда хирургия соҳасида санитар йўқотишларнинг ўзига хослиги.
4. Уруш ва тинчлик даврида аҳолига хирургик ёрдам кўрсатишнинг ўзига хослиги.
5. Тиббий эвакуациянинг босқичларида ФХТХнинг кўрсатадиган хирургик ёрдамнинг ташкил қилиниши ва ҳажми.
6. Болаларга кўрсатиладиган хирургик ёрдамнинг ўзига хослиги.
7. Тиббий эвакуациянинг босқичларида хирургия бўлими тиббий ҳамширасининг роли.

Таянч сўзлари: жарроҳлик, ФХТХ – фуқоролар ҳимоясининг тиббий хизмати, БТЁО – биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш отряди.

Хирургия фанининг ривожланиш қисқача тарихи.

Фан ҳақида тушунча, унинг вазифалари.

Хирургия фани клиник медицинанинг бир қисми бўлиб, оператив йўл билан касалликларни даволашни ўрганади.

Хирургик операция-даволаш ёки ташхислаш мақсадида тўқима ёки органга механик таъсир этиш. Хирургия-тиббиёт фанлари ичида катта ўрин тутиб, касалликни даволаш ва ташхислашда қонли ва қонсиз йўлидан фойдаланади.

Қадимги мисрликлар ўша вақтларданок ампутация, узун найсимон суяклар синганида турли бойламларни қўйишни, яраларни даволашда мисдан, оғриқсизлантириш мақсадида опийдан фойдаланишни билишган. Қадимги ҳиндлар эса операция қилишни билишдан ташқари, бу операцияларда ҳар хил асбоблардан фойдаланишган (кесувчи, пинцет, ойнача, шприц).

Хирургия қадимий Греция ва Римда яхши ривожланган бўлган. Бунга асос солган олим Гиппократ. У яралар класс-сификациясини ишлаб чиққан ва яраларни йирингли ва йи-рингсизларга ажратган. Операция даврида эса тозалikka катта эътибор бериб, яраларни йиринглашини олдини олган. Синишларни даволашда шиналардан, тортмалардан (витяжение), массаж, гимнастикадан фойдаланган. Операция даврида оғриқсизлантириш мақсадида наркотик моддалардан фойдаланган. Тиббиёт ва хирургияни ривожланишига катта ҳисса қўшган олим Цельсидир. У кўпгина

операцияларни ўтказиш услубини ёзиб қолдирган (катарактани олиб ташлаш, чиқиш ва синишларни даволаш). Ҳозиргача Цельс томонидан ишлаб чиқилган яллигланиш симптомлари ўз аҳамиятини йўқотмаган: хароратни кўтарилиши, оғриқ, қизариш, шиш, орган функциясини бузилиши. У биринчи бўлиб қон тўхтатиш мақсадида лигатура (боғлаш) қўйишдан фойдаланган. Гален ўз асарларида операцияда чок қўйишда ипакдан фойдаланганлиги ҳақида ёзиб қолдирган. Ибн Синонинг «Тиб қонуни» китобида ёзиб қолдирган маълумотлари тиббиёт ва хирургияни ривожланишига катта ҳисса қўшган.

Эсмарх қўл-оёқларда қон тўхтатиш мақсадида резинали эластик найчадан (жгут) фойдаланган. Дандиэтендер ва Янскийлар изоагглютинация ва қон қуйиш қонунларини ишлаб чиқишга, хирурглар иши анча енгиллашган. Чунки, энг оғир асоратлардан бири бўлган қон йўқотишнинг олди олина бошланган.

Хирургия айниқса XX асрда яхши ривожланди. Бу даврда турли хил аппаратуралар ишлаб чиқилди. Бу аппаратлар диагноз қўйишда, наркоз кечишини кузатиб туришда, операция даврида беморнинг ҳолати ҳақида маълумот беришда катта ёрдам бера бошлади. Юракдаги операциялар, юракни кўчириб ўтказиш ҳам аппаратларни яхши ривожланганлиги орқасида ўтказила бошлади (сунъий қон айланиш аппарати, сунъий клапан, синтетик қон томирлар).

Буйракни кўчириб ўтказиш ва «сунъий буйрак» уремик комадаги оғир беморларни ҳаётини сақлаб қолишда катта аҳамиятга эга. Бунда бемор қони захардан тозаланади.

Хирургик операцияларда фақат металл скальпеллардан эмас, балки, ҳозирда атомли ва ультратовуш пичоқлардан, лазер нурларидан фойдалана бошланди. Улар тўқимага зарарли таъсир қилмайди.

Ультратовуш фақат тўқималарни кесиб қолмай, ундан тўқималарни қайта тикланишида, уларни бир-бирига қайта ёпиштиришда ҳам фойдаланилади. Лазер нурлари – катта кучдаги оптик нурларнинг квантли генератори ҳисобланади. Юзаки тўқима бу нурлар таъсирида зарарланмайди.

Н. И. Пирогов ҳарбий дала хирургиясининг асосчиси.

Николай Иванович Пирогов 1810 йилда Москвада тугилган. Москва Университетини тиббиёт факультетини тамомлаган, кейин эса Юрьев университетида профессорлик фаолиятига махсус тайёргарликдан ўтган. 26 ёшда хирургия кафедрасини бошқарган.

1847 йилда Кавказ урушида Пирогов 1-март операция даврида оғриқсизлантириш мақсадида этил эфиридан фойдаланган. Яраларни йиринглашини олдини олиш мақсадида Пирогов хирургик бўлимларда алоҳида тартибни ишлаб чиққан. У доимо беморлар хонасини шамоллатиб

туришни, врачлар қўл ва асбоблар тозалигига катта эътибор беришни, яраларни ювишда махсус чойнакларда қайнатилган сувда ювишни талаб қилган. У яна йиринглашни микроблар келтириб чиқаришини айтиб ўтган.

Пироговни энг катта меҳнатларидан бири – у ҳарбий хирургияга асос солган. Бу соҳадаги унинг ишлари натижасига:

- Зарарланиш ўчоғида шикастланиш даражаси ва тиббий ёрдам кўрсатиш эҳтиёжига қараб беморларни ажратиш.

- Ҳарбий дала шароитида операцияда эфирдан фойдаланган.

- Транспорт ва даволовчи иммобилизация (ҳаракатничегараловчи) мақсадида гипсли бойламдан фойдаланган. Натижада бирламчи ампутация олди олинган.

- Уруш майдонида ярадорларга тиббий ёрдам кўрсатишга тиббий ҳамшираларни ҳам жалб этган. Даволаш муассасасида эса улар беморлар парваришида ёрдам беришган.

- Жуда кўплаб таниқли рус хирургларини етиштирган (Й.А. Караваев, Ц.И. Дьяос, Н.В. Склифасовский, П.И.Нельморт, А.Нигер).

Замонавий қуроллардан фойдаланганда хирургия соҳасида санитар йўқотишларнинг ўзига хослиги.

Ҳозирда янги қуролларни ишлатилиши оқибатида (термоядро қуроли, ва кимёвий қуроллар) шикастланиш ўчоғида бир вақтнинг ўзида оммавий йўқотиш юзага келади. Бунда турли хил механик ва термик шикастланишлар нур касаллиги билан бирга қўшилиб, яра ва куйган соҳалар радиоактив ва кимёвий моддалар билан зарарланади.

Оғирлик даражасига кўра оммавий шикастланиш ўчоғида енгил зарарланишлар 25-30 %, оғир ва ўта оғир 70-75 % ни ташкил этади.

Оммавий шикастланиш қуролларидан, айниқса ядро қуролидан фойдаланилганда шикастланишлар ичида энг катта гуруҳи (механик зарарланишлар ичида) ёпиқ шикастланишлар (50-55%) билан бирга тўқималарни узок вақт эзилиш синдроми ташкил этади. Умумий шикастланишлар ичида очик шикастланишлар (35-37%), суяклар синиши (9-10%) куйиш билан бирга бошқа турдаги шикастланишларни учраши 65-80% ни ташкил этади.

Умумий шикастланишлар ичида шикастланишларнинг жойлашган жойига кўра: қўллар (22%) ва оёқлар (32%) юз, бўйин, бошни зарарланиши (12%), кўкрак қафаси -15%, қорин-14% ни ташкил этади.

Механик ва термик шикастланишлар нур касаллигини кечишини ва оқибатини оғирлаштиради. Ва аксинча, нур касаллиги яра, куйиш соҳасини, синган суяклар битишини қийинлаштиради.

Бизга маълумки, нур касаллиги лейкопения, организмнинг инфекцион асоратларга, йиринглашга қарши курашиш қобилиятини пасайиши билан кечади. Организмнинг курашиш фаолиятини пасайиши куйидаги факторларга боғлиқ: токсемия (ўлган тўқима маҳсулотлари билан

захарланиш) анемия, лейкопения ва ҳоказо. Бундай реактив ҳолат зарарланган тўқималарда регенерация фаолиятини пасайишига олиб келади. Натижада синган суяклар, яралар, йирингли жараёнларнинг битиши секинлашади.

Уруш ва тинчлик даврида аҳолига хирургик ёрдам кўрсатишнинг асосий принциплари.

Тиббий ва хирургик ёрдам кўрсатиш кўп босқичли характерга эга. Тинчлик даврида 1-тиббий ёрдамни муассаса, соғлиқни сақлаш пунктлари кўрсатади. Кейин бемор поликлиникага ва хирургик касалхонага юборилади. Умумий хирургик бўлимдан ташқари яна йирингли хирургия, томир паталогияси, торакал хирургия, кардиохирургия, хирургик эндокринология, онкология ва проктология ва ҳоказо бўлимлари бор. Травматологик ёрдам махсус травматология бўлимида кўрсатилади.

Уруш даврида хирургик ёрдамнинг ўзига хос принциплари.

Оммавий шикастланишларда хирургик ёрдам принциплари:

- тиббий эвакуациянинг ҳамма босқичларида иложи борица оддий усуллардан фойдаланиш.
- ҳар бир тиббий эвакуация босқичида тиббий ёрдам шу босқичнинг ҳажми ва кўрсатмасига боғлиқ бўлади.
- очик шикастланган жароҳатлар бирламчи хирургик ишлов ўтказилиши керак ва эрта жароҳат тикиб қўйилади.
- маҳаллий ва умумий ўзгаришлар ҳисобга олиниб, эрта комплекс даво бошланади.
- шикастланганларга икки этапли система бўйича хирургик ёрдам кўрсатилади. Уларга олдин биринчи ёрдам кўрсатилади, сараланади, ва шаҳар ортидаги касалхонага эвакуация қилинади.
- тиббий эвакуациянинг ҳар бир босқичида тиббий саралаш ўтказилади.

Мураккаб шикастланишларнинг энг хавфли асоратлари: қон кетиш, шок, инфекция тушиши. Тиббий эвакуациянинг ҳамма босқичида шу асоратларни келиб чиқиши олди олинади.

Тиббий эвакуациянинг босқичида хирургик ёрдам ҳажми.

Ёппасига жароҳатлаш воситаси қўлланган шароитда аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш шикастланганларни кўпчилигининг ҳаётини сақлаш, шикастланганларни меҳнат фаолиятини тиклаш, аҳоли ўртасида юқумли касалликлар ривожланиши олдини олишга қаратилган даволаш-профилактик, эпидемияга қарши ва санитар - гигиеник чора-тадбирлар ягона системасини ўтказиш йўли билан амалга оширилади. Бу барча чора-

тадбирларни амалга ошириш огир ва қийин шароитларда яъни шикастланиш ўчоғида уюмлар (завал), кучли ёнгин, яхши кўринмаслиги ҳисобига шикастланганларни қидириб топиш, уларга тиббий ёрдам кўрсатиш, шикастланиш ўчоғидан шикастланганларни олиб чиқиш қийинлашади. Шикастланганларни даволаш эвакуацияни ташкил этиш, жумладан хирургик ёрдамни ташкил этиш ягона икки этапли тиббий ёрдам кўрсатиш системасига асосланган ҳолда йўлга қўйилади. Тиббий эвакуациянинг биринчи босқичи бу биринчи тиббий ёрдам отряди бўлиб, иккинчи босқичи шаҳар ичидаги бош ва махсуслашган касалхонадир. Шу билан бирга қўйидаги тиббий ёрдам турлари кўрсатилади: биринчи тиббий, биринчи врачлик ва махсуслашган тиббий ёрдам.

Биринчи тиббий ёрдам шикастланиш ўчоғида ёки уни яқинида аҳоли ўз-ўзига ёки ўзаро бир-бирларига, авария-кутқариш шахсий таркиби, ёнгинга қарши аҳоли мудофасининг бошқа шакллари, сан.дружинаси томонидан кўрсатилади.

Радиоактив модда билан зарарланган зонада биринчи тиббий ёрдам қўйидаги ҳажмда олиб борилади:

- противогаз, пахта-докали боғлам кийиш.
- шикастланганларни зарарланган майдондан олиб чиқиб кетиш.
- жароҳатланган ва шикастланганларга ёрдам кўрсатиш чора-тадбирларини ўтказиш.

Зарарланган зонадан ташқарида шикастланганларга ёрдам кўрсатиш чора-тадбирларини давом эттириш зарур:

-кўрсатмага асосан сунъий нафас бериш; огиз, бурун, бурун-ҳалқум ва кўзни сув билан ювиш.

-радиоактив модда ичида тушганига (сув, овқат билан) гумон бўлса, қусишни чақириш зарур.

-шикастланиш ва жароҳат бўлса, ёрдам чора-тадбирларини давом эттириш.

Биринчи врачлик ёрдами.

Бу ёрдамни мақсади шикастланганлар ҳаётини сақлаб қолиш ва уларни махсуслашган хирургик даволаш учун эвакуацияга тайёрлаш.

Хирургик ёрдам ҳажмига қўйидаги чора-тадбирлар киради:

-Қоқшолга қарши зардоб ва антибиотиклар юбориш.

-Шокка қарши чора-тадбирлар ўтказиш (шикастланганни иситиш, қон, қон ўрнини босувчи эритма ва шокка қарши суюқликлар қўйиш, нерв системасини тинчлантирувчи моддалар-морфин, промедол, триоксозин, элениум қўллаш, юрак қон томир системасини нормаллаштирувчи воситаларни юбориш: кофеин, эфедрин, баъзан норадреналин.

-қон оқишини бутунлай тўхтатиш.

-Жароҳатга боғлам қўйиш ёки тўғрилаш.

-Суяк синганда ёки юмшоқ тўқима катта соҳаси шикастланганда иммобилизация қилиш.

-Сийдик ажратиш йўллари шикастланганда сийдик пуфаги пункцияси ёки катетерлаш.

- Нафас функцияси бузилганда сунъий нафас бериш ёки кислород терапия ўтказиш.

- Ҳаётий кўрсатмага асосан оператив муолажалар ўтказиш (трахеотомия ички қон кетишда лапортомия, очик пневмотораксни ёпиққа айлантириш, оёқ-қўл зудлик билан ампутацияси, калла ичи босими ошганда калла суяги трепанацияси)

20-30% шикастланганлар ҳаётий кўрсатмага асосан шошилишч бўлмаган хирургик ёрдамга мухтож.

Болаларга хирургик ёрдам беришнинг ўзига хос хусусиятлари.

Болалар тўқимаси суқликларга, қон томирларга бой, ингичка ва говаксимондир. Шунинг учун улар шишга, ёрилишга мойил ва тезда гематомалар пайдо бўлади. Бундан ташқари иккиламчи инфекция тушишига, яраларни қийин битиши ва бошқа асоратлар тез ривожланади.

Буларни ҳисобга олиб, боларга хирургик ёрдам беришда иложи борича тўқималарни минимал кесилади. Бунинг учун болаларга эҳтиёт бўлиб, мулойимлик билан муомала қилиш. Имкон қадар хирургик ёрдам ва операцияларни оддий усулларида фойдаланиш. Болалар қон йўқотишга ўта сезувчан бўладилар, шунинг учун қон кетишни тезда тўхтаташ керак.

Тиббий эвакуация босқичларида зарарланганларга ёрдам беришда хирургия бўлими тиббий ҳамширасининг роли.

Хирургик ёрдам асосида қатъий босқичли даволаш ётади. Бу системада тиббий ҳамшира ҳар бир этапда қатъий ажратилган вақт ичида ёрдам кўрсатади.

Зарарланиш ўчоғида ҳамшира боғлам қўйиш, жгут қўйиш, оддий иммобилизация, оғриқсизлантириш муолажаларини ўтказади ва беморларни ОПМга эвакуация қиладилар. Бу этапда беморлар биринчи врач ёрдамини оладилар. Бу ерда қон қуйиш, қон ўрнини босувчи суюқликларни қуйиш, қоқшолга қарши зардоб юбориш, антибиотик-терапия ва бошқа муолажалар кўрсатмаларга кўра ўтказилади. Кўп ҳолларда хирургик даволаш эффекти ўз вақтида ва тўғри ўтказилган биринчи ёрдамга боғлиқ. Бу ёрдам эса кўпинча ҳамширалар томонидан ўтказилади. Тиббий эвакуациянинг ҳамма этапларида ҳамшира актив қатнашади.

САВОЛЛАР:

1. Жарроҳлик фани нимани ўрганади ва унинг вазифалари қандай?
2. Жарроҳлик фанида Н.И.Пирогов қандай ўрин тутди?

3. Фавқулудда вазиятларда аҳолига жарроҳлик ёрдамини ташкил қилишнинг асосий принциплари қандай?

А д а б и ё т л а р:

1. М.А.Сластихин, В.А.Брусенцов, В.В.Корхов “Шикастланаганда тиббий ёрдам”.
2. С.Н.Муратов “жарроҳлик касалликлари ва уларда беморларни парвариш қилиш”.
3. Л.А.Николаев “Доврачебная помощь при травмах и хирургических заболеваниях”.

МАВЗУ 2. АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКА

Р Е Ж А:

1. Жароҳат инфекцияси тўғрисида умумий тушунча ва унинг хавфлилиги.
2. Асептика ва антисептика.
3. Тиббий ҳамширанинг асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилишдаги вазифалари.

Таянч сўзлари: асептика, антисептика, стерилизация, автоклавлаш, дастлабки жарроҳлик ишлови, гипертоник эритмалар, дренажлаш, антисептик моддалар.

Асептика ва антисептика.

XIX аср ўрталарида жарроҳликда тубдан ўзгаришлар юз беради. Д. Листер Л. Пастер ва Р.Кох каби олимларининг илмий изланишлари жароҳатга тушган микробларга қарши турли кимёвий моддаларни қўллаб, курашиш усулини асослаб берди.

Листер томонидан ишлаб чиқилган бу усул антисептика деб аталди, шу мақсадда қўлланиладиган моддалар эса антисептик моддалар деб ном олди. Жароҳат инфекцияси ҳамма жароҳатларнинг, шу жумладан операция жароҳатларининг ҳам асорати ҳисобланади. Жароҳатга тегишли мумкин бўлган ҳамма жисмлар микроблардан ҳоли бўлиши, (стерилланган), жароҳатга тушган микроблар эса максимал даражада кучсизлантирилган бўлиши керак. Замонавий жарроҳлик жароҳат инфекциясининг профилактикаси учун асептика ва антисептиканинг турли усуллари эга.

Асептика – жароҳатга микроб тушиши олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар йиғиндиси. Асептиканинг қоидаси: жароҳатга тегиши мумкин бўлган ҳамма нарсалар микроблардан ҳоли, яъни стерил бўлиши керак. Асептика стерилизация йўли билан амалга оширилади. Стерилизациянинг бир неча хил усуллари мавжуд:

Қ у р у қ и с с и қ б и л а н с т е р и л и з а ц и я қ и л и ш.

Бу усул билан металл буюмлар стерилизация қилинади. Бунинг учун электр токи билан ишлайдиган қуруқ иссиқ шкафлардан фойдаланади. Шкаф ичида сеткали токчалар бўлиб, унга жиҳозлар жойлаштирилади. Шкаф беркитилиб, токка уланади. 10-15 минутдан кейин стерилизатор ичидаги ҳароратни 120-140 градусга етказилади. Шкаф ичидаги ҳароратни назорат қилиш мумкин. Стерилизация 30 минут давом этади. Стерилизаторни токдан узгач 5-10 минутдан сўнг сеткани олиб, операция ҳамширасининг столига кўчирилади. Қуруқ иссиқ шкафида стерилизация тўлиқ бўлади ва буюмлар бузилмайди.

Ёндириш билан стерилизация қилиш.

Бу усул тўлиқ стерилизация бермайди, шунинг учун кам қўлланилади. Бу усулда асосан хирурглар қўлини ювадиган тосларнинг ички томонлари стерилизация қилинади. Тозалаб ювиб қуритилган тосга спирт томизилиб, ёқилади. Кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда буюмларни стерилизация қилиш учун қўлланилади.

Қайнатиш йўли билан стерилизация қилиш.

Энг оддий усул. Бунинг учун махсус идишлар ишлатилади (стерилизатор, челақ, тослар, кастрюллар). Буюмларни шётка ва совун ёрдамида яхшилаб ювиб, 20%ли сода эритмасида 45минут давомида стерилизация қилинади. Стерилизация вақти сув қайнаб чиққандан кейин бошланади. Чиритувчи анаэроб инфекция билан ифлосланган буюмлар 2-3 марта 45 минутдан қайнатиб, стерилизация қилинади.

Мураккаб тузилишли буюмлар бир-биридан ажратилиб кейин стерилизация қилинади. Стерилизация махсус стерилизаторларда амалга оширилади. Улар тўғри тўртбурчак шаклдаги металл коробкалар бўлиб, копкоги маҳкам қилиб ёпилади. Буюмлар кути ичидаги предметлар сеткага жойлаштирилиб, сув солинади. Электр токида ёки оловда қайнатилади. Шиша предметлар (шприцлар, пробирка, мензуркалар) алоҳида стерилизация қилинади. Шприцлар стерилизация олдидан дока га ўралиб, совуқ ёки илитилган сувга туширилади.

Жарроҳлик буюмлари, шприцлар стерилизация қилишдан аввал яхшилаб физикавий ва кимёвий йўл билан тозаланади. Аввал улар оқиб турган сувда ювилади, 50 градусли ювувчи эритмага 15 минут солиб қўйилади. Кон билан ифлосланган буюмлар 0.5%ли ювувчи эритмага (30%ли водород пероксиди 20 мл, 975 мл сув, 5 гр кир ювиш совун кукуни) солиб қўйилади. Анаэроб инфекция билан ифлосланган бўлса, 1%ли ювувчи эритмага (10%ли водород пероксиди 40мл, 950мл сув, 10гр кир ювиш кукуни) солиб қўйилади. Сўнг шу эритмаларда пахта-докали қилинган тампон ёрдамида ишқалаб ювилади. Сўнг оқиб турган сувда, дистилланган сувда ва стерилизация қилинади.

Автоклавлаш—бўғ босим остида стерилизация қилиш.

Автоклавлаш йўли билан ички кийимлар, чойшаб, халат, боғловчи материалларни (дока, бинт, пахта) кийим-бош ва уй-рўзгор буюмлари стерилизация қилинади. Автоклавлар турли хил ва тузилишда бўлади. Лекин уларнинг ишлаш принципи бир хил. Автоклав қўш қозондан иборат, қопқоғи винтлар билан маҳкамланади. Автоклав ичида буғ босимини кўрсатадиган монометри бўлади. Стерилизация қилинадиган буюмлар алоҳида стерилизация барабанларига-биксларга жойлаштири-лади. Материални биксга босмасдан солиш керак, акс ҳолда буғ уларнинг орасига ўтмай қолади ва етарли даражада стерилизация бўлмайди. Биксларни материал билан тўлдиргач, қопқоғи маҳкам қилиб ёпилади. Бикснинг ёнидаги тешиклари очиқ ҳолда, автоклавга солинади. Стерилизация тугагач, ён тешиклари дарров ёпиб қўйилади.

Автоклажда сувни иситиш манбаи электр иситгич, газ бўлиши мумкин. Автоклаждаги сув иситилиб, қайнатилгач, буғ ҳосил бўлади. Бу вақтда автоклав ичида босим кўтарилади. Босим кўтарилиб борган сари, ҳарорат ҳам кўтарилади: 1атм-120градус, 1.5атм-127градус, 2атм-134градус. Шундай қилиб, босим қанча юқфори бўлса, ҳарорат ҳам шунча юқори бўлади. 1-атм да стерилизация 1соат, 1,5 атм да 45 мин, 2 атм-30 мин давом этади.

Стерилизация текшириб кўришнинг бир неча хил усуллари мавжуд. Масалан, маълум бир эриш ҳароратига эга бўлган моддалар ишлатилади. Олтингугурт кукуни-117градусда, антипирин, амидопирин-110 градусда, резерцин-119 градусда эрийди. Улардан бири пробиркага солиниб, бикснинг бир четига илиб қўйилади. Агар стерилизация охирида модда эриб кетган бўлса, стерилизация тўғри бажарилган бўлади. Стерилизацияни бактериологик йўл билан ҳам текшириб кўриш мумкин. Бунинг учун материалдан бир бўлак олиниб, пробиркага солинади, оғзи пахта ва докадан қилинган қопқоқ билан маҳкам ёпиб қўйилади. Пробиркани бикс ичига қўйиб, стерилизация охирида пробиркани бак. лабораторияга жўнатилади.

Совуқ стерилизация—кесувчи буюмлар (скальпель, қайчилар) стерилланади. Уларни ювиб, тозалаб, 96 градусли спиртга 2 соат давомда солиб қўйилади.

Антисептика—жароҳатдаги микробларнинг сонини камайтириш ёки уларни йўқотишга қаратилган чора-тадбирлар тизими. Антисептика куйидаги турларга бўлинади:

1. **Механик антисептика**—жароҳатнинг дастлабки жарроҳлик ишлови. Бу кичик бир операция бўлиб, жарроҳлик хоналарида амалга оширилиши керак. Бетобда жароҳатнинг қаерда бўлиши ва характериға қараб маҳаллий оғриксизлантиришда ёки умумий наркоз берилади. Жароҳат атрофидаги тери бензин, эфир ёрдамида тозаланади, сочлар олиб ташланади. Жароҳат атрофи стерил материал билан ўралади,

маҳаллий оғриқсизлантирилади ва операция қилинади. Жарроҳлик ишловида ифлосланган тери ости қавати кесиб олиб ташланади, некротик тўқималар, ёт нарсалар, ивиган қон олиб ташланади. Жароҳат тикиб қўйилади. Жароҳатнинг дастлабки жарроҳлик ишловидан сўнг ярадор кузатилиб турилади.

2. Физикавий антисептика—бунда гипертоник эритмалар, электр нури, бактериоцид лампалар қўлланилади.

Жароҳатни дренажлаш яхши натижа беради. Дренажлар,полиэтилен ёки шиша найчалардан иборат. Дренажлар нафақат йирингни олиб чиқиш учун, балки бўшлиқларни антисептик эритмалар билан ювиш ва уларга антибиотиклар юбориш учун ёрдам беради.

Жароҳатни қуриштириш – дегидротация турли кукунларни сепиш билан амалга оширилади. Жароҳатни очик қолдириш, ультрафиолет нурлари ҳам жароҳатни қуриштиришга ёрдам беради.

3. Кимёвий антисептика – турли кимёвий моддаларни қўллаш билан амалга оширилади. Жарроҳликда қуйидаги антисептик моддалар кўпроқ қўлланилади:

Хлорамин, йод эритмаси,водород пероксиди,калий перманганат,бор кисло-таси, первомур эритмаси (с-4-85% чумоли кислотаси 81мл,33%ли водород пероксиди 171 мл), сода, нашатир спирти, оғир метал тузларидан – сулема, кумуш нитрат (ляпис), ксероформ, этил спирти ва бошқалар.

4. Биологик антисептиканинг мақсади нафақат микробларни йўқотиш, балки организмнинг иммунобиологик хусусиятларини оширишга қаратилган. Антибиотик, ферментлар, зардоблар қўлланилади. Биологик антисептика – бу профилактик антисептикадир.

5. Асептика ва антисептика қоидаларга риоя қилишдаги тиббий ходимларнинг вазифалари.

Барча даволаш муассасалари ишининг асосини асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиш ташкил этади. Айниқса, жарроҳликда бу қоидаларни озгина бўлса ҳам бузиш, турли асоратларга олиб келиш, даволаш айниқса, хирургик муассасанинг кўпол хатоси ҳисобланади.

Жарроҳлик бўлимларида, яра бойлов операция хоналарида асептик қоидаларга риоя қилишда шифокор билан бир қаторда тиббий (жарроҳлик) ҳамширасининг ҳам роли бор. Жарроҳлик ҳамшираси операция блокининг санитар ҳолатини диққат билан кузатиб бориши, буюмларнинг, бойлов материалларининг, чойшаб ва кийим-бошларнинг стериллигига операцияда қатнашувчиларнинг асептик тайёргарлигига жавоб бериши ва ўзи ҳам риоя қилиши керак. Стерилизация қурилмаларини ва стерилизациянинг ўзини яхши билиши керак.

С А В О Л Л А Р:

1. Жароҳат инфекцияси деб нимага айтилади? Жароҳатга инфекция тушиш йўллари айтиб беринг.
2. Асептика ва унинг усуллари тўғрисида гапириб беринг.
3. Антисептика ва унинг усуллари айтиб беринг.
4. Тиббий ходимларнинг асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилишдаги вазифаларини айтиб беринг.

ТЕСТЛАР:

1. Асептика деб нимага айтилади?
 - а) жароҳатга микроб тушиш олдини олиш
 - б) жароҳатга стерил боғлам қўйиш
 - в) инфекция билан курашиш тадбири
 - г) микробларни жароҳатга тушгандан кейин йўқотишга қаратилган чора-тадбирлар йиғиндиси.
2. Стерилизация турларини кўрсатинг.
 - а) ёндириш, қиздириш, совутиш
 - б) ўтувчи буғ билан, босим остидаги буғ билан стерилизация қилиш, қиздириш, қайнатиш
 - в) ўтувчи буғ билан стерилизация қилиш, ҳавода шамоллатиш, совутиш
 - г) ҳаммаси тўғри
3. Антисептика деб нимага айтилади?
 - а) инфекция тушмасдан аввал зарарсизлантириш ишларини олиб бориш
 - б) стерилизация усули ёрдамида бажарилади
 - в) химиявий ва бошқа воситалар ёрдамида ярага тушган микробларни йўқотиш ва жароҳатнинг йиринглаб кетишини олдини олиш
 - г) ҳаммаси нотўғри
4. Антисептика усуллари кўрсатинг:
 - а) механик, физик, химиявий
 - б) физик, биологик
 - в) биологик, механик, химиявий
 - г) химиявий, биологик.
5. Қўлларни зарарсизлантиришни қандай усуллари бор?
 - а) Павлов, Альфельд, Пирогов
 - б) Спассокукоцкий-Кочергин, Альфельд, Фюрбрингер
 - в) Пирогов, Спассокукоцкий-Кочергин
 - г) ҳаммаси тўғри

АДАБИЁТЛАР:

1.Л.А.Николаев “Доврачебная помощь при травмах и хирургических заболеваниях”. Минск 1999 йил.

2.М.А.Сластухин, В.А.Брусенцов, В.В.Корхов “Шикастланганда тиббий ёрдам”.

3.С.Н.Муратов “Жарроҳлик касалликлари ва уларда беморларни парвариш қилиш”.

МАВЗУ 3. ДЕСМУРГИЯ. ТРАНСПОРТ ИММОБИЛИЗАЦИЯСИ.

РЕЖА:

1. Десмургия тушунчаси.
2. Боғлам қўйиш қоидалари.
3. Боғлам турлари:
 - Бошга қўйиладиган боғламлар;
 - Қўлга қўйиладиган боғламлар;
 - Оёққа қўйиладиган боғламлар;
 - Кўкрак қафасига қўйиладиган боғламлар
4. Транспорт иммобилизацияси, тахтакач қўйиш қоидалари.
5. Қўл ва оёққа тахтакач қўйиш хусусиятлари.

Таянч сўзлар: десмургия, қаттиқ ва юмшоқ боғламлар, иммобилизация, Крамер ва Дитерихс тахтакачлари, лонгета,

Десмургия тушунчаси.

Десмургия (грекча “desmos”-боғ, боғлаш ва “ergan”-иш) – боғлам қўйиш тўғрисидаги таълимот. Турли шикастланишлар ва касалликларда маҳорат билан тўғри боғлам қўйиш тиббиётда вужудга келган қадимий кўникмалардан бири ҳисобланади.

Боғлаш (боғлам қўйиш) жароғат ва терининг касалланган жойларини ташқи муҳит таъсиридан ҳимоя қилиш ва қон тўхтатиш ва шикастланган жойни иммобилизация қилиш мақсадида қўлланиладиган мустаҳкамлаш усули ҳисобланади.

Боғлам қўйиш икки қисмдан ташкил топган : жароҳатга даволаш мақсадида қўйиладиган материалдан ва мустаҳкамловчи боғлов материалидан.

Мустаҳкамловчи боғлов сифатида докали, лентасимон бинт ишлатилади.

Бинтлардан ташқари боғламларни мустаҳкамлаш учун клей (клеол, коллодий, резина клейи ва бошқалар), лейкопластир, ип газламадан тайёрланган учбурчак рўмоллар(косинка) ишлатилади.

Асосий боғлов матариаллари докали бинтлар бўлиб, ўлчамлари турлича бўлади: 5смX5см, 10смX5см, 14смX7см, 16смX10см. Бинт бош қисми (ўралган)дан ва бўш тарафидан(учидан) ташкил топган.

Бинтли боғламлар.

Бинтли боғламларнинг турлари: циркуляр – бинтнинг йўллари (турлари) бир-бирини тўлиқ беркитади; спирал – бинтнинг ҳар бир тури олдингисини $\frac{1}{2}$ ёки $\frac{2}{3}$ қисмини беркитади; крестсимон, саккизсимон, бошоқсимон – бинтнинг турлари бир-бирини кўндалангига ёки қийшиқроқ кесади. Болдир ва билакка боғлам қўйишда спирал боғламнинг турлари нотекис жойлашади. Шунинг учун ҳар бир турдан кейин бинтни айлантириб олинади. Айлантирилиб олинган жой тўғри чизиқда жойлашиши керак.

Кафт ва бармоқларни боғлаш учун 5 см., бош, елка ва билакни боғлаш учун 7-9 см., тана ва сонни боғлаш учун эса 8-20 см. кенгликдаги бинтлар қўлланилади. Боғлам қўйишдаги умумий қоидалар:

1. Беморга қулай шароит берилади.
2. Боғлам қўйиладиган жой физиологик жиҳатдан қулай ҳолатга келтириб олинади.
3. Бемор тинч туриши, боғланадиган жой мушаклари бўшашган бўлиши керак.
4. Боғлам тугатилгач, бемор боғлам қўйишда қандай ҳолда бўлса, шундай қолиши керак.
5. Бармоқлар узатилган, кафт очилган, тирсак букилган, елка бўғими қўлни танадан бир мунча четлатган ҳолда, чаноқ-сон ва тизза бўғимлари оёқ узатилган ҳолда бўлиши керак.
6. Ёрдам кўрсатилаётганда беморнинг юзини кузатиб бориш керак.
7. Бинтнинг бош қисми ўнг қўлда, учи чап қўлда бўлиши керак.

Шахсий боғлов халтаси. Оммавий шакстланиш рўй берган шароитларда жароҳатга дастлабки боғламни қўйишда шахсий боғлов халтасидан фойдаланилади. У иккита стерил, ўлчами 15x15 см. бўлган пахта-докали ёстиқчадан ва унга бириктирилган кенглиги 7-10 см. стерил бинтдан иборат. Бинтнинг бир томони 1 та ёстиқчага бириктирилган бўлиб, иккинчи ёстиқча бинт бўйлаб ҳаракатлантирилади. Бинт ёстиқчалар билан бирга пергамент қоғозга жойлаштирилиб, резинали материал билан четлари ёпиштирилган.

Шахсий бойлов халтасини қўллаш қоидаси:

1. Резинали материал қаватини кесилган жойидан очилиб, олиб ташланади.
2. Қоғозли қаватдаги тўғноғич олинади.
3. Чап қўл билан бинтнинг учини ушлаб, бинтнинг бош қисми очилади.
4. Ўнг қўл билан бинтнинг бош қисмини ушлаб халтача очилади.

5. Ёстикчаларнинг рангли ип билан тикилган томонигагина қўл билан тегиш мумкин, ёстикчани керакли масофага суртиш мумкин.

6. Ёстикчаларни жароҳатга қўйиб, бинт билан боғланади, бинтнинг охири тўғноғич билан мустаҳкамланади.

Циркуляр боғлам – цилиндрик юзаларга қўйилади. Бундан бинтнинг ҳар бир тури олдингисини тўлиқ ёпади.

Спиралсимон боғлам – цилиндрик ва конуссимон юзаларга қўйилади. Маҳкамловчи турдан кейин ҳар бир кейинги тур олдингисини $\frac{1}{2}$ ёки $\frac{2}{3}$ қисмини ёпиши керак. Конуссимон юзаларга боғлам қўйилганда бинтни бир марта айлантриб олинади.

Ўрмаловчи боғлам – жароҳат майдони катта бўлган ҳолларда бойлов материални маҳкамлаш учун қўйилади. Маҳкамловчи циркуляр турдан кейин турлар орасида бинт кенглигида бўшлиқ қолдириб боғланади.

Бошоқсимон боғлам – елка бўғимига, қўлтиқ соҳасига, ўмровга, чаноқ-сон бўғимига қўйилади.

Қайталама боғлам – қўл ёки оёқнинг ампутациясидан кейин культяга қўйилади. Дастлаб циркуляр тур билан маҳкамланади, кейин олдидан орқага қараб букиб, циркуляр тур билан мустаҳкамланади.

Тошбақасимон боғлам – тирсак ва тизза бўғимларига ярим букланган ҳолатда қўйилади.

Бошга қўйиладиган боғламлар.

Кўзга боғлам қўйиш – ўнг кўзни боғлаганда бинтни ўнг қўлда ушлаб, чапдан ўнгга қараб боғланади. Маҳкамловчи тур пешона орқали айланма горизонтал йўл билан боғланади. Кейин орқадан энсага туширилади, кулоқ остидан чакка орқали қийшайтриб, касал кўзни беркитилади. Бинтнинг қийшайган тури айланма тур билан маҳкамланади ва яна қайилтриб, олдинги турдан юқорироқ қилиб қўйилади. Айланма ва қайилган турларини кетма-кет қўйиб, кўзни беркитилади. Чап кўзни боғлаш учун бинтни чап қўлда ушлаб, ўнгдан чапга йўналтрилади.

“Чепец” – бошнинг тепа қисми жароҳатланганда қўйилади. Бунда дастлаб бошнинг тепа-чакка қисмларидан туширилган, асосий боғламни маҳкамлаш учун ишлатиладиган ёрдамчи бинт қўйилади. Маҳкамловчи боғламдан кейин асосий тур ўнг чакка соҳасида ёрдамчи бинт тагидан айлантриб, пешона орқали карама-қарши томонга ўтказилади ва ёрдамчи бинт тагидан айлантриб, энса орқали дастлабки ҳолатга қайтилади. Ва яна ёрдамчи бинт атрофида айлантриб, олдинги турдан юқорироқдан янги тур бошланади. Шу тарзда давом эттрилиб, бошнинг ҳамма қисми ёпилади. Кейин асосий бинт айланма тур билан ёрдамчи бинтга маҳкамланади. Ёрдамчи бинтнинг учлари ияк остида боғлаб қўйилади.

“Узангисимон боғлам” – бу боғлам пастки жағни ушлаб туради. Айланма маҳкамловчи турдан кейин бўйиннинг орқа ва ён томонларидан ияк соҳасига ўтилади ва чап лунж орқали юқорига кўтарилади. Чап

лунждан чакка ва бошнинг тепа қисмига ўтилади, пастки ияк соғасига туширилади. Зарур вақтларда ияк тўлиқ ёпилади ва бир неча марта ияк орқали айланма тур қилинади.

“Энса ва бўйинга крестсимон ёки саккизсимон боғлам”- Айланма тур билан бинт маҳкамланади. Кейин чап кулоқ орқасидан қийшиқ йўналишда пастга туширилади, бўйиннинг пастки қисмига бўйин олдида ўтилади ва бўйиннинг орқа томонидан бош устига қараб ўнг кулоқ остидан ўралади. Бинтни бошни олдидан айлантириб, чап кулоқ остидан ўтказилади ва юқори йўналишда навбатлашиб давом қилади. Бинтнинг охириги учи бош айланасида маҳкамланади.

“Кулоққа боғлам қўйиш”- пешона – энса орқали айлантириб, секин-аста пастдан юқorigа кўтарилиб боради. Айлана тур билан тугатилади.

“Иякка ва бурунга сонқонсимон боғлам”- бинт бўлагининг охиридан қирқиб келинади. Ўрта қисми қирқилмайди. Қирқилмаган соҳаси ияк ёки бурунга кўндаланг қилиб қўйилади. Охирлари кулоқ ости ва устидан ўтказилиб боғлаб қўйилади.

Кўкрак қафасига боғлам қўйиш.

“Спиралсимон боғлам”- 1 метр узунликдаги ёрдамчи бинт соғ томоннинг елка камари орқали ўтказилади. Бинтни кўкракнинг пастки қисмидан бошлаб спирал шаклида айлантириб, юқори томонга ўралади, кўкрак қафасини қўлтиққача ўраб, шу ерда маҳкам боғлаб қўйилади. Ёрдамчи бинтнинг учлари елкада бирлаштирилади.

“Кўкракка крестсимон боғлам”- кўрак қафасининг пастки қисмидан маҳкамловчи тур қўйилади. Кейин кўкракнинг олдинги юзасидан юқorigа қийшиқ йўналишда ўнгдан чап елка усти соҳасига, орқа орқали кўндалангига ўнг елка усти соҳасига ва қийшиқ йўналишда чап қўлтиққа, кейин чап елка усти орқали 2- ва 3- турларни такрорланади. Боғламнинг охири айланма боғлам билан тугатилади.

“Окклюзион боғлам”- кўкрак қафаси жароҳатланиб, очиқ пневмоторакс юз берганда қўйилади. Плевра бўшлиғига ҳаво киришини тўхтатиш мақсадида жароҳатга ва унинг атрофидаги териға радиуси 5-10см бўлган стерил салфетка унинг устидан клеёнка ёки целлофан қўйиб, герметик ҳолатда боғланади ёки ёпиштириб қўйилади.

Қўлга қўйиладиган боғламлар.

“Бармоққа спиралсимон боғлам”- маҳкамловчи тур биладан бошланади, кафтнинг устки соҳаси орқали қийшиқ йўналишда жароҳатли бармоқнинг учига борилади ва шу ердан спирал турлар билан бармоқни асосигача ёпиб борилади. Кейин кафтнинг устки соҳаси орқали билакка борилади ва циркуляр тур билан тугатилади. Ҳамма бармоқларга қўйилган спиралсимон боғлам “перчатка” кўринишда бўлади.

“Қайталанувчи боғлам”- кафт бармоқлар билан биргаликда боғланади. Аввал билак-панжа бўғими соҳасида маҳкамловчи айланма тур

килинади. Кейин бинт кафтнинг ички қисми бўйлаб кафт ва бармоқларга туширилади, бармоқларнинг учини ўраб, кафтнинг устига ўтади. Шу тартибда 2-3 тур қилиниб, бўғим соҳаси айланма тур қилиб боғланади, сўнгра ўрмаловчи боғлам кўринишда бармоқларнинг учига борилиб, у ердан спиралсимо тур кўринишида билакка олиб келиб, боғлам тугатилади.

“Тошбақасимон боғлам”- тирсак бўғимига қўйилади. 2 хил вариантда бўлади: йиғилувчи ва ёйилувчи.

Йиғилувчида маҳкамловчи тур билакнинг юқори қимига қўйилади, сўнгра билак ва елкага навбатма- навбат тур қўйилади ва боғлам марказга йиғилиб бориб, жароғатни беркитади. Ёйилувчи вариантида маҳкамловчи тур тирсак бўғими орқали ўтади. Боғлам тирсак бўғимидан букилган ҳолда қўйилади.

“Елка бўғимига бошоқсимон боғлам”- маҳкамловчи айланма тур елка суягига қўйилади. Кейин бинт кўкрак қафасининг олдинги юзаси орқали қўлтиқ ости соҳасига, сўнгра орқадан яна елка соҳасига ўтказилиб, дельтасимон мускул соҳасида турлар кесиштирилади, сўнгра елкадан айлантириб, шу тариқа такрорланади.

“Билак-панжа бўғимига крестсимон боғлам”- билакнинг пастки қисмида маҳкамловчи тур қилиниб, кафт томонга қийшиқ йўналишда борилади, сўнгра битта айлана тур қилиниб, кафтдан яна олдинги турга кесишган ҳолда билакка борилади, шу тариқа такрорланади ва билакда тугатилади.

Оёққа қўйиладиган боғламлар.

“Товонга қайталама боғлам”- маҳкамловчи тур тўпикқа қўйилади, сўнгра бинт товоннинг ён томонидан айлантирилиб, бармоқларнинг учидан бошлаб спиралсимо тур билан беркитилади ва тўпик соҳасида тугатилади.

“Бош бармоққа спиралсимо боғлам”- маҳкамловчи тур тўпикқа айлантирилади. Товоннинг устки юзаси орқали бинт бош бармоқни айлантириб ўтказилади, унинг учидан бошлаб спиралсимон тур бармоқнинг асосигача ўраб борилади ва тўпик атрофида маҳкамлаб қўйилади.

“Болдир-товон бўғимига крестсимон боғлам”- Тўпикдан юқорирокдан маҳкамловчи тур боғланади, сўнгра товон устидан қийшиқ йўналишда туширилади, товондан айлантирилади, товон устидан болдирга қараб кўтарилади, крест ҳосил қилинади. Шундай турлар билан товонни ёпилади, тўпик атрофида айланма тур билан тугатилади.

“Тизза бўғимига тошбақасимон боғлам”- тизза бўғими ярим букилган ҳолатда қўйилади. Тизза қопқоғи устида маҳкамловчи тур боғланиб, проксимал ва дистал йўналишда тарқаб боради. Тизза бўғими

очилган ҳолатда саккизсимон боғлам қўйилади. Бўғим устида ва остида айланма тур тизза қопқоғи устида кесиштирилади.

Бинтсиз боғламлар.

“Косинкали(учбурчак рўмол) боғлам”- стандарт косинкалар 136x100x100 см ўлчамда чиқарилади. Косинка билан тананинг турли соҳаларига боғлам қўйиш мумкин. Кўпинча қўлни осиб қўйиш учун қўлланилади. Бунда косинканинг ўртаси билак остидан ўтказилади, билак тирсак бўғимида букланган бўлади. Косинканинг бурчаги тирсакка йўналган бўлади, учлари бўйинда боғланади. Бурчаги тўғноғич ёрдамида олд томондан тўғнаб қўйилади.

“Клейли боғламлар”- жароҳатни бир неча қават стерил дока салфеткаси билан беркитилиб, жароҳат атрофидаги терига клей суртилади(клеол, коллодий). Клей қисман қуригач, докани қўйиб, четини маҳкамланади. Доканинг ортиқча қисмини қайчи билан қирқиб ташланади.

“Лейкопластирли боғламлар”- кичик жароҳатларда бойлов материали лейкопластир билан маҳкамланади. Лейкопластир крест ёки паралел қилиб ёпиштирилади. Юзаки кичик жароҳатларда бактериоцид лейкопластирлардан фойдаланилади.

“Тўр ва найсимон бинтли боғламлар”- Даволовчи боғламни тез маҳкамлаш учун ҳозирги вақтда ретиласт – пайпоқ кўринишдаги тўрсимон материал, турли ўлчамли ва осон чўзиладиган бинтлар ишлатилади. Ўлчами № 2-35гача бўлган тўр-найсимон бинтлар чиқарилган.

“Пайпоқли боғламлар”- жароҳатни стерил пахта ва дока қилинган ёстиқчалар билан беркитилиб, кийгизиб қўйилади. Қўл бармоқларини боғлаш учун №2,3 ; кафт, билак, товон, болдирни боғлаш учун №5-7; елка ва сон учун №10-15; бош, тана ва чаноқ учун №25-35 рақамли бинтлар ишлатилади.

Транспорт иммобилизацияси.

Асосий тушунча. Иммобилизация – деб, тана қисмлари шикастланганда шикастланиш соҳасига тинч ҳолат яратиб бериш ёки ҳаракатни камайтиришга айтилади.

Транспорт иммобилизацияси – шикастланганларни стационарга эвакуация қилиш вақтидаги иммобилизацияси.

Шикастланганларни стационарга ётқизилгач, вақтинчалик бўлган транспорт иммобилизациясини даволаш ёки доимий иммобилизация билан алмаштирилади.

Транспорт иммобилизацияси шикастланиш рўй берган жойда қилинади. Суяклари синган шикастланганларни иммобилизациясиз кўтариш ёки кўчириш мумкин эмас, чунки бундай ҳолат синган суяк бўлақларини силжиб, нерв ва йирик қон томирларни зарарланиш, инфекцияни тез тарқалишига олиб келади.

Иммобилизация қилиш учун тахтакач ва қўл остидаги материаллар қўлланилади. Транспорт иммобилизацияси учун махсус стандарт тахтакачлар ишлатилади. Стандарт транспорт тахтакачлари маҳкамловчи ва чўзиш билан маҳкамловчи тахтакачларга бўлинади. Маҳкамловчи тахтакачлар кўпроқ ишлатилади. Буларга фанерли, картонли, симли нарвонсимон тахтакачлар киради. Чўзиш билан маҳкамловчиларга Дитерихс тахтакачи киради.

Фанерли тахтакачлар юпқа фанердан тайёрланиб, қўл ва оёқларни иммобилизация қилиш учун ишлатилади.

Симли нарвонсимон Крамер тахтакачлари иккита ўлчамда чиқарилади- 110x10см ва 60x10см. Улар нарвонга ўхшаш, енгил ва мустаҳкам, турли шаклга келтириш мумкин. Уни биринчи тиббий ёрдам кўрсатишда кенг қўламда қўлланса бўлади.

Дитерихс тахтакачи рус хирургии М.М.Дитерихс томонидан яратилган. У сон суяги ва чанок-сон бўғими синганда иммобилизация қилиш учун ишлатилади.

Стандарт тахтакачлар бўлмаганда қўл остидаги материаллардан тахтакач сифатида фойдаланиш мумкин. Баъзан аутоиммобилизация ҳам қилиш мумкин: қўлни танага, синган оёқни соғ оёққа боғлаб қўйиш мумкин.

Қўллар шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Елка суягининг юқори 1/3 қисми синганда қўлни тирсак бўғимида тўғри бурчак ҳосил қилиб букланади. Тана шикастланган томонга энгашади, шу томондаги қўлтиқ остига пахта-докали ёстиқча қўйилади ва бинт ёрдамида кўкрак қафасига маҳкамлаб қўйилади. Шу ҳолатда билак косинкага осиб қўйилади, елка танага маҳкамлаб қўйилади.

Елка суягининг ўрта қисми синганда симли нарвонсимон тахтакач ёрдамида иммобилизация қилинади. Тахтакачни пахта билан қоплаб олинади, бунда тахтакач елка ва тирсак бўғимига маҳкамланади. Аввал елка ва билак ўлчаб олинади ва тўғри бурчак остида букланади, иккинчи томони орқада букланади. Қўлтиққа ёстиқча қўйилиб, маҳкамланади. Синган қўлни букланган тахтакачга жойлаштирилиб, маҳкамланади, тахтакачни эса танага бинтлаб қўйилади.

Елка суягининг пастки 1/3 қисми синганда тахтакачни кафт-бармоқ бўғимларигача етадиган қилиб букланади ва елканинг елканинг ўрта қисми синганда қўйиладиган ҳолда иммобилизация қилинади.

Билак суяги синганда симли нарвонсимон ва тўрсимон тахтакачлар қўлланилади. Тахтакачни елка суягининг ўртасидан кафт-бармоқ бўғимларигача қўлнинг ташқи томонидан қўйилади. Тирсак бўғими тўғри бурчак остида букланган бўлади, кафт очилган, қоринга яқинлаштирилган бўлади. Кафтга қаттиқ ёстиқча қўйилиб, тахтакач қўл билан маҳкамланади ва билак косинкага осиб қўйилади. Фанерли тахтакач қўлланилганда унга пахта қўйилади.

Билак-панжа бўғими ва бармоқлар синганда симли нарвонсимон ва тўрсимон тахтакачлардан фойдаланилади. Тахтакачни аввал пахта билан ўралиб, кафт томондан бармоқларнинг учидан то тирсаккача қўйилади. Оғирроқ шикастланганда қўшимча тахтакач орқа томондан ҳам қўйилади, кафтга қаттиқ валик қўйиб, тахтакачни қўлга маҳкамланади. Бармоқларнинг учи қон айланишини кузатиб туриш мақсадида очиқ қолдирилади.

Оёқлар шикастланганда транспорт иммобилизацияси. Сон суяги синганда чаноқ-сон, тизза ва болдир-товон бўғими иммобилизация қилинади. Бунинг учун стандарт Дитерихс тахтакачи қўлланилади. Бунда иммобилизациядан ташқари оёқни чўзиш ҳам мумкин.

Тахтакач узунлиги 1,71 ва 1,46м, кенглиги 8см бўлган 2 та ҳаракатланади ган планкадан иборат. Узун планкани соннинг ташқи юзасидан қўлтиқ ости соҳасигача, қисқа планкани ички томондан оралиқкача қўйилади. Планкалар ҳаракатчан бўлганлиги учун бемонинг бўйига қараб ўзгартириш мумкин. Планканинг дистал қисмлари кўндаланг ёғоч билан бириктилган. Товонга бинт билан таглик маҳкамланган бўлиб, унга бурама(закрутка) ипи бириктирилган. Иккала планка бинт ёрдамида танага оёққа ва бир-бири билан маҳкамланади. Оёқни чўзиш бурама ипи ёрдамида амалга оширилади.

Сон суяги синганда нарвонсимон тахтакачлардан ҳам фойдаланиш мумкин.

Стандарт тахтакачлар бўлмаган ҳолларда қўл остидаги материаллардан фойдаланиш мумкин(ёғоч, тахта, чанги ва бошқалар) ёки аутоиммобилизация қилинади, яъни синган оёқни соғ оёққа боғланади.

Болдир суяги синганда стандарт симли нарвонсимон тахтакачлардан фойдаланилади. Тахтакач болдирга мосланади, пахта ёки бирор юмшоқ материал билан қопланади, оёқнинг орқа томонидан думба бўғимигача олиб борилади, ён томонидан қўшимча 2 та фанерли тахтакачлар қўйилади. Тахтакач, тизза ва болдир-товон бўғимини қоплаши керак. Тахтакачни оёққа бинт билан боғлаб қўйилади.

Умуртқа поғонаси шикастланганда иммобилизация қилиш. Бундай шикастланганларни эҳтиётлик илан қаттиқ тахтали замбилларга орқаси билан ётқизилади. Тахта юўлмаса, оддий замбилларга қорин билан ётқизилиб, боши ва елкалари тагига ёстиқча қўйилади.

Умуртқа поғонасининг бўйин қисми шикастланганда пахта-докадан тайёрланган боғлам ёки Еланский тахтакачи қўйилади. Бу тахтакач фанердан тайёрланган бўлиб, бир-бири билан бириктирилган иккита створкадан иборат. Очилган ҳолатда бош ва тананинг контурини эслатади, энса соҳасида чуқурчаси бор. Атрофига пахтадан ёстиқчалар қўйилади. Тахтакач қўллаш вақтида пахта билан тўлдирилиб, тасмалар ёрдамида тана ва елкага маҳкамлаб қўйилади. Тахтакач бўлмаганда шикастланганларни замбилга орқаси билан ётқизилиб, бўйиннинг тагига ёстиқ қўйилади.

Чанок суяги шикастланганда иммобилизация қилиш. Қаттиқ замбилларга орқаси билан ётизилади, тизза ва чанок-сон бўғимлари ярим букилган ҳолатда, оёқлари ён томонларга бир мунча керилган ҳолатда бўлади. Тизза остига ёстикча қўйилади.

АМАЛИЁТ: ўқитувчи назорати остида талабалар боғламларни қўйиш қоидалари ва тартибини бир-бирида машқ қиладилар.

МАВЗУ 4. УМУМИЙ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ.

Р Е Ж А:

1. Умумий оғриқсизлантириш ва унинг турлари тўғрисида тушунча.
2. Беморни наркозга тайёрлаш ва наркоз вақтида бўладиган асоратлар.
3. Маҳаллий оғриқсизлантириш.
4. Наркоздан сўнг беморларни парвариш қилиш ва унда тиббий ҳамширанинг роли.
5. Тиббий эвакуация босқичларида жонлантириш.

Таянч сўзлари: клиник ўлим, реанимация, наркоз, анестезия, сунъий нафас, ёпиқ массаж қилиш.

Оғриқсизлантириш.

Тиббий эвакуациянинг босқичларидаги жонлантириш (реанимация).

Барча жарроҳлик операциялар ва яраларни хирургик тозалаш оғриқсизлантириш йўли билан бажарилади.

Оғриқсизлантиришнинг 3 усули мавжуд:

1. Умумий оғриқсизлантириш
2. Маҳаллий оғриқсизлантириш
3. Аралаш ёки комбинацияланган оғриқсизлантириш

1. Умумий оғриқсизлантириш (умумий наркоз)—бу М.Н.Сни (марказий нерв системасини) чуқур тормозланиши, скелет мушакларини бўшашиши, сезувчанликни йўқолиши, рефлексларни сусайиши. Наркоз пайтида узунчоқ миyanинг функциялари сақланиб қолади. Наркотик моддаларни юбориш усулига қараб 2 усули фарқланади:

1. Ингаляцион наркоз (наркотик моддаларни нафас олиш йўллари орқали юбориш)
2. Ноингаляция наркоз.

Ингаляцион наркоз умумий оғриксизлантиришда кўп қўлланиладиган усул ҳисобланади. Бу усулда беморга бирор наркотик модданинг буғлари нафас йўллари орқали юборилади. Бунда наркотик моддалар тезда ўпкага шимилади ва қонга ўтади. Ингаляцион наркоз учун ҳар хил наркотик моддалар қўлланилади: эфир, фторатан, хлор этил ёки газлар: азот икки оксиди, циклопропан.

1. Эфир-рангсиз, тиниқ суюқлик, ўткир ҳидли ва ўткир таъмли, 100мл ли флаконларда чиқарилади.
2. Хлорэтил-рангсиз, учувчан, ўткир ҳидли суюқлик, 20мл ли шиша ампулаларда чиқарилади.
3. Азот икки оксид-ҳидсиз, газ, кислородли қоришмаси (70-80% азот (II) оксид ва 20-30% кислород) ишлатилади.
4. Циклопропан-газ , бошқа моддалар билан комбинацияси ишлатилади.

Наркоз бериш вақтида дориларни ҳидлатиш учун махсус ниқоблардан фойдаланилади. Эсмарх ниқоби беморнинг оғзини ва бурнини бекитиб туради. Эсмарх ниқоби металл симдан қилинган бўлиб, устига 3-4 қават доқа қопланади. Эфир ёки хлороформ алоҳида шиша идишлар орқали томчилаб туширилади. Шиммельбум, Садовенко-Омбретен ниқобларидан ҳам фойдаланилади. Бу ниқобларда наркоз бериш қуйидагича бажарилади: бемор столга чалқанча ётқизилади, устига чойшаб ёпилади, шиллиқ пардаларнинг эфирдан куймаслиги учун беморни юзи, оғзи, бурни тарафларига вазелин суртилади, кўзини эса сочиқ билан ёпиб қўйилади. Беморнинг қўл ва оёқлари маҳкам боғланади, протез тишлар бўлса олиб қўйилади. Наркотизатор (наркоз берувчи) ёрдамчиси беморнинг бошини ва пастки жағини ушлайди, тил орқага кетиб қолмаслиги учун пастки жағни сал олдинга чиқарилади. Бемор юзига ниқоб қўйиб сочиқ билан маҳкам ўраб, эфирни томчилаб қўйиб турилади. Бемор 100 гача санаши керак—1 минутда 20-60 томчи томизилади. Махсус наркоз аппаратлари ёрдамида ингаляцион наркоз бериш қулай. Бунда эфир кислород билан аралаштириб берилади. Операциялар интубацион (кекирдакка қўйилган махсус найча орқали) наркоз орқали бажарилмоқда. Бунда газ ва буғсимон наркотиклар махсус найчалар орқали трахея ва бронхларга юборилади. Беморларга ингаляцион наркоз беришда қуйидаги босқичлар кузатилади.

Биринчи босқич - маст бўлиш даври. Бу вақтда бемор ҳушини йўқота бошлайди, санашда янглишади, лекин рефлекслар сақланади. Маст бўлиш даврида оғрикни сезиш анча камаёди ва йўқола бошлайди, бу даврда кичик операцияларни бажариш мумкин.

Иккинчи босқич - қўзғалиш даври. Бу даврда бемор бақиради, сўкинади ва ашула айтади. Бемор қўзғалиш даврида қўл ва оёқлари билан ҳар хил ҳаракатлар қилади, юзидаги ниқобни олиб ташлашга уринади.

Бу даврда юрак уриши тезлашади, нафас тез ва чуқур бўлади, кўз қорачиқлари бироз кенгаяди, лекин ёруғликка яхши реакция беради.

Учинчи босқич-қўзғалиш даври тамом бўлиши билан чуқур уйқу даври бошланади. Бунда сезувчанлик бутунлай йўқолади, кўз қорачиқлари тораяди ва ёруғликка реакция бермайди. Пульс секинлашади ва тўла бўлади. Нафас олиш тинч, секин ва чуқур бўлади. Бу даврда операция қилинади.

Тўртинчи босқич-уйғониш даври бўлиб, наркоз бериш тўхтатилади, бемор тоза ҳаводан нафас ола бошлайди ва ҳаво бериш бемор тўла ҳушига келгунча давом эттирилади. Бу даврнинг узоқлиги қўлланилган моддаларга, наркознинг давомийлигига, уйқунинг чуқурлигига, беморнинг ҳолатига қараб ҳар хил бўлади, бемор ҳушига келади.

Хирургияда бундан ташқари вена орқали ва тўғри ичак орқали наркоз берилади. Венага гексаналнинг дистилланган сувидаги 10%ли эритмаси ва тиопентол натрийнинг 2-5%ли эритмаси жуда секинлик билан юборилади. Тўғри ичак орқали эса эфир, нарколан ёки овертин ёрдамида наркоз берилади.

Наркоз столининг асбоблари:

1. Эфирли флаконлар хлорэтил натрийли ампула, физиологик эритма, дистилланган сув.
2. Шприцлар. (2.0; 5.0; 10; 20;)
3. Корцанг, оғизга ва бурунга ҳаво ўтказгичлар, оғиз кенгайтиргич, тил тутгич.
4. Ларингоскоп, батарейкали ва тармоқли ёритгичлар.
5. Ловия шаклли тоғорача ва сочиқ.
6. Лейкопластир, вазелин, докали қалпоқ.
7. Нафас стимуляторлари (лобелин)
8. Юрак воситалари (кофеин, кордиамин, коргликон, эфедрин, адреналин, атропин).
9. Эфир ниқоблари.

Беморни наркозга тайёрлаш.

Беморни операцияга умумий тайёрлаш ишлари-медикаментлар билан тайёрлаш ёки медикация дейилади. Медикация олди, кечки ва эрталабкига бўлинади.

Медикация олдининг мақсади беморни тинчлантириш ва наркозни яхши кечишини таъминлашдан иборат.

1.Кечки медикацияда ишлатилади:

- ухлатиладиган (барбамил, этамилол)
- анальгетиклар (промедол, амнопон)
- гистаминга қарши (атропин,аминозин, демидрол,пиполфен)
- аналептиклар (кордиамин, лобелин, прозерин)

2.Эрталабки медикация олдини анальгетиклар (промедол,амнопон), гистаминга қарши воситалар (атропин, димедрол) ишлатилади. Анес

тезиолог ҳамма воситаларни, соатлар бўйича қайси дорилар юборилганлигини ёзиб боради. Тиббий ҳамширанинг вазифаларидан бири муолажаларни ўз вақтида қилиш.

Наркознинг асосий асоратлари уларнинг олдини олиш, уларга қарши кураш.

Наркоз беришнинг бузилиши, наркотиклар дозасининг оширилиши ва бошқа сабабларга кўра наркоз бериш вақтида ҳар хил асоратлар юзага келади. Наркознинг биринчи босқичида кўрқиб натижасида психик шок пайдо бўлади. Бу оғир асоратнинг олдини олиш учун беморни операцияга руҳан тайёрлаш лозим, уни тинчлантириш учун 1мл морфин укол қилиш ёки люминал ичириш керак.

Кўзғалиш даврида аксарият беморлар қусади. Қусиш анча хавфли ҳисобланади, чунки қусиш массалари нафас олиш йўлига кетиб қолиб, бўғилиш пайдо қилади. Қусиш рўй берганда дарров ниқобни олиш ва беморнинг бошини ён томонга буриш керак. Беморнинг оғзини очиб, сочиқ ёки дока билан оғиз бўшлигини тозалаб артиш лозим. Бемор қусиб бўлгандан кейин наркоз бериш давом эттирилади.

Чуқур уйку даврида кўпинча пастки жағни нотўғри ушлаш натижасида тил орқага кетиб қолади. Мускулларнинг бўшаши натижасида тил ҳалқумнинг орқа деворига томон ҳаракат қилади ва ҳиқилдоққа кирадиган йўлни тўсиб қўяди. Бу нафас олишни қийинлаштиради, натижада бўйиндаги вена қон томирлари бўртиб, бемор кўкариб кетади, қоннинг ранги ўзгаради, пульс тезлашади. Бу асоратнинг олдини олиш учун беморнинг пастки жағини олдинга томон чиқарилади, оғизни оғиз кенгайтиргич билан очиб қўйилади ва тилни тутқич билан тортиб турилади, шунда нафас олиш йўли очилиб, бемор бемалол нафас ола бошлайди.

Наркоз бериш вақтида нафаснинг тўхтаб қолиши – (асфиксия) каби ҳодисалар жуда оғир асоратларга киради. Бундай ҳодиса рўй берганда дарҳол ниқобни олиб, беморга кислород бера бошлаш керак. Тери остига 1%ли лобелин эритмаси 1мл миқдорда юборилади ва тезлик билан сунъий нафас олдиришга киритилади.

Юракнинг тўхтаб қолиши – наркоз моддасининг дозаси ошириб юборилганда рўй бериши мумкин. Бунда пульс йўқолади, нафас тўхтади, беморнинг ранги ўчади, жароҳатдан қон оқмай қўяди, кўз қорачиғи кенгайиб, ёруғликка реакция бермайди.

Биринчи ёрдам: ниқобни олиб, вена орқали юрак дори воситалар юборилади, сунъий нафас олдириб, юракни массаж қилинади.

Маҳаллий оғриқсизлантириш.

Оғриқсизлантириш учун қўлланиладиган махсус эритмалар нерв толаларига ва учларига таъсир кўрсатиб, маълум соҳада сезувчанликни

йўқотади. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун новокаиннинг 0.25; 0.5; 1%ли эритмаларидан фойдаланилади.

Новокаиннинг оғриқсизлантириш таъсири 1-1.5 соат давом этади, бунга адреналиннинг 1:1000 эритмасидан 0.5мл қўшилса, унинг кучи ошади, ундан ташқари дикаин эритмаси, совкаин, кокаин ва бошқа анальгетиклар қўлланилади.

1. Инфильтрацион анестезия – операция қилинадиган соҳага шприц ёрдамида 0.25-0.5%ли новокаин эритмаси 200-1500 миқдорда юборилади.

2. Регионар анестезия – оғриқни йўқотадиган эритма сезги нервларининг яқин ерига ёки ўзига юборилади. Бунда сезги нервларининг ўтказувчанлиги вақтинча бузилади ва бутун бир соҳа оғриқни сезмайдиган ҳолатга келади.

3. Суртиш - шиллиқ пардаларга 1-2%ли кокаин эритмаси суртилади.

4. Музлатишни қўллаш – хлорэтил билан маълум соҳани музлатиш усули кенг тарқалган. Бу оғриқсизлантириш йўли билан кичик операциялар бажарилади.

5. Томир орасига анестезия – жгут қўйиш билан амалга оширилади. Бунда анестетик модда операция қилиниши керак бўлган соҳадан организмга тарқалиш йўли тўсилади.

6. Суяк орасига анестезия – суякларда қилинадиган операциялар кўпинча новокаинни суяк ичига юбориб оғриқсизлантириш йўли билан бажарилади.

7. Новокаин блокадаси – периферик нерв системаси элементларига новокаин эритмаси (0.25%ли) таъсир эттириб даволаш усули: новокаиннинг нерв хужайрасига оғриқсизлантирадиган ва ҳиёл кўзғатадиган таъсир кўрсатиш хусусиятига асосланган.

8. Орқа мия орқали оғриқсизлантириш – оёқ суяклари синганда, тос суяклари синиб, ички органлар шикастланганда ва бошқа ҳолларда операция қилинганда орқа мия орқали оғриқсизлантиради. Бундай оғриқсизлантиришни фақат наркотизатор бажаради. Бунинг учун албатта ўртача йўғон узунлиги 10-12см учи ўткир чархланган нина ишлатилади. Оғриқсизлантириш бемор ўтирган ёки ён бошига ётган ҳолда бажарилади. Препарат юборилгандан сўнг бемор орқа билан ётқизилади. Анестезия 10-15 минутдан кейин бошланади.

Асоратлари:

1. Қаттиқ оғриқ пункция вақтида.

2. Қон босимининг пасайиши.

Даволаш: Қон қуйиш, мезатон, эфедрин, юрак воситалари юборилади.

Наркоздан сўнг беморларни парвариш қилиш.

Операциядан кейинги давр деб, операция қилинган беморни тўла соғайиб кетишигача бўлган муддатга айтилади. Бу давр 7-8 кундан бир неча ойларга чўзилиши мумкин ва операция турига, наркоз тури ва дозасига, беморнинг аҳволига, асоратларига боғлиқ бўлади.

Операциядан сўнг болаларнинг боғламларни олиб ташламаслиги, қўл билан тикилган яраларни ифлос қилмаслиги, боғламларни синдирмаслиги, операция қилинган жойни очиб юбормаслик учун, уларни тинчи тиб туриш зарур. Шу сабабли уларни юмшоқ кроват ва манежларга боғлаб қўйилади. Беморнинг тана температурасини эрталаб ва кечқурун ўлчаш керак.

Операциядан сўнг 1-2 кун ичида морфин, пантопон, промедол ёрдамида беморнинг азобини енгиллаштириш ва яранинг очилиб кетмаслигига ҳаракат қилиш керак.

Операциядан сўнг беморнинг овқатланишига аҳамият бериш зарур. Наркоздан кейин қусиш, операция вақтида қон йўқотиш, тер лаш натижасида бемор кўп миқдорда суюқлик йўқотади. Беморга суюқлик ўрнини тўлдириш учун минерал сув, чой, ҳар хил шарбатлар, клюква суви, лимонли чой, ва бошқа суюқликлар ичирилади. Меъда операция қилинган бўлса, 1-2 сутка ичида ичишга ҳеч нарса берилмайди. Бунинг ўрнига суюқликлар тери остига ёки венага томчилаб юборилади, ош тузининг физиологик эритмаси 5%ли глюкоза эритмаси, 500-600 мл тери остига, венага 2-3 литргача томчилаб юборилади.

Операциядан кейинги даврда болаларнинг парвариш қилиш ўзига хос хусусиятга эга. Наркоз бериб, операциядан кейин биринчи соатларда болани чалқанча қилиб ётқизиб қўйиш керак. Болани парвариш қилиш операциянинг оғир енгиллигига ва табиатига боғлиқ бўлади. Юракда, ўпкада, қон томирларида ва қизил ўнгачда операция қилингандан кейин врачнинг ўзи икки уч кун бемор олдида бўлиш керак. Қаттиқ оғриқ пайдо бўлса оғриқ камайтирадиган дорилар юборилади.

Тиббий эвакуациянинг босқичларидаги жонлантириш.

Сунъий нафас олдириш мақсадида ҳозир Сельвестр, Шефер, Лобардо, Рубен методларидан фойдаланилади.

Сельвестр усули – беморни чалқанча ётқизиб қўйилади, сунъий нафас олдирадиган одам беморнинг қўлларини юқори кўтариб, бош томонга келтирилади, бунда кўкрак қафаси кенгаяди ва бемор нафас олади. Беморнинг қўлларини тезлик билан пастга тушириб, кўкрак қафасининг пастки қисмига босилади ва нафас чиқарилади. Бу ҳаракат ритмик нафас олиш яхшилангунча давом эттирилади.

Шефер усули – бемор қорин билан ётқизилади. Ёрдам берувчи бемор думбасига ўтириб олади ва қўллари билан бемор кўкрак қафасининг пастки қисмини босади – натижада бемор нафас чиқаради. Кўкрак қафасини босиш тўхтагач у асли ҳолатига қайтади, нафас олади. Ҳар минутда 16-18 марта такрорланади.

Лобардо усули – (тилини орқага кетиб қолиши). Беморнинг оғзини кенгайтиргич билан кенгайтирилади, тилни тилтуткич билан кенгайтирилади, тилни тилтуткич, салфетка ёки лигатура ёрдамида ушлаб, ритмик равишда тортиб – тортиб турилади ва ўз навбатида нафас олишга ёрдам беради.

Рубен усули – «оғиздан-оғизга», беморни чалқанча ётқизилади, бошини орқага сал эгилади. Ёрдам берувчи унинг ён томонида ўтирган ҳолда беморнинг оғзига бинт ёки дока ёпади, ва беморнинг оғзига қат тик пуфлайди. Бу усулни сунъий нафас олдирадиган махсус найча ёрдамида бажарилади. Сунъий нафас олдиришнинг юрак воситалари: 2мл 25%ли кардиамин эритмаси, 1мл 5%ли эфедрин эритмаси, 1мл 10%ли кофеин мускул ичига ёки венага юборилади, нафас тиклайдиган дорилар: 1мл цититон, 1мл 1%ли лобелин билан қўшиб олиб борилади.

Наркоз пайтида наркотикларни қўп бериб юбориш натижасида юрак ҳаракати тўхтаб қолиши мумкин. Юрак тўхташи билан нафас юзаки бўлиб, кейин тўхтади.

Бемор бўзариб кетади, қўз қорачиғи кенгаяди, ёруғликка реакция бермайди, оғзи очилиб жағи пастга тушиб кетади. Юрак тўхтаса ярадан оқаётган қон тўхтади.

1-ёрдам: наркоз беришни тўхтатиш, венага юрак ишини яхшилайдиган дорилар, тери остига кофеин ва камфора эритмалари юбориш зарур. Сунъий нафас олдириш, юракни массаж қилиш керак, юракка адреналин эритмасини юбориш тавсия қилинади.

Юракни 2 хил массаж қилинади:

1. Ёпиқ массаж усули – юрак соҳасига кафтни ёки қўл устига қўлни қўйиб ритмик равишда минутига 70 марта босилади. Бу ҳаракат юрак соҳасини ритмик равишда босиб туришдан иборат.

Очиқ массаж қилиш: бу усулни хирург бажаради. Беморнинг қорин девори очиқ бўлса, юракни массаж қилишда хирург қўлини қорин бўшлиғига тиқиб юракни диафрагма ва кўкрак девори орасида сиқиш йўли билан массаж қилинади, ёки кўкрак қафасини тезлик билан очиб, юракни бармоқлар орасига олиб, минутига 70 марта массаж қилинади. Юрак уриши яхшиланиб, бир меъёрга ура бошлагач, массаж қилиш тўхтатилади.

С А В О Л Л А Р:

1. Оғриқсизлантириш тўғрисида гапириб беринг.
2. Беморни операцияга тайёрлашда нималарга эътибор берилади?
3. Наркоз асоратлари қандай ёрдам кўсатилади?
4. Маҳаллий оғриқсизлантириш қандай турларга бўлинади?
5. Сунъий нафас олдириш(оғиздан - оғизга) ва юракни ёпиқ массаж қилиш техникасини гапириб беринг.

ТЕСТЛАР:

1. Оғриқсизлантириш усуллари айтинг:

- а) оддий ва мураккаб
- б) танлаб таъсир этиш ва маҳаллий
- в) жойли ва маҳаллий
- г) умумий ва маҳаллий

2. Умумий оғриқсизлантириш турларини айтинг:

- а) ингаляцион ва ўтказувчи йўл анестезия
- б) инфилтратсион ва ноингаляцион
- в) ингаляцион ва ноингаляцион
- г) орқа мия ва юзаки анестезия

А Д А Б И Ё Т Л А Р:

1. Л.А.Николаев “Доврачебная помощь при травмах и хирургических заболеваниях”.

2. С.Н.Муратов “Жарроҳлик касалликлари ва уларда беморларни парвариш қилиш”.

МАВЗУ 6. ҚОН КЕТИШИ. ТЎХТАТИШ УСУЛЛАРИ. ҚОН ВА ҚОН ЎРНИНИ БОСУВЧИ СУЮҚЛИКЛАРНИ ҚУЙИШ.

РЕЖА:

- 1. Қон кетиш тушунчаси, турлари, қон йўқотиш хавфи.
- 2. Қон кетишининг тўхтатиш усуллари.
- 3. Қон ва унинг ўрнини босувчи суюқликларни қуйиш.
- 4. Донорлик ва қонни тайёрлаш.
- 5. Қон қуйишнинг турлари ва усуллари.
- 6. Қон компонентлари, препаратлари ва қоннинг ўрнини босувчи суюқ-ликлар.
- 7. Қон қуйишда бўлиши мумкин бўлган асоратлар.
- 8. Қон ва унинг ўрнини босувчиларни қуйишда ва кейинчалик беморларни парвариш қилишда тиббий ҳамширанинг вазифалари.

Таянч сўзлари: камқонлик, геморрагик шок, ҳаво эмболияси, венепункция, венесекцияси, донорлик, қонни консервалаш, гемолитик шок.

Қон кетиши. Қон ва унинг ўрнини босувчи суюқликларни қуйиш.

Қон томир бутунлигини бузилиб, қонни қон томиридан ташқарига чиқишига қон кетиш дейилади. Қон кетиш турли шикастланишларда, йирингли жараёнларда, қон босими ошганда (гипертония касаллиги), нурланиш (радиоактив рентген нурлари) таъсирида оғриган беморларда, қон ивиши пасайган касалликларда вужудга келиши мумкин.

Қон кетиши бирламчи, яъни шикастланган захоти, ёки иккиламчи, яъни қон кетиши тўхтагандан бир мунча вақт ўтгач, бўлиши мумкин. Қайси қон томир зараланганлигига қараб қон кетишлар қуйидагиларга фарқланилади:

1. Артериал қон кетиши - анча хавфли бўлиб, қон отилиб чиқади, ранги оч қизил рангда бўлади. (кислородга тўйинган қон)

2. Венадан қон кетиши - оқиб чиқаётган қоннинг ранги тўқ қизил рангда бўлади. Юракка яқин жойлашган веналарнинг шикастланиши ҳаёт учун хавфли ҳисобланади (бўйин, юқориги ва пастки ковак веналар ўмров ости венаси). Бу вақтда ҳаёт учун ниҳоят хатарли бўлган ҳаво эмболияси бўлиши мумкин.

Одатда венада қон кетишини, йирик веналарни ҳисобга олмаганда оёқ ёки қўлни юқори кўтариш ёки сиқиб боғлаб қўйиш билан тўхтатиш мумкин.

3. Капилляр қон кетиши - бу аралаш қоннинг кетиши бўлиб, майда артерия ва веналардан қон кетади, бунда жароҳат юзаси қон бўлади. Бундай қон кетишни оддий боғлаш, сиқиб боғлаб қўйиш билан тўхтатиш ёки эса ўз-ўзидан тўхташи мумкин.

4. Паренхиматозли қон кетиш-бунда паренхиматоз органлар бўлган жигар, талоқ, буйрак ва бошқалардан қон кетиш тушунилади. Бу хавфли қон кетиш бўлиб, уни аниқлаш ва тўхтатиш анчагина қийин. Одатда уни тўхтатишга биологик усуллардан фойдаланилади (мускул, фасция-кўчириб ўтиш), тикиб қўйиш, баъзан талоқ ёки буйракни олиб ташланади. Қон қаерга қуйилишига қараб, ички ва ташқи қон кетишга бўлинади.

Ташқи қон кетишда қон теридаги жароҳат орқали ташқарига ажралади. Ички қон кетишда қон тўқималарига, аъзоларига ёки бўшлиқларга қуйилади ва махсус номлар билан аталади: гемоторакс кўкрак бўшлиғига қон қуйилиши; гемотороз-бўғим оралиғига қон қуйилиши; гемотома- тўқима оралиғига йиғилган қон.

Баъзан ички ва ташқи қон кетиши бирга кузатилиб, аралаш қон кетиши дейилади. Йўқотилган қоннинг ҳажмига кўра қон кетишлар ҳам миқдорда 500мл гача, ўрта даражада-1000мл гача, катта миқдорда-1500мл гача ва ўта катта миқдорда-1500млдан юқори, қон кетишлар деб аталади. Қон кетиши маҳаллий ва умумий белгилар билан характерланади: Ташқи қон кетиш белгилари асосан шикастланиш оғир-енгиллигига, шикастланган томирнинг катта кичиклигига ва қон кетиш характерига беморни қон йўқотиш даражасига боғлиқ. Ички қон кетишнинг асосий умумий белгилари бўлиб, улар тери ва шиллиқ қаватларнинг

рангсизланиши, ташналик, терининг қуруқ бўлиши, пульс секинлашиб сушлаши, артериал босимни пасайиши, қонда гемоглобин миқдорини камайиши, нафас олишни тезланиши, оёқ-қўлларни музлаши, мадорсизлик, умумий дармонсизлик, кўнгил айниш, қулоқ шанғиллаши, эснаш, уйқучанлик, ҳаллослаш, ҳушдан кетиш, оғир ҳолларда талвасага тушиш ва ўлим.

Қон кетиш натижасида томирлардаги қон миқдорини кескин камайиши қон босимини тушиб кетиши ва бош миёга қон ва кислороднинг етишмаслиги сабабли ўлим бўлиши мумкин. Одам 2,5 л қон (ҳамма қоннинг ярми) йўқотса, бу ўткир қон йўқотиш деб аталиб, ўлим билан баробар. Лекин беморнинг ёши ва жинсига, юрак қон томирлар системасининг ҳолатига, қон кетиш тезлиги ва характериға қараб, бундан камроқ қон йўқотганда ҳам ўлиш мумкин.

Болалар ва кексайган беморларда қон йўқотиш оғир кечади. Аёлларда организм физиологик жиҳатдан қон йўқотишга ўрганганлиги туфайли, қон йўқотиш енгил ўтади.

Қон кетишини тўхтатиш усуллари.

Қон кетишини вақтинчалик тўхтатиш усуллари:

А) сиқиб боғлаб қўйиш

Қон оқаётган юзага стерил дока ёйилиб, устидан пахта қўйилади ва сиқиб боғлаб қўйилади. Бунинг учун шахсий бойлов пакети жуда қулай.

Б) оёқ ёки қўлни кўтариб қўйиш усули кўпинча веноз қон кетишда қўлланилади.

В) оёқ ёки қўлни максимал даражада букилиши. Бу усул жароҳат оёқ ёки қўлни асосида жойлашиб, жгут билан боғлаш мумкин бўлмаган ўолларда қўлланилади.

Г) бармоқ билан босиб туриш усули.

Бошдаги жароҳатлардан қон кетганда чакка артериясини босилади; юз атрофидан қон кетишда ташқи жағ артериясини пастга жағга, унинг бурчаги билан даҳан ўртасидаги юзага босилади; уйқу артериясини туш-ўмров сургичсимон мускулнинг ички қирраси бўйлаб, бўйин умуртқаларининг кўндаланг ўсиғига босилади: елка артерияси икки бошли мускулнинг ички қирраси бўйлаб, елка суягига босилади: ўмров ости артерияси 1- қовурғага ўмров суяги устидан босилади: сон артерияси чов соҳасида сон суягига босилади.

Д) Жгут ёки бурагич ёрдамида тўхтатиш усули.

Қон оқаётган жойдан юқорироқга қўйилади. Бу усул кўпроқ артериядан қон кетганда қўлланилади. Жгут билан боғлаш-йирик тери ости веналаридан қон кетганда ҳам қўлланилиши мумкин. Бунда жгут қон оқаётган жойдан пастроқга қўйилади.

Қон кетишнинг бутунлай тўхтатиш усуллари.

Қон оқишини бутунлай тўхтатиш касалхоналарда врач томонидан амалга оширилади ва қуйидаги усулларда бажарилади:

А) Механик усул-капилляр ва кичик қон томирлардан қон кетиш сиқиб боғлаш, кўтариб туриш усуллари билан бутунлай тўхтатиш мумкин.

Паренхиматоз органлардан қон кетишларда тампонада қилинади: жароҳатланган жағ оралиғига неча қаватланган узун доқа киргизилади. Бундай усул бурундан, киндик ва бошқа органлардан яъни қонаётган томир кўринмаган ҳолларда қўлланилган. Тампон 48-соатдан кейин наркоз остида олиб ташланади. Агар тампон яхши олинмаса 3 % ли водород пероксид эритмаси билан ивителиди.

Томирларни лигатура қуйиш (ип билан боғлаб қўйиш), тикиб қўйиш, зарарланган томирни сунъий томир билан алмаштириш усуллари ҳам яхши натижа беради.

Б) физикавий усул-қон кетишини совуқ (муз халтаси) ёки иссиқ ёрдамида тўхтатиш энг яхши физикавий усул-юқори частотали токдан фойдаланиш - электрокоагуляция (электрпичоги)

Физикавий усул паст ҳароратда оксилларни коагуляция қилиниши натижасида тромб ҳосил бўлиш хусусиятларига асосланган.

В) Кимёвий усул—моддаларни қон томирларини торайтириш ва қон ивишини тезлатиш хусусиятига асосланган. Томирларни торайтирувчи препаратларга 0,1% ли адреналин, Норадреналин эритмаси, вазопрессин стиптицин моддалари киради.

Қоннинг ивишини тезлатувчи препаратларга 10% ли CaCl (вена орасига юборилади), 5-10 % натрий хлор, 40% ли глюкоза витамин С билан (вена орасига), мускул орасига викасол, 3% ли водород пероксиди шимдирилган тампон киради.

Г) Биологик усул - қон кетишини шу жойнинг ўзида тўхтатиш ва бутун организмга таъсир этиб, тўхтатиш усулларига бўлинади. Биринчи усулда қуйидагилар қўлланилади: гемостатик губка, тромбин, гемостатик пахта, фибрин клёнкаси, биологик антисептик тампон. Иккинчи усул-қон, плазма ва қон ўрнини босувчиларни қўйишдан иборат.

Болаларда қон оқишини тўхтатиш усуллари худди катталарникига ўхшаш бўлиб, жгут билан боғланган вақти 45 минут ёки 1 соатдан ошмаслиги керак.

Қон ва унинг ўрнини босувчиларни қўйиш.

Қон ва унинг ўрнини босувчиларни қўйиш ҳозирги даврда тиббий амалиётда кенг қўлланилади. Унинг оғир асоратларни олдини олишда, даволашда ҳам катта аҳамияти бор. Қон қуйиш ўткир қон йўқотиш, шок, кам қонлик, нурланиши касаллиги каби ҳолатларда асосий даво чораси бўлиб хизмат қилади.

Қон 4та асосий кўрсатмага асосан қўйилади:

А) йўқотилган қоннинг ўрнини тўлғизиш учун (тез ва кўп қон йўқотганда сурункали кам қонликда куйганда).

Б) организмнинг ҳимоя реакциясини оширишда (йирингли ва анаэроб инфекция, шок, нурланиш касаллиги).

В) Қон ивишини тезлаштириш учун (қон кетиш, комбинациялашган шикастланишлар).

Г) Дезинтоксикация мақсадида (турли зарарланишлар, ЗМ билан заҳарланиш).

Қон қуйишга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар.

Кўрсатмалар мутлоқ ва нисбий бўладилар.

Мутлоқ кўрсатмаларга киради:

-ўткир қон йўқотиш;

-турли этиологияли шок;

-қуйишлар;

-сепсис ва анаэроб инфекция;

-нурланиш касаллиги;

-заҳарлар билан заҳарланиш.

Қолган кўрсатмалар нисбий кўрсатмаларга киради: сурункали, камқонли, операциялар, узоқ вақт битмайдиган жароҳатлар.

Қарши кўрсатмалар ҳам мутлоқ ҳам нисбий бўлади. Қон қуйишга мутлоқ қарши кўрсатмалар йўқ. Нисбий қарши кўрсатмаларга киради: буйрак ва жигар етишмовчилиги, миокард инфаркти, миёга қон қуйилиши юракнинг 3-IV даражали декомпенсацияси.

Қон қуйиш жараёни шифокордан катта маъсулиятни талаб қиладиган даво чораларидан бири бўлиб, асептика қоидаларига тўлиқ риоя қилишни талаб қилади.

Донорлик ва қонни тайёрлаш.

Қоннинг асосий манбаи донорлар. Донорлик ихтиёрий равишда қон беришдир. Бу ҳар бир шахснинг адолатпарвар ишидир. Кўп одамлар актив донор бўлиб, «фахрий донор» унвони, орден ва медалларига сазовор бўлганлар. Донор бўлиб иккала жинсдаги 18 ёшдан 55 ёшгача бўлган одамлар ҳисобланади. Улар жисмонан ва руҳан соғ одамлар бўлишлари керак.

Донор қуйидаги текширишлардан ўтиши керак:

1.Қонни текшириш: аёл донорларда гемоглобин 120г\л дан кам бўлмаслиги керак, эритроцит 4.000.000, лейкоцит-5500, СОЭ-14мм\соат; эркакларда гемоглобин-123г\л, эритроцит 4.200.000, лейкоцит-5500,8000, СОЭ-10мм\соатдан ошмаслиги керак.

2.Сийдикни текшириш;

3.Қонни безгак плазмодийсини текшириш.

4.Қонни захмга текшириш (РВ-Вассерман реакцияси).

5.Қонни ОИТСга текшириш.

6.Қонни юқумли гепатитга текшириш.

Донорлар терапевт ва невролог кўригидан ўтишидан керак. Донорликка қарши кўрсатмалардан:

- 1.Юқумли касалликлар (захм, бруцеллёз, сил, безгак).
- 2.Озиб кетган, шишлари бор, ёмон сифатли ўсмалар бор, гипертония.
- 3.Ошқозон ва ўт пуфагида операцияни бошидан кечирганлар.
- 4.Боткин касаллиги.

Вақтинчалик қарши кўрсатмаларга киради: ҳомиладорлик, лактация, ҳайз даври. Грипп ва ангинадан кейин бир ойдан кейин қон топшириш мумкин. Бир марта олинадиган қоннинг миқдори 250мл, баъзан 450млгача олиниши мумкин.

Кейинги қон олиш 8 ҳафтадан кейин рухсат этилади. Ўртача донор 1 йилда 5 мартагача қон топшириши мумкин.

Қон тайёрлаш, қон қуйиш станциялари, бўлимлари ёки гематология ва қон қуйиш институтлари, ҳамда ҳаракатдаги қон қуйиш пунктларида (жарроҳлик автобуслар, ҳаракатдаги бокслар, жарроҳлик темирўл вагонлари) ташкил этилади.

Қон қуйиш станциялари, бўлимлари (пунктлари) биноларнинг ичида жойлашган ва қўйидаги ишхоналардан иборат бўлишлари керак: ювиш, тайёрлаш, қуйиш, операция, дистилланган сув тайёрлаш хонаси, стериллаш блоки, қонни тарқатиш хонаси.

Қонни олиш операция хонасида амалга оширилади.Бундай хоналар умумжарроҳлик хоналари типига жиҳозланган бўлади.Хона шамоллатиб, дезинфекцияланади. Қонни олиш махсус тиббий бригада томонидан амалга оширилади. Унинг таркибига жарроҳ, жарроҳлик ҳамшираси, регистратор, санитарка, кадокловчи хоналар киради. Тиббий бригада махсус кийимда (халат), ниқоб, қалпоқ, баҳила бўлади. Жарроҳ ва ҳамшира қўлини Спассокукоцкий-Кочергин усулида ювади. Донор операция хонасига комбинезон, бахилла, қалпоқ ва ниқоб кийган ҳолатда киради. Қўлида регистрация рақами бўлади. Донорнинг қўли умумий қоидалар асосида тозаланади. Қон олинган идиш герметик қилиб ёпилади.

Қонни консерваланган қуйидаги усулларда қилинади:

Цитрат усули - 10мл 6%ли натрий цитрат 100мл қонга қўшилади; глюкоза-цитрат усули-цитрат эритма, спирт, глюкоза цитрат усули;

Махсус котејнерларда паст температурада донор қони консерваланган ва сақлаш усули. Бу усул қонни бир неча йил сақлашга имкон беради.

Қонни яхши сифатли ва яроқли эканлигини қуйидагиларга қараб аниқланади:

-тиндириб қўйилган, консерваланган қонда плазма ва эритроцитлар ўртасидаги чегарани аниқ бўлиши.

-плазманинг пушти рангга бўјалмаганлиги, эритроцитлар гемолизланмаганлигини кўрсатади.

-плазмада ивиган қон бўјлмаса.

-этикеткаси аниқ, унда қон группаси, резус фактори, қон олиш санаси, донор ва врачнинг исми ва шарифи.

-идиши герметик ва бутун бўлиши керак.

Консерваланган қон музлатгичларда сақланади, улар бўлмаган ҳолларда, салқин қуруқ хоналарда, қулф остида, +4,+6 ҳароратда 3 ҳафтагача сақланади, кейин улар йўқотиб юбориш учун қон қуйиш институтлари ва станцияларига берилади.

Тайёрланган қонни махсус изотермик яшиқларда (контейнерларда) транспортировка қилинади.

Қон қуйишни турлари ва усуллари.

Қон қуйишда 2та усул фарқланади:

1.Бевосита – тўғридан-тўғри донордан реципиентга (беморга) махсус аппарат ёрдамида қуйиш.

2.Билвосита донордан олиб, консерваланган қонни қуйиш.

Билвосита усул билан қонни вена, артерия, суяк орасига қуйиш мумкин. Вена орасига қуйиш кенг тарқалган. Вена орасига қон венепункция ёки венесекция усули билан қуйилади.

Венепункцияда тери спирт билан артилиб, юқориқадан жгут билан боғланиб, беморга бармоқлари билан ҳаракат қилишни ва қўлни мушт қилиб, сиқиб туришни таклиф қилинади. Терини нина билан тешиб, вена ичига киргизилади. Кейин уни қон қуйиш системасига уланиб, жгутни қўлдан ечилади.

Венесекция - веналарни очиш. Уни маҳаллий оғриқсизлантириб қилинади, очилган венага нина киргизилиб, нинани системага уланади. Қон қуйиш тамомлангач, жароҳатни тикиб, боғлаб қуйилади. Вена орасига томчилаб (30-60 томчи бир минутда) шокда, жароҳат инфекцияларда юборилади.

Артерия орасига қон қуйиш оғир шокда, терминал ҳолатларда, кўп қон йўқотилганда қуйилади. Йирик артерия (елка, сон, уйқу)ни очиб,унга қон оқимиға қарши игна тикилади ва босим остида (200-250мл симоб устунида) қон юборилади. Бунинг учун қон қуйиш системасига резина балонча ва монометр уланади. Бу усул бош мия ва юрак мускулларини озиқланишини яхшилайд.

Суяк орасига қон қуйиш усули биринчи марта 1946 йил И.А. Кассирский ва Г.А. Алексеев томонидан қўлланган. Қонни тўш суягига, бошқа суякларнинг илигига (ёнбош суяги, болдир суягининг эпифиз қисми). Бу усул вена орасига юбориш қийинлашганда, масалан қон босими тушиб кетиб, веналар бўшашганда, оёқлар ва қўллар эзилганда, қуйганда, шиш бўлганда ва болаларга қўлланилади.

Бу усулнинг афзаллиги - нина яхшилаб фиксацияланади ва қон қуйишдан кейинги асоратлар деярли бўлмайди.

**Қон компонентлари, препаратлари ва қонни ўрнини босувчи
суюқликлар.**

1. Қон компонентлари, препаратлари.

Қўп ҳолларда қоннинг ўрнига унинг компонентларини қўйиш яхши натижа беради. Уларга қуйидагилар киради:

А) Плазма - қоннинг шаклли элементларидан холи қисми бўлиб, унга консерваловчи эритмалар қўшилиб, центрифугаланади. Плазмада гормонлар, антителолар ферментлар бўлади.

Б) Зардоб - қоннинг қоннинг шаклли элементларидан ҳамда фибриндан холи қисми. Плазма ва зардобнинг афзалли томони шундаки, уларни қон группасига қарамасдан қўп миқдорда қўйиш мумкин. Плазма ва зардобнинг сақланиш муддати-1 йил. Қуруқ ҳолдага плазма ва зардоб 2-3 йилгача ўз хусусиятларини сақлаб туриши мумкин. Зардобни ошқозонни яра касаллигида, сепсисда, дистрофияда, интоксикацияларда, ичак бурилиб қолиш-ларда, шокда, ошқозон ярасидан қон кетаётганда қўлланилади. Плазмани жигар ва буйрак касалликларида қўлланилади. Плазма айниқса, зардоб қўйишларда ёрдам беради.

В) эритроцитлар масса - 80-90% эритроцит, 20% плазмадан ташкил топган. Анемия ва интоксикацияларда қўлланилади.

Г) Лейкоцитлар масса - қонни катионид орқали ўтказиш натижасида олинади. Лейкопенияларда-нурланиш касаллиги, қон касалликларида қўлланилади.

Д) тромбоцитлар масса - суюқ ва қуруқ қўринишда қўлланилади. Қоннинг ивиш процесси бузилганда қўлланилади.

Қон оқишини ўша жойнинг ўзида тўхтатиш учун қуйидаги қон препаратлари қўлланилади: қуруқ тромбин, гемостатик губка, биологик антисептик тампон, фибрин плёнкаси.

Қон ивишига қарши препаратларга фибринолизин ва тромболитин киради. Тромбин қон плазмасидан олинади, вакуум ҳолатда қўритилади. Тромбин эритмасига ҳўлланаган тампон жароҳатга қўйилиб, маҳаллий қўлланилади. Гемостатик губка донор қонидан олиниб, тромбопластин ва кальций тузи қўшилади. Губка гигроскопик бўлганлиги учун целофан пакетларга ўраб чиқарилади. Қон оқаётган жойга босиб туриб қўлланилади.

Биологик антисептик тампон-қоннинг зардобни ёки унга желатина, қон оқишини тўхтатувчи ва микробларга қарши воситалар қўшиб тайёрланади.

Фибрин плёнкаси - қон фибринидан олинади. Қон оқишини тўхтатувчи восита сифатида қўлланилади.

Тиббиёт амалиётида қон ўрнини босувчилар кенг қўлланилади. Улар қуйидаги группаларга бўлинадилар:

1.Шокка қарши суюқликлар - полиглюкин, гемовинил, поливинил, желатинол.

2.Дезинтоксикация қилувчи суюқликлар-гемодез, реополюгликин.

3.Парентерал овқатлантириш учун суюқликлар-гидролизин Л-103 казеин гидролизати, аминопептид, аминокровин.

4. Тузли эритмалар-физиологик эритма NaClнинг 0.85%ли эритмаси; Рингер Локк эритмаси- NaCl, KCl, CaCl, NaHCO глюкоза; ЛИПК №3 эритмасиNaCl , KCl, CaCl, NaHCO; ЦОЛИПК тузли инфузии- NaCl, KCl, CaCl, NaHCO, MgSO NaHPO

Тузли эритмалар асосан организм сувсизланганда, интоксикацияларда кўп қон йўқотишларда ишлатилади. Қон ўрнини босувчилар вена, артерия орасига, баъзилари тери остига томчилаб 500-2000млгача юборилади. Уларни группаларга бўлиш шартли бўлиб, улар комплекс равишда қўлланилиши мумкин.

Қон қуйишда бўлиши мумкин бўлган асоратлар.

Қон қуйишда ва қон қуйгандан кейин ҳамма қоидаларга риоя қилинса, ҳеч қандай асоратлар бўлиши мумкин эмас.

Қон қуйишда бўладиган асоратлар қуйидаги группаларга бўлинади:

1.Механик характердаги асоратлар-ҳаво эмболияси, тромбоземболия, ўткир юрак кенгайиши.

2. Биологик характердаги асоратлар-гемолитик шок, цитрат шоки, анафилактик шок.

3.Қон қуйишда юқумли касалликларни юқтириш.

Ҳаво эмболияси юрак ва ўпка қон томирларида ҳавонинг тикилиб қолиши қон қуйиш системаси қон билан нотўғри тўлдириш натижасида вужудга келади. Бемор бўғилади, лаб ва юз кўкаради (цианоз), артериал қон босим кескин тушиб кетади ва бўғилишдан ўлади.

Тез ёрдам ҳаво эмболиясида сунъий нафас олдириб, юракни ёпиқ массаж қилинади, юрак воситалари юборилади.

Гемолитик шок - қуйиш вақтида ёки кейин бел қисмида кучли оғриқ сезилади, пульс ва нафас тезлашади, эт увишади, туш суяги ва юрак атрофида оғриқ, бош оғрийди, тана ҳарорати кўтарилади. Оғир ҳолларда шок вужудга келиб, қон босими тушиб кетади, ҳушидан кетади, ихтиёрсиз сийдик ажралади. Даволаш оғир шок ҳолатида қуйидагилар қилинади: қон қуйишни тўхтатиш, 300-400мл миқдорда қон чиқариб юбориш, қайтадан реципиент ва донорнинг қон группасини аниқлаб, тўғри келадиган группадаги қондан 300-400мл миқдорда қуйиш, вена ёки мускул орасига нейроплегик аралашма (наркотиклар-морфий, промедол, пантопон, антигистамин препаратлари-димедрол, пипольфен, спазмолитиклар-атропин; юрак қон томир воситалари ва кўп миқдорда суюқлик) қуйилади.

Қон қуйгандан сўнг реакциялар инфекцияланган қонни қуйиш натижасида вужудга келади. Белгилари бир неча соатдан кейин пайдо бўлиб, эт увишади, артериал қон босим тушади, пульс ёмонлашади, тери ва шиллиқ қаватлари кўкариб, юзаки нафас олади.

Даволаш: шокка қарши чоралар, антигистамин препаратлари қўлланилади.

Қон ва уни ўрнини босувчиларни қуйишда ва кейинчалик
беморларни паравариш қилишда тиббий
ҳамширанинг вазифалари.

Тиббий ҳамшира қон қуйиш станцияларидан консерваланган қонни, қон препаратларини ўз вақтида олиш керак. Уларни тўғри сақланишини таъминлаш, келтирилган ва ишлатилган қонни кўрсатувчи журнал олиб бориш, қон қуйишда ишлатиладиган стерил система ва игналар билан таъминлаш, қон қуйишда иштирок этиши керак

Қон қуйиш олдидан керакли синамалар (қон группалари, резус факторни, шахсий мослигини аниқлаш) врач томонидан аниқланади. ҳамшира идишнинг герметиклигини текширади. Агар идиш дарз кетган бўлса, бундай қонни қуйиб бўлмайди. Қон солинган флаконда этикетка бўлиши керак.

Этикеткада қон группаси, қонни тайёрлаш санаси, консервантлар, донор ва врачнинг фамилияси, қон тайёрланган муассанинг номи қайд қилинган бўлиши керак.

Ҳамшира қонда гемолиз ҳолати, ивиш, инфекция йўқлигини аниқлайди. Қоннинг яроқлилигини ёруғ хоналарда, сақлаш жойларида аниқланади. Чунки флаконни олиб келишдаги озгина силкиниш ҳам натижани хато бўлишига олиб келади. Яхши сифатли консерваланган қон плазмаси тиниқ сарғимтир рангда, хиралашган чўкмаларсиз бўлиши керак. Плазма ва шаклли элементлар ўқққртасидаги чизик аниқ кўринган бўлиши керак. Инфекцияланган қон хира, чўкмали, ранги ўзгарган бўлади. Бундай қонни ишлатиш мумкин эмас.

Гемолизланган қон плазмаси пушти рангда бўлади. Ҳар бир қон қуйишдан аввал 3 марта биологик синов ўтказиш керак.

Қон қуйиш вақтида ҳамшира беморни умумий аҳволини текшириб туради: ўзини қандай ҳис қилишини, пульс ва нафас тезлигини, қон босимини ўлчайди. Беморнинг бел атрофида оғриқ сезилса, нафас олиши қийинлашиб, боши айланса, кўнгли айниса, қайт қилса, пульс ва нафас тезлашиб қон босими тушиб кетса, қон қуйишни тўхтатиб врачни чақиради.

Қон ва унинг ўрнини босувчи суюқликларни қуйиб бўлгач, дастлабки 4-6 соат ичида бемор ётоқ режимида бўлади. Уни кузатиб турилади: тана ҳарорати, артериал босими, нафас ва пульс тезлиги ўлчанади ва ҳар соатда ҳисобга олиб борилади.

Айниқса ичилган суюқлик билан ажратилган сийдик миқдори ўлчанади. Агар беморда бош оғриб, юрак уриши, пульс тезлашса, қон босими тезлашса, сийдик ранги ўзгарса, врач чақирилади. ҳар бир қон қуйишдан сўнг, эртасига қон ва сийдик анализ қилинади.

САВОЛЛАР:

1. Қон кетиш деб нимага айтилади ва унинг қандай турлари бор?
2. Қон кетиши қандай ҳаваф туғдиради?
3. Қон кетишининг вақтинча тўхтатиш усуллари қандай?
4. Қон кетишининг бутунлай тўхтатиш усуллари қандай?
5. Қон ва унинг ўрнини босувчи суюқликлар қандай мақсадларда қўйилади?
6. Қон қўйишга қандай кўрсатма ва монеликлар бор?
7. Қон қўйишининг қандай усуллари биласиз?
8. Қон қўйишда қандай асоратлар юз беради ва уларни қандай олди олинади?
9. Қон қўйишда қандай қон компонентларидан фойдаланилади?
10. Қон ўрнини босувчи суюқликлардан қайсилари ишлатилади?

ТЕСТЛАР:

1. Қон кетиш турларини кўрсатинг:
 - а) артериал, веноз, капиллярлардан ва паренхиматоз қон кетиш
 - б) лимфа, веноз ва артериал
 - в) паренхиматоз, бурундан қон кетиш
 - г) ўпкадан, лимфа, артериал
2. Қон оқишини вақтинчалик тўхтатиш усуллари:
 - а) жгут қўйиш, томирларга лигатура қўйиш
 - б) қон томирларни торайтирувчи воситалар қўллаш, босиб турувчи боғлам қўйиш
 - в) бармоқ билан босиш, бостирувчи боғлам, оёқ ёки қўлни максимал даражада букиш, қон оқаётган жойни танага нисбатан юқори қўйиш, жгут қўйиш
 - г) қон ивишини тезлаштирувчи воситаларни қўллаш
3. Қон қўйишга кўрсатмалар:
 - а) юрак касалликлари-миокард инфаркти, гипертония
 - б) ўткир қон йўқотиш, организмнинг қаршилиқ кўрсатиш кучини ошириш, организмни дезинтоксикация қилиш, қон оқишини бутунлай тўхтатиш
 - в) жигар касалликларида-гепатит, жигар циррозида
 - г) буйрак касалликларида-нефрит, буйрак тош касаллигида
4. Қон оқишини бутунлай тўхтатиш усуллари:
 - а) қон томирга лигатура қўйиш, қон томирларни торайтирувчи воситаларни, қон ивишини кучайтирувчи воситаларни қўллаш, янги тайёрланган қондан кам миқдорда қўйиш
 - б) қон томирга лигатура қўйиш, жгут қўйиш

в) бостирувчи боғлам қўйиш, қон томирларни торайтирувчи воситаларни қўллаш

г) оёқ ёки қўлни максимал даражада букиш, юқори қўйиш

5. Қон қуйишга қарши кўрсатмалар:

а) юрак касалликлари, 200-300 мл қон йўқотганда

б) миёга қон қуйилиши, 200-300 мл қон йўқотганда

в) 200-300 мл миқдорда қон йўқотганда

г) юрак, буйрак, жигар касалликлари

АДАБИЁТЛАР:

1. Ю.А. Нестеренко «Жарроҳлик касалликлари».

2. М.А.Сластухин, В.А. Брусенцов, В.В. Корхов «Шикастланганда тиббий ёрдам».

3. С.Н. Муратов «Жарроҳлик касалликлари ва уларда беморларни парвариш қилиш».

4. Стручков. «Умумий жарроҳлик».

5. А.Г. Сафонов. «Тиббий ҳамширалар ўқув қўлланмаси.»

6. Исаков, Долецкая С.Я. «Болалар жарроҳлиги»

МАВЗУ 7. ШИКАСТЛАНИШ КАРАХТЛИГИ.

Р Е Ж А

1.Шикастланиш карахтлиги хақида тушунча. Унинг сабаблари ва унга мойил факторлар.

2.Карахтлик фазаси ва босқичлари

3.Карахтликка қарши даво чоралари, 1-ёрдам ва тиббий эвакуация босқичларида ўтказиладиган ёрдам

4.Карахтликка қарши палаталар, бу палаталарнинг тузилиши, сабаблари хақида тушунча. Турли хил ёшдаги болаларда карахтлик ривожланганда даволаш чораларининг ўзига хослиги.

Таянч сўзлари: карахтлик, эректиль, торпид фазалар, ацидоз, агонал ва предагонал ҳолат, Чейн-Стокс нафаси.

Шикастланиш карахтлиги.

Бу патологик жараён бўлиб, организмнинг шикастланишга қарши жавоб реакциясидир. Бу жараёнда қон айланиши нафас олиш, модда алмашинуви, гуморал бошқарувни функционал бузилиши кузатилади. Шу билан биргаликда карахтликда МНС ва бошқа системаларнинг яққол кўзгалувчанлиги ёки тормозланиши кузатилади.

Карахтлиқни тез, оғир кечишига қон йўқотиш, совуқ котиш, ўта чарчаш, очлик, нур касаллиги, зарарловчи агентни узоқ вақт таъсир этиши ва бошқа шунга ўхшаш факторлар сабаб бўлади. Карахтлик кўпроқ кўкрак кафаси, кўкрак ва қорин бўшлиғи органлари, умуртқа поғонаси, чанок, сон суяги, калла суяги жароҳатланганида, организмнинг катта қисми куйганда кузатилади ва оғир кечади. Шикастланиш карахт-лиги келиб чиқиши ва унинг ривожланиши (патогенези) кўпроқ нерв-рефлектор назарияси асосида тушунтирилади. (Н.Н. Бурденко, И.Р.Петров, В.И. Попов ва бошқалар).

Бу теорияга кўра зарарланган қисмда пайдо бўлган, ўта кучли қўзғатувчи МНСни қўзғалишига, эндокрин системаси ишини тезлашишига олиб келади. Натижада, юрак қисқариш сони тезлашади. Қон босими ошади, периферик қон томирлар тораяди, миокард ва бош мия томирлари эса, аксинча кенгаяди, (қон айланишни марказлашуви) модда алмашинуви тезлашади. Қон айланишининг марказлашуви қўл-оёқлардаги қон томирларни торайиши ва ҳаёт учун керакли органлар (бош мия, юрак, буйрак ва ҳ.к) томирлари кенгайиб, кислород билан таъминланишига олиб келади. Кейинчалик қўзғатувчининг интенсивлиги ва давомийлиги аввалгига симпатик нерв системасининг ганглияларида, гипоталамусда, охирида эса катта мия ярим шарларида чуқур тормозланишга олиб келади.

Карахтлик тормозланишнинг тарқалиш кенглиги ва чуқурлигига боғлиқ ҳолда терминал қон томирлар тонуси пасаяди, юрак қисқаришлар сони, айланувчи қон ҳажми камаёди, артериал ва вена қон босимини пасайиши ривожланади. Қон айланиш бузилиши ҳисобга кислород тан-кислиги – гипоксия келиб чиқади.

Модда алмашинув жараёнлари бузилиши натижасида қонда азот қолдиғи миқдори ошади, кислота-ишқор мувозанати бузилади ва тўқималарда оралиқ маҳсулотлар (охиригача парчаланмаган) тўпланади, ацидоз ривожланади. Бу жараёнларни ҳаммаси МНСга таъсир қилади.

Беморга ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, ҳаёт учун зарур органлар функцияси бузилиши чуқурлашиб боради ва ўлим билан тугаши мумкин.

1. Карахтлик фазалари ва босқичлари.

Клиник кечишига кўра 2та фазадан иборат: эректил фазаси (қўзғалиш фазаси) ва торпид фазаси (тормозланиш фазаси).

1-фаза шикастланишдан кейин ривожланади ва қисқа вақт давом этади (бош мия зарарланишидан ташқари). 15-20% ҳолларда бу фаза кузатил-маслиги ҳам мумкин.

Бемор бақиради, ёрдам сўрайди, аёллар кўпинча йиғлайди, серҳаракат ва сергаплик кузатилади. Бемор қарашлари хавотирли, гаплари қисқа-қисқа, маъносиз булади.

Терилари рангпар бўлиб, қизариш билан алмашинади, совуқ тер босади, пульс тезлашади. Қ/Б ошади, нафас тезлашиши нотекис бўлади. Оғриқни сезувчанлик ошади. Агар бу фаза 2-3 соатдан кўпроқ давом этса,

бемор учун оғир ҳолат ҳисобланади. Нур касаллигини яширин даврида эректил фаза чўзилган, авж олиш даври эса қисқарган ёки бутунлай кузатилмайди.

2-фазада ҳаёт учун зарур органларни (қон айланиши, нафас олиш, модда алмашинуви) тормозланиши кузатилади. Бу фазада кўзғалувчанлик умумий тормозланиш билан алмашинади. Нерв системаси перифирик қисмларининг функцияси тормозланади. Торпид фаза оғирлик даражасига кўра 4 босқичга бўлинади:

1-босқич (енгил босқич) – тери ва шиллик қаватлар рангпар. Пульс ритмик минутига 90-100та К/Б 100-90мм. симоб устунига тенг, нафас тезлашган 22-24 минутига. Бемор ўз ҳушида.

2-босқич(ўрта оғир) – бемор ҳуши сақланган, лекин бироз тормозланиш кузатилади. Товуши секин. Териси рангпар, совуқ. Кўп миқдорда совуқ, ёпишқоқ тер босади. Кўз қорачиқларининг ёруғликка реакцияси (торайи-ши) кучсиз. Пульс 120-130 та, кучсиз тўлқинликни, брадикардия (пульсни камайиши). К/Б 80-50 мм. симоб устунига тенг. Юрак тонлари бў-ғиқ, айланиб юрувчи қон ҳажми камаяди (артериал ва веноз қон босими пасаяди), гипоксия, ацидон, кислород етишмовчилиги ривожланади. Тана ҳарорати 35.8⁰С гача пасаяди. Бу фазада дарҳол даволаш муолажаларини бошлаш керак.

3-босқич(оғир қарахтлик) – Н.И.Пирогов томонидан яхши ўрганилган: «Бемор оёқ узилган ёки қўлсиз ҳолатда боғлов пунктида ётади, бақирмайди, шикоят қилмайди, ҳеч нимада иштирок этмайди, юзи рангпар (мурдасимон). Нигоҳлари ҳаракатсиз ва узоққа тикилган, пульс ипсимон, зўрға билинади. Саволларга дудуқланиб ёки умуман жавоб бермайди. Овози эшитилмайди ёки пичирлаб гапиради. Нафас олиши ҳам юзаки. Тери сезгиси бутунлай йўқолган ёки пасайган бўлади. Ярадан зарарланган нерв осилиб турган бўлса ва унга тегилса, бемор 1-2та мускулларини қисқариши билан жавоб қайтаради. Гоҳида бу ҳолат бир неча соатлардан кейин ўтиб кетади, гоҳида эса ўлимгача давом этади».

Пульс 120-160та, К/Б 60-70 мм.сим.уст. минимали 40-30 мм.сим.уст. баъзида эса аниқланмайди. Тана ҳарорати 35.5 градусгача пасайган. Бу ҳолатдан бемор ҳаётини фақат узоқ давом этадиган қарахтликка қарши комплекс шошилиш ёрдами кўрсатилибгина сақлаб қолиш мумкин.

4-босқич. Предагонал ва агонал ҳолат (терминал қарахтлик). Умумий ахволи ўта оғир, ҳушсиз ҳолатда. Териси рангпар, кулранг. Ёпишқоқ, совуқ тер билан қопланган. Қорачиқлар кенгайган, кўпинча ёруғликка реакцияси бўлмайди. К/Б аниқланмайди, 50мм сим.устунидан паст, ипсимон санаш қийин, нафас юзаки, аритмик, Чейн-Стокс типиди. Депрессия фонида баъзан кўзғалувчанлик кузатилади. Бу босқичда ҳам даволаш ўз вақтида ва тўғри ўтказилса бемор соғайиши мумкин.

1-ёрдам ва эвакуация босқичларида қарахтликка қарши асосий чора-тадбирлар.

Зарарланиш ўчоғида қарахтлик белгилари бўлган ҳар қандай беморга тезлик билан 1-ёрдам кўрсатиш керак: 1-ёрдам қанчалик тез ва тўғри ўтказилиши даволаш эффективлигини оширади. Шикастланиш қарахт-лигида шошилишч ёрдам чора-тадбирига киради:

- зарарланган қисмдан МНСга оғриқ импульсларини ўтишини йўқотиш.
- Қон кетишини тўхтатиш ва асептик боғлам қўйиш.
- Беморни даволаш муассасига эвакуация қилишга тайёрлаш.

Перифириядан МНСга оғриқ импульсларини ўтишини йўқотиш учун вена ичига наркотик моддалар юборилади (промедол, пантопон), шикастланган соҳага совуқ қўйилади, беморни зарарланган тана қисмига жисмоний тинчлик яратиб бериш. Шикастланиш ўчоғида беморни сиқиб турган кийимларидан, шикастловчи омилдан озод этилади (масалан йиқилган девор остидан чиқариш).

Очиқ шикастланишларда қарахтлик ривожланса 1-ёрдам бўлиб, ярага асептик боғлам қўйилади ва иккиламчи инфекция тушишини олди олинади. Ярадан ёт микробларни, ўлган тўқималарни олиш ман этилади. Қон тўхтатиш мақсадида босувчи боғлам ёки резинали жгут қўйилади.

Қарахтликка қарши оддий чоралардан бири иммобилизациядир. Бунинг учун стандарт шиналардан ёки қўлбола воситалардан фойдаланилади. Беморга шошилишч ёрдам кўрсатилиб, уни одеялоларга ўраб, иситилади ва эвакуацияга тайёрланади. 1-тиббий ёрдам кўрсатиш вақтида бемор-га пахта-докали ниқобдан (кам ҳолларда противогаздан) фойдаланишни унутмаслик керак. Бу билан радиоактив моддани нафас ва овқат ҳазм қилиш йўлларига тушишини олди олинади.

ОПМ да беморни заҳарланиш характериға қараб қарахтликка қарши палатасига ёки операция хонасига ётқизилади. ОПМда қарахтликка қарши чоралардан асосий мақсад:

- жароҳат соҳасидан бош мияға оғриқ импульсларини ўтишини тўхтатиш,
- қон айланиш ва нафас олишни бузилишини йўқотиш
- қарахтликка қарши чора, модда алмашинувини нормаллашти-риш, заҳарланишни камайтириш.

МНСга оғриқ импульсларини ўтишини тўхтатиш учун:

- беморни ва зарарланган тана қисмини ҳаракатсизлигини таъминлаш (ётган ҳолатда, кровать ёки носилканинг оёқ қисми бироз кўтарилган ҳолда бўлиши керак. (Мия ичи босими ошганлигига гумон бўлган ҳолатдан ташқари).
- Новокаинли блокада (вагосимпатик, буйрак олди, оёқ қўлларда футляр, қовурғалараро) синган соҳада маҳаллий оғриқсизлан-тириш ўтказилади.

- Вена ичига ёки мушак орасига суткасига 3-4 мартагача наркотик моддалар юборилади. (2мл 2% промедол, пантопон МНС ни чуқур тормозланишида наркотик моддалар ман этилади.

- Эректил ва торпид фазанинг 1-2 босқичида нейролептик ва ганглиолитиклардан фойдаланилади. (нейролептиклар К/Б 60мм сим.устунидан паст бўлганда қарши кўрсатма бўлади.) Азот ва кислород 1:1 нисбатида юзаки наркоз ўтказилади. Қон айланиш бузилишини йўқотишда 1- ўриндаги тадбир бўлиб, қон кетиши-ни тўхтатиш ҳисобланади. Бунинг учун вақтинчалик босувчи боғлам ва жгут, бутунлай эса зарарланган томирларни боғлаш киради.

Қарахтлиқда қон ўрнини босувчи суюқлик эритмалари қўлланилади.

Қарахтликни даволашда яхши эффект берадиган дорилардан, юрак қон-томир моддалари (гексенал, пентамин), гормонал моддалар (АКТГ, кортизон, гидрокортизон, педнизалон), витаминлар (С,В,РР), антигистамин моддалар (пипольфен, димедрол) қўлланилади. Даволаш тартиби қуйидагича:

Аввал вена ичига мезатон, норадреналин 2.2 мл 250мл 5% глюкоза томчилаб юборилади. Кейин шприц билан 50-60 мг гексенал, 80-100мг пентамин юборилади. Бу вақтда қон босими ва айланиб юрувчи қон ҳажми нормаллаштирилади.

Қарахтликни даволашдаги асосий чора ташқи нафасни тиклаш ҳисобланади. Агар беморда спонтан (мустиқил) нафас бўлса-ю, кислород етишмовчилиги кузатилмаса, маска ёки турунча тикилган катетр ёрдамида намланган кислород буюрилади. Ташқи нафас бузилишининг 1-белгилари пайдо бўлишиданоқ (юзаки нафас, хансираш) сунъий нафас беришга ўтилади. Бунинг учун беморга миореланксантлар қилинади ва аппаратга уланади. (ДП-1,ДП-2, РО-1) трахея интубациясидан кейин. Сунъий нафас 4-5 соатдан кўпроқ вақтга керак бўлса, нафас марказини қўзғатиш учун тери остига 1% вена ичига 0.1 мл лобелин ёки цититон эритмаси юборилади.

Кейинги этапга эвакуация қилиш беморда қарахтлик белгилари йўқотилгандан кейингина ўтказилади ва беморни умумий аҳволига боғлиқ бўлади. Шаҳар ортидаги касалхоналарга беморлар 2-ламчи қарахтлик белгилари билан тушиши мумкин. Даволаш муолажалари қарахтликка қарши бригадаларда ўтказилади. Бу бригада қон тўхтатиш трахеостомия ўтказиш, вена ичига, артериал қон томирига дори моддаларини юборишга яхши ўргатилган бўладилар. Бундан ташқари сунъий нафас бериш, юрак массажини ўтказиш, новокаинли блокада қилиш, иммобилизация ва оғриқ-сизлантиришни ўтказадилар. Бу муолажалар фақатгина яхши таъминланган ташхис аппаратлари (ЭКГ, оксигеометр), стерил системалари (вена орасига ва артерия ичига дори моддалар юбориш учун), трахеотомия учун асбоблар йиғмаси дори моддалари, қон эритмалари (ўртача 400-3000 млгача 1 та беморга) бўлган бўлинмаларда ўтказилади.

**Тўрли ёшдаги болаларда қарахтликка қарши даволаш
чораларининг ўзига хослиги.**

Шикастланиш қарахтлиги болаларда кўп учрайди ва МНС да бошқариш механизмлари тўлиқ ривожланмаганлиги туфайли оғир ўтади. Болаларда қарахтликни даволаш катталарникидек, лекин бу тадбирлар ўта тезликда шошилишч ўтказилиши керак.

Оғир симптомини йўқотиш мақсадида қилинадиган наркотиклар дозаси болалар ёшига мос равишда юборилади. Қарахтликка қарши ишлатиладиган эритмаларни ҳам имкон қадар камроқ ишлатиш керак. (ўпка шишини олдини олиш мақсадида).

САВОЛЛАР:

1. Шикастланиш қарахтлиги нима?
2. Қарахтликнинг босқичларига изоҳ беринг.
3. Қарахтликка қарши даво чоралари қандай тадбирлардан иборат?
4. Болаларда қарахтликни даволаш чораларини ўзига хос хусусиятлари ҳақида гапиринг.

**МАВЗУ 8. ШИКАСТЛАНИШЛАР, БОЛАЛАР
ШИКАСТЛАНИШИ.
ЧЎКИШ. ШИКАСТЛАНИШЛАР ТИББИЙ ЁРДАМ.**

РЕЖА

1. Шикастланишлар, уларнинг турлари ва жароҳатланиш ҳақида умумий
Тушунча.
2. Болалар шикастланишлари.
3. Чўкиш.

Таянч сўзлари: шикастланиш-травма, чўкиш.

**Шикастланишлар, болалар шикастланиши.
Чўкиш.**

1. Шикастланишлар уларнинг турлари ва жароҳатланиш ҳақида умумий тушунча.

Ташқи омиллар (механик, термик, кимёвий) таъсирида одам организми тўқималарнинг анатомик бутунлиги ва функциянинг бузилишига шикастланиш дейилади ва у маҳаллий ва умумий белгилар билан намоён бўлади. Шикастланишларнинг қуйидаги турлари фарқланади:

- 1.Ишлаб чиқаришда учрайдиган шикастланишлар:
 - а) саноатга мансуб
 - б)қишлоқ хўжалигига мансуб
- 2.Ишлаб чиқаришда учрамайдиган шикастланишлар :
 - а) уй-рўзғорга тааллуқли
 - б) транспортга (темирйўл, автомобил, трамвай, кўча) мансуб
 - в) транспортга тааллуқли.
- 3.Қасддан бўладиган шикастланишлар-қасддан ўзини ўлди-риш.
- 4.Ҳарбий соҳага тегишли шикастланишлар.
 - а) тинчлик даврида- ҳарбий машқларда
 - б) уруш даврида

Юқорида кўрсатилган шикастланишларнинг қайси гуруҳга мансублигидан қатъий назар, ҳамма шикастланишлар иккита гуруҳга тақсимланади:

1.Ёпиқ шикастланишлар - тери ва шиллиқ қават бутунлиги бузилмасдан кечадиган (лат ёйиш, пайларнинг чўзилиши ва узилиши, бўғимларнинг чиқиши, суякларнинг синиши).

2.Очиқ шикастланишлар - тери ва шиллиқ қаватлар бутунлиги бузилиши билан бирга кечадиган жароҳатлар.

Механик таъсирни натижасига қараб шикастланишлар икки хил кўринишда бўлади.

1. Бевосита-тўқималардаги патологик ўзгаришлар куч таъсир этган жойида вужудга келади.

2. Билвосита-тўқималардаги патологик ўзгаришлар дуч этган жойда эмас, балки баданнинг бошқа қисмида бўлади. Масалан: кўлни узатиб йиқилганда елка бўғими чиқиб кетиши мумкин.

Агар шикастланиш куч таъсир этган заҳоти рўй берса, ўткир шикастланиш дейилади. Кам кучли таъсирни бир неча маротаба қайтарилиши натижасида сурункали шикастланиш келиб чиқади. Кўпинча касб касалликлари сурункали шикастланишга мисол бўла олади. Барча шикастланишлар маҳаллий ва умумий белгилар билан характерланади.

Маҳаллий белгиларга киради: оғриқ, тери қаватларининг шакли, ранги, бутунлиги, ўзгариши ва зараланган органнинг функциясини бузилиши.

Умумий симптомларига киради: ҳушдан кетиш, коллапс, шок. Шикастланишнинг оғир ёки енгил кечиши бир қатор сабабларга боғлиқ:

- 1.Шикаст берувчи факторнинг физик хусусиятларга (шакли, консистенцияси).
- 2.Шикастланган орган ва тўқиманинг анатомио-физиологик хусусиятлари.
- 3.Шикастланиш вақтида орган ва тўқималарнинг патологик ҳолатига.

4. Шикастланган кишининг умумий аҳволига.

Болалар шикастланишлари.

Болалар шикастланишларини ўрганиш ва уларни олдини олиш тадбир-ларини ишлаб чиқишда шикастланиш турларини аниқлаш катта аҳамият-га эга. Болаларда учрайдиган шикастланишларни қуйидаги турларга бў-лиш мумкин.

1. Турмушда бўладиган шикастланиш.

2. Кўчадаги шикастланиш (транспортга алоқаси бўлмаган шикастланиш ва транспортга алоқадор шикастланиш).

3. Спортга тааллуқли шикастланиш.

4. Мактаб шароитида шикастланиш (меҳнат дарсига алоқадор ва унга алоқаси бўлмаган шикастланиш).

Болаларга мансуб шикастланишларнинг 65-70% ни турмушда бўлади-ган ҳодисалар, транспортда алоқадор шикастланиш, 24.1% ни кўчада юз берадиган транспортга алоқаси бўлмаган шикастланиш, мактабда шикаст-ланиш 4% ни, жисмоний тарбияга алоқаси бўлмаган шикастланишлар эса 3% ни ташкил қилади. Юқоридаги санаб ўтилган кўрсаткичлар болаларни ёшига, фаслга ва бошқа сабабларга кўра ўзгариши мумкин. Болаларнинг турмушда кўплаб шикастланишлари уларнинг ўта қизиқувчанлиги, сер-ҳаракатлиги, ва эҳтиётсизлик оқибатида келиб чиқади. Ёзда болалар мевали дарахтлардан йиқилиб, сув ҳавзаларида чўмилиб, шикастланади, қишда эса, айниқса ўғил болалар яхмалак учиб, ўйинқароқлик қилиб жароҳат ола-дилар. Баъзи оилаларда қишда болалар сандалда куйиб қолган ҳоллари ҳам учраб туради.

Мактабларда шўхлик қилиб, ички тартиб-қоидаларига риоя қилмас-ликлари, айниқса, физкультура дарсларида ўқитувчилардан бемаслаҳат хар хил машғулотлар билан шуғулланишлари нати-жасида бирор жойларини майиб қилишлари мумкин. Шунингдек сигир, қўй, эчки, от ва эшак каби уй ҳайвонларидан шикастланган болалар ҳам учраб туради. Кишлоқ жойларида эса болаларни ит қопиш ҳоллари кўп учрайди.

Чўмилаётганда хавфсизлик қоидаларига риоя қилмаслик оқибатида ҳам болалар шикастланиши мумкин. Масалан, сув ҳавзасининг саёзлигини ҳисобга олмай, калла ташлаганда бола боши сув тубидаги тош, дарахт илдизи, шиша парчалари ва бошқа нарсаларга урилиб, кўпинча бўйин умуртқаси оғир шикастланиши ва орқа мия эзилиши мумкин. Оқибатда бола умрбод ногирон бўлиб қолиши ҳеч гап эмас.

Болаларнинг транспортдан шикастланиши ёмон оқибатларга олиб келади, бундай фалокат ўлимга дучор қилган ҳодисалар кўп учраб туради. Шунинг учун болаларни транспортдан шикастланишга йўл қўймаслик му-ҳим омиллардан ҳисобланади.

Болалар йўл ҳаракати қоидаларини билмасликлари, билсалар ҳам бу қоидаларга риоя қилмасликлари, катталар болаларни назоратсиз

қолдиришлари ва бошқа сабаблар туфайли транс-портдан шикастланиши рўй беради.

Болалар ўртасида шаҳар ва қишлоқ транспортидан шикаст-ланиш 5,9% ни ташкил этсада, бироқ у жуда оғир ва кўнгилсиз оқибатларга олиб келади. Айниқса мактаб ёшдаги шғил болалар ўртасида транспортдан шикастланиш қизларга нисбатан 2-3 баробар кўп учрайди, 7-10 ёшдаги болалар автомобилдан кўп шикаст кўрадилар.

Автомобилдан оғир шикастланиш натижасида сон ва болдир суяклари қийшиқ битиб қолади ёки синган сон суяги қийшиқ битиб, бемор оёғи калта бўлиб, қолиши ҳам мумкин. Текширишлар шуни кўрсата-дики, мактаб ёшидаги болалар аксари кундузи (соат 12дан кейин) ва куннинг иккинчи ярмида (соат 18дан кейин) мактабдан қайтаётганда шикастланадилар.

Бу воқеаларнинг кўпчилигида болаларнинг ўзлари айбдор бўладилар. Улар катта кўчадаги белгиланган жойлардан эмас, бал-ки шошиб, кўчанинг ўтиш тақиқланган қисмидан кутилмаганда ке-сиб ўтадилар. Кишда қор ёққан пайтда транспортга осиладилар.Транспорт қатнаб турадиган кўчаларда ҳар хил ўйинлар (футбол,волейбол) ўйнайдилар. Велосипед минганларида йўл ҳаракати қоидаларига эътибор бермайдилар.

Болаларни йўлда транспортдан шикастланишининг олдини олиш учун маориф ходимлари, мактаб маъмурияти, жамоатчилик Соғлиқни Сақлаш ходимлари, ДАН, Кизил Ярим Ой жамияти аъзолари ва бошқа ташкилотлар биргаликда иш олиб боришлари лозим. Бунда шикастланишларни олдини олишда республика телевидениеси болалар учун ташкил этган «Светофор» кўрсатуви дастури катта ташкилий ва амалий ишлар олиб борилмоқда.

Болалар шикастланишларининг олдини олишга доир тарғиботининг шакли ва воситалари кўп. Буларга « Саломатлик университетлари», «Ёш автомобилчилар тўғараги», «Мактаб автобурчаклари», «Ота-оналар мажли-си», радио ва телевидения орқали лекция, суҳбатлар уюштириш .

Чўкиш.

Нафас йўллари сувга тўлиб қолиши натижасида нафас ва юрак фаолиятини бузилишига чўкиш дейилади. Чўкиш учун юз-ни кўлмак сувга, тоғорадаги сувга, челақдаги сувга тушириш кифоя. Лекин, одатда чўкиш катта сув ҳавзаларида чўмилиш оқибатида бўлади. Чарчаш, узоқ масофаларга сузиб кетиш, ши-кастланиш-шунғиганда тош ёки қаттиқ жисмларга урилиш чўкишга олиб келиши мумкин. Маст ҳолатда чўмилиш ҳам чўкишга олиб келади. Чўкишда гипоксия (кислород етишмовчилиги) натижасида рўй берадиган оғир патологик ўзгаришлар ўлимга олиб келади.

Чўккан одамнинг юрагини тўхтаб қолиши юрак қоринчаларининг фибрилляцияси (титраши) натижасида бўлади. Чунки сувда чўкканда ўпка

орқали қонга кўп суюқлик ўтади, қонни суюлтиради, гемолизлайди, ионлар мувозанатини бузади (натрий ионларнинг концентрацияси камаяди). Бундай ҳол гипоксия шароитида юракнинг қоринчалари фибрилляциясига олиб келади. Натижада юрак, кейин нафас тўхтайди.

Денгиз сувида чўкканда сувнинг гипертониклиги (шўрли-ги)туфайли сув ўпкадан қонга ўтмайди, балки ундаги тузлар қонга ўтиб, қондаги плазманинг оқили ўпкага ўтади. Бунда юрак қоринчалари фибрилляцияси бўлмайди. Аввал нафас тўхтайди, кейин юрак.

Чўккандан кейин 3 минутдан 30 минутгача бўлган вақт ичида тирилтириш мумкин. Бу вақт сувнинг ҳароратига, марказий нерв системасининг чўкишдан олдинги ҳолатига (қўзғалган ёки тормозланган) боғлиқ.

Чўкишда биринчи тиббий ёрдам.

Чўкишда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш ҳар бир фуқаронинг ва айниқса тиббий ходимнинг вазифаси ҳисобланади.

Сувдан олиб чиқилган одамга ёрдам кўрсатишни бошлашдан олдин чўкканнинг эс-хуши жойидами, йўқми, юрак ва нафас фаолияти борми, ёки йўқми аниқлаб олиш керак. Чўккан одамнинг транспортировка қилиш уни батамом терминал ҳолатдан чиқаргач қилинади.

Агар чўккан одамнинг эс-хуши жойида бўлса, уни тинчлантириб, иситилади, ҳўл кийимлари ечилиб, иссиқ чой, кофе, томчилаб кордиамин берилади. Касалхонага юборилади.

Агар чўккан одам беҳуш бўлса, лекин юрак ва нафас фаолияти сақланиб қолган бўлса, нашатир спирти ҳидлатилади, иситилади, танаси ишқаланади. Керак бўлса, кордиамин, лобелин, эфедрин инфекция қилинади. Касалхонага транспортировка қилинади, тез даво чоралари бошланади-кислород ингаляция қилдирилади, вена орасига юқори молекулали декстранлар, бикарбонат натрий юборилади.

Агар чўккан одамда ҳаёт белгилари бўлмаса, нафас йўлларини сувдан, ёт нарсалардан тозалаб, иложи борица тез сунъий нафас олдириб, юракни ёпиқ массаж қилишни бошлаш керак.

Оғиз бўшлиғидан ёт нарсаларни бармоқлар ёрдамида олиб ташланади. Кўрсаткич бармоқни ҳиқилдоқ қапқоғигача тикиб текшириб кўриш керак. Агар жағлар юмилиб қолган бўлса, оғиздан бурунга сунъий нафас олдириш керак.

Нафас йўлларилдан сувни чиқариб ташлаш учун қутқарувчи чўккан одамни тиззаси букилган оёғига қорни билан ётқизиб, орқасидан босади. Кўпинча бу яхши натижа бермайди.

Трахейни ларингоскоп ёрдамида интубация қилиш ва резина найча ёрдамида юқори нафас йўлларидаги сувни сўриб олиб ташлаш мумкин.

Сунъий нафас олдиришнинг оғиздан оғизга ва оғиздан бурунга усуллари кенг қўлланилади.

Қон айланишини тиклаш, юракни ёпиқ массаж қилишдан бошланади. Чўкишда ўз вақтида малакали кўрсатилган биринчи тиббий ёрдам МНС, нафас ва юрак фаолиятини тиклашида муҳим роль ўйнайди.

САВОЛЛАР:

1. Шикастланиш нима ва унинг қандай турларини биласиз?
2. Болаларда қандай шикастланишлар кўпроқ учрайди?
3. Чўкиш деб нимага айтилади ва унда кўрсатиладиган 1-тиббий ёрдам ҳақида гапириб беринг.

Адабиётлар:

1. В.М. Величенко, Г.С. Юмашева «Биринчи шифокоргача бўлган ёрдам».
2. М. Дўстмуродов, Т. Хасанов. «Болаларни автомобилдан эҳтиёт қилинг».

МАВЗУ 9. ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАР. ЭЗИЛИШ СИНДРОМИ.

РЕЖА:

1. Лат ейиш тўғрисида тушунча. Лат ейиш белгилари. 1-тиббий ёрдам кўрсатиш, даволаш.
2. Пайларнинг чўзилиши ва узилиши.
3. Бўғимларнинг чиқиши.
4. Узоқ вақт эзилиши синдроми ёки шикастланиш токсикози.
5. Шикастланиш токсикозида биринчи ёрдам.

Таянч сўзлар: иммобилизация, шикастланиш токсикози, токсемия, гематома, гемартроз.

Лат ейиш тўғрисида тушунча. Лат ейиш белгилари, 1-тиббий ёрдам кўрсатиш, даволаш.

Турли фавқулодда вазиятларда шикастланганларнинг кўпчилигини ёпиқ шикастланишлар ташкил қилади. Ёпиқ шикастланишларда тери ва шиллиқ қаватларнинг бутунлиги бузилмайди. Лекин зараланиш турли орган ва тўқималарга, юмшоқ тўқималарга, кўкрак ва қорин бўшлиғи органларига, бош мияга, бўғимларга, сийдик таносил органларига тарқалиши ва уларда лат ейиш, пайларнинг чўзилиши ва узилиши, бўғимларнинг чиқиши, юмшоқ тўқималарни тупроқ, бузилган бинолар ва иншоотларнинг бўлак-лари билан эзилишини вужудга келтиради.

Лат ейиш - ёпиқ шикастланиш бўлиб, қаттиқ жисмлар билан уриш ёки қаттиқ жисмга урилиш натижасида вужудга келади ва юмшоқ тўқималарни қорин ва кўкрак бўшлиқдаги турли органларни зарарланиши билан характерланади. Лат ейиш натижасида вужудга келадиган ўзгаришлар характери ва оғир енгиллиги урилиш кучига жисмнинг катталигига, оғирлигига, шаклига, шикаст берувчи жисмнинг йўналиши ва давомийлигига, тананинг зарарланган жойини катталигига ва аҳамиятлилигига ва шикаст бериш вақтидаги анатомо – физиологик хусусиятларига боғлиқ. Лат ейиш вақтида тери ости ёғ қаватидаги лимфатик ва қон томирлар у ёки бу даражада зарарланиб, лат ейиш белгиларини келиб чиқишига сабаб бўлади. Лат ейишнинг белгилари унчалик кўп эмас, лекин улар шундай аниқ ва равшан юзага келадик, ташхис қўйиш жуда осон бўлиб қолади: оғриқ, шиш, кўкариш (қон қуйилиши, гематома) функциянинг бузилиши. Оғриқ - ҳар хил интенсивликда бўлиб, зарарланиш зонаси ва нерв ва қон томирлари билан таъминланганлигига боғлиқ. Баъзан кучли оғриқлар травматик шокка олиб келиши мумкин (оёқ ёки қўлнинг юмшоқ тўқималарини эзилиши, қоринни лат ейиши, йирик нерв толаларининг ёпиқ шикастланиши) Оғриқнинг характери организмнинг оғриққа шахсий мойиллигига ҳам боғлиқ.

Шиш - юмшоқ тўқималарга қоннинг шимилиши ва асептик яллиғланиш натижасида рўй беради. Шишнинг катталиги ёғ қаватини катталигига боғлиқ: ёғ қавати қанча катта бўлса шиш ҳам катта бўлади. Қон қуйилиш ва кўкариш - қон томирларининг урилиш заҳоти ёки бир неча соат кейин узилиши натижасида рўй беради. Унинг катталиги узилган томирнинг калибирига, қоннинг ивишига, тери ости ёғ қаватига боғлиқ. Тери қаватлари дастлаб тўқ кўкимтир рангга, кейинчалик гемоглабинни парчаланиши натижасида яшил ва сариқ рангга киради. Функциянинг бузилиши дастлаб организмнинг шикастланишга қарши ҳимоя реакцияси бўлиб ҳисобланади ва уни лат ейиш жойига, шикастланган одамни оғриққа бўлган реакциясига ва шикастланиш натижасида рўй берган ўзгаришлар характерига боғлиқ. Органнинг функциясини бузилиши унинг тўқималарида қон ва лимфанинг шимилиши натижасида рўй беради. Маҳаллий ва умумий ҳароратнинг кўтарилиши катта гематоманинг сўрилиши ёки унинг йиринглаши натижасида рўй беради. Биринчи тиббий ёрдам кўрса-тиш – лат ейиш рўй берган заҳоти ўша жойга сиқиб турувчи боғлам қўйиш, иложи бўлса, лат еган жойга дам – бадам совуқ жисмлар босиш, муз халтасини қўйиш 40-50 минутдан кейин 10-15 минут дам берилади. Яна қайтарилади. Совуқнинг қўлланилиши қон қуйилишини камайтиради, тўхтатади, оғриқни камайтиради. Сиқиб боғлаш натижасида зарарланган тери ости қон томирлари босилиб, шишни камайтиради. Катта миқдордаги лат ейишларда беморни ҳаракатлари чегараланиб, (иммобилизация) оғриқни қолдирувчи воситалар берилади.

Даволаш – лат еган вақтдан 2-3 кун ўтгач иссиқ муолажалар қўлланилади (илиқ иситгич қўллаш, иситувчи компресс, сув ванналари) массаж (уқалаш), даволаш гимнастикаси қўлланилади. Катта ўлчамли лат ейишларда, рентген орқали текшириб, суяклар синиши бор йўқлигини аниқлаш керак. Ўзича сўрилиб кетмайдиган катта гематомаларни пункция қилиниб, кетидан антибиотиклар юборилади, баъзан жарроҳлик йўли билан ивиган қон олиб ташланади.

Пайларнинг чўзилиши ва узилиши. Симптомлари.

Биринчи тиббий ёрдам ва даволаш.

Пайларнинг чўзилиши ташқи куч таъсирида тўқималарнинг ҳаддан ташқари зўриқиши натижасида рўй беради. Ташқи куч таъсирида бўғим юзалари вақтинча физиологик меъёрдан чиққан ҳолда бир-биридан узоқлашади ва бунда бўғим халтаси ва уни ушлаб турувчи пай ва мускуллар зарарланмайди. Кўпинча болдир-товон бўғими пайлари чўзилади. Пайлар чўзилганда уларнинг анатомик бутунлиги бузилмайди, қон томирлар узилиши мумкин. Натижада бўғим атрофида шиш ва асептик яллиғланиш рўй беради. Дастлабки вақтларда қон қуйилиши билинмаслиги мумкин, кейинчалик эса тққ кўкимтир доғлар пайдо бўлади. Бўғим ҳаракати йўқолмаса ҳам, ҳаракат вақтида оғриқни зўрайиши ҳаракатни чегара-лайди. Биринчи тиббий ёрдам худди лат ейишдагига ўхшаш бўлиб, қон қуйилишини камайтириш мақсадида дастлаб (муз халтаси, совуқ жисмлар, совуқ компресс) босилади. Учинчи кундан бошлаб, илиқ муолажаларга ўтилади. Бемор тинч ётган ҳолатда оёқлари кўтарилган бўлиб, сиқиб турувчи боғлам қўйилади. Кўрилган чоралар тахминан 10 кунлардан кейин бемор юришига имкон яратади.

Мускул, пай ва бойламларнинг узилиши тўсатдан бўладиган кескин ҳаракат натижасида рўй беради. Мускул, пай ва бойламларнинг узилиши қисман ёки тўлиқ бўлиши мумкин, бойламлар суяк тўқимасининг бўлаклари билан узилиб кетиши ҳам мумкин. Мускул, пай ва бойламларнинг узилиш белгилари енгил, ўрта даражада ва оғир формада намоён бўлиши мумкин. Ҳамма даражага хос бўлган умумий белгилар:

- бойлам ва пайларнинг суякка бириккан жойида ва мускулнинг узилган жойида кучли оғриқни бўлиши;
- бўғимни ўраб турган тўқималарга қон қуйилиши, ёки бўғим бўшлиғига қон қуйилиши (гемартроз) оқибатида шикастланиш жойи атрофида гематома ва шиш пайдо бўлиши;
- бўғим қўл ёки оёқ ҳаракати функциясини бузилиши, шикастланган мускулнинг функциясини бузилиши.

Кўпинча блоксимон бўғимларнинг (болдир-товон, тизза, билак-панжа) камроқ шарсимон бўғимларнинг бойламлари зарарланади. Биринчи тиббий ёрдам шикастланган жойларни тинчлантирган ҳолатда сиқиб боғлаш, шина ёки қўл остидаги материаллар билан ҳаракатни чегаралаб,

қимирлатмаслик (иммобилизация қилиш), кучли оғриқ бўлганда шприц ёрдамида оғриқ қолдирувчи воситаларни инъекция қилиш, шикастланган жойга совуқ жисм ёки музқўйиш ва ўз вақтида тиббий муассасаларга эвакуация қилиш.

Тиббий муассасада шикастланган жойга тинч ҳолат яратиб берилади. I даражали узилишда 7-10 кун, II даражада 21 кун, III даражада 4-6 ҳафтача иммобилизация қилиш тавсия этилади. Шикастланган жойни иммобилизация қилиш шиналар, маҳкамловчи боғламлар ва гипсли лонгетлар ёрдамида амалга оширилади. Мускул, пай ва бўғимларнинг тўлиқ узилиши рўй берганда жарроҳлик йўли билан тикиб қўйилади. Кейинчалик даволаш гимнастикаси, уқалаш (массаж), физиотерапия (қуруқ иссиқ, парафин ва балчиқли аппликациялар) тавсия этилади.

Бўғимларнинг чиқиши, турлари ва белгилари.

Биринчи тиббий ёрдам.

Бўғим юзаларини бир-бирига нисбатан нотўғри туриши ва улардан бирининг капсулани ёриб чиқишига айтилади. Бўғимларнинг чиқиши уларни тез жойига қўйиб, даволашни талаб қилади. Бўғимларнинг чиқиши тўлиқ ва тўлиқмас бўлиши мумкин. Агар бўғим юзалари бир-бирига тегиб турмаса, тўлиқ чиқиш дейилади, агар қисман тегиб турса, тўлиқмас чиқиш дейилади. Кўпинча бўғимларнинг чиқиши шикастланиш натижасида (90%), баъзан патологик чиқишлар кўринишида учрайди (бўғимларнинг ўраб турган тўқималарнинг патологик ўзгаришлари туфайли).

Баъзан туғма чиқишлар учрайди, у ёки бу бўғимнинг яхши ривожланмаганлиги туфайли бўлиши мумкин. Масалан: сон суякнинг туғма чиқиши.

Бўғимларнинг чиқишида 2та омил иштирок этади: ташқи кучнинг таъсири ва мускулларнинг қисқариши. Бўғимларнинг чиқишида бўғим капсуласи йиртилади, бўғимни ўраб ва мустаҳкамлаб турган бойламлар, мускуллар ва пайлар узилади. Кўпинча елка бўғими (55%), сўнг тирсак бўғимлари (25%) чиқиши мумкин.

Бўғимлар чиқишининг белгилари:

- бўғим функциясининг бузилиши;
- у ёки бу бўғимнинг шикастланишга хос бўлган оёқ ёки қўлнинг мажбурий ҳолати. М: елка бўғимининг чиқишида шикастланган қўлни тирсак бўғимида букиб, танадан узоқлашган ҳолатда;
- оғриқ оёқ ёки қўлни ҳолатини ўзгартирганда кучаяди.
- бўғимнинг шаклини ўзгариши;
- ёрдамчи симптомлар (оёқ ёки қўлни шишиши, сезувчанлик ва ҳаракатни бузилиши);

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.

Шикастланган оёқ ёки қўлни иммобилизация қилиш (стандарт шиналар, қўл остидаги воситалар ёки маҳкам қилиб боғлаш билан) бу вақтда бўғимларни тўғрилаб қўйиш мумкин эмас, чунки:

- бўғимлар чиққанлигини ҳамма вақт ҳам аниқлаб бўлмайди.
- оғриқсизлантормасдан туриб, бўғимларни тўғирлаш шокка олиб келади.
- бўғимларни тўғирлаш врачнинг муолажаси.

Иммобилизациядан ташқари оғриқсизлантирувчи воситалар бериллади, бўғимга муз халтаси қўйилади. Агар очик чиқишлар бўлса, аввал жароҳатга асептик боғлам қўйиб, кейин иммобилизация қилинади

Бўғимларни тўғрилаш тиббий муассасаларда врачлар томонидан амалга оширилади. Тўғирлашдан олдин оғриқсизлантирилади – 40-50мм 1%ли новокаин эритмаси бўҳим бўшлиғига юборилади, 1-2мл 2%ли промедол 30 минут олдин м/о ёки т/о юборилади.

Бўғимларни тўғирлашни Кохер, Джанелидзе, Гиппократ усуллари мавжуд. Бўғимлар тўғирлангандан кейин тинч ҳолат яратиш ва қайтатдан чиқишни олдини олиш мақсадида иммобилизация қилинади. Қўл косинка билан маҳкам осиб қўйилади, шина ёки гипсли лонгет қўйилади. (7-10 кунга).

Оёқдаги бўғимлар тўғирлангач, шина ёки гипсли лонгета ёрдамида иммобилизация қилиниб, 15-30 кунга ётган ҳолат тавсия қилинади. Иммобилизациянинг қайси тури бўлишидан қатъий назар, массаж (уқалаш), даволаш гимнастикаси, физиотерапия муолажалари қилинади.

**Узоқ вақт эзилиш синдроми ёки шикастланиш токсикози,
унинг симптомлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш
хусусиятлари ва даволаш.**

Узоқ вақт эзилиш синдроми – шикастланиш токсикози - ўзига хос бўлган клиник ҳолат бўлиб, юмшоқ тўқималарни тупроқ, иморатларнинг бузилган қисмлари билан узоқ эзилиши (4-6 соатдан юқори) натижасида вужудга келади. Шикастланиш оғирлиги кўп сабабларга боғлиқ: эзилган жойга, эзилишнинг кенглигига, давомийлигига ва бошқа сабабларга.

Клиник кечишига кўра шикастланиш токсикози М.И. Кузин бўйича 3та даврга бўлинади: дастлабки, оралик, кечиккан.

Дастлабки даври юмшоқ тўқималарни эзилиши биланок бошланади. Бунда оғриқ импульслари рефлектор равишда буйракдаги қон айланишини бузади. Бу давр 2-3 кун давом этади ва эзилишдан озод қилинган тўқималарда шиш ва қон айланишини бузилиши билан характерланади. Одатда эзилишдан кейин 4-6 соат ўтгач, умумий аҳволнинг кескин ёмонлашуви кузатилади: ташналик, қайт қилиш, бўшашиш ва қўзғалувчанлик, апатия, тана ҳарорати 39 гача кўтарилади, пульс тезлашади, қон босими тушади. Тери қаватлари кўкимтир, муздай, сарғимтир ёки қон

аралашган суяқлик билан тўлган пуфаклар билан қопланган. Тўқималарнинг кучли шиши туфайли томирлар пульсацияси жуду суст ёки умуман аниқланмайди. Кучли оғриқ вужудга келади.

Оғир ҳолларда интоксикация ва ўткир буйрак етишмовчилигидан ўлиш мумкин. Енгил ҳолларда эса вақтинчалик умумий аҳволни яхшиланиши кузатилади(ёлғон яхшиланиш даври).

Оралик даври – ўткир буйрак етишмовчиги билан характерланади. Оғриқ қайталанади, бел оғрийди, сийдик ажралиши камайиб, сийдикда оксил, мочевино, азот чиқиндилари кўпаяди(азотемия). Такрор қайт қидиш кузатилади. Эс-хуш бузила бошлайди, тана шишади.

Кечиккан давр – (10-12 кун) эзилишдан кейин буйрак етишмовчилиги белгилари йўқола бошлайди, шишлар бутунлай йўқолади, лекин эзилган жойдаги оғриқ зўраяди. Тери ости қавати ва бошқа тўқималарда йирингли ўчоқлар ва трофик яралар, чандиқлар, контратура ва бошқалар вужудга келади.

Шикастланиш токсикозида биринчи тиббий ёрдам.

Шикастланган киши эзилиш дан озод қилиниб, эзилган жойни марказдан периферияга қараб сиқиб боғлаш ёки эзилганжойдан юқорига жгут қўйиш керак. Жароҳатли жойга асептик боғлам қўйилади, стандарт шиналар ёрдамида иммобилизация қилинади, т/о ёки м/о наркотик оғриқни қолдирувчи дори юборилиб, тез тиббий муассасага эвакуация қилинади.

Тиббий муассасада шокка қарши чоралар қўрилади:

- эзилган жойдан юқорига новокаин билан футляр блокада қилинади, буйрак атрофи, магистрал артерия стволлари ҳам новокаинли блокада қилинади;
- шикастланган лёқ ёки қўлни муз халтаси билан шраб қўйилади;
- юрак воситалари, нафасни яхшиловчи воситалар инъекция қилиниб, в/ога 10-20 мл 10%ли кальций хлор эритмаси юборилади;
- дастлаб томчилаб в/о га 100-150 мл 0,25% ли новокаин эритмаси, ктидан 2-3 литрча қон ўрнини босувчи ва шокка қарши эритмалар(полиглюкин, плазма, муракаб тузли шокка қарши эритмалар, 5% ли глюкоза, 2% ли сода эритмаси) организмнинг интоксикациясини камайтириш, гемодинамика кўрсаткичлари яхшилаш учун қўйилади;
- антибиотиклар юборилади(йирингли асоратларни олдини олиш учун), қоқшолга қарши зардоб ва қоқшол анатоксини;
- ҳаётий зарурат туфайли операциялар қилиш(суяқлар майдаланиб кетганда оёқ ёки қўлни ампутация қилиш);

Токсемияга қарши курашиш учун в/о га қон ўрнини босувчи суяқликларни, поиглюкин, глюкоза, 20% ли спирт эритмаси, 0,25% ли новокаин эритмаси, қон чиқариб юбориш (1500млгача) ва кетидан янги тайёрланган қонни қўйиш(5 кунгача бўлган қонни). Қўйилган суяқлик миқдорини суткалик диурезни кузатиш билан назорат қилинади. Токсикоз

билан курашишда гормонотерапия (АКТГ, гидрокортизон), витаминотерапия (А, С, РР, В2, В6, В12, В15, Е), антибиотикотерапия муҳим роль ўйнайди.

Токсикознинг кечиккан даврларида, агар организм нурланиш касаллиги билан касалланган бўлса, уни даволаш, физиотерапевтик даволаш ва фалажланишларни йирингли жароҳатларини хирургик даволашга катта аҳамият берилади.

САВОЛЛАР:

1. Ёпиқ шикастланишлар қандай юзага келади?
2. Юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши ва эзилишининг белгилари қандай?
3. Бўғимларнинг чўзилиши ва эзилишининг белгилари ва уларда қандай биринчи ёрдам кўрсатилади?
4. Травматик токсикоз белгилари ва уларда биринчи ёрдам кўрсатиш.

ТЕСТЛАР:

1. Узоқ эзилиш синдромида 1-тиббий ёрдам:
 - а) эзилишдан озод қилиш
 - б) эзилишдан озод қилиш, эзилган жойидан юқорига жгут қўйиш ёки юқоридан пастга сиқиб боғлаш
 - в) эзилишдан озод қилиб, иммобилизация қилиш
 - г) ҳаммаси нотўғри
2. Лат ейишни клиник белгиларини кўрсатинг:
 - а) юмшоқ тўқималарни шикастланиши, қон-томирлар узилиши, тўқимага қон қуйилиши (гематома), шиш
 - б) қон-томирлар узилиши, оғриқ, юмшоқ тўқималарни некрозга учраши
 - в) юмшоқ тўқималарга йиринг йиғилиши, гематома, шиш
 - г) ҳаммаси тўғри

МАВЗУ 10. ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАР.

РЕЖА:

1. Жароҳат ва унинг турлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
2. Жарроҳлик инфекцияси.
3. Ўчоқли йирингли инфекция. Унинг турлари ва белгилари. Биринчи тиббий ёрдам ва даволаш.
4. Умумий йирингли инфекция ва унда биринчи тиббий ёрдам, даволаш.
5. Анаэроб инфекциялар.

Таянч сўзлари: жароҳат, шикастланиш шоки, жароҳатнинг йиринглаши, абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, лимфаденит, сепсис, қоқшол, гангрена.

Очиқ шикастланишлар. Жароҳатлар. Жарроҳлик инфекцияси.

Механик таъсир натижасида орган ва тўқималарнинг тери ва шиллик қаватлар бутунлигининг бузилиши билан бўладиган шикастланишга жароҳат дейилади. Жароҳат берувчи жисм таъсирида тўқималар орасида қон ивималари, ўлган тўқималар бўлаклари, суяк парчалари ва ёт нарсалар билан тўлган ёриқ ҳосил бўлади. Бу ёриқни жароҳат канали деб аталади. Жароҳат берувчи жисмнинг кучи, шакли, ҳаракат йўналишига қараб, жароҳатлар қуйидаги кўринишларга эга бўладилар:

- юзаки ва чуқур
- тешиб ўтган ва тешиб ўтмаган
- ялаб кетган
- бўшлиққа кирган ва кирмаган.(калла суяги, кўкрак, қорин, бўғим бўшлиқларига)

Жароҳат сабабига кўра:

- жарроҳлик (асептик)
- тасодикий
- ўқ теккан ва ўқ тегмаган
- микроб билан ифлосланган (инфицирланган)

Жароҳат берувчи жисмнинг турига ва жароҳат каналининг характериға кўра:

1) санчилган жароҳат - ўткир учли қуролларни санчилиши натижасида вужудга келади. (нина, мих, ўткир суяк, бигиз ва б). Бундай жароҳатни кириш тешиги тўқималарнинг қисқариши натижасида кичик бўлиб, ундан чиқадиган ажралма (қон) деярли бўлмайди.

Санчилган жароҳатларнинг хавфли томони шундаки, ҳаёт учун зарур бўлган органлар зарарланиши мумкин (юрак, томирлар, ковак органлар, мия) тўқима ва органлар микроблар билан ифлосланиши мумкин.

Кесилган жароҳатлар ўткир тигли жисмлар таъсирида вужудга келади. (пичоқ, лезвия, шиша, скальпел). жароҳатнинг четлари текис, атрофдаги тўқималар кам зарарланади. Жароҳат четлари бир-бирига тегмайди, шунинг учун жароҳатдан қон оқиб туради ва у билан маълум миқдордаги микроблар чиқиб кетади. Бундай жароҳатлар камроқ йиринглайди, тезроқ битади.

Лат еган жароҳатлар – бирорта тумтоқ жисм таъсирида келиб чиқади (тош, ёғоч). Бу турга йиртилган ва эзилиб кетган жароҳатлар ҳам киради. Бундай жароҳатларда қон кетиш унчалик кўп бўлмайди, атрофдаги тўқималар зарарланиши кенгроқ бўлади. Шу сабаб жароҳат четлари

нотекис, тўқималари ўлган бўлиб инфекция ривожланиши учун шароит етарли даражада.

Тишланган жароҳатлар - ҳайвон ёки одам тишлашидан вужудга келади. Бундай жароҳатларга одам ёки ҳайвоннинг микрофлорасининг тушиши оқибатида кўпроқ йиринглайди. Ҳатто тишланган жароҳат қутуриш вируси билан зарарланган бўлиши мумкин.

Захарланган жароҳатлар — илон ёки чаён чақиши, ўқ теккан жароҳатлар - ўқ отувчи қуроллар қўлланилиши натижасида содир бўлади.

Ўқ теккан жароҳатларда кириш тешиги, жароҳат канали ёки жароҳат бўшлиғи, ўқ тешиб ўтганда эса - чиқиш тешиги фарқланади. Келиб чиқишига кўра жароҳатлар - атайлаб қилинган ва тасодифий жароҳатларга тақсимланади. Ҳамма тасодифий жароҳатлар бактериялар билан ифлосланган бўлади. Инфицирланган жароҳатларда маҳаллий яллиғланиш кузатилиб, улар инфекцияни тўқималар орасига, лимфатик тўқималар орасига, лимфатик ва қон томир йўлларига тарқалиши билан характерланади. Ковакли органлар жароҳатларда жароҳат инфекцияси тез вужудга келиб, тез тарқалади. Жароҳатни маҳаллий белгилари: оғриқ, шиш, гиперемия, маҳаллий гипертермия.

Оғриқ айниқса жароҳатланиш вақтида кучлироқ сезилади ва шу жойни сезувчанлигига боғлиқ бўлади. Бармоқлар, тиш, тил, жинсий органлар, орқа чиқарув тешиги соҳаларида оғриқ кучлироқ сезилади. Жароҳат бита борган сари оғриқ камая боради. Оғриқни кучайиши жароҳатни йиринглаганини билдиради.

Жароҳатнинг асоратлари.

1. Қон оқиш — агар йирик қон томирдаги қон оқаётган бўлса, хавфли.
2. Баъзан кучли оғриқ натижасида травматик шок бўлиши мумкин.
3. Қолган ҳолларда асосий хавф - жароҳат инфекцияланиши натижасида йиринглаши ҳисобланади. Баъзан қоқшол, газли гангрена ва қутуриш каби хавфли касалликларга сабаб бўлади.

Жарроҳлик инфекцияси.

Жарроҳлик инфекцияси деб микроорганизм билан одам организми ўртасида бўладиган ўзаро таъсир натижасида вужудга келадиган ва даволашда асосан жарроҳлик усули қўлланиладиган касалликка айтилади.

Жарроҳлик инфекцияси организмнинг жавоб реакцияси, кечишига қараб, қуйидаги турларга бўлинади.

1. Ўткир жарроҳлик инфекция - ўткир йирингли, ўткир анаэроб, ўткир специфик ва ўткир чиритувчи.

2. Сурункали жарроҳлик инфекцияси — сурункали специфик ва носпецифик.

Ўткир йирингли инфекция организмга йирингли микробларни (стреп-тококклар, стафилококкла кириши, ўткир чиритувчи инфекция

организм-га ичак таёқчасини, ўткир специфик инфекция организмга специфик микробларни (қоқшол, куйдирги таёқчалари) тушиши натижасида вужуд-га келади.

Сурункали носпецифик инфекция ўткир инфекциядан сурункали кечишига айланади. (сурункали остиомиелит, сурункали плеврит) . Сурункали специфик инфекция одатда бирламчи бўлиб, специфик микроблар билан қўзғалади. (Жарроҳлик сили – актиномикоз). Микробларни организмга кириши учун тери ва шиллиқ қаватларнинг бутунлиги бузилган бўлиши керак. Микроблар тўқимадаги деффект орқали хужайралараро ёриққа, лимфатик томирларга, лимфа ва қон оқими орқали чуқур жойлашган орган ва тўқималарга етиб боради. Бундай маҳаллий жараён орқага қайтиши, чегараланиши чуқурроқ ва кенгроқ тўқималарга тарқалиши мумкин.

Организмнинг ҳимоя кучлари етарли бўлиб, микробларнинг дозаси ва вирулентлиги кам бўлса, маҳаллий реакциясуст кечиб, яллиғланиш белгилари тез ўчади, яъни яллиғланиш орқага қайтади. Бошқа ҳолларда яллиғланиш чегараланган миқдордаги тўқималарни қамраб олиб, унинг атрофида зич қўшувчи тўқимадан иборат қобикқа айланадиган лейкоцитлар вали (тўсиқ) ҳосил бўлади ва у яллиғланиш жараёнини чега-ралаб, микробларни атрофдаги тўқима ва органларга тарқалишига йўл қўймайди.

Организмнинг иммунобиологик (ҳимоя) кучлари кескин тушиб кетиши, микробларнинг юқори вирулентлилиги, микробларни кўпайиши учун овқатланиш муҳитининг (ивиган қон, ўлган тўқималар) бўлиши каби ҳолатлар жароҳатни яллиғланиши учун яхши шароит ҳисобланади. Инфекциянинг маҳаллий белгилари билан бир вақтда организмнинг умумий реакцияси ҳам намоён бўлади (тана ҳароратининг кўтарилиши, эт увишиши, бош оғриши, руҳиятни ва эс-хушни ўзгариши, умумий дармонсизлик қонда ўзгаришлар, пульсининг тезлашиши, босимнинг тушиб кетиши, организмнинг интоксикация белгилари).

3. Ўчоқли йирингли инфекция.

Йирингли яллиғланиш жараёнлари микроблар шикастланмаган тери орқа-ли кириб, вужудга келтирадиган мустақил касаллик кўринишида (фурункул, карбулкул, абсцесс, флегмона) ёки шикастланиш натижасида вужуд-га келган ўткир йирингли процесс (гематоманинг йиринглаши, ёт моддалар атрофидаги абсцесс, организмнинг қаршилиқ кўрсатиш кучини па-сайиши натижасида вужудга келган умумий инфекция) натижасида вужудга келади.

Инфекция оғриқ, терини қизариши, шиш, маҳаллий ҳароратини кўтарилиши, у ёки бу органнинг функциясини бузилиши билан характерланади. Инфекциянинг куйидаги турлари фарқланади. Фурункул – соч қопчаларини, ёғ безларини ва уларни ўраб турган тўқималарни ўткир

йирингли яллиғланиши. Фурункул тананинг ёғ безлари бўлган турли жойларида вужудга келиши мумкин. Кўпинча бўйинда, юзда, орқада, думбада бўлади. Касаллик сабабчиси стафилококк. Терининг ифлосланиш, тирналиши, авитаминоз, озиб кетиш, диабет, совуқда қо-лиш касалликка мойиллик туғдиради. Микроб тушган жойда кичик инфильтрат пайдо бўлади. У секин-аста катталашади. 5-7 кунга бориб максимал даражага етади. Инфильтрат марказида йирингли ўқ ҳосил булади. Тана ҳарорати +7 - +8 градус, фурункул чиққан жойда кучли оғриқ, иштаҳанинг пасайиши кузатилади. Фурункулни сиқиб, ўқини чиқариб ташлаш, унинг кечишини оғирлаштиради. Айниқса, юз соҳасидаги фурункулларда юқори температураларда, бош оғриғи белгилари кузатилади. Юқори лабнинг фурункулида инфекция венотомиялари орқали мияга ўтиши мумкин.

Даволаш. Консерватив куруқ-иссиқ, УВЧ билан даволаш, м/о антибиотиклар, процесс чўзилиб кетса, жарроҳлик билан даволаш – фурункулни кесиш.

Карбункул – бир неча соч қопчасини ва ёғ безларини йирингли яллиғланиши. Оғир ҳолатларда яллиғланиш процесси тери ости ёғ қаватига апаневроз ва мускул қаватларигача ўтади. Карбункул фурункулдан яллиғланишни чуқурлиги билан фарқланади. Карбункулни сабабчиси стрептококк ва стафилококклардир. Кўпинча 50 ёшдан ошган ва қандли диабет билан оғирган беморларда учрайди.

Карбункул энса соҳасида, юзда ва орқада кўпроқ жойлашади. Карбункулда некроз катта ўлчамда бўлиб, атрофдаги тери қаватларини, тери ости қаватларини, мускул тўқималарини қамраб олади. Некрозланган тўқима атрофида грануляция ҳосил бўлиб, бўшлиқ қўшувчи тўқима билан секин-аста чандикланади.

Клиникаси фурункулга нисбатан оғирроқ. Қизарган шиш тезда катталашиб, кўкимтир тусга киради. Кучли оғриқ, тана ҳароратини +9 градусга кўтарилиши, йирингли шишларни пайдо бўлиши кузатилади. Оғир ҳолларда йирингли метастаз бериши, сепсис ҳолатига айланиши кузатилади. Карбункул юзда, айниқса юқори лабда жойлашаган бўлса инфекция вена томирларига ва миянинг қобикларига тарқалиб, йирингли менингитни вужудга келтиради.

Даволаш. Бошланғич даврларда консерватив даво чораси қилинади. Вишневский мази ишлатилади. Рентгенотерапия яхши натижа беради. Йирингни тезроқ пишиши учун физиотерапевтик даво чоралари қилинади. Йиринг яхши пишгандан кейин жарроҳлик йўли билан даволанади. Оғир ҳолатларда беморни касалхонага ётқизилади.

Абсцесс ва флегмона. Абсцесс орган ва тўқималарни чегараланган йирингли яллиғланиши. Асосий қўзғатувчиси стафилококк. Абсцесснинг сабаби тўқималар жароҳатланганда микроорганизмларни ташқи муҳитдан инъекция, микрошикастланиш натижасида, ҳамда гемотоген ва лимфоген йўл билан киришидир.

Беморлар зарарланиш жойида оғриқ бўлишига шикоят қиладилар, зарарланган жой қизаради, флюктуация (билқиллаш) белгилари пайдо бўлади.

Даволаш. Шаклланган йирингли бўшлиқни жарроҳлик йўли билан очилади, ўлган тўқималарни олиб ташланади, бўшлиқ ичи водород пер-оксиди, фурацилин билан ювилиб, гипертоник эритма шимдирилган тампон қўйилади ёки резина найча ёрдамида бўшлиққа дренаж қўйилиб, уни антисептик модда билан ювилади.

Флегмона. Тери ости қавати ва чегараси аниқ бўлмаган мускуларо тўқиманинг ўткир йирингли яллиғланиши. Касалликни чақирувчи стафилококк, стрептококк бўлиб, бутунлиги бузилган тери орқали киради.

Белгилари: оғриқ, чегараланмаган шиш, терининг қизариши, тана ҳароратини кўтарилиши, зарарланган жойнинг функциясини бузилиши.

Даволаш. Пишган йирингли жараён кенг очилиб, ўлган тўқималар қисми олиб ташаланади, бўшлиқ ичи антисептик эритма билан ювилади, дренажланади. Мускул орасига катта дозаларда антибиотик, антистафилококк гаммаглобулини, вена ичига плазма, дезинтоксикация мақсадида қон ўрнини босувчи эритмалар юборилади.

Лимфангоит ва лимфаденит – лимфа томирларини ва лимфа тугунларини яллиғланиши. Кўпинча турли йирингли процессларни (фурункул, карбункул) асорати сифатида вужудга келади. Беморлар зарарланган жойни ачишиши ва қичишига шикоят қиладилар. Йирингланиш бошланган жойдан лимфа тугунигача қизил из пайдо бўлиб, лимфа тугунлари катталашади, оғрийди. Тери усти қизариб, марказида билқиллаш (флюктуация) аломатлари пайдо бўлади.

Даволаш. Асосий йирингли жараён бошланган жойни даволаш керак. Антибиотиклар берилиб, оёқ ёки қўлни иммобилизация қилинади.

Умумий йирингли инфекция – сепсис.

Сепсис оғир касаллик бўлиб, турли микроорганизмлар келтириб чиқаради. Организм ички муҳити орқали қон оқимида тушган микробни организм зарарсизлантира олмаганлиги сабабли келиб чиқади. Кўпинча сепсисни асосий сабабчиси стафилококк, стрептококк, ичак таёқчаси ҳисобланади. Сепсис келтириб чиқарувчи ман-баа аниқланмаса бирламчи, йиринг тарқатувчи жой маълум бўлса – икки-ламчи сепсис дейилади.

Белгилари: сепсис септицемияга ва септикопиемияга бўлинади. Кечишига кўра яшин тезлигидаги, ўткир, ўрта даражадаги ва сурункали бўлади. Ўткир сепсисда тана ҳарорати 40-41 градусга кўтарилиши кузатилади. Тери қаватлари рангсиз, баъзан сарғимтир.

Пульс анчайин заиф, суст. Қон босими паст. Беморлар ҳаяжонланган, асабий ҳолатда бўлиб, уйқусизлик безовта қилади. Думғаза ва курак соҳаларида ётавериш натижасида яралар пайдо бўлади. Қонда лейкоцитоз, эритроцитлар миқдорини камайиши, гемоглобин миқдорини камайиши,

гемоглобин кўрсаткичи пасайиши кузатилади. Қон экилиб кўрилганда 80-85% ҳолларда бактериялар ўсиши кузатилади. Турли характердаги асоратлар вужудга келади - жароҳатдан қон кетиши, пневмония, инфарктлар, энг хавфлиси септик шок.

Беморларни даволаш анча қийин ва мураккаб вазифа. Жарроҳлик билан даволаш йирингли манбаани йўқотишга ва организмни ҳимоя кучини оширишга қаратилган бўлиши керак. Ҳамма йиринг тўпланган жойлар очилиб, некротик массалар олиб ташланади. Йирингни оқиб чиқиши учун шароит яратилади. Антибиотиклар юборилади. Организмни иммунобиологик хусусиятини ошириш учун антистафилококк плазмаси, антистафилококк гаммаглобулини қўйилади. Организмни қаршилик кўрсатиш кучини ошириш учун янги тайёрланган қон қўйилади. Тўғри овқатлантириш ва парвариш қилиш даволашда муҳим роль ўйнайди. Беморни алоҳида хонага ётқизиш, хонани тез-тез шамоллатиб туриш, оғиз бўшлиғини, терини озода тутиш муҳим аҳамиятга эга.

Сепсис оғир касаллик бўлиб, кўпинча ўлим билан тугайди. Шунинг учун уни олдини олиш ишларига катта аҳамият бериш керак, яъни жарроҳлик инфекцияларини, турли йирингли инфекцияларни ўз вақтида даволаш керак.

Анаэроб инфекциялар.

Анаэроб инфекциялар турли жароҳатларда бўлиши мумкин бўлган хавфли асоратлардан биридир. Анаэроб инфекциялар уруш вақтларида кўпроқ учрайди. Газли гангренининг кўзгатувчиси Cljstriclizemperfingens. Газли гангренининг ривожланишида маҳаллий ва умумий факторларнинг аҳамияти катта. Маҳаллий факторларга кўплаб юмшоқ тўқималарнинг магистрал томирларини, суякларни шикастланиши ва жгутни узок вақт қолиб кетиши киради. Тўқималардаги кислород етиш-мовчилиги анаэроб микробларни ривожланиши учун яхши шароит ҳисобланади.

Организмнинг қаршилик кўрсатиш кучини пасайиши (чарчаш, совуқда қолиш, оч қолиш) ҳам анаэроб инфекцияни ривожланишида муҳим роль ўйнайди.

Белгилари: газли гангрени асосий белгиси жароҳатда бўладиган босувчи оғрик, (боғлам ботади), шиш. Шишган жойда тери қаватлари ялтирайди, рангсизланади ва кўкимтир доғлар ёки бронза рангидаги йўллар пайдо бўлади. Пайпаслаб кўрилганда крепитация аниқланади. Жароҳат қўл ранг тусда. Мускуллар кесиб кўрилганда қайнатилган гўшт кўринишда бўлади.

Пульс минутига 100-120 марта, тана ҳарорати +7.5-+8 градус. Касаллик ривожланган сари беморлар безовталанган, баъзан, аксинча эйфория ҳолатида.

Анаэроб инфекциянинг кечиши оғир бўлганлиги учун уни олдини олиш ишларини йўлга қўйиш муҳим аҳамиятга эга.

Касалликни олдини олишда қуйидагиларга аҳамият бериш керак:

Жароҳатланган тана қисми – механик, кимёвий антисептика усуллари ёрдамида тозаланади.

Иккиламчи инфекцияни олдини олиш учун жароҳатга асептик боғлам қўйилади.

Транспорт иммобилизацияси қилинади.

Гангренага қарши зардоб юбориш билан махсус профилактика қилинади.

Даволаш. Газли гангрени даволашда беморларни алоҳида хонага ётқизиблиб, жарроҳлик йўли билан даволанади: юмшоқ тўқималар кесилди, агар жараён ривожланувчи бўлса, ампутация қилинади. Кесилган жойларни ва ампутация жароҳатини антисептик моддалар билан ювилади. Антибиотиклардан инъекция қилинади.

Гангренага қарши зардоб ёрдамида даволанади. Зардоб жуда секинлик билан (1мин да 60 та томчи) вена ичига томчилаб юборилади. Дезин-токсикация қилувчи даво чораси: вена орасига 5% ли глюкоза, изотоник эритма, гемодез, реополиглюкин юборилади.

Беморга ёрдам кўрсатувчи ходимлар махсус халатларда, бурунбоғларда, резина қўлқопларда бўлиши керак. Ишлатилган боғлаш матери-али ёқиб юборилади. Металл анжомлар тозалаб ювилиб, сўнг қайнатиш йўли билан стерилланади. Палаталар 3% ли карбол кислотаси, лизол, 6% ли водород пероксиди эритмалари билан ҳўллаб артилади.

Ўткир специфик инфекция - қоқшол (столбняк).

Қоқшол касалининг сабабчиси (*Bacillus tetani*) тупроқда бўлади. Ҳамма тасодифий жароҳатлар қоқшол таёқчаси билан ифлосланади. Дастлабки симптомлар – кўп терлаш, бош оғриғи, жароҳат атрофида оғриқ, мускулларни титраши. Ривожланган қоқшолни белгилари: кичик таъсирлар (ёруғлик, товуш) натижасида тоник ва клоник мускулларнинг тиришиши. Дастлаб чайнов мускуллари тиришади – тризм (бемор оғзини оча олмайди), кейинчалик мимика мускуллари тиришади (сардоник жилмайиш). Кейинчалик энса мускуллари тиришиб, бош орқага эгилади, орқа ва кўкрак қафасининг мускуллари тиришиши натижасида бемор «кўприк» кўринишини олади. Бундай ҳолатни опистотонус дейилади. Спазм вақтида нафас бузилади. Тиришиш бир неча секунд давом этиб, мускулларни узилишига ва умуртқа таналарини синишига олиб келади.

Қоқшолни даволаш умумий ва махсус чора тадбирлардан иборат. Беморга тўлиқ тинчлик яратилади. Палата турли таъсиротлардан ҳоли бўлиши керак. Кроватлари текис ва қулай бўлиши керак. Бир қатор муолажалар наркоз остида миорелаксантлар ёрдамида амалга оширилиши керак. Овқатлар тўлиқ сифатли, витаминларга бой, суюқ бўлиши керак.

Кўп терлаш натижасида организмнинг сувсизланиб қолишини назарга олиб, суткасига 3-4л суюқлик қуйиш керак. (5% глюкоза ва тузли эрит-малар). Нафас йўлларидаги асоратларни олдини олиш учун

антибиотиклар тавсия этилади. Мускулларни тиришишига қарши мушакрелаксантлари (диплацин, дитилин) нейролептик препаратлар (аминазин) антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин) қоқшолга қарши зардобнинг даволовчи дозалари (вена орасига 200000 АЕ сутка).

Профилактикаси - қоқшолнинг профилактикаси комплекс бўлиши керак. Жароҳатларда тўғри биринчи ёрдам кўрсатилиши керак. Ҳар бир тасодиғий жароҳат, куйиш, совуқ олиш, албатта жарроҳлик йўли билан даволашни тақозо қилиб, қоқшолга қарши зардоб билан актив-пассив иммунизация қилишни талаб қилади.

Шикастланиш ўчоғида жароҳатланганларга 1 тиббий ёрдам кўрсатиш.

1 тиббий ёрдам кўрсатиш қуйидагиларни ўз ичига олади:

- жароҳатдан кетаётган қонни тўхтатиш
- жароҳатга асептик боғлам қўйиш
- шикастланган жойни стандарт тахтакачлар ёки қўл остидаги материаллар ёрдамида иммобилизация қилиш
- оддий шокка қарши чоралар қилиш
- қисман санитария ишловини қилиш.

ОМПда кўрсатиладиган врач ёрдами қуйидагиларни ўз ичига олади:

- боғлам ва тахтакачларни тўғрилаб қўйиш
- антибиотик ва қоқшолга қарши зардоб юбориш
- қон оқишини бутунлай тўхтатиш
- тиббий кўчиришнинг навбатдаги босқичга кўчиришга тайёрлаш ва кўчириш
- шокка қарши чоралар кўриш
- дастлабки жарроҳлик ишловини амалга ошириш (кимёвий шикстларда).

Ихтисослаштирилган хирургик ёрдам ва даволаш чекка зоналарнинг профилланган касалхоналарид кўрсатилади. Бу асосан дастлабки жарроҳлик ювиб тозалашдан бошланади. Ўз вақтида амалга оширилган жарроҳлик ёрдами жароҳатни тез битишига, жароҳат инфекциясини олдини олиш муҳим аҳамиятга эга.

ТЕСТЛАР:

1. Лат ейишни клиник белгиларини кўрсатинг:

а) юмшоқ тўқималарни шикастланиши, қон-томирлар узилиши, тўқимага қон қуйилиши (гематома), шиш

б) қон-томирлар узилиши, оғрик, юмшоқ тўқималарни некрозга учраши

в) юмшоқ тўқималарга йиринг йиғилиши, гематома, шиш

г) хаммаси тўғри

2. Лат еган жароҳатни ўзига хос хусусиятлари:

а) жароҳат атрофлари нотекис, кўкариш, шиш

- б) жароҳат атрофлари текис, йиринглаган, кўкарган
 - в) жароҳат бўлган жойда кучли қон кетиш, шиш
 - г) ҳаммаси нотўғри
3. Кесилган жароҳатни ўзига хос хусусиятлари:
- а) жароҳат атрофлари текис, жароҳатдан кўп қон кетади, камрок йиринглайди
 - б) жароҳат атрофлари нотекис, қон кетмайди, кучли йиринглаш кузатилади
 - в) қон кетади, жароҳат атрофи нотекис, шиш
 - г) кўкаради, қон кетади, шиш
4. Жароҳатланганда 1-тиббий ёрдам:
- а) қон кетишини бутунлай тўхтатиш, жароҳатга биринчи ишлов бериш
 - б) қон кетишини вақтинча тўхтатиш, жароҳатга инфекция тушишини олдини олиш, тиббий муассасага жўнатиш
 - в) сунъий нафас олдириш, шокка қарши чоралар
 - г) ҳаммаси тўғри
5. Жарроҳлик инфекцияларига қайси касалликлар киради?
- а) ангина, қоқшол, карбункул, гангрена
 - б) эпидермофития, флегмона, сальмонеллёз
 - в) экзема, гангрена, қоқшол, дизентерия
 - г) абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, сепсис
6. Йирингли жароҳатни оддий жароҳатдан фарқи:
- а) организмда катта ҳажмдаги йиринг тўпланиши, маҳаллий ёки умумий ҳарорат кўтарилиши, оғриқ, шиш, қизариш
 - б) тери остига сув тўпланиши, шиш, оғриқ
 - в) тери остига қон тўпланиши, маҳаллий ҳарорат, оғриқ
 - г) ҳаммаси нотўғри
7. Умумий жарроҳлик инфекцияларига қайси касалликлар киради?
- а) карбункул, сепсис, гангрена
 - б) сепсис, фурункул, ангина
 - в) экзема, гангрена, қоқшол
 - г) ҳаммаси нотўғри
8. Ўчоқли жарроҳлик инфекцияларига қайси касалликлар киради?
- а) фурункул, сепсис, қоқшол, флегмона
 - б) карбункул, флегмона, фурункул, абсцесс
 - в) сепсис, абсцесс, қоқшол, флегмона
 - г) ҳаммаси тўғри
9. Анаэроб инфекцияларига қайси касалликлар киради?
- а) қоқшол, газли гангрена
 - б) сепсис, қоқшол
 - в) газли гангрена, фурункул

г) фурункул, қоқшол

МАВЗУ 11. КУЙИШЛАР, СОВУҚ ОЛДИРИШЛАР ВА ЭЛЕКТР ТОКИДАН ШИКАСТЛАНИШ.

РЕЖА:

1. Куйиш тушунчаси ва болаларда куйиш сабаблари.
2. Куйиш турлари.
3. Куйиш касаллиги.
4. Нурдан куйиш хусусиятлари.
5. Куйганда 1-тиббий ёрдам.
6. Куйганларни даволаш.
7. Совуқ олдириш.
8. Организмнинг умумий музлаши.
9. Электр токидан шикастланиш.

Таянч сўзлари: термик куйиш, нурдан куйиш, куйиш шоки, плазма йўқотиш, токсемия, септикотоксемия.

Куйиш тушунчаси.

Куйиш тўқималарни термик, кимёвий, электрик ёки радиация нурлари таъсири натижасида зарарланиш ҳисобланади. Куйиш таснифи –

А.А. Вишневский бўйича:

I даража – тери қизариши.

II даража – пуфакчалар ҳосил бўлади.

III А даража – некроз чегараси терининг мальпигий қавати соҳасидан ўтади. Бу қават тўлиқ ёки қисман зарарланади.

III Б - терининг ҳамма қавати некрозга учрайди.

IV тери некрози ва ундан чуқур жойлашган тўқималар ҳам зарарланади. (мускул, суяк).

Болаларда куйиш сабаблари кўпинча иссиқ, қайнаган суюқликлар ҳисобланади. (иссиқ овқат, иссиқ чой). Кам ҳолларда олов яна кам ҳолларда эса кимёвий моддалардан куйиш кузатилади. Куйиш кўпроқ мактабгача бўлган ёшдаги болаларда кузатилади, бу даврда улар жуда ҳаракатчан бўладилар. Бу вақтда кўпроқ тананинг пастки қисмлари, асосан оёқлар қуяди. Катталардан фарқи болаларда куйиш оғирроқ кечади. Тананинг 1/3 қисмининг куйиши ҳам бола учун хавфли ҳисобланади.

Куйиш турлари.

1. Термик куйиш - тўқималарга юқори даражали ҳароратни таъсири натижаси.

2. Офтобдан куйиш - ҳатдан ташқари узоқ вақт офтобда тобланишдан (инсоляция) келиб чиқади.

I даража эритема

II даража пуфакчалар бир неча соат ичида ривожланади.

3. Кимёвий куйиш – тери ва шиллиқ қаватларга кучли кислотали, ишқор, баъзи бир оғир металл тузлари, заҳарли моддалар, фосфор ва бошқа моддаларнинг таъсир қилиш оқибатида келиб чиқади. Зарар-ланиш даражаси таъсир этувчи агрессив агентнинг заҳарли хусуси-ятига, концентрациясига, экспозициясига (таъсир қилиш вақти) боғ-лиқ. Енгил куйишда фақатгина маҳаллий яллиғланиш белгилари кў-ринса, оғир ҳолларда турли чуқурликдаги некроз кузатилади.

4. Электр ва яшиндан куйиш. I- даражада тери капиллярлари кенгайиб, ундаги плазма атрофи тўқимага чиқади. Терининг шу жойида кизариш, бироз шиш ва ачишиш аломатлари сезилади. Бу белгилар 2-4 кун давомида йўқолиб кетади. Куйган жойда эпидермис кўчиб, янгиланади.

II даража тўқимага оқиб ўтган плазма тери эпидермисини бошқа қаватларда ажралиб, пуфак ҳосил бўлади. Пуфак туби бўлиб, маль-пигий қават ҳисобланади. Бу пуфаклар куйишнинг 1-соатида ёки кун-ларида ҳосил бўлади. Секин-аста пуфакча суюқлиги сўрила бошлайди ёки улар ёрилиб очик яра пайдо бўлади. Асоратсиз кечганда 2- даражали куйиш чандик қолдирмасдан битиб кетади.

III даражали куйишнинг 1-кунларида 3-А ва 3-Б даражани фарқ-лаш кийин бўлади. Иккала ҳолда ҳам терининг зарарланган соҳасида жигар рангли ёки кулранг қатқалоқ струп пайдо бўлади. 3-А ва 3-Б фарқи уларнинг регенерациясида.

3-А оролчали эпителизация кузатилади, жароҳат деффе́кти чандик ҳосил қилмасдан битади, лекин баъзи жойларда грануляцион тўқима ҳосил бўлган жойларда чандик кузатилади.

3-Б жароҳат деффе́кти грануляцион тўқима ўсиш ва чандикланиш билан битади.

IV даража кўпроқ бошнинг сочли қисмида, қўл-оёқ қафтларида, бол-дирнинг олди қисмида учрайди.

Севитт бўйича куйишда икки хил некроз кузатилади. Бирламчи - тўқимага юқори температура таъсир қилиниши билан юзага келади. Иккиламчи бир неча кун давомида юзага келади, бунинг сабаби куй-ган жойни озиқланишини бузилиши. Баъзан учламчи некроз ҳам ку-затилади. Куйиш қатқолиғи кўчгандан кейин, шу жойда нейротрофик бузилиш келиб чиқади.

Куйиш юзасини аниқлаш.

Куйишжароҳатнинг енгил даражаси фақат куйиш чуқурлигига эмас, яна куйиш юзасининг майдонига ҳам боғлиқ. Шунинг учун ҳар қандай куйишнинг майдони умумий тана юзасига нисбатан фоиз муносабат-да ҳисобланиб чиқилади.

1. Кафт орқали ўлчаш – (кафт майдони ҳамма тери юзасининг 1-1.2 % ни ташкил қилади). Бу усулдан оддий ва осон, фақат чегараланган зарарланишда фойдаланилади.

2. Тўққизлар системаси. Бу усулда –

бош ва бўйин юзаси 9%

қўллар юзаси 9%

оёқлар юзаси 18%

тананинг олд ва орқа юзаси 18%

оралиқ ва жинсий аъзолар юзаси 1%

Бу усулдан умумий зарарланишда фойдаланилади.

Тананинг кўп қисми куйганда ва чуқур куйишларда ички аъзоларнинг ҳар хил функционал бузилишлари келиб чиқади. Шунинг учун ҳам бу ҳолат – куйиш касаллиги термини остига киритилган.

Терининг тотал некроз майдони куйиш касаллиги кечиши характери белгилаб беради. Шунга кўра куйиш касаллиги куйидаги даврларга бўлинади:

1 куйиш шоки (бир неча соатдан 1,2,3 сутка)

2 ўткир токсемия (3, 10, 15 кун)

3. Сепсис (2 ҳафта)

Куйиш шоки даврлари:

1.Компенсацияланган (эректил даври) баданнинг катта соҳаси куйганида ҳам беморнинг эс-ҳуши сақланган бўлади. Улар зарарланган жойда кучли оғриқ сезадилар, қўзғалувчан бўладилар. Пульс 100-104 та минутига, нафас тезлашган, қон босими 100/60 миллиметр симоб устунига тенг.

2. Декомпенсацияланган даври-оғриқ биринчи ўринга чиқиб, беморлар чуқур апатия ҳолатида бўлиб, теварак-атрофдагиларга бефарқ муноса-батда бўлади. Чанқаш ҳиссиёти кучаяди. Тери рангпар, нам, совуқ, тана ҳарорати 35.6 градус. Пульс 120 марта минутига, қон босими 100/60 мл метр симоб устунидан паст бўлади, нафас юзаки бўлади.

Куйганда плазманинг йўқолиши – токсемия захарланиш даври.

Бу ҳолат куйганда биринчи бошланғич соатларида кузатилади, 2-10 кун давом этади. Куйган тўқималарнинг парчаланиши натижасида ҳосил бўлган захарли моддалар (токсин)нинг таъсиридан ҳаяжонланиш, безовталаниш, уйқусизланиш, шайтонлаш, сийдик ажралишининг камайиши, ҳароратни кўтарилиши, қайт қилиш, анемия, цианоз каби белгилар кузатилади.

Септикотоксемия даври.

Куйган юзага микроб ва токсинларни тушиши натижасида септик ҳолатни юзага келиши. Ҳарорат кўтарилади, эт увишади, уйқусизлик,

иштаҳа пасаяди, ҳаёт учун зарур аъзоларнинг функцияси бузилиши рўй беради.

Тўзалиш даври.

Заҳарланиш белгилари аста-секин йўқолиб бетоб аҳволи яхшиланиб боради. Куйган юза бита бошлайди, тана ҳарорати нормаллашади, уму-мий аҳволи яхшиланади, перефирик қон кўрсаткичлари нормаллашади. Куйиш касаллигини бошидан кечирганларда иммун антителолари ҳосил бўлади. Бундай донор қонини бетобга куйганда куйиш касаллигини кечиши енгиллашади.

Нурланиш таъсирида куйиш – инсонга ионловчи нурларнинг таъсир этишида вужудга келиб, ўзига хос бўлган баъзи бир хусусиятлар билан характераланади (яширин даври бўлиши, кучли оғриқ бўлиши, тўқималарни заҳарланиши ва секин кечиши). Нурдан куйиш кўпинча инсон танасининг маълум бир қисмига юқори дозадаги нурланишни таъсир этиши натижасида вужудга келади. Бундай куйишлар узоқ вақт рентген билан даволаш натижасида, РМ билан ишлашда эҳтиёт чораларни кўрмаслик натижасида, онкологик беморларни даволашда кузатилади. Бунда нурланиш дозаси 1000-1500Р ва ундан юқори бўлади. Бундай доза тананинг ҳаммасига таъсир қилса ўткир нурланиш касаллиги оқибатида куйиш белгилари пайдо бўлмасдан бемор ўлимига сабаб бўлади.

Нурдан куйишдан термик куйишларга ўхшаб зарарланиш чуқурлигига қараб 4 даражага бўлинади:

I даража эритема, II даража пуфаклар, терининг тотал зарарланиши, IV даража тери ости қавати, мушаклар ва ички органларнинг зарарланиши. Термик куйишлардан клиник симптомлар куйган вақтда пайдо бўлса, нурдан куйишда белгилар даврийлиги, фазалиги билан фарқланади.

Нурдан куйишда 4 та давр фарқланади:

1-давр- дастлабки маҳаллий реакция (эритема)

2-давр- яширин

3-давр- касалликнинг ривожланиши.

4-давр- тикланиш

Даврларнинг давомлилиги ва зарарланиш чуқурлиги ионловчи нурланишнинг дозасига боғлиқ. 1 – даврда бемор терини қичиши, гиперемия (қизариш) пайдо бўлишига шикоят қилади. Нурланиш дозаси камроқ бўлса бу белгилар бўлмаслиги мумкин. 2-даврда нурланиш зонасидапатологик ўзгаришлар содир бўлмайди. Баъзан дастлабки эритемадан қолган пигментация бўлиши мумкин. Бу даврнинг давомлилиги нурланиш дозасига боғ-лиқ: нурланиш дозаси қанча юқори бўлса, яширин давр шунча қисқа, зарар-ланиш чуқур бўлади. Агар яширин давр 3-4 сутка давом этса, нурланиш дозаси юқори бўлиб, кейинчалик нурланган зонада некроз вужудга келади (3-4 даражали куйиш). Агар яшириш давр 7-10 кун давом этса пуфаклар бўлади (II даражали куйиш),

агар 20 сутка давом этса, эритема ҳосил бўлади (I даража куйиш). 3-даврда терида куйишнинг белгилари пайдо бўла бошлайди, зарарланиш чуқурлиги нурланиш дозаси ва яширин даврнинг давомийлигига боғлиқ бўлади.

Шундай қилиб, яширин даврнинг давомийлиги ва клиник белгилари нафақат куйишнинг оғир – енгиллигини, шунингдек нурланиш дозасини ҳам кўрсатади. Бу пайдо бўлган нарса нурланиш характери (гамма нурлар) ва организмнинг шахсий хусусиятлари муҳим аҳамиятга эга. Одатда 3-4 даражали куйиш маҳаллий нурланиш дозаси 1000-4000 Р бўлганда ва яширин давр 1-3 сутка давом этганда вужудга келади.

4-даврданекротик тўқималарнинг кўчиши ва регенерация жараёни кузатилади. Чуқур куйишларда бу давр жуда узоқ давом этади. Ҳужайраларнинг тикланиш жараёнини битиши жуда секинлик билан кечиб, чандиклар ҳосил бўлишига ва жароҳатларни узоқ вақт ёпилмаслигига сабаб бўлади.

Куйганда биринчи тиббий ёрдам.

Умумий ва маҳаллий чоралардан иборат. Маҳаллий чоралар – куйган юзага қуруқ асептик боғлам қўйилади, ёпишиб қолган тўқималарни олиб ташланмайди. Акс ҳолда пуфаклар ёрилиб, инфекция тушиши ва оғриқ кучайиши мумкин. Шу мақсадда куйишга қарши махсус стандарт боғламлар ишлатилади. Катта куйишларда транспорт тахтакачлари қўйилади, оғриқ-ни қолдириш учун наркотиклар берилади. Танасининг кўп қисми куйган кишини тоза, иложи бўлса стерил чойшаб билан ўраб, устидан иссиқ қилиб кўрпа ёпиб қўйилади.

Кислота ва ишқорлар билан куйган вақтда кимёвий моддаларни теридан совуқ сув оқими ёрдамида ювиб ташланади. Кислоталар таъсири ишқор ёрдамида (2% ли натрий гидрокарбонат, бўр, магний оксид кукуни, совун-ли сув); ишқорлар таъсири кислоталар ёрдамида (1-2% сирка ёки лимон кислотаси) нейтралланади.

Умумий чоралар.

Куйганларни даволаш муассасасига транспортировка қилиш муҳим аҳамиятга эга. Катта ва оғир куйишларда транспортировка олди-дан, транспортировка вақтида шокка қарши чоралар кўриш муҳим роль ўйнайди. Шу мақсадда оғриқни қолдирувчи препаратлар (промедол, омнопон, морфин, анальгин), антигистамин дорилар (димидрол, супрастин) берилади. Иложи бўлса уларни вена орқали юборилгани маъқул, чунки шокда уларни тери орқали сўрилиши секин боради. Транспортировка вақтида (агар у 1 соатдан ортиқ давом этса) вена ичига 800-1200 мл миқдорда плазма ўрнини босувчи электролит эритмалари (полиглюкин, желатиноль, реополи-глюкин, полифер, реоглюман, «Дисоль», «Трисоль»), юборилади. Шокка қарши иссиқ чой, кофе ҳамда ишқорий

минерал сувлар бериш тавсия этилади. Куйганларни ётган ҳолатда транспортировка қилинади.

Куйганларни даволаш.

Асосан куйганлар касалхоналарда даволанади. Даволаш умумий ва маҳаллий чора тадбирлардан иборат. Умумий чоралар – шокка, сувсизланишга, интоксикацияга, сепсисга, камқонлилиikka қарши курашдан иборат. Куйган одам кўп миқдорда суюқлик олиши керак (суткасига 4-5 литр). Бу иссиқ ширин чой кўринишида ва тери остига, вена орасига юбориш билан ёки клизма кўринишида амалга оширилади. Оксил витаминларга бой овқат-лар истеъмол қилиниши керак. Бунда узоқ ётиши сабабли ҳосил бўладиган ярани олдини олиш керак. Ҳамма куйганларга қоқшолга қарши зардоб ва анатоксин юборилади.

Маҳаллий даволаш – очик ва ёпиқ усулда олиб борилади. Очик усул беморни махсус каркасга ётқизилади. Каркасга ҳаво ҳароратини бироз кўтариш ва намлигини камайтириш мақсадида лампочкалар ўрнатилади. Бундай ҳолатда куйган юзага қатқалоқ (струп) ҳосил бўлиши тезлашиб, куйган юзани кузатиб боришга имкон туғилади.

Бу усул камчиликлардан ҳоли эмас: оғир куйганларни парвариш қилишда қийинчилик, чойшабларни кўп кетиши, ҳаво ҳарорати ва намлигини назорат қила олмаслик, оқибатда беморларнинг исиб кетиши ёки совуқда қолиши, инфекциянинг тарқалишига сабаб бўлади. Шунинг учун бу усулдан юз, оралик, жинсий аъзолар куйганда фойдаланиш мумкин. Бундай ҳолларда куйган юзага 3-4 марта антисептикли мазлар (фурацилин, суль-фамилон), антибиотикли мазлар (синтомицин) суртилади. Калий перман-ганатнинг 1:5000 ли эритмаси билан 3-4 марта ювилади. Бундай даволаш натижасида тўқ рангли қатқалоқ (струп) ҳосил бўлиб, унинг остида янги ҳужайра (эпителизация) кўринади.

Ёпиқ усул – кенг тарқалган усул, яъни боғлам қўйиш билан даволаш. Боғлам таркибига кирувчи дори препаратлари куйган жойнинг битиши ва натижасига унчалик таъсир кўрсатмайди. Эпителизация 6-12 кунда р ўй беради. Бу усулнинг асосий мақсади куйган юзага иккиламчи инфекция тушишини олдини олишдир. Бунинг учун бактерицид ва қисман оғриқни қолдириш хусусиятига эга бўлган суртма дорилар (мазлар) ишлатилади. (5-10 % ли синтомицин эмульсияси, 0.5% ли фурацилин мази, 10 % ли анес-тезин). Бу боғламлар куйган жойни дастлабки туалетидан кейин 6-8 суткага қўйилади (агар йиринглаш белгилари бўлмаса) кейин яна шу вақтга янгиси билан алмаштирилади. Қайта боғламлар камроқ бўлгани маъқул.

3 А даражадаги йирингли – демаркацион яллиғланиш кузатилади. Бошланғич даврида даволашнинг асосий мақсади - қуруқ қатқалоқни ҳосил қилиш. Бунинг учун қуритувчи антисептик боғламлар қўйилади. (0.2 % ли фурацилин, 3% ли бор кислотаси, 0.5 %ли кумуш нитрат эритмаси). Бундай

боғламлар кун ора алмаштирилади, агар йирингли процесс кучли бўлса, ҳар куни алмаштирилади. Қатқалоқ тушиб, эпителизация бошлангач, ёғ-бальзамли боғлам (Вишневский мази) қўйилади. Бундай куйишлар 4-6 ҳафтада битади.

3 Б даражада консерватив даволаш – куйган жароҳатни операцияга тайёрлаш деб тушунилади (тери кўчириб ўтказиш). Бундай операция 3та этапда ўтказилади:

1. Некротомия - қатқалоқни кўчириш (рассечение)
2. Некроэктомия - қатқалоқни олиб ташлаш (удаление)
3. Тери пластикаси.

Совуқ олдириш.

Паст ҳарорат таъсирида тўқималарнинг чегараланган шикастланиши со-вуқ олдириш дейилади. Совуқ олдиришнинг асосий сабаби паст ҳарорат-ни тана тўқималарига узоқ вақт таъсир этишидир. Лекин совуқ олдириш-нинг ривожланишига ва совуқнинг таъсирини кучайишига бир қатор омил-лар таъсир кўрсатади. Метерологик факторлардан бўлган намлик совуқ олдиришнинг ривожланишида муҳим роль ўйнайди. Ҳатто +2⁰С ва +5⁰С ҳароратда, юқори даражадаги намлик бўлган олатд оёқ бармоқларини совуқ олдириш мумкин.

Бошқа иқлим омилларидан шамол кучли совуқ олдиришни ривожланишига таъсир қилади. Совуқ олдиришда организмнинг шахсий мослашиши – адаптация имкониятини аҳамияти катта, шу сабаб шимолда яшовчи аҳоли ичида совуқ олдириш кам учрайди. Ушбу жараёнда организмнинг умумий қаршилиқ кўрсата олиш кучи ҳам аҳамиятли. Беморнинг ҳа-ракатсизлиги, эс-хушини хиралашиши, турли экстремал ҳолатлар (оғир шикастланиш, жароҳатланиш), юрак ва томирларнинг сурункали касалликлари совуқ олдиришни ҳосил бўлишида ва унинг кечишини оғирлаштиришга сабаб бўлади.

Паст ҳарорат ва юқори намлик шароитида жисмоний чарчаш (узоқ вақт пиёда ёки чанғида юриш), организм энергетик сарфини кучайиши ҳам совуқ олдириш ёки музлашга олиб келади. Кўпинча совуқ олдиришни сабаб-лари ичида мастликни алоҳида ўрни бор. Алькогол тери томирларини кен-гайтириб, тер ажралишини кучайтиради, натижада иссиқлик йўқотиш ортиб, совуқ олдиришга имконият яратилади. Мушакларнинг бўшаши ёки оёқ - қўлларнинг максимал даражада букилиб туриши ҳам совуқ олдиришга олиб келиши мумкин.

Совуқ олдириш даврлари ва зарарланиш чуқурлиги.

Совуқ олдиришнинг иккита даври фарқланади: реактивгача бўлган даври ва реактив даври. Реактивгача бўлган давр бир неча соатдан 1 суткагача давом этади. Бу даврда совуқ олган тери ҳар хил рангда бўлиши мумкин. Кўпинча у рангсиз, баъзан кўкимтир, ушлаб кўрганда совуқ, зарарланиш даражасига қараб, сезувчанлиги қисман бўлиши, ёки умуман

бўлмаслиги мумкин. Совуқ олдирилган жойда дастлабки соатларда қизиш ва парестезия бўлади (сезувчанликни йўқолиши).

Совуқ олиш жараёни ривожлангани сари уни қизиши зўраяди. Реактивгача бўлган давр атрофидаги ҳарорат меъёрлангач, ривожланиш тугайди. Иситиш бошланиши билан реактив давр бошланади. Бу даврда совуқ олган юза қизий бошлайди, тери қизаради, санчик кузатилади, оғриқ пайдо бўлади. Терининг совуқ олган қисми турли рангга киради (кучли гиперемиядан мармар кўринишигача), шиш ривожланади. Тўқималарнинг шиши ва ранги совуқ олдиришнинг чуқурлигини характерламайди.

Совуқ олдириш тўртта даражада кечади: I даража, совуқни қиска вақт таъсир этиши натижасида вужудга келади. Тўқималар гипотермияси сезиларли даражада бўлмайди. Терининг рангсизланиши иситилгач, терининг қизариши (гиперемия) билан алмашинади. Баъзан тери кўкимтир ёки мармар рангга бўлади. Иситилгач сезувчанлик тикланади. Бармоқлардаги ҳаракат актив бўлади. Кўпинча совуқ олган бадан қисми ҳарорати тананинг бошқа соҳаларига қараганда юқорироқ бўлади. II даража тиник суюқлик билан тўлган пуфакларнинг ҳосил бўлиши билан характерланади. Агар дастлабки суткаларда пуфаклар пайдо бўлмаса, совуқ олган тери ранг-сизланиб, иситилгач қизаради, кўкимтир тусга киради. 2-3 суткаларда пай-до бўлиши мумкин. Ёрилган пуфакларнинг тубида фибрин билан қолган сўрғичсимон эпителийни кўриш мумкин. Бундай тери оғриқ ва ҳарорат таъ-сирига сезувчан бўлади. Терининг ўсувчи қавати шикастланмагани учун тери 1-2 ҳафтада тўлиқ тикланади. Тирноқлар узилиб тушади, лекин қайта-дан ўсиб чиқади.

1-2 даражали совуқ олдириш юзаки жароҳат ҳисобланади. III даражали совуқ олдириш паст ҳароратнинг давомли таъсир этиши натижасида рўй беради. Бунда пуфаклар эрта пайдо бўлиб, қон аралаш суюқлик билан тўлган бўлади. Агар пуфаклар пайдо бўлмаса, реактив даврда терининг совуқ олган қисми тўққизил-кўкимтир тусга кириб, ушлаб кўрилганда со-вуқ бўлади. (1-2 даражалидан фарқли равишда).

Тўқималарни ўлиш соҳаси тери ости клетчаткасидан бошланади. Терининг мустақил равишда тикланиши мумкин эмас. Катқалоқ кўчиб чиққандан кейин грапуляция бошланади, лекин тери кўчириб ўтказилмаса, кўшувчи тўқимадан иборат чандиқ ҳосил бўлади. Тирноқлар регенерацияси вужудга келмайди. Терининг шикастланган қисмларида механик ва термик таъсирларга нисбатан сезувчанлик йўқолади.

IV даража совуқ олдириш-совуқни узоқ вақт таъсир этиши натижасида вужудга келади. Кўпинча 2-3 даражалар билан биргаликда кузатилади. IV даражада совуқдан зарарланишда жароҳат чуқурлиги суяк ва бўғимларгача етиб боради. Совуқ олган жой кўкимтир, ушлаб кўрилганда совуқ бўлади. Шиш 1-2 соатлардан кейин бошланади. Шиш одатда юқорига кўтарилиб боради, нам гангрена вужудга келади. 3-4 даражали совуқ олдиришлар чуқур жароҳат ҳисобланади.

Совуқ олдиришда биринчи тиббий ёрдам – асосан реактивгача бўлган даврда ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам кўринишида кўрсатилади:

1. Хонага олиб кириш, пойафзал, пайпоқ ва қўлпайпоқлар ечилади.

2. Беморнинг оёқ ва қўли 17-18⁰С ли сув тўлдирилган ваннага солиниб, 1 соат давомида сувнинг ҳаратини аста-секин 36⁰С гача кўарилади ва уқаланади.

1. Иссиқ ичимлик ичирилиб, ўаб ётқизиб қўилади.

Организмнинг умумий музлаши бутун танага паст ҳароратни узоқ вақт таъсир этиш натижасида вужудга келади. Умумий музлаш юрак ва нафас, ҳётий зарур органларнинг фаолиятини кескин бузилиши, тана ҳароратини 30-32⁰С дан пасайиши билан характерланади. Совуқ таъсирида организмни бошқариш бузилади: тана ҳарорати 33⁰С гача тушиб кетади, гипоксия ҳолати рўй беради, натижада бош миянинг функцияси сусайиб, ҳушдан кетиш рўй беради, артериал қон босими тушиб кетади, нафас кескин бузилади, сохта ўлим (мнимая смерть) белгилари вужудга келади. Тана ҳароратининг пасайиб бориши яна ҳам оғириб бўлмайдиган ўзгаришларга олиб келади.

Биринчи тиббий ёрдам, музлаган кишини секин-аста, эҳтиётлик билан иситилади. Уни илиқ ваннага (17⁰С) тушириш ва сувнинг ҳароратини секинлик билан 40⁰С гача кўтариш керак. Эҳтиётлик билан оёқ-қўлларни уқалаш тавсия этилади. Юрак препаратлари берилиб, сунъий нафас олдирилади.

Электр токидан шикастланиш.

Одам организмида электр токи ўтган вақтда содир бўладиган шикастланишлар, механик ва кимёвий куйиш каби турларга бўлинади. Электр токи билан шикастланишда қуйидаги омиллар роль ўйнайди;

- ҳаво, пойафзал, кийим ва одамга тегиб турган жисмларнинг намлиги;
- тери қаватларининг электр токига бўлган қаршлигини камайиши;
- организмнинг қонсизланиши, исиб кетиши, чарчаш, турли касалликлар оқибатида қаршилиқ кўрсатиш кучининг сусайиши;
- ёши.

Организм барча орган тўқималари электр токидан шикастланиши мумкин. Лекин ток кўпроқ токнинг кириш ва чиқиш йўли ўртасидаги соҳаларни зарарлайди – «ток белгилари». Тўқималардаги бу ўзгаришлар оддий куйишлардан фарқ қилади - тўқималарнинг зарарланиши чуқурроқ, йирингли процессларнинг вужудга келиши камроқ, куйиш соҳаларида чандиқларнинг бўлмаслиги, кўзга кўринган маҳаллий ўзгаришлар билан орган ва тўқималарнинг электрда шикастланиш аломатларининг мутаносиблигини йўқлиги, нерв рецепторларининг зарарланиши туфайли оғриқнинг сезиларли бўлишидир.

Электр токидан енгил шикастланган вақтда скелет мушакларининг кучли титраб қисқариши, бош оғриши, бош айланиши, кўкракда оғрик, умумий дармонсизлик, ҳаллослаш кузатилади. Оғир ҳолларда юқоридаги симптомлардан ташқари ҳушдан кетиш рўй беради. Бир вақтнинг ўзида кучли ҳаяжонланиш, ретроград амнезия, сезувчанлик, кўриш, эшитиш, ҳид билиш қобилиятларининг бузилиши, турли патологик рефлексларнинг пайдо бўлиши, калла суяги ички босимнинг кўтарилиши кузатилади. Пульс секинлашади, юрак товушлари суст эшитилади, титратувчи аритмия вужудга келади.

Юракнинг тўхташи электр токининг адашган нервга ва марказига тўғ-ридан-тўғри таъсир этиши натижасида, ҳамда нафас тўхтаб, кислород етиш-мовчилиги натижасида рўй беради. Электр токининг тўғридан-тўғри нафас марказига ва нафас мушакларига таъсир этиши натижасида бўғилиш рўй бериб, нафас тўхтайди.

Қон томирларида ҳам хавфли ўзгаришлар рўй беради : қон томир дево-рига қон қуйилади, деворнинг мускул толалари буралиб, узилади. Қон то-мирларда тромбоз вужудга келади, бу эсанафақат тўқималарнинг зарарла-ниш зонасини кенгайтиради, балки кейинроқ бўладиган қон кетишларни вужудга келтиради. Шундай қилиб, электртокида шикастланганда бўладиган оғир, баъзан ўлимга олиб келадиган ҳолатлар қуйидаги сабаблар натижасида бўлади:

- юракнинг биринчи фалажланиши (оқ асфиксия)
- нафаснинг бирламчи фалажланиши (кўк асфиксия)
- мия шиши
- «сохта ўлим» белгиларини ривожланиши, яъни функцияларни кескин бузилиши ёки сусайиши, ҳаёт белгиларини йўқолиши.

Электр токидан шикастланишда **биринчи тиббий ёрдам.**

Дастлаб элект токининг таъсирини тўхтатиш, бунда ёрдам кўрсатувчи ўзининг хавфсизлигини таъминловчи элементар қоидаларга риоя қилиши керак: токни ўчириш, сақлагичларни бураб олиш, ток берувчи симларни узиш, қўлга резина қўлқоп, оёққа резина этик кийиш қўлни қуруқ газлама билан ўраб олиш, оёқ тагига қуруқ нарсаси солиш керак.

Ток урган кишига тезда тиббий ёрдам кўрсатиш керак. Тиббий ёрдам-нинг ҳажми шикастланганнинг ҳолати ва шикастланиш характериға боғлиқ. Шикастланган кишини текис ва қуруқ жойга ётқизилади (ҳушида бўлса ҳам, ҳушсиз бўлса ҳам). Танани ерга қўмиш умуман мумкин эмас, чунки тана совиб, кўкрак қафаси эзилиб, сунъий нафас олдириш қийинлашади. Токни узиб қўйилгач, тезда сунъий нафас олдириш ва юракни ёпиқ массаж қилиш керак. Сунъий нафасни «оғиздан-оғизга» , «оғиздан –бурунга» яхши натижа беради.

Юрак ва нафас фаолиятини яхшилаш учун амилнитрат, нашатир спир-ти хидлатилади, кофеин, корdiamин, эфедрин юборилади. Куйган жойларга (ток белгилари) асептик боғлам қўйилади. Ётган ҳолатда эҳтиётлик билан касалхонага кузатувчи биргалигида жўнатилади, чунки, юрак ва на-фас фаолиятларининг бузилишлари такрорланишлари мумкин. Касалхонада кўрсатиладиган тиббий ёрдам юрак ва нафас фаолиятини яхшилашга қаратилади. Сунъий нафас аппарати усули билан амалга оширилади. Юрак фибрилляциясини йўқотиш учун юрак ичига 1-3 мл адреналин ёки норадреналин, 5% ли кальций хлор 40% ли глюкоза билан бирга юборилади. Электр токидан шикастланганларни ҳеч қандай шикаятлари бўлмаса ҳам узоқ вақт кузатилаб турилади.

Беморда кучли ҳаяжонланиш рўй берганда мускул орасига нейропле-гик аралашмалар юборилади (2% ли аминазин эритмаси, димедрол, пи-польфен, промедол), вена орасига секинлик билан миорелаксантлар (дити-лин, листепон) юборилади, хлорал гидратнинг 3% ли эритмаси 30-40 мл миқдорида клизма қилинади. Кейинчалик мумкин бўлган қон кетишларнинг олдини олиш мақсадида резина жгут, операцияда ишлатиладиган асбоб-ларни, қон қуйиш системаларини тайёрлаб қўйилади.

ТЕСТЛАР:

1. Куйишнинг оғир-енгиллиги нимага боғлиқ?
 - а) куйиш даражаси ва майдонига
 - б) куйган жойига
 - в) куйиш турига
 - г) хаммаси тўғри
2. II ва III даражали совуқ олишда 1-тиббий ёрдам:
 - а) қор билан ишқалаш
 - б) иссиқ ванна қабул қилиш
 - в) ишқалаш ва енгил массаж қилиш
 - г) асептик боғлам қўйиш
3. Электр токидан шикастланишда 1-тиббий ёрдам:
 - а) электр симини электр тармоғидан олиб ташлаш, қўлни материал билан ўраб, резина этик ёки калиш кийиб, ёғоч тахтага турилади, сунъий нафас олдириб, юракни ёпиқ массаж қилиш
 - б) ерга кўмиб қўйиш
 - в) кийимни ечиб, жароҳатга асептик боғлам қўйиш
 - г) кийимни ечиб, ухлатувчи воситалар қилинади.

САВОЛЛАР:

1. Куйишнинг қандай турлари ва даражалари мавжуд?
2. Куйиш майдони қандай аниқланилади?
3. Куйиш касаллиги қандай намоён бўлади?

4. Куйишда қандай 1-ёрдам кўрсатилади?
5. Совуқ уриши, унинг белгилари ва 1-ёрдам қандай кўрсатилади?
6. Электр токи билан шикастланганда 1-ёрдам кўрсатишнинг усуллари қандай?

МАВЗУ 12. СУЯКЛАРНИНГ СИНИШИ.

РЕЖА:

1. Синишнинг турлари ва аломатлари.
2. Синишларда биринчи тиббий ёрдам.
3. Суяклар синишини даволаш.
4. Болаларда суякларнинг синиши ва уларни даволаш хусусиятлари.

Таянч сузлари: синишлар – травматик, патологик, очик ва ёпик синишлар суяклар деформацияси, синиш шоки, остеомиелит, ёгли эмболия, иммобилизация, тахтакач, репозиция, гипс.

Синишнинг турлари ва аломатлари.

Ташки механик таъсир натижасида суяклар бутунлигининг бузилишига – суякларнинг синиши дейилади. Синишлар травматик (шикастланиш натижасида) ва патологик усмаси натижасида булади. Деярли ҳар бир синиш мускулларни, нерв стволларини, қон томирларини ва купинча ички органларни зарарланиши билан кечади.

Синишларнинг турлари:

1. Синиш текислигини суякнинг узунлик укига бўлган йуналишига қараб, синишлар булади.
 - а) Кундалангига синиш, кийшик синиш, винтсимон синиш, узунасига, булакли (майдаланиб)
2. Жойлашган жойига қура:
 - а) Эпифизар синиш – синиш чизигисуякнинг эпифиз қисмидан утган бўлиб, бундай синишнинг битиши кийин булади. Эпифизар синиш бугим чиқиши билан кечади(синиб-чиқиш).Синиш чизиги бугим ичидан утганлиги сабабли битиши кийин булади.
 - б) Метафизар синиш- синиш чизиги суякнинг говаксимон қисмидан утган булади.Марказий ва периферик булакнинг силжиши билан кечади.
 - с) Диафизар синиш – синиш чизиги диафиз соҳасидан утган булади.
3. Синишлар тулик ва туликмас бўлиши мумкин.

а) Агар синиш чизиги бутун суяк буйлаб ўтган бўлса, тўлиқ синиш дейилади.

б) Агар суякнинг фақат бир қисми зарарланиб, бўлақлар силжимаса, тўлиқмас синиш дейилади.

Суяклар синишининг қайси тури булишидан катъий назар, уларни 2та катта турга буламиз: очик ва ёпик синишлар. Агар суяклар синиши тери бутунлигини бузилиши билан бирга руй берса, бундай синиш очик синиш дейилади. Агар тери бутунлиги бузилмаса, унга ёпик синиш дейилади.

Бундан ташқари синишлар булақлари ажраган ва ажрамаган синишларга булинади. Баъзан синган булақларни нг иккиламчи ажраб кетиши кузатилади. Бунинг асосий сабаби шикастланганларни нотугри транспортировка қилишдир.

Синишнинг аломатлари:

1. Махаллий белгилар – огрик, суяк булақларининг силжиши хисобига шу сохада деформация кузатилади. Соғлом томон билан зарарланган соха солиштирилганда бу белги аниқ куринади. Зарарланган соха функциясини бузилиши синган сохада ҳаракат. яъни патологик ҳаракатни пайдо булиши кузатилади. Синган сохани соғлом сохага нисбатан калталаниши, синган соха пайпаслаб қурилганда шу сохада гирчиллаш (крепитация) эшитилади.

2. Умумий белгилар – кучли огрик хисобига шок белгилари ривожланиши мумкин, жароҳатланган туқимада ҳосил бўлган захарли моддалар кога сурилиб, буйрак функциясининг бузулиши, тана ҳароратининг кутарилиши кузатилади. Рентгенологик белгиларига қура ташхис қўйилади.

Синишнинг асоратлари.

1. Суяк булақларининг нерв толаларини зарарлаши натижасида шок ва фалажланиш ривожланади.

2. Суяк булақлари қон томирларини зарарлаб, ташқи қон кетиш, туқима ичи қон қуйилиши, анемия ривожланиши мумкин.

3. Синган сохада инфекция қушилиб, шу сохада флегмона, остеомиелит, сепсис ривожланиши мумкин.

4. Ҳаёт учун зарур органларни зарарланиши (мия, упка, жигар).

5. Ёгли эмболия.

Синишларда биринчи тиббий ёрдам.

Синишларда биринчи тиббий ёрдам курсатишдан мақсад:

- шикастланиш натижасида руй бериш мумкин бўлган огир ҳолатларнинг олдини олиш (шикастланиш шоки, йирик қон томирлари ва нервларни, юмшоқ туқималарни зарарланиши);

- очик синишларда жароҳатга иккиламчи инфекция тушиш олдини олиш, қон кетиши олдини олиш;

- суякнинг синган булакларини бири-бирига нисбатан меъёрида туриши ва тинч туришини таъминлаш;

Ёпик синишларда ҳаёт учун хавфли қон кетиш ва жароҳат инфекцияси каби ҳолатлар кам бўлади, шунинг учун биринчи тиббий ёрдам тахтакач (шина) ёки қўл остидаги воситалар ёрдамида иммобилизация қилинади. Агар ёпик синиш шикастланиш шоки билан асоратланган бўлса, оддий шокка қарши чоралар қилинади: иситиб ураб қуйиш, шприц-түбик ёрдамида наркотик моддалардан инъекция қилиш, иссик чой ичириш ва ҳ.к.

Тахтакач қуйишдаги асосий қоидалар:

1. Тахтакач қуйилаётган жойга мос қилиб, 2 та бугимни камраб олиши керак – шикастланган жойнинг юкорисидан ва пастидан; елка ва сон суяклари синганда 3та бугимни камраб олиши керак.
2. Тахтакачлар қтарли даражада мустаҳкам, иложи борича юмшок ва уларни қуйишда қулай бўлиши керак.
3. Тахтакачни улчами соғ томондан ёки ёрдам курсатувчининг улчами бўйича, ёки синган сохани сантиметрли лента ёрдамида улчаб олинади.
4. Тахтакачлар қийим устидан оёқ–қийим устидан қуйилади, суяклар туртиб қиккан жойларга, ботмаслиги учун пахта қуйилади.
5. Тахтакачни маҳкамлаш юмшок бинтлар ёрдамида чеккадан марказга қараб, эҳтиётлик билан қилинади.
6. Тахтакач қуйиб бўлингач, шикастланганни ураб қуйиш керак.
7. Тахтакачлар функционал жихатдан қулай ҳолатда қуйилади (қулар учун – елка бугимидан ёйилган ва тирсак бугимидан 90° бўқилган ҳолатда; оёқлар учун қанок – сон бугимида ёйилган ва тизза бугимидан бир оз бўқилган, тоқон бўқирга перпендикуляр ҳолатда).

Вактинчалик иммобилизация қилиш учун қўл остида бўлган материаллардан фойдаланиш мумкин (ёғочлар, тахталар, тунука, қулар).

Баъзан ҳеч нарса тоқмаганда, қўлларни танага, оёқларни бир – бирига бўлаб қуйиш мумкин.

Оқиқ синишларда биринчи тиббий ёрдам қурсатиш қон оқини тухатишдан бошланади, жароҳатга асептик бўғлам қуйилади ва тахтакачни жгутни бўшатиш ёки бўшқа жойга қучириш мумкин бўлиши учун.

Суяклар синишини даволаш.

1. Суяк булакларини бир – бирига нисбатан тугрилаш репозиция.
2. Суяклар битиб кетгунича уларни тугри ҳолатда ушлаб туриш – фиксация. Репозицияда суякларнинг синган булаклар бир – бирига тугри қилиб яқинлаштирилиши керак, улар уртасида диастаза бўлмаслиги керак.

Олдин яхшилаб 2% ли новокаин эритмаси билан огриксизлантирилади, мускуллар, бўшаштирилади, периферик булак марказий булакка яқинлаштирилади. Рентгенда текширилади. Репозиция 1 этапли (қул билан ёки аппарат билан) ва секин аста (тортиб қуйиш орқали).

Фиксация – репозициядан кейин маълум ҳолатда ушлаб туриш. Бу гипс боғлам, чузиш ва операция ёрдамида утказилади. Чўзиш – синишни даволашда кенг қўлланади.

Чўзишда синган булақлар ҳаракати чекланади, лекин мускуллар функцияси ва бугимда ҳаракат қисман сақланиб қолади. Шу билан у гипс боғлашдан фарқ қилади. Гипсдан афзал томони чузишда зарарланган сохада қон айланиш бузилмайди, шу соха эзилиб қолмайди. Натижада суяк қадогои ҳосил бўлиши ҳам тезлашади, атрофия, трофик яраларнинг олди олинади.

Камчилик томони – бемор ётоқ режимида бўлиши керак, беморни транспортировка қилиб бўлмайди, рентген назорати утказиб бўлмайди.

Чўзишни: 1) Лейкопластирли чузиш ва 2) суякни тортиш турлари мавжуд. Оператив давога курсатма – суякларнинг нотугри битиши сон суяги медиал синишида ёрдам курсатилмаганда, суяк булақлари ҳаёт учун зарур органларни зарарлаши мумкин бўлганда.

Даволашдаги асоратлар:

1. Булақларни нотугри репозицияси.
2. Булақлар уртасида мускул ёки фасция булагини қолиб кетиши – ёлгон бугим ҳосил бўлиши.
3. Нотугри 1-тиббий ёрдам курсатишда, транспортировкада нерв томирларининг зарарланиши.
4. Гипс боғлами сиқиб қуйилганида трофик яралар келиб чиқиши.
5. Даволаш физкультуралари утқазилмаса атрофия, контрактуралар ривожланади. Эрта ҳаракат бошланса, булақларининг қайтадан силжиб кетиши.

Бу асоратларнинг олдини олиш мақсадида уз вақтида тугри 1-тиббий ёрдам курсатиш, эрта ташхис қуйиш, даволаш кетма-кетлигини бузмаслик, репозиция, мустаҳкам фиксация керак. Даволовчи физкультура утқазиш, гипсдан кейин массаж, тикловчи машғулотларни утқазиш керак.

Беморларнинг парвариши.

Хамшира беморга нафас гимнастикасини утқазиши керак. Беморни ёнбош томонга угириб туриши, утқазиш мумкин бўлса, утқазиб туриши, ханталмалар қуйиб туриши, эзилган, қўп босиладиган жойларини камфора спирти билан массаж қилиши, балғам ажратувчи препаратларни бериши, кислород бериши, антибиотик лар бериши керак.

Оғиздаги йирингли касалликни, пневмониянинг олдини олиш учун оғизни антисептик эритмада чайиш, овқат ея олмаса, зонд орқали овқатлантириш, парэнтерал йул билан гидролизин, физиологик эритма, глюкозанинг 5% ли эритмаси қуйилади.

Болаларда суякларнинг синиши ва уларни даволаш хусусиятлари

Болалар суяги эластик бўлганлиги суяк усти пардасининг мустаҳкамлиги ва узиш зонасини бўлишлиги сабабли синишлар узига хос

бўлган хусусиятлага эга. Купинча болаларда суяк усти пардаси остида синиш (суяк усти пардаси бутун қолади), яъни «яшил новда» типдаги синиш, чала синиш, эпифизиолиз учрайди.

Чала синиш – кийшиқрок суяқларнинг диафиз соҳасида учрайди (билак ва тирсак суяқлари). Бунда суяқнинг кавариб чиққан томони синиб, ботик томони нормал ҳолатда қолади.

Эпифизиолиз – синиш чизиги узиш зонасидан ўтган бўлса, эпифизиолиз дейилади.

Даволаш.

Болаларда суяқларнинг синиши консерватив усулда даволанади. Маҳкамловчи боғламлар қўйилади. Гипс лонгетлари ёрдамида иммобилизация қилинади. Болаларнинг ёши, синган жойи ва синиш характериға кура уни даволашда қўзиш усули қўлланиши мумкин (лейкопластирли ёки суяқни тортиш).

Суяқни тортиш 5-7 ёшдан ошган болаларға, лейкопластирли қўзиш 3 ёшгача бўлган болаларға қўлланилади. Оператив даволаш бир неча марта ёпик репозиция ёрдам бермаганда қўлланилади.

Саволлар:

1. Синиш деб нимаға айтилади, унинг турлари, белгилари қандай?
2. Суяқлар синганда 1- тиббий ёрдам беришда нималарға эътибор бериш керак?
3. Тахтақач қўйишнинг асосий қоидаларини гапириб беринг.
4. Суяқлар синишини даволашдаги асосий принциплар.
5. Болаларда суяқлар синишининг асосий хусусиятлари қандай?

ТЕСТЛАР:

1. Суяқнинг ёпик синиши белгиларини кўрсатинг?
 - а) оғриқ, ҳаракатнинг чегараланиши, шиш, суяқларнинг патологик ҳаракати
 - б) оғриқ, қон кетиш
 - в) қон кетиш, суяқларнинг синган бўлақлари кўриниб туриши
 - г) оғриқ, гематома
2. Синишларда 1-тиббий ёрдам:
 - а) шокка қарши чоралар, иссиқ ванна қилиш
 - б) иситма туширувчилар бериш, горчичник қўйиш, иситувчи компресс
 - в) травматик шок, ўткир қон кетишга чоралар, тўғри иммобилизация қилиш
 - г) ҳаммаси тўғри

МАВЗУ 13. БОШ, БЎЙИН ВА УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.

РЕЖА:

1. Бош ва бош миянинг шикастланишлари.
2. Бош миянинг ёпиқ шикастланишлари.
3. Калла суяги тубини синиши.
4. Юз-жағ ва бўйин шикастланишлари.
5. Умуртқа поғонасининг шикастланиши.

Бош ва бош миянинг шикастланишлари

Бош ва бош миянинг шикастланишлари – калла суяги ва бош миянинг механик куч таъсирида шикастланишидир. Калла суяги ва бош миянинг шикастланишлари очик ва ёпиқ бўлади.

Бош миянинг ёпиқ шикастланишлари – бу калла суяги юмшоқ тўқималарининг бутунлиги сақланган ҳолда ёки юмшоқ тўқималарнинг жароҳати бўлиб, мия ичи бўшлиғининг бутунлиги сақланган ҳолда юзага келган шикастланишлардир. Клиник ва патофизиологик хусусиятларига кўра ёпиқ бош мия шикастланишлари бош миянинг чайқалишига, лат ейишига ва бош миянинг эзилишларига бўлинади.

Бош миянинг чайқалиши – енгил ва функционал жиҳатдан енгил тикланадиган шикастланишдир. Бу шикастланишлар қисқа муддатли эс-хушнинг йўқолиши, бош айланиши, кўнгил айнаш, қайд қилиш, терлаш, пульснинг тезлашиши ёки секинлашиши, нистагм, кучсиз неврологик белгилар билан намоён бўлади.

Бош миянинг лат ейиши – бош миянинг шикастланишларининг ўрта оғир даражаси бўлиб, бош мия тўқимасида қон қуйилиш ва деструкция ўчоқларининг пайдо бўлиши билан характерланади, баъзан мия асосининг дарз кетиши кузатилиши мумкин. Нисбатан узокроқ вақт эс-хушнинг йўқолиши, чуқур неврологик белгиларнинг пайдо бўлиши, фалаж ва сезувчанликнинг йўқолиши билан характерланади. Кўпинча калла суяги туби ва асосининг синиши билан биргаликда кузатилади.

Бош миянинг эзилиши – синган калла суякларининг бўлаклари ва шикастланган қон томирлардан қон кетиши оқибатида юзага келган гематома натижасида бош мия тўқималарини эзилишидир. Клиник белгилари шикастланган захоти ёки бироз вақтдан сўнг пайдо бўлади. Эс-хушнинг йўқолиши билан бир қаторда ҳаёт учун зарур функцияларнинг бузилиши билан характерланади. Пульс минутига 40-50 мартагача секинлашади, нафас нотекис, шовқинли бўлиб қолади.

Бош миянинг очик шикастланишлари – бош мия усти апоневрози бутунлигининг бузилиши ва суяклар бутунлигининг бузилиши билан давом этади. Бош миянинг очик шикастланишлари бурун ва қулоқлардан мия суюқлигининг оқиши, кўз атрофига “кўзойнаксимон” ва сўрғичсимон ўсимта соҳасига қон қуйилиши билан асоратланади. Шунингдек, бош миянинг инфицирланиши билан давом этади.

Калла суяги тубининг синиши.

Калла суяги гумбазининг маълум бир қисмига ташқи куч таъсир этиб уни бекилтиради. Натижада суяк ички пластинкаси таранглашиб, биринчи ўринда унинг синишига олиб келади. Кейинчалик суяк кўндалангига ҳамма қисми синади.

Калла суяги асосини синиши – олдинги ўрта орқа чуқурчаларни жароҳатига бўлинади, кўпроқ ўрта чуқурча зарарланади. Иккинчи ўринда олдинги ва охириги ўринда орқа чуқурча зарарланиши туради. Калла суяги ҳам зарарланиш билан кечади.

Клиника – бош мия жароҳатининг олий даражада миянинг лат ейиши ёки чайқалиши оғирлиги даражасига мия ўзаги ва бош мия жуфт нервларининг зарарланишига кўра ҳар хил бўлади. Олдинги мия чуқурчаси зарарланганда – кўз олмаси атрофи ёғ клетчаткасига қон қуйилиши, бурундан қон кетиши ёки ликёр оқиши, баъзида тери ости эмфиземаси (ҳаво тўпланиши), ҳид билиш кўрув ва кўзни ҳаракат-лантирувчи бош мия нервлари диэнцефал қисми зарарланиши билан кечади.

Мия ўрта чуқурчаси зарарланганда – синиш чизиғи чакка суягининг пирамида қисмидан ўтади. Қулоқдан қон ёки ликвор оқади. Сўрғичсимон ўсиқ соҳасида ва чакка мускулига қон қуйилади. Миянинг гипоталамо – гипофизар қисми зарарланиши белгилари ривожланади.

Орқа чуқурча жароҳати - синиқ чизиғи катта энса тешиги ва бўйинтуруқ тешикдан ўтади. Бунда узунчоқ мия зарарланиш белгилари юзага келади. Натижада қулоқ ва бурундан ликвор оқади. Бу бир неча соатдан кунгача давом этади. Баъзан бир неча ҳафта давом этиши мумкин, турғун ликворея, қаттиқ пардага инфекция тушишига сабаб бўлади ва инфекция менингит ривожланади.

Бош мия жуфт нервларининг зарарланиши.

Уларнинг функциясини бузилиши(қайтар ва қайтмас жараён)- шу нервларнинг чиқиш тешиги синишидан, нервларнинг босилиб қолиши, эзилиши, гематома таъсирида қитиқланиши, узилиб кетишидан чиқади.

Юз-жағ шикастланишлари - очик ва ёпиқ бўлиши, мустақил равишда ёки биргаликда учраши мумкин. Бундай шикастланишлар оғир шикастланишлар турига кириб, травматик шок, асфиксия, тилни фалажланиши, ютниш актининг бузилиши, ҳушдан кетиш, нутқ ва овқат қабул қилишнинг бузилиши билан кечади.

Юз-жағ шикастланишнинг белгилари шикастланиш характери билан белгиланади. Ёпиқ шикастланишларда оғриқ, шиш, қон қуйилиши, юз суяқларининг деформацияси, оғизни очишда қийналиш, юзнинг асимметрияси кузатилади. Бўшлиққа кирган жароҳатларда жароҳатдан ташқарида ёки оғиз бўшлиғига кўп қон қуйилади, сўлак ажралади, овқат ва сув қабул қилиш қийинлашади, тилнинг орқага кетиб қолиши ёки жағнинг синган бўлаклари натижасида асфиксия юзага келади, юқори нафас

йўллари ивиган қон ва ёт нарсалар билан, ҳиқилдоқ ва трахеянинг шиши ёки гематома билан бекилиб қолиши кузатилади. Юда кейинчалик бўладиган қон қуйилишлар юзнинг чуқурроқ бўлимларини, калла суяги тубининг шикастланганлигини кўрсатади.

Биринчи тиббий ёрдам қон оқишни тўхтатиш ва асфиксияга қарши курашдан иборат. Жароҳатга босиб турувчи асептик боғлам қўйилади. Қон оқиши бармоқ билан босиш усули ёрдамида вақтинчалик тўхтатилади. Бунинг учун уйқу артериясини бўйин умуртқаларининг кўндаланг ўсиқларига босилади. Тил орқага кетганда унинг ўрта чизиги бўйича тўғноғич билан тешиб, докадан қилинган тасма ёрдамида бўйинга маҳкамлаб қўйилади. Бундай шикастланганларни қорни билан ётқизиб, бош жароҳатланган томонга қаратиб қўйилади.

Кўзнинг шикастланиши.

Кўзнинг шикастланиши (енгил, ўрта, оғир даражада) – қовоқларнинг, кўзнинг шох пардасини, конъюнктивасининг шикастланиши кўринишида кўпроқ учрайди ва калла суяги, юзнинг шикастланиши билан бирга келади. Энг ҳавфлиси кўз олмасининг тешиб ўтувчи жароҳатланиши ҳисобланади. Кўзнинг шикастланишининг асосий сабаблари механик шикаст, юқори ҳароратнинг таъсири, нур таъсирида, кислота, ишқор ва бошқа химиявий захарловчи моддалар ҳисобланади. Белгилари: кўзда оғриқ, шиш, тери остига, конъюнктивага қон қуйилиши, кўзда ёт нарсаларнинг бўлиши, ёш оқиши, ёруғликка қарай олмаслик, шох парданинг хиралашиши, кўриш қобилятининг пасайиши ёки умуман йўқолиши, кўз олмасининг бутунлай бузулиши. Химиявий куйиш натижасида қатқалоқ ҳосил бўлиб, у тушиб кетгандан кейин чандиқ ёки оқ доғ қолади.

Биринчи тиббий ёрдам.

1. Шикастловчи агентни тез олиб ташлаш (турғун захарли моддаларни, ёт нарсаларни, юқори ҳароратни).
2. Инфекцияни олдини олиш (боғлаш, антибиотиклар, зардоб).
3. Оғриқсизлантириш, ўз вақтида операция қилиш, тезда эвакуация қилиш.

Бўйиннинг шикастланиши – ёпиқ ва очик, ичкарига кирган ва кирмаган бўлиб, оғир ва ҳаёт учун хавфли ҳисобланади. Бўйин шикастланганда йирик қон томирлар, нерв стволлари, бўшлиқли аъзолар (ҳалқум, ҳиқилдоқ, трахея, қизилўнгач), қалқонсимон без, умуртқа поғонасининг бўйин қисми зарарланиши мумкин.

Ҳиқилдоқ, трахея шикастланганда ҳаллослаш, хуружсимон йўтал, қон тупуриш, кўпикли қон ажралиши, ютинишнинг бузилиши, товушнинг бузилиши кузатилиши мумкин. Жароҳат канали унчалик кенг бўлмаганда нафас чиқаришда ҳаво қийинчилик билан чиқиб, бўйиннинг тери ости каватига ва кўкс оралиғига киради ва тери ости ҳамда медиастенал эмфиземани вужудга келтиради. Баъзан абсцесс ва флегмоналар вужудга келиб, жароҳатнинг кечишини оғирлаштиради, айниқса кўкс оралиғи

йиринглаганда. Қоннинг нафас йўлларига тушиши асфиксияга олиб келиши мумкин.

Халқумнинг жароҳатланиши натижасида ютиниш оғрикли бўлиб, жароҳатдан сўлак ва овқат нарсалари ажралиб туради, нафас олиш бузилади, баъзан ҳиқилдоқ қопқоғи шишиб кетиши натижасида асфиксия кузатилади.

Қизилўнгачнинг бўйин қисмини мустақил жароҳатланиши кам учрайди, кўпинча у қўшни органларнинг жароҳатланиши билан бирга келади.

Қизилўнгачнинг бўйин қисмининг жароҳатланишида оғриқ, ютинишнинг қийинлашуви, жароҳатдан сўлак оқиши, тери ости эмфиземаси каби симптомлар кузатилади. Кўпинча йирингли – чириш жараёнлари вужудга келади: бўйин ва кўкс оралиғи клетчаткасининг абсцесс ва флегмонаси. Кейинчалик бўладиган асоратлардан пневмония, халқум ва қизилўнгач нинг торайиши, халқум, қизилўнгач ва трахея – қизилўнгачнинг тешилиши, ютиниш ва нутқнинг турғун бузилиши кузатилади. Бўйиннинг йирик артерияларини, уйқу ва ўмров ости артерияларининг жароҳатланиши кучли, баъзан ўлимга олиб келадиган қон кетиши билан характерланади.

Маида артерияларнинг жароҳатланиши эса зарарланган мускулларнинг силжиши туфайли гематомалар ҳосил қилиши мумкин. Гематома ҳиқилдоқ ва трахеянинг эзилиши натижасида асфиксияга, орган ва тўқималарнинг йиринглашига олиб келади.

Бўйиннинг йирик веналарини шикастланиши (ички ва ташқи бўйинтуруқ веналари, бўйиннинг ва ўмров ости веналари) ҳам ҳаёт учун хавф солувчи қон кетиш ва ҳаво эмболияси бўлиши мумкинлиги билан хавфли ҳисобланади. Плевра бўшлиғида манфий ҳаво босими бўлиши, диастола вақтида юрак қисқаришининг сўрувчи таъсири ва жароҳатни очилиб туриши ҳаво эмболиясини вужудга келтиришдаги асосий омиллари ҳисобланади. Нафас олишда манфий босим янада ортади. Ҳаво эмболияси жуда ҳам оғир кечади: венага ҳаво кириш вақтида кучли оғриқ, сурилувчи товуш, тери қаватларини кескин рангсизланиши, ўнг юракнинг ҳаво билан тампонадаси вужудга келиб, нафас тўхтади, кейин юрак тўхтади.

Бўйин шикастланганда кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам.

Жароҳатни ёпиш ва қон оқишини тўхтатиш мақсадида асептик(босиб турувчи) боғлам қўйишдан иборат. Йирик артерия ва веналар шикастланганда эса қон оқишини вақтинчалик тўхтатиш бармоқ билан босиш усулида амалга оширилади. Сиқиб боғлаш эса қонни нафас йўллариининг қуйи қисмларига оқиб кетмаслиги учун қилинади.

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиб бўлгач, тезда тиббий муассасага жўнатиш керак. Касалхонада шокни, асфиксияни олди олиниб, даволанади, қон оқишини бутунлай тўхтатилади, йирингли асоратларни олди олиниб, даволанади.

Нафас олиш қийинлашганда, ҳиқилдоқ ва трахея шикастланганда трахеостома қўйилади. У орқали ўпка вентилияцияси яхшиланади, бронхлардаги қон сўриб олинади, нафас йўллариغا антибиотиклар юборилади.

Бўйин жароҳатларининг дастлабки хирургик ишлови вақтида ошқозонга овқатлантириш учун ингичка зонд (қизилўнгач шикастланганда) киргизилади. Зонд киргизгунча ярадорларни овқатлантириш парэнтерал йўл билан олиб борилади (глюкоза, тузли эритмалар, оксилли қон ўрнини босувчилар, қон қўйилади).

Йирингли асоратларни олдини олиш мақсадида антибиотиклар берилади: митсерин, мономицин, олететрин, морфоциклин. Абсцесс ва флегмоналар оператив йўл билан даволанади. Беморларни парвариш қилиш, жароҳатларини қайта боғлаш эҳтиётлик билан бажарилиш керак.

Умуртқа поғонасининг шикастланиши – ёпиқ ва очик бўлади. Тинчлик даврида, фавқулудда вазиятларда ҳамда юқоридан пастга бош ёки думба билан тушиб кетиш натижасида умуртқа поғонаси шикастланиш, синиш мумкин. Умуртқа поғонасининг синиш орқа миянинг зарарланиши билан ёки усиз бўлиши мумкин.

Синишнинг умумий белгиларидан ташқари қўйидаги характерли белгилар бўлади:

- умуртқа поғонасининг деформацияси
- умуртқа поғонасини ҳаракатчанлигини бузилиши – синган умуртқада кучли оғриқ бўлиши ва орқадаги узун мускулларнинг турғун ва давомли қисқариши натижасида;
- ўққа нисбатан куч берганда оғриқни кучайиши (бошга ёки елкага босганда).

Агар синиш асоратланган бўлса, юқоридаги симптомларга қоринда шиш, қорин девори мускулларининг таранглашиши, ичакларнинг фалажланиш белгилари, шикастланган соҳадан пастда оёқ ёки қўлларнинг фалажланиши, чанок аъзоларининг функциясини бузилиши (нажас ва сийдик ушланиши) қўйилади.

Умуртқа поғонасининг очик шикастланиши жуда оғир шикастланиш ҳисобланади, чунки бунда орқа мия қисман ёки тўлиқ зарарланади, кўкрак ёки қорин бўшлиғи органлари зарарланади. Энг аввал сигнал орқа мия шоки вужудга келади. Шикастланган соҳадан пастда ҳамма рефлектор функциялар сўнади.

Бундай ҳолат 3-4 ҳафта ва ундан кўп давом этиши мумкин. Агар орқа мия кўндалангига тўлиқ узилса, параплегия вужудга келади. Яъни ҳамма турдаги сезувчанлик йўқолади, оёқ-қўллар шишади, тез ва эрта ётоқ яралар пайдо бўлади.

Орқа миянинг қисман зарарланиши турли хил клиник симптом лар билан кечиши мумкин: унчалик катта бўлмаган рефлектор ўзгариш лар, баъзан давомли фалажланишлар, чанок органларининг функцияси нинг

бузилиши. Орқа миянинг шикастланиши қанчалик юқори бўлса, шунчалик оғир кечади. Агар бўйин умуртқаси шикастланган бўлса, шу заҳоти оёқ ва қўллар фалажланади, ҳамма турдаги сезувчанлик йўқолади, чанок аъзоларининг функцияси бузилади, диафрагма ва қовурғалараро мускуллар фалажланиб, нафас бузилади. Кўпинча бундай шикастланиш лар дастлабки соатлардаёқ ўлим билан тугайди.

Биринчи тиббий ёрдам – очиқ шикастланишларда асептик боғлам қўйилади, иммобилизация қилинади, оддий шокка қарши чоралар қилинади. Асептик боғлам қўйишда эҳтиёт чораларини кўриш керак, ярадорни ағдариш мумкин эмас. Умуртқа поғонаси шикастланганда қаттиқ тахтага ётқизиб, иммобилизация қилинади. Бир замбилдан бошқасига кўчириш тавсия этилмайди. Шикастланганларни кўтариб бориш ва транспортировка қилиш эҳтиёткорлик билан амалга оширилади. Замбилни тебратиш, чайқалишига йўл қўймаслик керак.

Шикастланганларни ўраб қўйиш, наркотиклардан инъекция қилиш оддий шокка қарши чоралар ҳисобланади. Умуртқа поғонаси қорин ва кўкрак бўшлиғи органлари билан бирга шикастланган оғир шок ҳолатида бўлса, бундай шикастланганларни кўчириш ва операция қилиш мумкин эмас. Улар касалхонада қолдирилади. Ҳаётий зарурат туфайли операцияга муҳтож бўлганларни эса операция қилинади(пневмотораксни тикиб қўйиш, ташқи ва ички қон кетиши ва бошқалар). Аҳволи қониқарли бўлган шикастланганларни кўздан кечириб, боғлам ва иммобилизация қилинади, жароҳат инфекциясининг олдини олиш учун қоқшолга қарши зардоб ва антибиотиклар берилади. Бундай шикастланганлар нейрохирургик касалхоналарга жойлаштирилади. Уларни қаттиқ ва текис кроватларда ётқизилади. Умуртқа поғонасининг қайси соҳасидан шикастланганига қараб, кроватнинг ҳолатини ўзгартириш мумкин. Нейрохирургик касалхоналарда травматик шок ҳолатидаги шикастланганларда тўлиқ ҳажмдаги шокка қарши чоралар ўтказилади (иситиш, новокаин блокадаси, наркотик моддалар юбориш, қон ва шокка қарши эритмалар қуйиш, операциялар қилиш). Операциялар асосан орқа мияни гематома, синган бўлаклар билан эзилганда, умуртқалар силжиши натижасида орқа миянинг эзилиш ҳолатларида қилинади.

Орқа миянинг тўлиқ анатомик бутунлиги бузилган беморларда сийдик пуфагини бўшатиш учун қов соҳасига тешик қўйилади. Орқа мияси шикастланганларни парвариш қилишда ётоқ яраинг олдини олиш чораларини кўриш керак(суяк туртиб чиққан соҳаларга пахта ёки юмшоқ мато қўйиш, терининг кўпроқ эзиладиган соҳаларини камфора спирти билан артиб туриш, бел елка, думғаза соҳаларига резина доира қўйиш, чойшабларни озода сақлаш).

ТЕСТЛАР:

1. Умуртқа поғонаси синганда 1-тиббий ёрдам:

- а) қаттиқ ва текис жойга ётқизиш
 - б) асептик боғлам қўйиш
 - в) тахтакач қўйиш
 - г) замбилга ётқизиш
2. Бўйин шикастланганда 1-тиббий ёрдам (уйқу артериясидан қон кетганда):
- а) жгут қўйиш
 - б) босиб турувчи боғлам қўйиш
 - в) асептик боғлам қўйиш
 - г) қоқшолга қарши чора
3. Бош мия чайқалишининг клиник белгилари:
- а) қисқа вақт ичида ҳушдан кетиш, қайт қилиш, тери қаватларининг рангсизланиши, ретроград амнезия (хотиранинг йўқолиши)
 - б) бурундан қон кетиши, қон тупуриш
 - в) нафаснинг тезлашиши, гандираклаш
 - г) юрак хуруж тутиши, қайт қилиш
4. Пастки жағ ва бурун шикастланганда 1-тиббий ёрдам:
- а) гипс қўйилади, бурунга муз халта қўйилади
 - б) бошга муз халта қўйилади, шокка қарши чоралар
 - в) бурундан қон кетиши тўхтатилади, муз қўйилади
 - г) жароҳат атрофи обработка қилинади, стерил салфетка солиб, сопқонсимон боғлам қўйилади

МАВЗУ 14. КЎКРАК ҚАФАСИ ВА КЎКРАК БЎШЛИҒИ ОРГАНЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.

РЕЖА:

1. Кўкрак қафаси ва кўкрак бўшлиғи органларининг ёпиқ шикастланишлари.
2. Кўкрак қафасининг очик шикастланишлари.
3. Кўкрак қафаси ва ундаги аъзоларнинг шикастланишида беморларни парвариш қилиш ва даволаш принциплари.

Таянч сўзлар:

Пневмоторакс, гемоторакс, клапанли пневмоторакс, эмфизема, окклюзион, герметик.

Кўкрак қафаси ва кўкрак бўшлиғи органларининг очик ва ёпиқ шикастланишлари.

Кўкрак қафасининг шикастланиши қуйидагиларга бўлинади:

1. Кўкрак қафаси органларининг ёпиқ шикастланиши.
2. Кўкрак қафаси органларининг очик шикастланиши.

Кўкрак қафасининг ёпиқ шикастланиши характери ва оғирлигига кўра турлича бўлиши мумкин. Буларга кўкрак қафасининг лат ейиши, эзилиши, қовурғалар ва тўш суягининг синиши киради. Кўкрак қафасининг лат ейиши йўл ҳаракати ходисаларида, турмушда ва спортда кўкрак қафасига тўғридан тўғри куч таъсир этиши натижасида вужудга келади. Кўкрак қафаси лат еганда шикастланган жойда тери остига, қовурғалараро тери мускулларга қон қуйилиши ва маҳаллий оғриқ, шиш бўлиши кузатилади. Шишган жойни пайпаслаганда ва нафас олиб чиқарганда оғриқ зўраяди. Бир ҳафта ичида оғриқ секин-аста камайиб, йўқолади.

Биринчи тиббий ёрдам - оғриқни ва шишни камайтириш учун муз халтаси ёки лат еган жойга хлорэтил сепилади. Оғриқни қолдирувчи дорилар – анальгин, аспирин берилади. Юмшоқ тўқималарга қўйилган қонни тезроқ сўрилиб кетиши учун иситувчи компресс, физиотерапевтик муолажалар УВЧ, новокаин билан электрофорез қилинади.

Кўкрак қафасининг эзилиши - шикастланишнинг оғирроқ турига кириб, бир-бирига қарама қарши икки кучнинг кўкрак қафасига таъсири натижасида вужудга келади. Бундай шикастлар босиб қолган жойларда, қишлоқ хўжалик ишларини бажараётганда рўй беради. Кўкрак қафаси эзилган вақтда ўпкадаги ҳаво сиқилиб, ўпка тўқимасини, қон томирларини ва бронхларни йиртиб юбориши мумкин. Эзилиш вақтида бўйин ва бош веналаридаги босим кучайиб, майда томирлар ёрилиб, ҳиқилдоқ, конъюнктива юз ва тананинг юқори қисми терисида майда қон қуйилишлар кузатилади. Кўкрак қафасининг кучли эзилишида кўкрак ичи босимини кескин кўтарилиши натижасида травматик асфиксия вужудга

келади. Кўкрак қафаси эзилишнинг *белгилари*: ҳаллослаш, пульснинг тезлашиши, юз ва бўйин терисининг кўкариши, майда қон қуйилишлар, оғир ҳолатларда йўтал ва сероз балғамнинг ажралиши кузатилади.

Биринчи тиббий ёрдам: шикастланган кишини босиб қолган жойдан олиб чиқилади, тинчлантирилади, оғриқсизлантирувчи воситалар (морфий омнопон, промедол мускул орасига) қилинади. Нафас етишмовчилиги зўрайса, кислород ингальция қилинади. «Тез ёрдам» машинасида кислород азот оксиди билан аралаштирилиб берилади. Бу оғриқни қол-дириб, ўпка вентильяциясини яхшилайдди.

Қовурғалар ва туш суягининг синиши.

Шикаст берувчи таъсирнинг катта куч билан таъсир этиши натижасида вужудга келади. Қовурғаларнинг синиши асоратланган ва асоратланмаган бўлади. Асоратланмаган қовурғаларнинг синишида оғриқ кўкрак қафасини ҳаракатида, яъни нафас олиб чиқаришда, йўтал ва акса уришда лат ейишга қараганда кучлироқ бўлади. Қовурғаларнинг кўп синишидан нафас юзаки бўлиб, минутига 20-22 марта бўлади. қовурғалар синишини лат ейишдан фарқлаш учун кўкрак қафасининг шикастланмаган томонига оғирроқ юклама берилганда синган жойда оғриқ зўраяди. Бундай синовни шикаст-ланганнинг аҳволи қониқарли бўлган ҳолда қилиш мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам – шикастланганга қулай ҳолат яратилади, ташқи иммобилизациянинг ҳожати йўқ, чунки у нафасни қийинлаштириб, ўпка-нинг яллиғланишига олиб келади. Жабрланганга аналгин, амидопирин ёки бошқа оғриқ қолдирувчи дори берилади. Иш қобиляти 3-5 ҳафталардан кейин тикланади.

Асоратланган - қовурғаларнинг синиши оғир шикастланишларда учрайди. Бунда қовурғаларнинг синган бўлаги ичкарига силжиб, қовурғалар аро томирларни, плеврани, ўпка тўқимасини зарарлайди.

Асоратланган қовурғаларнинг синиши қуйидаги умумий белгилар билан характерланади: бетобнинг ҳолати мажбурий - ўтирган ҳолатда, иложи бо-рича шикастланган томондаги ўпка экскурсиясини камайтириш. Синган жойда оғриқ, ҳаво етишмайди, тери ва шиллик қаватлар кўқарган, нафас олиш тезлиги минутига 22-24 мартадан кўп, нафас юзаки, қон тупириш кузатилади, пульс минути 100-110 марта, пайпаслаб кўрилганда синган томонда ғирчиллаш – яъни тери ости эмфиземаси аниқланади, бундай ҳо-лат ёпиқ пневмоторакс вужудга келганлигидан дарак беради.

Кўкрак қафасининг очик шикастланиши - жароҳатланиши.

Бундай шикастланишлар кўкрак қафаси ичига кирган ва кирмаган бўлиши мумкин. Кўкрак қафаси ичига кирмаган жароҳатланишларда тери, кўкрак мушаклари, қовурғалар, йирик магистрал томирлар (ўмров ости, кўкрак ости, қовурғалараро, ички кўкрак артериялари ва бош) зарарланиши, ўпка лат ейиши, ҳатто ёрилиши кузатилиши мумкин. Кўкрук

кафасига кирган жароҳатланишларда жароҳатланиш турига қараб, ёпиқ, очик, кла-панли пневмоторакс, пневмогемоторакс бўлиши мумкин. Ёпиқ пневмо-торакс – асоратланган қовурғалар синишида рўй беради. Ташқи куч таъсирида қовурғанинг синган бўлаги ўпка тўқимасини зарарлайди, натижада ўпкадаги ҳаво плевра бўшлиғига ўтиб, ўпкани эзади. Мустақил ҳолдаги ёпиқ пневмоторакс кам учрайди. Одатда, плевра бўшлиғига ҳаво билан бирга қон ҳам тўпланади. Қон қовурғалараро томирлардан ва ўпкадан чиқади. Бундай ҳолатни пневмогемоторакс дейилади. Ёпиқ пневмотораксининг белгилари: кўкрак қафасининг жароҳат томонидаги оғриққа ши-коят қилади, оғриқ ҳатто юзаки нафас олганда ҳам кучаяди, ҳаво етишмайди.

Пневмогемотораксда бош айланади, дармонсизланади, кўз олди хира-лашади. Шикастланган кишининг ҳолати мажбурий – ярим ўтирган ҳолда кўкрак қафасини ҳаракати чегараланган. Тери қаватлари рангсиз, совуқ тер билан қопланган, шиллиқ қаватлар кўкарган. Тинч ҳолатда нафас мину-тига 24 марта ва ундан ортиқ, пульс минутига 100-120 марта, ритмик, тўлиқ-лиги қониқарли.

Кўкрак қафасини пальпация қилинганда шикастланган жойда тери ости эмфиземаси аниқланади. Айниқса қовурғаларнинг икки жойдан синиши ҳаёт учун хавфли ҳисобланади. Бундай ҳолатнинг оғирлиги нафақат плевра ва ўпка тўқимасининг зарарланиши билан, балки нафас олган вақтда қовурғаларнинг ичкарига силжиши ва ҳаётий зарур органларни - плеврани шикастлаши, ўпканинг кенгайишига қаршилик қилиши мумкин. Нафас чи-қарганда эса кўкрак қафаси кичрайиб, қовурғаларнинг бўлаклари ташқарига силжийди. Ҳар нафас олишда қовурға бўлаклар ўпка паренхимасини кў-шимча шикастлайди ва плевропульмонал шокни вужудга келтиради.

Бундай беморларнинг ташқи қиёфаси вақт сайин ўзгаради. Дастлаб улар ҳаяжонланган, нафас олиш вақтида оғриқдан безовталанган бўладилар. Кейинчалик улар бўғила бошлайдилар, беморнинг ранги ўчган, шиллиқ қаватлар кўкарган, нафас олиш минутига 24-26 марта, инспиратор ҳаллос-лаш кузатилади, яъни нафас олиш, чиқаришга қараганда давомлироқ. Бўйинвеналарининг бўртиши, юз терисини кўкариши, қон тупуриш кузатилади. Тери ости эмфиземаси кучайиб, жароҳатланган жойдан бўйинга, юзга, ке-йинчалик қоринга, мойка ва сонга тарқалади. Эмфиземани кўкрак оралиғи га тарқалиш хавфи юракнинг тўхтаб қолишига сабаб бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам - кўкрак қафасининг эзилишидан қутқармоқ, оғриқ қолдирувчи дори ва кислород ингаляцияси бериш керак. Оғриқсизлантириш учун тери остига промедол, морфий юбориш керак. Танани баландроқ тутган ҳолатда транспортировка қилинади. Транспортировка вақти-да оғриқсизлантириш учун азотоксидини кислородли аралашмаси ингаляция қилинади, вазопрессор (мезатон, норадреналин) эритмалари

юборилади. Касалхонанинг реанимация бўлимида шикастланганларни сунъий бошқари-ладиган нафасга ўтказилади. Синган қовурғаларни ташқи воситалар (Силин рамкаси) ёрдамида маҳкамланади ёки синган қовурғаларни остиосинтез қи-линади. Шундан кейингина пневмотораксни даволашга киришилади.

Очиқ пневмоторакс - бунда плевра бўшлиғи атмосфера билан алоқаланиб қолади. Тинчлик даврда бундай пневмоторакс кам учрайди. Очиқ пневмотораксда нафас олиш вақтида шикастланган ўпка бўшашиб, чиқариладиган ҳаво соғ ўпкага ўтади. Нафас чиқарилганда соғ ўпкадаги ҳавонинг бир қисми зарарланган ўпкага ўтади ва бу вақтда кўкс оралиғининг тебраниши кузатилиб, кардиопульмонал шокка олиб келади.

Нафас етишмовчилиги, тери қаватларининг рангсизланиши, кейинчалик кўкариш кузатилади. Нафас минутига 26 марта, юзаки қон тупуриш кузатилади. Пульс 120-140 марта минутига, тўлиқлиги кучсиз. Артериал босим пасаяди.

Очиқ пневмотораксда маҳаллий белгилар: жароҳатланган жойда нафас олиб чиқаришда қирсилловчи, чўлпилловчи товушлар эшитилади. Нафас чиқаришда жароҳатдан қон кетади, қон кўпикли бўлади. Жароҳат атрофида тери ости эмфиземаси кузатилади.

Биринчи тиббий ёрдам – плевра бўшлиғини гермитизация қилишдан ва оғриқсизлантиришдан иборат. Плевра бўшлиғини гермитизация қилиш учун окклюзион герметик боғлам лейкопластир ёрдамида ёки шахсий бойлов пакетининг резинали қавати ёрдамида қўйилади. Беморга ярим ўтирган ҳолат бериб, кислород ингаляция қилдирилади. Оғриқсизлантириш учун мускул орасига наркотик моддалар юборилади. Бундай шикастланганлар биринчи навбатда касалхоналарга ётқизилади.

Клапанли пневмоторакс - кўкрак қафаси шикастланишининг оғир тури ҳисобланади. Бунда шикастланган ўпка тўқимасидан ҳосил бўлган клапан плевра бўшлиғида ҳавонинг йиғилиб боришига сабаб бўлади. Плевра бўшлиғига кирган ҳаво ҳар бир нафас олишда плевра ичидаги босимни кўтариб, ўпкани сиқиб боради, натижада кўкс оралиғини соғ томонга силжитади. Шунинг учун клапанли пневмоторакс зўриқувчи пневмоторакс бўлиб ҳисобланади. Плеврани босими кўтарилиш натижасида юрак фао-лияти бузилади, кичик қон айланиш доирасида қон димланиб, қоннинг кислород билан тўйиниши бузилади. Клапанли пневмотораксда шикастлан-ганларнинг аҳволи оғир бўлади: инспиратор ҳаллослаш, нафас минутига 26 мартадан кўп, бўғилиш натижасида нафас олиши секинлашган шикастлан-ганлар кейинги нафас олишдан «қўрқиб» туради. Тери қаватлари дастлаб рангсиз, кейинчалик кўкаради. Бўйиннинг веналари бўртган, бўйин, юз, тана, оёқ-қўлларга тери ости эмфиземаси тезда тарқалади. Юз салқиган, гаплашганда манқалик сезилади. Қон айланиш функцияси кескин бузилади. Пульс 120-140 марта минутига,

артериал босим пастга тушиб кетади. Жаро-ҳатланган жойда нафас олишда шовқин эшитилиб, нафас чиқаришда ҳеч қандай товуш эшитилмаслиги кузатилади. Клапанли пневмотораксининг ху-сусияти шундаки, ҳар бир нафас олишда шикастланганнинг аҳволи ёмон-лаша боради.

Биринчи тиббий ёрдам герметик окклюзион боғлам қўйиш, кислород бериш, анальгетиклар беришдан иборат. Тезда бош томони кўтарилган ҳолда замбилларга ётқизиблиб, кислород билан таъминлаб, транспортировка қилинади. Касалхонада бундай шикастланганларни реанимация бўлимига ётқизиблиб, Вишневский усули бўйича новокаинли вагосимпатик блокада қилинади. Плевра бўшлиғини пункция қилиб, дренажланади. Дренажлаш-нинг энг оддий усули Бюлау усулидир: плевра бўшлиғини пункция қилин-гач, дренаж найчасини резина қўлқопнинг узунасига кесилган бармоғидан қилинган клапанга уланади, ва уни антисептик (фурацилин) тўлдирилган идишга туширилиб қўйилади. Плевра бўшлиғидаги босим атмосфера боси-мидан ошиб кетса, ҳаво дренаж орқали эритмага ўтади, орқасига қайтмайди, чунки клапан унга қаршилиқ кўрсатади.

Кўкрак қафаси ва ундаги аъзоларнинг шикастланишида беморларни парвариш қилиш ва даволаш принципи.

Кўкрак қафасининг жароҳатланишида очик пневмоторакс белгилари бўл-маса, жароҳатга дастлабки жарроҳлик ёрдами берилиб, тикиб қўйилади. Агар плевра бўшлиғига қон қуйилиши кузатиладиган бўлса, торакотомия (кўкрак бўшлиғини очиш) қилинади. Агар очик пневмоторакс бўлса, шокка қарши чоралар, қон оқишини тўхтатишдан ташқари жарроҳлик йўли билан очик пневмотораксни ёпиққа айлантиришга ҳаракат қилинади.

Операциядан чиққан бетоблар врач ва тиббий ҳамширанинг назорати остида бўладилар. Наркоздан уйғонган беморга йиғилган балғам ва шиллиқ моддаларни чиқариб ташлашга ёрдам бериш керак. Бунини операция жароҳати соҳасига чуқур нафас олган вақтида биров босилади. Бундай ҳолат оғриқни камайтириб, балғамни ажралишига ёрдам беради. Дастлабки пайтларда йў-талганда оғриқни камайтириш учун наркотиклар (пантопон, промедол) берилади.

Балғам ажралиши қийинлашган ҳолларда электросўргич ёрдамида трахеядан сўриб олиш тавсия этилади. Беморнинг ўриндаги ҳолатини тез-тез ўзгартириб туриш, актив ёки пассив равишда даволаш гимнастикасини қилиш, балғам ажралишини осонлаштиради.

ТЕСТЛАР:

1. Очик пневмотораксда 1-тиббий ёрдам:
 - а) герметик, окклюзион боғлам қўйиш
 - б) сиқиб боғлаб қўйиш

- в) жароҳатга бирламчи ишлов бериш, боғлам қўйиш
- г) ҳаммаси тўғри

2. Пневмоторакс нима?

- а) кўкрак қафасига ҳавонинг кириши;
- б) плевра бўшлиғига ҳавонинг кириши;
- в) диафрагманинг тешилиши;
- г) қорин бўшлиғига ҳавонинг кириши.

3. Пневмотораксининг турлари қайси бандда тўғри кўрсатилган?

- а) тери ости эмфиземаси билан, очик, клапанли;
- б) гемоперикардиум, ёпиқ;
- в) очик, ёпиқ ва клапанли;
- г) актив, пассив.

МАВЗУ 15. ҚОРИН ВА ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ.

Р Е Ж А:

1. "Ўткир қорин" тўғрисида тушунча.
2. Ўткир перитонит.
3. Қориннинг ёпиқ шикастланишлари.
4. Қориннинг очик шикастланишлари.
5. Чаноқ суяқларининг шикастланишлари.

Таянч сўзлари: ўткир қорин, перитонит, "тахтага ўхшаш" қорин (қориннинг олдинги девори мускулларининг таранглашиши), Шёткин-Блюмберг симптоми.

"Ўткир қорин" тўғрисида тушунча.

Қорин бўшлиғи органларининг ўткир жарроҳлик касалликлари тўсатдан бошланиши, тез ривожланиши, ҳаёт учун хавфли асоратлар бериши ва тез жарроҳлик йўли билан даволашни талаб қилиши билан характерланади. Бундай беморлар шошилишда касалхоналарнинг жарроҳлик бўлимига ётқизилиши керак.

Қорин бўшлиғи органларининг жарроҳлик касалликларига қуйидагилар киради:

1. Яллиғланиш касалликлари (ўткир аппендицит, ўткир холецистит, ўткир панкреатит, перитонит).
2. Бўшликли органларнинг тешилиши (ошқозон ва 12-бармоқли ичак ярасининг тешилиши, ичак ярасининг тешилиши).
3. Ўткир ичак тутилиши (ичакнинг буралиб қолиши, сиқилиб қолган чурра).

4.Ички қон кетиш (ошқозон-ичакдан қон кетиш, бачадондан ташқариги (найчадаги)хомиладорлик).

5.Қорин бўшлиғи органларининг очик ва ёпик шикастланиши (жигарнинг қора талоқнинг ёрилиши, бўшлиқли органларнинг шикастланиши).

Юқоридаги касалликларнинг клиник белгилари хилма-хил бўлишига қарамасдан, уларни битта симптомлар мажмуасига бирлаштириш ва «ўткир қорин» термини билан аташ мумкин.

«Ўткир қорин» қуйидаги белгилар билан характерланади:

1. Қоринда тўсатдан ёки секин-аста бошланиб, кучаювчи ёки тутиб оғрувчи оғрик;

2. Кўнгил айнаб, қайт қилиш;

3. Қориннинг дам бўлиши, нажасни ушланиб қолиши, газ йиғилиши;

4. Қориннинг олдинги девори мускулларининг таранглашиши («тахтага ўхшаш» қорин);

5. Қоринпарда яллиғланиш белгиларининг пайдо бўлиши (Шёткин – Блюмберг симптоми);

6. Беҳушлик.

Юқоридаги белгилар касалликни қаерда эканлигига аниқ ташхис бермайди, лекин беморни шошилиш касалхонанинг жарроҳлик бўлимига ётқизишга ва шошилиш ташхис ва даволаш масалаларини ҳал қилишга ёрдам беришни тақозо қилади.

«Ўткир қорин» белгилари намоён бўлганда қуйидагилар ман қилинади:

1. оғриқсизлантирувчи ва наркотик моддаларни бериш;

2. антибиотиклар ва ичак перистальтикасини тезлаштирувчи ва секинлаштирувчи моддаларни юбориш;

3. ошқозонни ювиш;

4. тозаловчи ҳукна (клизма) қилиш;

5. қоринни иситгич ёрдамида, қуруқ иссиқ билан иситиш, иссиқ ванна қилиш;

«Ўткир қорин» ҳолатида биринчи тиббий ёрдам: беморни замбилга ёки ўринга ётқизиш, қоринга муз халтаси қўйиш, шифокор келгунча овқат ва сув бермаслик керак.

ЎТКИР ПЕРИТОНИТ

Ўткир перитонит – қоринпарданинг ўткир яллиғланиши бўлиб, умумий ва маҳаллий белгилар билан характерланади.

Перитонит кўпинча иккиламчи касаллик ҳисобланади, яъни ўткир жарроҳлик касалликларининг асоратланиши ва қорин бўшлиғи органларининг шикастланиши натижасида вужудга келади.

Кечишига кўра перитонит ўткир ва сурункали бўлади, кўпинча ўткир перитонит учрайди. Касалликнинг асосий симптоми қоринда ёки

унинг юқори қисмида бўладишан оғриқ, интоксикациянинг кучайиши, эс-хушнинг йуқола бошлаши ёки эйфория, пульснинг ипсимон бўлиши, артериал босимнинг пасайиши, тери қаватларининг совуқ тер билан қопланишидир. Қорин шишган, хамма бўлимларида оғриқ, ичаклар перистальтикаси йўқолиб, қорин қулдираши эшитилади, газ йиғилади. Буйрак ва жигарнинг фаолияти кескин бузилади. Перитонитни жарроҳлик йўли билан даволаш асосий радикал усул ҳисобланади.

Перитонитда шифокор ёрдамида кўрсатишда вақт муҳим роль ўйнайди. Қанчалик тез аниқлаб, операция қилиш касалликни оқибатини яхши тугашига ёрдам беради. Шунинг учун перитонит борлиги тахмин қилинганда тезда беморни жарроҳлик бўлимларига ётқизиш керак. Шифокор кўргунча ўрин-курпа режими, қоринга муз халтаси қўйиш керак.

ҚОРИННИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Тинчлик даврида қорин ва ундаги органларнинг шикастланиши оғир шикастланишлар турига киради. Бундай шикастланишлар кўпинча транспортда, ишлаб чиқаришда, спортда вужудга келиб, кўча ҳаракати қоидаларини ҳайдовчилар ва пиёдалар томонидан бузилиши, техника хавф сизлигига риоя қилмаслик натижасида ва спиртли ичимликларни суистъимол қилиш натижасида бўлади.

Паренхиматоз органлардан кўп қон кетиши, бўшлиқли орган-ларнинг бутунлиги бузилиб, перитонитни вужудга келиши бундай шикаст-ларнинг ўлим билан тугашига сабаб бўлади.

Бўшлиқли ва паренхиматоз органларнинг ёпиқ шикастланишида кўпинча жигар, талоқ каби органларнинг ёрилиши кузатилади.

Жигарнинг шикастланиши шикаст берувчи агентни жигар соҳасига таъсири натижасида, кўкрак қафасининг ўнг томони шикаст-ланганда ёки ўнг томон билан юқоридан йиқилганда вужудга келади. Агар жигар аввал безгак, цирроз билан касалланган бўлса, кўпроқ шикастланишга мойил бўлади. Жигар ёрилишининг асосий белгиси шок ва ички қон кетиш ҳисобланади. Беморнинг ранги ўчган, қўзгалган, оёқ-қўлларнинг цианози, пульс тезлашган, артериал босим тушган, оғир ҳолатларда бефарқлик кузатилади. Бемор ўнг томони билан ётади, ағдарилганда аҳволи ёмонлашади.

Талоқнинг шикастланиши қоринга урганда, чап томонга йиқилганда вужудга келади. Талоқ шикастланганда ҳам асосий симптом шок ва ички қон кетиш ҳисобланади. Беморлар қориннинг чап томонида оғриқ, оғриқни чап елкага, елка камари соҳасига тарқалишига шикоят қиладилар, нафаслари юзаки бўлади. Беморнинг ҳолати мажбурий, яъни чап томонга қараб, оёқларини қоринга буккан ҳолатда. Тери қаватлари рангсиз, боши

айланади, дармонсизланади, пульс тезлашиб, артериал босим пастга тушади. Қорин деворининг чап томони таранглашиб, оғриқ беради, қоринпарда зарарланиш белгилари намоён бўлади.

Баъзан паренхиматоз органларнинг шикастланиши белгилари яққол юзага чиқмайди. Чунки паренхиматоз органнинг тўқимаси унинг капсуласи остида ёрилади ва шикастланишдан бирмунча вақт ўтгач, кейин қорин бўшлиғига қон қуйилади. Шунинг учун бундай ҳолатни билган ҳолда, ҳатто беморнинг аҳволи қониқарли бўлганда ҳам уни жарроҳ шифокор маслаҳатидан ўтказиш керак.

Қоринни тумтоқ предметлар билан шикастланиши натижасида бўшлиқли органлар ошқозон, 12-бармокли ичак, ингичка ва йўғон ичаклар ёрилиши мумкин. Клиник белгилари қоринпарда яллиғланиши белгилари билан характерланади. Бутун қоринга тарқалувчи оғриқ, кейинчалик қайт қилиш, нажасни тутилиб қолиши. Қоринда шиш, газ йиғилиши, тана ҳарора-тинин кўтарилиши, қориннинг олдинги девори мускулларининг таранг-лашиб, перитонит белгилари бўлади. Бўшлиқли ва паренхиматоз органлари шикастланган беморлар тезда жарроҳлик бўлимига ётқизиilib, операция қилинади. Бундай беморларни замбилларда транспортировка қилиниб, қоринга муз халтаси қўйилади. Қоринни иситиш, хўкна (клизма) қилиш манн этилади.

ҚОРИННИНГ ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ, ЖАРОҲАТЛАНИШЛАРИ

Бундай шикастланишлар қоринга ўқ текканда ёки санчиб-кесилган жароҳатларда вужудга келади. Бундай жароҳатлар бўшлиққа кирган ва кирмаган жароҳатларга бўлинади. Бўшлиққа кирмаган жароҳатлар кўпроқ учрайди. Бунда қоринпарда зарарланиб, бўшлиқдаги органлар зарарланади.

Қориннинг очик шикастланишларининг дастлабки белгиси оғриқ ва қорин девори мускулларининг рефлектор таранглашиб. Дастлаб оғриқ бутун қорин бўйлаб бўлиб, пайпаслаб кўрганда зўраяди. Жароҳат орқали ошозон, ичак туткичи, жигарнинг бир учи кўриниб туради. Жароҳатдан қон ва бўшлиқли органларнинг суюқликлари, овқат, нажас чиқиб туради, пульс тезлашади, ташналик, у ёки бу органнинг зарарланиш белгилари намоён бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам – жароҳатга асептик боғлам (чиқиб қолган органларни эҳтиётлик билан стерил салфетка ёрдамида ўраб қўйиш) қўйилади. Чиқиб қолган органларни ичга солиб қўйиш мумкин эмас! Кучли оғриққа қарши наркотик моддалардан инъекция қилиш, ётган ҳолатда замбилга солиб, тиббий муассасага жўнатиш керак.

Даволаш – жарроҳлик йўли билан амалга оширилади. Лапоратомия қилиниб, қорин бўшлиғи ревизия қилинади: жигар ёрилганда чарви билан

тампонада қилинади; бўшлиқли органларнинг дефекти тикилади; ичакларнинг зарарланган жойлари кесиб олиб ташланади; талокни олиб ташланади. Қорин деворидаги жароҳат тешигига жарроҳлик ишлови берилади. Қориндаги бўшлиқли органларнинг зарарланиши рўй берган бўлса, операция охирида қорин бўшлиғига резина найча киргизиб қўйилади ва шу найча орқали антибиотиклар юборилади. Операциядан кейин бўладиган (дастлабки ва кейинги) асоратларга аҳамият бериш керак.

Дастлабки асоратлардан бири – қайт қилиш. Бунда қусуқ мас-салари нафас йўлларига тушиб, асфиксия бўлиши мумкин. Шунинг учун беморнинг бошини ёнга қилиб, оғиз бўшлиғидаги қусуқ массаларини узиб ташланади ҳам тампон билан артилади. Дастлабки асоратлардан яна бири – ичакнинг парези (перистальтикасининг йўқолиши, қуйидаги белгилар билан характерланади: қоринда оғирлик сезилади, ичакнинг шиши, қайт қилиш, газ ва нажаснинг тутилиши, юрак уришининг тезлашиши, нафас олишнинг қийинлашишидир.

Буйрак атрофини новокаин билан блокада қилиш ичак парезини йўқотишда яхши ёрдам беради. Ичакдаги газни ҳайдаш учун тўғри ичакка газ чиқарувчи резина найча қўйилади.

Кейинги асоратларга пневмония, ичак ўтказувчанлигининг йўқолиши, перитонит киради.

ЧАНОҚ СУЯКЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.

Чанокнинг шикастланиши очик ва ёпиқ бўлади. Чанокнинг жароҳатланиши фақат юмшоқ тўқималарни шикастланиши ёки чанок суяқларининг синиши ва қорин ҳамда чанок бўшлиғидаги органларнинг зарарланиши билан бўлади.

Чанок суягининг синиши кўпинча қоринпарда орқасида гемато-махосил бўлиши, чанок бўшлиғи органларининг зарарланиши билан бўлади. Чанок суяги ва чанок бўшлиғи органларининг шикастланиши қуйидаги белгилар билан характерланади:

- синган жойда кучли оғриқ, оғриқ ўтирғич суягига, ёнбош суягига, сон суягининг бош қисмига босганда зўраяди;

- оёқлар ҳолатининг ўзига хос бўлиши: бир томонлама синишда синган томондаги оёқ ёнга қараган бўлади, узатилган оёқни кўтариш қийин, оёқ чанок-сон ва тизза бўғимларида букилади; икки томонлама синганда оёқлар товонлари билан чеккага қараган, тизза бўғимида букилган;

- синган томонда оёқларни калталашиши;

- чанок органларининг шикастланиш белгилари.

Биринчи тиббий ёрдам – очик шикастланишларда асептик боғлам қуйишдан бошланади, оддий шока қарши чоралар, иммобилизация қилинади. Эҳтиётлик билан тез эвакуация қилинади. Шикастланганлар

каттик замбил-лар, тахталарда транспортировка қилинади, тиззалари тагига кийимлардан ёстикча қўйилади (оғрикни камайтириш мақсадида).

СИЙДИК АЖРАТИШ ОРГАНЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Буйрак, сийдик йўллари, сийдик пуфагининг шикастланишлари очик ва ёпиқ бўлиши мумкин, мустақил равишда ёки қорин бўшлиғи органлари, чанок бўшлиғи органлари ва умуртқа поғонасининг зарарланиши билан бирга учраши мумкин.

Буйракларнинг ёпиқ шикастланиши буйрак соҳасига уриш ёки юқоридан пастга тушиб кетиш натижасида вужудга келади. Буйракларнинг бундай шикастланиши юзаки ёки чуқур шикастланиш, ҳатто буйракларни қон томир ва сийдик йўлларида узилиб кетиши кўринишида учраши мумкин. Бундай ҳолларда буйрак атрофи тўқималарига ва қорин бўшлиғига қон қўйилади. Кавак органлар билан биргаликда шикастланган бўлса, бел соҳасида шиш, оғрик бўлади, травматик шок белгилари, сийдик тутилиши, сийдикда қон (гематурия) бўлиши кузатилади. Буйракнинг жароҳатланиши оғир ва енгил бўлиши мумкин.

Сийдик ажратиш системаси шикастланишларида жароҳатдан сийдик ажралиши кузатилади.

Буйрак шикастланганда 1-тиббий ёрдам – наркотик моддалар юборилиб, жароҳатга асептик боғлам қўйилади, қоринга муз халтаси ва эҳтиётлик билан эвакуация қилинади.

Касалхонада буйракнинг очик шикастланишларида жароҳатга дастлабки жарроҳлик ишлови берилиб, қорин бўшлиғи органлари ревизия қилинади. Агар гематурия давом этаётган бўлса, анемия ривожланиб, пульс тезлашиб, артериал босим тушиши давом этса, жарроҳлик йўли билан даволаш кўзда тутилади.

Буйрак ва сийдик йўллари озгина шикастланган бўлса, органни сақлаб қолишга ҳаракат қилинади (жароҳат тикилиб, тампонада қилинади ёки зарарланган жой олиб ташланади). Агар буйракнинг кўп қисми зарарланган бўлса, буйрак олиб ташланади (нефрэктомия).

Сийдик пуфагининг шикастланиши очик ва ёпиқ бўлади, қоринпарда ичида ва ташқарисида, мустақил кўринишда ёки қорин бўшлиғи органлари шикасти билан бирга келади

Сийдик пуфагининг шикастланиши қуймич суяги соҳасига куч билан уриш ёки тўлган сийдик қопини эзилиши натижасида вужудга келади. Сийдик қопи шикастланишининг асосий симптоми сийдикни ушланиб қолиши ёки, аксинча тез-тез сийдик ажратишга бўлган истак ва натижада оз миқдорда қон ажралиши, қуймич устида оғрик, сийдикли флегмона, эт увишиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, интоксикация, травматик шок ҳисобланади.

Биринчи тиббий ёрдам – наркотик оғрикни қолдирувчи дорилар берилиб, асептик боғлам қўйилади, совуқ қўлланади, эҳтиёткорлик билан тиббий муассасага жўнатилади (қаттиқ замбилларда).

Даволаш - жарроҳлик йўли билан бўлиб, операция сийдик пуфагига тешик қўйиш билан тугатилади.

Беморларни парвариш қилиш муҳим аҳамиятга эга. Дренаж орқали ажратилган сийдик стерилланган шиша идишга йиғилади, унинг ичига сий-дикни ҳидини йўқотувчи антисептик суюқлик солиб, оғзи маҳкамлаб ёпилади. Тешик атрофига қўйилган дока салфеткалар кунига бир неча марта алмаштирилиб, тешик орқали сийдик пуфагини фурацилин эритмаси билан тоза сув чиққунча ювилади.

Саволлар:

1. «Ўткир қорин» деб қандай ҳолатга айтилади?
2. Перитонит қандай белгилар билан характерланади?
3. «Ўткир қорин» ҳолатида кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам нималардан иборат?
4. Қориннинг ёпиқ ва очиқ шикастланишлари тўғрисида гапириб беринг.
5. Сийдик ажратиш органларининг шикастланиши ва унда биринчи ёрдам.

Адабиётлар:

1. А.Г. Сафонов «Тиббий ҳамширалар ўқув қўлланмаси»
2. М.А. Сластихин, В. А. Брусенцов, В. В. Корхов «Шикастланганда тиббий ёрдам»
3. С.Н. Муратов «Жарроҳлик касалликлари ва уларда беморларни парвариш қилиш».

1. Ўткир қорин ҳолатига олиб келувчи касалликлар:

а) гастрит, нефрит, энтерит

б) гепатит, колит

в) ошқозон ярасининг тешилиши, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик, аппендицит, тошли холецистит, ичакларнинг бурилиб қолиши, қисилиб қолган чурра

г) нефрит, аппендицит, колит

2. Перитонит белгилари:

а) қоринда оғриқ, қориннинг олдинги девори мушакларининг таранглашиши, газ йиғилиши, Шеткин-Блюмберг симптомининг мусбат бўлиши

б) бош оғриши, ич кетиш, қоринда оғриқ, қон босимининг кўтарилиши,

в) терининг қизариши, нафас секинлашиши, фаолиятнинг сусайиши

- г) хушдан кетиш, ич кетиши ва қайт қилиш
3. Қорин деворининг очик шикастланишларида 1-тиббий ёрдам:
- а) ичакларни стерилланган бир неча қават дока билан ўраб қўйиш, тери остига морфин эритмасидан юбориш
- б) қориндан чиққан органларни қорин бўшлиғига киритиб қўйиш керак
- в) ҳеч қандай чора кўрмаслик керак.
- г) ҳаммаси нотўғри

МАВЗУ 16. КОМБИНАЦИЯЛАШГАН ШИКАСТЛАНИШЛАР.

РЕЖА:

1. Комбинациялашган шикастланишлар тўғрисида умумий тушунча.
2. Комбинациялашган нурли шикастланишлар, уларнинг кечиш хусусиятлари.
3. Комбинациялашган шикастланишларда биринчи тиббий ёрдам.
4. Радиоактив ва заҳарли моддалар комбинацияси.
5. Кимёвий микстлар.

Таянч сўзлар:

Микстлар, лейкопения, антидот, иприт, люизит, ФБЗМ.

Комбинациялашган шикастланишлар тўғрисида умумий тушунча.

Комбинациялашган шикастланишлар асосан оммавий қириш қуролилари – ядро, кимёвий ва биологик қуролилар қўлланиладиган вақтларда вужудга келади. Бундай шикастланишлар аввалги урушлардаги бўлган шикастланишлардан тубдан фарқ қилади, чунки бундай шикастланишларда одамга бир вақтнинг ўзида бир неча хил шикаст тури – механик, термик, нур таъсир этади. Оммавий қириш қуроли қўлланилган жойларда вужудга келадиган шикастланишларга хос бўлган хусусиятлар шундан иборатки, улар комбинациялашган, оммавий бўлади, бир хил типда ва бир вақтда содир бўлиб, тез қурбонлар вужудга келади. Комбинациялашган шикастланишлар гуруҳига икки ва ундан ортиқ факторларнинг таъсиридан вужудга келадиган шикастланишлар киради.

Турли факторлар билан вужудга келадиган шикастланишлар бир вақтнинг ўзида ёки кетма – кет бўлиши, бир турдаги қурол таъсирида бўлиши мумкин. ҳозирги замон урушларида жуда хилма-хил бўлган комбинациялашган шикастланишлар учраши мумкин.

Атом қуроли портлаши натижасида шикастланганларнинг тахминан 3/4 қисми комбинациялашган шикастланиш бўлади. 1.5 км радиусдаги химояланмаган одамларга ядро қуролининг 3 та зарарловчи фактори таъсир қилади: ёруғлик нурланиши ва зарб тўлқини 2.5 км радиусда таъсир

қилади. Портлаш вақтида эпицентрдан 1-2 км узоқликда, пана жойда бўлмаган кишилар шу заҳоти ўлади.

Ядро портлаши вақтида аҳолининг 80-90% биринчи тиббий ёрдамга муҳтож бўлади. Зарарланишни асосий қисми характериға кўра ёпиқ шикаст-ланишларни (52%) ташкил қилади, шу жумладан калла суягининг ёпиқ шикастланиши, узоқ вақт эзилиш синдроми, куйиш (25-30%). Шикастлан-ганларнинг 70-75% оғир ва ўрта даражадаги шикастлар, 25-30% енгил шикастлар бўлади. Ядро портлашининг таъсири натижасида бўладиган ўлим: зарб тўлқинидан 18.4%, ёруғлик нурланишдан 51.7%, сингувчи радиациядан - 29.9%. Ушбу миқдорни ўзгариши зарарловчи факторларға ва тиббий эвакуация босқичларида кўрсатилган биринчи тиббий ёрдамнинг вақтиға боғлиқ.

Комбинациялашган нурли шикастланишлар, уларнинг кечиши хусусиятлари, биринчи тиббий ёрдам.

Комбинациялашган шикастланишлар механик шикаст ва куйишни нурланиш касаллиги билан, ҳамда жароҳат ва куйиш юзаларини радиактив моддалар билан зарарланишиға бўлинади. Барча комбинациялашган шикастланишларнинг характерли хусусиятларига қараб, ФТХТ нинг аралашув характери ва ҳажми белгиланади.

1) Механик ва термик шикастланишларнинг бирға келиши ўткир нурланиш касаллигининг кечиши ва оқибатини оғирлаштиради ва аксинча нурланиш касаллигининг бўлиши механик ва термик шикастларнинг кечиши ва оқибатини оғирлаштиради (бир-бирини оғирлаштирувчи синдром). Аввало, механик шикаст ва куйиш, нурланиш касаллигининг бошланғич даври ва яширин даврини қискартиради.

2) Ҳар бир комбинациялашган нурли шикастланишлар-нинг умумий белгиларини вужудға келиши сабабли тиббий эвакуация этапларида шикастланганларни тиббий саралаш қийинлашади.

3) Комбинациялашган нурли шикастланишлар нурланиш касаллигини вужудға келтирган лейкопения ва организмнинг ареактив ҳолати фонида кечади. Организмнинг инфекцияға ва йирингли жараёнларға нисбатан қаршилиқ кўрсатиш кучининг сусайиши ионловчи радиация таъсири натижасида вужудға келади. Иммунобиологик реакцияларнинг яна бир қатор факторларға боғлиқ: токсемия (тўқималарнинг парчаланиши, маҳсулот-лар билан заҳарланиш), анемия ва суяк илиги фаолиятини пасайиши, лейко-пения ва лимфатик тўқима элементлари фаолиятини пасайиши. Жароҳатлар, синишлар ва куйишлар-нинг битиш вақтлари узаяди.

4) Комбинациялашган шикастланишларда тез-тез қон қуйилишлар ва қон кетишлар бўлиб туради (геморрагик синдром – қоннинг ивиш вақтини 1.5-4 мартаға узайиши, қон томирларининг синувчанлиги, деворининг

заифлиги ва ўтказувчанлигини ортиб кетиши натижасида). Жароҳатда ва бошқа органларда кўлаб қон қуйилишлари, кўкришлар, қон кетишлар кузаилади. Комбинациялашган шикастланишлар-нинг бундай хусусиятлари жгут қўйиш вақтини қисқартириб, жароҳатдан боғамни эҳиётлик билан ечишни тақазо этади.

5) Комбинациялашган шикастланишларда шикаст-ланиш шоки эрта вужудга келиб, оғир кечади: эректил фазаси узайиб, организмнинг компенатор механизмлари ишдан чиқади, шокнинг иккинчи фазаси қисқа давом этиб, оғир кечади, кўпинча ўлим олиб келади.

6) Комбинациялашган шикастланишларда биринчи тиббий ёрдам кўратиш ишлари қийинлашади (босиб қолган жойларда, ёнғинда индивидуал ҳимоя воситалари ишлашга тўғри келади). Шикастланганларга даволашни ташкил қилишда комплекс даволашнинг айрим элементларини бир-бирига мутаносиблиги мумкин бўлмай қолади (катта қуйиш майдонини даволаш ва кўп суякларнинг синишини даволаш).

Комбинациялашган шикастланишларда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш умумий тартибда амалга оширилади ва қуйидагиларга аҳамият берилади.

- 1) противогаз кийдириш
- 2) босиб турувчи боғлам ёки жгут қўйиш
- 3) қисман санитар ишловини ўтказиш
- 4) асептик боғлам қўйиш
- 5) вақтинча иммобилизация қилиш
- 6) шикастланиш ўчоғидан эвакуация қилиш.

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш отрядида (ОПМ) боғламлар тўғрила-нади, тахтакачлар қайтадан қўйилади, ҳаётий зарурат туфайли операция-лар қилинади. Жароҳат ва қуйишларда юқумли асоратларни олдини олиш учун кенг таъсир этиш кучига эга бўлган антибиотиклар қўлланилади.

Жароҳатнинг дастлабки жарроҳлик ишлови нурланиш касаллигининг белгилари пайдо бўлгунча қилиниши керак. Жароҳатнинг жарроҳлик ишлови оддий жароҳатланишдек бўлиб, фақат бунда тиббий ходимларнинг ва бошқа шикастланганларнинг нур билан зарарланиш хавфи бўлиши мумкин. Радиоактив моддалар билан ифлосланган бойлов материалларини, операция натижасида олиб ташланган некротик тўқималарни йиғиб, ерга кўмилади. Комбинациялашган нурли шикастланишларда асосий даволаш чора-тадбирлари қуйидагилардан иборат:

- 1) нурланиш касаллигини, юқумли касалликларни эрта даволаш;
- 2) шокка қарши даволар ва қон оқишларни тўхтатиш;

- 3) жароҳатга, куйган юзаларга, очик синишларга дастлабки жарроҳлик ишлови бериш ва қоқшолга қарши зардоб, антибиотиклар бериш;
- 4) шикастланиш ва унинг асоратларини кетма – кет даволаш, шикастланганларни парвариш қилиш;

Инфекцияга қарши кураш-жароҳатларни, куйишларни, очик синишларни жарроҳлик ишловидан ўтказиш, йирингли асоратларни даволашдан иборат. Бунинг учу антибиотиклар одатдаги дозалардан 3-4 марта юқори дозаларда бералади. Комбинациялашган нурли шикастланишларда инфекцияга қарши курашда қоқшолга ва гангренага қарши курашда зардоб ҳамда анатоксинлар жуда яхши ёрдам беради. Уларни ҳам одатдаги дозалардан 5-7 марта ортиқ дозаларда қўлланилади. Шокка қарши кураш оддий чоралардан – шикастланганларни иситиш, қон оқимини тўхтатиш, иммобилизация қи-лиш, оғриқсизлантиришдан иборат. Касалхоналарда эса бундай шикастланганларни шокка қарши палаталарда ётқизиб даволанади.

Қон оқимини тўхтатиш 100-150 мл миқдорда қон ёки 50-70 мл миқдорда плазма қуйиш билан ёки турли гемостатик препаратларни қўллаш билан амалга оширилади. Регенератив жараёнларни яхшилаш мақсадида қон ёки унинг ўрнини босувчи эритмалар қўйилади, новокаинли блокадалар, физиотерапевтик ва умумий қувватловчи даво чоралари қўлланилади.

Нурланиш касаллигининг яширин ёки соғайиш давларида жароҳатни яхши битиши учун терини кўчириш ўтказиш тавсия қилинади. Комбинациялашган нурли шикастланишларда янги консерваланган суяк илигини суяк ичига трансплантация қилиш муҳим роль ўйнайди.

Радиоактив ва заҳарли моддалар комбинациялари.

1. Радиоактив микстрлар – РМ билан ифлосланган жароҳатлар.

Кўп ҳолатларда жароҳатлар ва куйган юзалар РМ билан ифлосланиши мумкин. Ядро зарядини портлаши вақтида чанг заррачалари, тупроқ, сув орқали, оддий қуролларни РМ билан зарарланган территорияда қўллаш натижасида ва бошқаларда вужудга келиши мумкин.

Жароҳатга тушган РМ бир томондан организмга жуда тез сўрилса, иккинчи томондан жароҳатга ўзининг таъсирини кўрсатади. Дастлаб РМ тушган жароҳат оддий жароҳатдан фарқ қилмайди. Кейинчалик жароҳат юзасидаги ҳужайралар РМ модда таъсирида некротик ўзгаришларга учрайди. Ҳужайраларнинг бўлинишини ёмонлашади. Жароҳатдаги бу ўзгаришларга микробларнинг ўсиб ривожланиши учун яхши шароит яратади ва йирингли жараёнларни вужудга келишига олиб келади.

Радиоактив микстрларда некротик тўқималарнинг кўчиб чиқиши суст боради, регенератив жараёнлар секинлашади, рангсиз қон оқиб турган грануляция ҳосил бўлади ва у қайта боғлам қўйишларда кучли иккиламчи

қон кетишларга олиб келади. Радиактив микстларнинг битиши кўп омилларга боғлиқ: жароҳатга тушган РМ ларнинг миқдори ва физик-кимёвий хусусиятларга, нурланиш касаллиги белгилари бор - йўқлигига, жароҳатнинг ўлчами ва характериға, организмнинг шахсий хусусиятларига боғлиқ. РМ билан ифлосланган жароҳатларни тўғри йиғилган анамнез (РМ билан контакт) ва дозиметрик назорат орқали аниқлаш мумкин.

**Кимёвий микстлар - жароҳатни турғун заҳарли
моддалар билан ифлосланиши.**

ЗМ билан жароҳатнинг ифлосланиши бўлади:

- кимёвий қуролларнинг (снаряд) бўлаклари билан жароҳатланиш;
- ЗМ билан зарарланган территорияда жароҳатланиш натижасида;
- ЗМ ларни ҳавода сачратиш ва куйиш натижасида.

Кимёвий микстларнинг ўзига хос хусусиятлари шундан иборатки, улар эзилган ва лат еган тўқималарда заҳарлилик хусусиятини узоқ вақт сақлайди. Жароҳат орқали ЗМ тез сурилиб, ўзининг заҳарлаш таъсирини кўрсатади. Кимёвий микстлар на фақат тўқималар бутунлигининг бузилиши, балки жароҳат юзасидаги рецепторлардан борадиган, бир қатор ҳаётий зарур органларнинг анатомик ўзгаришларига (бош мия, юрак, буйрак) сабаб бўла-диган мураккаб қўзғалишлар манбаи ҳисобланади.

1. Жароҳат иприт билан зарарланган бўлса, куйган резина ёки горчица ҳиди келади. Баъзан жароҳатда қора ёғсимон иприт кўринади, жароҳат атрофи шишади. Қизарган терида пуфаклар, жароҳат усти эса некротик парда билан қопланган бўлади. Кейинчалик инфекция қўшилиб, жароҳат-нинг битиши узоққа чўзилади. Бунда ташқари ЗМнинг умумрезорбтив таъ-сири намоён бўлади; умумий ланжлик, иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айнаш, қайт қилиш, бош оғриғи, бош айланиш. Оғир ҳолларда тиришиш, кома ҳола-ти, кўпинча ўлим билан тугайди.

2. Жароҳат люзит билан зарарланган бўлса, герань ҳиди келади. Заҳар-ланиш вақтида бемор кучли оғриқ ҳис қилади. Дастлабки минутларда жаро-ҳат қўл рангига, кейинчалик сарик рангга киради. Жароҳат атрофидаги тўқималар яллиғланиб, 6-8 соатдан кейин майда қон қуйилишлар вужудга келади. Сутканинг охирига бориб пуфаклар ҳосил бўлади. 2-3 кундан ке-йин жароҳат юзаси некротик модда билан қопланади. Инфекция қўшили-ши мумкин. Жароҳатнинг люзит билан зарарланишида умумий инток-сикация ипритдагига қараганда тезроқ ва кучлироқ намоён бўлади. Умумий симптомларга қуйидагилар киради: умумий дармонсизлик, ҳаллослаш, ўпка шиши, коллапс.

3. Жароҳат фосфор билан зарарланса, саримсоқ ҳиди келиб, уни атрофидаги тери куяди. Зарарланган тўқима қўл ранг қатқалоқ (струп) билан қопланади. Кейинчалик жароҳатдан сероз – йирингли суюқлик

оқади. Резорбтив таъсири натижасида 2-3 кундан кейин сарғаяди, тери ва шиллик қаватларга қон қуйилишлар кузатилади.

4. Жароҳатни зарин билан зарарланишида жароҳатда ва унга яқин соҳаларда мускулларнинг фибриляр тортилиши (тиришиш) кузатилади, нафас олиш қийинлашади, умумий безовталаниш, айрим мускуллар тиришиши ва бу тиришишнинг тананинг барча қисмига ўтиши кузатилади.

5. Радиоактив микстларда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш умумий тартибда амалга оширилади ва қуйидагилар билан чегараланади:

1. босиб турувчи боғлам ва жгут қўйиш;
2. противогаз кийдириш;
3. қисман санитария ишловини бериш;
4. асептик боғлам қўйиш;
5. шикастланиш ўчоғидан эвакуация қилиш;

Даволаш, боғламларни тўғирлаш, шокка қарши чоралар кўриш, қарши зардоб юбориш, ҳаётий зарурат туфайли операциялар қилишдан иборат.РМ билан ифлосланган материаллар, операция вақтида олиб ташланган некротик тўқималар йиҳилиб, ерга кўмилади. Жароҳатнинг дастлабки жарроҳлик ишлови кўп миқдорда антибиотиклар, қоқшолга ва гангренага қарши зардоб юбориш билан тугатилади. Кимёвий микстларда биринчи тиббий ёрдам.

1. Противогаз кийдириш.
2. Қисман санитария ишловини бериш.

3. Антidot бериш (БЗМ билан заҳарланганда – атропин ва махсус антidotлар, синил кислотаси ва люизит билан заҳарланганда – амилнитрит).

4. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш (қон оқишини тўхтатиш, асептик боғлам қўйиш, оддий шокка қарши чоралар).

5. Шошинч жарроҳлик ишловини бериш мақсадида тез ва ўз вақтида зарарсиз жойга эвакуация қилиш.

ЗМ билан ифлосланган жароҳатларнинг дастлабки жарроҳлик ишлови сўрилишини максимал даражада камайтириш учун тезроқ бажарилиши керак.

ФБЗМ билан ифлосланган жароҳатлар 2% ли сода эритмаси билан, иприт билан зарарланган жароҳатлар эса 2% ли хлорамин билан тозаланиши керак. Агар жароҳатга кўп миқдорда иприт тушган бўлса 5-10% ли хлорамин қўлланилади ёки унинг 15% ли 70⁰С ли спиртдаги эритмаси қўлланилади. Ишлов бериш жараёнида асбобларни тез-тез алмаштириб турилади, қўл-қоплар ва асбоблар дегазация қилинади. Жароҳатни бутунлай беркитиб тикиб қўйиш тавсия этилади.

Саволлар:

1. Комбинациялашган шикастланишлар нима?
2. Комбинациялашган шикастланишларнинг хусусиятли томонларини кўрсатинг.
3. Комбинациялашган шикастланишларда биринчи тиббий ёрдам принципи қандай?
4. Радиоактив микстлар нима?
5. Кимёвий микстлар нима ва улар билан шикастланишнинг ўзига хос хусусиятлари?

