

**УЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЕТ ОЛИЙГОХИ 6-7 КУРС ЖАРРОХЛИК
КАСАЛЛИКЛАРИ ВА УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

МАВЗУ: Абдоминал жаррохликда беморларни ташрихга
тайерлаш, ташрих олди тайергарлик усуллари
ташрихдан кейинги даврни олиб бориш.

ХИРУРГИК КАФЕДРА АССИСТЕНТЛАРИ УЧУН УСЛУБИЙ КУЛЛАНМА.

А Н Д И Ж О Н – 2 0 0 5

«ТАСДИКЛАЙМАН»
6-7 курс хирургик касалликлари ва
урология курси кафедраси мудири
проф: _____ Нишанов Ф.Н.

ИШ РЕЖАСИ

6-7 курс хирургик касалликлари ва урология курси кафедрасида уқиш вақти.

	Давомийлиги, Минут	Вақти
1. Йуклов.	5	8 ⁰⁰ - 8 ⁰⁵
2. Талабаларни дарснинг назарий қисмига тайёрлигини текшириш.	120	8 ⁰⁵ - 10 ³⁵
3. Танаффус.	10	8 ⁵⁰ - 9 ⁰⁰
	10	9 ⁴⁵ - 9 ⁵⁵
	10	10 ²⁵ - 10 ³⁵
4. Дарс мавзусига оид беморларни қуриш. Беморларни мустақил қурация қилиш. Клиник симптомларни такқослаш.	45	10 ³⁵ - 11 ²⁰
5. Катта танаффус.	40	11 ²⁰ - 12 ⁰⁰
6. Семинар дарси. Назарий саволларни, вазиятли масалаларни ва тестларни таҳлил қилиш.	90	12 ⁰⁰ - 13 ³⁰
7. Танаффус.	10	12 ⁴⁵ - 12 ⁵⁵
	10	13 ³⁰ - 13 ⁴⁰
8. Амалий қуникмаларни таҳлил қилиш.	55	13 ⁴⁰ - 14 ³⁵

Дарс утишнинг умумий коидалари.

НАЗАРИЙ ДАРС УТИШ.

Талаба кафедрага келгунча булган вақтда булажак цикл бўйича дарс мавзуларини тула ёзиб олган бўлиши ва ҳар бир дарсга тайёрланиб келиши шарт.

Кафедрада ассисент утилатган дарс мавзуси бўйича ҳар бир студентдан сураши ва рейтинг системаси бўйича баҳо қўйиб бориши шарт. Талабага дарс мавзуси бўйича саволлар берилади, агар талаба қониқарли жавоб қайтармаса қўшимча савол бериши мумкин.

Талабалар билимини баҳолаш тизими

№	Ўзлаштириш (%) ва баллар	Баҳо	Баҳолаш сифатлари	Тайёргарлик даражаси
1	91 – 100	аъло «5»	Умумлаштиради, баҳолайди, таҳлил қилади, қўллайди, тушунади, билади.	4-даража: ижод қилиш даражаси.
2	86 – 90	жуда яхши «5»	Таҳлил қилади, қўллайди, тушунади, билади.	3-даража: билим ва қўникмалар даражаси.
3	71 – 85	яхши «4»	Қўллайди, тушунади, билади.	3-даража: билим ва қўникмалар даражаси.
4	65 – 70	Тўлиқ қониқарли «3»	Тушунади, билади.	2-даража: ўқув қобилият даражаси.
5	55 – 64	қониқарли яъни минимал талаблар қанаъатлани «3»	Билади.	1-даража: тасаввур этиш даражаси.
6	54 – 41	қониқарсиз, қўшимча ишлаш талаб этилади «2»	Ёмон билади.	0-даража: суҳбат тасаввур этиш даражаси.
7	40 – 30	қониқарсиз, бўш, қўп қўшимча ишлаш талаб этилади «!»	Билмайди.	0-даража: мутлоқ тасав-вур йўқлик даражаси.
8	30	«0»	Қатнашиш бали.	0-даража.

ДАРС МАВЗУСИ: Абдоминал жаррохликда беморларни ташрихга тайерлаш, ташрих олди тайергарлик усуллари ва ташрихдан кейинги даврни олиб бориш.

ДАРСНИНГ МАКСАДИ:

1. Абдоминал жаррохликда беморларни ташрихга тайерлашни ургатиш.
2. Талабаларга абдоминал жаррохликда беморларга ташрих олди тайергарлик усуллари ургатиш ва курсатиш.
3. Талабаларга абдоминал жаррохликда беморларда ташрихдан кейинги даврни олиб бориш ва унинг узига хослигини ургатиш.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

1. Беморни оперцияга тайерлаш кандай тадбирларни уз ичига олади.
2. Операцияга тайергарлик даврида режали операциялар куйидаги даврларга булинади.
3. Якин орадаги режали операцияга тайергарлик муддати неча кун.
4. Операциядан сунгги давр неча фазага булинади.
5. Операциядан олдинги даврда кандай текширувлар утказиш шарт.
6. Операциядан кейинги асорат турларини курсатинг.
7. Операциядан сунгги эртанги асоратларни сананг.
8. Тренделенбург холатида кандай операциялар бажарилади.
9. Махаллий огриксизлантириш турлари.
10. Хирургик операциялар неча боскичдан иборат.

Назарий кисм.

ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРГАРЛИК ДАВРИ ВА БЕМОРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШ

Операцияга тайёргарлик куриш даври (операциядан олдинги давр) бемор стационарга келган ёки поликлиникага мурожаат килган пайтидан бошлаб, то операция бошлангунча утадиган вақтни уз ичига олади. Операцияга тайёргарлик даврини икки боскичга ажратиш мумкин: диагностик аниқлаш ва беморни жаррохлик йули билан даволашга тайёрлаш. Биринчи боскичда диагноз аниқланади, турли орган ва системаларнинг ахволи текшириб курилади ва операция қилиш учун маълумотлар аниқланди, иккинчи боскичда эса беморни операцияга тайёрланади.

Операцияга тайёргарлик куриш даврининг канча давом этиши касаллиқнинг хусусиятига, беморнинг умумий ахволига, операциянинг шошилиқчилиги даражасига ва жаррохлик йули билан даволашнинг қуламига боғлиқ, равишда узгариб туради. Кечиктириб бўлмайдиган операцияларда (кон кетишини тухтатиш, чувалчангсимон усимта уткир яллиғланган, меъда яраси тешилган, хомила бачадондан ташқари бўлган ҳолларда) операцияга тайёргарлик куриш даври қисқа бўлади. Бу фурсат ичида факат оддий тадбирлар (ювиниш, сочни олиш), шунингдек текширишлар (кон ва сийдикни текшириш, кукрак кафаси ва қорин бушлигини рентгенологик текшириш) амалга оширилади. Оғир беморлар учун, шунингдек, операция зудлик билан қилинадиган бўлса, сув муолажалари қулланилмайди. Шу билан бирга, юрак ва томирлар, трансплантология хирургиясида, меъда ва ут чиқариш йулларини тиклаш хирургиясида операцияга тайёргарлик даври баъзан бир неча ҳафтага чузилиб кетади.

- Беморни операцияга тайёрлашнинг ахамиятини баҳолаш мушқул, чунки қилинадиган операциянинг муваффақиятли утиши қупинча ана шу тайёрлашга боғлиқ бўлиб қолади. Хирург операцияга тайёргарлик куриш давридаёқ жаррохлик йули билан даво қилинаётган пайтда эҳтимол тутилган қийинчиликларни олдиндан қура билиши керак. Бу қийинчиликлар шартли равишда оғрикисизлантиришнинг тури, кон кетиш эҳтимоли, операция шоки ёки ҳаётий муҳим аъзоларнинг шикастланиш эҳтимоли билан борлиқ бўлиши мумкин.

Беморни операцияга тайёрлаш даврида узгаришга ўчраган аъзолар фаолияти коррекция қилинади. Кенг қуламдаги радикал операция, қуп босқичли ва бир босқичли операцияларда бўлгани каби, паллиатив операцияга нисбатан катта резервларни талаб қилади.

Операцияга тайёргарлик даврида режали операциялар қуйидагича ажратилади: 1) олис, 2) яқин орадаги ва 3) бевосита операцияга тайёргарлик куриш даври. Масалан, олис операцияга тайёргарлик куриш даврида, агар беморда буқоқ ёки тугма юрак касали бўлса, санаторий давоси қулланилади, бодомсимон без ва қириган тишлар санация қилинади. Яқин орадаги операцияга тайёргарлик куриш даврида (7—15 кун давомида) соматик

системанинг умумий ҳолати уз вақтида яхшиланади, бевосита операцияга тайёргарлик куриш даврида эса, санитария ишлови утказилади, ковук ва турри ичакдаги нарсалар чикартириб юборилади.

Бевосита операцияга тайёргарлик даври тадбирлари ва белгиланган турдаги (стенозда меъдани тозалаш, йугон ичакни резекция килишдан аввал уни сифонли хукна килиш, йирингли упка касалликларида нафас йулларини санация килиш) операцияга тайёрлаш учун узига хос тадбирлар тафовут килинади: хар кандай операция олдидан беморни тайёрлаш даври учун бир хил ва мажбурий булган тадбирлар (гигиеник сувли ванна, сочни олиш, хукна килиб тозалаш, ковукни бушатиш) бевосита операцияга тайёргарлик куриш даври учун тегишлидир.

Беморнинг рухни ҳолатини, умумий соматик ҳолатини, маҳаллий жараённи нормага соладиган ёки яхшилайдиган тадбирлар ҳам операцияга тайёргарлик даври тадбирларига киради.

Беморни рухий тайёрлаш. Хирургик операция рухий жихатдан СОГЛОМ кишиларда у ёки бу даражада рухан эзилишга сабаб булади. Буни бартараф этиш ёки камайтиришнинг уддасидан чикилса, бу беморни операцияга таиерлашга ҳам, операциядан кеинги натижаларга ҳам яхши таъсир курсатади. Тиббиет ходими беморнинг асаб системасини бутун даволаниш даврида, айникса якин орада буладиган операцияга тайёргарлик куриш даврида авайлаб-асраши зарур. Бу даврда беморда булажак операция билан борлик куркув ва ишончсизлик пайдо булади, салбий кечинмалар юзага келади, купдан-куп саволлар тугилади. Буларнинг барчаси организм реактивлигини пасайтиради. Операцияга тайёргарлик куриш даврида бемор билан врач уртасидаги алока айникса кучаяди. Врачнинг беморни операция яхши тугашига ишонтира олиш кобилияти ҳамда даволаш беморга янгидан-янги куч багишлайди. Огир, тузатиб булмайдиган касалликларда (масалан, хавфли усма касалликлари-да) врач онгли равишда хакикатни бемордан яширади, акс холда бемор согайиб кетишига булган сунгги умидини ҳам йукотади ва касаллик япада тезлик билан авж ола бошлайди.

Операцияга тайёргарлик куриш даврида уйкусизликка ва огрикка карши курашиш мухим аҳамиятга зга. Шу мақсадда уйку, асабни тинчлантирувчи (транквилизаторлар) ва огриксизлантирувчи дори-дармонлар (анальгин, промедол, омнопон, морфин) кулланилади. Беморнинг согайишига узини-узи ишонтира олиши, шунингдек, согайиши хакикат эканига ишонтира билиш ва тиббий гипноз катта аҳамиятга моликдир. Белгиланган операция кунини болаларга ва хис-туйгуга тез бериладиган беморларга билдирмаслик маъкул; бундай беморларга наркоз беришни палатадаёк ёки операция хонасидан олдинги хонада {операцияга тайёрланиш хонасида) бошлаш мақсадга мувофик.

Хар бир холда ҳам операцияга беморнинг уз розилигини олиш зарурдир. Агар бемор хушини йукотган ёки рухий касаллик туфайли муайян жавобни бера олмаса, у холда жаррохлик йули билан даволаш масаласи врачлар консилиуми йули билан хал этилади. Бемор болани операция килиш учун унинг ота-онасининг розилигини олиш зарур. Жуда шошилишч операцияларда,

агар бемор боланинг ота-онаси булмаса, у холда бу масала ҳам консилиум йули билан хал этилади.

Беморни умумий жисмоний (соматик) жихатдан тайёрлаш. Операцияга тайёргарлик куриш даврида беморнинг соматик ҳолатини баҳолаш учун кон айланиш тармогидаги, нафас олиш йулларидаги узгаришларга, шунингдек паренхиматоз аъзолар фаолиятига алоҳида эътибор бериш лозим.

Операция пайтида юрак-томирлар системаси ортикча зурикади. Агар кон айланиши компенсацияланган характерга эга булса, уни яхшилашнинг хожати йук. Аммо туқималар ва аъзоларнинг анчагина зарарланиши билан кечадиган йирик операциялар олдидан махсус тайёргарлик куриш зарур. Артериал гипотонияси бор, кон айланишининг етишмовчилиги булган, юрак уриши ва утказувчанлиги бузилган беморларни операцияга, айникса алоҳида диққат-эътибор билан тайёрлаш керак. Бундай касалликлари бор беморлар учун операция тугри келмаслиги мумкин. Юрак-томирлар фаолиятида етишмовчи-лик булган бемор урнидан турмай етиши, суюкликларни кам ичиши зарур; унга юрак фаолиятини яхшиловчи гликозидлар (строфантин, дигоксин, изоланид, целанид), сийдик хайдайдиган (диуретик) дорилар (новурит, лазикс, верошпирон, триампур ва б.) ва бошка дори-дармонлар (кокарбоксилаза, АТФ ва б.) тайин килинади.

Операцияга тайёргарлик куриш даврида камконликни бартараф этиш ҳам анчагина аҳамиятга эга. Гемоглобин таркиби нормада 25—40 фоиз паст булган беморлар операцияни ёмон кечирадилар. Шунинг учун ҳам бундай ҳолатларда операциядан аввал бир неча марта кон куйилади (250—500 мл), кон етказиб берувчи органлар фаолияти кучайтирилади (таркибида темир тутган дорилар, гемостимулин, витамин В), талабга тула жавоб берадиган пархез ва поливитамин дорилар тайин килинади. Уткир анемия юз берган ҳолларда операцияни бир вақтнинг узида беморга кон препаратларни куйиш билан амалга оширилади.

Тромбоз ва эмболиянинг олдини олиш учун организми заифлашган беморларда томирларда коннинг ивиб қолиш индекси аникланади, зарурат булса антикоагулянтлар {фенилин, омефин, гепарин) тайин килинади.

Барча операцияларнинг 5—10 фозида, айникса корин ва кукрак бушликларида муолажалар килинганда нафас олишнинг бузилишга упка асорати пайдо булади. Купинча улар жаррохлик йули билан даио килишдан олдин нафас олиш органларида патологик узгаришлар мавжуд булган ҳолларда юзага келади.

Режали операциялар амалга оширилишидан аввал буруннинг ку'шимча бушликларидаги яллигланишни, уткир ва сурункали бронхит, плеврит ва пневмониями бартараф этиш зарур. Шу мақсадда балгам кучирадиган дорилар, антибиотиклар, сульфаниламидлар ва даволашнинг махсус усуллари (ингаляция, физиопроцедуралар, даволаш физкультураси) кулланилади. Огриклар ва беморнинг мажбурий ҳолати нафас олиш куламининг камайишига сабаб булади. (Операцияга тайёргарлик куриш даврида бемор нафас олиш гимнастикаси комплексини узлаштириши, балгамни тугри ташлашни урганиб олиши керак. Уткир ринит, трахеит, бронхит, шунингдек

упка эмфиземаси (хаё'тий маълумотлар буйича амалга ошириладиган операциялар бундан мустасно) операцияга йул куймайдиган ноаниклик хисобланади.

Меъда-ичак йулини операцияга тайёрлаётганда беморнинг узок вақт оч қолиши, сурги дорилар ичиши ва йугон ичакни қайта ювиш мақсадга мувофиқ эмас. Хатто бу зарарли ҳамдир, чунки у ацидозни ва кислота-асос ҳолатининг узғаришини келтириб чиқаради, ичак тонусини пасайтиради, катта қорин томирларида қон ҳаракатининг сусайишига (ёки тухтаб қолишига) сабаб бўлади. Натижада оқир интоксикация ривожланиши, қайт қилиш, метеоризм ва олигурия кучайиши мумкин. Шунинг учун эртага операция деган қуни кечкурун ва операция қуни эрталаб беморга оқат берилмайди. Операциядан кейинги ацидознинг олдини олиш мақсадида беморнинг операция қуни арафасида бир стакан ширин қой ичиши тавсия этилади.

Оғиз бушлигини санация қилиш, қариоз тишларни олиб ташлаш муҳим аҳамиятга эга. Операциядан кейинги даврда юз бериши мумкин бўлган паротит, гингивит ва глосситнинг олдини олиш учун тишларни тозалаш ва ОРИЗ бушлигини водород пероксиди ёки калий перманганат билан чайиш мақсадга мувофиқ. Меъда операциядан олдин бушатилиши керак.

Агар меъдани операция қилиш қўзда тутилган бўлса, у ҳолда операция арафасида меъда ювилади. Меъдадан қон кетаётган бўлса, уни ювиш тавсия этилмайди. Борди-ю, меъда нана тулиб қолган бўлса (утқир ичак беркилиб қолиши, қорин бўйи степози), бундай ҳолларда бевосита операция олдида уни яна бушатиш зарур.

Агар ич уз-уздан қелмаса, ана шундагина тозалаш ҳукнаси қўлаш мумкин. Йугон ичак ва қот ораси операцияси бундан мустасно; операция бошланиши олдида ичак сифон ҳукна ёрдамида нажасдан бутунлай тозаланади. Шунингдек, ичкадаги гижжа инвазиясини бартараф этиш керак.

Жигар паренхимасининг шикастланиш операциянинг хатарлилигини сезиларли даражада оширади. Операцияга тайёргарлик даврида беморга оқат истеъмол қилишни чеклаш жигарда гликогенни ва қонда қанд моддаси даражасини қамайтиради, бу эса, уз навбатида, репаратив жараёнларни тухтатиб қолади. Шунинг учун ҳам жигардаги гликоген захирасини қўпайтириш жуда муҳим. Бунга тўйимли оқатлар истеъмол қилиш, глюкоза ва витамин С ни инъекция қилиш нули билан эришиш мумкин. Жигар функциясини яхшилаш учун метионин, липокаип, витамин В₁₂ юборилади.

Режали операциядан олдин сийдик ажралиши системасини тайёрлаш учун бўйракларнинг функционал ҳолатини текшириш, бўйрак синамаларини утқизиш муҳим. Бу, қон ва қон урнини босувчи препаратларни қўйиш ва доридармонларни юбориш билан қечувчи хирургик операция (бунда бўйракка зур қелади) билан боғлиқ бўлгани учун ҳам зарурдир. Бевосита операция олдида бемор қовугини бушатиши лозим. Айниқса қорин бушлигида қилинадиган операциялар олдида албатта шундай қилиниши шарт. Агар беморнинг ўзи ёзила олмаса, у ҳолда қовуқ катетеризация қилинади.

Бадан терисини тайёрлаш. Операцияга тайёргарлик даврида бадан терисини синчиклаб куриш зарур. Операция килинадиган жойда ёки унга якинрокда яллирлэниш (йирингли) касалликлари булса, у холда жаррохлик йули билан даволашни (агар у хаётий маълумотлар буйича амалга оширилмаса) колдириш лозим. Маълумки, яллигланиш касалликлари бошдан кечирилгач, инфекция лимфа тугунларида хали сакланиб колган булади; операциядан кейинги даврда у операциядан кейинги жарохат сохасида асорат ёки сепсис келтириб чикариши мумкин. Бундай холларда шошилишч операциялар антибиотиклар ёрдамида амалга оширилади. Режали операцияларни эса, хатто уткир яллигланиш тугрисида аник далил булмаган, бироқ беморнинг харорати кутарилган (37°C дан юкори) ва эритроцитларнинг чукиш тезлиги (ЭЧТ) ортгани аникланган холларда колдирилади.

Операциядан бир кун аввал бемор ванна кабул килиши, ич кийимларини алмаштириши керак. Огир касалларга ванна кабул килишга рухсат этилмайди, шу сабабли бундай касаллар бадани хул сочики, билан артилади. Хаётий курсатмалар (уткир кон кетиши, асфиксия) буйича операция килиш зарурияти турилган холларда ҳам ванна кабул килинмайди.

Операция кун эрталаб операция килинадиган жой операцияга тайерланади — кайтадан совунлаб ювилади, тери уткир устарада кирилиб, жундан тозаланади. Кесилиши мулжалланаётган жойдаги жунлар иложи борица кенгрок жойдан олиб ташланади, чунки операция чойшабининг (ички кийимнинг) у ёкдан бу ёкка сурилиши натижасида бошка жунлардаги микроблар жарохатга тушиши мумкин. Купинча хирургия булимларида операция килинадиган жой кушимча равишда калийли совун, хлоргексидин эритмаси билан ювилади, стерилланган боглов билан ёпилади ва ана шундан кейингина беморни операция хонасига олиб борилади.

ХИРУРГИК ОПЕРАЦИЯНИ УТКАЗИШ

Хирургик операция бир нечта боскичдан иборат: 1) беморни операция столига ёткизиш; 2) операция майдонини тайёрлаш; 3) огриксизлантириш; 4) операция килишга киришиш; 5) операцияни амалга ошириш (оператив усул); 6) операцияни тугатиш.

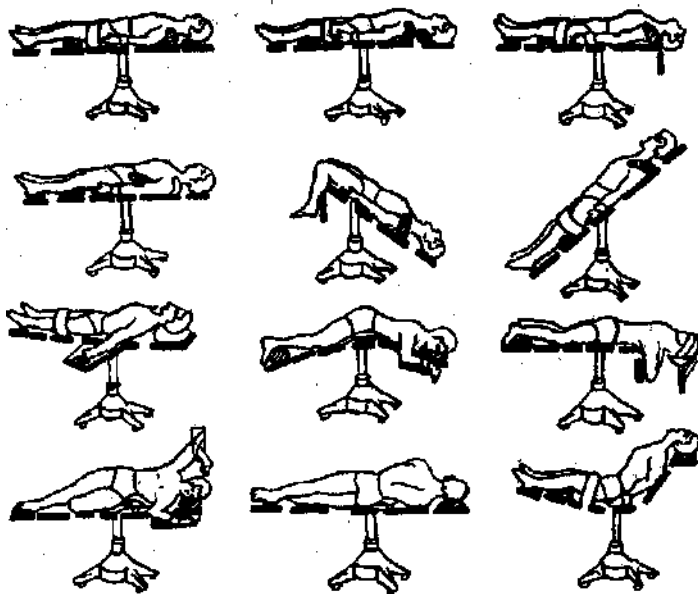
Шунингдек, ушбу бобда жаррохлик йули билан даволашни тугри амалга ошириш учун катта ахамияти булган операция хонасидаги ишларни ташкил этиш хакида ҳам гап боради.

Беморни операция столига ёткизиш. Хамма нарса операцияга тайёрланган, операция столи устига клёнка ва тоза чойшаб ёзилгандан сущтина беморни операция хонасига олиб кирилади. Бемордан ички кийимлари ечиб олиниб, уни операция холатда (бу патологик учокка кулаилик билан якинланшиш ва операцияни амалга оширишга имкон турдиради) операция столига еткизилади; оёклари борлаб куйилади ва устига чойшаб епилади.

Замонавий операция столлари операция амалга оширилаётган пайтда беморнинг ётиш холатини узгартиришга имкон беради (112-раем).

Купинча бемор чалканчасига ётади; бундай ҳолатда ётилганда Корин ва кукрак бушлиги органлари операцияси амалга оширилади. Тегишли механизмлар ёрдамида операция столини ён томонга энгаштириш мумкин, бу билан беморни энгаштирилган ҳолатга келтирилади. Тренделенбург ҳолатида кичик чанок органларида гинекологик операция амалга оширилади (бундай операция ҳолатида оёқлар кутарилади ва махсус тагликларга куйилади, столнинг бош томони эса, тахминан 45°C пастга туширилади). Бемор пастга сирпаниб тушиб кетмаслиги учун унинг оёқлари тиззасидан букилиб, муайян ҳолатда маҳкамлаб борлаб куйилади.

Ёнбошлаб ётиш ҳолати буйрак ёки кукрак кафасида операция амалга оширилганда кулланилади. Гинекологик ҳолатдан тугри ичак, простата беzi, ташки жинсий аъзолар ва кин операция килинганда фойдаланилади (бемор чалканчасига ётади, операция столининг оёқ томони пастга туширилган, беморнинг оёқлари тиззадан букилиб, юқорига кутарилган ва махсус тагликларга куйилган бўлади).



112- расм. Беморни операция столда ёткизиш ҳолатлари.

Юз тубан ётилган ҳолатда умуртка, думгаза, упка, агар зарурият турилса, орка тешик операция килинади. Бош суягининг орка чуқурчаси бемор ярим утирган ҳолатида амалга оширилади. Калконсимон без операцияси бемор чалканча ётган ҳолатида бажарилади (елкалар остига таглик куйилади, бош оркага ташланади, бу ҳол буйиннинг олдинга дуппайиб чиқишини таъминлайди). Кул ёки оёқ кесиладиган бўлса, уни стол четига яқинлаштирилади.

Операция столи устида ётган беморнинг ҳолати билан жаррохларнинг жойлашиши операция вақтида узаро бир-бирига борлиқдир.

Операция килувчи хирург одатда беморнинг унг томонида бўлади. Аммо куп ҳолларда бунинг акси ҳам бўлиши мумкин: масалан, кукрак кафаси ва кукрак бушлиги аъзолари операция килинаётганда хирург беморнинг чап томонида, яъни патологик жараён бор томонда бўлади.

Ассистентлар операция килувчи жаррохнинг рупарасидан жой оладилар, улардан биронтаси жаррох, билан ёнма-ён туриши ҳам мумкин. Операция ҳамшираси купинча операция столининг оёк, томонида туради. Операция бригадаси аъзоларининг кандай жойлашиши операция техникасига ҳам борлиқдир.

Операция майдонини тайёрлаш. Операция майдони деб, баданнинг операция килинадиган қисмига айтилади.

Операция майдони териси тоза килинган, беморнинг устига стерилланган операция чойшаби ёпиб қуйилади,

Килинадиган операциядан бир куп аввал операция хонанинг катта ҳамшираси кандай операциялар назарда тутилатганини ва қайси бири олди, қайси бири кейин бўлишини билиши шарт. Хирургия бўлими мудирлари мулжалланаётган операциялар рухатини уз вақтида унт юборишлари керак. Операция килувчи хирург билан операция бригадаси бамаълаҳват иш тутишлари жуда муҳим — бу жаррох билан диво қилишнинг муваффақиятли утинини таъминлайди.

Операция килувчи хирург операция залига уз вақтида етиб қелиши керак. Операция хотиржамлик билан, унутли иш шароитида /тиши керак, айниқса, бунга агар операция маҳаллий анестезия вақтида утқайлаётган ва бемор тиббиёт ходимининг ҳар бир сузига диққат билан қулоқ солиб турганда катта эътибор бериш лозим. Хирургнинг уз ассистентларига кетма-кет берадиган танбехлари, сифатли асбоб-ускуналарни тайёрламагани ёки уларнинг йуклиги туфайли операция ҳамширасига қиладиган таъналари беморнинг рухиятига жуда ёмон таъсир қурсатади, унинг ҳаёти ва соғлиги ҳавф остида қолгандек туюлади.

Операция вақтида мураккаб аҳвол юз берганда ҳам хирург узини вазмин тутиши керак. Агар у мулжалланган операцияни қила олмайдиган бўлса секин юз берган мураккаб аҳволни бартараф этишнинг уйдасидан чиқа олмаса, бундай ҳолларда дарҳол консультантларни чақириш лозим.

Операция ҳамшираси хирургнинг масъул ёрдамчиси ҳисобланади. У операция залидаги ишларни ташкил қилади, асептикага жавоб беради ва уз қули остидагиларга раҳбарлик қилади. Операция ҳамшираси операция вақтида зарур бўладиган операция оқликлари ва асбоблари, тикиш материали ва дори-дармонларининг стерилизация қилинганига, шунингдек, хонанинг тозаллигига масъулдир. У асептикага риоя қилинишини синчковлик билан қузатиб туради. Агар операция килувчи хирург, ассистентлар ёки бошқалар асептика талабларини бузса, операция ҳамширасининг қурсатмаларини қузсиз бажаришга мажбурдир. Операция тугагандан сунг операция ҳамшираси катта, тампонларни, салфетқаларни санаб чиқади, асбобларни ҳисобдаб қуради (бушлиқларда ва туқималарда ёт жисмларнинг қолишининг олдиқи олиш учуй) ва уларни ювиб асбоб-ускуналар жавонига қуяди, кейин операция залини навбатдаги ёки эртаси қупи бўладиган операцияга тайёрлайди.

ишлатиладиган ҳолларда врач-анестезиолог ҳамда анестезист ҳамширалар амалга оширадилар. Оғир ва узок давом этадиган операция вақтида ҳаётий

мухим органлар функциясини назорат килиб бориш зарур. Бундам лолларда операция бригадаси таркибига кушимча равишда физиологлар ва кардиологлар киритилади; улар кун каналли осциллографлар, мингографлар ва электроэнцефалографлардам фойдаланиб, юракнинг биоэлектрик узгаришларини (ЭКГ) ва миянинг биоэлектрик узгаришларини (ЭЭГ), артериал ва веноз босим узгаришларини кузатиб турадилар. Сунъий кон айланишини куллаб юрак еохасида килнадиган операцинларда, шунингдек перфузио-логлар ва махсус тайёрланган инженерлар катнашадилар.

Килинадиган операциядан бир кун аввал операция хонани катта Хамшираси кандай операциялар назарда тутилаётганини ва кайси бири олдин, кайси бири кейин булишини билиши шарт. Хирургия булими мудирлари мулжалланаётган операциялар руйхатини уз вақтида унга юборишлари керак. Операция килувчи хирург билан операция бригадаси бамаслаҳат иш тутишлари жуда мухим •бу жаррохлик йули билан даво кишининг муваффақиятли утишини таъминланди.

Операция килувчи хирург операция залига уз вақтида етиб келиши керак. Операция хотиржамлик билан, унумли иш шароитида утиши керак, айпикса, бу унга агар операция маҳаллий анестезия остида утказилаётган ва бемор тиббиёт ходимининг ҳар бир сузига диққат билан кулок. солиб турганда катта эътибор бершн лозим. Хирургнинг уз ассистентларига кетма-кет берадиган танбсхлари, сифатли асбоб-ускуналарни тайёрламагани ёки уларнинг йуклиги туфайли операция хамширасига киладиган таъналари беморнинг рухиятига жуда ёмон таъсир курсатади, унинг ҳаёти ва СОРЛИРИ ҳавф остида қолгандек туюлади.

Операция вақтнда мураккаб аҳвол юз берганда ҳам хирург узини вазмин тутиши керак. Агар у мулжалланган операцияни кила олмайдиган бўлса ски юз берган мураккаб аҳволни бартараф этишнинг уйдасидан чиқа олмаса, бундай ҳолларда дарҳол консультантларни чақириш лозим.

Операция хамшираси хирургнинг масъул срдмчиси ҳисоблапади. У операция залидаги ишларни ташкил килади, асептикага жавоб бсради ва уз кули остидагиларга раҳбарлик килади. Операция хамшираси операция вақтида зарур буладиган операция окликлари ва асбоблари, тикнш материали ва дори-дармонларнинг стерилизация килинганига, шунингдек, хонанинг тозалигига масъулдир. У асептикага риоя килинишини синчковлик билан кузатиб туради. Агар операция килувчи хирург, ассистентлар ёки бошқалар асептика талабларини бузса, операция хамширасининг курсатмаларини сузсиз бажаришга мажбурдир. Операция тугагандан сунг операция хамшираси катта ^ампонларни, салфеткаларни санаб чиқади, асбобларни ҳисоблаб куради (бушликларда ва туқималарда ёт жисмларнинг қолишининг олдини олиш учун) ва уларни ювиб асбоб-ускуналар жавонига кунди, кейин операция залини навбатдаги ёки эртаси куни буладиган операцияга тайсрлайди.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВР

„ Бу давр операция тамом булгандан то беморнинг меҳнат қобилияти тиклангунча ёки аҳоли барқарорлашгунча {касаллик-нинг оператив даволаш натижаси аникланади} утган вақтни уз ичига' олади. СОРЭЙИШ даври хирургик операциянинг узи қаби муҳимдир. Операциядан кейинги даврда йул қуйилган ҳатолар оғир асо-ратларни келтириб чиқаради.

Операциядан кейинги давр уч фазага бўлинади: 1) дастлабки фаза — операциядан кейинги дастлабки 3—5 суткани уз ичига олади; 2) кечки фаза — операциядан кейинги 2—3 ҳафтадан иборат, қўпинча у бемор касалхонадан чиқиб кетгунча давом этади; 3) олис фаза — иш қобилияти тиклангунча {ёки бошқа натижа аниқ-лангунча} давом этади.

Бемор учу и операция — ҳам жисмоний, ҳам рухий травмадир. Операциядан кейинги даврда, агар уз саломатлигига эътиборсизлик қилса, регенератив ва репаратив жараёнларнинг бузилиши юзага келади.

1) силлик ёки нормал кечувчи операциядан кейинги давр ва 2) асоратлар билан кечувчи операциядан кейинги давр тафовут қилинади. Биринчи ҳолатда организмнинг уртача реакцияси, иккинчисида эса операциоn травмага нисбатан кескин узгарган реакция (гиперергик ёки анергик ҳолат) кузатилади, бундай реакция организмда функционал узгаришни келтириб чиқаради ва операциядан кейинги асоратларнинг ривожланишига имкон турдиради. Иккала давр уртасида бирор аниқ, чегара утказишнинг иложи йўқ, чунки қўпинча ҳатто нормал кечаётган операциядан кейинги давр бемор том-онидан қилинадиган муайян шикоятлар билан утиши мумкин.

Операциядан кейинги даврда беморларни кузатиб бориш. Беморни операция столидан қамбилда ёки қаталқада олиб кетилиб, қаравотга ётқизилади. Урин бемор келтирилгунча тайёрлаб қўйила-ди: унга тоза окликлар ту шала ди, грелка ёки бошқа иситгич жихрзлари билан иситилади, чунки операция столида ётган беморнинг қон'йўқотиши ва бошқа омиллар туфайли тана ҳарорати пасаяди. Беморни иссик тутувчи аёлга ураб қўйилади, кейин аёл устидан оёрига ва ёнларига грелка қўйилади.

Агар бемор наркоз билан операция қилинган бўлса, бир жойдан иккинчи жойга қучириб олиб бориб ётқизиш маҳалида ва узига қелган дастлабки соатларида қайт қилиши мумкин. Шунинг учун унинг ёнида махсус тоғора, қоз даструмоллар ва ОРИЗ бўшлиғини тозалаш учун асбоблар бўлиши қсрак. Бемор қайт қилаётган бутқасини ташлай олмай нафаси қайтиб олиб қилиши мумкин; тили осилиб, нафас олишини қийинлаштириши мумкин; шунингдек, юрак фаолиятининг тусатдан ёмонлашиш ҳавфи ҳам бор.

Бемор операциядан сунг узига қелиш залида ёки интенсив терапия бўлимида ётиши қерак, бу жойда уни мунтазам равишда кузатиб туриш ва зарур шошилиш ёрдам қурсатиш таъминланади. Беморлар узларига қелган пайтларида қўпинча асабийлашадилар, бақиради-лар, уридан туриб кетмокчи бўладилар, борловни қўлиб олишга уринадилар. Беморний қаравотга турри ётқизиш муҳимдир. Одатда бемор уринга

чалканчасига, баъзан ярим утирган холда (калконсимон без ва курак бушлири аъзолари операция килингандан сунг) ёки юз тубан (умуртка ва орка мия операциясидан кейин) ёткизиб қуйилади. Реанимация ва интенсив терапия булимларида томир уриши, нафас олиш ритми, бадан харорати кузатилади, веноз ва артериал босим аникланади, кон ва сийдик анализлари, сув-электролит баланси аникланади, юрак фаолияти назорат қилинади, зарурият турилиб қолса мия ЭЭГ қилинади, кон оқими тезлиги ва юракнинг бир дақиқада қанча ураётганлиги текширилади. Беморнинг ахволини бадоллаш учун, кузатишни ва интенсив терапия булими ходимининг ишини енгиллаштирадиган мониторинглар системасидан фойдаланилади.

Купинча беморнинг ранг-руйига қараб, унинг ахволи қай даражадалигини аниқлаш мумкин. Кон югурган ва хотиржам чехра одатда бемор узини яхши ҳис этаётганидан дарак беради; юзлари ичига ботган, бурни суппайиб қолган, терисининг ранги оқарган, ёки рангсиз бўлса, беморнинг ахволи оғир, жиддий асоратлар ҳаф солаётти, деб ҳисобланади.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕИИНГИ ДАВРДА ОРГАНИЗМДА ЮЗ БЕРАДИГАН УЗГАРИШЛАР

Операциядан кеинги даврда, одатда, бир неча кундан сунг уз холига келиб қоладиган узгаришларни кузатиш мумкин. 90 фоиз ҳолларда углевод алмашинуви сурилгани кузатилади: бу гипергликемия ва глюкозурия булиши мумкин, улар орриксизлантиришнинг турига борлик, бўлмаган холда пайдо бўлиб, 3—4 сутка давомида йук бўлиб кетади. Углевод алмашинувининг узгаришлари марказий асаб системасининг (МАС -мЦНС) таъсирланиши натижасида қанд моддаларининг етарлича оксидланмаслиги ва эндокрин системасининг бузилиши билан боғлиқ, холда келиб чиқади, деб ҳисобланади.

Шунингдек операциядан кеинги даврда кислота-асос мувозанатининг бузилиши ҳам кузатилади — қонда ишқор захираси камаёди ва ацидоз белгилари пайдо бўлади. Дастлаб ацидоз компенсацияланган хусусиятга эга бўлади, ишқор захираларининг камайиши-га мувофиқ қайт қилиш, метеоризм, бош орриши, "безовталиқ, уй-қусизлик пайдо булиши мумкин. Операциядан кеинги даврда пайдо бўладиган ацидознинг олдини олиш учун операциядан олдинги тайёрлашни тугри ташкил қилиш, илгарирок, овқатлантириш, операциядан кеинги даврда организмга глюкоза ва инсулин юбориш зарур.

Оксиллар алмашинувининг узгаришлари қонда азот қолдиришининг қупайиши, гипопроteinемия, глобулин фракцияларининг қучайиши қабилар билан бирга кечади. Операция вақтида қон кетиши гипопроteinемиянинг ривожланишига имқон яратади. Гиопротеинемия операциядан 5—6 сутка утгач жуда авжига чиқади. Бунинг устидан оксил моддаларга бой туйимли пархез таомлар билан, шунингдек, организмга қон, плазма ва оксил гидролизатларини венадан юбориш нули билан тулдириш мумкин.

Сув-электролит алмашинувининг узгаришлари ҳам операциядан кейинги

даврда муҳимдир. Кон хлоридларининг камайиши, айниқса ичаклардан овқат утмай қолиши синдроми бор беморларда кузатилади. Операциядан кейинги даврнинг биринчи кунларида организмга Рингер эритмасини, натрий ва калий хлориднинг гипертоник эритмасини юбориш нули билан етишмайдиган хлоридлар урни тулдирилади.

Хлоридлар узгариши билан бир вақтда организмнинг сувсизлан-ганидан дарак берувчи суюқлик баланси бузилганини ҳам кузатилади. СОРЛОМ одам бир суткада тахминан 2—2,5 л суюқликни: буйрак оркали (I — 1,5 л), упка (0,5 л), тери (0,3 л) оркали ажратиб чиқаради. Бадан нормал ҳароратда (36,6—37, 0°С) упка ва тери оркали бир кеча-кундузда тахминан 800 мл суюқлик ажратиб чиқаради. Тери ҳарорати кутаридганда йукотиладиган суюқлик, ҳар бир градус учуи, 500 мл га ортади. Шундай қилиб, операциядан кейинги даврда сувни, асосан буйракдан бошқа йуллари билан {сийдик ажратиб чиқиши нисбати 3:1) йукотади. Тана ҳароратининг кутарилиши, пафас олишнинг тезлашуви, терлаш, қайт қилиши, ич кетиш бунга сабабдир. Беморни операциядан олдин яхши тайёрламаслик ҳам (оч қолиши, тез-тез клизма қилиниши) организмнинг сувсизланишига имкон яратади.

Сув-электродит алмашинувининг бузилиши узига ҳос равишда изга солиниши керак. Операциядан кейинги биринчи кунларда организмга бир кеча-кундузда камида 2,5—3 л суюқлик киритиш (венадан, тери остидан, ректал, перорал) йули билан йукотилган сув тузларни тулдирилади. Қайта-қайта қайт қилиш, ҳаддан ташқари терлаш, ич кетиши натижасида сув ва тузларни тез йукотиш туқималарни, айниқса паренхиматоз органлар ва миянинг сувсизланишини осонлаштиради. Айни қайтда, ҳужайралараро бушликда натрий камади ва ҳужайраларнинг узиди купаяди. Калий ионларининг ҳужайраларда ва ҳужайрадан ташқаридаги бушликда концентрацияланиши натрий ионлари тарқибини тесқари пропорционал равишда узгартиради. Натижада иссиқликни қайтариш ҳолати бузилади, ортиқча исиб кетиш ва гипертермия ривожланади. Организмга суюқлик юбориш ҳар бир беморнинг узига ҳос бўлиши керак.

Операциядан кейинги даврда кон тарқибининг узгариши ҳам катта роль уйнайди. Купинча дастлабки 4—5 суткада лейкоцитлар миқдори $11 - 12 \cdot 10^9/\text{л}$ га (асосан нейтрофиллар ҳисобига) етиши мумкин, бироқ бу ҳолат иккинчи ҳафтанинг бошларида нормаллашади. Мазкур ҳолатда лейкоцитоз организмнинг оксилларнинг парча-ланган маҳсулотларини узлаштириш учун нормал реакциясини ҳамда организмга микробларнинг тушиши эҳтимоли борлигини билдиради. Лини пайтда эритроцитларнинг сони камайганлиги кузатилади:

гемоглобин миқдори тахминан 0,5—2 г фоизга (0,31 — I, 35 ммоль/л га) пасаяди. Операция пайтида кон йукотилиши, туқима суюқлигининг кон оқимиға тушииш, кон қутилгандан суиг донор эритроцитларининг тез парчаланиши — анемизация сабабчиларидир. Операциядан кейин юз берган анемияни бартараф этиш баъзан оқир қучади (бунга факат кон ва эритроцит массаларини қайта қуиш орқали қришиш' мумкин). Операциядан кейинги 9—10 сутка давомиди нормаллашадиган тромбоцитлар сони ҳам қамаиғанлиги

кузатилади. 75 фоиз холларда кон ёпишқоклиги ортади, бу эса глобулин фракцияларининг ортишига ва организмнинг сувсизланишига имкониёт яратади (тромбозлар ва эмболия хавфи).

Моддалар алмашинувининг узгариши баъзан операцияга таъсиргарлик куриш давридаёқ кузатилади; бу жараён паренхиматоз органлар, меъда-ичак йули, эндокрин. ва асаб системаларининг патологияси билан борлик холда кечади. Бундай холларда организмнинг парчаланган оксил моддаларнинг сурилиши натижасида келиб чиққан интоксикацияга қарши кураши кийинлашади. Бундай интоксикациянинг олдини олишда туқималарнинг ҳаддан ташқари кам бузилиши билан утқазилган операция ҳамда операция қилинган жароҳатларни самарали дренаж қилиш муҳим роль уйнайди. Интоксикацияни камайтириш учун турли эритмалар (натрий хлориднинг изотоник эритмаси, Рингер эритмаси), глюкозанинг 10-40 фоизли эритмаси, гемодез қулланилади. Операциядан кейинги даврда эрта овқатлантириш овқат ҳазм қиладиган органлар функциясини қайта қўради, ацидознинг ривожланишини тўхтатиб қолади ва репаратив жараёнларга имкон яратади. Тўғри, оксил моддаларга бой, енгил ҳазм буладиган таомларни истеъмол қилиш мақсадга мувофиқ. Шунингдек, витаминларни комплекс равишда олиб туриш зарур. Қул, оёқ, қўрак бушлири ёки қўрнинг олд девори операция қилинган бўлса, парезни ва овқатланиш режимини ўзгартириш мақсадга мувофиқ эмас, ўз навбатида, бу қизилунгач, меъда ва ичаклар операциясидан сўнг зарур (энтерал ва парентерал овқатлантириш).

Операциядан кейинги даврда беморни, айниқса кекса беморларни қайта қўрашга қатъий эътибор берилади. Операциядан сўнг беморга ўрнида ётган жойида ҳаракат қилиш ёки майда ва ўрта қўримларини ҳаракатлантириш (операция қўлаи ва ўпинг ҳаракте-ридан келиб чиқиб), қўп ўтмай ўрнидан туриш таклиф қилинади. Нафас олиш машқари ва даволаш физкультураси тайин қилинади; буларга беморларни, имкониётларига қўра, операцияга таъсиргарлик давридаёқ ўргатилади. Булар қон айлапишининг яхшиланишига имконинг турдиради, асаб системасини мустаҳкамлайди, умумий аҳвол ва қайфиятни яхшилади, репаратив жараёнлар муваффақиятли кечишига имкон яратади ва операциядан сўнг асоратлар пайдо бўлишини чеклайди. Шок, юрак қўолиятида стишмовчилик бўлганда ва ўтқир яллигланиш жараёнларида беморни қайта қўрашга йўл қўйиб бўлмайди.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР, УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШ.

Операциядан кейинги асоратлар дастлабки, шунингдек кечки боскичда юз бериши мумкин. Беморни синчиклаб текшириш, операцияга тайёргарлик куриш даврида уни тугри тайёрлаш, айнан операция вақтида туқималарни эҳтиётлаш ва беморни операциядан кейинги даврда фаоллаштириш билан асоратлар сонини чеклаш мумкин.

Операциядан кейинги дастлабки даврда купинча шок ёки коллапс (токсик, аллергик, анафилактик, кардиоген ва невроген), асаб системасининг бузилиши, упка асоратлари (ателектаз, упка шиши, бронхопневмония), уткир жигар ва буйрак етишмовчилиги (сарик касаллиги, олигурия, огир интоксикация), юрак ёки упка етишмовчилиги билан борлик холда аноксиянинг пайдо булиши, операциядан кейинги гипертермия синдроми {купрок болаларда; бу тана хароратининг 41°C ва ундан хам юқорига кутарилиши, кайт килиш, бсзовталиқ, гемодинамикасининг бузилиши ва томир тортишиш билан кечади) кузатилади.

Кечки боскичда асосан овкатланишнинг бузилиши (гипопротеинемия, гипо- ва авитаминоз, ацидоз), кон айланишининг узгариши (флеботромбоз, тромбофлебит, упка эмболияси ва инфаркт — пневмония), интоксикация ва вегетатив депрессия (ичак парези, сийдпк тутилиб колиши), шунингдек хирургик инфекциянинг авж олиши (жарохатлар битишидаги асоратлар, эвентрация, хирургик сепсис) билан боглик холда келиб чиқадиган касалликлар кузатилади.

Операциядан кейинги асоратлар диагностикаси ва уларнинг ривожланиб боришини баҳолаш учун клиник кузатиш ва беморни хар .томонлама синчиклаб текшириш зарур.

Операциядан кейинги невротик бузилишлар, купинча огрик, уйқусизлик, рухий касалликлар, парестезиялар, фалажликлар туфайли пайдо булади.

У ёки бу даражадаги огрик, хар кандай операциядан кейин хам кузатилади. Оррикнинг тури ва интенсивлиги операция куламига, шунингдек туқималарнинг шикастланиш даражасига ва беморнинг асаблари кай даражада кузгалишига боглик. Оррик хиссиёти беморнинг тугри холатда ётиши, эркин ва бир маромда нафас олиши билан пасаяди. Орриксизлантирувчи восита сифатида 50 фоизли анальгин, 1 - 2 фоизли промедол, ом но по н ёки морфин, 0,005 фоизли фснтаиил 1—2 мл дан, шунингдек нейролептиклар — 0,25 фоизли дропоридол, 0,5, фоизли галоперидол (суткада 2 ёки 3 марта 1 мл дан) кулланилади. Купинча огир ва травматик операциялардан сунг даво наркози кулланилади.

Агар уйқу бузилиши кузатилса, барбитуратлар ва бошқа воситалар тайин килинади. Бундай тадбирлар, шунингдек, операциядан кейинги кечки боскичда юз бериш эҳтимоли булган шокнинг авж олишидан хам самайди.

Операциядан кейинги рухни касалликлар купинча интоксикация боскичида заифлашган беморларда риножланади. Купинча улар сурункали рухий касалликлар туфа или келиб чиқадн. Шунингдек, реактив холатлар хам учраб туради, бундай беморлар дикдат-эътибор билан кузатишни ва шахсий

хавфсизлигини таъминлашни талаб этади. Уларни даволаш психиатр вазифасига киради, бундай ҳолатлар юз берганда у шошилиш равишда консултацияга чакирилиши керак.

Юрак-кон томирлар системасининг асоратлари — юрак-кон томирларнинг уткир етишмовчилиги, тромбозлар, эмболиялар, инфарктлар — бирламчи юрак етишмовчилиги натижасида юз беради ёки шок ва анемия ҳолатларида иккнламчи булиши ҳам мумкин.

Томир уткир етишмовчилиги пато; снесида капиллярлар атонияси-ни ва ОЦК нинг камайишини келтириб чиқарадиган вазомоторларнинг фалажлиги катта роль уйнайди. Натижада кон окими сусаяди, тукима гипоксияси кучаяди, бу эса, уз иавбатида, капилляр атонияни келтириб чиқаради.

Юрак уткир етишмовчилигнни даволаш учун юрак гликозидлари (строфантин, коргликон, дигоксин, целанид), периферии кон айлани-шини кучайтирувчи воситалар (стрихнин, кофеин, эфедрин, допамин) кулланилади, коронаролитик (нитроглицерин) воситалар, диуре-тиklar (лазикс ва б.), оксигенотерапиядан фойдаланилади.

Тромбозлар одатда оёк ва думгаза веналарида, купрок семиз ва кам ҳаракат беморларда ривожланади. Тромбозга кон юришининг секинлашуви, кон куюлишининг ошиши ва томир деворларининг шикастланиши сабаб булади. Операциядан кейинги даврда тромбозларнинг олдини олиш учун даволаш физкультураси, беморни эрта урнидан турразиш, кои урнини босувчи суюкликлар ва кристаллоид • эритмаларни организмга юбориш кулланилади. Уларни даволаш учун бевосита ва билвосита таъсир курсатуици антикоагулянтлар (гепарин, синкумар, фенилин, омефин), зулуклар, фибринолизин ва трипсиндан фойдаланилади. Венанинг ривожланиб боровчи тромбозларини хирургии йул билан даволанади: тромб устидаи веналар боғлаб куйилади, асосий веналар пликацин килинади ёки улар ичига филтрлар киритилади, чекланган жараён хрлатида эса тромблашган веналар олиб ташланади.

Тромбозлар натижасида асосий артериялар эмболияси, шу жумладан ута хавфли булган упка артерияси эмболияси юзага келиши мумкин. Бундай ҳолларда катта дозаларда (30—50 минг ТБ) гепарин тайин килинади, упка артериясига ёки иеиага сгрептаза (500 минг—1 млн ТБ), авелизин (250 минг—1,5 млн ТБ бир суткада) юборилади. Кул-оёкларнинг периферик ва асосий артерияларида тромбоз юз берганда кушимча равишда спазмолитиклар ва томир кенгайтирувчи воситалар юборилади, курсатмалар буйича эмболэктомия утказилади.

Нафас олиш системаси асоратлари нафас олишнинг уткир етишмовчилиги, бронхит, трахеит, пневмония, плеврит, ателектаз, упка абсцессидан иборат. Купрок бронхитлар ва бронхопневмония учрайди. Пневмониянинг ривожланишида упка вентиляцияси етарли даражада эмаслиги катта роль уйнайди. Огррик, хикичок тутиш, метеоризм туфайли юзаки нафас олиш бунга имкон яратади. Операциядан кейинги плевритлар ва ателектазлар купрок торакал операциялардан сунг учрайди, упка абсцесслари ва

гангреналар эса асосан септик пневмония асосида авж олади.

Упка асоратларининг олдини олиш учун беморнинг операция залида ёки ваннада ва бошка кушимча хоналарда каттиксавкотишига йул Куймаслик керак, хонани шамоллатиш, операциядан кейинги фаол тактика ва беморни астойдил парваришлаш зарур. Шунингдек нафас олиш гимнастикаси ва даволаш физкультураси ҳам фойдали. Даволаш учун антибиотиклар, балрам кучирадиган дорилар ишлатилади, банка куйилади, аэрозол ингаляция, физиотерапия килинади. Септик пневмония ва упка абсцесси руй берганда плеврал пункциялар ва абсцесс бушлиги пункциялари ^тказилади, бронхларни комплекс санация килиш зарур (бронхоскопия билан бнр вақтда аэрозоллар, антибиотиклар ва протеолитик ферментлар эндотрахеал юборилади). Нафас етишмаслиги беморнинг киёфасидан яккол сезилиб турган огир ҳолатларда аппаратда сунъий нафас олдириш, оксигенотерапия кулланилади.

Хазм органлари системасида учрайдиган асоратлар купрок коринни хирургик операция учун ёрилгандан кейин аникланади. Улардан анчагина огирлари — кичик чанокнинг чекланган абсцесслари, махаллий ва диффузия натижасида досил булган перитонитлар, ичак тутилиши ва меъда-ичак окма ярасидир.

Хазм килиш системаси органларининг х,аракатлантирувчи ва секреция функцияларининг бузилиши кекириш, х,икичок тутиш, кайт килиш, метеоризм, ич кетиши ва бошка касалликлар туфайли келиб чиқади. Давомли ва тухтовсиз кайт килиш организмнинг тезда сувсизланишига, интоксикация ва ацидозга олиб келади; к^пинча бу ҳол ёйилиб кетган перитонитдан ёки ичак тутилишидан дарак беради.

Операциядан кейин юзага келган перитонитларни корин бушлиги органларида килинган ҳар қандай операциядан сунг кузатиш мумкин, лекин улар купрок меъда ёки ичакка тикилган чоклар сукилиб кетиши, чекланган абсцессларнинг авж олиши ва хоказолар натижасида ривожланади. Чекланган (махаллий) ва ёйилиб кетган (диффузия натижасида ҳосил булган) перитонитлар тафовут килинади.

Ёйилиб кетган перитонитларга актив даво килинади (кайта операция утказилади, корин бушлири дренаж килинади, перитонеал диализ), чекланган перитонитлар юз берганда эса дори-дармонлар билан ҳам даволаш мумкин (беморни осойишталикда саклаш, антибиотиклар).

Ичакнинг утказиш қобиляти бузилиши операциядан кейинги дастлабки кунларда купрок намоён буладн. Ичак тутилиши механик (яллигланган шиш, инфилтрат ёки анастомоз сох.асидаги чандик жарлёии; анастомоз бурчагининг каттик қисилиши, шпорлари вужудга қолиши ёки ичакнинг буралиб қолиши) ва динамик (меъдаатонияси, ичакнинг рефлексор спазми) булади. Ичак тутилишнинг моҳияти ҳозирча аникланмаган, меъда ва ичак тонуси фаоллаштири-лади ва инфекцияга қарши кураш олиб борилади.

Меъда ва ичак девори тонусини тиклаш учун зонд солинади ва меъда ичидаги сукжлик вақтинча ёки доимий суриб турит усули билан олиб ташланади, меъда зонд орқали авайлаб ювилади. Гипертоник хукналар кулланилади (100—150 мл натрий хлориднинг 10 фоизли эритмаси

юборилади), перистальтикани кучайтирадиган препаратлар (прозерин, питуитрин, убретид 1 мл дан венага ёки тери остига юборилади) фойдаланилади. Парентерал овкатлантириш мақсадида натрий хлориднинг изотонии эритмаси, глюкозанинг 5—10 фоизли эритмаси, лактосол юборилади, плазма, оксил гидролизатлари куйилади. Антибиотиклар инфекцияни киради ва анастомоз соҳасида яллирланган инфилтратнинг сурилишига имкон яратади. Динамик ичак тутилишида новокаин билан паранефрал блокадалар қилиш, перидурал анестезия қўллаш самара беради. Дори-дармонлар билан даволаш натижа бермаган ҳолларда релапаротомия амалга оширилади.

Операциядан кейинги яқин даврда қўпинча ичак девори трофика-си бузилиши, чокларнинг ишонарли бўлмаганлиги ёки жароҳат инфекцияси натижасида ичак окма яралари (фистулалар) пайдо бўлади. Ингичка ичак окма яраларида беморлар тезда озиб-тузиб кетадилар. Жароҳатни ювиб туриш ва йирингни бетухтов аспирация Қилиш, окма яраларнинг вақтинча обтурациясини ўтказиш, энтерал ва парентерал овкатлантириш, қон урнини босувчи суюқликларни қуйиш зарур. Окма яраларни дастлабки босқичда операция йўли билан беркитиш РОЯТ хатарлидир.

Сийдик-таносил органлари асоратлари сийдикнинг тутилиб қолиши (ишурия), бўйракдан сийдикнинг ажралиб чиқишининг камайиши (олигурия, анурия), бўйрак жомининг яллигланиш жараёнлари (пиелит) ёки қовукнинг яллирланиш жараёнлари (цистит) дир.

Операциядан кейинги олигурия ёки анурия ас*ш реффлектори туфайли келиб чиқади ёки бўйрак паренхимасининг шикастланиши билан боғлиқ бўлади. Интоксикация ортади (уремия). Бу ҳолда иккй томонлама паранефрал блокада ўтказилади, физиотерапевтик муолажалар қўлланилади, кристаллоид эритмалар юборилади, диурез кучайтирилади (аминофиллин, диафиллин, лазикс, маннитол), перитонеал ёки экстракорпорал гемодиализ гемосорбция билан биргаликда қуйилади.

Ишурия қўпроқ кичик чанок органларида операцияларидан қсйин қўзатилади. Бу ҳолда қовук суюқликка тула бўлади; бсморга ўтириб ёки тик туриб пешоб қилиш тавсия этилади, қовукка па чот орасига грелка қуйилади. Зарурият тўғилса қовукка катетер солинади. Қовукка катетер солиш асептикага риоя қилинган ҳолда амалга оширилади. Катетеризация юмиғок резина ёки қаттиқ темир кптотор билан амалга оширилади. Агар катетер қовукда ўзққ вақт туриб қолса, уни вақти-вақти билан антисептик эритмалар — қумуш нитрат, фурациллин билан ювиб турилади.

Бўйрак жоми ва қовук, яллигланишида даволаш ўқун антибиотиклар ва сийдик йўлини дезинфекция Қилиш' ўқун воситалар (уротропин, фурадонин, фуразолидон, невивграмон, 5-НОҚ ва б.), физиомуолажалар қўлланилади.

Жароҳатдан қон кетиши, гематомалар, инфилтратлар, жароҳатнинг йиринг боғлаши. жароҳат орасининг очилиб қолиши ва эвентрация операция жароҳатлари асоратларига тегишлидир. Операциядан кейинги даврда операция жароҳатига боғланган боғичини қўнт билан қўзатиб туриш лозим.

Операция жарохатидан кон кетганда, уни боглов хонасида ёки операция залида тухтатилади. Кон - кетишига, одатда, солинган лигатураларнинг сиргалиб чикиб кетиши ёки томир деворининг шикастланиши сабаб бўлади. Богланмаган майда кон томирларидан диффуз кон кетишини (паренхиматоз кон кетиши) — бу хол коннинг куюлишидаги узгаришлар ёки паренхимасининг (жигар, буйрак) шикастланиши билан боглик холда юа бсради — кузатиш мумкин.

Кучли кон кстиш холларида консерватив терапия (кон куйиш, кальций препаратларини, витамин К ни, эпсилонаминокапрон кислота ҳамда фибриноген юбориш) самара бермайди, шу сабабли жарохатни кайта куриб чикиш (ревизия килиш) утказилади. Кайта куриб чикиш пайтида кон томирлари богланади ёки коагуляция килинади, жарохатга тампон куйилади.

-' Операция жарохатида чекланган гематома ривожланиши мумкин. Кичикрок гематомалар иссик муолажалар таъсирида купинча с[^]рилиб кетади, аммо йиринглаш холларида гематомаларни очиш, унинг ичидагиларии чикариб ташлаш, дренаж килиш ва бушликка тампон куйиш лозим.

Жарохат инфилтрати энг куп учрайди. У жарохат майдонида оррик берадиган каттиклик куринишида кулга уннайди, унинг атрофидаги тери кизарган бўлади. Жарохат ннфилтрати тукимага инфекция тушиши сабабли келиб чиқади. Баъзан инфилтрат вакти келиб сурилиб кетади, бироқ у купинча йиринг борлайди. Операциядан кейинги йирингли асорат, шу жумладан, операциянинг йирингли жарохатлари, асептик операциялардан кейин 2—5 фоиздан ошмайди. Куп йиллик тажрибалар шуни курсатадики, жарохатларга инфекция тушишида хаво-томчи йули (патоген стафилококк) иккинчи даражали роль уйнайди, экзоген йул билан инфекция юктиришда контакт йули (энтеробактериялар, псевдомонадлар ва бошқа бактериялар, бактериоидлар, клостридиялар) асосий ахамият касб этади. Инфекция, шунингдек, яширин махаллий учокдан ҳам таркалиши мумкин. Жарохат инфекциясининг олдини олиш учун операция вактида асептика ва антисептика коидаларига катъий риоя килиш, тукималарни эхтиёткорлик билан манипуляция килиш, бушликлар ва жарохат ярасини антисептик ва - антибиотик эритмалар билан операция вактида парваришlash даркор. Агар операция жарохати йиринг борласа уни каттарок очиб, йирингли яраларни даволашнинг барча принципларини назарда тутган холда дренаж килинади.

Регенерация имкоиятлари кескии пасайиб кетган беморларда (хавфли усмалар, анемия, гиповитаминоз, интоксикация) купинча операциядан кейинги 6—12-суткада чокларнинг ситилиб кетиши кузатилади; бундай асорат юз берган холларда ички органлар эвентрацияси билан (ички органлар, купинча ингичка ичакнинг жарохат оркали ташкарига чикиб кетиши билан) узаро кушилиб кетади. Чокларнинг тутиб туролмаслиги, бундан ташкари, жарохат гематомаси, инфекция, апоневроз чоклари нуксонлари, каттик йуталиш ва корин ички босимининг ошиши билан борлик холда келиб чиқади. Эвентрация юз берганда беморни шошилишч операция килиш лозим.

Эвентрацияга учраган органларни натрий хлориднинг илик изотоник эритмаси, фурациллин эритмаси (1:5000) ва антибио-тиклар, хлоргексидиннинг 0,02 фоизли сувли эритмаси билан ювилади, шундан сунг бу органлар корин бушлиридаги урнига солиб куйилади. Корин деворига (жарохат четларига) барча катламлар оркали чок солинади: операциядан кейинги даврда корин махсус бандаж билан танриб куйилади.

Асептик операциядан кейин жарохатнинг битиши асоратларсиз утса, 5—8 суткагача боглов алмаштирилмайди. Жарохат бу вакт ичида битади. Тери чоклари операциядан сунг 5—14 суткада олиб ташланади; чокларнинг неча кунда олиб ташланиши жаррохлик йули билан даволашнинг турига, беморнинг умумий ахволи ва ёшига борлик холда амалга оширилади. Чокни олаётганда, унинг тугунни пинцет билан тутиб, юкорига тортилади ва скальпел ёки кайчи билан нак терига якинлаштириб киркилади, бунда уни чикариб олаётганда тери устидаги ип тери ёригига тушиб колмаслиги ва битаётган жарохатга инфекция юкмаслиги керак.

Юзда ва буккок туфайли буйинда ёки бош суягида килинган операциядан сунг чоклар 5—6 суткада, аппендэктомия ёки чурра операциясидан сунг 7—8 суткада, ампутациядан сунг — 12 —14 суткада, корин ёки кукрак бушлиридаги органлар операция кили игам булса, 8—10 суткада олиб ташланади, лекин шуни хам унутмаслик керакки, заифлашиб колган бсморларда чоклар анча кеч олинади. Чоклар олингандан сунг жарохатга йодопироннинг 0,1 фоизли эритмаси, кук дори, хлоргексидиннинг 0,5 фоизли спиртли эритмаси суркалади ва стерил боглов билан боглаб куйилади.

Операция жарохатларининг кечки асоратлари тери атрофиясига ёки чандик сохасида кальциноз ёхуд келоиднинг ривожланишига олиб келади, Операциядан кейин чурралар кейинчалик корин бушлиридаги органларнинг чандими кушилиши билан боглик булган ичак тутилишининг ривожланиши юзага келиши мумкин.

ТЕСТ САВОЛЛАР;

- 1. Беморни оперцияга тайерлаш кандай тадбирларни уз ичига олади.**
 - А. Беморни рухан тайерлаш.
 - В. Беморни умумий жисмоний таерлаш.
 - Г. Бадан терисини тайерлаш.
 - Д. Тозалов клизмаси утказиш.
 - Е. Хамма курсатилганлар.

- 2. Операцияга тайергарлик даврида режали операциялар куйидаги даврларга булинади.**
 - А. Олис, якин орадаги ва бевосита.
 - Б. Тезкор ва бевосита.
 - В. Билвосита ва олис.
 - Г. Бевосита ва билвосита.

- 3. Якин орадаги режали операцияга тайергарлик муддати неча кун.**
 - А. 7-15.
 - Б. 1-3.
 - В. 15-20.
 - Г. 3-5.
 - Д. 5-7.

- 4. Операциядан сунгги давр нечта фазага булинади.**
 - А. 3та.
 - Б. 4та.
 - В. 2та.
 - Г. 5та.
 - Д. Фазаларга булинмайди.

- 5. Операциядан олдинги даврда кандай текширувлар утказиш шарт.**
 - А. лаборатор текширувлар.
 - Б. УЗИ.
 - В. ЭКГ.
 - Г. Рентген.
 - Д. Юкоридагиларни хаммаси.

- 6. Операциядан кейинги асорат турларини курсатинг.**
 - А. Эртанги- кечки.
 - Б. Умумий- махаллий.
 - В. Огир- енгил.
 - Г. Асоратсиз.
 - Д. А.ва Б жавоблар.

- 7. Операциядан сунгги эртанги асоратларни сананг.**
 - А. Шок коллапс.

- Б. Тромбофлебит.
- В. Ичак парези.
- Г. Авитаминоз.
- Д. Ацидоз.

8. Тренделенбург холатида кандай операциялар бажарилади.

- А. Кичик чанок ва геникологик органлар.
- Б. кукрак кафасидаги операциялар.
- В. буйракдаги.
- Г. Меъда 12б/и .
- Д. Юрак кон томир.

9. Махаллий огриксизлантириш турлари.

- А. Утказувчи, перидурал, юза, инфилтратцион.
- В. нейралептоаналгезия,
- Г. Эндотрахеал.

10. Хирургик операциялар нечта боскичдан иборат.

- А. 6 та.
- Б. 2та.
- В. 8.та
- Г. 4та.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЕТЛАР:

1. Астопенко В.Г. Практическое руководство по хирургической болезни// М.: 1984. Том-2, с380.
2. Каримов Ш.И. Хирургические болезни// М.: Ташкент, 1994. с420.
3. Кузин М.И. Хирургические болезни// М.: 1990, -С. 526-541
4. Литтман И. Брюшная хирургия// Будапешт, 1970, с566.

