

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

УМУМИЙ ХИРУРГИЯ ВА ОНКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

«Хирургияда хамширалик иши.

Харбий дала хирургияси»

фанидан

3-курс ОХИ факультети талабалари учун

МАЪРУЗА МАТНЛАРИ

доц. Муртазаев З.И.

Самарқанд

2012–2013 ўқув йили

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

1-МАВЗУ	Ҳамширалик ишини аниқлаш. Ҳамширалик иши фалсафаси (ҳамшира иши, шахс, атроф муҳит, соғлиқ). Ҳамширанинг асосий этик вазифалари: хулқий хусусиятлари, амалий кўникмалари ва бошқалар. Ҳамширалик ишининг асосий принципи: инсон ҳуқуқи ва қадр-қимматини ҳурматлаш. Тиббий ҳамшира ўзининг тутиш кодекси. Ҳамшира жараёни тушунчаси, унинг мақсадлари. Ҳамшира жараёни босқичлари. Ҳозирги замон жарроҳлигида ҳамширанинг ўрни, вазифаси ва жавобгарлиги.
----------------	--

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Уқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Ҳамширалик иши ҳақида дастлабки тушунчага эга бўлиш 2. Ҳамширалик иши фалсафаси ҳақида тушунчага эга бўлиш 3. Ҳамширалик ишини асосий принципи тушунчасига эга бўлиш 4. Ҳамширалик жараёни тушунчаси 5. Ҳамширалик жараёни босқичлари ҳақида билиш 6. Ҳозирги замон жарроҳлигида ҳамширанинг ўрни ва вазифалари ҳақида тушунчага эга бўлиш
Уқув машғулотининг мақсади: “Хирургияда ва ҳарбий-дала хирургиясида ҳамширалик иши” фанининг предмети ва билиш усуллари, ривожланиш тарихи бошқа фанлар билан алоқаси тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.	
Педагогик вазифалар: - Хирургия ва умумий хирургик касалликлар ҳақида тушунчалар, иккиламчи асоратларнинг келиб чиқиши билан таништириш ва предметнинг вазифасини тушунириш; - Умумий хирургия ва ҳарбий дала хирургияси фанининг илк пайдо бўлиши ҳамда уларнинг намоёндалари билан	Уқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Хирургияда ва ҳарбий-дала хирургиясида ҳамширалик иши фанининг предметини изоҳлайди; - Хирургияда ва ҳарбий-дала хирургиясида ҳамширалик иши фанининг пайдо бўлиш босқичларини ҳамда уларнинг асосчиларини айтиб беради; - Хирургияда ва ҳарбий-дала хирургиясида ҳамширалик иши фанининг бош масаласига тавсиф беради;

таништириш; - тиббиётда умумий хирургия ва харбий – дала хирургияси фанининг бош масалаларинисини тавсифлаш; - Умумий кисмда кўриб ўтиладиган ташхис турлари систематикаси ва номенклатураси билан таништириш; - илмий билиш усулларини изохлаш ва тасаввур хосил қилиш.	- Хирургияда ва харбий-дала хирургиясида хамширалик ишига аҳамиятли бўлган текширишларни санайди - Хамширалик жараёнининг боскичларини изохлаб утади. - Хамширалик иши фалсафасида илмий билишнинг асосий усулларини санаб беради ва изохлайди; - Хозирги замон жаррохлигида хамширанинг урни ва вазифалари хақида санаб утади ва тушунчага эга бўлади.
Уқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Уқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Уқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Уқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Хамширалик ишини аниқлаш. Хамширалик иши фалсафаси (хамшира иши, шахс, атроф муҳит, соғлиқ). Хамширанинг асосий этик вазифалари: хулқий хусусиятлари, амалий кўникмалари ва бошқалар. Хамширалик ишининг асосий принципи: инсон ҳуқуқи ва кадр-қимматини ҳурматлаш. Тиббий хамшира ўзининг тутиш кодекси. Хамшира жараёни тушунчаси, унинг мақсадлари. Хамшира жараёни босқичлари. Хозирги замон жаррохлигида	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

2- босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди. - Хирургияда ва харбий - дала хирургиясида хамширалик иши фанига доир кандай атамаларни биласиз? - тиббий фанларни ўзлаштиришда хирургияда ва харбий - дала хирургиясида хамширалик иши фанининг аҳамияти нимада деб уйлайсиз? - Хирургияда ва харбий - дала хирургиясида хамширалик иши фани қайси фанлар асосида шаклланган? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Кичик, кўзга кўринмас ҳаёт шакли бўлган, микроорганизмларнинг турлари, гуруҳлари миқдорий ва сифатий кўринишларда мисоллар билан баён этилади. Уларнинг аҳоли саломатлигидаги ўрни, касалликлар профилактикаси учун бу фаннинг аҳамияти	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.
3- босқич. Якуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга якун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга каратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустакил иш учун вазифа: “Хамширалик жараёни босқичлари” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниклаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ.

Хамширалик жараёни хақида тушунча. Хамширалик жараёни атамаси 1955-йилда америкалик Лидней Холт томонидан киритилган. 1966 йилда В.Хендерсон хамширалик жараёнини умумлаштириб, унинг вазифалари ва фаолиятининг мезонларини ишлаб чиққан. Хамширалик жараёни хамширалик ишини уз ичига камраб олган замонавий тушунча ҳисобланади. У бемордаги касаллик туфайли юзага келган жисмоний, психологик, ижтимоий ўзгаришларни бартараф қилишга қаратилган даво муолажалари ва тадбирларини ташкиллаштиришдан иборат булган бир неча муаммоларни уз ичига олади.

Хамширалик жараёнининг мақсади бемор соғлигини тиклаш, унинг организмни кувватлантиришга қаратилган асосий тадбирларни уз вақтида бажаришдир. Хамширалик жараёни хамширадан факат беморни парваришда яхши техник тайёргарликни талаб қилмайди, балки хамшира бу жараёнда уз билимини хам тулик намаён эта олиши зарур.

Хамширалик жараёни 5 та асосий боскичдан иборат:

1. Хамширалик текширувини утказиш ва беморнинг соғлиги ҳақидаги маълумотларни йиғиш. Бу иш субъектив ва объектив усулларда олиб борилади.

Субъектив усулда – бемордан физиологик, психологик, ижтимоий атроф-муҳит ҳақидаги маълумотлар йиғилади, унинг шу давргача булган тиббий текшириш тугрисидаги маълумотлари билан танишилади.

Объектив усулда – беморнинг физиологик ҳолати текширилиб, касалликка оид маълумотлар (ташки қуриниши, аҳоли, уриндлаги ҳолати, тери ва шиллик пардаларининг ранги, ҳолати ва ҳ.к.) қайд қилинади. Беморнинг бўйи ва оғирлиги, ҳарорати, пулси ва АҚБ улчаниб ҳужжатларидаги ва касаллик тарихи тулдирилади. Касаллик тарихи хамширанинг мустақил касбий юридик ҳужжати ҳисобланади.

2. Бемордаги мавжуд муаммолар асосида хамширалик ташҳисини қуйиш.

Бемордаги муаммолар мавжуд ва қилиб чиқиши мумкин булган муаммоларга бўлинади.

Масалан, бемор ичагидан қон қетиш ҳолати хамширалик ташҳисини қуйиш учун муаммо бўлса, унинг оқибати кейи нчалик геморрагик шокка айланиши беморда ҳали юзага чиқмаган, аммо вақт утиши билан пайдо бўлиши мумкин булган ҳолат деб баҳоланади. Бундай ҳолларда қон қусиш, мелена, бош айланиши, ичакдан қон қетиши, қориндаги оғрик қаби ҳодисалар сезилса, хамширалик ташҳиси қуйилади.

Бемор касаллигини аниқлаш ва уни даволашда хамшира ва шифокор ташҳисининг аҳамияти катта. Шифокор ташҳисида бемордаги барча патологик ҳолатлар мажмуаси бирлаштирилиб изоҳланса, хамшира ташҳисида беморнинг баён қилиш шикояти клиник белги ва реакциялари асос қилиб олинади.

3. Хамшира фаолиятини режалаштириш ва парваришлаш мақсадини аниқлаш. Бунда хамширанинг дево режаси тезкор ва услубий мақсадларини ўз ичига олиб, ўзок ва яқин муддатларда бажаришга мулжалланади ҳамда бемор ҳолатини яхшилашга қаратилган бўлади. Бунинг учун хамшира дастлаб ўзининг барча имкониятлари даражасини ҳисобга олган ҳолда, беморнинг тузалиш муддатини, даво натижаси ва шарт-шароитларини чамалаб чиқиб, беморни даволаш ва парваришлаш режаларини хамширалик касаллик тарихига лозим бўлади.

4. Режаларни амалга ошириш. Бу боскичда хамшира касалликнинг олдни олиш, текшириш, даволаш ва реабилитация тадбирларини амалга ошириши лозим. Хамшира муолажалари 3 гуруҳга бўлинади:

- Ишчи хамшира муолажаси – беморни даволаш шифокор назорати ва курсатмаси асосида бажарилади.
- Мустақил хамшира муолажаси – хамшира муолажани ўз хоҳиши, тиклаши бўйича шифокор курсатмасисиз мустақил амалга оширади.

- Ҳамкорликдаги ҳамшира муолажаси –ҳамшира ва шифокор бошқа мутахассислар билан биргаликда даволаш ишларини олиб боради.

5. Ҳамширалик парвариши даражасини баҳолаш. Бу боскичда ҳам –ширанинг фаолияти беморда кузатиладиган динамик ҳолатлар натижаси билан аникланади. Бунда беморнинг ҳамшира даволсидан кейинги тузалиш натижаси, ҳамширалик парвариши максадидан келиб чиққан ютуқлари, ҳамшира ёрдамнинг фойдалилик даражаси ва беморни даволашдаги якуний муаммоларни ечувчи тадбирлар аниқ белгиланади.

Ҳамширалик ёзуви учун муҳим бўлган амаллар.

1. Амалий парваришни олиб бориш учун маълумотларни жамлаш.
2. Беморни кетма-кет ва узок вақт давомида парваришлаш.
3. Ҳамширалик парвариши жавобгарлигини аниклаш.
4. Парваришни олиб боровчи гуруҳ аъзолари келишилган ҳолда иш тутиб, умумий натижаларни топширади.
5. Таълим, тадқиқотлар, персонал аъзоларнинг уқиши ҳақида маълумотлар туплаш.
6. Парвариш натижасини баҳолаш учун ҳамшира томонидан килинган парваришга баҳо бериш ва келажақда уни янада такомиллаштиришни яхшиловчи маълумотлар туплаш.
7. Бошқарув учун маълумотлар тайёрлаш, яъни беморга берилаётган доридармонлар, ишлатилган асбобларни руйхатга олиш ва касалхонада бошқарувни олиб бориш.
8. Юридик органларига оид муаммолар пайдо бўлса, ёзувларни исботловчи ҳужжатларни курсатиш ва уларнинг шахсий ҳавсизлигини таъминлаш.
9. Булиб утган воқеаларни уз ҳолича аниқ акс эттириш, ёзувлар қисқа булишига қарамасдан, муҳим жойларини унутмаслик, объектив ва субъектив муаммоларни ёзиб бориш, ёзувлар тушунарли ва мантикий булиши, ёзув олиб боришда жавобгарликни аниклаш учун парваришда қатнашувчи икки киши бўлган ҳолда ҳар доим имзо қуйиш керак.

Хирургия ёрдами курсатишда ҳамширанинг тутган урни.

Тусатдан авж оладиган оғир касалликлар ва бахтсиз ҳодисалар (жароҳатланиш, захарланиш, қуйиш, қон кетиши, ҳушдан кетиш) ҳаётда доимо учраб туради. Бундай ҳолларда шошилиш тиббий ёрдам курсатиш олий маълумотли ҳамшира ва акушердан юқори малака талаб қилади. Фелдшер ва ҳамшира саломатлик марказларида, тез тиббий ёрдам машинасида, даволаш маскнларида мустақил даволаш-профилактика ишларини бажаришда, ҳамшира ташхисини утқизишда, бирламчи тиббий ёрдам беришда ва беморни тегишлди тиббий – даво муассасаларида юбориш қаби асосий тиббий хизматларни бажаради.

Ҳамширанинг хирургик хизматни амалга оширишдаги умумий тадбирларига қуйидагилар қиради:

- Ҳавли хирургик касалгуруҳларни аниклаш, оммавий ахборот воситалари ёрдамида аҳоли уртасида тушунтириш ошларини олиб бориш, усма билан касалланган беморларни аниклаш. Ҳамшира қуйидаги ҳолларда беморни умумий амалиёт шифокори ёки мутахассисларга йўллайди: шикастлар, қуйишлар, совуқ уриши, электр токидан шикастланиш, аэроб ва анаэроб инфекция, сепсис, сил, қон кетиши, уткир қорин оғриғи, қурра қисилиши синдроми, ичак тутилиши, асцит, усмалар, гангрена, тромбоз, эмболия, яралар, окмалар, буйрак ва сийдик йўллари

тош касалликлари, ковук шикастлари цистит, простатит, облитерацияловчи эндретет, веналарнинг варикоз кенгайиши, тугма нуксон касалликлари ва х.к.

Хамшира куйидаги амалий куникмаларни бажара олиши лозим булади: кул ва операция майдонини зарарсизлантириш, стериллаш, беморни наркоздан сунг параваришлаш, инфузия ва трнсфузия, кон гурухи, Rh омилни ва биологик мосликни аниклаш, боғлов усуллари, корин ва плевра бушлигини пункция килиш, йирингли бушликларни очиш, жарохатни дренажлаш, ковуки катетерлаш, цитоскопияга стерил асбоблар тайёрлаш.

Реабилитация ва диспансеризацияда фаол катнашиш. Яллигланишга карши дори-дармонларни куллаш, физиотерапевтик даволаш, ампутациядан кейинги чултоки, илиостома, колостома, гастростома, эпицитостомани парвариш килиш.

Хамшира билиши керак булган амалмй куникмаларга – наркотик воситалар юбориш, ингалятор куллаш, эгут куйиш, кон кетган вақтда уни тухтатиш, курак кафасини массаж килиш, кислород бериш, ошкозонни ювиш, тиббиёт хужжатларини тулдириш, хужжатларнинг турли усуллари куллаш, сунъий нафас олдириш, аналгетикларни куллаш, асептик боғлам куйиш, антигистамин препаратларини куллаш, юракни бевосита массаж килиш, тилтуткичини куллаш, огир беморларни парваришини тугри ташкил килиш, жарохатланишни олдини олиш ҳамда ёток яраларни тугри парвариш килиш ва х.к. киради.

Хирургия хамширасининг мажбурияти ва вазифалари.

Хирургия хамшираси – бу хирургик беморларни парвариши буйича умумий курсни тугатган, уз мамлакатада амалий парваришни амалга ошириш учун ҳукук ва ваколатлари булган мутахассисдир.

Хирургия хамширасининг шифохонада амалга оширадиган аник вазифалари куйидагилардан иборат.:

1. Соглики саклаш ва таъминлаш: бемор яхши кайфиятда даволаниши учун муҳит яратиш; бемор муолажасини хавсиз, тез ва аник олишини таъминлаш, беморга суҳбатдош булиш.

2. Бемор муолажаси ва текширувида шифокорга ёрдам бериш: беморнинг касаллик белгиларини куздан кечириш; мониторин (пульс, босим, харорат) ёзиб бориш; кузатилаётган аппаратларда тусатдан пайдо буладиган узгаришларни куриши билан шифокорга етказиш; аппаратларни тайёрлаш ва ишлатиш; туолажалар, текширувлар, операция максadini беморга тушунтириш; дори ва шприцларни тайёрлаш; қабул килиш, тасдиклаш ва ишлатилишини тушунтириш; кайта ишловда шифокорга ёрдам бериш.

3. Шу жумладан: бемор, унинг оиласи ва муолажани олиб бораётган жамоа уртасида илик муносабатларни саклашда интилиш; мутахассис сифатида профессионал даражасини оширишда интилиш; муолажани олиб бораётган персонал билан ҳамкорлик килиш, хамширалик булими ахамиятини билган холда хизмат вазифасини бажариш.

Хирургия булимида хамшира юритадиган тиббий хужжатлар.

Тез ёрдам машинасида келтирилган беморнинг расмий хужжатлари билан келган беморларнинг расмий хужжатлари билан даволаш ташкилотлари қабулхонасида дастлаб хамшира танишади.

Қабул булимида касалларни руйхатга олиш хужжатлари куйидагича: касалхонага ётказишни расмийлаштириш журнали; маслахатларни

расмийлаштириш журнали; хар хил сабабларга кура касалхонага ёткизишдан бош тортган ёки ётиш ман килинган беморларни расмийлаштириш журнали.

Тиббий хамшира хирургик иш фаолияти учун расмий расий хужжатлар тузишда катнашади: буларга касаллик тарихининг титули, дориларни кайд килиш, беморларнинг вазин ва буйини улчаш, касалик тарихига барча тахлилларни ёпиштириш, 1 ёшгача булган болларда неча марта ич кетиши, микдорини назорат килиш варагини тулдиришлар киради.

Операция ва боғламларни руйхатга олиш учун: операцияларни кайд килиш, боғламларни руйхатга олиш, кон, плазма ва кон урнини босувчи суюкликларни руйхатга олиш ва улар тугрисидаги хужжатлар журналлари юритилади.

Стационарда юритиладиган хужжатлар: ходимларнинг келиб-кетишини назорат килиш, беморларни руйхатга олиш, дори-дармонлар хисоботи журнали, шикоят ва таклифлар, 5 дакикалик йигилашлар, булимнинг текширув, маърузалар, меҳнат хавфсизлигива ёнгинга карши хавфсизлик буйича юритиладиган хужжатлар киради.

Постда юритиладиган хужжатлар: беморларни руйхатга олиш, тахлиллар, пархез, беморларнинг харакати хисоботи, HBS антигенига олинган конларни кайд килиш журналлари киради.

Муолажа хонасида юритиладиган хужжатлар: муолажаларни кайд килиш, кварцлар, булимдаги хоналар ва коридорларга узил-кесил ишлов беришни кайд килиш, кон куйишни кайд килиш, дори дармонлар, пахта, спирт, шприц ва бир марталик системаларни кайд килиш журналлари киради.

Хирургия булимида ишлайдиган хамширалар ишлаш вақтини шартли равишда 4 боскичга булиш мумкин:

1-тайёргарлик куриш боскичи; 2-асосий ишлаш боскичи; 3-якунловчи боскич; 4-кушимча боскичларни уз ичига олади. Булимларда бир кун давомида бажариладиган ишларнинг биринчи боскичи иш вақтининг 25% ни, иккинчи боскич -50% ни, учунчи боскич – 20% ни, туртинчи боскич – 5%ни ташкил этиши лозим.

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. А.Ф. Краснова «Сестринское дело» Том 1-2, Издательство « Перспектива» Москва 2000г.
2. С.А. Блинова «Сестринское дело в хирургии». Москва 2006г
3. Барыкина Н «Сестринское дело в хирургии». Москва 2002г
4. П.Г. Брюсова «Военно – полевая хирургия» МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО «ГЕОТАР» Москва 1996г.
5. С.П.Петров «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2007г.
6. В.К.Гостищев «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2006г.
7. С.П.Зубарев. «Общая хирургия» С.П. Москва 2004г.
8. ОриповУ.А., Каримов Ш.И «Умумий хирургия»1994й.
9. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар».1993й.
10. Кафедра укув-услугий кулланмалар туплами. 2011 й.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

2-МАВЗУ	Касалхона ичидаги хирургик инфекцияни профилактикаси. Хаво–томчи, имплантацион ва контакт инфекциялари. Асептика ва антисептика усуллари. Хозирги замон антисептик препаратлари. Операцион чойшаблар боғлов материаллар хирургик асбоблар оптик приборларни стериллаш усуллари. Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария- эпидемиологик тартибга солиқ тўғрисидаги документлар. Стерил инструментлари билан ишлаш кўникмаларини ҳосил қилиш. Қўлларни дезинфекция қилиш.
----------------	--

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	- Касалхона ичидаги хирургик инфекция профилактикасини ахамияти ва вазифалари билан танишиш; - Хаво – томчи инфекцияси профилактикаси билан танишиш; - Имплантацион ва контакт инфекциялари профилактикаси билан танишиш - Хозирги замон антисептик препаратлари билан танишиш ва унинг ахамияти; - Стерилизация ва унинг асосий усуллари билан танишиш ва амалий куникмалар ҳосил қилиш; - Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария- эпидемиологик тартибга солиқ тўғрисидаги ҳужжатлар билан танишиш; - Асептика асослари билан танишиш. - Антисептика асослари билан танишиш.
Ўқув машғулотининг мақсади: “Хирургия ва ҳарбий- дала хирургиясида хамширалик иши” фанининг предмети ва билиш усуллари, ривожланиш тарихи бошқа фанлар билан алоқаси тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.	
Педагогик вазифалар: - Талабаларга касалхона ичи инфекциясини	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Касалхона ичидаги хирургик инфекция

профилактикасини мақсади, вазифалари ва аҳамияти ҳақида тушунтиради; - Хаво- томчи, контакт ва имплантацион инфекцияларни тарқалиши, олдини олиш чора тadbирлари ва асосий антисептик препаратлар ҳақида изохлаш ва мисоллар билан тушунтириб утиш; - Стерилизация ва унинг асосий усуллари билан таништириш, гуруҳларини санаб бериш ва амалий куникмалар ҳосил килдириш; - Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария-эпидемиологик тартибга солиш тўғрисидаги ҳужжатлар билан таништириш;	профилактикасини аҳамияти ва вазифалари билан танишади, изохлайди ва айтиб беради; - Хаво – томчи инфекцияси профилактикаси мисоллар билан айтиб беради; - Имплантацион ва контакт инфекциялари профилактикасини бирма бир санаб утади, мисоллар келтиради - Ҳозирги замон антисептик препаратларини гуруҳлайди ва аҳамиятини мисоллар билан айтиб беради; - Стерилизация ва унинг асосий усуллари билан танишади, санаб беради ва амалий куникмалар ҳосил килади; - Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария- эпидемиологик тартибга солиш тўғрисидаги ҳужжатлар билан танишиш; - Асептика ва антисептика асослари билан, конун коидалари билан таништиради, антисептик моддаларни гуруҳлайди, санайди ва мисоллар келтиради;
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Касалхона ичидаги хирургик инфекцияни профилактикаси. Хаво–томчи, имплантацион ва контакт инфекциялари. Асептика ва антисептика усуллари. Ҳозирги замон антисептик препаратлари. Операцион чойшаблар боғлов материаллар хирургик асбоблар оптик приборларни стериллаш усуллари.	
	Ўқитувчи	Талаба

1- босқич. Кириш	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. - Касалхон ичи инфекцияси профилактикасига оид қандай атамаларни биласиз? - Қандай замонавий антисептик препаратларни биласиз ва аҳамияти нимада деб уйлайсиз? - Стериллашнинг асосий босқичларини санаб беринг? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Хирургия бўлимларида ҳаво томчи, контакт ва имплантацион инфекцияни профилактикасига доир тушунчалар мисоллар билан баён этилади. Уларнинг аҳоли саломатлигидаги ўрни, касалликлар профилактикаси учун аҳамияти тушунтирилади. 2.3. Асептика ва антисептикани асосий усуллари ва замонавий антисептик препаратлар ҳақида тўхталиб ўтилади.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир-бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб
3- босқич. Якуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Асептика ва антисептика” сузига кластер тузишни вазифа қилиб берали	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

Назарий қисм Назарий қисм. Антисептика - деб жароҳатдаги, паталогик тузилмадаги ёки умуман организмдаги патоген микроорганизмларни йукотиш ёки микдорини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар йиғиндисига айтилади.

XIX асрнинг ярмига қадар операция қилинган беморларнинг 80% -90% дан ортиги операцион жароҳатнинг йирингли, чиритувчи ва гангреноз асоратларидан ҳалок булар эди, уша даврда бу асоратларнинг сабаби номаълум бўлган. Луи Пастер томонидан чириш ва бижгиш ходисаларига микроорганизмлар сабабчи эканлиги кашф қилинган микробиология ва хирургия жадал ривожланди.

Венгер врач И.Ф.Земмелвейс 1847 йилда тугрукдан кейинги сепсиснинг сабаби бўлиб туккан аёлни кул билан бачадон ичи текшириши вақтида врачнинг «мурда захрини» киритилиши хисобланади деб таъкидланган эди. У акушерлар кулини хлорли оҳак эритмаси билан ювишини тақлиф қилди ва асоратлар сонини бирмунча камайтирилди.

Инглиз хирурги Джордж Листер операциядан кейинги беморлар улимининг сабабларини урганар экан, бу асоратларга операцион жароҳатга тушган бактериялар сабабчи деган хулосага келади ва антисептика усулини ташкил қиладиган чора-тадбирлар тузилишини ишлаб чиқади (1867й):

1. Операция хонасининг хавосини махсус аппарат ёрдамида қорбол кислота эритмасини пуркаш.
2. Хирургик инструментлар, чок ва боғлов материали, шунингдек хирург кули 2-3% ли қорбол кислота эритмаси билан юкумсизлантириш.
3. Операцион майдонни 2-3% ли қорбол кислота эритмаси билан ишлов бериш.
4. Операциядан сунг операцион жароҳатни 5% ли қорбол кислота шимдирилган махсус боғлама билан ёпиш.

Листер усулининг амалиётга татбиқ этилиши билан хирургия ривожланишининг антисептик даври номи билан аталувчи янги босқичга утди.

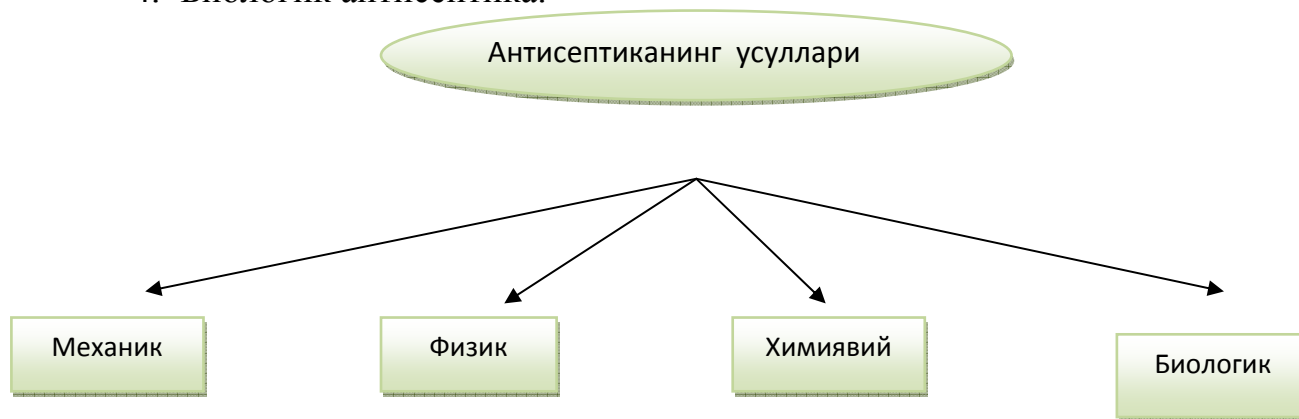
Бирок Листер антисептик усулининг ижобий томонлари билан бир қаторда салбий томонлари ҳам кузатилди, чунончи операция хонаси хавосидаги қорбол кислота бугларидан нафас олиш тиббий персонал ва беморнинг захарланишига, хирург кулини 2-3% ли қорбол кислота эритмаси билан қайта ишлаш терини қучли таъсирлантириши, операцион жароҳатга қуйилган қорбол кислота эритмаси шимдирилган боғлама микробларни улдириши билан бир қаторда туқималарнинг кенг некрозига ҳам сабабчи бўлди.

Микробиологиянинг кейинги ривожланиши натижасида микроорганизмларни юқори харорат таъсирида ҳам улдириш мумкинлигини исботлади. Хирурглар Субботин М.С. ва Э.Бергман хирургик инструменлар, операцион окликлар, боғлов ва чок материаллардаги микробларни қайноқ сув ва буг билан юқотиш мумкинлигини исботлаб бердилар. Э.Бергман ва унинг шогирди Шиммелбуш хирургияда асептик усулни ишлаб чиқишди. 1980 йилда Берлинда ўтказилган хирурглар X халқаро конгрессида Э.Бергман докладидан сунг асептика тулик тан олинди. Дастлабки йилларда асептикани амалий хирургияда антисептик воситаларсиз факат узини куллаш унинг камчилиқ томонларини ҳам очиқ берди. Антисептик воситалардан вос кечиш узини оқламади. Химиянинг ривожланиши билан кам захарли антисептик воситалар яратилди, бу эса асептикани турли антисептик воситалар билан бирга куллашга олиб келди.

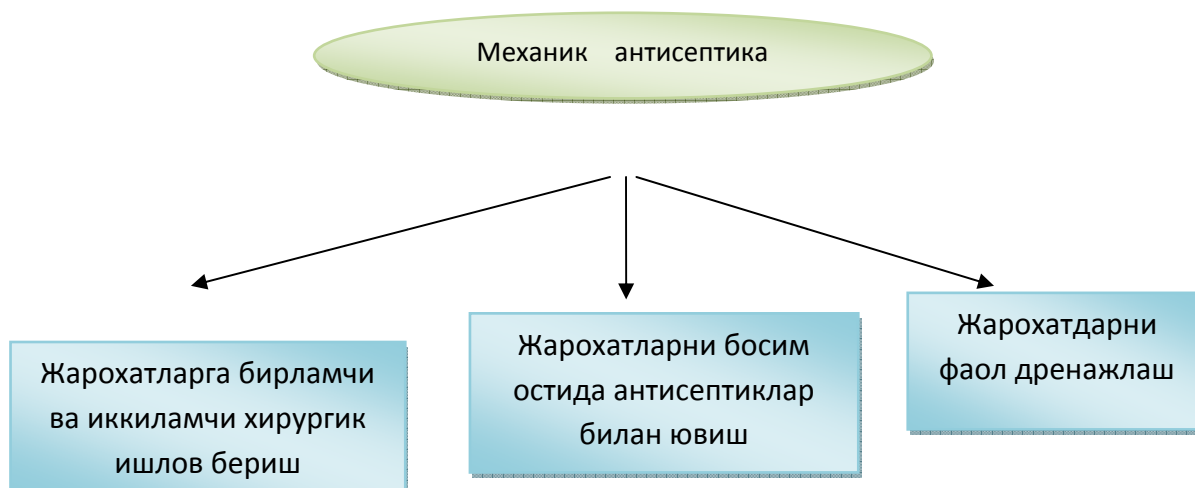
Антисептиканинг қуйидаги усуллари мавжуд:

1. Механик антисептика;
2. Физик антисептика;
3. Химиявий антисептика;

4. Биологик антисептика.

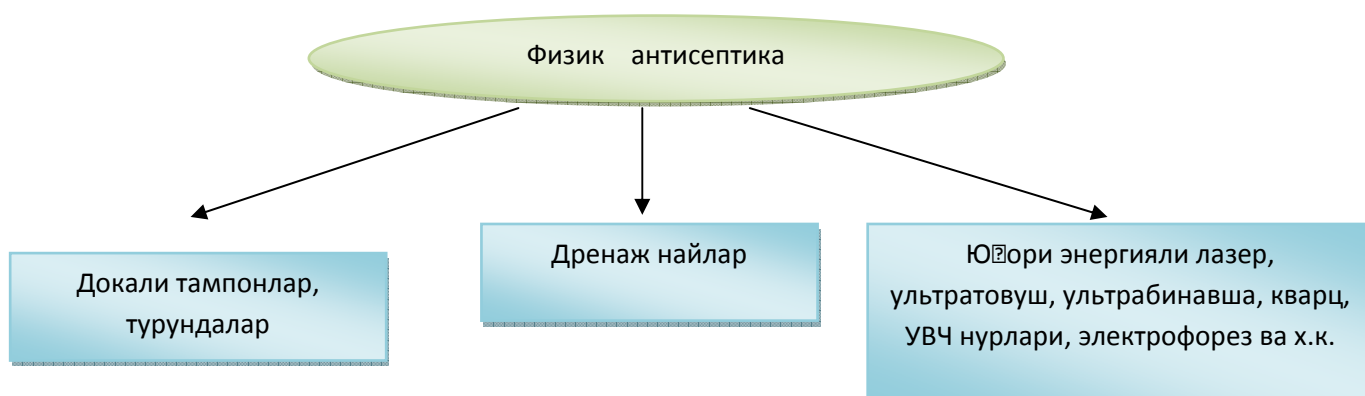


Механик антисептика. Жароҳатда бактериялар ривожланшининг олдини олишда механик усуллар: микроблар учун озикли муҳит бўлиш мумкин бўлган некрозланган туқималарни, ёт жисملарни жароҳатдан олиб ташлашнинг аҳамияти катта. Бунинг учун жароҳатга бирламчи актив хирургик ишлов берилади ва бирламчи хирургик чок қуйилади: жароҳат кирралари ва деворлари тубиғи қадар соғлом туқима чегарасида кесиб олинади ва туқима бутунлиғи чок қуйилиб тикланади.

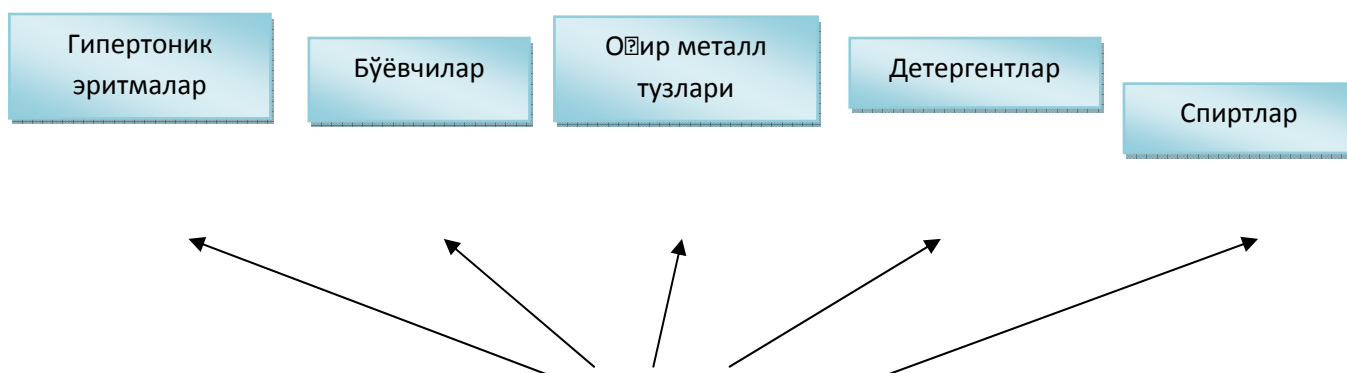


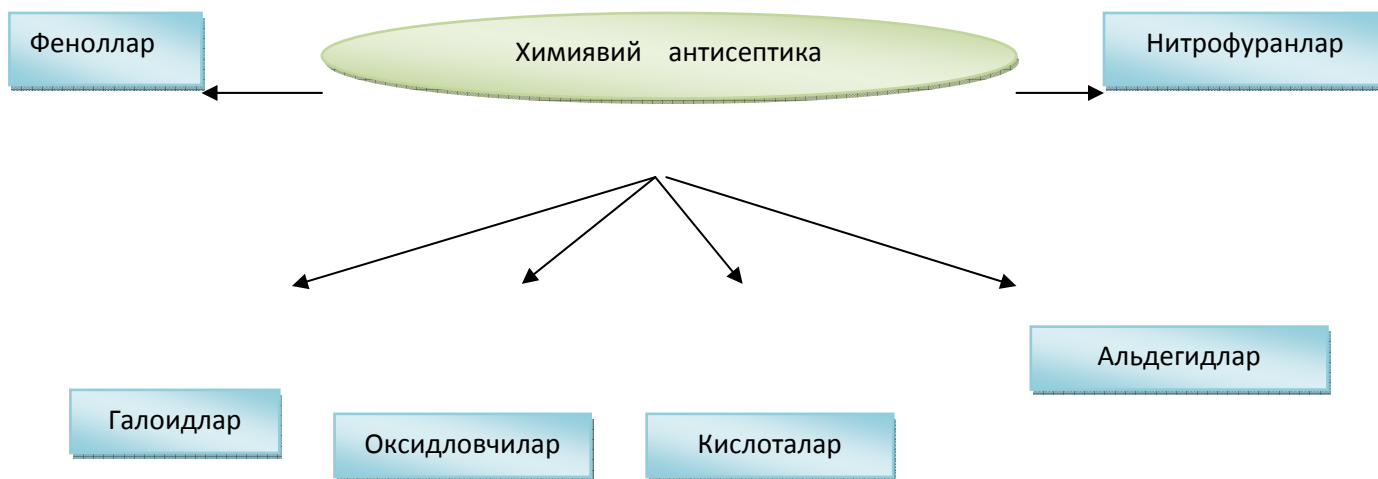
Физик антисептика. Жароҳатда бактериялар ривожланишига ноқулай шароитлар тугдириш, уларнинг токсинлари ва туқималар парчаланиш маҳсулотлари сурилишни камайтиришга қаратилган физикавий омилларни қўллаш физик антисептикани ташкил қилади. Физик антиксептиканинг асосий вазифаси-жароҳат ажралмасининг боғламага чиқиши ва сурилиши гигроскопиклик ҳодисага

асосланган, бу тиббий доканинг узица жарохат ажралмасини (экссудат) ни шимиб олиш хусусияти оркали амалга ошади. (М.Я.Преображенский, 1894).

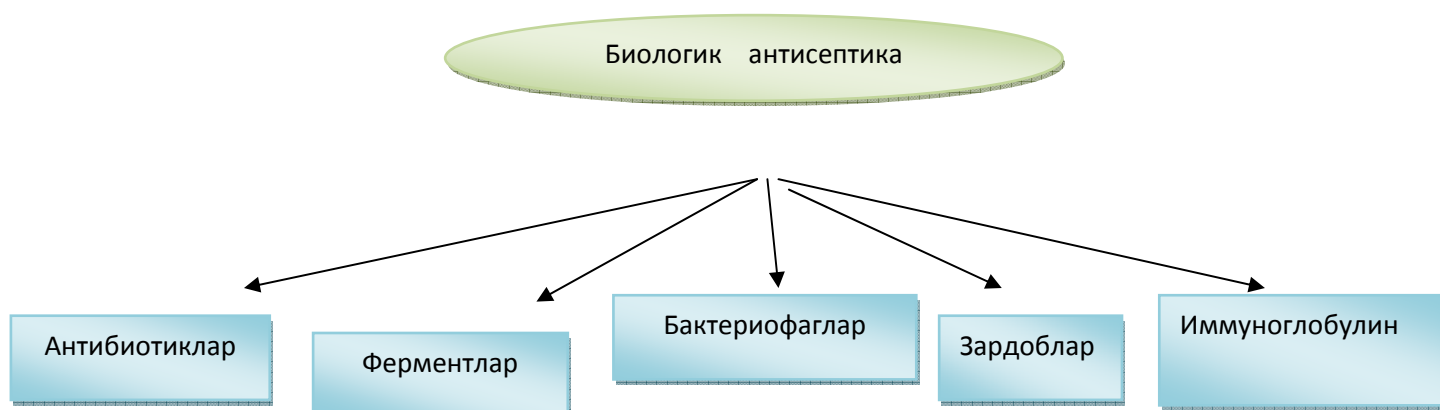


Химиявий антисептика. Бактериоцид ёки бактериостатик таъсирга эга булган турли химиявий моддаларни куллаш химиявий антисептикани ташкил килади. Химиявий антисептикаларнинг умумий ва махаллий таъсири микроорганизм ва унинг тукима хужайралари учун етарлича хавфсиз ва микроблар учун улдирувчи булиши керак. Антисептикалар микробларга оксидловчи, одсорбцияловчи, оксилларни денатурацияловчи, дегидротацияловчи ва бошка таъсирларга эга. Хозирги вактда куп сонли антисептиklar кулланилади. Куйида келтирилган группалардаги моддалар хаммадан куп маълум.





Биологик антисептика. Бактериоцид ёки бактериостатик таъсирга эга булган турли биологик моддаларни куллаш биологик антисептикани ташкил килади. Биологик антисептикаларнинг умумий ва маҳаллий таъсири микроорганизм ва унинг тукима хужайралари учун етарлича хавфсиз ва микроблар учун улдирувчи булиши керак.



Антисептикларни қўллаш усуллари:

- Энтерал қўллаш-антисептик моддалар меъда - ичак тизими орқали юборилади.
- Ташқи (юзаки) қўллаш - антисептик моддалар жароҳатларга кукун, мазли ва эритмали шаклда қўлланилади.
- Бўшлиқларга юбориш- антисептик моддалар бугим, қорин ёки плевра бушлиғига юбориш орқали.
- Парентерал қўллаш-вена ёки артерияга юбориш йўли билан.
- Эндоскопик қўллаш - ўпка абсцесси бўшлиғига бронхоскоп орқали, қизил ўнгач, меъда ва ўн икки бармоқ ичакга фиброгастроскоп орқали.

- Эндолимфатик қўллаш - перитонит ёки йирингли жараёнларда антисептик моддалар (антибиотик, фермент) лимфатик тугун ёки томирларга юбориш орқали.

Асептика. Жароҳатга микроорганизмлар ёки улар спораларининг тушушини олдини олишга қаратилган муолажалар йиғиндиси асептика дейилади.

Асептиканинг асосини жароҳатга алоқаси бўлган асбоб ускуналарни, тикиш материалларини, окликларни стериллаш ташкил қилади. Ушбу қонунларни амалиётга тадбиқ қилиш учун микроорганизмларнинг асосий манбаини билишимиз керак.

Ҳаётда эндоген - яъни организмнинг узида, ҳамда экзоген - организмдан ташқарида буладиган микроорганизмлар учрайди.

Эндоген инфекциялар тана терисиди, шиллик пардаларда, ошқозон ичак йулида ва юқори нафас йулларида учрайди. Улар жароҳатга туғридан - туғри ёки қон ҳамда лимфа суюқлиги орқали тушади.

Экзоген инфекциялар эса ҳаво, ҳаво томчи /гапирганда, аксирганда/, контакт /нотоза асбобларни тегиб кетиши/ йули ва жароҳатда абадий ёки вақтинчалик қолдирилган тикув материали, дренажлар орқали /имплантацион-қучиб утган/ юқиши мумкин.

Булардан ташқари «мудрок» инфекция ҳам тафовут қилинади, яъни ҳамиша организмда учрайдиган, аммо касаллик чақирмаган микроорганизм маълум вақт утгач киши организми иммунитетини пасайса касаллик чақириш қобилятига эга бўлиб қолади. Мисол учун операция муваффақиятли тугаб бемор касалхонадан чиқиб кетади, 5-6 ой утгач, операциядан кейинги қандик йиринглаши ёки оқма яра пайдо бўлиши мумкин.

Контакт /тегиб кетиш/ йули билан юқадиган микроорганизмларни йукотишнинг бирдан-бир усули, жароҳатга тегиши мумкин бўлган барча нарсаларни стериллашдир. Бунинг учун операцион окликлар, боғлов ва тикув материаллари, кулқоплар, асбоблар, хирург куллари ва операцион майдон стерилланиши керак.

Тикиш учун ишлатиладиган капрон, ипак, кетгут ва бошқаларни стериллаш ҳам контакт ҳам имплантацион инфекцияларни олдини олишда аҳамиятлидир.

Стерилизация - микроблар ва уларнинг спораларини йукотиш демакдир. Стерилизацияга турли хил усуллар: қудире, қуруқ иссиқлик, қуглантаре, қайнате, автоклавлаш, қимёвий моддалар билан тозалаш туфайли эришеи мумкин.

Боғлов материалларини, асбоб ускуналар ва қойшабларни стериллаш 4 босқичдан иборат булади:

1 босқич-материалларни стериллашга тайёрлаш

2 босқич-материалларни қойлаштиаре

3 босқич-стериллаш

4 босқич-стерилланган материалларни сақлаш

1-босқич стериллашдан олдин асбоб-ускуналарни тайёрлаш - бундан мақсад асбоблар, шприцлар, игналар, қуп марта қулланиладиган қонни қуеиш системаларини механик тозалашдир.

Ишлатилган асбоблар шу захоти оқар илик водопровод сувида шётқа яхшилаб 5 дақиқа мобайнида қувилади, кейин 50⁰С даража иссиқликда махсус қувиш эритмаларида 15-20 дақиқа ботиариб қувилади. Шприцларни поршенени-цилиндрдан ажратиб қувиш керак.

Асбобларни қувиш учун турли тарқибли эритмалар қулланилади:

А эритма-церкидрол-20г, қувиш қуқуни –5г сувдан 975 мл ;

Б эритма-водород пероксидининг 2,5% эритмасидан 200мл, қувиш қуқуни 5г, сув 795мл.

Асбобларни қуқорида тақидланган эритмаларда сақлангач, уларни шу эритмани узида шётқа билан яхшилаб қувиш керак, шундан сунг оқиб турган сувда қувиш ва дистилланган сувда қайиб олиш керак.

Йиринг, ичак ахлатлари билан ифлосланган асбоблар қувишдан олдин сирли идишга солиниб, 0,1% ли диоксид эритмасига ёки 5% ли лизолга 30 дақиқа ботиариб қувилади. Шундан сунг қуқорида қайд қилинган усулда қувилади.

Анаэроб микроорганизмлар чақирган касалликларни операция қилишда қойдаланилган асбобларни 6% ли водород пероксиди, 0,5% ли қувиш эритмасидан иборат суюқликда 1 соат тутиш, сунг эритмада яхшилаб қувиш ҳамда 90 дақиқа мобайнида қайнатеи тавсия этилади. Шу вазифаларни амалга оширгач асбобларни қуқорида қурсатилган усулда қувилади.

Дори моддаларни куритишда фойдаланилган игналарни ювиш бир мунча мушкулдур. Игналар шпирицларга олинган иссик сувда ювилади., кейин 1 % ли содда эримасида ва 0,5 % ли нашатир спирт хамда тоза сувда ювилиши керак. Игналар ичига мандренлар куйилиб 30 дакика 2% ли бикорбонат натрий эритмасида кайнатилади. 8-12 соат утгач эса дистилланган сувда 40 дакика кайнатилади., хамда куритилади.

Юкоридаги муолажалар бажарилгач, асбоблар махсус шкафлар 85⁰С даража иссикликда куритилади, шундан сунг улар стериллашга тайёр хисобланади. Резина кулкоплар конга беланган булса, кулдан ечмасдан илик окар сувда яхшилаб ювилади ва 30⁰С дакика 0,5% ли нашатир спиртида ёки А,Б ювиш эритмаларига ботирилиб куйилади. Сунг окар сувда чайилади, куритилади ва стериллаш учун материалларга уралади. Йиринг билан ёки ичак ахлатлар билан ифлосланган кулкоплар стерилланмайди ва ёкиб юборилади.

Асбоб-ускуналар, шпириц ва ниналар ювиб тозалангач, уларда кон томчилари колмаслиги керак, чунки улар захм, безгак, сарик касаллиги ва орттирилган иммунитет етишмовчилиги синдром (СПИД) касалликларини юктириш манбаидир. Шу кон томчилар колган-колмаганлигини назорат килиш учун бензидин синамаси (Григерсен усули) дан фойдаланамиз. Стериллашга тайёр деб хисобланган асбобларни булакчаси ботирилган 1% бензилин эритмаси+перекис водород билан артилади, ниналар ичида шу эритма шпирц оркали утказилиб пахта булагига томизилади. Шу рангсиз суюклик кук яшил рангга булса, кон томчиси колганлигидан далолат беради. Бундай асбоблар кайтадан стериллаш ювилиши керак.

2-боскич-стериллашга юбориш учун асбоб-ускуналарни жойлаштириш.

Асбобларни курук иссикли махсус шкафларда стериллашда уларни тик холатда металл идишларга териблиб куйилади. Шпирицларга эса поршени цилиндрдан ажратиблиб когоз халтачаларга солинган холда стерилланадилар.

Стериллаш автоклавларда босим остида окувчан буг билан олиб борилганда асбоб-ускуналар, окликлар, кулкоплар, шпирицлар махсус бикс (Шеммельбуш) ларга жойлаштирилиб, кейин автолавкага солинади. Агар бикслар булмаса, бироз каттикрок матодан тайёрланган халтачалардан фойдаланиш мумкин.

Шпирицларни поршен ва цилиндрлари алохида холда салфеткаларга уралиб жойлаштирилади.

3-боскич-стериллаш. Асбоб-ускуналар ва шпирицларни, нина ва шиша идишларни махсус курук иссикли шкафларда стериллаш мумкин. Стерил учун тайёрланган буюмлар шкафнинг токчаларига жойлаштирилади ва харорати 80-85 даражага кутарилиб, 30 дакика куритилади, кейин шкаф эшиги ёпилиб 180⁰С даражага кутарилади ва шу даражада 60 дакика стерилланади. Стерилизация тугагач, шкаф электр токидан учирилиб даражаси 50-60 даражагача тушмагунча эшигини очиш ярамайди, даража пасайгач шкаф эшиги очилади ва 10-15 дакикадан кейин асбобларни олиш мумкин.

Стериллашнинг яна бир усули окувчан буг ва босим остида автоклавларда стериллашдир. Стериллаш учун биксларга солиб тайёрланган асбоб-ускуна ва материаллар махсус стериллаш камерасига ёндеворидаги тешиклари очилган холда жойлаштирилади. Бикслар шундай жойлаштирилсинки, уларни оралари, ёнларидан бемалол ута олсин.

Хирургик асбоб-ускуналарни 2 атмосфера босим остида 20 дакика давомида стериллаш мумкин. Стериллаш вакти атмосфера босими 2 атм. Иссиклик даражаси 132⁰С га етгандан бошлаб белгиланиши керак, буг резина кулкоплар, дренажлар, (найча) 1, 1 атмосфера босим, 120⁰С иссиклигида 45 дакика мобайнида стерилланнади. Биксларни автоклавдан олишда уни ён деворларидаги тешиклар махсус белбоги билан ёпилиб кулфланади. Бикслар турли - турли булимлардан кабул килинган булиши мумкин, уларни бир-биридан бикс дастачасига боглаб куйилган ёрликдан ажратиб оламиз. Ёрликда булим номи стерилизацияга тайёрланган ой куни, биксда нима жойлаштирилгани ёзиб куйилади.

Стериллашни автоклавда ва курук иссикли шкафларда олиб бориладиган усуллари энг ишончли усуллардир. Марказий стериллаш хоналари булмаган даволаш масалаларида стериллаш кайнатиш усулида олиб бирилади. Кайнатиш йули билан стериллаш учун махсус кайнатгичлардан фойдаланилади. Кайнатгичлар газ плитаси устида ёки электр токидан фойдаланиб ишлайдиган булади.

Кайнатиш йули билан шпирицлар, нина, шиша идишлар, резина найчалар, катетер, зонд, кулкоплар ва уткир тигли булмаган асбоблар стерилланади.

Кайнатгичлар турли хажмда булиши мумкин, уларга дистирланган ёки икки марта кайнатиб тиндирилган сув солинади, сувни кайнатиш даражасини кутариш учун 1 литр сувга 20 г содда парашоги кушилади. Кайнатгич тубига ёки уни элак (сетка) кисмига бинт солинади. (уралади), чунки кайнаш натижасида чуккан тузлар асбоблар юзига эмас, шу марлига ёпишади.

Асбоб-ускуналар бир-биридан ажратилган холда кайнатгичнинг элак кисмига терилади ва махсус илмоклар билан унинг тубига тушурилади ва капкоги махкам ёпилади. Ундаги сувнинг кайнаш вақтидан бошлаб стериллаш 40 дакика давом эттирилади. Кайнаш вақти тугагач асбоблар кайнатгичнинг элак кисми билан махсус илмоклар ёрдамида чиқариб олинади ва стерил столга қуйилади.

Йирингли яллигланиш касалликларини даволашда, ишлатиладиган ичак ахлатлари ёки газли гангрена чиқарувчи микроблар билан ифлосланган шпирцлар, асбоблар алохида кайнатгичларда 90 дакика мобайнида стерилланади, сунг 12-24 соат утгач яна бир соат мобайнида яна стериллаш керак булади. Резинадан тайёрланган (кулкоп, дренажлар, катетерларни) асосан автоклавлаш йули стериллангани маъкул, камдан-кам холларда сода кушилмаган дистилланмаган сувда 15-20 дакика кайнатиш керак. Куп марта кайнатиш резинали буюмларни чидамсиз қилади, кулкопларни эса катталаштириб юборади.

Гастродуоденоскоп, бронхоскоп, лапароскоп, цистоскоп, гемосорбция қилиш ва суний кон айлантирувчи аппаратлар ёки уларнинг айрим қисмларини иссиқлик таъсирида стериллаш мумкин эмас, шунинг учун уларни махсус газли камера (ГПД - 250) дан фойдаланиб стериллаш мумкин. Стериллаш мумкин бўлган аппаратлар герметик ёпик камерага солиниб этиоген оксиди газ билан тулдирилади ва 18⁰С даражали иссиқликда 16 соат тутилади, агар газлар аралашмаси, (этилонексиди билан метилен бромиди) кулланилса, иссиқлик даражасини 55⁰ С га кутариб 6 соат тутилади.

Оптик асбобларни «совук» усулда стериллаш мумкин, бунинг учун хлоргексидиннинг спиртли эритмасидан ёки первомурдан фойдаланилади. Асбоблар кимёвий эритмалар ёрдамида стериллаш албатта металл идишларнинг оғзи ёпик холда амалга оширилиши шарт, акс холда эритмаларнинг бугланиши туфайли атроф-мухит хавоси ифлосланади. Аппаратлар идишларга солиниб улар юзаси бутунлай ботгунча кимёвий эритма қуйилади ва оғзи копкоп билан ёпилади. Агар махсус идишлар бўлмаса, стерилланган ёки шиша идишлардан фойдаланилса булади.

Зудлик билан стериллаш лозим бўлганда, юкоридаги усулларни куллаб бўлмайди. Шунинг учун қуйдириш усулини куллаш мумкин. Металл лаганга ёки ликопчага 15-20 мл. спирт солинади ва асбоблар жойлаштирилиб спирт ёкилади. Бу усулда стериллаш мақсадга мувофиқ келмайди, чунки иссиқлик таъсир қилиш қиска муддатли бўлиб, микроорганизмларнинг споралари тирик қолади ёки атроф-мухитда бошқа газлар аралашмаси бўлса, портлаш юзага келади.

Уткир тигли асбоблар (қайчи, пичок, скальпель, ампутацион арра) иссиқлик таъсирида стерилланганида утмас бўлиб қолади, шунинг учун уларни ҳам «совук» усулда стериллаш керак. Бунинг учун 96 даражали спиртга 30 дакика ботириб қуйиш, учламчи эритмада 3 соат тутиш керак булади.

4-боскич стерилланган материалларни сақлаш.

Стерилланган асбоблар ва материаллар алохида хоналарда сақланади. Уларни стерилланмаган материаллар билан бирга тутиш маън қилинади. Бикслардаги стерил материаллар 2 кеча-кундуз (18 соат) очилмай сақланиш мумкин. Махсус коғоз халталарга солиб автоклавда стерилланган шпирцларни 25 кеча-кундузгача сақлаш мумкин булади.

ЧОК МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УЛАРНИ СТЕРИЛЛАШ

Жароҳатни тикиш (чоклаш) учун жаррохлик тажрибасида ипак, лавсан, капрон, кетгут, аёллар сочи ва от қили кулланилади, булардан ташқари металдан тайёрланган Мишель қискичлари, танталдан ёки зангланмайдиган пулатдан ясалган симлар кулланилади.

И п а к – пишитилган ёки тукилган иплар қуринишида кулланиладиган тикув материали пилладан тайёрланади. Ипак иплар турли йугонликларда 00 дан 16 гача бўлган рақамлари ишлатилади. Ипакларни стериллаш асосан Кохер усулида стерилланади, у қуйидаги боскичларда олиб борилади:

1 – боскич - илик сувда ипак совунлаб 10 дакика давомида ювилади ва қурук сочик билан артилади.

2 – боскич - шиша тувакчаларга ипаклар 3-5 метр узунликда олиниб уралади ва бир суткага (24 соат) ёғсизлантириш учун эфирга солиб қуйилади.

3 – боскич - эфирдан стерил туткич билан олинган ипаклар 70% ли этил спиртига солиб куйилади.

4 – боскич - этил спиртидан олинган ипакни 10 дакика 1:1000 нисбатдаги сулема эритмасида кайнатилади.

5 – боскич - стерилланган иплар 96% ли этил спиртига ишлатилгунча солиб куйилади. Агар ипак 7-8 кун мобайнида ишлатилмаса, унинг спирти янгисига алмаштирилади. Ипакларни автоклавлар ёрдамида стерилласа булади, лекин улар узаишикликларини йукотишади.

КЕТГУТНИ ЙОД БУГЛАРИДА СИТКОВСКИЙ УСУЛИДА СТЕРИЛЛАШ.

Кетгутлар куй ичагининг сероз ва мускул каватидан тайёрланган йугонлиги хар хил булган тикув материалидир. Ингичка йугонлигига караб кетгутлар 00 дан 9 ракамгача булади. Тукималарни тикиб колдирилган кетгутлар 14-21 кун ичида сурилиб кетиши исботланган. Сурилиш муддатини узайтириш керак булганда кетгутлар хромланади ёки кумушланади, формалин билан ишланади. Ифлосланиш даражаси юкорилигини хисобга олиб кетгутларни жуда пухта стериллаш талаб килинади.

Йод бугларида Ситковский усулида стериллаш куйидаги боскичларда олиб борилади.

1 – боскич - кетгут калавалари 12-24 соат давомида эфирга солиб ёгсизлантирилади.

2 – боскич - стандарт кетгут иплари 3 булак килиб кркилади ва 1:1000 нисбатидаги сулеманинг рангсиз эритмасига хулланган сочик билан артилади.

3 – боскич - сулема билан артилган кетгут иплари йугонлигига караб 2% ли калий йод эритмасида турли муддатгача ботириб куйилади. Биринчи ракамгача булганлари 30 секунд, 1 ракамлиси 1 дакика, 2 ракамлиси 2 дакика ва хоказо.

4 - боскич - кетгутлар стерил сочиклар билан куртилади ва туп-туп килиб богланади, халка куринишида уралиб тубида йод кристаллари бор шиша банкалардаги махсус туткичларда осиб куйилади. 3 литр хажмдаги банка тубига 40грамм, 5 литрлисига 60 грамм йод кристаллари солиш тавсия этилади.

5 – боскич - банка огзи герметик ёпилиб, устидан парафин эритиб куйилади. Биринчи ракамгача булган кетгутлар 3 кеча-кундузда, 2-3-4 ракамлилари 4 кеча-кундузда, 5-6 ракамлилари эса 5 кеча-кундузгача стерилланади.

6 – боскич - стериллаб булинган кетгутлардан бактериологик анализ олиниб, улар ишлатилгунча курук шиша банкаларда сакланади. Банкани хар куни у ён бу ёнга кимирлатиб туриш зарур, чунки хосил булган йод буглари банка ичига тугри таркалиши керак.

КЕТГУТНИ ЛЮГОЛНИНГ СПИРТЛИ ЭРТМАСИДА А.П.ГУБАРЕВ УСУЛИДА СТЕРИЛЛАШ.

1 – боскич - кетгут 12-24 соатга ёгсизлантириш махсадида эфирга солиб куйилади.

2 – боскич - эфир тукиб ташланиб 8 кеча кундузда 2 марта Люголнинг спиртли эртмасига \1000 мл 96% этил спирт, 10 грамм калий йод, 10 грамм соф йод\ солинади.

3 – боскич - стерилланган кетгутлар бактериологик назоратдан утказилгач, шу эритмада ишлатилгунча сакланади.

КЕТГУТНИ ЛЮГОЛНИНГ СУВЛИ ЭРИТМАСИДА ГЕЙНАЦ -КЛАУДИУС УСУЛИДА СТЕРИЛЛАШ.

1 – боскич - узунлиги 1 метрдан булган коптокчасимон уралиб ёгсизлантириш учун эфирга 12-24 соат солиб куйилади.

2 – боскич - кетгут эфирдан олиниб, Люголнинг сувли эритмасига (дистилланган сув 1000 мл, калий йодит 20г, соф йоддан 10 г) 8-10 кеча кундузга солинади.

3 – боскич - Люголнинг сувли эритмаси тозасига алмаштирилиб, кетгут яна 8-10 кеча кундуз сакланади.

4 – боскич - Люголнинг сувли эритмаси 96% ли этил спирти билан алмаштирилади ва 7 кеча кундуздан кейин бактериологик назоратдан утказилган кетгут, ишлатилгунча шу спиртда сакланади.

Кетгут 1:1000 нисбатига диоксид эритмасидан 48 соат мобайнида стериллаб, кейин спиртда саклаш мумкин.

Бундан ташкари заводларда махсус стерил холатда ишлаб чикариладиган ампулалар кетгутлардан кенг фойдаланиш мумкин.

Капрон иплар кейинги пайтда кенг кулланилмокда, уларни 20 дакика мобайнида дистилланган сувда кайнатиш йули билан сериллаш керак. Капрон ипларнинг кулай томони

шундаки, улар жуда маҳкам, тез тайёрланадиган, арзон, ҳамда туқималарнинг унда сезгирлиги кам. Етишмовчилик томони шундаки, ҳосил булган тугун тез ечилиб кетиши мумкин, шунинг учун уни 3 та тугун билан боғлаш керак.

Лавсан - янгидан тайёрланган суний тикув материалдир. Лавсан боғлов материаллари сингари автоклавда ёки асбоблардек, қайнатиш йули билан стерилланади. Арзонлиги, мустаҳкамлиги ва организм туқималарининг лавсанга сезгирлиги камлиги сабабли хирурглар уни куп куллашади. Лавсанни боғлашда 3 тугун қилиш керак, акс ҳолда ечилиб кетиши мумкин.

От ёлдан тайёрланган тикув материаллари пластик ва косметик операцияларни амалга ошириш учун фойдаланилади. От ёли илик оқар сувда совунлаб ювилади, қуритилиб халқасимон қилиб уралади ва тез ёғсизлантириш учун 7 сутка бензинда сакланади. Бензиндан олинган от ёли 40 дақиқа сувда қайнатилади, стерил сочик билан қуритилиб 96% ли этил спиртига 7 сутка солиб қуйилади. 7 суткадан сунг янгиси билан амаштирилади ва ишлатгунча сакланади.

Косметик ва эластик операцияларда от ёли сингари аёллар сочидан фойдаланиш мумкин, уни стериллаш юқорида қайд қилиб утилгандек амалга оширилади.

Мишель қисқичлари, тантал ва пулат симлар, асбоблар сингари стерилланади.

Шуни унутмаслик керакки, кетгутдан тайёрланган тикув материаллари аллергия реакцияларга сабаб бўлмоқда. Сунги вақтда кетгут урнида ишлатиладиган, яъни синтетик материал полигликон кислоталарда сурилиб кетувчи иплар тайёрланмоқда. Узини мустаҳкамлиги жиҳатидан бу иплар кетгутдан қолишмайди.

Операцияда бевосита иштирок этадиган медицина ходими уз қулининг топ-тоза бўлишини кунт билан қузатиб бориши лозим. Қул терисида тирналган жароҳатлар бўлмаслиги, тирноклар олинган бўлиши ва уларга лак суртмаслик лозим. Қулга ишлов беришнинг бир неча усуллари бор. Биз хирургия практикасида энг куп қулланиладиган усуллар ва сунги вақтларда тавсия этилган янги методлар хусусидагина тухталиб утамыз. Ҳозирги вақтда қулга ишлов беришнинг қилишнинг қупгина методларидан кейин қушимча равишда яна қулқоп қийилади.

Спасокукоцкий-Кочергин усули. Қулни ювиш учун мулжалланган қурук тоғорага 5 мл 96% ли спирт қуйиб, ёкилади. Тоғорани ҳар томонга қийшайтириб, унинг ички сатҳи қуйдирилади. Тоғорага 1 л дистилланган сув қуйилади ва 5 мл нашатир спирти (0,5% ли нашатир спирти эритмаси) қуйилади. Шундай эритмада қулни 2 та тоғорада 3 минутдан ювилади. Қулни олдин чутқа билан совунлаб ювиш шарт эмас. Қулни амалда тоза бўлишининг узи қифоя қилади. Ювиш техникаси: 1) стерил сalfетка билан аввал ҳар қайси бармоқнинг кафт, сунгра чап панжанинг кафт ва кафт орқа юзасини, сунгра унг қулники, шундан сунг чап, кейин унг қулнинг билак олди қисмини ва ниҳоят билақлар ювилади, кейин қулларни худди шу тарика ва яна 3 минут мобайнида бошқа тоғорада ювилади; 2) қул стерил сочик билан қуритилади; 3) қулни 96% ли спиртига ҳулланган сalfетка билан 5 минут мобайнида артилади; 4) тери бурмалари ва тирнок юзаларига йоднинг 5% ли спиртидаги эритмаси суртилади.

Қулни қеригель билан ишлов бериш. Қулнинг қурук терисига 3-4 г қеригель туширилади ва препарат кафт орқаси юзларини, бармоқ ораларини ва билакнинг пастки учдан бир қисмини қоплагунча 8-10 секунд мобайнида кунт билан ишқаланади. Сунгра қулни ҳавода ёки вентилятор тагида қуритилади.

Кулни дегмицид билан ишлов бериш. Дегмициднинг сувдаги 1% ли эритмаси кулланилади. Кулни 2-3 минут мобайнида илик сув билан совунлаб, чуткасиз ювилади, дегмицидга ботирилган (хар бирини 3 минутдан) иккита тампон билан ишкаланади, стерил сочик билан артилади ва стерил кулкоп кийиб олинади.

Кулни перформнат кислота билан обработка килиш. Тайёрлаш усули 33% водород пероксид (17,1 мл) ва 85% чумоли кислотани (8,1 мл) шиша колбага (аввал водород пероксидини. сунгра кислотани) куйилади, обдон силкитилади ва совук сувли кастрюлкага 1 – 1,5 соатга қолиб куйилади. Шундан сунг колбадагина водопровод, денгиз суви ёки уй хароратидаги (18-20⁰С) дистилланган сув билан 10 л гача суюлтирилади.

Эритма бир сутка мобайнида ишлатилиши мумкин, 5л ишчи эритмани эмаль копланган тогорачага куйилади. Кулни аввалги 1 мин кран остида совунсиз (чуткасиз) ювилади, сунгра 1мин тайёрланган эритма (салфеткасиз)да ювилади, стерил сочик билан куругунча артилади. Сунгра кулкоп кийилади.

Операцион майдонни тайёрлаш. Операциядан олдин бемор гигиеник ванна ёки душга туширилади. Беморнинг ич кйимлари ва чойшаб, ёстик жилдлари алиштирилади. Операцион майдон зонасини операция куни устарада (яхшиси курук метод билан) кирилади. Операцион майдонни обработка килишнинг бир неча усуллари бор.

Филончиков-Гроссикх усули. 5-10% ли йод эритмасини 4 марта албатта куйидагича суртишдан иборат: 1) операцион майдонни стерил оклик билан бекитилгунга қадар кенг миқёсда обработка килиш; 2) стерил оклик билан бекитилгандан сунг обработка килиш (кесишдан олдин); 3) чок солишдан олдин жароҳат четларини обработка килиш; 4) чок солишдан кейинги обработка. Агар тери нозик бўлса ва болаларда куйишни олдини олиш учун йод эритмасини спирт билан қисман артиб олинади.

Баккал усули териси нозик кишиларда кулланилади. Операцион майдон бриллиант яшилнинг 1% ли эритмаси билан обработка қилинади.

Перформнат кислота билан обработка килиш. Тайёрлаш усули юқорида баён қилинган. Бу ҳолда спирт ва йод кулланилмайди.

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. А.Ф. Краснова «Сестринское дело» Том 1-2, Издательство «Перспектива» Москва 2000г.
2. С.А. Блинова «Сестринское дело в хирургии». Москва 2006г
3. Барыкина Н «Сестринское дело в хирургии». Москва 2002г
4. П.Г. Брюсова «Военно – полевая хирургия» МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО «ГЕОТАР» Москва 1996г.
5. С.П.Петров «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2007г.
6. В.К.Гостищев «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2006г.
7. С.П.Зубарев. «Общая хирургия» С.П. Москва 2004г.
8. ОриповУ.А., Каримов Ш.И «Умумий хирургия»1994й.
9. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар».1993й.
10. Кафедра укув-услугий кулланмалар туплами. 2011 й.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

(Маъруза – 2 соат)

3-МАВЗУ	Қон кетишни ташхислаш ва қон йўқотиш даражасини аниқлаш. Қоннинг ахамияти ва организмлаги нормал фаолиятини тушуниш. Организмнинг O ₂ билан таъминланиши, химоялаш, моддалар алмашинувида қатнашиши. Қон кетишнинг таснифи. Қон оқишни тўхтатиш усуллари.
----------------	--

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1.Қон кетиш тушунчаси, таснифи; 2.Қон кетиш этиологияси; 3.Қон кетиш патогенези; 4.Қон кетиш клиникаси ва диагностикаси; 5.Қон кетишни тухтатиш усуллари; 6.Қон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш.
Ўқув машғулотининг мақсади: “Қон кетиш ва қон тухтатиш” тушунчаси, таснифи, этиопатогенези, клиник белгиси, диагностика усуллари, қон кетишнинг асоратлари ва уларни даволаш усуллари тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.	
Педагогик вазифалар: - Қон кетиш тушунчаси, таснифи, этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси, қон кетишни тухтатиш усуллари, қон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш усуллари билан таништириш ва тушунтириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Қон кетиш тушунчаси, таснифи, этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси, қон кетишни тухтатиш усуллари, қон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш усуллари билан таништиришади ва урганади, мисоллар келтиради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Боскичлар, вакти	Фаолият мазмуни Қон кетишни ташҳислаш ва қон йўқотиш даражасини аниқлаш. Қоннинг аҳамияти ва организмлаги нормал фаолиятини тушуниш. Организмнинг O ₂ билан таъминланиши, химоялаш, моддалар алмашинувида қатнашиши. Қон кетишнинг таснифи. Қон оқишни тўхтатиш усуллари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. <i>Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. <i>Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказади.</i> - Қон кетиш деб нимага айтилади? - Қон кетишда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада деб уйлайсиз? - Қандай қон кетишларни биласиз? 2.2. <i>Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади.</i> Қон кетиш турлари, таснифи, клиник белгилари, диагностикасини мисоллар билан баён этилади. Уларнинг асоратлари тушунтирилади. 2.3. <i>Қон кетиш асоратлари, биринчи ёрдам курсатиш ва даволаш принципларига тўхталиб ўтилади.</i> - Қон кетиш асоратлари; -вақтинча ва батамом қон тухтатиш усуллари санаб утинг ва таништиринг; -қон кетишни даволаш принциплари нималарга асосланган. 2.4. <i>Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.</i>	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. <i>Мавзуга якун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “консервланган қоннинг сақлаш” мавзусида реферат ёзишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ. Қон кетиш деб, қон томирлар деворларнинг шикастланиши, бирор касаллик оқибатида емирилиши ёки утказувчанлигининг ошиб кетиши сабабли, улардан қон оқишига айтилади.

Қон кетишининг келиб чиқишига қараб икки турга бўлинади. Улардан бири шикастланиш (травматик) тури бўлиб, у ташқи кучнинг таъсирида томир деворларининг бутунлиги бузулганда (жаррохлик усули қулланилганда ҳам) вужудга келади.

Қон кетишининг иккинчи тури шикастланишга эмас, балки унинг сабаблари томир деворларининг зарарланишига (патологик узгариш) боғлиқ бўлади. Бу сабабларга томир деворлари утказувчанлигининг ошиши, хавфли усмаларнинг томир деворлари яқинида пайдо бўлиши яллигланиш, нурланишни киритиш мумкин. Бунга қон босимининг тез қутарилиб кетиши ва қон қимёвий таркибини (қон ивишининг пасайиб кетиши) узгаришига ҳам олиб келади. Қон оқишининг сабаби биргина бўлмасдан, куп вазиятларда ҳам руёбга чиқиши мумкин. Масалан, сепсис, ва холемия ҳолатларида қон кетиши мураккаб жараён бўлиб, бутун танадаги узгаришларни уз ичига олади. Томир деворларининг касаллик оқибатида юпка тортиши учун енгилгина таъсир ҳам қон кетиш учун кифоя қилади. Заҳм касаллигида томир деворининг кенгайиши турли тезкор қон босимининг қутарилиб кетиши аневризманинг ёрилиб кетишига сабаб бўлади. Қон кетиши фақатгина жаррохликда учрамасдан, балки доячиликда, яъни бачадондан турли

сабаблар таъсирида кон окиши, тирапевт ва невропатолог амалиётида кексаларда ва кон босими ошган беморларга бирданига мияга кон куйилиб фалаж булиб қолиши холларда, окулистлар амалиётида куз тукумасига кон куйилиши бу масаланинг тиббиётда катта ахамияти борлигини курсатади.

Кон кетишнинг механизмга караб куйидаги турларга булинади: ёрилиш таъсирида кон кетиш, томир девори емирилганда кон кетиш эрозия натижасида кон кетиши. Коннинг кон томирларидан ташкарига чиқишига, унинг оз ва куплигига, тукумаларга таркалишига караб уч гуруҳга булиш мумкин: кон кетиши кон куйилиши ва гематома. Кон окиши ёки кетиши деб, томир деворларидан ташкарига кон чиқишига ёки бирор тукумага, тана аъзосига, унинг ичига тупланишига айтилади. Кон куйилиш деганда тукумаларга кон шакли элементларининг сингиши. Йигилиши тушунилади.

КОН КЕТИШНИНГ ТАСНИФИ. Кон кетишининг таснифи шикастланган кон томирларининг анатомик тузилиши, сабаблари, ва ташки мухитга алоқадорлигини ҳисобга олган ҳолда куйидаги гуруҳларга булинади:

1. Шикастланган кон томирнинг белгиларига караб, артериал, веноз капилляр ва паренхиматоз кон окиш фарк қилади. Уларнинг клиник белгилари бир-бирдан фарк қилади.

Артериал кон кетиш бемор учун оғир кечади. Бу ҳолатда томир деворларидан кон юрак уришига мосланиб, маҳаллий рити билан тебранади. Кислородга туйинган булганлиги учун оч кизил рангда бўлади.

Артериал кон кетишнинг уз-уздан тухтаб қолиш камдан-кам ҳолда булганлиги учун беморни қиска вақт ичида камконликка мубтало қилади ёки ҳаётини ҳавф остига қуяди.

Веноз кон томирларидан кон кетиши, артериал кон кетишидан ранг билан фарк қилади (оқаётган кон ранги қорамтир бўлади томирда кон босими пастлиги сабабли, секин, томчилаб оқади. Коннинг босими остида узлуксиз вена томиридан окиш факатгина тананинг йирик томирлари шикастланганда руй бериши мумкин. Капилляр кон томирларидан кон кетиш купинча аралаш булиб, майда артерия ва вена томирлари шикастланганда пайдо бўлади. Паренхиматоз кон окиши паренхиматоз органлар шикастланганда руй беради. Бундай органларга жигар, талок, буйрак, упка ва шунга ухшаш тана аъзолари қиради.

Бу кон окиши капиллярдан кон кетишига ухшаб кетади, бироқ уз-уздан тухтаб қолмайди ва купинча жаррохлик усулини талаб қилади, чунки бу органларда кон томирлари девори орган стромалари билан ёпишган ҳолда бўлади. Шунинг учун кон узлуксиз оқади. Кон куйишнинг келтириб чиқарувчи сабаблар куйидагича: а) ташки таъсир натижасида кон кетиш. Бу ҳолда кон томир шикастланиш таъсирида уз бутунлигини йукотади ва кон окишига олиб келади; б) нейротрофик узғаришлар таъсирида кон кетиши. Унинг сабаблари кон томирлари девори утқазувчанлигининг ошиб кетиши; организм химоя кучларининг пасайиб кетиши натижасида бузулиши асосида руёбга келади. Кон окишининг ташки ва ички мухитга боғлиқлиги караб ташки, ички ва яширин кон кетиш фарк қилади.

Ташки кон окиши кон тери сатҳидаги жароҳат натижасида, ташки мухит билан боғлиқ бўлади. Ички кетишда кон тукумалари, органларга йигилиб, куйилиб қолади, бу ҳолат геморрагия деб аталади. Тана бушлиқларига кон йигилганда кон шу бушлиқлар номи билан аталади: қорин йигилиши қуқрак қафаси бушлиғида кон йигилиши, перикард булишига кон куйилиши, бугим бушлиғига кон йигилиши, бачадон бушлиғига кон йигилиши. Агар кон тана бушлиғидан руёбга келса, улар ҳам махсус ном билан юритилади: бурундан кон окиши: меъдадан кон окиш, кон аралаш балғам ташлаш, кон аралаш қайд қилиш, сийдик йулақларидан кон окиш, аёлларнинг қуқ хайз қуриши, аёллар таносил органларидан кон кетиши, орқа тешиқдан кон окиши, ахлатнинг қора қилиши. Тукумаларга кон кетганда бириктирувчи тукума, тукумалараро бушлиқларга йигилиб, у ерда шиш-инфилтрат ҳосил қилади. Уларнинг катта — ичкилигига, таркалишига ва ҳосил қилган шаклига караб, махсус ном билан аталади. Агар кон тукумаларига булак-булак булиб куйилса, тукумаларни суриб, улар оралигини кенгайтириб, сунъий ва чекланган оккан билан тулган бушлиқлар ҳосил қилади, бундай кон кетишни гематома дейилади. Гематома икки хил булиши мумкин: тукумалараро ва бушлиқ гематомаси. Гематоманинг катта — кичик кон босимига ва тукуманинг эластик ҳолатига боғлиқ бўлади. Гематома кон томирларига ташки таъсирот натижасида ва патологик ҳолатларда, шунингдек геморрагик диатез (тромбоцитопения пурпураси, гипопластик камконлик), гемофилия ва шунга ухшаш касалликларда, баъзан уларсиз ҳам пайдо булиши мумкин. Гематома ҳар хил натижа билан тугаши мумкин: баъзан оқаётган кон томир тромб билан бекилиб қолганда кон сурилади: куйилган кон таъсирида атрофдаги тукумалар таъсирида унинг қалин капсула билан чегараланиши мумкин, унда коннинг сурилиши секинлашади ва гематома кон кистасига айланади. Кон окиши давом этаверса, тукумаларда тарангланиш кучайиб, тери қоплами гематома оқаради ёки қуқрак ранг олади.

Бош суяги бушлиғи, қуқрак қафаси ва қорин бушлиғида кон окиши шу анатомик тузилмалардаги аъзоларни қисиб куйиш натижасида ҳар хил асоратларга, анемияга олиб келади. Агар шу бушлиқлардаги гематома йирингласа плеврит, перитонит, ва шунга ухшаш йирингли жараёнларга сабаб бўлади ва бу қунгилсиз воқеаларга олиб қилиши мумкин. Айтилган бушлиқларга кон камдан-кам уз-уздан тухтаб қолади, чунки шу бушлиқларни чегараловчи сероз парда кон ивишига қисман тусқинлик қилиши ҳусусиятига эга.

Ички кон кетиш уз навбатида аник ва яширин буклиши мумкин. Аник қачонки кон кетиш манбаи аник.

Яширин - кон кетишнинг клиникаси мавжуд лекин манбаи ноаниқ. Ташқи ва ички кон кетишдан ташқари фақатгина лаборатория усуллари билан аниқланадиган яширин кон кетиш ҳам мавжуд.

Яшириш кон кетиш ҳасталикнинг аник белгиларини бермасдан сурункали асоратлар вужудга келтиради: бу ҳолда камқонлик белгилари намоён бўлади. Масалан меъда ёки ичак яраларидан яширин кон кетади.

Кон кетиш пайдо бўлиш даврига қараб 3 га бўлинади:

А) бирламчи кон кетиш – шикастлангандан сунгт дарров кон томирларидан кон оқиш ҳолати белгиланади. Б) иккиламчи эрта кон кетиш биринчи соатлардан икки суткагача бўлган даврни уз ичига олади, одатда шу давр орасида жароҳатга инфекция тушган, йирингли жараён бошланмаган бўлади. Иккиламчи кон кетиш шикастланган томир ичини ивиган қонга ҳосил бўлган тромбнинг қучиши натижасида юз беради. Бунинг учун у емирилган, кон босими бирданига қутарилган ва томир деворининг бушашган бўлиши кифоя.

В) Кечки иккиламчи кон кетиш жароҳатида инфекция таъсирида йирингли жараён авж олишга тугри келиб, одатда 2 кундан сунг пайдо бўлади.

Иккиламчи кон кетишнинг сабаблари: 1) биринчи жароҳлик тозалашда, операция пайида кон томири яхши боғланмаганлиги ёки кон кетиш етарли тухтатилмаганлиги. 2) Кон босимининг қутарилиб кетиши. Одатда шикастланиш таъсирида операция даврида кон босими паст бўлади. Операция вақтида ва операциядан кейин берилган дори-дармонлар, кетаётган қонни тухтатиш қаби даво муолажалари кон босим албатта қутарилади. 3) Жароҳатга салбий таъсир қиладиган шикастлантирувчи боғламларни тез-тез узгартириш: томир атрофида суяк ва металл қолдиқлар борлиги.

4) Кон қимёвий тузилишининг бузилиши, кон ивишининг қузилиши. 5) Беморда вужудга келган септик ҳолат (анаэроб, йирингли инфекцияни таъсири). 6) томир бушлигидаги тромб ёки ҳавфсиз усманинг емирилиши. Кон кетишга кон ва атмосфера босимининг таъсири. Кон босимининг қутарилиб кетиши ҳам кон оқишига олиб қилиши мумкин. Бу вазият бугилганда, қуқрак қафаси бирданига қисилганда, қаттиқ йўталганда пайдо бўлиб, унинг белгилари қуз ва бошқа шиллик қаватларда кон қуйилиши билан вужудга келади. Бундан ташқари, атмосфера босимининг бирданига пасайиб кетиши ҳам қурун, қуқок, қуруқ ва қуғилларда кон оқишга олиб қилиши мумкин, бу ҳолат қуз ости ишлари (қессон) билан шугулланувчи ақвалангистларда учраши мумкин. Вена кон томирларда (қавосилда) ёки қенгайган оёқ вена томирларида қаноён бўлиши мумкин. Шунингдек кон кетиш қатта қажмдаги шиш, эхинококк қистаси (айниқса қижардан) жароҳлик йули билан олиб ташланганда ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Кон кетиши тухтатишда кон ивиш қуқуқиятининг ақамияти. Қоннинг физиологик ивиш қуқуқияти томир қаватида тромб қосил қилдириб, кон кетишига қуқинлик қилади, аммо қосил бўлиш учун организмда қальций тузлари, қибриноген, қуотромбин, қуоконвертин, ва бир неча факторлар (13 та) фактор бўлиши шарт. Бироқ шу факторларнинг организмда қуқмаслиги ёки етишмаслиги қоннинг ивишига қалақит беради. Бундай қасаллик ҳолатларига қемофилия ва қолемияларни қисол қилиб қелтирса бўлади, қунки уларда кон ивиши сеқинлашиши ёки қутунлай ивиқмаслиги мумкин.

Қемофилия-туғма қасаллик бўлиб, бунда беморларда кон кетишига қойиллик бўлади. Бу қасаллик ақосан эрқакларга учраб, қонда VIII фактор етишмаслиги сабабли қелиб қикади. Қупинча қемофилия қасаллигига қубғало бўлган беморлар ёшлиғидаёқ оғир кон кетишидан қобуд бўладилар. Кон кетишни тухтатиш учун беморларга қоннинг етишмаган VIII факторини (қуллаиди) қуйилади (қурипреципит, антиқемофилия плазма).

Уткир нур қасаллиги ҳам кон кетишига қойиллик пайдо қилади. Бу қасалликда жароҳатланишга қавобан бўлган вазомотор реакциянинг бузилиши натижасида шикастланган кон томир деворлари қисқариб бушлигини қичирайтиради ва томир учи доимо очик ҳолда бўлади, қасаллик авқида кон томирлари қурт бўлиб, тромбоцитлар қони (тромбоцитопеция) қамаяди ва қонда антиқоагулянтлар қуаяди, бу вазиятда кон ивишига қалақит беради. Руёбга қелган иккиламчи кон кетиш уз-уқидан кон тухтатиш қуқуқиятларидан қажрум бўлади ва қатто кон оқишини тухтатувчи қоддалар ҳам қуқсизлик қилади.

ҚОН ҚЕТИШ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ҚЛИНИК ҚУқУқИЯТЛАРИ. Қон кетиш диагностика қелиш учун кетиш қойини қилиш билан бирга сабаблари ва қажсуқ белгиларини аниқлаш лозим.

Ташқи кон кетишда қатта қагистрал кон томирлар деворининг қутунлигига ишонч қосил қилиш қерак. Шунингдек қетаётган қоннинг ранги, оқиш тезлигига ҳам ақамият қериш лозим.

Артериал томирлардан кон қетганда, унинг ранги оч қизил бўлиб, отилиб қикади. Артериал томирларда кон кетиш беморни қиска варт иқида қамқонлиққа олиб қелади, томир уриши тезлашиб қуз олди қоронгилашади ва боши айланаиб, қунгли айнийди. Қунки кон босими қамайиб қетади. Бу қлиник белгилар бош қиянинг уткир қамқонлигидан юз қериб, унинг қаолияти инг бузилганлигини билдиради. Бу асоратга юрак томирлар қаолиятининг бузилиши ҳам қириб, беморни қунгилсиз воқеага олиб қелади.

Венадан кон кетиш, артериал кон томирдан кон кетишидан фарқ қилиб, оқаетган кон қорамтир рангда бўлади, бир қаромда оқади. Венадан кон оқиш қупинча шикастланган томирнинг периферик учидан бўлади. Аммо шуни ислатиб утиш қераққи, агар вена қлапанлари қасаллик таъсирида

кучсизланган булса (атония) томирнинг шикастланган марказий учидан ҳам кон кетиш мумкин. Юракка якин булган вена томирлардан кон оқаётган булса, ундан оқаётган конга караб юрак ва нафас фазаларини сезиш мумкин. Буйин вена томирларининг шикастланиши хавфли булади, чунки нафас олганда вужудга келаётган салбий босим натижасида ташки мухитдан хаво кириши бош мия, юрак томирларини хаво эмболиясига олиб келиши мумкин.

Венадан кон кетиш, купинча, агар катта вена томирларидан булмаса, уз узидан тухтайди.

Капилляр кон кетиш майда артериал ва вена томирлари шикастланганда вужудга келиб, бутун тукимадан кон кетади. Агар коннинг иши бузилмаган булса, капилляр кон кетишини оддий ёки босиб турувчи бойлам билан тухтатиш мумкин.

Шикастланган орган ва бушликнинг вазиятига караб, ички кон кетишининг клиник белгилари хар хил булади. Баъзан хавф-хатар кетган коннинг микдорида эмас, балки шикастланган орган тукималарининг шу кон хажми билан эзилгандан келиб чиқади. Шуни айтиш керакки ҳамма вақт ҳам ички кон кетиш сабабини кон кетиши кузга ташланиб турса ҳам аниқлаб булавермайди. Масалан огиздан кон кетишининг сабаблари упка ва нафас олиш аъзоларининг юкори қисмлари, халқум, кизилунгач, меъда, ун икки бармок ичак касалликлари булиши мумкин: сийдикда кон пайдо булса, хасталик белгилари буйракда, сийдик пуфаги ва йулларида булиши мумкин.

Ахлатга кон аралашган булса, меъда –ичак йулларининг хар бир қисмидан кон кетиш мумкин. Кон кетишини аниқлашда коннинг ранги оқиш тезлиги ҳам аҳамиятидир.

Кип-кизил купирган, хаво заррачалари булган кон кетса, коннинг упкадан кетаётганидан далолат беради, қайд қилганда меъдадан кон кетиш, «кофе қуйқаси» ухшаш суюқлик тушса, меъда ва ун икки бармок ичак хасталигидан булиб, бунинг сабаби: гемоглобин билан хлорид қислота қунгир рангдаги гематик сульфат ҳосил қилади. Аммо айтилган белгилар билан кон кетаётган жойни аниқлаш қийин. Бунинг учун эндоскопик текширув утқизиш талаб қилинади. Ташки кон кетиш, қорин бушлиги ёки қурак қафаси шикастланганда ички кон кетиши бирга намоён булиши мумкин. Баъзан кон кетиши ва ташки булиши мумкин. Масалан. Меъдада ички кон кетганда кон ичаклар, тугри ичак орқали чиқиши ёки бош суяги шикастланганда мия асосига кон қуйилганда қулоқдан кон оқиши мумкин. Ички кон кетишнинг диагностикасида радиоизотоплардан фойдаланилади. Томир ичига юборилган радионуклид модда оқаётган кон билан тукималарга чегараланган жойга ёки қавак аъзолари ичига тупланadi. Радиоактивликнинг ошиши радиометр аниқланади. Шунингдек ички кон кетишини AI^{198} нинг коллоид суюқлиги билан топиш мумкин, чунки юборилган изотоп нормадан жигарнинг ретикуло-эндотелиал системасида жойлашиб одатда $15^1 \times 20^1$ сунг кон томирларидан йуқолади.

Агар изотоп жигардан бошқа жойда аниқланса, кон кетаётганлигидан дарак беради. Радиометрияни СПР –68-1 типдаги портатив аппарат ёки махсус сканли мосламалар билан аниқлаш мумкин. Ички кон кетишнинг умумий симптомлари уткир кон йуқотиш белгиларини беради. Бу ҳақда қуйроқда фикр юритилади.

КОН КЕТИШИНИНГ ОҚИБАТИ ВА ХАВФ –ХАТАРЛАРИ. Кон ва кон айланиш системаси киши танасининг бир бутунлигини ташкил қилиб, улар модда алмашинувчининг хар бир босқичини бошқаради. Шу босқичлардан бирортасининг бузилиши тукима ва органларнинг ҳаётига таъсир қурсатади. Кон томирдан бирданига кон оқиш, яъни уткир кон йуқотиш, кон томир деворларининг шикастланиши, хасталик ёки операйиялардан кейин руй беради. Уткир кон кетиши натижасида гомеостазнинг бузилиши марказий гемодинамика функциясининг узғаришига олиб келади. Бу эса нериферик кон айланишининг транскопилляр алмашинувига салбий таъсир қурсатади.

КОН КЕТИШ ОЛДИДАН ОРГАНИЗМДА БУЛАДИГАН ПАТОФИЗИОЛОГИК УЗГАРИШЛАР. Хар бир одам маълум микдорда кон йуқотганда уз организмнинг фаолиятигша караб турлича реакция беради, яъни киши организмда ташки мухит таъсирига қарши умумий қимёвий ва компенсатор механизмлар борқи, уларни билиш, уткир кон йуқотишни тез аниқлашда ва тугри даволашда ёрдам беради.

Нормал ҳолатда кон айланиш ҳажми доимий бир микдорда булади ва юракдан отилиб чиқаётган кон ҳажми доимий бир микдорда булади. Организмга булган қушимча таъсирот унинг қимёвий ва компенсатор механизмларини ишга қолади, улар эса тукималар ва тана аъзоларининг доимий перфузиясини ташкил қилади. Кон йуқотиш шиддатли стресс агенти ҳисобланиб, симпатикоадренали системасини бевосита ишга қолади. Бу реакциянинг таъсири асосан икки факторга кон йуқотишнинг тезлиги ва ҳажмига боғлиқ. Экспериментал тадқиқотлар ва қупгина клиник қузатувлар шуни қурсатадики, ҳатто бир неча дақиқаларда умумий кон массасининг 10-15% йуқотилганда ҳам киши танасида сезиларли гемодинамика узғаришлар пайдо булмайди.

Кон кетишида ҳамширалик жараёни.

Меъда-ичакдан кон кетганда ҳамшира жараёнини қуйидаги қуринишда ифодалаймиз.

МИКК нинг кечишига ҳос булган аломатларга кон қушиш, ахлатнинг кон аралаш булиши, заифлик, оғрик, диспепсик бузилишлар, ичак фаолиятининг бузилиши, узини парваришлай олмай қолиш ҳоллари қиради. МИКК да ҳамширалик жараёни қуйидаги босқичлардан иборат: 1-беморни ҳамширалик

нуктаи назаридан текшириб чиқиш; 2-унинг ахволини ташхис қили шва муаммоларини аниқлаш; 3-аниқланилган талабларни кондиритишга йуналтирилган ёрдамни режалаштириш; 4-зарурий хамширалик аралашувлари режасини бажариш ҳамда олинган натижаларни баҳолаш.

Гемотрансфузия жараёни ва ундан кейинги даврда беморларни назорат қили шва парваришlash хусусияти.

Гемотрансфузия бошиданок хамшира доимо беморнинг ёнида туриши, хол-ахволини, нохуш сезгилар бор-йўқлигини сураб туриши керак. Бемор ахволини кузатиши, пульс ҳамда нафас тезлигини аниқлаш зарур. Флаконда 5-10 мл кон қолганда беморга кон қуйиш тўхтатилади ва қолган кон совутгич музхонасига қуйилади. Флакондаги ёрлик олинадива касаллик тарихига ёпиштирилади. Гемотрансфузиядан кейин бемор 2 соат ётади. Хамшира бемордан олинган суюқликнинг биринчи порциясини шифокорга курсатади ва лабораторияга олиб боради. Беморнинг тана ҳарорати ва пульси улчанади. Хамшира 8 соат мобайнида диурезни назорат қилади. Эртаси куни беморнинг сийдиги ва кон умумий анализи олинади. Хамшира ҳама маълумотларни Гемотрансфузия протоколга киритиб қўяди.

Адабиётлар:

Асосий:

1. Арипов У.А., Каримов Ш.И. Умумий хирургия. Тошкент. 1994.

2. Бахрамов С.М., Калменов Г.Т., Ахмаджонов Х.А., Болтаев К.Ж. ва бошқ.

Конни тиббиёт амалиётида қўллашнинг замонавий мезонлари. Ўзбекистон тиббиёт журнали. Тошкент 2001 № 4, б. 13-16.

3. Бекмуродова М. Жаррохлик ва реанимация асосларида хамширалик иши. Тошкент, Абу Али Ибн Сино нашриёти 2003. б. 531.

4. Вагнер Е.А., Заугольников В.С. Показания к переливанию крови в хирургии и реаниматологии (обзор). Хирургия. Москва, 1979. №5 стр 103-105.

5. Ваккосов М.Х., Фармонкулов Х.К., Оппокхужаев Э.М., Мирзаев О.К.

Амалий трансфузиологиядан қўлланма. Тошкент 2005. бет 94

6. Гостищев В.К. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии. Медицина. Москва 1987. стр 319.

7. Гостищев В.К. Общая хирургия. М.:Москва 2008. с. 613.

8. Журавлиев В.А., Сведенцов Е.П., Сухорунов В.П. Трансфузиологические операции. Москва.: Медицина 1985. стр 157.

Қўшимча:

9. Нартайлаков М.А. Общая хирургия. Ростов на Дону Феникс 2006. с 255.

10. Постановление № 42 Главного санитарного врача Республики Ўзбекистон «Об обеспечении безопасности донорской крови и ее компонентов в Республике Ўзбекистон» Ташкент 23 декабря 2004г. стр 5

11. Руководство по применению крови и кровезаменителей. Под редакцией академии АМН СССР им. А.Н Филатова. Ленинград «Медицина». 1973. 526 стр.

14. Справочник по применению крови и кровезаменителей. // под ред. О.К. Гаврилова. М. Медицина, 1982. стр. 304.

12. Стацюк В.Г. Сестринское делов в хирургии. Москва изд. дом. ГЭОТАР- мед 2003. стр. 431.
13. Сыромятникова А.В., Брукман М.С. Руководство к практическим занятиям по хирургии. Москва «медицина» 1983. стр. 320.
14. Ўзбекистон Республикаси Согликни Саклаш Вазирлигининг № 88 буйруги // Даволаш профилактика муассасаларида кон ва унинг таркибий кисмларини куллаш учун курсатмалар. Тошкент, 22 февраль 2007 йил.

1.1. МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

4-МАВЗУ

Кон ва унинг ўрнини босувчи эритмаларни қуйиш Тарихи.
Трансфузиологиянинг умумий масалалари.

Вақти – 2 соат

Талабалар сони: 36 - 48 нафар

Ўқув машғулотининг шакли

Кириш, визуал маъруза

Маъруза машғулотининг режаси

1. Трансфузиология тарихи;
2. Кон гурухлари ва резус фактор, аниклаш усуллари тугрисида тушунча;
3. Кон ва унинг таркибий қисмлари хақида тушунча;
4. Замонавий кон урнини босувчи эритмалар хақида тушунча бериш;
5. Кон қуйишни асосий усуллари;
6. Кон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш.

Ўқув машғулотининг мақсади: . кон қуйишнинг замонавий усуллари индивидуал, биологик ва резус мослигини аниклашни, конни консервациясини ва сақлашни. Ҳамда кон қуйишда содир буладиган асоратларни олдини ола билишни ва ёрдам курсатишни тулик ва батафсил узлаштириши ва тулик тасаввурни шакллантириш лозим.

Педагогик вазифалар:

- трансфузиология тарихи, кон таркибий қисмлари, кон қуйишнинг замонавий усуллари, кон гурухлари ва резус факторни, замонавий кон ва кон урнини босувчи эритмаларни қуйиш, кон қуйишда учрайдиган асоратлар ва уни даволаш усуллари билан таништириш ва тушунтириш.

Ўқув фаолиятининг натижалари:
Талаба:

- трансфузиология тарихи, кон таркибий қисмлари, кон ва унинг компонентларини консервация қилиш, сақлаш, кон қуйишнинг замонавий усуллари, кон гурухлари ва резус факторни, замонавий кон ва кон урнини босувчи эритмаларни қуйиш, кон қуйишда учрайдиган асоратлар ва уни даволаш усуллари билан таништиришади ва урганади,

	мисоллар келтиради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вакти	Фаолият мазмуни кон ва унинг таркибий қисмларини қуйишнинг замонавий усулларини, индивидуал, биологик ва резус мослигини аниқлашни, трансфузиология тарихи, кон таркибий қисмлари, кон ва унинг компонентларини консервация қилиш, саклаш, кон қуйишнинг замонавий усулларини, кон гуруҳлари ва резус факторни, замонавий кон ва кон урнини босувчи эритмаларни қуйиш, кон қуйишда учрайдиган асоратлар ва уни даволаш усуллари асосий томонларини очиб беради	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди. - Кон гуруҳи ва резус факторни аниклаш? - Кон ва унинг таркибий қисмларини қуйишни қанака аҳамияти бор деб уйлайсиз? -Қанака замонавий кон урнини босувчи эритмаларни биласиз? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. трансфузиология тарихи, кон	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “кон ва таркибий қисмларини қуйиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ.

Кон ва кон урнини тулдирувчи суюқликларни куллаш тарихи нотекис ривожланиб, яшин тезлигида ривожланишлар секинлашиш билан алмашиниб турган. Кон қуйишнинг даволаш учун асосий аҳамияти ҳақидаги фикрлар эрамиздан бир нча йиллар олдин баён этилган эди.

Кон қуйишнинг тарихан ривожланиши қуйидаги воқеалар билан чамбарчас боғлиқдир:

1. 1628 йилда Гарвей томонидан кон айланиш доираларининг кашф этилиши.
2. Карл Ландштейнер (1901 йил) ва ЯНСКИЙ (1907 йил) томонидан кон гуруҳларнинг топилиши
3. 1941 йилда Юревич ва Розенграт томонидан кон ивишидан тускинлик қиладиган натрий цитрат эритмасининг татбиқ қилиниши.
4. Карл Ландштейнер томонидан 1940 йилда кизил кон таначаларидаги узига хос оксил модда резус факторнинг топилиши.

Кишилар конини ҳаётбахшлигини сезиб, уни шифобахш дори сифатида даволаш мақсадлари учун куллай бошлаганлар. Кейинчалик кон куйиш тугрисида айрим фикрлар пайдо булган. Дастлаб конни хайвондан олиб, кишиларга куйишган, кейинчалик инсондан инсонга кон куйиш амалга оширилган. Бу уринишлар баъзи ҳолларда муваффақиятга олиб келган бўлса, купчилик ҳолларда улим билан тугаган. Австриялик олим иммунолог Карл Ландштейнер томонидан 1901 йили учун уч гуруҳ ва Янский томонидан 1907 йили туртинчи гуруҳ коннинг кашф этилиши туфайли кон куйишга илмий асос солинади ва у муваффақият билан амалга оширила бошланди. Юкорида санаб утилган олимлар кишилар конни текшириб куриш натижасида улар таркибидаги оксилларнинг бор ёки йуклигига караб уларни турт гуруҳга ажратилганлар. Аниклашича, кон зардоби билан бир киши коннинг кизилкон таначаларининг бир-бирига ёпишиши, яъни агглютинацияланиши юзага келар экан. Аммо шу тажириба бошка бир кишилар гуруҳи усти олиб борилганда агглютинация кузатилмаган. Шу ходисаларга асосланиб К.Ландштейнер коннинг уч гуруҳини аниклади ва уларни А: В: О деб белгиланади. Янский эса туртинчи гуруҳни аниклаб уни АВ деб белгилади.

КОН ГУРУХЛАРИ ТУГРИСИДА ТУШУНЧА

Коннинг турли гуруҳларида ажралиши хомила ривожланишининг дастлабки ойларида пайдо була бошлайди. А ва В агглютиногенлар ривожланишининг иккинчи ойида аникланган. Дастлабки ойларда уларнинг нисбати кучсиз бўлса ёш катталашиб борган сари кучайиб боради ва 16 ёшга етганда тулик ривожланиб узгармасдан қолади.

Агглютиногенлар /А,В/ кизил кон таначаларида мавжуд булиб агглютинация /эритроцитлар ёпишиши/ реакциясининг асосини ташкил қиладилар. Танадан ажраладиган айрим суюкликларда (ошқозон шираси, сулак, балгам) ҳам агглютиногенлар учрайди, уларни агглютинация таркиби қисимларининг оксилларининг чуқиши (прециппитация) реакциялари ёрдамида аниклаш мумкин. Кизил кон таначаларининг ёпишиш ҳолати, уларга мавжуд булган агглютиногенлар билан кон зардобидаги бир миждоздаги агглютининлар билан учрашгандагина руй беради. Кизил кон таначаларидан купинча битта агглю (А ёки В) булиши, баъзан уларнинг бутунлай булинмаслиги кузатилади, шунга ухшаш ҳолат кон зардобидаги агглютининлар (α, β) га ҳам таалуклидир. Ҳозирги вақтда кизил кон таначаларида юздан ортик антиген (махсус оксиллар) борлиги аникланган, аммо шулардан клиник аҳамиятига эга булганлари А В О ҳамда резус факторлар (-Н).

Агглютиногенларнинг бор ёки йуклигига караб кон гуруҳлари 4-га булинади:

Биринчи гуруҳ кон таначаларида агглютиногенлар (А,В) булмайди зардобида эса агглютиногенлар (α, β) нинг борлиги характерлидир ва у О (I) деб белгиланади.

Иккинчи гуруҳга мансуб кишилар кони кизил кон таначаларига агглютиноген А булиб, уларнинг зардобиди эса агглютинин мавжуд бу гуруҳ эса А (II) билан белгиланади.

Учунчи гуруҳ кизил кон таначаларида агглютиноген В зардобиди эса (агглютиноген) агглютиногенин булиб В (III) деб ёзилади.

Туртинчи гуруҳ кони кизил кон таначаларида АВ агглютиногенлар булиб, зардобиди агглютиногенлар булмайдиган бу гуруҳ АВ (IV) тарзида белгиланади.

РЕЗУС-ФАКТОР ВА УНИНГ КОН КУЙИШДАГИ АХАМИЯТИ

Резус фактор 1940 йили австралиялик иммунолог олим Карл Ландштейнер томонидан аниқланган. Тадқиқотлар натижасида 85 фоиз кишилар кенининг кизил кон таначаларида резус фактор /махсус оксил борлигини, 15 фоиз кишиларда эса бу факторнинг йуклигини кўрсатди. Конда резус фактор бор кишилар –резус мусбат, йук кишилар – резус манфий деб тан оладилар.

Резус фактор кизил кон таначалари таркибиди кишилар жинси ва ёшидан катъий назар А, В, 0, ситемаларига боглиқ булмаган холда мавжуд булади. Резус фактор хомила ривожланишининг 5-8 хафтасидан бошлаб ҳосил булади, ва у ота-оналаридан наслга утади.

Резус антигенларнинг 6 хил варианты мавжуддир:

Агар резуси манфий кишиларда 400 мл резус мусбат кон куйилса уларда резус факторда қарши антигенлар /оксил таначалари/ ишлаб чиқарилади. Агар резус мусбат кон иккинчи марта куйилса оғир оқибатларга олиб келади, яъни коннинг кон томирларида парчаланишга /гемолиз/ сабаб булади.

Резус манфий конга резус антигенларнинг қушилиши ва уларга қарши антигенлар пайдо булиши куйидаги холларда кузатилади:

1. Резуси манфий конга резуси мусбат конга қайта куйилганда
2. Резуси манфий хомиладор аёлда резуси мусбат (отанинг конидан хомиланинг ривожланиши, чунки бу фактор бола организмга резус мусбат отанинг конидан утган булиши мумкин.

Баъзи касалликлари салан гепатит, нефрит-резус фактор агглютинегенлари титри нисбатини камайтириши мумкин, лекин касаллик тузалгач у яна уз холига қайтади.

А, В, 0, антигенлар қаби резус /Р – Н/ антиген системаси ҳам касалга ота-онадан утиб, клиник медицина катта аҳамиятга эгадир.

РЕЗУС /Р / ФАКТОРНИ АНИКЛАШ УСУЛЛАРИ

1. Желатина ёрдамида шиша найчада (икки томчи) пробиркада аниклаш.
2. Зудлик билан аниклаш усули.
3. Кумбусининг билвосита усули.

КОН КУЙИШНИНГ АСОСИЙ БОСКИЧЛАРИ

Кон куйиш, бу кишидан-кишига брор аъзони кучириб утказиш операцияси билан тенглаштирилиб, унда йул куйилган камчилик ва хатодан каттик текширилиб бартараф килиниши керак. Кон куйишдаги хар кандай хато бемор хаётини остига колдиради, шунинг учун кон куйиш факат махсус тайёргарликдан утган врач амалга ошириши керак, у шунинг учун жавобгардир.

Кон куйишдан олдин врач куйилаётган донор кони бемор учун хеч кандай антителалар сакланмаслигига ишонч хосил килиши керак. Шу туфайли кон куйиш амалга оширилаётган врач куйидаги вазифаларни амалга ошириши шарт:

1. Донор кони билан бемор кони гурухларининг мослигини аниклаш.
2. Донор ва бемор конларини резус фактор буйича мослигини текшириб куриш.
3. Шиша идишдаги донор конини яроклилигини аниклаш.
4. Биологик еммани амалга ошириш.
5. Донор ва бемор конларининг индивидуал мослигини аниклаш.

A,B,0 гурухларнинг ва резус фактор буйича мослик аниклашда бемор кон зардоби ва донорнинг шиша идишдаги кони кулланилади. Агар беморга кетмакет бир неча донор кони куйилса, уларнинг касал кони билан мослиги, хатто у бир донорнинг кони булсада хар бир шиша идишдагиси алохида текширилиши лозим. Бемор кони зардоби кон куйишдан бевосита олдин олиниши ёки бир кун олдин олиниб $+4 - +8^0$ даражадаги совукхоналарда сакланган булиши керак. Бу махсад учун плазмадан фойдаланиш ман этилади.

Консервацияланган донор конини куяётган врач куйидагиларда рия килиш шарт:

1. Шиша идиш огзининг бутунлигини ва ундаги ёругликнинг тугри ёзилганлига ишонч хосил килиш.
2. Коннинг консервацияланган ваكتини утиб кетмаганлигини аниклаш.
3. Плазма кисмининг тиниклиги, яъни кизил кон таначаларининг ёрилмаганлигига (гемолиз) ишонч хосил килиш.

Коннинг шакли элементлари билан суюк кисми (плазма) уртасида аник чегара борлигини аниклаш.

Кон лойкаланиб келмаганлигини, яъни микроорганизмлар усмаганлигини текшириб куриш.

БИОЛОГИК СИНАМА.

Хаамиша кон куйишни биологик синама утказишдан бошлаш лозим. Биологик синама утказиш учун бемор венасига донор конидан озрок киритиб кузатилади.

Бажариш йули: Бемор вена кон томирига 10-15 мл донор конидан киритилиб 3 дакика кон куйиш тухтатиб турилади ва беморнинг ахволи кузатилади. Агар бироз узгариш булмаса, бу тадбир 3 марта такрорланади. Бу тадбир утказилгандан кейин хам бемор танасида хам хеч кандай узгариш булмаса кон куйиши охиригача давом эттириш керак.

Баъзи ҳолларда донор ва бемор конларнинг биологик мос келмаслиги натижасида кунгил айланиш, бош айланиши, бел соҳасида огрик булиши, юз терисининг оқариши кузатилади. Юз терисининг оқариши кизариш билан алмашилиб, лабларининг куқариши кузатилади. Юрак уриши тезлашади, нафас олиш эса кучаяди. Бундай ҳолларда кон куйиш дарҳол тухтатиш керак. Агар бемор наркоз остида бўлса кон куйиклаётганда юрак уришининг сони, кон босими, тери рангининг узгаришларини кузатиб бориш талаб қилинади.

Кон куйиш тухтагач, врач бемор касаллик тарихи варақасига куйидагиларни ёзиб куйиш керак:

1. Кон куйилган идиш ёрлигидан донорнинг исми ва отасининг исми, кон гуруҳи, резус фактор, идишининг тартиб рақами ва кон тайёрлашган ой, кун ёзилади.
2. Бемор кон гуруҳини қайта текшириш ҳулосаси.
3. Донор кон гуруҳини қайта текшириш ҳулосаси.
4. Донор ва бемор конларининг A,B,0 гуруҳлар бўйича мослигини текшириш натижаси.
5. Резус факто бўйича мосликни аниқлаш натижаси.
6. Гиологик синама утқазининг ҳулосаси.

Кон куйилган беморлар врач томонидан 4 соат давомида мунтазам кузатиб турилади. Бунда бемор танасини иссиқлик даражаси, кон босими юрак уришлари, сони, кон ва сийдикнинг умумий таркиби курилади.

Адабиётлар:

Асосий:

1. Арипов У.А., Каримов Ш.И. Умумий хирургия. Тошкент. 1994.
2. Бахрамов С.М., Калменов Г.Т., Ахмаджонов Х.А., Болтаев К.Ж. ва бошқ.

Конни тиббиёт амалиётида куллашнинг замонавий мезонлари. Ўзбекистон тиббиёт журнали. Тошкент 2001 № 4, б. 13-16.

3. Бекмуродова М. Жаррохлик ва реанимация асосларида ҳамширалик иши. Тошкент, Абду Али Ибн Сино нашриёти 2003. б. 531.

4. Вагнер Е.А., Заугольников В.С. Показания к переливанию крови в хирургии и реаниматологии (обзор). Хирургия. Москва, 1979. №5 стр 103-105.

5. Ваккосов М.Х., Фармонкулов Х.К., Оппокхужаев Э.М., Мирзаев О.К.

Амалий трансфузиологиядан кулланма. Тошкент 2005. бет 94

6. Гостищев В.К. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии. Медицина. Москва 1987. стр 319.

7. Гостищев В.К. Общая хирургия. М.: Москва 2008. с. 613.

8. Журавлиев В.А., Сведенцов Е.П., Сухорунов В.П. Трансфузиологические операции. Москва.: Медицина 1985. стр 157.

9. Аграненко В.А, Скачилова Н.Н Гемотрансфузионные реакции и осложнения. Москва. Медицина, 1979. стр 189.

10. Аграненко В.А, Скачилова Н.Н. Гемотрансфузионные реакции и осложнения. Москва. Медицина, 1998. стр 196.

Кушимча:

11. Нартайлаков М.А. Общая хирургия. Ростов на Дону Феникс 2006. с 255.

12. Постановление № 42 Главного санитарного врача Республики Узбекистан «Об обеспечении безопасности донорской крови и ее компонентов в Республике Узбекистан» Ташкент 23 декабря 2004г. стр 5

13. Руководство по применению крови и кровезаменителей. Под редакцией академии АМН СССР им. А.Н Филатова. Ленинград «Медицина». 1973. 526 стр.

14. Справочник по применению крови и кровезаменителей. // под ред. О.К. Гаврилова. М. Медицина, 1982. стр. 304.

14. Стацюк В.Г. Сестринское делов в хирургии. Москва изд. дом. ГЭОТАР- мед 2003. стр. 431.

15. Сыромятникова А.В., Брукман М.С. Руководство к практическим занятиям по хирургии. Москва «медицина» 1983. стр. 320.

16. Узбекистон Республикаси Согликни Саклаш Вазирлигининг № 88 буйруги // Даволаш профилактика муассасаларида кон ва унинг таркибий кисмларини куллаш учун курсатмалар. Тошкент, 22 февраль 2007 йил.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

5-МАВЗУ	Инфекциянинг хирургиядаги аҳамияти. Хирургик инфекциянинг таснифи. Йирингли ўткир инфекциянинг асосий даво принциплари, консерватив даво - умумий ва маҳаллий. Оператив даво: йирингни очиш, кесиш, тампонлар ишлатиш, дренажлаш. Фурункул, карбункул, сарамас, эризипилоид, лимфаденит, лимфангоит, абсцесс, флегмона, мастит, парапроктит билан хасталанган беморларни клиник маназараси маҳаллий симптомлари. Хирургик даволаш принциплари. Амалиётдан кейинги парварпиш қилиш. Анаэроб ва ўткир специфик хирургик инфекцияга чалинган беморларни парвариш қилиш хусусиятлари.
----------------	--

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Инфекциянинг хирургиядаги аҳамияти ; 2. Хирургик инфекциянинг таснифи тушунча; 3. Йирингли ўткир инфекциянинг асосий даво принциплари хақида тушунча; 4. Фурункул, карбункул, сарамас, эризипилоид, лимфаденит, лимфангоит, абсцесс, флегмона, мастит, парапроктит билан хасталанган беморларни а тушунча бериш; 5. Амалиётдан кейинги парварпиш қилиш усуллари; 6. Анаэроб ва ўткир специфик хирургик инфекцияга чалинган беморларни парвариш қилиш хусусиятлари. уни даволаш.
Ўқув машғулотининг мақсади: . Инфекциянинг хирургиядаги аҳамияти. Хирургик инфекциянинг таснифи. Йирингли ўткир инфекциянинг асосий даво принциплари, консерватив даво - умумий ва маҳаллий. Оператив даво: йирингни очиш, кесиш, тампонлар ишлатиш, тулик ва батафсил узлаштириши ва тулик тасаввурни шакллантириш лозим.	

Педагогик вазифалар: - Инфекциянинг хирургиядаги ахамияти. Хирургик инфекциянинг таснифи. Йирингли ўткир инфекциянинг асосий даво принциплари, консерватив даво - умумий ва маҳаллий. Оператив даво: йирингни очиш, кесиш, тампонлар ишлатиш, дренажлаш. Фурункул, карбункул, сарамас, эризипилоид, лимфаденит, лимфангоит, абсцесс, флегмона, мастит, парапроктит билан хасталанган беморларни клиник маназараси маҳаллий симптомлари. Хирургик даволаш принциплари. Амалиётдан кейинги парварпиш қилиш билан таништириш ва тушунтириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Инфекциянинг хирургиядаги ахамияти. Хирургик инфекциянинг таснифи. Йирингли ўткир инфекциянинг асосий даво принциплари, консерватив даво - умумий ва маҳаллий. Оператив даво: йирингни очиш, кесиш, тампонлар ишлатиш, дренажлаш. Фурункул, карбункул, сарамас, эризипилоид, лимфаденит, лимфангоит, абсцесс, флегмона, мастит, парапроктит билан хасталанган беморларни клиник маназараси маҳаллий симптомлари. Хирургик даволаш принциплари. Амалиётдан кейинги парварпиш қилиш. Анаэроб ва ўткир специфик хирургик инфекцияга чалинган беморларни парвариш қилиш хусусиятлари. билан таништиришади ва урганади, мисоллар келтиради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуптикда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Инфекциянинг хирургиядаги ахамияти. Хирургик инфекциянинг таснифи. Йирингли ўткир инфекциянинг асосий даво принциплари, консерватив даво - умумий ва маҳаллий. Оператив даво: йирингни очиш, кесиш, тампонлар ишлатиш, дренажлаш. Фурункул, карбункул, сарамас, эризипилоид, лимфаденит, лимфангоит, абсцесс, флегмона, мастит, парапроктит билан хасталанган беморларни клиник маназараси маҳаллий симптомлари. Хирургик даволаш принциплари. Амалиётдан кейинги парварпиш қилиш.	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. <i>Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўткази. - Инфекциянинг хирургиядаги аҳамияти ? - Йирингли ўткир инфекциянинг асосий даво принциплари ? - Амалиётдан кейинги парварпиш қилиш.? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. трансфузиология тарихи, кон гуруҳлари ва резус факторни аниклаш, турлари, таснифи, кон куйишни асосий боскичлари, синамалар батафсил ва мисоллар билан баён этилади. Кон куйишда учрайдиган асоратлар хавфи тушунтирилади. 2.3. Хирургик инфекцияда даволаш принципларига тўхталиб ўтилади. - Хирургик инфекция асоратлари; пироген реакциялар, механик характердаги асоратлар , юмшоқ туқимани йирингли касалликлари санаб утинг ва таништиринг; - Анаэроб ва ўткир специфик хирургик инфекцияга чалинган беморларни парвариш	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-боскич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “хирургик инфекция” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ. ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ. «Хирургик инфекция» (шу жумладан, жароҳат инфекция) тушунчаси касал кузгатувчи аэроб ва анаэроб инфекциянинг специфик ҳамда носпецифик турлари келтириб чиқарадиган хирургик касалликларни уз ичига олади; бу касалликларга одатда, жаррохлик йули билан комплекс даъво қилади. Организмнинг физиологик функциясига, ташки таъсирга иммунобиологик жавоб бериш қобилиятига ва қаршилиқ курсатишига салбий таъсир курсатувчи ташки муҳитнинг турли-туман омиллари ёки имконият яратади. Касалликнинг авж олишида касаллик тугдирадиган микроблар катта рол уйнайди. Хирургик инфекцияни кузгатувчи микроблар атров – муҳитда ҳам, инсон бадани сиртида ҳам, шунингдек, нафас олиш йуллари ва ичаклар бушлигининг шиллик пардасида ҳам мавжуд. Улар организмга кириш дарвозаси деб аталувчи тери ва шиллик пардаларнинг шикастланиши туфайли ёки нафас олиш, меъда – ичак ва таносил йуллари орқали тушади. Организмга тушган микроорганизмлар микдори канчалик куп, улар канчалик вирулентли ва организмнинг ташки таъсирга қаршилиқ курсатиши нечоғлиқ заиф булса, хирургик инфекциянинг ривожланиш эҳтимоли шунчалик куп булади.

Йирингли яллигланиш касалликлари ва жароҳат инфекцияси неча-неча асрлардан буён умумий жаррохликнинг асосий муаммоларидан бири булиб келади ва шундай булиб қолмоқда. муаммонинг муҳимлиги факат йирингли касалликлар буйича яратилган асосий қулланмалардагина (В.Ф. Война-Ясенецкий, 1956; В. И. Стручков ва бошқа муаллифлар, 1984) эмас, балки йирингли жаррохликнинг алоҳида мустақил бўлим қилиб ажратилиши (шу жумладан, хирургик касалликлардан махсус бўлимларнинг ташкил этилиши) билан ҳам таъкидланади. Шунинг унитмаслик керакки, хирургик инфекция кенг тарқалган булиб, у хирургик касалликлар умумий микдорининг 1/3 дан купроғини ташкил этади.

Аҳолининг моддий фаровонлиги ва санитария- гигиена даражаси яхшиланганлиги, Улуг ватан урушидан сунг (1946-1955 й) йирингли касалликларни даволашда антибиотикларнинг кенг қулланилиши хирургик инфекциянинг купайиши даражасини сезиларли равишда қамайтиришга имкон яратади. Чамаси, муаммо деярли ҳал қилингандек эди. Аммо кейинги йиллардаги кузгатувлар шуни курсатадики, антибиотикларни асосланмаган ҳолда кенг қуллаш, шунингдек кишлок хужалигини қимёлаштириш сабабли микроблар реактивлигининг ўзгариши антибиотикларнинг фойдали эканлигига булган ишонччи оқламади. Касаллик кузгатувчи инфекция янги, ноқулай шароитларга мослашиб, антибиотикларга қарши резистентликни анчагина тез вужудга келтиради. Антибиотикларга қидамли Янги микроблар штамлари

пайдо булади. Натижада жаррохлик йули билан даволашни талаб килувчи йирингли яллигланиш касалликлари купайганлиги кайтадан эътиборни узига жалб килади. Шу сабабли ҳозирги кунда ҳамма ҳуди илгарилари булганидек, хирургик инфекция клиникада энг муҳим муаммолардан бири ҳисобланади.

Кейинги ун йилликларда асосий эътибор организмнинг химоя кучларини фаоллаштириш ва кучайтиришга қаратилган тадбирларга бериляпти. Ҳозирги вақтда тиббиётнинг Янги соҳаси-хирургик инфекциянинг олдини олиш ва уни даволашда муҳим рол уйнаётган клиник иммунологик тараккий қилмоқда.

Корин ва кукрак бушликлари аъзолари томирлар операция қилинганда, шунингдек, аъзолар қучириб утқазилганда пайдо буладиган жароҳат асоратлари (ҳуди бошқа купдан-куп йирингли яллигланиш касалликлари каби) бемор ҳаётига тугридан –тугри ъавф солади. Ҳуди манна шу уринда организмнинг иммун системаси ҳолатини тадқиқ қилиш, касалликнинг олдини олиш муҳим рол уйнайди. Организмнинг иммунологик параметрларини бошқариш мураккаб жараён бўлиб, у махсус билимини талаб қилади. Иммунологик химоя омилларини фагоцитоз, комплемент-ғавда тузилиши ва лицозим, антитоксик антитаналар титри, Т-ва В- лимфоцитларнинг популяцияси ва субпопуляцияси, энг яхши натижа берадиган бир-бирига мос келган донор- реципиентни танлаш ва бошқаларни аниқлаш жуда муҳим ҳисобланади, бунинг учун эса ҳозирги замон клиникаларида мутахассис-иммунологларнинг ёрдамига таянилади.

Иммунологик фаоллик беморда утки рёки сурункали хирургик инфекция ҳолати юз берган ҳолларда одатда паст булади. Шунинг учун операциядан олдин ва жаррохлик йули билан даволанаётган йирингли асоратлар даражасини камайтиришда ёрдам берадиган гипериммун плазма, гамма-глобулин, пентоксил, продигозан ва бошқа препаратларни қуйиш билан иммунобиологик фаолликни ошириш мақсадга мувофиқдир. Т- лимфоцитлари етишмаганда (В – лимфоцитлари кам даражада булганда) қуйилганлейкоцит массаси ижобий натижа қурсатган; иммуномодуляторлар – левамизол (декрис) ва тимус препаратлари (Т- активин, тималин, тимозин ва бошқалар) аниқ рағбатлантирувчи таъсир қурсатади.

ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ ТАСНИФЛАШ

Хирургик инфекция: 1) касалликни келтириб чиқарадиган микробларнинг турига боғлиқ ҳолда этиология (микроб флораси); 2) касалликнинг клиник ҳолати; 3) касаллик жараёнининг чекланиб олиши бўйича тавофут қилинади.

Этиология бўйича стафилококк, стрептококк, пневмококк, колибацилляр аралаш ёки куп турли (полимикроб) инфекция ва бошқалар тавофут қилинади.

Жараённинг чекланиб олинishi бўйича хирургик инфекция тер ива шиллик пардаларнинг йирингли инфекциясига, кукрак қафаси ва упканинг йирингли инфекциясига, бош ва бош миянинг юмшоқ туқималари инфекциясига, корин пардаси ва корин бушлиги органларининг йирингли инфекциясига, суяк ва бугимлар инфекциясига ва ҳоказоларга ажратилади.

Туқималардаги узига ҳос патологоанатомик узғаришларни ҳисобга олган ҳолда касалликни клиник қуриниши бўйича таснифлаш жуда муҳимдир. Бунда қуйидаги турлар тавофут қилинади.

1. Уткир хирургик инфекция.

1.1. Маҳаллий уткир хирургик инфекция:

- а) уткир нопецифик йирингли инфекция;
- б) уткир чирик (путрид) инфекция;
- в) уткир носпецификанаэроб инфекция ёки Газли гангрена (корасон);
- г) уткир специфик анаэроб инфекция (кокшол, қуйдирган, жароҳат дифтерияси).

1.2. Умумий хирургик инфекция:

- а) уткир носпецифик инфекция;
- б) утиб кетган (сурункали) умумий хирургик инфекция.

2. Сурункали хирургик инфекция:

- а) сурункали носпецифик инфекция;
- б) сурункали специфик инфекция (сил, актиномикоз, захм).

Уткир хирургик инфекция маҳаллий ва умумий характерининг узғариши заминида келиб чиқади ёки касалликнинг септик кечиши (умумий хирургик инфекция) билан ажралиб туради. Уткир жараён учун касалликнинг тез бошланиб, оғир кечиши ҳосдир. Сурункали хирургик инфекция секин кечади, узок, баъзан йиллаб давом этиши мумкин, у босилиб қолиб, яна авж олиши мумкин. Гарчи касаллик бошлангандаёқ сурункали ҳусусиятга эга булса ҳам, купинча сурункали ҳусусиятга эга булса ҳам, купинча сурункали инфекция уткир инфекциянинг давоми булади (суяк-бугимлар сили, Брод абеисси).

УТКИР ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯЛАР. УТКИР НОСПЕЦИФИК ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯ.

Хирургик инфекциянинг купрок учрайдиган турлардан бири уткир носпецифик йирингли инфекция (УНЙИ) бўлиб, унга касалликнинг йирингли интоксикация билан ифодаланган ҳолда оғир клиник кечиши ҳосдир.

Этиологияси. Жарохатда УНЙИ нинг пайдо булишида мухм урин (В.И. Стручков, 1978) стафило-, стрепто-, пневмококкларга тегишлидир, гнококклар бу борада хйла камрок рол уйнайди. Сунги йилларда хирургик инфекцияни кузгатувчи сифатида (М. И. Кузин, 1985 тобора купрок грамманфий микрофлоранинг вакиллари (60-81% холатларда- ичак таёкчаси (*Escherichiacoli*), сапрофитлар (*Proteus vulgaris*) ва бошка шартли патоген грамманфий бактериалар (*Enterobakter aerogenes, klebsille pneumoniae.*) шунингдек, псевдомонадолар (*Pseudomonas atruginesa*) ва патоген замбуруглар яккол ажралиб туради. Касаллик аралаш инфекция тури буйича келиб чиккан булиши мумкин, шу билан бирга кассаликнинг клиник кечишини янада огирлаштиришги олиб келади.

Аэродлар, стафилококклар (*Staphylococcus aureus S. Epidermises, S saprophytikus*) то шу кунгача купгина хам УНЙИ нинг мухм ва бирмунча купрок учрайдиган кузгатувчиларидан булиб коляпти. Улар ташки мухмда, инсон бадан сиртида, бурун – халкумда ва нафас йулларида кенг таркалган. Инфекция асосан, бемор билан алокада булиш йули оркали таркалади. УНЙИ нинг 70-80% холларида кузгатувчилари стафилококклар булган, шу билан бирга 70-79% холларда антибиотикларга резистент штаммлар учраган (В.И. Стручков ва хам муаллифлар, 1984). Стафилококклар аэроб микроорганизмда оид булиб (амма анаэроб шароитларда хам мавжуд булиши мумкин), кимёвий ва термик омилларга анчагина чидамлилиги билан ажралиб туради. Стафилококклар коннинг муайян шаклдаги элементларини бузувчи токсинлар-стафилогемолизин, стафилолейколизин, шунингдек, оксил моддаларни коагуляцияловчи ва бузувчи фермент-плазмокоагулазани ажратиб чикаради. Стафилококкларнинг вирулентлиги йиринг йигилган жойлада ортади. Стафилококкли сепсис учун иккиламчи йиринги метастезларнинг пайдо булиши ва ривожланиши хосдир. Стафилококк инфекциясида саргил-ок рангли куюк йиринг аникланади.

Стрептококклар. Гемолитик А-стрептококк асосан контакт йули билан юкади; гемолитик В – стрептококк (*Str. agalactice*) Янги тугилган чакалокларда (упка труктурасини узгартирадиган сепсис) ва бошка болаларда (менингитлар, остеомиелитлар) огир инфекцияларни келтириб чикаради; В – гемолитик С - стрептококк (*Str. equisimilis, str, Zooepidimii.*) асосан хайвонларда касаллик касаллик кузгатувчи хисобланади; В- гемолитик в- стрептококк (*Str. foecalis*) ичак йулларида учрайди ва у сепсис, менингит, эндокардит, холецистит, пиелонефритни келтириб чикариши мумкин; Н-стрептококк (*Str. sanguis*) камдан – кам холлардагина хирургик инфекция банбаи булла олади. Стрептококклар туфайли келиб чиккан яллигланиш хозирги вақтда антибиотиклар кулланилган эрамининг бошларига нисбатан камдан – кам учрайди; купрок сероз (зардобли) яллигланиш тури сифатида утади, бироқ огир интоксикацияни келтириб чикаради. Стрептококклар инфекциянинг махсус турларини, чунончи, сарамас яллигланиши, жарохатли кизилча ва бактериал эндокардитни келтириб чикариши мумкин; сифилококк инфекциясига нисбатан метастазлар (болалаш) бунда камдан – кам (15% гача) юз беради. стрептококк инфекциясида йиринг нимкулранг, куюк каймоксимон булади.

Пневмококклар аэроб, шунингдек, анаэроб шароитларда хам яшайверади, токсинлар хосил килмайди. бурун, огиз, томок бушликларида ва юкори нафас йулларида учрайди. Улар купрок пневмония (зотилжам) кузгатувчилари хисобланади; болалардаги перитонитлар (пневмококк перитонити) чогида, шунингдек, мастоидитларда, урта кулок яллигланишларида, менингитларда, йирингли артритларда кам учрайди.

Гнококклар сузак касаллигини кузгатувчилар хисобланади, бироқ баъзан улар уткир хирургик касалликларни хам келтириб чикариши мумкин; асосий жараёнда бугимлар (купрок тизза бугими ва болдир суяги билан товон суягини бириктирувчи бугим) хамда кин пайларининг сузакдан йирингли яллигланиши кузатилади.

Ичак таёкчаси (грамманфий энтеробактерия – *escherichie Coli*) инсон ва хайвонларнинг ичак йулларида, шунингдек, баданнинг устки кисмида ва кийим- кечакда куп микдорда учрайди, у аэроб, худи шунингдек, анаэроб шароитларида хам мавжуд булиши мумкин. корин бушлиги аъзоларининг йирингли касалланишида катта рол уйнайди. ичак таёкчаси тукумаларининг чириб парчаланиши вужудга келтиради, аппендициъ (куричак) ёки диффузион (таркок) перитонит юз берганда айникса хавфли кузгатувчи хисобланади. Агар ичак таёкчаси стафило-ёки стрептококк инфекциясига кушилса, беморнинг ахволи сезиларли даражада ёмонлашади, сепсис холати юз беради, айни пайтда, тери, тери ости клетчаткаси, мушаклар ва фасциялар (мушаклар устидаги пардалар) чириб жонсизланади.

Протей турлари (*Proteus vulgaris, Pr. mirabilis, Pr. morganii Pr. inconstans*) ташки мухмда, шунингдек, огиз бушлигида ва ичак йулларида кенг таркалган. Мазкур кузгатувчилар келтириб чикарган йирингли жараён юмшок тукумаларнинг чириб жонсизланиши билан кечади. Сийдик чикариш йуллари, жарохатларда аралаш инфекция кузгатувчилари булиши мумкин. (*Pr. inconstans*) госпитал инфекциясининг энг хавфли кузгатувчиларидан бири булиб, антибиотикларга ута чидамлилиги билан ажралиб туради. *Klebsiella – Enterobakter – Serratia* туркуми меъда-ичак йулларида ва нафас йулларида пайдо булади. Кузгатувчилар упка яллигланиши (пневмонияси) ва йирингланишлари (абсцесслар)ни, холангитларни, сийдик чикариш йулар инфекциясини келтириб чикаради. *Enterobakter. cloaque*

холицисларда (ут пуфагининг яллигланиши), Ent. species сепсисда аникланади. Serratia marcescens туридаги бактериялар аввало химоя реакцияси паст булган беморларда сепсис келтириб чикаради.

Кукрак йиринг таёкчаси (Pseudomonas aeruginosa) терида, айникас, тер безлари куп булган жойларда – култик ости чукурида, сонларда, киндик атрофида учрайди. Кукрак йиринг таёкчаси – сапрофит, нисбатан кам вирулент (касал таркатувчи), амма унинг таъсири остида тукумаларнинг регенератив (тикланиш) қобилияти пасаяди. шилимшиқ ажралиб чиқиши (боглам яшил-қук ранга буялади) касаллик кузгалувчи мавжудлигининг асосий белгисидир. Кук йиринг таёкчаси антибиотикларга чидамлилиги билан полимиксин, амикацин, карбеницилинмустаснодир. антисептик воситалардан сирка кислота унга унумли таъсир курсатади. У купрок куйганларни даволаш булимларида, жадал терапия ва реанимация булимларида учрайди.

Анаэроблар (бактериоидлар туркумидан булиб, хали уларни таснифлаш такомиллашмаган).

Бу инфекция споралар ҳосил қилмайдиган кузгалувчи грам мусбат турлари (Peptococcus, Peptostreptococcus, hacteroides) ва грамманфий турнинг Fusobacterium (F. Netrogenes, F. necrophorum) вакиллари. Спора ҳосил қилувчи грам мусбат анаэробларнинг вакили клостридиалардир (Clostridium difficile ва бошқалар).

Бу тукумаларнинг микроблари одатда хазм аъзолари йуллари учрайди. Уларни аъзолараро абсцессларда (фасод боғлаган жойларда), ичкарида жойлашган флегмонлар йирингида, жинсий органларнинг яллигланиши билан боғлиқ касалликларда, сепсисда учратиш мумкин. Бактериоидларни бактериоскопия билан аниқлаш мумкин. Уларни устириш учун махсус ва мутлоқ анаэроб шароит талаб қилинади.

МУХАЛЛИЙ УТКИР ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАР

1. ТЕРИ ВА ТЕРИ ОСТИ ЁГ КАТЛАМИНИНГ ЯЛЛИГЛАНИШИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ФОЛЛИКУЛИТ Фолликулит асосан тилларнинг стафилококк туфайли пайдо бўлади. Йирингли жараён факат соч халтачалари билангина чекланади.

Клиник манзаралари. Соча асосан атрофида деярли оғрик бермайдиган йирингли пуфак пайдо бўлади. Бу пуфак касалланган сочни юлиб олиб ташлагандан сунг бир неча кун ичида битиб кетади. Агар бир жойда зич жойлашган сочлар халтачалари яллигланган бўлса, у ҳолда сурункали кечадиган шикастланишлар юз беради. Бундай касалликга ёрқин мисол-соколдаги сикоздир.

ФУРУНКУЛ (ЧИПКОН) Чипкон-сон халтачаси ват ери ёг безининг йирингли яллигланишидир. У йирингли касалликларнинг энг куп учрайдиган турларидан бири.

Этиологияси ва патогенези. Чипкон тилларанг стафилококк ёки терида ёг безлари оғизчаларида булган бошқа касаллик кузгалувчи микроблар туфайли келиб чиқади. Терининг ифлосланиши, тери касалликлари, организмнинг умумий заифланиши, авитаминоз (витаминларнинг етишмаслиги), моддалар алмашинувининг бузилиши (купгина қанд касаллиги билан оғриган беморларда)-чипкон чиқишига имкон яратувчи асосий омиллардир. У қийим купрок ишқалланадиган жойларда-одамнинг буйни, елкаси, бели ва думбалаарида бўлади.

Патологоанатомия манзараси. Дастлабки босқичда соч халтачасида маддали думбोकча пайдо бўлади. унда нерофил лейкоцитлар, стафилококклар ва фибрин бўлади. Инфекция тарқалишига кура терининг йугон қатламига тушиб, уша ерда некроз учоқли тукумаларнинг йирингли инфильтратция (шиш) пайдо бўлади. Некротик зона атрофида мадда йиғилади., некротик ук (узук) пайдо булиб, унинг кузи тери остида бўлади.Атрофи қизаради, шишади. Анна шу узак тушиб кетгач, унинг буш булиб қолган урни аста-секин тахминан 2 ҳафта давомида грануляцион тукума билан тулиб боради ва қандик ҳосил бўлади.

Клиник манзараси. Аввалига тери қичишади, кейин билинар-билинемас оғрик пайдо бўлади. Соч халтачаси ёки ёг бези атрофида қизариш уртача қатталиқда шис пайдо бўлади. Мазкур симптомлар 1-2 кеча-қундуз давомида ривожланади. Кейинчалик яллигланиш юз берган жойдаги терининг ранги қуқиш-оқ қизил тус олади, инфильтрат қатталашади, оғрик зурайиб боради. Яллигланиш учоғи марказида йирингли пуфакча юзага келади. Йиринг туфайли ҳалок булган тукумаларда некротик ук (узак) ривожланади. Биринчи ҳафтанинг охирида ичида йиринг тупланган пуфакча ёрилади, йиринг у билан бирга эса некротик ук ҳам қичиб кетади. Анна шундан сунг инфильтрация ва шис пасаяди, аста-секин оғрик ҳам қолади. Чипкон қупинча беморнинг оғир ҳолатда булиши билан кечмайди. Тана ҳарорати одатда субфебрил бўлади, лекин 39-40 даражага ҳам қутарилиши мумкин.

Одамнинг юзига, айникас, устки лаби соҳасига қикқан чипкон ҳатарлидир, чунки яллигланиш учоғидан инфекция бош суягининг веноз синусларига тарқалиб кетиши, юз веналари тромбозини келтириб қикариши, мия пардаларини яллиглантириш ва охир оқибатда беморни улим ҳолатига олиб бориши мумкин. Юз веналарининг тобора қупайиб борувчи тромбофлебети одатда чипконни сиқиб, йирингини қикриб юборишга уриниб қурилгандан сунг ривожланади. Бундай ҳолда инфекция мия синусларига юз веналари синусларига юз веналари системасидан тарқалади. Юзидаги шис қатталашади, ҳарорат қутарилади (40-41⁰C), бош қаттиқ оғрийди,энса мушаклари «қотиб» қолади, қуриш қобилияти бузилади.

Чипкон асоратлари биринчи навбтда прогрессив лимфаденит, флегмона, йирингли артрит, сепсис ва хоказолар булиши мумкин.

Дифференциал диагнози. чипконни бармоқларнинг йирингли яллигланишдан (чипкон соч халтачалари булмаган ерда юз бермайди), тер безлари, туқималар флегмонасидан, шунингдек, хазм, сил ва актиномикоздан фарқ қилиши лозим.

Давоси. Чипконга умумий ва маҳаллий даво қилинади. Маҳаллий даво қилишда туқималар учоги атрофии 70% спирт ёки гибитан, гексахлоран билан яхшилаб артиб тозаланади. Яллигланиш учоги бор жойдаги сочлар яхшилаб кириб ташланади. Дастлабки босқичда тери касаллигини йодпирон билан даво қилиш, кварц, соллюкс, УВЧ билан нурлантириш мумкин. Кейинги даврда эса анти септик малҳам дорилар (левосин, диоксидин, йодипорин мазлари) ва гипертоник эритмалари боғлов қулланилади. Агар жараён яқин атрофдаги туқималарни ҳам камраб олса, у ҳолда йиринг учоги кесилади. Шунингдек, ураб олган юмшоқ туқималарни новакаин ва таъсир доираси кенг антибоитиклар билан инфилтратив блокда қилиш ҳам қулланилади. Иссик компреслар тугри келмайди, улар терининг мацерациясига ва инфекциясининг тарқалишига имкон тулдиради.

Агар жараён қори харорат ва захарланиш билан давом этса, ётиб даволаниш, жароҳатланган қул-оёқларни иммоилизация қилиш зарур. Антибиотиклар, сульфаниламидлар ва бошқа антисептик дори – дармон тайин қилинади.

Фурункулёз Системали касаланиш бўлиб, у иммунологик реакциянинг бузилиши билан боғлиқдир, бундай ҳолда баданга бир талай чипкон чиқади. Фурункулёз купрок заифлашиб қолган беморларда, купинча касаллик туфайли моддалар алмашинуви бузилганда учрайди.

Бундай ҳолатларда аутогемотерапия (мушаклар орқасига беморнинг 5-10 мл қон юборилади) макбулдир, даволаш курси учун уч-беш марта инъекция қулланилади. Ачитки концентратларни, В группаси витаминлари, шунингдек актовегин, саоксерил ишлатилади. Стафилококк анатоксинини ёки стафилококк вакцинасини юбориш, қам дозаларда рентген нури билан нурлантириш ва қон препаратлари (антистафилококк плазма, гемостимулин) қулланиш наф беради. Стафилококк вакцинани тери остига 0,1-1 мл дан ҳар иккинчи ёки учинчи қуни юборилади, даволаш курси учун 10 инъекция белгиланади. Стафилококк анатоксин кураклар уртасида тери остига дозасини 0,2 дан аста-секин 2 мл гача қупайтирилиб, 3-5 кеча-қундуздан сунг юборилади, даволаш курси учун 10 инъекция белгиланади.

КАРБУНКУЛ Ёнма-ён жойдашган бир неча соч халтачалари ва ёғ безлари уткир йирингли яллигланиб, умумий инфилтрат ват ери ҳамда тери ости клетчаткасида некроз пайдо бўлганда карбункул (Carkulus) дейилади.

Этиологияси ва патогенези. Касалликнинг қузғатувчи купрок тилларанг стафилококқдир, купинча стафило ва стрептококк инфекцияси бир-бирига аралашиб кетади. Касалликнинг келиб чиқишига қуйидагилар сабаб бўлади: организмнинг умумий заифланиши, гиповитаминозлар, моддалар алмашинуви касалликлари «қанд касаллиги, семириб ёки озиб-тузиб кетиш». Одатда карбункул билан қатта ёшдаги кишилар касалланади. Карбункул купрок бўйиннинг орқа юзасида, энседа, орқада, белда, устки ёки пастки лабда пайдо бўлади.

Патологоанатомик манзараси. Тер ива тери остки клетчаткасида бир неча соч халтачаларини ҳамда ёғ безларини ураб олган инфилтрат пайдо бўлади. Қон айланишининг бузилиши юз беради, туқима кенг қуламда некрозга учрайди ва бу чипкондан фарқ қилиб, барқат ери ости туқималарининг камраб олади. Некроз зонасида йиринг пайдо бўлиб, бир неча соч халтачалари тешиги орқали ташқарига ажралиб чиқади. Кейин некрозга учраган туқималар бир-бири билан бирикиб, қатта вулкон оғзига ухшаш ёрик аста-секин грануляцион туқима билан тулиб боради.

Клиник манзараси. Карбункул хароратнинг сезиларли даражада қутарилиши ва қаттиқ оғрик билан бошланади. Қизариб шишиб чиккан жой тез қатталашибборади (бошланишида бир неча инфилтратлар булиши мумкин, лекин улар тезда бир-бирига қушилиб кетади). Тери қуқимтир-қизил ранга қиради, яллигланган жой атрофида шиш ривожланиб, теридан буртиб чиқади. Инфилтрат устидаги тери, купрок жадаллик билан қизарган марказидаги тери (бу ердаги ранг аста-секин оқариб боради, тери юпқалашиб ёрилади) тушиб кетади. Бир неча туйнукчалар пайдо бўлиб, улардан йиринг ажралиб чиқа бошлайди. Айрим туйнукчалар бир-бирига қушилиб кетади, яллигланиш жараёни чуқурлашиб, муайян мушак устидаги пардагача етиб боради. Жараён қуплаб йиринг оқиши ва некротик туқималарнинг тушиб кетиши билан кечади.

Карбункулга интоксикациянинг умумий белгилари ҳосдир: харорат баъзан 40 дараага қутарилади ва у эт увишиши, беҳузур булиши, қайт қилиш, бошнинг қаттиқ оғриши, уйқусизлик ва беҳушланиш билан кечади. Карбункул одамнинг юзида, айниқса юқори лабда бўлса қатарлидир. Йиринг чиқиб, некротик туқималар тушиб қетгач, беморнинг умумий аҳволи сезиларли равишда яхшиланади. Ута қафли асоратлардан тромбофлеблар ва лимфадитни, тромбоз, сепсис ва йирингли мегнингитни қурсатиб утиш жоиздир.

Дифференциал диагнози. Карбункулни чипкондан, қуйдиргини карбункулдан, ел ёйишдан, яра қилиб юборадиган қавфли усмадан фарқлаш лозим.

Давоси. Бемор жаррохлик булимига албатта ётқизилиши керак. Дастлабки боскичда новакаин-ампициллин эритмали инфилтратив блокадаларни ёки пенциллин билан электрофорезни куллаш мумкин. Шунингдек, киска тулкинли терапия ҳам наф келтириши мумкин. Ётиб даволаниш, иммобилизация, огриксизлантириш ва антибиотикларни сульфаниламидлар билан бирга кушиб, мушакларга ва венага юбориш буюрилади. Карбункул одамнинг юзига булган холларда каттик-курук овкат билан чекланилади, гаплашиши ман этилади.

Чипкондан фарк килиб, карбункулда купинча жаррохлик йули билан даволаш кул келади, айниқса бу даъво 2-3 кеча – кундуз давомида дори-дармонлар билан даволаш етарлича наф бермаганда ва беморнинг ахволи бояги огирлигича колган холларда уринли булади. Умумий огриксизлантириш билан карбункулдан то мушак устидаги пардасигача гир айлантриб ёки хочсимон килиб яра кесилади. Некротик тер ива юмшок тукумаларнинг хаммаси то соглом хойгача киркиб олинади. Гипертоник эритма, фурацилин билан йирингдан тозалангач Вишневский мази суртилган тампонлар хар 2 кеча-кундузда алмаштриб турилиши лозим. Протеолитик ферментлардан фойдаланилади. Некротик тукумалар. шунингдек, 25% салицил кислота кристаллари таъсири остида хам яхшигина тушиб кетади. Диабет билан огриган беморларга нисбатан бу даврда жадал инсулин билан даволаш кулланилади. Касаллик макбул тарзда кечаси, яра бир ой мобайнида битиб кетади.

ГИДРАДЕНИТ Апокрин тер безларининг йирингли яллигланишига гидраденит (hydradenitis) дейилади.

Этиологияси ва патогенези. Ушбу касалликнинг кузгатувчиси одатда тилларанг стафилококк булади. Инфекция тер безига унинг ташкарига чикадиган найчалари оркали ёки лимфоген йулар билан тушади. Унинг пайдо булишига сабабчи омиллар: тери касалликлари (экзема, тошма), хаддан ташкари терлаш, терининг ифлосланишидир.

Патологоанатомик манзараси. Тер безларида яллигланиш инфилтрати пайдо булгач, тери бези некрози юз бериши билан йирингли яллигланишга дучор этади.

Клиник манзараси. Гидраденит купрок култик сохасида, жинсий ва перианал сохаларда эса камрок кузатилади; аёлларда у шунингдек сут безлари сохасида хам пайдо булиши хам мумкин. Касаллик тери ости клетчаткасида безиллаб турадиган тугунча пайдо булиши билан бошланади, унинг устидаги тери аста-секин кукимтир – кизгиш ранга киради. Агар касаллик жараёни давомида бир неча тер безлари зарарланса, тугунчалар бир-бири билан кушилиб кетиб, бутун култик ости чукурчасини эгаллаб олади, йирингли окма яра пайдо булиб, каймоксимон мадда ажралиб чика бошлайди. Касаллик узок чузилиб, тез-тез кузиб туради.

Дифференциал диагнози. Гидраденитни чипкондан, специфик булмаган лимфаденитдан, култик ости лимфатик тугунчалар силидан, лимфогрануломатоз ва лимфосаркомадан фарклай билиш лозим.

Давоси. Дастлабки боскичда улльтрабинафша терапия, УВЧ ни кулаш, новакаин – ампициллинли инфилтратив блокадалар наф беради. Хул компресслари тугри келмайди, яллигланиш кушни тер безлари таркалади. Даво килишда кам дозалардаги рентгенотерапиядан фойдаланиш мумкин, антибиотиклар сульфаниламидла билан бирга кушилиб кулланилади. Абсцесси пайдо булган холларда кесиб, ёрилади (Инцизия

ва йирингли жароҳатлар терапиясининг умумий кабул килинган принциплари асосида даво килиш давом эттирилади. Синтомицин эмульсиясидан богловдв фойдаланиш мақсадга мавофикдир.

АБСЦЕСС (ХУППОЗ) Тукумаларда чекланган холда йиринг тупланиб туришига абсцесс (abscessus) дуйилат. Абсцесслар тери ости клетчаткасида, мушакларда, суякларда ва ички аъзоларда (упка, жигар, буйракларда), бош мияда учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Одатда касаллик кузгатувчилари – стафилококклар ёки стрептококклар, баъзан ичак таёкчаси, сапрофитлар ёки анаэроб микроорганизмлар хисобланади. Микроблар тукумага тугридан-тугри, лимфоген ёки гематоген йулар билан (метастатик абсцеслар), шунингдек, яллигланишнинг кушни тукумаларга таркалиши билан утади, маслан бунга урта кулок йирингли яллигланганда мия абсцесси пайдо булишини мисол килиб келтириш мумкин. Касалликнинг авж олиши учун асосий омиллар: гиповитаминозлар, модда алмашинуви касалликлари, организм резистентлигининг (микробларга нисбатан табиий чидамлилигининг) пасайиб кетишидир. Шунингдек, абсцесслар ёт жисмлар атрофида «мудраб ётган микроблар» деб аталувчиларнинг фаоллашуви натижасида хам пайдо булади.

Патологоанатомик манзараси. ирингли яллигланиш натижасида тукумалар емирилади. Бу эса, уз навбатида, ичида йиринг, емирилган тукумаларнинг элементлари, микроблар ва уларнинг токсинлари булган бушлик юзага келади. Абсцесс атрофида бириктирувчи тукумадан иборат ташки ктлам ва гануляцион тукумадан иборат ички катламдан ташкил топган абсцесс капсуласи юзага келади (пиоген мембранаси). Ушбу капсула ёрилган такдирда йиринг абсцессдан ташкарига тушади, бу эса турли асоратларни келтириб чикариши мумкин. Кейинчалик абсцесс бушлиги грануляцион тукума билан тулади. Майда абсцесслар уз-уздан сурилиб кетиши мумкин.

Клиник манзараси. Касаллик бошланган даврда абсцесс хохасида тухтаб – тухтаб тутадиган огрик пайдо булади. Кейин аста-секин шиш ва кизариш ортиб, тунги огрик юзага келади. Мадда йигилишига

караб, флуктуация аникланади- бу муҳим симптомдир. Агар абсцесс чуқур жойлашган бўлса, флуктуацияни аниклаш мумкин. Бундай ҳолларда ультратовуш, компьютер томографиясини куллаш билан синов пункцияси ёрдамида диагноз қўйиш мумкин бўлади.

Абсцесснинг кейинчалик авж олишида беморнинг умумий аҳоли сезиларли равишда оғирлашади. Харорат 39°C гача кутарилади (беморнинг эрталаб аҳоли яхшиланиб турганида). Лейкоцитоз $15-20 \cdot 10^9$ л га етади, формуланинг чапга силжигани маълум бўлади, ЭЧТ кутарилади.

Ички органларда (жигар, улкада) ёки йиринг кон томирлари билан ёнма-ён жойлашган бўлса, абсцесс айниқса хатарлидир. Улар қорин ёки қурак бўшлиғига тешиб утган ҳолларда йирингли перитонит ёки плеврит юз беради. Жараён вена деворига уткудек бўлса, у ҳолда прогрессив тромбофлебит авж олади.

Дифференциал диагноз. Абсцессни флегмонадан, гидраденитдан, гематонадан, чурра тушишидан, аневризмадан, хавфли усмадан, шунингдек, совук абсцесс суяклар ва бугимлар сил билан зарарланган ҳолларда пайдо бўлади, аммо уткир йирингли яллигланишнинг ҳамма белгилари сезилмайди.

Давоси. Дастлабки даволаш даврида абсцессни чегаралаш мақсадида: иссиқ муолажалар (иситувчи компресслар, грелка, соллюкс, УВЧ) ва тинчлик режими кулланилади. Флуктуация аникланган ҳолларда эса, жаррохлик йули билан даволаш- абсцессни кесиш зарур.

Операцияни маҳаллий огриксизлантирадаган ёки венага юбориладиган некроз остида амалга ошириш мумкин. Абсцесс бўшлиғига дренаж яхшилаб қўйилиши учун кесиш етарли даражада кенг бўлиши лозим. Дренаж учун доқадан қилинган тампонлардан, турли улчовлардаги полихлорвинил қилинган тампонлардан, турли улчовлардаги полихлорвинил найчалари ёки резина кулқоп дренажлардан фойдаланилади. Шуни унитмаслик керакки, қон ва йирингни узига синдириб олган томонлар, ҳудиди тикин қаби, жароҳатдан оқиб чиқаётган суюқлик учун утиб бўлмас бир тусикка айланади. Шунинг учун улар ҳар қуни, баъзида 12 соатда икки марта алмаштирилмоғи лозим. Тампонлар ва дренажлар жароҳатда то ундан йиринг бутунлай ажралиб чиқмагунча туради. Маҳаллий жойга протеолитик ферментлар юборилади.

Йиғилган йирингни чегаралашда пункцион усулда фойдаланиш мумкин; пункция вақтида, йиринг суриб олингандан сунг, абсцесс бўшлиғи антисептик суюқликлар билан ювилади-да, кейин унга антибиотиклар ва протеолитик ферментлар юборилади, шундай қилиб, йиринг бўшлиғи актив аспирацияси йулга қўйилади.

Айни патда, сифатли таомлар тайин қилинади, витаминотерапия утказилади, эритцоритлар, қон урнини босувчи препаратлар қўйилади. Антибиотиклар ва сулфаниламидлар юборилади.

Тиббиётнинг ҳозирги қунига қелиб қанчалик ривожланишига қарамадан хирургик инфекция ва уни даволашда қўзғатиётган қўлаб қўйиш муаммолар мавзунинг долзарблигидан қалолат беради. Шу сабабли талабаларга хирургик инфекция, таснифи, турлари ҳақида тушунтириб, уткир специфик ва носпецифик йирингли инфекциялар уларнинг хиллар, клиникаси, диагностика ва даволаш йулларини талабаларга ургатиш қатта аҳамиятга эгадир. «Хирургик инфекция» (шу жумладан, жароҳат инфекция) тушунчаси қасал қўзғатувчи аэроб ва анаэроб инфекциянинг специфик ҳамда носпецифик турлари қелтириб чиқарадиган хирургик қасалликларни уз ичига олади; бу қасалликларга одатда, жаррохлик йули билан қомплекс даъво қилади. Организмнинг физиологик функциясига, ташиқ таъсирга иммунобиологик қавоб беришқобилига ва қаршилиқ қурсатишига қалбий таъсир қурсатувчи ташиқ муҳитнинг турли-туман омиллари ёки имқоният яратади. Қасалликнинг авж олишида қасаллик тугдирадиган микроблар қатта қол қўнайди. Хирургик инфекцияни қўзғатувчи микроблар атров – муҳитда ҳам, инсон қадани қиртида ҳам, шунингдек, нафас олиш йуллари ва ичаклар бўшлиғининг қиллик қардасида ҳам мавжуд. Улар организмга қириш қарвозаси деб аталувчи тери ва қиллик қардаларнинг қикастланиши туфайли ёки нафас олиш, меъда – ичак ва таносил йуллари орқали тушади. Организмга тушган микрорганизмлар микдори қанчалиқ қуп, улар қанчалиқ қирулентли ва организмнинг ташиқ таъсирга қаршилиқ қурсатиши неқоглик қайф бўлса, хирургик инфекциянинг ривожланиш эҳтимили шунқалиқ қуп бўлади.

Йирингли яллигланиш қасалликлари ва жароҳат инфекцияси неча-неча асрлардан бўён умумий жаррохликнинг асосий муаммоларидан қири бўлиб қелади ва шундай бўлиб қолмоқда. муаммонинг муҳимлиги қакат йирингли қасалликлар қуйиқ яратилган асосий қуланмалардагина (В.Ф. Война-Ясенецкий, 1956; В. И. Стручков ва бошқа муаллифлар, 1984) эмас, балки йирингли жаррохликнинг алоҳида мустақил бўлим қилиб ажратилиши (шу жумладан, хирургик қасалликлардан маҳсус бўлимларнинг ташиқ этилиши) билан ҳам таъқидланади. Шуни унитмаслик керакки, хирургик инфекция қенг тарқалган бўлиб, у хирургик қасалликлар умумий микдорининг $1/3$ дан қупроғини ташиқ этади.

Аҳолининг моддий қароволик ва санитария- қиғиена қаражаси яхшиланганлиғи, Улуғ қатан урушидан сунг (1946-1955 й) йирингли қасалликларни даволашда антибиотикларнинг қенг қулланилиши хирургик инфекциянинг қупайиши қаражасини сезиларли равишда қайақтиришга имқон яратади. Қамаси, муаммо деярли қал қилингандек эди. Аммо қейинги йиллардаги қўзғатувлар шуни қурсатадики, антибиотикларни асосланмаган қолда қенг қуллаш, шунингдек қишлоқ ҳужалиғини қимёлаштириш

сабабли микроблар реактивлигининг узгариши антибиотикларнинг фойдали эканлигига булган ишончни окламади. Касаллик кузгатувчи инфекция янги, нокулай шароитларга мослашиб, антибиотикларга карши резистентликни анчагина тез вужудга келтиради. Антибиотикларга чидамли Янги микроблар штамлари пайдо булади. Натижада жаррохлик йули билан даволашни талаб килувчи йирингли яллигланиш касалликлари купайганлиги кайтадан эътиборни узига жалб килади. Шу сабабли хозирги кунда ҳамма худи илгарилари булганидек, хирургик инфекция клиникада энг мухим муаммолардан бири хисобланади.

Кейинги ун йилликларда асосий эътибор организмнинг химоя кучларини фаоллаштириш ва кучайтиришга каратилган тадбирларга бериляпти. Хозирги вақтда тиббиётнинг Янги соҳаси-хирургик инфекциянинг олдини олиш ва уни даволашда мухим рол уйнаётган клиник иммунологик тараккий килмокда.

Корин ва кукрак бушликлари аъзолари томирлар операция килинганда, шунингдек, аъзолар кучириб утказилганда пайдо буладиган жарохат асоратлари (худи бошка купдан-куп йирингли яллигланиш касалликлари каби) бемор хаётига тугридан –тугри ъавф солади. Худи манна шу уринда организмнинг иммун системаси ҳолатини тадқиқ қилиш, касалликнинг олдини олиш мухим рол уйнайди. Организмнинг иммунологик параметрларини бошқариш мураккаб жараён бўлиб, у махсус билимини талаб килади. Иммунологик химоя омилларини фагоцитоз, комплемент-гавада тузилиши ва лицозим, антитоксик антитаналар титри, Т-ва В- лимфоцитларнинг популяцияси ва субпопуляцияси, энг яхши натижа берадиган бир-бирига мос келган донор- реципиентни танлаш ва бошқаларни аниқлаш жуда мухим хисобланади, бунинг учун эса хозирги замон клиникаларида мутахассис-иммунологларнинг ёрдамига таянилади.

Иммунологик фаоллик беморда утки рёки сурункали хирургик инфекция ҳолати юз берган ҳолларда одатда паст булади. Шунинг учун операциядан олдин ва жаррохлик йули билан даволанаётган йирингли асоратлар даражасини камайтиришда ёрдам берадиган гипериммун плазма, гамма-глобулин, пентоксил, продигозан ва бошка препаратларни қуйиш билан иммунобиологик фаолликни ошириш мақсадга мувофиқдир. Т- лимфоцитлари етишмаганда (В – лимфоцитлари кам даражада булганда) қуйилганлейкоцит массаси ижобий натижа курсатган; иммуномодуляторлар – левамизол (декрис) ва тимус препаратлари (Т- активин, тималин, тимозин ва бошқалар) аниқ рағбатлантирувчи таъсир курсатади. «Хирургик инфекция» (шу жумладан, жарохат инфекция) тушунчаси касал кузгатувчи аэроб ва анаэроб инфекциянинг специфик ҳамда носпецифик турлари келтириб чиқарадиган хирургик касалликларни уз ичига олади; бу касалликларга одатда, жаррохлик йули билан комплекс даъво килади. Организмнинг физиологик функциясига, ташқи таъсирга иммунобиологик жавоб беришқобилиятига ва қаршилиқ курсатишига салбий таъсир курсатувчи ташқи муҳитнинг турли-туман омиллари ёки имконият яратади. Касалликнинг авж олишида касаллик тугдирадиган микроблар қатта рол уйнайди. Хирургик инфекцияни кузгатувчи микроблар атров – муҳитда ҳам, инсон бадани сиртида ҳам, шунингдек, нафас олиш йуллари ва ичаклар бушлигининг шиллик пардасида ҳам мавжуд. Улар организмга кириш дарвозаси деб аталувчи тери ва шиллик пардаларнинг шикастланиши туфайли ёки нафас олиш, меъда – ичак ва таносил йуллари орқали тушади. Организмга тушган микроорганизмлар микдори қанчалик куп, улар қанчалик вирулентли ва организмнинг ташқи таъсирга қаршилиқ курсатиши нечоғлиқ заиф булса, хирургик инфекциянинг ривожланиш эҳтимоли шунчалик куп булади.

Йирингли яллигланиш касалликлари ва жарохат инфекцияси неча-неча асрлардан бўён умумий жаррохликнинг асосий муаммоларидан бири бўлиб келади ва шундай бўлиб қолмокда. муаммонинг муҳимлиги факат йирингли касалликлар бўйича яратилган асосий қулланмалардагина (В.Ф. Война-Ясенецкий, 1956; В. И. Стручков ва бошка муаллифлар, 1984) эмас, балки йирингли жаррохликнинг алоҳида мустақил бўлим қилиб ажратилиши (шу жумладан, хирургик касалликлардан махсус бўлимларнинг ташкил этилиши) билан ҳам таъкидланади. Шунини унитмаслик керакки, хирургик инфекция кенг тарқалган бўлиб, у хирургик касалликлар умумий микдорининг 1/3 дан купроғини ташкил этади.

Аҳолининг моддий фаровонлиқ ва санитария- гигиена даражаси яхшиланганлиги, Улуг ватан урушидан сунг (1946-1955 й) йирингли касалликларни даволашда антибиотикларнинг кенг қулланилиши хирургик инфекциянинг қупайиши даражасини сезиларли равишда камайтиришга имкон яратади. Чамаси, муаммо деярли ҳал қилингандек эди. Аммо кейинги йиллардаги кузгатувлар шунини курсатадики, антибиотикларни асосланмаган ҳолда кенг қуллаш, шунингдек қишлоқ ҳужалигини қимёлаштириш сабабли микроблар реактивлигининг узгариши антибиотикларнинг фойдали эканлигига булган ишончни окламади. Касаллик кузгатувчи инфекция янги, нокулай шароитларга мослашиб, антибиотикларга қарши резистентликни анчагина тез вужудга келтиради. Антибиотикларга чидамли Янги микроблар штамлари пайдо булади. Натижада жаррохлик йули билан даволашни талаб қилувчи йирингли яллигланиш касалликлари қупайганлиги қайтадан эътиборни узига жалб килади. Шу сабабли хозирги кунда ҳамма худи илгарилари булганидек, хирургик инфекция клиникада энг мухим муаммолардан бири хисобланади.

Кейинги ун йилликларда асосий эътибор организмнинг химоя кучларини фаоллаштириш ва кучайтиришга қаратилган тадбирларга бериляпти. Хозирги вақтда тиббиётнинг Янги соҳаси-хирургик

инфекциянинг олдини олиш ва уни даволашда муҳим рол уйнаётган клиник иммунологик тараккий килмокда.

Корин ва кукрак бушликлари аъзолари томирлар операция килинганда, шунингдек, аъзолар кучириб утказилганда пайдо буладиган жароҳат асоратлари (худи бошқа купдан-куп йирингли яллигланиш касалликлари каби) бемор ҳаётига тугридан –тугри ʼавф солади. Худи манна шу уринда организмнинг имун системаси ҳолатини тадқиқ қилиш, касалликнинг олдини олиш муҳим рол уйнайди. Организмнинг иммунологик параметрларини бошқариш мураккаб жараён бўлиб, у махсус билимини талаб қилади. Иммунологик химоя омилларини фагоцитоз, комплемент-ғавда тузилиши ва лицозим, антитоксик антитаналар титри, Т-ва В- лимфоцитларнинг популяцияси ва субпопуляцияси, энг яхши натижа берадиган бир-бирига мос келган донор- реципиентни танлаш ва бошқаларни аниқлаш жуда муҳим ҳисобланади, бунинг учун эса ҳозирги замон клиникаларида мутахассис-иммунологларнинг ёрдамига таянилади.

Иммунологик фаоллик беморда уткир ёки сурункали хирургик инфекция ҳолати юз берган ҳолларда одатда паст булади. Шунинг учун операциядан олдин ва жарроҳлик йули билан даволанаётган йири

нгли асоратлар даражасини камайтиришда ёрдам берадиган гипериммун плазма, гамма-глобулин, пентоксил, продигозан ва бошқа препаратларни қуйиш билан иммунобиологик фаолликни ошириш мақсадга мувофиқдир. Т- лимфоцитлари етишмаганда (В – лимфоцитлари кам даражада бўлганда) қуйилганлейкоцит массаси ижобий натижа курсатган; иммуномодуляторлар – левамизол (декрис) ва тимус препаратлари (Т- активин, тималин, тимозин ва бошқалар) аниқ рағбатлантирувчи таъсир қурсатади.

Организмнинг умумий реакцияси.

Йирингли инфекция авж олишида тер ива шилимшиқ моддларнинг қаршилик қурсатиш қобиляти ката аҳамиятга эга. Шикастланмаган тер ива шиллик пардалар микробларга уларнинг организмга таъсир қурсатиши учун утиб бўлмайдиган тусиқ ҳисобланади. Механик ва бошқа омиллар таъсири натижасида теринг энг устки қавати ва шиллик парда қопламаси зарарланади, анна шу йул билан инфекция учун «қириш дарвозаси» очилади. Микроблар ҳатто арзимаган яра-чақалар туфайли ҳам туқималар орасидаги бушликка, кейин лимфатик системага, лимфа оқими билан эса янада ичкаридаги туқима қаватларига (тери ости ёғ клетчаткаси, мушаклар, лимфа тугунлари ва б.) утади.

Хирургик инфекциянинг навбатдаги авж олиши, йирингли жараённинг ёйилиши организмнинг иммунологик ҳолатига ва микробларнинг вирулентлигига боғлиқ. Микроблар туфайли вужудга келадиган маълум захарли моддалардан (гемо-ва лейкодизин, некротоксин)ташқари, янги микроб ферментлари аниқланди; улар бириктирувчи туқиманинг энг асосий элементларидан бирини – гиалурон кислотани емиради.

Хирургик инфекциянинг авж олишида туқималарнинг анатомик – физиологик хусусияти ката рол уйнайди. Қон оқими жадал бўлган юз ва бошнинг сочили қисмида микробларнинг тарқалиши бирмунча чекланган: айни пайтда, септик метастазлар худди мана шу жойлардан қоллатерал вена орқали бош суягининг ички веноз синусларига қириб бориши, тромбоз ва йирингли менингитни келтириб чиқариши мумкин. Шунингдек, туқималар иммунобиологик хусусиятлари уйнайдиган рол ҳам анча аҳамиятлидир. Микроблар қупрок учратиладиган жойларда (чот, сон) йириншнгли жараёнлар қамдан-қам ҳолларда пайдо булади, чунки юқорида айтилган жойларда туқималар ва микроблар ва уларнинг токсинларига қарши резистентлик пайдо қилган, бошқача қилиб айтганда, ушбу жойлардаги туқималарда маҳаллий манзарасига аъзолар ва туқималарда дори-дармонларнинг турлича тупланиши ката таъсир қурсатади. Масалан, талок ва упқада антибиотикларнинг қонқатрацияси жуда ҳам паст даражада эканлиги аниқланади, манна шунинг учун ҳам бу аъзолардаги йирингли жараёнларда ута деструктив узғаришлар юз беради.

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. А.Ф. Краснова «Сестринское дело» Том 1-2, Издательство « Перспектива» Москва 2000г.
2. С.А. Блинова «Сестринское дело в хирургии». Москва 2006г
3. Барыкина Н «Сестринское дело в хирургии». Москва 2002г
4. П.Г. Брюсова «Военно – полевая хирургия» МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО «ГЕОТАР» Москва 1996г.
5. С.П.Петров «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2007г.
6. В.К.Гостищев «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2006г.
7. С.П.Зубарев. «Общая хирургия» С.П. Москва 2004г.
8. ОриповУ.А., Каримов Ш.И «Умумий хирургия»1994й.
9. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар».1993й.
10. Кафедра укув-услугий кулланмалар туплами. 2011 й.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

(Маъруза – 2 соат)

6-МАВЗУ	Шикастланиш синдроми. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги. Травматик шок, . Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида ҳамширалик жараёни. Термик травма: куйиш, совуқ уриш, электр куйиш. Куйиш ва совуқ уришнинг таснифи. Маҳаллий ва умумий ўзгаришлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Куйиш қарахтлигини даволаш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг ҳажми. Куйиш ва совуқ уришда парвариш қилиш бўйича ҳамширалик жараёни.
----------------	---

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Уқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Шикастланиш синдроми. тушунчаси, таснифи; 2. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги ; 3. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми ; 4 Термик травма: куйиш, совуқ уриш, электр куйиш клиникаси ва диагностикаси; 5. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари; 6. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг ҳажми ва даволаш.
Уқув машғулотининг мақсади: “Кон кетиш ва кон тухтатиш” тушунчаси, таснифи, этиопатогенези, клиник белгиси, диагностика усуллари, кон кетишнинг асоратлари ва уларни даволаш усуллари тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.	

Педагогик вазифалар: - Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида хамширалик жараёни. Термик травма: куйиш, совуқ уриш, электр куйиш. Куйиш ва совуқ уришнинг таснифи. Махаллй ва умумий ўзгаришлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Куйиш қарахтлигини даволаш уни даволаш усуллари билан таништириш ва тушунтириш.	Уқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Шикастланиш синдроми. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми. Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг ҳажмини таништиришади ва урганади, мисоллар келтиради.
Уқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Уқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Уқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Уқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жиҳозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Шикастланиш синдроми. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми. Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида ҳамширалик жараёни. Термик травма: куйиш, совуқ уриш, электр куйиш. Куйиш ва совуқ уришнинг таснифи. Маҳаллӣ ва умумий ўзгаришлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Куйиш қарахтлигини даволаш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Куйиш ва совуқ уришда парвариш қилиш бўйича ҳамширалик жараёни ҳақида тушунча.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. <i>Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди.</i> - Шикастланиш синдроми. деб нимага айтилади? - Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги аҳамияти нимада деб уйлайсиз? - Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш қандай турларини биласиз? 2.2. <i>Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади.</i> Куйиш ва совуқ уришнинг таснифи. Махаллий ва умумий ўзгаришлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Куйиш қарахтлигини даволаш. Куйиш ва совуқ уришда парвариш қилиш бўйича ҳамширалик жараёни ҳақида тушунча, мисоллар билан баён этилади. Уларнинг асоратлари тушунтирилади. 2.3. <i>Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми, биринчи ёрдам курсатиш ва даволаш принципларига тўхталиб ўтилади.</i> - Куйиш ва совуқ уришда парвариш қилиш бўйича ҳамширалик жараёни ҳақида тушунтиринг ва таништиринг;	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. <i>Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ. Ташки муҳитнинг киши организмига таъсири натижасида тукима ва органларда органик ва функционал ўзгаришлар пайдо бўлиши шикастланиш дейилади. Организмга таъсир агентларга механик, электр термик, химий ва нур таъсиротлари киради. Шунингдек маълум бир гуруҳни рухий шикастлар ташкил қилади. Шикастланишларда махаллий ўзгаришлар билан бир қаторда оғир умумий асоратлар ҳам мавжуд бўлади. Очик ва ёпик шикастланишларнинг мавжудлиги, беомр организмида ҳар хил оғир ҳолатларни юзага келтиради.

Шикасланиш таснифи. Шикастланишлар бўйича қуйдаги классификация қабул қилинган: 1. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлмаган транспортда (темир йул, автомобиль, трамвай), пйёда катаётганда, спорт билан шугулланганда, табиий офатлар таъсирида ер кимирлаш, сел келиши), турмушда руй берадиган травмалар.

2. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган иш кастлар саноатда, кишлоқ хужалигида)
3. Кастдан килинган шикастланишлар (харбий ҳолатларда, уз –узини улдириш).
Механик, кимёвий, электр, термик нқрдан буладиган рухий травмалар тафовут килинади. Очик ва ёпик шикастлар ажратилади. Очик шикастланишда тери ва шиллик каватнинг бутунлиги бузилади. Тери ва шиллик кават жароҳатларига микроблар тушиб, эрта ва кечиккан асоратларга сабаб булади. Ички организмнинг шикастланишига қараб юзаки ва чуқур шикастланишларга бўлинади.

Шикастланишларнинг олдини олиш ва уларда ёрдам курсатишни ташкил қилиш.

Саноатда кишлоқ хужаликда, ишлаб чиқаришнинг нурли соҳаларида, техник ва транспорт ҳаракатида эса йул ҳаракати қоидаларига риоя этмаслик натижасида шикастланишлар кундан кун қупайиб бормокда. Бу шикастланишлар оқибатида киши узок вақтгача иш қобилиятини йукотади, баъзан ногирон бўлиб қолади. Профилактика ишлари яхши йулга қуйиши учун травматизмни аниқ ҳисобга олиш қерак. Бунинг учун зарарланишнинг қуп ёки қам учраши сабаблари қандай шароитда, ҳолатда юз бериши урганилади. Травматизм профилактикасида қорҳона раҳбарлари, техника ҳавсизлиги инжинерлари, давлат автоинспекцияси, уй –жой эксплуатацияси, мактаб, болалар уйи ва бошқа ташкилотларнинг қодимлари тиббиёт муассасалари қодимлар билан бирга фаол қатнашадилар. Шикастланишлар қупинча маст қолда юз беришини ҳисобга олиб, ичкиликқозликка қарши жиддий қурашмоқ қозим. Травмадан зарарланишлар умумий хирургик қасалликларнинг 30-35 қоизини ташкил этади. Шикастланишда биринчи ва юқори малақали ихтисослашқан ёрдамни ташкил қилиш қерак. Республикамизда травматологик ҳизмат учун асосий звенодан иборат. Шикастланиш қуй берқан жойда биринчи тиббий ёрдамни ташкил қилиш.

Амбулатория – поликлиникада шикастланишга ёрдам курсатиш. Травматологик ёрдамни стационарда ташкил қилиш. Травма юз берқан жойдаёқ биринчи ёрдам курсатиш қуйидаги максадларни қузга тутати. а) Шифокор қелқунича бўлқан биринчи оддий ёрдам. Бу қупинча маҳсус қасби бўлмақан кишилар уз – узига ва бир- бирига ёрдам) қомонидан курсатилади.

б) Юқори малақали ёрдамни маҳсус тайргарликка эга бўлқан врач бақармоқи қерак. Биринчи травматологик ёрдамни ташкил қилишда қуйидагиларга риоя қилиш қерак. Шикастланқан кишига иложи борица қудлик билан ёрдам бериш зарур. Биринчи малақали ёрдам тезроқ курсатиши учун, аввало оддий тиббий ёрдамдан сунг бемор маҳсус даволаш муассасасига олиб борилиши зарур.

Қейинги босқичда ёрдам берувчи травматология қодимларига ҳар бир қилинқан даволаш усуллари қи қенг ва батақсил баён қилиши қерак (бирламчи ҳурургик ишлаш, қокмолга қарши зардоб юбориш ва ҳоқазолар). Ҳар бир киши шикастланиш юз берқанда қаерга, қачон сураб

мурожаат қилиши қерак. Шикастланқан кишининг тутри эвиқуация қилишини травматологик

ёрдамнинг асосий бугинларидан бири ҳисобланади. Шаҳарларда тез ёрдам тиббий станциялари санитария мутақассислари бўлиб уларнинг асосий вазиқалари беморни тез ва эҳтиётлаб адволаш муассасасига етқизишдан иборат.

Травматологик беморларни текшириш ва даволаш ҳусусиятлари.

Шикаст олқан беморларни текширишда ҳудди хирургик беморларни текширишда қулланиладиган усуллар ишлатилади. Шуни эсдан қиқармаслик қеракки, оғир травмалардан қейин беморда унинг симптомлари тез ривожланади,

купинча ахволи огир булади, шок асорати вужудга келади. Буларнинг ҳаммаси жарохдан зудлик билан ҳаракат қилишни, диагноз қуйишни ва керакли ёрдам беришни талаб этади. Анамнез йиғиш ва травматологик беморларни текшириб қуриш, умуман хурургик касалларни текшириб қуришдан фарқ қилса-да аммо узига хос хусусиятлари бор.

Шикастланган жойнинг қуриниши ҳамма вақт ҳам шикастланишнинг огир-енгилигига тугри келавермайди. Масалан унча катта булмаган қурак қафаси ёки қорин бушлигига етказилган жароҳат ички органлар бутунлигининг бузулишига олиб қалди. Қалла ва орқа миyanинг огир шикастлари ҳам аниқ ташқи белгиларга эга булмаслиги мумкин. Симптомлари аниқ булган ҳар қандай травма ҳам инсон ҳаёти учун ҳавфли булмаслиги мумкин. Айтайлик катта травмаларда огир асоратлар организмнинг бошқа қисмларига намоён булиши мумкин. Қул – оёқининг териси шилинган беморнинг жигар талок ёки бошқа ички органларнинг бутунлиги бузилган булиши мумкин.

Айниқса ҳушсиз ётган, қалла суяғи шикастланган унинг устига спиртли ичимликлар ичган шок ҳолатига тушган булса, диагноз қуйиши қийин булади. Травма олган беморда огир қушимча ҳолатлар, шок, қон қетиши, травматологик токсикоз, булиши мумкинки, улар ҳам вазиятни аниқлашга ёрдам беролмайди.

Беморнинг огир травма таъсирида ахволи ёмонлашганда унга тез ёрдам бера олиш керак. Масалан, қамқонликка олиб қаладиган артериал қон қетаётган ёки нафас йулларига ет моддалар тикилиб қолган булса аввало шу асоратларнинг олдини олишга даволашга интилиш керак, сунгра анамнез йиғиш ва бошқа текширишларни бошлаш мумкин.

Беморнинг анамнезини туплаш ва унинг шикоятлари билан танишиш вақтида бериладиган саволлар аниқ, қиска ва равшан булиши керак. Зарарланган қиши ёки уни олиб қелган одамлар орқали шикастланиш вақти сабаблари, қандай шароитда юз берганлиги беморнинг травма олишдан олдин ва кейинги ҳолати қачон ва қаерда биринчи ёрдам қурсатилганини аниқлаш муҳим аҳмиятга эга. Шу билан бирга беморнинг бошқа система ва аъзоларига булган шикоятлари қушимча ҳосталиқ белгиларини ҳам суриштирмоқ лозим саволларга олинган жавоблар, зарарланган жойни чуқур қуриш ва текшириш диагноз қушимча даволаш усуллари асоратларнинг олдиди олишга ёрдам бермоғи лозим. Масалан суяқлар синиши нерв толалари ав магистрал қон томирларининг шикастланишига қурак қафасидаги жароҳат плеврал бушлигига қон қуйилиши ёки юрак тамнонадасига сабабчи булиши мумкин.

Жароҳатга тупроқ тушиши ёки ифлосланган қийим- кечак қокшоқ, газли ганулнани олиб қелиши мумкин. Ёки миya чайқалиб лат ейиши вақтида бошнинг ишкестланиши билан бир қаторда қиши ҳушидан қетади. Бундай беморларнинг 1,5 – 2 соатдан кейин ҳушдан қетиши миya ичидан қон қуйилиб, унинг асосий марказлари оқаётган қон билан эзилишини билдиради. Шунинг учун травмадан (айниқса, бошқа қасалликлар билан бирга қечаётган булса) беморнинг анамнезини йиғиш уни текширишга қатъий этибор бериш зарур. Бу борада уққа, юрак – томир ва бошқа ҳаётий системаларни текшириб қикиш лозим. Шикастланган қокани қуздан қечириш, ушшлаб қуриш нуқуссия, аускультация қаби текшириб қуриш усулларида қойдаланиш мумкин.

Травма таъсир қилган қокани қуздан қечиришда шу қоқадаги терининг ранғи, қул – оёқнинг қалта – узунлиғи, соҳанинғ қонфигурацияси, шаклининг узғариши,

жароҳатнинг Катта кичиклиги, чуқурлиги, характер ива бошка белгиларга аҳмият берилади.

Ушлаб куриш воситаси билан огриётган жойни, суяк синикларини, кисирлаш симптомини, бугимлар бутунлигини аникласа булади. Агар кон томирлари кесилган булса, пальпация билан магистрал томирларла уларнинг урушини аниклаш мумкин. Теркуссия воситаси билан кукрак кафаси корин бушлиги ичига кон тупланганда утмас товуш, суяк синганда каттик огрик борлиги аникланади.

Аускультация оркали текширишда упка ёки кукрак кафаси, деворининг шикастланиши ковургаларнинг синиши натижасида кон тупланиб хаво утмай колиши, нафас шовкинлари, ичак харакатининг эшитилмаслиги маълум булади. Кушимча кулланадиган усуллар ичида ренген воситаси билан текшириб куриш алоҳида урин эгаллайди. Одатда зарарланган сохани икки хил вазиятда ренген расмини олиш диагнозни аниклашга имкон беради.

Шикастланган беморни текширишда зарарланган жойни аниклаб диагноз куйиларкан, даволаш ва пайдо буладиган асоратлар тугрисида хам фикрлашмоқ зарур.

Бундан асосий мақсад зарарланган киши ҳаётини сақлаб колиш, шикастланган аъзонинг анатомик тузулишини, функциясини тиклаш ва беморнинг меҳнат қобилиятини тиклашдан иборат булади. Киши ҳаётини сақлаб колиш учун травманинг мураккаблашишига йул қуймаслик, шунингдек шок қамқонлик руй берган булса, уларни дарҳол даволаш тадбирлари курилади.

Кул –оёқ зарарланганда сантиметрли лента билан соғ кул –оёқни улчаш лозим. Бу ҳолда кул –оёқнинг анатомик, нисбий ва функционал қисқаришини, уларнинг урта физиологик туришни ҳисобга олиш керак.

Шок Шок деганда ҳаётий системалар функциясининг тусатдан прогрессив пасайиб кетиши тушунилиб, унинг келиб чиқишига микроциркуляция билан туқималарнинг қислородга туййинишининг номутаносиблиги сабаб булади. Шокнинг турлари.

Травматик шок

а) механик таъсир натижасида жароҳат шикастлар, жарроҳлик муолажасида, туқималарнинг эзилиши.

б) қуйиш шоқи (термик, қимёвий қуйишлар)

в) Электр таъсирдан буладиган шок

г) совукдан буладиган шок.

2. Геморагик ёки гиповолемик шок (қон кетиши сувсизланишдан)

Қардиоген шок (миокард инфаркти, аритмия уткир юрак етишмовчилиги)

Токсик – инефекцион шок (грамусбат, граманфий инфекция)

анафилактик шок.

Травматик шок Травматик шок дейилганда қучли шикастланиш натижасида руёбга қелувчи тананинг умумий реакцияси тушунилиб унда тананинг ҳаётий аъзоларининг фаолиятми қиска муддат ичида бузилади. Бу фаза билан қечувчи паталогик жараён ҳисобланади.

Травматик шокнинг таснифи. У икки фазадан иборат: эректил ва торпид. Баъзи муаллифлар учинчи терминал фазан хам қушиладилар. Электил фаза шок реакциясининг бошланишида пайдо булади. Бу фаза одатда қиски булсада, унда травматик шокда руй берувчи узғаришлар намоён булади. Унинг клиник белгилар

кенг ёритилган: Беморнинг нутки ва ҳаракат кузгалиши кучли намоён бўлиб, эмоционал белгиларга бойдир.

Бемор ҳушини юкотмаган бўлсада, атроф муҳитни англай олмайди Тери сатҳи оқарган, совук совук терга ботган бўлади. Қорачиги уртача катталашган пай ва мушак тонуслари кучайган. Қон босими нормада ёки ошган. Томир уриши 100-110, нафас олиши тезлашган. Эректил фазаси канча кучли бўлса торпид фаза шунчалик оғир утади. Торпид фаза ҳам маълум барқарорлик кузатилади: унда даврни фарқ қилса бўлади. Бошлангич барқарорлашган давр ва охири давр.

Шокнинг I босқичи (ёник) беморнинг умумий аҳволи нисбатдан ёмон эмас. Томир уриши 90-100. Қон босими 100-95 /60-55 мм симоб устуни ҳисобида, енгил мумак титраш эшитилади. Шокнинг II босқич уртача оғирликда, тери ва қуриниб турган шиллик каватлар ута оқарган нафас олиши юзаки, минутига 30-32 марта, пульс 110-120 марта. Шокнинг III босқич оғир формаси) тери сатҳи қуриниб турадиган шиллик каватлар оқарган ёки оокиш қуқарганда бемор қора терга ботган нафаси 30-40 марта, қон босими 70-50 мм.сим. устуни ҳисобида. Беомр ута суcт ҳарорати пасайган. Тананинг ҳамма функционал белгилари жуда нотекис, реанимацион тадбирларни талаб қилади.

Шокнинг IV босқичи агонал олди ва агонал ҳолатлар) нафас олиш жуда сийрак, периферик томирлар уриши ва қон босими аниқланмайди. Бу ҳолатни тиклаш оғиррок.

Шокни даволаш комплекс ҳолда олиб борилиши керак, даволаш муолажаси шокни келтириб чиқарган сабабларни йукотиш организм бузилган фаолиятини кучайтиришга қаратилган бўлиши керак. Даволашнинг асосий қуринишлари. 1) Самарали огриксизлантириш 2) нафас ва юрак томирлар етишмовчилигига қарши қурашиш. 3) модда алмашинуви бузулишининг олдини олиш. 4. Ички аъзолар томонидан бўлиши мумкин бўлган ҳар хил асоратларнинг олдини олиш. Ва уларни даволаш (жигар, бўйрак). Ташки муҳитнинг иши организмга таъсири натижасида туқима ва органларда ва анатомик функционал узғаришлар пайдо бўлиши шикастланиш дейилади. Организмга таъсир қилувчи агентларига механик, электр, терлик химиявий ва нур таъсирлари қиради. Очик ва ёпик шикастланишларнинг мавжудлиги, бемор организмда ҳар хил оғир ҳолатларни юзага келтиради.

ШИКАСТЛАНИШ ТАСНИФИ.

Шикастланишлар бўйича қуйидаги классификация қабул қилинган.

1. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлмаган транспортда, пиёда кетаётганда, спорт билан шугилланганда, табиий офатлар таъсирида руй берадиган травмалар.
2. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган шикастлар (саноатда, қишлоқ хужалигида)
3. Қастдан қилинган шикастланишлар.

Механик, қимёвий электр, терлик, нурдан бўладиган рухий травмалар тафовут қилинади. Очик ва ёпик шикастлар ажратилади. Очик шикастланишда тери ва шиллик каватининг бўшлиғи бузилади. Тери ва шиллик кават жароҳатларига микроблар тушиб, эрта ва кечиккан асоратларга сабаб бўлади. Ички органларнинг шикастланишига қараб, юзаки ва чуқур шикастланишларда бўлинади.

Агар тукуманинг маълум бир тури шикастланса, содда ёки оддий шикаст дейилади. Шикастланишга битта омил сабабчи булса, у бир турдаги шикаст бир неча омиллар сабабчи булса: мас, механик шикастланиши куйиш билан, унда номбикацияланган дейилади. Шунингдек, шикастланиш бирданига бир неча системани таъсирласа, унда бирга кушилган шикаст дейилади. Шикастловчи куч (таъсир) теккан жойда хосил булган тукума зарарланиши тугри, узок сохада хосил булгани воситали шикастлар номини олади.

Шикастланиш характерини хисобга олиб, шикастлар якка-якка ва куп (политравмалар) булади. Уткир шикастланиш ёки бу кучли таъсир этувчи агент таъсиридан келиб чикади. Биргина шикастловчи агент тананинг муайян бир жойига куп марта таъсир килса, у сурункали шикастланиш. Бу шикастлар купинча касб-корга боглик булади.

ШИКАСТЛАНИШЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Травматизм профилактикасида корхона рахбарлари, техника хавфсизлиги инженерлари, давлат, давлат автоинспекцияси, уй-жой эмплуатацияси, мактаб, болалар уйи ва бошка ташкилотларнинг ходимлари тиббиёт муассалари ходимлари билан бирга фаол катнашдилар. Шикастланишлар купинча маст холда юз беришини хисобга олиб ичкиликбозликка карши жиддий курашмок лозим. Транспорт хавфсизлиги тугри йулга куйилиш учун чоррахаларни тартибига солиш, пиёда утиш жойлари ва тушларни куриш, транспорт воситаларини доимо техник назорат килиш. керак.

Травмадан зарарланишлар умумий хирургик касалликларни 30-35 фоизини ташкил этади. Шикастланишда биринчи ва юкори малакали ихтисослашган ёрдамни тугри йулга куйиш керак.

Республикамизда травматологик хизмат уч асосий звенодан иборат.

- 1.Шикастланиш руй берган жойда биринчи тиббий ёрдам курсатиш
- 2.Амбулатория-поликлиникада шикастланишга ёрдам курсатиш
- 3.Травматологик ёрдамни стационарда ташкил килиш

Травма юз берган жойдаёк, биринчи ёрдам курсатиш куйидаги максадларни кузда тутуди.

А)шифокор келгунича булган биринчи оддий ёрдам. Бу асосан купинча махсус касби булмаган кишилар томонидан курсатилади.

Б)юкори малакали ёрдами махсус тайёргарликка эга булган врач бажармоги керак.

ШИКАСТЛАНИШ ТРАВМАТИК КАСАЛЛИГИ

Шикастланиш касаллиги деб, травма таъсирида организм хаёт фаолиятининг бузилиши ва ундан келиб чиқадиган гомеостазнинг номини ноаниқлигига айтилади. Клиник узгаришлар ва оқибатини ҳисобга олганда, травматик касалликнинг куйидаги шакллари кайд килинади:

А) асоратсиз кечиш

Б) асоратсиз кечиш лекин янги натижа билан тугайди

В) ёмон оқибат билан тугайдиган асоратларнинг кечиши

Биринчи давр-травматик шок бир неча соат давом этади ва уткир юрак –томир етишмовчилиги, АКТ (айланиб турувчи кон) хажмини камайиши, микроциркуляциянинг бузилиши ва гипония ривожланиши билан кайд килинади.

Бу давр аденогипофиз ва буйрак усти беzi кобига гормоннинг купайиши билан белгилайди.

Иккинчи давр тиббий адантация, даври ва асоратларнинг эрта пайдо булиши 1суткага давом этиб, гипоксиянинг камайиши ва жарохатланган одамнинг умумий ахволи нисбатан барқарорлиги билан утади. Дастлабки 2суткада беморни шокдан чиқаришда гомеостаз критик вазиятда булади, ва бу интенсив коррекцияни талаб килади. Кейинчалик шикастланиш ҳар хил кечиши мумкин: маълум бир соҳа шикастланган 85-80% ва бир неча соҳа аъзолари шикастланганда 60-65% беморларнинг ахволи аста секин яхшилана боради. Колганларида эса ҳар хил асоратлар пайдо булиши мумкин.

Учинчи давр-кечиккан асоратлар даври асорати юзага чиккан беморларда кузатилади.

Туртинчи давр- соғайиш даври.

Беморларнинг бутунлай соғайиб кетиши купинча шикастланишдан кейин бир неча ойгача давом этади. Жарохатларнинг маълум фоизида травматик касаллик, нотугри реакция билан- ногиронлик, қисман реабилитация билан тугайди.

ТАСНИФИ:

1. 1. Ишлаб чиқаришда боғлиқ булган
2.Ишлаб чиқаришда боғлиқ булмаган
3.Касдан килинган
2. Сабабига кура
1)Термик
2)Химик
4)Механик
5)Электр шикасти
6)Оперативон

3)Рухий

3. Тукима зарарланишига караб

1)Очик

2)Ёпик

4.Бушликка нисбаттан

1)Тешиб куррувчи

2)Тешиб кирмовчи

ХАВФИ ВА АСОРАТИ

1)Шикастланиш пайтидаги

2)Якин орадаги (бир неча соатдан, бир неча хафтадан).

Купинча инфекция ривожланишига боғлиқ

3) Кечиккан (остеомиелит оқма контрактура ва бошқалар)

ШОК

Шок бу беморниг оғир умумий ҳолати бўлиб, марказий нерв системасини илгачуқур узғариши ва бутун органлар функциясининг бўзилиш кузатилаби.

ПАТОГЕНЕЗИ

- 1) Невроген назаария – нерв системасини илгачуқур зарарлаши
- 2) Кон томирлар функциясининг бўзилиш (қрайл). Периферия кон томирлар парялиги. КБ кескин тушиши
- 3) Ацидоз- ақопния назарияси (Гиндерсон)
- 4) Захарланиш назарияси (Кенюю)
- 5) Микроқерқулясининг бўзилиши (1954 йил Лабор- Югенари)

ТАСНИФИ

1.Артерия кон босимиға қараб (максималь) 1-90 мм юқори

2 -70-90 мм,3- 50-70мм 4 -50 мм паст

2.Клиник утишиға қараб (максималь) 1-90мм юқори

2- 70- 90мм, 3-50 – 70мм, 4-50 мм паст

3.Вактиға қараб- эрта кечиккан

4.Сабабиға қура-анафилактик, операция, термик, токсик ва бошқалар

ШОК ТУРЛАРИ

Шок деганда ҳаётий системалар функциясининг тусатдан прогрессив пасайиб кетиши тушунилиб, унинг келиб чиқишиға микроқерқуляция билан

тукималарнинг кислородга туййинишининг мутаносиблиги сабаб булади. Шокнинг куйидаги турлари тафовут килинади:

1.Травматик шок.

А)механик таъсир натижасида (жарохат, шикастлар, жаррохлик муолажасида)

Б)куйиш шоки (терли, кимёвий куйишлар) В)электр таъсиридан буладиган шок

Г)совкдан буладиган шок Д)Геморрогик шок ёки гиполемик шок

Е)Кардиоген шок

Ё)Токсик-инфекцион шок

Ж)Анафилактик шок

ТРАВМАТИК ШОК.

Травматик шок дейилганда кучли шикастланиш руёбга келувчи тананинг умумий реакцияси тушунилиб унда организмнинг хаётий аъзоларнинг фаолияти киска муддат ичида бузилади. Бу фаза билан кечувчи патологик жараён хисобланади.Травматик шокнинг икки фазаси тафовут килинади: электр ва торпид электр фаза шок реакциясининг бошланишида пайдо булади. Бу фаза одатта киска булсада, унда травматик шокда руй берувчи узгаришлар камоён булади. Унинг клиник белгилари кенг ёритилган: беморнинг нурки ва харакат кузгалиши кучли номоён булади, эмоционал белгиларга бой. Бемор хушини йукотилган булсада, атроф мухитни англай олмайди. Тери сатхи окарган, совук терга ботган булади. Корачиги уртача катталашган, пай ва мушак тонуслари кучайган. Томир уриши 100-110, нафас олиши тезлашган. Торпид фазада хам маълум баркарорлик кузатилади: унда уч (жараён)даврни фарк килса булади: бошлангич, баркарорлашган давр ва охирги давр. Бу фаза умумий реакциянинг кескин пасайиши, локайдлик, сустлик, тери сатхининг окариши, огрик, термик сезгирликнинг пасайиши ва пай рефлексларининг намоён булиши билан кечади. Артериал ва веноз босимнинг камайиши, пульснинг тезланиш ва бехоллик нафас олишнинг тезлашиб, унинг юзаки булиши билан ифодаланади. Клиник белгиларнинг огирлигига караб шок 4-боскичга булинади:

Шокнинг 1-боскичи (енгил). Беморнинг умумий ахволи нисбаттан ёмон эмас. Томир уриши 90-100. Кон босими 100-95/60-55мм симоб устини хисобида, енгил мушак тираши сезилади. Шокка карши килинган харакат уз фойдасини беради.

Шокнинг 2 боскичи (уртача огрикликда), тери ва куриниб турган шиллик каватлар ута окарган, нафас олиш юзаки, минутига 30-32марта пульс 110-120 марта, Бузилган аъзолари фаолиятини уз холига келтириш учун шокка карши кунт билан даволаш утказилади. Керак.

Шокнинг 3 боскичи (огир формаси), тери сатхи ва куриниб турадиган шиллик каватлар окарган ёки окиш- кукарганда бемор кора терга ботган, нафаси

30-40 марта, кон босими 70-50мм (40-30мл) симоб устини хисобида. Бемор ута сушт, харорати пасайган. Тананинг хамма функционал белгилари жуда нотекис, реанимацион тадбирларни талаб килади.

Шокнинг 4 боскичи (агонал олди ва агонал ҳолатлар). Нафас олиш жуда сийрак, периферик томирлар уриши ва кон босими аниқланмайди. Бу ҳолатни тиклаш огиррок.

Куйишдан кейинги шокда ҳам организмга салбий таъсир килувчи бир канча патологик омиллар булиб, буларнинг ичида ахамиятлиси куйган сохадан плазманинг йукотилиши ва натижада оксил ва калий танкислиги гмоконцентрация, токсемия, буйрак фаолиятининг бузилиши содир булади. Электрдан шикастланишдан кейинги шок рефлексларининг умумий чукур пасайиши, хушдан кетиш ва гемодинамиканинг бузилиши билан характерлидир. Бу шокнинг яна бир хусусияти электр токи таъсирида юрак коринчалари фибриляциясининг пайдо булишидир. Бунда асосан марказий нерв системаси зарар топади.

Совук уришдан кейинги шок. Бу шокда факатгина торпид фаза булади. Совук уриш шоки хароратининг 30-25⁰С гача пасайиб кетиши билан характерланиб, гипотония, юрак фаолиятининг бузилиши, гемоконцентрация плазма, йукотилиши ва КАХ камайиши билан намоён булади.

Юмшок тукималарнинг лат ейиш.

Лат ейиш деб тери бутунлиги бузилмай такималар шикастига айтилади. Лат ейиш купинча йиқилганда ёки бирор-бир каттик жисмга уриб олишлик натижасида юзага келади. Лат ейиш куп ҳолларда тананинг очик сохаларида бош, кул-оёқларда жойлашади. Лат ейишнинг огир-енгиллиги жисмнинг огирлиги, хажми, уриш куввати ва бошкаларга боглик булади.

Лат ейиш туфайли тери ости клетчаткасида, натижада тукимага кон куйилади ва унинг энг асосий патологик узгариши хисобланади. Кон кетиш ёки куилиши хар хил хажмда майда нуктасимондан, то кон тупланиб (гематоми)колганча булиши мумкин.

КЛИНИК СИМПТОМЛАРИ. Лат ейиши характерли хисобланади шишнинг пайдо булиши, огрик, кон талашиш ва аъзонинг функция бузилиши. Шиш тукималарга кон, лимфа ва экссудат куйилиб шимилиши туфайли юзага келади. Шиш клетчаткага бой юмшок жойларда кучли ривожланади, масалан- юзда. Кон талаш 2-3 кун шикастлангандан кейин маълум булади, кукимтир догнинг пайдо булиши билан. Аста-секин кон сурилиб сарик дог пайдо булади. Огрик нерв рецепторларига бой жойларда кучли булади, корин деворида, мойкада ва бошкалар.

Орган функцияларининг бузилиш айникса кул-оёк лат ейишда аниқроқ куринади. Одатда лат ейиш одамнинг умумий ҳолатига кўп таъсир қилмайди.

Даволаш. Лат ейиш даволаш уша захоти бошланади.

Осоишталик ,муз,совуқ компресс ва боғламалар қўйилади. Кейинчалик иссиқ,укалаш,харакатланиш тавсия этилади.

Чузилиш,узилиш. Чузилишда механик таъсир туфайли туқималар чузилиши қўзатилади. Одатда чузилишда анатомик бутунлик бузилмайди.Агарда туқималар анатомиясини тулик, бузилса узилиш содир бўлади.Чузилиш ва узилишлар купинча мушакларда, пай ва боғламаларда қўзатилади. Одатда чузилиш ва узилишлар механик тортиш қўчи туфайли юзага келади.

Клиник белгилари ҳудди лаи ейишникидек, оғриқ,шиш, қон талашиш вафункция бузилиши. Лекин бу симптомлар қўчлироқ ривожланган бўлади.

Даволаш. Осойишталик, боғлама қўйиш,укалаш,физיותרепия.

Ёпик шикастлар. Юмшққ туқималарнинг ёпик зарарланиш қўйидагиларга бўлинади. Чайқалиш, уриб олиш (лат ейиш) шикастланиш узулиши, ёрилиш ва эзилиш. Чайқалиш. Юмшққ туқималарнинг чайқалиши утқир травмаларда қам учрайди ва купинча характерли белгилари булмагани туфайли бемор учун билинмай утади.

Сурункали чайқалиш, яъни тез- тез қайтариб турувчи чайқалиш – вибрация қасаллигига мансуб бўлиб пневматик асқоб ва болқалар электр қирқувчи ва турли апаратларда меҳнат қилувчи қишиларида учрайди.

Сурункали чайқалишда бемор бугимларида вақт утиши билан (тери, тери ости ёғ қатламида бугимда нервда) склеротик узғаришлар пайдо бўлади, суяқлардаа эксоэтоз ёқи қисталар пайдо бўлади, беморнинг асаблари таранглашган бўлади.

Даволаш – вибрацион қасаллик физיותרепевтик ва больнеотерапевтик даволанади. Таъсир этувчи аинт йукотилади.

Бирор тумтук нарсa билан урилиши натижасида тери бутунлигининг бузилмай зарарланиш лат ейиш дейилади. Одатда зарб текқанида ёқи бирор қаттик нарсa устига йикилиб тушганида бадани лат ейди. Унин белгилари тананинг зарарланган соҳасига таъсир қилувчи буюмнинг тури, оғирлигига ҳамда таъсир қилиш тизимига боғлиқ бўлади. Купинча баданнинг очик жойлари шикастланади: бош, қалла, қул- оёқлар лат ейишига тери ости ёғ қатлами, мушаклар ва

паренхиматоз аъзолар ута сезгир булади, камрок сезгирлик – тери фасция, апоневроз ва пайлардадир.

Даволаш шикастланган кшига аввало тинч шароит яратиш лозим. Травмадан сунг биринчи соатлар иши ва кон талошнинг купайишини совук компреслар, муз камайтиради. Шиши камайгандан сунг физиотерапия ва иссиклик, кейин эса массаж ва харорат машклари тавсия килинади. Кенг ва бир жойда тупланган кон кетганда, шунингдек кон кисталарида уларни пункция килиб кон олиб ташланади. Тукималар кучишини тухтатиш учун лат ейилган кул – оёк сатхига сикма боглаб куйилади.

Лат ейишнинг баъзи бир турларида, масалан катта куч таъсир этганда терининг катта бир кисми шилиниб кетиши, йирик нерв стволи уриб олинганда шок ривожланиши ва шикастланган нерв иннервация киилинадиган соханинг зарарланиши, бугим уриб олинганда унинг функцияси бузулиши, кукрак кафаси ёки упка лат еганда тери ости эмфиземаси ва шунга ухшашлар (икки карама - карши куч тортил) пайдо булади. Шикастланиш ва узилиш. Шикастланиш ва узулиш механизми бир хил тукималарнинг зарарланиши икки карама- карши куч тортилганда ёки котирилган тананинг кучли тортилиши кучидан ортикрок куч ишлатилса, унда узилиш пайдо булади. Мушакларнинг кучли тортилиши натижасида хомиладор аёлларда, корин терисида йул – йул чизиклар пайдо булади ва хроник бугим чикишларида бугим анатомик сохасини йукотади ва одатдаги харакатлар камаяди. Агар тукима ташки томонидан анатомик бир бутунликка эга булмаса унда шикастланиш дейилади, анатомик бутунлик йуколиб нофизиологик холатада булса унда узулиш дейилади. Узулиш кисман ва бутунлай узулиш формаларига эга. Бу холги травмалар кутилмаган таосдифларда югуришда, йикилишда, юк кутарганда юзага келиши мумкин. Одатда шикастланиш вам узулиш бугин пайларида булиб унда купинча болдир, панжа бугими зарарланади. Шунингдек пайлар, мушаклар, фасциялар нерв толалари ва кон томирлари узилиб кетиши мумкин.

Даволаш. Шикастланиш лат ейишни даволашгандай бажарилади, факатгина узокрок ва баркарор иммобимзация килиш лозим. Бунинг учун гипс боғламани ишлатиш мумкин. Узулиш руй берганда, помни, нерв толасини, кон томирлари ёки апенеарозни операция йули билан тикилади. Агар нуксон мавжуд булса, махаллий ёки оллопластик моддалардан олиб, уларнинг бутунлиги тикланади. Кисилиши кисмида шикастлантирувчи агент беомр тонасига узок вакт таъсир килиши мумкин. Енгил кисимишлар клиникаси лат ейилгандек кечади, аммо кисилишда кон кушилишлар чукур ва кенг булиб, огир асоратларни олиб келади. Узок компрессияда кон айланишининг бузулиши кичик кон томирлари кесиб, тери, тери ости ёг каватини шу тузилмаларнинг некрозга, ерга – чака булишига сабаб булади.

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. А.Ф. Краснова «Сестринское дело» Том 1-2, Издательство « Перспектива» Москва 2000г.
2. С.А. Блинова «Сестринское дело в хирургии». Москва 2006г
3. Барыкина Н «Сестринское дело в хирургии». Москва 2002г
4. П.Г. Брюсова «Военно – полевая хирургия» МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО «ГЕОТАР» Москва 1996г.
5. С.П.Петров «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2007г.
6. В.К.Гостищев «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2006г.
7. С.П.Зубарев. «Общая хирургия» С.П. Москва 2004г.
8. ОриповУ.А., Каримов Ш.И «Умумий хирургия»1994й.
9. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар».1993й.
10. Кафедра укув-услугий кулланмалар туплами. 2011 й.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

(Маъруза – 2 соат)

7 - МАВЗУ	Хирургик аралашувида ҳамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги даврда ҳамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги давр таърифномаси, мақсади, вазифалари. Амалиётга кўрсатмалар: мутлоқ, нисбий, кечктирилган. Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари. Субъектив ва объектив маълумотларни йиғиш ва амалиётдан олдин физикал текшириш усуллари. Бемор аҳволини врач ва анестезиолог томонидан аниқлаш ва баҳо бериш. Амалиётдан олдин, Амалиёт даврда ва амалиётдан сунги ҳамширалик жараёни.
------------------	--

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Хирургик аралашувида ҳамширалик жараёни тушунчаси; 2. Ҳамширалик жараёнини ўзига хослиги ; 3. Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари хақида тушунча ; 4. Субъектив ва объектив маълумотларни йиғиш ва амалиётдан олдин физикал текшириш усуллари хақида тушунча ; 5. Бемор аҳволини врач ва анестезиолог томонидан аниқлаш ва баҳо бериш; 6. Амалиётдан олдин, Амалиёт даврда ва амалиётдан сунги ҳамширалик жараёни хақида тушунча.

Ўқув машғулотининг мақсади: “ Хирургик аралашувида ҳамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги даврда ҳамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги давр таърифномаси, мақсади, вазифалари. Амалиётга кўрсатмалар: мутлоқ, нисбий, кечктирилган. Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари. ” тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.	
Педагогик вазифалар: - Хирургик аралашувида ҳамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги даврда ҳамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги давр таърифномаси, мақсади, вазифалари. Амалиётга кўрсатмалар: мутлоқ, нисбий, кечктирилган. Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари таништириш ва тушунтириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари. Субъектив ва объектив маълумотларни йиғиш ва амалиётдан олдин физикал текшириш усуллари. Бемор аҳволини врач ва анестезиолог томонидан аниқлаш ва баҳо бериш. Амалиётдан олдин, Амалиёт даврда ва амалиётдан сунги ҳамширалик жараёни таништиришади ва урганади, мисоллар келтиради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Хирургик аралашувида ҳамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги даврда ҳамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги давр таърифномаси, мақсади, вазифалари. Амалиётга кўрсатмалар: мутлоқ, нисбий, кечктирилган. Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари. Субъектив ва объектив маълумотларни йиғиш ва амалиётдан олдин физикал текшириш усуллари. Бемор аҳволини врач ва анестезиолог томонидан аниқлаш ва баҳо бериш. Амалиётдан олдин, Амалиёт даврда ва амалиётдан сунги ҳамширалик жараёни.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. - Хирургик аралашувида ҳамширалик жараёни деб нимага айтилади? - Ҳамширалик жараёнини ўзига хослиги аҳамияти нимада деб уйлайсиз? - . Амалиётдан олдинги давр таърифномаси, мақсади, вазифалари ни қандай турларини биласиз? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Амалиётга кўрсатмалар: мутлоқ, нисбий, кечктирилган. Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари. Субъектив ва объектив маълумотларни йиғиш ва амалиётдан олдин физикал текшириш усуллари ,ҳамширалик жараёни ҳақида тушунча, мисоллар билан баён этилади ва тушунтирилади. 2.3. Амалиёт даврда ва амалиётдан сунги ҳамширалик жараёнига тўхталиб ўтилади. - Бемор аҳволини врач ва анестезиолог томонидан аниқлаш ва баҳо бериш тушунтиринг ва таништиринг; - Баҳолаш принциплари нималарга асосланган. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.

3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга якун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга каратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустакил иш учун вазифа: “Қоқшол ва тишланган жароҳатларда касалликларни олдини олиш .” мавзусида реферат ёзишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниклаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.
----------------------------------	--	---

Операциядан олдинги давр деганда беморнинг хирургик булимга операция килдириш учун келган вақтидан уни бажаришгача булган давр тушунилади.

Операциядан олдинги давр иккига булинади: а) диагностик давр, бунда диагноз ойдинлаштирилади, органлар ва системаларининг ҳолати аникланади, операцияга курсатмалар ҳал қилинади, б) операциядан олдинги тайёрлов даври, бунга ҳам асосий касалликнинг, ҳам бирга келадиган патологик процессларнинг оғир кечишини пасайтиришга, организм системаларининг асосий органлари ишини яхшилашга қаратилган даво тадбирларининг бутун бир йигиндиси қиради. Касалликнинг қандайлигига кура бу давр кечиктириб булмайдиган касалликлари (юрак яраланиши, меъданинг тешилган яраси, уткир аппендицит ва хоказо) булган беморларда бир неча минут ва соатларда то жуда қўп кўнларгача (бронхоэктатик касаллик, юрак нуқсонлари) давом қилиши мумкин.

Операциядан олдинги даврнинг умумий вазифаси операциянинг хавф-хатарларини имкон борича қамайтириш ҳисобланади. Бемор организмнинг бузилган функцияларини батафсил урганиш, бу бузилишларни тузатиш, орган ва системалар функционал имкониятларининг резервини яратиш операциядан олдинги даврнинг асосий вазифасидир. Унинг иккинчи вазифаси операцион жароҳатга инфекция тушишига йўл қўймаслик ҳисобланади.

Беморни планли операцияга тайёрлаш. Юрак томирлар системаси.

Юрак томирлар системасини текширишда бирор хил касаллик (юрак пороги, гипертония касаллиги) аникланади. Беморларда артериал босим (айрим ҳолларда веноз босим ҳам), пульс албатта ўлчанади, электр кардиография, оксигеометрия (қоннинг қислородга тўйинишини аниклаш) ва умумий қон анализи қилинади. Бирорта патология аниқланганда врач керакли дори-дармонлар буюради.

Нафас органлари: Нафас органларини текширишда юқори нафас йўллари катарити, бронхит, ўпка яллиғланиши бор-йўқлигини аниклаш ва булар бўлса, операциядан олдинги даврда бу яллиғланиш процессларини йўқотиш керак

Оқриксийлантатириш турини танлаш УТС (ўпканинг тириклик сизими; нормада 3500-4500мл) аникланади. Штанге синамаси (бемор максимал нафас олганида

канча вақт нафасини тутиб тура олиши; нормада 40-50 секунд) ва Сообразе (ушанинг узи, бироқ максимал нафас чиқарганда; нормада 15-20 секунд) қилиб қурсатилади. Мураккаб операцияларга, айниқса юрак ва упка операцияларига тайёрлашда спирография, юрак бушлигини зондлаш ва бошқа текширувлар қилиш шарт.

Хазм органлари: Оғиз бушлигини соғломлаштиришга (санация) милқнинг яллиғланиши процессларини, чириган тишларни олдиришга катта аҳамият берилади. Меъда-ичак йулларида бирорта патология (гастрит, меъда ва ун икки бармок ичакнинг яра касаллиги, колит, бавосил) топилганда, улар дори-дармонлар билан даволанади. Операция умумий наркоз остида олиб бориладиган ҳолларда жигар функциясини текшириб қуриш зарур (зардобнинг умумий оксигени ва унинг фракциялари, Таката-Ара, тимол ва формол синамалари).

Сийдик-таносил системаси; Сийдикнинг умумий анализи, Зимницкий синамаси қиланиди, азот аниқланади. Керак бўлганда махсус урологик текшириш утказилади (вена ичи пиелографияси, цистоскопия). Аёллар операциядан олдин албатта гинекологик текширилади. Патология топилганда тегишли даво олиб борилади. Операция вақтида ва операциядан кейинги даврда қон қетиш хавфининг қучайиши сабабли хайз қуриш даврида операция қилинмайди.

Қон ва қон яратувчи органлар; Операциядан олдин қоннинг умумий анализидан ташқари, қон оқиб ва қон ивиш вақти аниқланади. Мураккаб операциялардан олдин коагулография ва тромбоэластография қилинади.

Операция вақтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам беморда қон ивиши пасайганда бемор ҳаёти учун хавфли қуп қон қетиши (масалан, гемофелияда) қузатилиши мумкин. Қоннинг ивиш хусусияти ошганда тромбозлар ва эмболиялар пайдо бўлиш эҳтимоли бор. Қонда юз берган узғаришларни назарда тутиб, операциягача тегишли коррекция қилинади.

Нерв-психик сфера; Бемор психикасини эҳтиёт қилиш зарур, чунки унга озор етказиш асосий касалликнинг кечишини оғирлаштириши мумкин.

Айрим беморлар узларида рақ борлигини билганларидан кейин руҳан эзиладилар: тунд бўлиб қоладилар, иштаҳа ва уйқуни йукотадилар.

Медицина ходимининг вазифаси беморни тинчлантиришдир. Унга бўлажак операциянинг нечоғли зарурлигини яхшилаб тушунтириш, операциянинг яхши натижа билан тугашига ишонтириш, мисол тариқасида шундай операцияни бошдан кечирган беморлар тугрисида сузлаб бериш керак

Медицина ҳамшираси бирор ҳолатни тушунтиришда даволовчи врачнинг гапларига асосланиши лозим. Маълумотлар бир-бирига тугри қелмаган ҳолларда бемор медицина ходимига ишонмай қуяди. Қасаллик тарихининг бемор қулига

тушиб қолишига асло йул куйиб булмайдн. Махсус билими булмаган бемор ундаги маълумотларга тушунмай, узича нотугри хулоса чиқариши мумкин.

Тери қопламлари; Тери қопламларини куздан кечирганда йиринг бойлаган жой, яллигланган инфильтратлар борлигига ахамият бериши лозим. Теридаги ҳамма яллигланиш процессларини тугатиш зарур, чунки операциядан кейинги даврда бу касалликлар инфекция манбаи бўлиб қолиши ва хатто йирингли процессни авж олдириб, огир асоратлар келтириб чиқариши мумкин.

Операциядан бир кун олдин бемор гигиеник ванна қабул қилади. Операцион майдон соҳасидаги тук-жунларни факат операция қилинадиган куни тозаланади.

Ёши улгайган ва кекса ёшдаги беморларни операцияга тайёрлашнинг баъзи бир хусусиятлари. Беморларни операцияга тайёрлашнинг умумий принциплари уларнинг ёшидан қатъий назар ҳаммаси учун бир хил, бироқ организмнинг компенсатор имкониятлари қамайиб кетиши ва операцион жароҳатга қаршилиқ кучининг пасайиши сабабли ёши улгайган ва кекса кишилар бирмунча пухта текширишга ҳамда тегишлича медикаментоз тайёрлашга муҳтож бўладилар.

Кекса кишиларнинг нерв системасига тез озор етади ва медицина ходимининг вазифаси уни авайлашдан иборат. Ёши улгайган кишиларнинг юрак-томир системасида қупинча ёшга оид узғаришлар кузатилиб, қон айланиш етишмовчилиги аломатлари билан утади. Уларни албатта электрокардиография қилиниб, кейин терапевт консултациясидан утқилади, қардиотроп воситалар тайинланади. Уларда аксарият пневмосклероз ва упқа эмфиземаси қурилади. Жига рва бўйрақларда ҳам маълум узғаришлар содир бўлади. Буларнинг ҳаммаси касалликнинг утишини анча огирлаштиради ва операциядан олдинги тайёргарлик муддатини узайтириб юборади. Бундай беморлар учун нафас гимнастикаси операциядан кейин юз берадиган пневмонияларнинг олдини олишда муҳим восита бўлиб хизмат қилади.

Ёши улгайган беморлар ичак функцияси етарли булмаганидан аксари қабзиятдан нолиб юрадилар. Операциядан олдин уларга тегишли юмшоқ парҳезли овқатлар тайинланади, вақти-вақтида тозалаш клизмаси қилинади.

Бемор илик душ хонасида санитария обработқасидан утқилади. Ваннага тушиши буюрилган бўлса, сув температураси 36-37°Сдан ошмаслиги қерак. Организмнинг қаршилақ қучи қамайганлигини ҳисобга олиб беморларни совқотишдан сақлаш лозим.

Бундай категориядаги беморларга барбитуратларни эҳтиётлик билан буюриш лозим (нафас марқазн ишининг пасайиши, жига рва бўйрақ функциясининг бўзилиши). 60 дан ошган кишиларга ҳар қандай дори воситаларини буюришда юқори дозаларни эмас, балки қатталарга бериладиган умумий дозанинг $\frac{3}{4}$ -1/2

кисмини кулланиш лозим. Бундай кишиларга наркотик воситаларни танлаш гоят кийин. Морфин нафаснинг бузилишига сабаб булгани учун уни юбориш тавсия килинмайди. Пантопон ва промедол кулланган маъкул.

Холсизланган беморларни операцияга тайёрлаш;

Упка, меъда-ичак йулларининг узок давом киладиган хроник касалликлари билан касалланган, яллигланиш процессии бор беморлар организмнинг химоя кучлари анчагина камайганлиги, ориклаб кетиш, организмнинг сув-электролит балансининг бузилиши, анемиялар сабабли катор холларда жуда огир ахволда буладилар. Бундай ахвол операциядан сунг шок пайдо булишига, жарохатнинг яхши битмаслигига ва бошка органларда асоратлар авж олишига мойиллик тугдиради. Бундай беморларга такроран кон куйилади, темир препаратлари, камполон, антианемин, витаминлардан В12, С, А, 40%ли глюкоза эритмаси тайинланади. Организм сувсизланганда 1,5-3л физиологик эритма ёки Рингер-Лок эритмасини куйиш буюрилади. Юрак иши сусайганда юрак гликозидлари , камфора, кордиамин кулланилади.

Бемор жуда ориклаб кетганда ва одатдаги усулда овкатлантириб булмаганда овкатли клизмалардан фойдаланиш буюрилади. Аввал ичакларни тозалаш максадида оддий тозалаш клизмаси килинади. Йугон ичак оркали сув, Ош тузи, глюкоза ва спиртгина сурилиши мумкинлигини эсдан чикармаслик керак, шунинг учун овкатли клизма таркибига 0,85% ли Ош тузи эритмаси баробар микдори олинган 5% ли глюкоза эритмаси ва 4-5% ли спиртли эритма киради. 37-40 С гача илитилган шу таркибдан суткасига 2 л гача юборилади. Тугри ича оркали ВК-8 эритмаси, аминокептид юбориш мумкин. Бирок бундай холатларда парентерал овкатлантиришни куллаган яхши. Шу максадда венага 300-500 мл дан альбумин, протеин, казеин гидролизати ва кон урнини босадиган бошка суюкликлар 40% ли глюкоза эритмаси инсулин билан, венага ёки тери остига физиологик эритма юборилади. Витаминлар комплексини куллаш зарур. Ёгларни киритиш учун интралипидлар ва липофундин ёг эмульсиялари кулланилади.

Болаларни операцияга тайёрлаш хусусиятлари. Урта медицина ходимининг касал болага гамхурлик килиб, уни кунт билан парвариш килиши боланинг тез согайиб кетишига имкон беради.

Болаларда операция утказиш учун ота-онаси ёки васийларининг ёзма розилигини олиш шарт. Уларга операциянинг характери, огир-енгиллиги, хавфи, шунингдек кандай натижа билан тугаши мумкинлигини тушунтириш лозим. Ота-онаси йуклигида очиғич ёки кечиктириб булмайдиган операция килишга зарурат тугилганда бу койдага амал килинмайди. Бундай холларда камида икки кишидан иборат врачлар консилиуми операция килиш килмаслик масалаларини хал килиш

лозим. Касалхонанинг булим мудир ва бош врачга кандай карорга келингани тугрисида хабар килиш зарур.

Операция килиш муддати касаллик характериға боглик. Операциянинг хар кандай ёшда, хатто чакалокларда ҳам утказиш мумкин.

Болаларда кушимча текширишлар сонини камайтиришга харакат килинади.

Операцияға тайёрлаш унинг харакатларига, касалликға беморнинг ёши ва умумий ахволиға боглик. Мураккаб операцияларда олдини олиш функциялар диагностикалар методикалардан фойдаланиб батафсил текширув утказиш зарур. Беморни операцияға тайёрлашда психолог омилининг роли катта. Бу масалада ота-оналар ва тарбиячилар ёрдам беришлари керак. Кукрак ёшидаги болалар операциядан бир кун олдин кеч соат унгача одатдагидача овкатлантирилади. Каттарок ёшдаги болаларға енгил кечки овкат еёишға рухсат этилади. Операцияда уч соат олдин беморға ширин чой бериш мумкир. У икки соатдан сунг сурилиб кетади ва кушишға сабаб булмайди. Беморни операцияға тайёрлаш учун сунгги дориларда тайинланмайди. Тозалаш клизмаси бир кун аввал кечкурун ва операция куни килинади. Беморни шошилинч операцияға тайёрлаш плани. Шошилинч операцияға тайёрлаш плани хар кимда хар хил киска анализ тупланади, умумий куздан кечирилади, перкуссия, аускультация, пальпация килинади. Агар беморнинг ахволи имкон берса, кон, сийдикнинг умумий анализи, рентгеноскопия ва рентгенография, махсус курсатмалар булганда эса кушимча текширишлар утказилади.

Кабулхона булимида бемор ахволининг огир-енгиллигига ва операцияларнинг нечоғли шошилинч суратда утказилишиға караб, тулик ёки кисман санитария обработки килинади. Шошилинч холларда беморнинг кийимлари ечилади, танасининг ифлосланган сохалари нам губка билан артилади, тук (жун) лари кириб ташланади. Меъдаси тулиб кетган такдирда ундаги мода зонд билан чикарилади. Клизма килинмайди. Сийдик ажратиш кийинлашган булса, катетер билан чикарилади, одатдаги холларда эса беморнинг мустакил сийиши кифоя килади.

Операциядан олдинги даврда хамширалик жараёни. Хирургия амалиётида хамширалик жараёни- хамширанинг беморни операциягача, операция даврида ва операциядан кейинги даврдаги беморға булган муносабати ва парваришлаш тушинилади. Хамширалик жараён 5-боскичда олиб борилади:

1-боскич. беморни текшириш. Хамшира касалликнинг илк симптомларини ва шу касалликка боглик булмаган соглигини бошка муамоларини хакида суриштирилади.

2-боскич. хамширалик ташхиси куйиш.

3-боскич.режалаштириш.

4-боскич.хамширалик аралашувлари.

5-боскич. бахолаш.

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. А.Ф. Краснова «Сестринское дело» Том 1-2, Издательство «Перспектива» Москва 2000г.
2. С.А. Блинова «Сестринское дело в хирургии». Москва 2006г
3. Барыкина Н «Сестринское дело в хирургии». Москва 2002г
4. П.Г. Брюсова «Военно – полевая хирургия» МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО «ГЕОТАР» Москва 1996г.
5. С.П.Петров «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2007г.
6. В.К.Гостищев «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2006г.
7. С.П.Зубарев. «Общая хирургия» С.П. Москва 2004г.
8. ОриповУ.А., Каримов Ш.И «Умумий хирургия»1994й.
9. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар».1993й.
10. Кафедра укув-услугий кулланмалар туплами. 2011 й.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

(Маъруза – 2 соат)

8 - МАВЗУ	Ўсмалар синдроми. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллари. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташҳис”, “ўсма олди касалликлари”», “узини текшириш” ҳақида тушунча. “Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” ҳақида турли хил тушунчалар.
----------------------	--

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Уқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Ўсмалар синдроми ҳақида тушунчаси; 2. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи ; 3. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари ҳақида тушунча ; 4 . Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллар ҳақида тушунча ; 5. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташҳис”, “ўсма олди касалликлари”», “узини текшириш” ҳақида тушунча; 6 Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” ҳақида турли хил тушунчалар.
Уқув машғулотининг мақсади: “ Ўсмалар синдроми. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллари. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташҳис”, “ўсма олди касалликлари”» тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.	

Педагогик вазифалар: - “Онкологик мойиллик”, “Ўсма олди касалликлари”», “Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” хакида тушунча ва беморларда кузатиладиган хавфли омилларни таништириш ва тушунтириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Ўсмалар синдроми. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллари таништиришади ва урганади, мисоллар келтиради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Ўсмалар синдроми. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллари. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташҳис”, “ўсма олди касалликлари», “узини текшириш” ҳақида тушунча. “Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” ҳақида турли хил тушунчалар.	
1-босқич. Кириш	Ўқитувчи	Талаба
2-босқич. Асосий (55 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i> <i>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказади.</i> - Ўсмалар синдроми деб нимага айтилади? - Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги аҳамияти нимада деб уйлайсиз? - Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари, мақсади, вазифалари ни қандай турларини биласиз? <i>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</i> Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари ҳақида тушунча беради, мисоллар билан баён этилади ва тушунтирилади. <i>2.3 Онкологик мойиллик, “ўсма олди касалликлари” тўхталиб ўтилади.</i> - Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи ни тушунтиринг ва таништиринг; - Ўсмалар ташҳисининг усуллари нималарга	1.1. Эшитади, ёзиб олади. 2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2.Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	<i>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Онкологик мойиллик” мавзусида реферат ёзишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

Ўсмалар патологик махсулот булиб, ҳозиргача номаълум сабаб-ларга кура, полиморфизм ва тез ривожланиб, чекланмасдан ўсиши билан фарқ қиладиган хужайралардан ташкил топган булади. Усманинг тузилиши ўзи пайдо булган туқима ёки орган тузилишига ухшаса-да, шу билан бирга улардан фарқ қилади. Усма хужайралари етилган ёки етилмаган булади. Тузилишининг характерли атипизми булган, полиморфизми яққол ифодаланган ва метастаз бериш қобилияти булган усмалар етилмаган хавфли турларига тааллуқлидир. Иктисодий жихатдан ривожланган мамлакатларда инсон умри-нинг узайиши хавфли усмалар билан касалланишнинг қупайишига олиб келди. Бундан ташқари, бу тенденция, тева-рак-атрофдаги муҳитнинг канцероген моддалари, аҳоли сонининг ўсиши, диагности-канинг яхшиланиши ва бошқалар оқибатида кейинчалик ҳам сакланиб қолиш эҳтимоли бор.

Жахон Согликни саклаш ташкилотининг маълумотларига кура, ҳар йили ер юзида 5 миллион киши, шу жумладан Европада 1,4 млн. киши хавфли усмалардан вафот этади. Бундай касаллик билан огриган кишилар сони дунёда 6 млн. дан ошади.

Текширилган маълумотларга кура (1986), бизнинг мамлакати-мизда рақ билан огриганлар ҳар 100 000 кишига нисбатан 274,4 кишини ташкил этади, 1 йилда 65 фоизи вафот этади (100 000 кишига нисбатан 178 киши). Қўп учрайдиган упуқа рақи (42,6 фоиз) биринчи уринда, меъда рақи иккинчи уринда (29,9 фоиз) ва нихоят, тери рақи учинчи уринда туради. Онкологиянинг тиббиёт ва биологиянинг муастақил соҳаси сифатида ажралиб чиқиши ҳам муаммоларнинг долзарблигидан далолат беради.

Қўпгина мамлакатларда рақ касаллиги сабабли улиш юрак-томир касалликлари туфайли юз берадиган улимдан сунг иккинчи уринда туради.

Этиологияси ва патогенези. Усмаларнинг келиб чиқиш сабаблари туғрисида ҳали бирорта ягона назария йуқ.

Усмаларнинг келиб чиқиши вирусга боғлиқ деган назария

тарафдорлари усмаларни специфик вируслар келтириб чиқаради, деб ҳисоблайдилар. Усмаларнинг табиатан вирусга боғликлиги ҳайвонлар устида утқазилган онкологик тажрибалардан маълум. Ушбу назарияга кура, канцероген моддалар фақат иккинчи даражали аҳамиятга эга бўлади, ҳолос: улар туқималарда узғаришларни вужудга келтириб, вирусга алоқадор касалликларнинг ривожланишига имкон беради. Онкология соҳасида вирус билан боғлиқ назария асосчиси олим Л. А. Зильбер (1894—1966) ҳисобланади. У рақ иммунологиясининг асосчиси ҳамдир. Л. А. Зильбер умрининг охири дақиқаларида усмаларнинг келиб чиқишига оид вирус-иммуногенетик назарияни кашф этиб, асослаб берди.

Полиэтилогик назарияга кура, усманинг ривожланишига бирор-бир муайян физик кимёвий ёки биологик таъсирот эмас, балки уларнинг организмга умумий таъсири сабаб бўлади, деб ҳисобланади. Туқималарнинг патологик узғариши салбий таъсиротларнинг такрорланиши натижаси асосий сабаб килиб қўрсатилади. Полиэтилогик назария тарафдорлари канцероген моддалар ёки агентлар (катрон, анилин бўёқлари, асбест чанги ва бошқ.) айрим хавфли усмаларни келтириб чиқаришга қодир, деб ҳисоблайдилар. Таникли немис патологоанатоми Р. Вирхов таъсирот назариясининг асосчиси ҳисобланади.

Усмаларнинг ривожланишида туғма ва конституцион омиллар (ирсий мойиллик), эндокрин бузилишлар, эмбрион туқима қолдиқлари ва бошқалар муайян аҳамиятга эга.

Усмаларнинг эмбрион сабабли келиб чиқиши деган назария тарафдорлари усмалар узок вақт «мудрок» ҳолатида бўлган эмбрион Хужайраларидан келиб чиқади, деб ҳисоблайдилар. Эмбрион ривожланишида бу хужайралар ёки уларнинг тудаси органик туз'илишида иштирок этмайди. Хужайралар кимёвий ёки механик таъсирот натижасида бетухтов купая бошлайди ва усмани пайдо қилади.

УСМАЛАР ТАСНИФИ

Усмалар уз асосий белгиларига кура тасниф қилинади: 1) усма ривожланадиган туқималар характери; 2) морфологик хусусиятлари.

Гистологик структурасига кура, эпителиал усмалар, бириктирувчв туқима усмалари, мускул, томир, нерв усмалари ва аралаш усмалар тафовут қилинзди.

Хавфсиз усмалар (tumor benignus) ҳажмига нисбатан чекланган бўлиб, секин усади, атрофидаги туқималардан чекланган бўлади, нормал туқималардан унинг капсуласи ажратиб туради. Бундай усмалар организмнинг умумий ҳолатига камдан-кам таъсир қурсата-ди, қон манзарасида ва моддалар алмашинувида узғаришлар келтириб чиқармайди, олиб ташлангандан сунг қайта пайдо бўлмайди, метастазлар бермайди; одатда, радикал операция батамом соғайиб кетишга имқон беради. Хавфсиз усмаларнинг хужайралари

узлари пайдо бўлган туқималарнинг хужайраларига ухшаш бўлади. Айрим ҳолларда хавфсиз усмалар хавф турдиришй мумқин, масалан, менингеома (мия пардалари усмаси) мияни сиқиб қуйиши мумқин.

Хавфсиз усмалар ҳосил бўлган туқималари номи билан аталиб, суз охирига «ома» қушимчаси қушилади, масалан, мюома — мускул усмаси; chondroma — тоғай усмаси; ёғ туқималари усмаси — lipoma. Усмалар бир пайтнинг узида турли туқима-лардан ҳам пайдо бўлиши мумқин. Айрим хавфсиз усмалар баъзи бир. органлар ёки уларнинг вДСМлари ҳисобланган тератомалардан иборат бўлади.

Хавфли усмалар (tumor malignus) инфильтратив усади, яъни-і атрофдаги туқималарга кириб бориб, улар билан боғлиқ ҳолда усади. Бундай усмалар тез усади, шу билан бирга бу .усмаларнинг Хужайралари лимфа йуллари ва қон томирлар орқали бошқа органларга тарқалиб, усманинг тури ва ривожланишнинг қандай босқичдалигидан қатъи назар, метастазларни келтириб чиқариши мумқин. Усманинг имплантацион йул билан тарқалиши ҳам қузатилади.

Хавфли усмалар бутун орга"низмга тез ва қаттиқ таъсир қурсатиб, қахексия, анемияни келтириб чиқаради. Улар моддалар алмашинуви-га ҳам салбий таъсир қурсатади, диссеминация ҳолатларида аутоинтоксикацияга — уз токсинлари билан захарланишга сабаб бўлади. Бундай ҳолат купинча даволаш вақти кечиктириб юборилган ҳолларда, айниқса метастазлар юзага келганда қузатилади. Усмалар олиб ташлангандан кейин купинча рецидивлар — усманинг уз жойида янгитдан

хосил,булиши кузатилади. Хавфли усма хужайра- • лари тузилишига кура куп шаклда булиб, она хужайралари^деб аталадиганлардан анчагина фарқ килади. Купинча бундай усма хужайралари ва тукималари емирилиши (некроз булиши) ва яралар пайдо булиши кузатилади.

Хавфли эпителиал усмалар (cancer careinomas) ^бириктирувчи ту-киманинг хавфли усмалари саркома деб аталади. Усманинг белгиси сифатида албатта унинг каерда жойлашгани курсатилиши керак (масалан, меъда раки, унг товон липосаркомаси ва х. к.).

Эркакларда купрок бронх, меъда, йугон ва ингичка ичаклар раки, тери раки (ба'рча рак касалликларининг 75 фоизини ташкил этади), аёлларда эса сут бези, меъда, бачадон, йугон ва ингичка ичаклар раки, тери раки (барча рак касалликларининг 75 фоизи) учрайди. Беморларнинг 70—80 фоизи хозирги вақтда радикал даволанади.

УСМАЛАРНИНГ КЛИНИК МАНЗАРАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Бемор текшириб курилганда куйидагиларни аниклаш зарур: 1) пайдо булган касаллик хакикий усмами ёки тукималарнинг зичлашиши — бошка касаллик белгисими? 2) усманинг тури — хавфли ёки хавфсизми? 3) усмани радикал жаррохлик йули билан даволаса буладими, шунингдек даволашнинг яна қандай турларини қўллаш мумкин.

Касалликнинг бошланиши ва ривожланиши тугрисидаги анамнез-ни пухта йириб бориш лозим. **Хавфсиз** усмаларда одатда жиддий шикоятлар булмайди, бу усмалар секин-аста усиб боради (ички органларда жойлашганда ушбу органларнинг механик босилиш манзараси кузатилади). Хавфсиз усмалар юзада жойлашган булса, пайпаслаб курилганда белги беради — атрофидаги тукималарга боғлиқ булмайди, огрик бермайди, одатда, зич эластик консистенцияли, контурлари аниқ-равшан куринади, айна пайтда регионар лимфа тугунлари катталашмаган булади.

Хавфли усма пайдо булган дастлабки боскичда бемор камдан-кам шикоят килади. Лоқайдлик пайдо булганига, иштаха йуқолганига, беморнинг озиб кетаётганига, тез чарчаб қолишига эътибор бериш керак. Бундан ташқари, маҳаллий симптомлар, масалан, ич келишининг, бузилиши, қон аралаш йиринг ажралиши (турри ичак ракида), каттиқ шиш пайдо булиши, сут бези раки, калкрнсимон без, ракида кузатилади.

Рак олди касаллиги деб аталувчи ҳолатга (касалликнинг бошланиши, авж олиши, симптоматиканинг узгаришига), беморнинг **зарарли одатларига ва ишлаш шароитларига** алоҳида эътибор бериш зарур. Хавфли усмалар дастлабки боскичда оррик бермайди, огрик кечроқ усма нерв чигалларига етиб боргандагина пайдо булади. Касалликнинг сунгги боскичда оррик азоб бера бошлайди (морфин огриги).

Хавфли усмаларнинг клиник босқичи. Хавфли усмалар инфильтратив усиши, метастазлар бериши, олиб ташлангандан кейин яна пайдо булиши (рецидивлари) билан характерланади. Белгилар. мажмуи туфайли хавфли усма кандай боскичда эканлиги аниклана-ди, бу эса касалликни даволаш ва унинг кандай ривожланишини олдиндан айтиб бериш учун нихоятда муҳимдир.

Халқаро, шунингдек собик Иттифокда қабул қилинган клиник таснифга мувофиқ усиш даражасига қараб 4 боскичга ажратилади ва улар TNM системаси бўйича (Т — tumor, N — nodus, nodulus, М — metastasis) тасниф қилинади; қушимча равишда қавак орган деворидаги усманинг канчалик усганини характерловчи гистологик критерий «Р» дан ҳам фойдаланилади: Р₁ — рак фақат шиллик -парданигина инфильтрация қилади; Р₂—шиллик ва шилликоети пардаларига тарқалади; Р₃ — субсероз катламигача тарқалади; Р₄ — усма сероз пардаларни инфильтрация қилади ёки орган деворидан ташқарига чиқади. «Т» белгиси бирламчи усманинг хусусиятини (мавжудлигини, ҳажмини) курсатади; Т₀, Т_Q, Т₁₋₄ бос-кичлари тафовут қилинади (Т мезони шикастланган органга боғлиқ ҳолда муайян тафовутга эга); Т₀ — бирламчи усма аниқланмаган; Т_Q — чекланган усма ички эпителиал боскичда; Т₁₋₄ — усманинг клиник боскичлари (1,2 — радикал операция қилиниши мумкин; 3 — айрим ҳолларда кенгрок қуламда операция қилиниши мумкин; 4 -фақат симптоматик даво қилиш мумкин, зарурият турилганда паллиатив операция қилинади).

«N» белгиси регионар лимфа тугунларини билдиради ва уларнинг

Қай даражада шикастланганини характерлайди. N₀, N₁₋₃, N_x тафовут қилинади. '

N₀ — лимфа тугунларида метастаз йуқ лимфа тугунлари пальпа-ци'я қилинганда билинмайди;

N₁₋₃ — лимфа тугунлари метастазланиш боскичида (N₁ — регионар лимфа тугунларида; N₂ — иккинчи қатордаги лимфа тугунларида; N₃ — олисдаги лимфа тугунларида метастазлар борли-гини билдиради);

N_x — регионар лимфа тугунларининг катталашгани тугрисидаги маълумотлар етарли эмас.

«M» белгиси олисдаги метастазларни билдиради; M₀, M₁, M_x тафовут қилинади. M₀ — олисдаги метастазларнинг белгилари йуқ;

M₁ — олис органларда метастазлар бор;

M_x — олис органларда метастазларнинг мавжудлиги тугрисидаги маълумотлар етарли эмас.

Хавфли усмалар даражаси алохида килиб курсатиладй ($T_{1-4} N_3 M_2$), меъда ва ичак йулида учраганда—кавак органлар усмаси, даражаси (P_{1-4}).

Халкаро классификациям мувофиқ хавфли усмалар даражаси-нинг куйидаги сифат белгиларига амал килинади:

0. Хавфли булмаган усма.

1. Усма ноаник ёки ярим-ёрти хавфли характерга эга, ёхуд потенциал равишда хавфлидир (базалиома, бронхлар аденомалари, краниофарингиомалар, хондромалар, йирик хужайрали суяк усма-лари ва гемангиотелиомалар). Бу махаллий инвазив усмалар инфильтратив тарзда усишга ва деструкцияга, ракка айланишга қодирлик хусусиятига эга, бироқ секин (бир неча йил давомида) усади ва камдан-кам холларда метастазлар беради.

2. Карцинома in situ преинвазив усма ривожланишининг инфильтратив тарзда усмайдиган фазасида булганида терининг эпителиал катлами доирасида, шиллиқ пардаларда ёки турли безларда (бачадон буйни ва танасида, қин ва ташки жинсий органларда, сут безида, хикилдоқ нафас олиш, кизилунгач, меъда ва ут йулларида) жойлашган булади.

3. Хавфли усма аниқ чегараларсиз атрофдаги тукумаларга кириб бориб, уларни емириши, усма хужайрасининг диссеминацияси ва метастазланиши билан характерланади.

Мисол тарикасида куйида сут беги ракиннинг клиник боскичлари-даги белгилари келтирилган:

I боскич — $T_1 N_0 M_0$ — махаллий чекланган усманинг диаметри 2 см гача, атрофдаги тукумаларга ва лимфа тугунларига таркалмаган;

II боскич — $T_{1-2} N_{0-1} M_0$ — усманинг хажми кичик диаметри 2—5 см, атрофидаги тукумаларга кира бошлайди, регионар лимфа тугунларида метастазлар бор;

III боскич — $T_{1-3} N_{2-3} M_0$ — диаметри 5 см дан ортиқ атрофдаги тукумаларга кириб борган, терига зич пайвандланиб колган ёки курак деворига махкам ёпишган, якин-атрофдаги барча, олисдаги айрим лимфа тугунларида метастазлар булиб, зич конгломератлар вужудга келган.

IV боскич — $T_{0-4} N_{0-3} M_1$ — усманинг диаметри 10 см дан ортиқ, олис жойларда метастазлари бор, тукумани каттик инфильтрация килади, усма тукумаларининг емирилиши ва яраларнинг пайдо булиши.кузатилади,.,; ,

Диагнознинг тугрилиги кулланилган текшйрйш усулларй ёрдамИ-да „С" омили билан ифодаланади: C_i — касалликка бах,о факат текширишнинг клиник усулларй асосида берилганини, C_g — диагнос-Тйканинг махсус усулларй, масалан, меъда

фиброскопияси кулланил-ганЛиги натижасида; С₃ — жаррохлик йули билан куйилган диагнос-тикадан кейинги ахволни; С₄ — усма радикал тарзда олиб ташлан-гандан ва уни гистологик жихатдан текшириб курилгандан кейинги ах,волни, Q — патологик-анатомик текширувдан кейинги ах,волни билдиради. Усмалар атроф тукумаларидагй бошка этиологияга хос узгаришлардан фарк килади. Агар махаллий шиш яллигланиш ёки паразитар инвазия туфайли пайдо булган булса, этиологик омил бартараф этилгач, тукумалар ва органлар шиши йуколиб кетади. Усмалар мавжудлигида эса этиологик омил бартараф этилганДа (канцероген моддалар, рентген билан нурлантириш, радий билан нурлантириш ва б.) усманинг усишига таъсир курсатмайди, чунки усма хужайралари организмда мустакилдир. Айникса бу атипик Хужайралар ва уларнинг полиморфизми пайдо булганда, атрофдаги тукумалар ва органларнинг усиб чикиши кузатилганда аник билинади. Усма хужайраларининг биологик хусусияти ва уларнинг патологик моддалар алмашинуви усманинг морфологик белгилари билан янги хужайраларнинг пайдо булишига сабабчидир; LQu сабабдан бу янги хужайралар ташхис куйишда ёрдам беради.

Хавфли усмаларнинг **илк диагностикаси** уларнинг усишини эрта[^] яъни эпителий боскичда (T_{is}) аниклашдан иборатдир. Илк диагностика усмани радикал операция йули билан бартараф этицши таъминлайди.

Хавфли усмалар биринчи ёки иккинчи боскичда (T₁—2 ;N₀) аникланса, бу талайгина беморларни хали операция йули билан даволаса булади.

Шунинг учун усмани куришнинг ёки паипаслаб билишнинг иложи булса, у холда унинг хажми, холати, консистенцияси аникланади. Усманинг атрофдаги тукумаларга кириб борган-бормаганлигини, усувчанлигини анигдаш зарур. Регионар лимфа тугунлари холатини билиш айникса мухимдир. Касаллик утиб кётган холларда олисларга таркалган метастазлар, регионар лимфа тугунларининг сезиларли равишда катталашгани билинади. Хавфли усма юза жойлашганда унинг емирилишини ва яралар пайдо булаётганини курамиз, Хавфли усмаларнинг айрим локализацияларида теридаги узгаришлар харак-терлидир (масалан, сут беи раки билан орриган беморларда «лимон пусти» симптоми).,

Хавфли усмаларни илк ва уз вактида диагноз учун текширишнинг куидаги махсус усуллари кулланиЛади: кавак органлар эндоскопияси, буцкликлар лапароскопияси, биопсияси, цитологик'йул билаи текшириб куриш,рентген ологияга оид усуллар, радиоизотоп ва ультратовуш диагностикаси, компьютер ва ядровий-магнитли-резонанс (ЯМР) томография, иммунологик диагностика шулар каторига киради. Усмани аниклаш кийин булган лолларда Диагностик (синов) операцияси утказилади.

Кавак органлар ёки тана бушликлари усмаларида **эндоскопик текширишлар** (фибробронхоскопия, фиброгастроуденоскопия, фиброколоскопия, цистоскопия, лапароскопия, торакоскопия; медиас-тиноскопия ва бошқ.) кенг кулланилади. Бундай текширишлар усмани аниклашга имкон берибгина қолмасдан, балки биопсияни амалга оширишга, туқималардан суртма олишга шaroит турдиради. Эндоскопик текширишлар хавфли усмаларни Нг илк диагностикасини анча ойдинлаштиради.

Биопсия (туқималарнинг бир булақчасини (биоптат) микроскопик текшириш учун олиш) — усма характерини аниклаш учун жуда муҳим усул ҳисобланади. Биоптатни операция вақтида тез текшириб қуриш қупинча усманинг ҳажмини, жаррохлик муолажани тугри аниклашга имкон беради.

Усманинг атипик полиморф ҳужайраларини аниклаш учун меъда ювилганидан сунг олинган шира ва сувии, бушликлар экссудатини, балғамни, кии ёки сунт безидан ажралиб чиққан суюқликни, олисдаги яралардан олинган суртмани цитологик йул билан текшириш ҳам катта аҳамиятга эга.

Рентгенологик усуллар — усмаларнинг ҳозирги замон диагностикаси усулларида бирмунча эски ва анъанавий характерга эгадир, улар дозир катта узғаришларга учраган. Рентгенография ва томография усуллари билан бир қаторда туқималар ва органларни кимография йули билан текшириш, томирларни текшириб қуришнинг контраст усуллари (кавография ва аортография, селектив ангиография ва бошқ.) кулланиляпти. Рентгенодиагностик текширишлар усмалар диагностикасида ҳ.али ҳ,ам катта аҳ,амиятга эга; бундай текширишлар ёрдамида усманинг локализацияси ва , канчалик тарқалганлиги, туқималар ёки органларнинг емирилиши, қавак органлар деформацияси ва функциясининг узғариши аникланади.

Радиоизотоп диагностика паренхиматоз органлар, ичақ эндокрин безлар, қон томирлар усмалари диагностикасида муҳ,им аҳ,амиятга эга. Организмга юборилган радиоактив изотоплар ва улар асосида тайёрланган препаратлар (масалан, технеций, альбумин, таллий) туфайли нурланиш даражасини аниклаш учун сцинтиляция камера-лари кенг кулланилади.

Сунгги йилларда диагностиканинг инвазив бўлмаган махсус усуллари — компьютерли **томография** (инвазив бўлмаган қуп қат-ламли томография), ЯМР ва ультратовуш билан скеннирлаш кенг кулланилмоқда; булардан туқималардаги турлича зичликни тафовут қилишда фойдаланилади. Бу усуллар, айикса паренхиматоз органлар, бош мия ва юрак жигар, буйраклар усмаларини аниклаш учун катта аҳамиятга эга.

Диагностиканинг иммунологик усуллари эндигина кулланила бошланди. Улар усмага алоқадор антигенлар макромолекулаларини (альфа-фетопротеин, альфа-2Н-

фетопротеин ва канцероэмбрионал антиген), эктопик гормонларни, (АКТГ, АЛ Г), изоферментларни (ишкорли ва нордон фосфатазалар, амилазалар ва бошк.), хужайра ичидаги, хужайра юзасидаги ёки организмнинг заиф муҳитидаги моноклонал иммуноглобулинларни (М-оксил) аниклашга мулжал-ланган. Кукрак корин бушликлари органларидаги усмаларни аниклашда торакоскопия, лапароскопиядан ҳам фойдаланилади.

Хавфли усмани бартараф этиш имконияти колмаганда ва диагностиканинг барча усуллари кулланиб булган холларда **диагностик** (синов) операцияси (диагностик лапаротомия, торакотомия ёки трепанация) утказилади.

Рак олди касалликлари. Хавфли усмаларнинг бир кисми узок вақт сурункали касалликка дучор булган беморларда ёки туқималар кай-та шйкастлангандан сунг пайдо булиши маълум. Масалан, сурункали гастрит меъданинг каллез яраси ёки полип меъда ракини, сурункали бронхит, узок вақт давом этган бронхоэктазия касаллиги эса упка ракини келтириб чиқариши мумкин. Узок.вақтгача битмаган яралар, теридаги ёрилишлар, пигментациялар, папилломалар, кексаларда учрайдиган кератозлар рак олди касалликлари саналади.

Илк ва уз вақтида аникланган диагноз хавфли усмаларни муваффақиятли даволаш гаровидир. Онкологик касалликларни дастлабки боскичида аниклаш учун бизнинг мамлакатимизда аҳолини профилактик куриқдан утказиш ва рак олди касалликлари билан огриган беморларни диспансеризация қилиш ва даволаш йулга қуйилган. Мажбурий ва факультатив рак олди касалликлари тафовут қилинади. Биринчисида касалликнинг раққа айланиши тез-тез учраб турадиган ходиса булса, иккинчисида бу хол хали охиригача ноаниқдир.

УСМАЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ УМУМЙЙ ҚОИДАЛАРИ

Хавфсиз усмалар — факат жаррохлик йули билан даволанади (химиотерапия, нур билан даволаш ёки гормонлар билан даволаш кулланилмайди). Операцияларни техник жихатдан бажариш қийин эмас. Хавфсиз усмалар капсуласи билан бирга олиб ташланиши керак. Агар радикал операция етарли даражада бажарилган булса, хавфсиз усмалар бошка қайталанмайди. Маълум даражада асосли булса (хавфсиз усма секин усаётган булса, унинг консистенциясида, рангида узғаришлар булмаса ва Х-К.), операцияни вақтинча орқага Суриш ёки ундан умуман воз кечиш мумкин.

Албатта операция қилишга қуидаги курсатмалар булади: 1) туқималарнинг механик босилиши синдроми; 2) юза жойлашган усмаларнинг қийимга ишқаланиши натижасида зарарланиши; 3) усмадаги узғаришлар ва малигнизация борлигига шубха турилиши.

Агар усма операцияга қадар аникланмаган булса, операция вақтида зудлик билан гистологик текшириш утказиш лозим, усма" Хажми ва операция характери билан

боглик масалалар шу тарика \ал этилади. Усма олиб ташлангач, уни гистологик йул билан текшириб куриш талаб килинади.

Хавфли усмаларни даволаш усма кайси боскичда эканлигига боглик шу сабабли даволаиш комплекс равишда олиб борилади: даволашнинг операция билан боглик ва комбинацияланган усуллари, нур ва дори-дармонлар (гормонлар билан даволаш, химиотерапия, имунотерапия) билан даволаш кулланилади. Окибат-натижа организмнинг иммунологик хусусиятига жудаям богликдир.

Операция нули билан даволаш. Хавфли усмаларда зудлик билан операция килиш учун мутлок курсаткичлар мавжуд булади. Радикал операциялар купрок I ва II клиник боскичда, камдан-кам холларда III боскичда бажарилади. Радикал операция вактида куйидаги талабларга риоя килинади:

1. Операциянинг абластлиги (атипик рак хужайраларисиз): СОРЛОМ тукималар доирасидаги усма (зарарланган орган).ни регионар лимфа тугунл'ар билан бирга экстирпация килинади; усманинг шикастланишига йул куйиб булмайди, усма хужайраси СОРЛОМ тукималарга имплантация килинишига йул куймаслик лозим. Операция вактида кулкоп ва жаррохлик асбоб-ускуналарини алмаштириб туриш зарур. Операция муайян бир изчиллик асосида амалга оширилади (операция усмадан олисрогда бошланади, лимфа ва кон томирлар боРланади ва х- к.).

2. Антибластик (атипик рак х,ужайраларининг . таркалишига карши) тадбирлар операция пайтида куйидагича утказилади: а) физик антибластика — электр пичокдан, криоген терапиядан, лазер ва ультратовушдан фойдаланилади; б) активистик антибластика — усма жойлашган соха операциядан олдин ва кейин рентген нури билан нурлантирилади; в) кимёвий антибластика — операция давомида усма хужайрасини 96 % ли этил спирти, формальдегид эритмаси билан, регионар перфузия ва артерияга антибластик препаратлар юбориш йули билан бузиб, йук килинади.

Утказиб юборилган ва олисларга метастазлар берган усмаларда ёки орир интоксикация юз берган холларда радикал операция килишнинг иложи йук бундай кезларда паллиатив операциялар амалга оширилади. Паллиатив операция давомида усманинг узи • камдан-кам таъсирланади (ёки умуман тегилмайди), лекин бу усул билан шикастланган орган фаолиятини озгина булса-да яхшилаш билан беморнинг ахволи энгиллаштирилади, яхшиланади ва умри узайтирилади. Паллиатив операциялар икки хил булади:

1. Усма сабабли келиб чиккан асоратни бартараф этувчи, бироқ усманинг узига таъсир курсатмайдиган операция. Масалан, меъда-нинг пилорус кисми усма сабабли тула торайганда гастроэнтероанас-томоз, ичак тутилиб колганда

энтероанастомоз ёки колостом — райритабий орка тешик куйилади — anus praeternaturalis.

2, Онкологик талабларга риоя килмаган холда органни резекция килиш (масалан, метастазлар ёки- регионар лимфа тугунлари олиб ташланган холда) бироқ кейинчалик нур билан даволаш ва химиотерапия утказилади.

Нур билан хавфли усмаларни даволашда алохида ёки операция билан бирга (операциядан олдин ва кейин нурлантириш), химиотерапия ва гормонлар билан бирга даволаш кулланилади. Нур билан даволаш усуллари оркали усма хужайрасига ёки зарарланган органга таъсир курсатилади. Нур билан даволаш усулини куллаш ра-диацияга ута сезгир, интенсив равишда булинувчи, дифференциал-лашган майда хужайраларда (шу жумладан, рак хужайралари ҳам) *иши* жараёнини тухтатишга асосланган. Ионлаштирувчи нур сувнинг радиолизлашини келтириб чикаради, бу эса усма хужайрала-рида моддалар алмашинувини издан чикаради. Бунинг натижасида $\text{HO}^\bullet$, H^+ ва Hg Og ионлари юзага келади ва улар усма хужайрасида-ги хромосомаларни, хужайра мембранасини ва энергетика системаси-ни бузади. Нур билан даволашга хавфли лимфомалар (лимфосарко-малар) ва кон яратиш системасидаги усмалар (миеломалар), шунингдек эпителиал усмаларнинг айрим турлари (семиномалар) айникса сезгир булади. Бироқ росмана ифодаланган метастазлар-нинг вужудга келганлиги ва каиталанишлар нур билан даволашнинг мазкур хавфли усмаларга таъсир кучини камайтиради. Нур билан даволашни купинча операция килиб даволашга кушиб кулланилади. Масалан, уни сут беzi, бачадон, упка, турри ичак остеоген саркомасида операциядан олдин ва кейин кулланилади.

Нур билан даволаш бошланганда купинча химиотерапевтик препаратнинг сенсбилизациялашган дозаси юборилади, масалан, упка ракида, тугри ёки ингичка ичак ракида 5-фторурацил; ретикулез юз берганда алкилантирувчи ракка карши препаратлар Куллацилади.

Нур билан даволашда рентген нурлари, гамма нурлар (кобальт изотоплари билан биргаликда, цезий, иридий), бета-терапия (радиоактив олтин, фосфор билан), электронлар ва протонларнинг оддий заррачалари окими кулланилади. Нур билан даволашнинг таъсири турли усмаларда хар хил ва бир хил касалларга ҳам турлича наф беради. i

Бериладиган нур дозасини онколог-радиолог билан бирга аник-лайди. Нур бериш курсини купинча бир неча марта такрорлашга турри келади.

Нур билан даволашнинг дастлабки кушимча активлиги ва асорати реактивлик ва имунитетнинг пасайганлиги, кон ишлаб чиқарувчи органлар фаолияти сустлашгани билан боглик- Кейинги даврда теридаги узгаришларни (яллигланиш, эритема), трофик яраларни, остеонекрозларни кузатиш мумкин. Нур билан куп

дозаларда даволаш нур касаллигини (бекувватлиқ кунгил айниши, иштаханинг йуклиги, уйкуйинг ёмонлиги, юракнинг гупиллаб уриб кетиши, лейкопенияни) келтириб чикаради. Нур берилган сохадаги терини яхшилаб парваришлаш, дермопротекторларни (терини химоя килув-чи воситаларни) куллаш лозим. Сеанслар оралигида кон манзараси-ни текшириб бориш керак.

Дори-дармонлар бериб даволашда химиотерапия, гормонлар билан даволаш ва иммунотерапия утказилади (аспарагиназали фермент терапия хам кулланилади).

1. Химиотерапияни купинча нур билан даволаш билан биргалик-да, айникса усма кайталанган холларда, шунингдек охирги клиник боскичларда олиб борилади. Хозирги пайтда куплаб антибластик (цитостатик)-препаратлар мажуд, купинча бундай препаратларнинг бир нечтаси комбинация килинган холда турли усмаларга кулланилади. Химиотерапия купинча организмнинг захарланишига лейкопения, агранулоцитоз, тромбоцитопенияга сабаб булади. Агар лейкоцит-лар сони $4 \cdot 10^9$ л (4,0 г/л) дан кам, тромбоцитлар эса 100 г/л дан кам булса, химиотерапия билан даволаш тавсия этилмайди. Бу асоратларни даволашда кон компонентлари (лейкоцит массаси ва бошкалар) кулланилади, лейкоген, метацил, пентоксил тайинланади.

Ракка карши бериладиган препаратларни турли муаллифлар турлича классификация киладилар; уларни куйидаги гурухларга ажратган маъкул:

1. Алкилловчи бирикмалар: а) ипритсимон моддалар (хлорэтила-минлар). Эмбихин (Embichinum, мустарген), новэмбихин (Novembic-hinum), допан (Dopanium) лимфогранулематоз, лимфолейкоз, лимфосаркома, ретикулосаркомада кулланилади; сарколизин (sarcolysinum) семиномада (айникса, метастазлар булганда), рети-кулосаркома, Юинг саркомасида, миелома касаллигида, хавфли ангиоэндотелиомада кулланилади; циклофосфан (Cyclophosphanum) сут бези, тухумдонлар ва упка ракида, лимфогранулематоз-ларда ва лимфосаркома юз берганда кулланилади. Циклофосфен усмаларга карши нисбатан катта наф берса-да, узига ухшаш препаратлар билан таккосланганда, тромбоцитопозга таъсири анчагина камдир; б) этилениминлар. Тиофосфамид (Thiophosphamidum). ТиоТЭФ (Thiotephum, ТЕРА), бензотеф (Benstephum) сут бези, тухумдонлар ва упка ракида кулланилади; дипин (Dipinum) тиодипин (Thiodipinum) лейкозда, лимфогранулематозда ва гипернефромада

кулланилади.

2. Дисульфон кислота эфирлари: *миелосан* (Mielosan) хроник миелолейкознинг лейкомик турида яхши таъсир курсата ол'ади; *миелобромол* (Myelobromolum) уз таъсир кучига кура миелосанга ухшаш, бироқ таъсир кучидаги тафовутларга кура миелосанда кулланганда наф беради.

3. Антиметаболитлар: *меркаптопурин* (Mercaptopurinum) уткир лейкозда, хроник миелолейкоз зурайганда, ретикулёзларда, бачадон хорионэпителиомасида кулланилади; *метотрексат* (Methotrexatum) лимфогранулематозда, упка, сут беи ракида ва бошкаларда

кулланилади;

фторурацил (Phthoruracil), фторафур (Phthorafurum Tagafur) турри ичак йугон ичак ва сигмасимон ичак ракини, меъда ракини (шу жумладан, гайриоперабел ва рецидив ракини) ва сут беи ракини, меъда ости беи ва тухумдонлар ракини даволаганда ишлатилади.

4. Усмаларга карши антибиотиклар: *дактиномицин* (Dactinomycinum *актиномицин*) ретинобластомани, хорионэпителио'мани, рабдо-миокаркомани ва болаларда учрайдиган Вильяме, усмасини, Юинг саркомасини ва бошкаларни даволаганда, шу жумладан, химиотерапия диссеминациялашган меланома даврида биргаликда кулланилади; *митомицин С* (Mitomycin C) сут беи, меъда ва йугон ичак ракида, кулланилади; *оливомицин* (olivomycinum) мояк усмаларида (семинома, тератобластома, эмбри'онал ракларда), ретикулосаркома ларда, тонзилляр ва бошка усмал'арда кулланилади;

рубдомицин гидрохлорид (Riibomycinum hydrochloridum) хорионэпи-телиомада, лимфогранулематозда, уткир лейкозда, ретикулосаркомада ва нейробластомада кулланилади;

брунеомицин (Bruneomycinum, Rybocromomycinis) лимфогранулематозда, Вильяме усмасининг хроник лимфолейкозида, нейробластомада, ретикуло- ва лимфосаркомада кулланилади.

адриамицин (Adriamycinum, Адриабластин), *блеомицин* (Bleomycinum) огиз бушлиги шиллик пардасининг ясси хужайрали ракида, халкум, хикилдок вакизилунгач ракида, жинсий аъзо ракида, мояк ва тухумдонларнинг тератобластомасида, лимфо- ва ретикулосарко-маларда, лимфогранулематозда, уткир лейкозларда, сут беи, упка ракида, нейробластомада, болаларда учрайдиган Вильяме усмасида, камдан-кам холларда калконсимон без ва ковук ракида кулланилади.

5. Алкалоидлар (ва келиб чикишига кура усимликларга оид бошка бирикмалар);

винбластин (Vinblastinum), *розевин* (Rosevinum) лимфогранулематозда, лимфосаркомада, ретикулосаркомада, миеломада кулланилади; *винкристин* (Vincristinum) уткир лейкозда, ретикулосаркомада, нейробластомада, Вильяме усмасида кулланилади, шунингдек лимфогранулематоз, меланома, сут беи ракини ва бошкаларни комплекс даволашда ишлатилади; *колхамин* (Colchaminum,

Демо омаин) тери ракида (шу жумладан, 0,5 % ли суртма дори холида) ва кизилунгач ракини Комбинациялаб даволаш учун кулланилади.

Химиотерапевтик моддалар ҳам ички, ҳам ташки дориларга булинади, лекин купинча мускуллар, вена, артерия, шунингдек бушликларга, усма тукумасига, кул-оёкларга регионар перфузия йули билан, ички органларга (буйракларга, упкага — узок давом этган вена инфузиясида) юборилади.

II. Гормонлар билан даволаш купрок сут ва простата беzi ракида кулланилади, хавфли усманинг усишини секинлаштирадиган жинсий гормонлар кулланилади. Климаксгача сут беzi раки билан огриган аёлларга андрогенлар (метилтестостерон, тестостерон пропионат, медротестерон пропионат, пролотестрон) климаксдан сунг булса, . простата беzi раки билан орриган ва мойк бластомаси юз берган холларда эркакларга буюрилгандек аёлларга ҳам **эстрогенлар** (синэстрол, диэтилстильбэстрол, фосфэстрол, хлортионизин) тайин килинади. Баъзан преднизолон ва АКТГ кулланилади. Препарат дозалари ва даволаш курси муддати махсус жадвал буйича,

препаратга таъсирчанлик аниклангандан сунг белгиланади. Агар гормонлар билан даволаш наф келтирса", даволаш курси йил давомида бир неча марта такрорланади.

Гормонлар билан даволаш нормал хужайраларнинг булинишига **ёки** хавфли шикастланган жинсий (ёки сут) без хужайраларининг булинишига имкон берадиган гормонлар таъсирини секинлаштириш-га ёхуд бутунлай бартараф этишга каратилган. Гормонлар билан даволаш самарадорлигини у ёки бу гормоннинг концентрациясини кон плазмасида аниклаш йули билан текшириб туриш мумкин. Одатда, гормонлар билан даволашни оператив даволаш ва химиотерапия билан бирга кушиб олиб борилади.

III Иммунотерапия операциядан кейинги даврда, актино- ва химиотерапиядан сунг, шунингдек усманинг олисдаги метастазлари пайдо булганда организмнинг иммунологик химоя механизmlарини фаоллаштириш ва нормаллаштириш учун кулланилади. Специфик ва носпецифик иммунитетни ошириш учун левамизол, зимозан, проди-гиозан ва бошка препаратлар кулланилади.

Организмнинг химоя механизмида иштирок этувчи **интерферон** хозирги пайтда турли мамлакатларда клиник синовдан утаяпти. Суёт иммунизация антилимфоцит зардоб, иммуноглобулинлар, алох,ида антителолар ва комплемент билан амалта оширилади.

Фиброма (fibroma) бириктирувчи тукуманинг етилган усмасидир, у толаларнинг айрим тутамларидан иборат булиб, уларнинг орасида бириктирувчи тукума х,ужайралари жойлашган. Бириктирувчи тукума х,ужайралари канчаликкатта

булса, фиброма, консистенцияси шунчалик юмшокдир. Қаттик фибромалар купинча тери билан битиб кетган, сугал ёки тугунча куринишда булади; юмшок фибромалар юпка, бурушган тери билан тортишган булади. Купинча аралаш тури учрайди, ул.ар.нинг пайдо булишида бошка тукималар ҳам иштирок этади; фибролипОмалар, нейрофибромалар, фибромиомалар шулар жум'ласидандир. Фибромалар яккам-дуккам ёки куплаб учраши мумкин; агар улар жуда куп булса, бу фиброматоздан дарак беради. Давоси — операция килипади: купинча улар тери билан бирга кесиб ташланади.

Липома (ёгли шиш, lipoma). ёғ тукимаси хужайрасидан иборат. Липома бириктирувчи тукималикапсулага эга; гохо куп камерали липомалар учрайди. Липомалар купинча аёлларда учрайди. Липома-лар каттагина жойни эгаллаши мумкин. Хавфсиз усма хисобланади.

Давоси — операция килинади, бириктирувчи тукимали капсуласи билан олиб ташлаш осон.

Хондромалар (Chondroma) тогайнинг етилган хужайраларидан

508

пайдо булган усмалардир. Одатда хондромалар суяк билан боглик булиб, вакт утиши билан унинг шаклини бузади. Улар купрок кул ва оёқ бармоқларининг тогай кисмида кузатилади. Хондромалар камдан-кам холларда хавфли усмага айланиб, метастазлар беради.

Давоси— радикал операция килиб, усмани олиб ташлашдир.

Остеомалар (osteoma) суяк тукимасининг хавфсиз усмаси булиб, купрок узун найсимон суякларнинг метафизар кисмида ва ковурга-ларда ривожланади. Купинча суяк экзостазларига эга булади. Катта остеомалар функционал бузилишларни ва огрик туйрусини келтириб чикаради (нервларни эзади), кулай кечади.

Саркома (Sarcoma)—бириктирувчи тукиманинг етилмаган хужайраларидан таркиб* топган. Саркома тукимаси кесиб курилганда рангеиз булади ва балик гуштига ухшаб кетади. Атрофидаги тукималарни инфильтрация килиб ва зарарлантириб, жуда тез усади. Дархол метастазлар беради, операциядан сунг кайта пайдо булади. Метастазлар купрок кон оркали таркалади, шу сабабли ҳам улар тананинг олис кисмларида ва органларида пайдо булиши мумкин. Думалок дуксимон, катта хужайрали ва бошка саркомалар фарк килинади. Саркомалар купрок ёшларда учрайди.

Остеосаркомалар купрок узун найсимон суякларда, чанок ва бош суягида ривожланади. Улар иликда (марказий ва миелоген) ёки суяк усти пардаси — периостда (периферик периостал, остеоген саркомалар) ривожланиб боради.

Остеосаркомалар жуда тез ривожланиб, кенг куламда ва киска вақт ичида метастазлар беради.

Давоси. Одатда бутун кул ёки оёк кесиб ташланади (ампутация), ёки бугимидан ажратилади (экзартикуляция). Касаллик утказиб юборилган ҳолларда рентгенотерапия ва химиотерапия кулланилади.

Миомалар (myoma) — мускулларнинг хавфсиз усмаси. Силлик мускул.', усмалари лейомиомалар (Leiomyoma), кундаланг-таргил мускуллар миомалари рабдомиомалар (rabdomyoma) деб аталади. Одатда миомалар яхши ривожланган капсула билан чекланган булади. Миомалар купрок бачадон мускулларини шикастлантиради, баъзан жуда катта х,ажмларни эгаллайди. **Давоси** — операция.

Ангиома (angioma) — кон (гемангиомалар) ва лимфатик (лим-фангиомалар) томирларнинг хавфсиз усмаси.

Гемангиомалар (haemangioma) болаларда тез ушиб боради. Капилляр, каверноз (бушлик билан бирга) ва тармокланган гемангиомалар тафовут килинади. Кенг куламдаги гемангиомалар функционал бузилишларни келтириб чиқариши, одамнинг юзини хунук килиб қуйиши мумкин.

., **Давоси** — асосан оператив, баъзан боскичма-боскич кесиб олиб ташланади. Шунингдек рентгенотерапия, криотерапия, боғлаш ёки томирларни тикиш кулланилади. Кайталаниши мумкин

Лимфангиомалар (lymphangioma) кон. томир усмаларига-кара-ганда камрок учрайди. Касаллик утказиб юборилган ҳолларда лимфангиома устидаги тери сарриш ёқн КИЗРИШ тусга киради. Лимфангиомалар купрок лаб, юз ва буйиндан, шунингдек панжа буримлари соҳасидан жой олади. Кистоз ва каверноз лимфангиомалар ҳам учрайди,,

Давоси. Нур терапияси, электрокоагуляция; кистоз ва каверноз турларида эса экстирпация утказилади.

Глиома (glioma) — бош мия ёки орка мия усмаси булиб, нейроглия хужайраларидан келиб чиқади. Глиоманинг хужайра элементларига ва уларнинг етуклик даражасига боғлиқ холда бир неча тури тафовут килинади— медулло-, ганглио-, спонгио-, олиго-дендроглиома ҳамда астробластома. Усма уз тузилишига кура гарчи хавфсиз булса-да, уз урнашган жойига нисбатан жиддий бузилиш-ларни (таъсирланиш ва бош мия ҳамда орка миянинг сикилиши) келтириб чиқариши, хатто улимга сабаб булиши мумкин. Мана шунинг учун ҳамуни факат жаррохлик йули билан даволаш мумкин.

Невринома (nevrinoma; син.: леммобластома, леммома, невриле-мома) — периферик нервлар усмасы булиб, орқа миёна томирида ҳам жойлашиши мумкин; Шванн пардаси хужайрасидан ривожланади. Невриномалар бошқа хавфсиз усмалардан фарқ қилиб, қўпинча

орқик беради.

Давоси — жаррохлик йўли билан олиб ташлаш. **Ганглионеврома** (ganglionnevrone; син.: ганглиома (симпатико-цитома) — хавфсиз усма булиб, симпатик нерв чигалларидан (ганглийларидан), қўпроқ уларнинг қорин ва қўкрак соҳасида жойлашган элементларидан қилиб чиқади. **Давоси** — жаррохлик йўли билан олиб ташлаш.

Папиллома (papilloma син.: гуддача, усма) яқин эпителий хужайраларида пайдо булиб, унинг юзасига гудда шаклида туртиб чиқади. Қўпроқ бошда, орқада, қўв соҳасида, орқа. тешиқда қўзатилади. Папилломалар қўвқда ва ичқда ҳам пайдо булиши мумкин, бунда қўпинча қон қетиши мумкин.

Давоси — операция; усмани қесиб олиб ташлаш ҚОРЛОМ туқима-лар доирасида утқизилади. Операциядан аввал папилломаларни албатта гистологик йўл билан текшириш лозим, чўнки малигнизация

булиши мумкин.

Аденома (adenoma) — фиброэпителиал туқималардан иборат усма. Олган урнига қараб, папилляр, кистоз, тубуляр ва альвеоляр аденомалар тақовут қилинади. Аденомалар қўпроқ сўт безида, тухумдонларда, буйракларда, қамдан-қам қолларда тери ҳамда шиллик пардаларда учрайди.

Давоси — жаррохлик йўли билан олиб ташланади. Малигнизация

бошланиши мумкин.

Дермоид (dermoid; син.: дермоид киста, кистоз тератома) — бу усма эмбрионал эктодерма қолдикларидан иборатдир, одатда, ичиди ёғ массалари ва бошқа эпидермал қолдиклар бўлган бўшлиқ юзага қелади. Қўпинча қўш устиди, бурун ёнида, буйинда ва думгаза соҳасида учрайди; баъзида дермоид кисталар олдинги қўкс оралиғи-да ҳам булиши мумкин. Дермоид кисталар қўпинча йиринглаб, абсцесслар ва узок вақтгача битмайдиган оқма яралар қосил қилади.

Давоси — жаррохлик йўли билан олиб ташлаш.

Рак (carcinoma, cancer; син.: хавфли эпителиома) — энг қўп учрадиган хавфли эпителиал усма. Қўпроқ қўплама ёқй без эпителийсидан ривожланади. Усма қон лимфа томирлари ва эпителиал хужайралардан паренхималари бўлган бириктирўвчи туқима стромасидан иборат. Агар усма йирик эпителиал қатақчалар-

дан иборат булса, у **медулляр рак деб** аталади, бириктирувчи тукима стромаси устун холларда скирроз рак (скирр), без хужайралари устунлик килганда эса аденокарцинома деб аталади. Рак барча тукималарда ва органларда ривожланиши мумкин, бироқ у купрок меъдада, бачадонда, сут безида, терида ва упкада учрайди. Рак атипик эпителиал хужайралар пайдо булиши билан юзага келади, шундан сунг бириктирувчи тукима стромаси элементлари хам купаяди. Рак тез орада атрофидаги тукималарга утади, лимфа тугунларига метастазлар беради. Метастазлар одатда лимфоген йул

билан таркалади.

Клиник манзараси рак жойлашган жой ва жараён боскичига боғлиқ.

Меъда ракини куп холларда **рак олди касалликлари**—анацид

гастрит, каллез яралар, меъда полипозии келтириб чикаради. Дастлаб-ки симптомлар умумий характерга эга булади — иштаха йуколади, дармонсизлик кузатилади. Аввалига, одатда, огрик булмайди ёки билинар-билинемас кечади, кейинчалик у кучайиб боради,. кунгил айниши, кайт килиш, озиш бошланади. Касаллик утказиб юборилган холларда кон кетиши юз беради, кайт килинган нарсаларга, нажасга кон аралашган булади.

Кизилунгач ракида одатда беморлар врачга кечикиб, ютиш кийинлашганда (дисфагия)гина мурожаат киладилар.

Ичак раки купрок йутон ёки ингичка ичакда булади. Йурон ичак учун кон кетиши характерлидир, нажасда корайиб кетган кон кузатилади.

Бачадон раки — бачадон буйни эрозияси узок вақт битмаганлиги ёки эндоцервицит натижасида ривожланиши мумкин. Қиндан кон аралаш йиринг келади, кориннинг пастки кисмида огрик туради, озиш бошланади, камконлик пайдо булади.

Тери раки базал хужайра раки — **базалиома** куринишида купрок учрайди, у куз ковогини, лунжни, кулок супрасини шикастлантира-ди, аммо камдан-кам холларда метастазлар беради (баъзан кайталанади). Ясен хужайрали рак купрок метастазлар беради. Купинча тери раки эски чандикларда ёки гиперкератозлар локализа-циялашган жойда пайдо булади, купинча ярага айланади.

Сут беии .раки одатда симптомсиз-бошл'анади, факат тасодифан сут беиидаги огрик бермайдиган кичикрок каттиклашишни пайпас-лашда билиб колиш мумкин. Сут беии раки тезлик билан зураяди, атрофиди тукималарни инфильтрация килиб, култик ости ва умров ости лимфа тугунларига метастазлар беради. Касаллик утказиб юборилган холларда ковурга ва плевра бушлигига усади, карцинома-тоз плеврит хосил килади.

Упка раки хам даетлабки боскичида уткир симптомларсиз кечади. Курук йут'ал аста-секин кучайиб боради, кейинчалик унга кон тупуриш, нафас кишиши, оррик кушилади.

Рак асосан жаррохлик нули билан даволанади. Айни пайтда даволашнинг бошка методларидан хам фойдаланилади. Радикал операцияни, абластика ва антибластикага риоя кидган холда, факат раkning I в II клиник боскичларидагина амалга ошириш мумкин, III боскичда мушкул, IV боскичда эса иложи йук. Бундай холларда нур билан даволаш ва химиотерапия курсаткичлари буйича кушимча равишда симптоматик даволаш утказилади.

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. А.Ф. Краснова «Сестринское дело» Том 1-2, Издательство «Перспектива» Москва 2000г.
2. С.А. Блинова «Сестринское дело в хирургии». Москва 2006г
3. Барыкина Н «Сестринское дело в хирургии». Москва 2002г
4. П.Г. Брюсова «Военно – полевая хирургия» МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО «ГЕОТАР» Москва 1996г.
5. С.П.Петров «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2007г.
6. В.К.Гостищев «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2006г.
7. С.П.Зубарев. «Общая хирургия» С.П. Москва 2004г.
8. ОриповУ.А., Каримов Ш.И «Умумий хирургия»1994й.
9. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар».1993й.
10. Кафедра укув-услугий кулланмалар туплами. 2011 й.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

9-МАВЗУ	Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми. Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида хамширалик жараёни.
----------------	---

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	-Травматик шок, асоратларнинг келиб чиқиши ҳақида тушунча; - Травматик шокни келиб чиқиш сабаблари ҳақида тушунчага эга бўлиш; -Травматик шокни кечиш фазалари ҳақида тушунчага эга бўлиш; -Травматик шокда эвакуация босқичларида реанимацион тадбирлар ва тиббий ёрдам хажми ҳақида тасаввурга эга бўлиш; - Травматик токсикоз тушунчаси , клиникаси , даволаш усуллари ҳақида тушунчага эга бўлиш; -Травматик токсикозда эвакуация босқичларида тиббий ёрдам хажми ҳақида тушунчага эга бўлиш; -Травматик шок ва краш синдромда хамширалик жараёни ҳақида тушунча. Жароҳатнинг хавфли асоратлари ва улар ҳақида тушунча. Травматологик беморларни текшириш ва даволаш усуллари ҳақида тушунчага эга бўлиш
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга травматик шок ва травматик токсикоз ҳақида дастлабки тушунча бериш, ушбу ҳолатларда организмнинг умумий реакцияси, асоратлари, уларни диагностикасини олдини олишни ва биринчи ёрдамни ташкил қилишни ургатиш	

Педагогик вазифалар: -Травматик шок хакида тушунчалар, асоратларнинг келиб чиқиши таништириш ва тушунтириш; - Травматик шокни келиб чиқиш сабаблари; -Травматик шокни кечиш фазалари; -Травматик шокда эвакуация боскичларида реанимацион тадбирлар ва тиббий ёрдам хажми; - Травматик токсикоз тушунчаси , клиникаси , даволаш усуллари; -Травматик токсикозда эвакуация боскичларида тиббий ёрдам хажми ; -Травматик шок ва краш синдромда хамширалик жараёни	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Травматик шок, асоратларнинг келиб чиқиши хакида тушунча эга бўлади; - Травматик шокни келиб чиқиш сабаблари хакида тушунчага эга бўлади; -Травматик шокни кечиш фазалари хакида тушунчага эга бўлади; -Травматик шокда эвакуация боскичларида реанимацион тадбирлар ва тиббий ёрдам хажми хакида тасавурга эга бўлади; - Травматик токсикоз , клиникаси , даволаш усуллари хакида тушунчага эга бўлади; -Травматик токсикозда эвакуация боскичларида тиббий ёрдам хажми хакида тушунчага эга бўлади; -Травматик шок ва краш синдромда хамширалик жараёни хакида тушунча эга бўлади Жароҳатнинг хавфи асоратлари ва улар хакида тушунча эга бўлади. Травматологик беморларни текшириш ва даволаш усуллари хакида тушунчага эга бўлади ва айтиб беради;
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, таркатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жиҳозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми. Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида хамширалик жараёни.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув маишулотидан қўйилган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. - Травматик шок ва травматик токсикозга оид қандай атамаларни биласиз? - Травматик шок ва краш синдром дейилганда нимани тушунаси? - Травматик шок ва краш синдромда биринчи ёрдам қандай курсатилади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Муляжлар, кургамали куроллар ва мультимедиялар ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради. 2.3. Травматик шок ва травматик токсикозни тушунчаси, этиологияси, патогинези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Травматизм тушунчаси ва унинг олдини олиш; - Травмаларни классификациялашда нималарга асосланган.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади.
3-боскич. Якуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Травматик шок” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ. **Травматик шок** дейилганда кучли шикастланиш натижасида руёбга келувчи тананинг умумий реакцияси тушунилиб унда тананинг ҳаётий аъзоларининг фаолиятми киска муддат ичида бузилади. Бу фаза билан кечувчи паталогик жараён хисобланади.

Травматик шокнинг таснифи. У икки фазадан иборат: эректел ва торпид. Баъзи муаллифлар учинчи терминал фазан ҳам қўшилади. Электел фаза шок реакциясининг бошланишида пайдо бўлади. Бу фаза одатда киска бўлсада, унда травматик шокда руё берувчи узгаришлар намоён бўлади. Унинг клиник белгилар кенг ёритилган: Беморнинг нутқи ва ҳаракат қўзғалиши кучли намоён бўлиб, эмоционал белгиларга бойдир.

Бемор ҳушини юкотмаган бўлсада, атроф муҳитни англай олмайди Тери сатҳи оқарган, совук совук терга ботган бўлади. Қорачиғи уртача катталашган пай ва мушак тонуслари кучайган. Қон босими нормада ёки ошган. Томир уриши 100-110, нафас олиши тезлашган. Эректел фазаси қанча кучли бўлса торпид фаза шунчалик оғир ўтади. Торпид фаза ҳам маълум барқарорлик қўзғайди: унда даврни фарқ қилса бўлади. Бошланғич барқарорлашган давр ва охири давр.

Шокнинг I босқичи (ёник) беморнинг умумий аҳоли нисбатдан ёмон эмас. Томир уриши 90-100. Қон босими 100-95 /60-55 мм симоб устун хисобида, енгил мумак титраш эшитилади. Шокнинг II босқич уртача оғирликда, тери ва қуриниб турган шиллик қаватлар ўта оқарган нафас олиши юзаки, минутига 30-32 марта, пульс 110-120 марта. Шокнинг III босқич оғир формаси) тери сатҳи қуриниб турадиган шиллик қаватлар оқарган ёки оокиш қўқарганда бемор қора терга ботган нафаси 30-40 марта, қон босими 70-50 мм.сим. устун хисобида. Беомр ўта суст ҳарорати пасайган. Тананинг ҳамма функционал белгилари жуда нотекис, реанимацион тадбирларни талаб қилади.

Шокнинг IV босқичи ағонал олди ва ағонал ҳолатлар) нафас олиш жуда сийрак, периферик томирлар уриши ва қон босими аниқланмайди. Бу ҳолатни тиклаш оғирроқ.

Шокни даволаш комплекс ҳолда олиб борилиши керак, даволаш муолажаси шокни келтириб чиқарган сабабларни йукотиш организм бузилган фаолиятини кучайтиришга қаратилган бўлиши керак. Даволашнинг асосий қуринишлари. 1) Самарали оғриксийланттириш 2) нафас ва юрак томирлар етишмовчилигига қарши қўрашиш. 3) модда алмашинуви бузулишининг олдини олиш. 4. Ички аъзолар томонидан бўлиши мумкин бўлган ҳар хил асоратларнинг олидини олиш. Ва уларни даволаш (жигар, буйрак).

Травматик токсикоз

1885 йилда Н.И.Пирогов «Махаллий травматик совук уриш», «Тукиманинг травматик таранглиги», «Махаллий асфиксия» ни баён қилган эди. Купинча оёқ юмшоқтукимасининг бирор қатта қисми узок вақт қисилиб қолганда тукима ва бутун организмда узига ҳос узғаришлар юз беради. Биринчи марта унинг клиникасини Италияда ер қимирлашда руй берган фожияга асосланган. Кейинчалик мамлакатимизда Улуғ Ватан уриши оқибатларига асосланиб, Н.М.Еланский, М.И.Кузин унинг клиникасини кенг еритиб бердилар. Шунинг травматик токсикозни маълум белгиларини Ашхабодда руй берган (1949 й) ер қимирлашида М.И.Кузин батафсил баён қилди.

Патогенези. Травматик токсикоз ер қимирлаш, упирилиш, бомбардимон қилиш, темирйул ҳалокати ва бошқалар вақтида қузатилади.

Бу синдром патогенезида травматик шокни икки фазалик кечишини эслатади ва факат босилган орган (оёқ-қул) озод этилгандан сунг синдромнинг характерли белгилари ривожланади.

Травматик токсикознинг характерли белгилари: травматик оғриқ, плазма йукотиш- жароҳатланган жойда қатта шишиш ва токсемия. Травматик оғриқ нерв толаларини узок вақт қисилиши ва орган трофикасини бузилиши натижасида қелиб қиқиб, травматик шокнинг эректил фазасини қелиб қиқишига олиб келади. Плазма йукотиш орган оксилларини парчаланиши ва қон томир утқазувчанлиги оқибатида қоннинг суюқ қисми жароҳатланган органга утиб қатта шишларни қелтириб қикаради. Бу эса травматик шокдагидек қон айланишининг бузилишига олиб келади. Токсемия некрозга учраган мушак маҳсулотлари (миоглобин қалий, креатинин, фосфор, денатурацияланган оксиллар) ни қонга тушиши натижасида ҳосил булади. Интоксикация бирдан буйрак фаолиятини бузиб олигурия, анурияга олиб келади.

Патологик узғаришлар. Зарарланган қул-оёқ, мушаклари қонсиз, қулранг некрозланган булади. Некроз популяция хилини ташқил қилади. Шиш ва туқималарда қон билан имобилизация қузатилади. Вена ва артерия қон томирларида тромбоз, туқималарнинг ҳамма қаватларида механик характердаги зарарланиш намоён булади. Шиш қатталаниш билан қуюқлашади ва травматик шок белгилари пайдо булади. Эзилган туқималардан ва интерстициал қенгликдан плазма йуқолади, гематокрит тез қаландлашади, гемоглобин, парчаланган оксиллар организмга сурилади. Буйруқларнинг ҳажми қатталашади, туқимасининг бир қисми улади (некроз), мушак пигменти (миоглобин), оксил моддалар улиши ва қон қуйилиши қузатилади.

Шундай килиб мушак тукумаларида кенг некрозлар еки огир дистрофик узгаришлар содир булади. Бу ҳолат тукумаларнинг узок босилиш синдроми (М.И.Кузин), травматик токсикоз (Н.Н.Еланский) еки краш синдроми деб юритилади.

Клиникаси. Огир эзилишларнинг маҳаллий белгилари декомпрессиядан кейин, яъни босиб турган юк олиб ташлагандан кейин намоён булади. Биринчи соатни узидаёқ кул-оёқ хажми тез катталашади. Тукумалар ушлаб қурилганда суюқлик юборилгандай сезилади.

24 соат ичида шиш хаддан ташқари катталашади. Кул-оёқ котиб оқаради, рангсизланиб, қуқимтир доғлар пайдо булади, сузиш қобиляти йуқолиб, томир уриши аниқланмайди. Ҳаракат қамайиб, кейинчалик уларга иложи бўлмайди. Бориб-бориб терида қуқимтир доғлар ва пуфакчалар пайдо бўлиб, улар серроз ва геморрагик суюқликлар билан тулган булади. Тирноқлари қуқариб, муздай бўлиб қолади, тери сатҳида ёрилишлар, муматалок ва жароҳатлар пайдо булади. Бу паталогияда суяк синишлари ҳам вжудга келиши мумкин. Умумий белгилари уч босқичдан -ибора. Эрта (бошланғич), оралик ва кечки, уларнинг ҳар бири узига хос белгиларга эга. Биринчи соатларда беморнинг аҳволи яхшидек қуринади ва у диагностика, даволашда турли ҳатоларга сасб булади. Шиқастланган соҳади қучли огрик, қам ҳаракатлик, дармонсизлик сезади. Қунғли айнийди, томир уриши қамаяди, унда қузғалиш эйфорияси қузатилади. Шиш катталаш билан умумий аҳволи огирлашади, беҳол, бепарво булади. Бу шароитда травматик шок белгиси намоён булади. Травматик шок белгилари бўлган беморлар бошланғич босқичи 1-2 суткагача қузатилади. Унинг асосида мушаклар некрози ва миоглобин чиқиши, бўйрак найнайчаларининг беркилиши қузатилади. Сийдик қамаяди, ранги узгаради, оксил пайдо булади. Шу билан бирга утгир жигар етишмовчилигини юзага келтиради, юрактомир етишмовчилиги қучаяди. Бу босқичига тегишли бўлиб, унинг негизида тукумалар қириши етади.

Кечки босқичи жигар ва бўйрак фаолиятини тикланиши билан ифодаланиб, тукумалар некрози, йирингли септик ҳолат олдинга чиқади.

Даволаш: Эзилган органи босиб турган юк олинғач, уни қаттиқ боғлам билан боғлаш, тахтақачлаш, баъзида жгут қуйиш қерак. Зараланган соҳага муз қуйилади, махсус аппаратлар билан (криоэлектроника 4,7 гипотерм) совутилади, новокаин блокадаси бақарилади. Агар шиш катталашиб, ишемия ва эзилиш белгилари йуқолса, тукумаларга енгил бериш учун кенг фасция очилади.ю некроэктомия еки ампутация бақарилади. Бу ҳаракатлар умумий даволаш билан бирга олиб борилади. Беморларга наркотик, антигистамин препаратлар (димедрол, промедол) юборилади, гемодез, полиглокин, неополиглокин қуйилади. Гемодинамика бузилса норадреналин, мезатон, допамин, добутамин, қон ва плазма, синтетик қон урнини босувчи моддалар венага юборилади. Интоксикация давом этаверса, диурез тезлаштиради .3-4 литрдан ортик суюқли томир ичига юборилади (0.9% хлорид натрий изотоник эритмаси.ю 5% глюкоза эритмаси). Улар қаторида 2-5% натрий гидрокарбонат эритмаси (400-500мл), витаминлар, антибиотиклар.ю томирни қенгайтирувчи препаратларини қуллаш мумкин.

Диурезни аниқ билиш учун сийдик пуфгага қатетер қуйилади.ю чиқаетган сийдик соатиға 1.5мл қг бўлиши қерак. Агар анурия вжудга қелса, беморда сунъий бўйрак (гемодиализ) , гемосорбция аппаратлари қулланилади.

Травматик шок даврида тиббий кучириш

боскичларида даволаш тадбирлари

1.Биринчи тиббий ёрдам –уриш майдонида (шикастланиш учогида) уз узига ёки бир- бирига тартибида санитар ёки санинструктор куйидаги шокка карши тадбирларни амалга оширади нафас юлларини озод этиш (тил фиксацияси,огизга тушган моддалардан,кондан тозалаш) ташки кон кетишни вақтинча тухтатиш ярадорнинг нафасини тиклаш учун оркасига ёткизилади, боши растга туширилади,пастки жогни олдинга чиқарилади , «огиздан огизга» «огиздан бурунга» усулида упка сунъий вентиляцияси қилинади; юрак тухтаб қолганда юрак массажи; кукрак кафаси жарохати бўлса окклюзион боғлам қуйилади,транспорт иммобилизацияси қилинади.

Агар бемор мустақил нафас олса,унга ярим утирган ҳолат берилар. Оғрик синдромини камайтириш мақсадида шприс- тубик билан наркотик ёки аналгетик еритма юборилади, Жабрланганни уриш майдонидан агар у«хушсиз бўлса» ошқозон таркиби,кон ва шилликлар аспирациясининг олдини олиш мақсадида қорин билан ёткизиб,бошини чап томонга қишайтирилган ҳолда олиб чиқилади.

2.Врачгача бўлган ёрдам.Юқорида санаб утилганлардан ташқари қуйидаги шокка қарши тадбирлар қилинади стандарт шиналар билан транспорт иммобилизацияси, кон тухтатиш учун жгут ва боғламларни қуйиш,аналгетиклардан ташқари юрак ва нафас фаолиятини тикловчи препаратлар юбориш.ADR-2 ёки DP-10 аппаратлари юрдамида упка сунъий вентиляцияси,огиз қенгайтиргич ват ил ушлагич ёрдамида огизни,юқори нафас юлларини очиш.Яраланганни иситиш чоралари иссик суюқликлар ичириш, алкоголь аналгезиясини қуллаш.

3 Биринчи врачлик ёрдами (BrTP) шок ҳолатидаги яраланган ларга биринчи ёрдам боғлов хонасида амалга оширилади.Саралаш майдончасида беморлар 4 гуруҳга ажратилади.

1- гуруҳ: бу ерга қелганда ҳаётга ҳавф солувчи жарохат ва узғаришлар нафас тухташи,юрак тухташи, А/В нинг критик тушиши (70 мм. сим.уст.раст), тухтатилмаган ташки кон кетиш бўлса, уларни боғлов хонасига биринчи бўлиб юборилади.

2- гуруҳ: ҳаётга бевосита ҳавф солувчи узғаришлар йук,2-3-даражадаги шок ҳолати.Уларни боғлов хонасига иккинчи бўлиб юборилади.

3- гуруҳ: ички кон кетиш белгилари бўлган шок ҳолатидаги яраланганлар.Уларга тиббий ёрдам (оғриксизлантириш,иситиш) саралаш майдонида қурсатилади ва улардан бирини навбатда малакали тиббий ёрдам пунктига юборилади.

4- гурух: I даражали шокдаги яраланганлар.Уларга саралаш майдонида ёрдам курсатилади: транспорт иммобилизацияси,огриксизлантириш,иситиш,алкогол бериш ва бошқалар.

БрТП боглов хонасидаги шокка карши хажми.Энг аввал нафас етишмовчилигини бартараф қилиш бўйича тадбирлар: юқори нафас юллари утказувчанлигини тиклаш,трахея ва бронхлардан кон ва шилликларни чиқариб ташлаш,тилни тикиб қуйиш ёки хаво олгич киргазиш,трахея интубацияси “Лада” , “пневмат -1”аппаратлари ёрдамида упка сунъий вентилизацияси,окклюзион боғлами қуйиш,кучли клапанли пневмоторакс бўлса,плевра бушлигини дренажлаш, вактинчалик кон тухтатиш айланиб юрувчи кон хажмини (АКН) плазма урнини босувчилар билан тулдириш (вена ичига полиглюкин, 0,9% ли натрий хлорид 5% ли глюкоза ва б .суюқликлардан 1-2-1. қуйиш) агар кон юқотиш III даражада бўлса о (I) гурухдаги кони қуйиш вагосимпатик,паранефрал ва маҳаллий травматик учокли новокаин блокадалар қилиш, кортикостероидлар, огриксизлантирувчи ва юрак препратлари юбориш,кул ва оёқлар транспорт иммобилизацияси.

БрТПда шокка карши тадбирлар комплекси қилинади.Даволаш натижасида катъи назар яраланганларни ихтисослашган тиббий ёрдам босқичига юборилади.

Травматик шокни даволашда вақт муҳим рул уйнайди. Шокни даволаш канча ерта бошланса, натижаси шунча яхши бўлади.

4.Ихтисослаштирилган тиббий ёрдам босқичида травматик шокни якуний даволаш Ихтисослаштирилган тиббий ёрдам босқичида шок ҳолатидаги беморлар 3 гурухга бўлинади.

1-гурух :—хаётий муҳим орган шикасти ва тухтамаган ички кон кетиши.Уларни дарҳол операция ханасига юборилади ва лапаратомия,торакотомия қилинади,шикастланган аъзода операция қилинади ва бир вақтнинг узида шокка карши терапия утказилади.

2-гурух- 1-2 соатдан кейин хирургик ишлов берса бўладиган шикастли ярадорлар.Уларни шокка карши палатага ётқизилади, у ерда қушимча текширувлар утказиш билан бирга шокка карши терапия қилинади.

3-гурух- дарҳол хирургик даво қилиш шарт бўлмаган яраланганлар.Уларни шокни даволаш учун шокка карши ралатага ётқизилади.

Консерватив даволашга қўйидагилар қиради:

1.Қул ёки оёқдаги юза веналардан бирини канюлизацияси, зарур бўлса юқори ковак венага полихлорвинил катетер қўйилади.

2. Диурезни ҳар соатда улчаб туриш учун сийдик қопига катетер қўйиш.

3.Ошқозонга зонд қуйиш.

Гемодинамик узгаришларни яхшилаш. У айланиб юрувчи қон ҳажмини тез тулдириш мақсадида амалга оширилади. Юқотилган қон ҳажмининг урнини тулдириш учун энг яхши трансфузион муҳит булиб,коллоид эритмалар (полиглюкин,реополиглюкин, желатинол) ва оксил табиатли коллоид эритмалар (албумин,протеин) ҳисобланади. Трансфузион тартиб плазма урнини босувчилар ва қоннинг қуйидаги нисбатда юборилиши асосида тузилади.

1.1 -1,5 л қон юқотганда фақат плазма урнини босувчилар

2.1,5-2,5 л қон юқотганда плазма урнини босувчилар ва қон 1:1 нисбатда

3. 2,5 литрдан кўп қон юқотганда 2 ҳажм қон 1 ҳажм плазма урнини босувчи суюқликлар ва қўшимча тузли эритмалар.

Қонни трансфузия қилиш қоидаси.

1.Иложи борича бир хил гуруҳдаги қонни қуйиш.

2.3.суткадан ортиқ бир хил гуруҳдаги қонни қуйиш.

3.Қонни плазма урнини босувчилар билан бирга қуйиш. Трансфузия тезлиги юқори бўлиши керак.Аниқлаб бўлмас АҚВ 1 дақиқада 250- 300 мл бўлиши керак.Веноз босим физиологик даражага етганда (60 -100 мм сим.уст) секин қуйишга утилса бўлади.

Марказий нерв системаси узгаришларини яхшилаш.

1.Синган жойда новокаинли блокада қилиш.

2.Аналгетикларни антигистаминлар билан бирга буюриш.

3.Юқотилган қон урни тулдирилгандан сўнг доимий неро вегетатив блокадани таъминлаш учун дроперидол,сибазон (седуксе), натрий оксибутирати препаратларини урта дозада юбориш мумкин.

Газ алмашинувини яхшилаш:

1.Юқори нафас юллари ўтказувчанлигини текшириш,оғиз бўшлиғи ва ютқинни тозалаш.

2.Қовургалар синган жойга спирт-новокаин блокадаси.

3.Нафас олиш кескин сусайганда-ўпка сунъий вентилияцияси.

4.Қоннинг реологик хусусиятларини нормаллаштириш ва тромбогеморрагик синдромни даволаш.

- 5.Плевра бушлигини пунксия қилиш ва қон ҳавони суриб олиш.
6. Юқори нафас юллари узок санациясида трахеостомия қилиш.
7. Ошқозон-ичак системаси парезларига қарши чоралар.

Узок муддатли босилиш синдроми ва уни тиббий

кучириш босқичларида даволаш

Узок муддатли босилиш синдроми-куп учрайдиган ва уруш,офатларнинг кочиб булмас хамрохи хисобланад.

Иккинчи жахон урушида Англия шаҳарлари бомбардировкасида узок муддатли босилиш синдроми жабрланганларининг 3,5%ида, Хиросима ва Нагасаки шаҳарлари атом бомбардировкасида эса 15-20% ида кузатилган.

Биринчи жахон уруши даврида франсуз жаррохи Кеню биринчилардан булиб узок муддатли босилиш синдромига таъриф берган: « ертулага граната тушганда,унинг ичида бир франсуз офитсери бор эди.Портлаш вақтида унинг оёқлари катта хода тушиб, уни шу кадар эзиб куйдики, у ҳаракатланолмай колди.Маълум бир узок вақт утганидан кутқарув отряди уни топди ваз у нарсa маълум булдики, унинг хода остида колган оёқлари тук кизил рангда эди. Беморнинг ахволи яхши эди хатто у узини кутқариш буйича юлланмалар берарди.Лекин хода олиниши билан унда шок ривожланди, натижада у ҳалок булди».

Гарчи Кеню Улим сабабини аник курсатмаган булса ҳам,(чунки улим сабаби шок эмас,балки организм босилишидан озод булган оёқларнинг юмшок тукималари эзилиш учоклари интоксикацияси сабаб булган)этиологик сабаблари юмшок тукималарнинг узок муддатли босилиш ва улар томонидан маҳаллий узгаришлар булишини аник курсатган.Шундай килиб узок муддатли босилиш синдроми этиологияси булиб кул ва оёқларнинг узок эзилиши хисобланади.

1941-йилда Кенюдан 23 йил кейин инглиз олими Баюотерс Лондонни фашист авиацияси бомбардировкаси натижасида яраланганларни даволаш вақтида узок муддатли босилиш синдромини урганди.

Баюотерс (1941), М.И.Кузин (1959) ва бошқа муаллифларнинг маълумотиға кура узок муддатли босилиш синдроми патогенезида 3 омил асосий рол уйнайди.

1.Марказий нерв системасида кузғалиш ва тормозланиш жараюнларининг бузилишини юзага келтирувчи огрик хисси.

2.Шикастланган мушаклардан парчаланган маҳсулотларнинг сурилиши натижасида травматик токсемия.

3. Шикастланган кул-оёқларнинг массив шиши натижасида иккиламчи плазма юкотиш.

Огрик хисси тукима парчаланишмаҳсулотлари ва плазма юкотиш билан биргаликда нафас аъзоларининг фоолиятини ва кон айланишини коннинг куюклашиши кон юкотишга чидамсизлик ривожланади.

Н.Н.Еланский узок муддатли босилиш синдромининг клиник курунишини. Маълум булишича, шикастланган мушак 75% миоглобин, 70% креатинин, 66% калий 75% фосфор муддаларини юкотади. Шунини таъкидлаб утиш керакки, УМБСнинг клиник белгилари эзувчи фактор бартараф этилгандан сунг юзага келади.

Аутолиз маҳсулотлари ичида муҳим рол уйнайди, у буйраклар дистал каналчаларида тупланади ва буйрак эпителиясида дегенератив узгаришлар чакиради. Бу эса уткир буйрак етишмовчилиги клиникаси ривожланадиган буйраклар филтрининг бузилишига олиб келади. Гиперкалиемиа кардиотоксик таъсир килади. Гиперкалиемиа ва гиперфосфотемиа-УМБСнинг эрта давирлардаги уткир юрак етишмовчилигининг асосий сабаблари булиб хисобланади.

УМБСнинг клиник кечишида 3 давр фаркланади:

1 давр-эрта ёки гемодинамик узгаришлар даври (касалликнинг 1-3-куни).

II давр-оралик (3-4 кундан 8-12 кунгача) уткир буйрак етишмовчилиги билан характерланади.

III давр –кечки (9-12 кундан 1-2 ой охиригача) тукималар шикастининг маҳаллий симптомлари билан характерланади.

УМБС нинг турли даврларидаги клиникаси.

I давр. Жабрланганларнинг оёқ-кули босилишдан озод этилгандан сунг умумий ахволи юмонлашуви билан бирга кучли шиш ривожланади. Беморнинг холсизлик, тормозланиш, кунгил айниши, кусиш безовта килади. Беморнинг ранги окаради, танаси совук тер билан копланади, пулс тезлашади (100 120 та). АКБ огир холларда 60-80 мм сим. уст. ва ундан хам паст. Бу даврда УМБСнинг клиник куруниши шокнинг торпид фазасини эслатади.

II давр. Оралик давр. УМБС нинг 4-куни уткир буйрак етишмовчилиги симптомлари юзага чиқади: паст диурез, кунгил айниши, кусиш, холсизлик, апатия, белда огрик кучаяди.

III давр. Кечки давр. Биринчи уринга маҳаллий симптомлар чиқади. Мушак тукимаси улиб, урнига бириктирувчи тукима усади, тукималар атрофияси, бугимларда харакат чекланиш, контрактуралар ривожланади.

УМБСнинг клиник кечишининг огирлиги буйича 4 клиник форма ажратилади (М.И.Кузин 1954).

1.Енгил:кул ёки оёкнинг сегментларидан бирининг босилиши 4 соатдан ошмаган

2.Урта:кул юки оёкнинг бутунлигича босилиши 6 соат.Буйрак функцияси унчалик узгармаган.

3.Огир :кул ёки оёкни бутунлай босилиши 7-8 соат.Буйрак етишмовчилиги ва гемодинамик узгаришлар симптоми яққол намоён бўлган.

4. Ута огир :иккала кул ва оёни 6 соат ва ундан ортиқ мобайнида эзилиши.Беморлар 2-3 суткада уткир буйрак етишмовчилигидан ҳалок бўладилар.

УМБСни тиббий кучириш боскичларида даволаш

Биринчи тиббий ёрдам. Жабрланганни босилишдан бушатишдан олдин соғ тукима чегарасидан юқориқ соҳада жгут қуйиш,бушатиб бўлгандан кейин эса шу соғ тукималарни бинт билан сиқиб боғлаш керак.Бу шишни камайтиради ва эзилган тукималардаги парчаланув маҳсулотларини сурилиб кетишига ёрдам беради. Кейин жгутни ечиш ва гиперкалимия тукималарни гипоксияга сезувчанлигини камайтириш мақсадида совук (муз,кор, сув) қўллаш керак. Кейин кул-оёқлар имобилизацияси,огрик қолдирувчилар, антибиотиклар қилиш керак.

Врачгача юрдам. Биринчи тиббий ёрдам ҳажми кенгайтирилади.Агар кул оёқлар сиқиб боғланмаган бўлса боғланади ва совутиш чоралари қўлланади,юрак-кон томир ва огриксизлантирувчи воситалар қўлланади,юрак-кон томир ва огриксизлантирувчи воситалар қўлланади. Ишқорли эритмалар ичишга берилади. Биринчи врачлик ёрдамига тезликда кучирилади.

Биринчи врачлик ёрдами (БрТП). Саралаш вақтида 2 гуруҳ УМБСдан жабрланганлар ажратилади:

I гуруҳ:УМБСнинг енгил ва урта даражалари билан жабрланганлар.Тиббий ёрдам саралаш майдонида курсатилади. Бунда 0,5 мл қокшолга қарши анатоксин,100000 ЕД.пенициллин,1% ли 2мл промедол эритмаси юборилади, транспорт имобилизацияси қўчайтирилади, ишқорли суюқликлар ичишда берилади, ихтисослаштирилган врачлик юрдами этапига юборилади.

II гуруҳ :УМБСнинг огир формасидаги жабрланганлар. Тиббий ёрдам боғлов ҳонасида курсатилади. Эзилган кул ёки оёқка новокаиннинг 0,25% ли 400- 500 мл илик уритмаси билан футляр новокаин блокада қилинади.Вишневский буйича икки томонлама паранефрал блокада қилинади,вена ичига 1000 мл 10% ли глюкоза эритмаси, 24 ед инсулин ва 200 мл 4%ли натрий бикарбонат эритмаси юборилади.

Наркотик ва антигистамин препаратлар (1 мл-2% ли промедол эритмаси, 2мл- 2%ли димедрол эритмаси), юрак-кон томир воситалари (2мл 10% ли кофеин эритмаси) буюрилади. Стандарт транспорт шиналари юрдамида иммобилизация килинади. Ичишга ишкорли суюкликлар, иссик чой берилади. Ихтисослаштирилган врачлик юрдами ёки махсуслаштирилган хирургик ёрдам боскичларига кучирилади.

Ихтисослаштирилган врачлик ёрдами тиббий саралашда 2 гуруҳ жабрланганлар ажратилади.

I гуруҳ –енгил ва урта огир формадаги УМБС. Гемодинамик узгаришлар йук, ёки кам намоён булган. Оёк-кулларда шиш, буйраклар функцияси унчалик узгармаган. Периферик артерияларда пулсация сусайган. Беморларни дархол махсуслаштирилган хирургик боскичига юбориш мумкун.

II гуруҳ –УМБСнинг огир формаси. Шокка карши реаниматсион палатада махсуслаштирилган госпиталга юборишга тайёрлаш мақсадида гемодинамик узгаришлар тугриланади. Даволаш айланиб юрувчи кон хажмини тулдиришга каратилган булади, бунда кон куйиш ман этилади. Унинг урнига паст молекулали коллоид эритмалар ва электролитларни изотоник эритмаси куйилади. Атсидозга карши вена ичига 300-500 мл 4% натрий бикарбонати юборилади. Буйраклар пустлок кавати томирлар спазмини камайтириш мақсадида 300-400 мл 0,1% новокаин эритмаси; диурезни яхшилаш мақсадида глюкоза, маннитол, лазикс эритмалари юборилади. Хирургик ишлов беришга курсатмалар булса антибиотиклар кулланади. Бемор ҳолати яхшилангач, кейинги боскичларга юборилади.

Махсуслаштирилган жаррохлик ёрдам. Бу боскичда олдинги боскичларда бошланган даво тадбирлари давом эттирилади. Новокаин блокадаси кайта килинади. Коннинг сийдикнинг биохимик текшируви, бир кунлик диурез назоратга олинган ҳолда айланиб юрувчи кон хажми тулдирилади, кислота –ишкор нисбати, электролитлар баланси яхшиланади. Гиповоллемияга, ацидозга, гиперкалиемиёга ва буйрак етишмовчилиёгига карши кураш, аввалгидек, муҳим ролни уйнайди. Уткир буйрак етишмовчилиёгига карши кураш, аввалгидек, муҳим ролни уйнайди. Уткир буйрак етишмовчилиёгини даволашда «сунъий буйрак» аппарати билан гемодиализи яхши натижа беради. УМБС нинг огир формаларида ампутацияга курсатмалар булиши мумкин. Агар ампутация уз вақтида, анурия ривожлангунча килинмаса, беморга фойда бермайди.

Ампутация бажариш коидаси: 1) туқиманинг соғ қисмидан шу билан бирга тежаган ҳолда кесиш; 2) ампутациялар миопластик характерга эга булиши керак эмас; 3) чултоқ доим очик қолиши керак.

Уткир буйрак етишмовчилиги бартараф этилгандан сунг, даво тадбирлари оёк ёки кул функциясини тиклашга, инфекцион асоратларнинг олдини олишга контрактуралар профилактикасига қаратилган.

Оператив аралашувлар амалга оширилади: флегмоналарни очиш, мушаклар некротик учокларини олиб ташлаш.

Жароҳат инфекцияси асоратларини даволаш мақсадида шикастланган кул ёки оёкга узайтирилган артерия ичи инфузияси, оксигенобаротерапия қилинади. Кейинчалик физиотерапевтик муолажалар ва жисмоний тарбия буюрилади. Аралаш радиацион оғир ва катта жароҳатларда бирламчи ампутацияга курсатмалар ошиб бориш.

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. А.Ф. Краснова «Сестринское дело» Том 1-2, Издательство «Перспектива» Москва 2000г.
2. С.А. Блинова «Сестринское дело в хирургии». Москва 2006г
3. Барыкина Н «Сестринское дело в хирургии». Москва 2002г
4. П.Г. Брюсова «Военно – полевая хирургия» МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО «ГЕОТАР» Москва 1996г.
5. С.П.Петров «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2007г.
6. В.К.Гостищев «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2006г.
7. С.П.Зубарев. «Общая хирургия» С.П. Москва 2004г.
8. Орипов У.А., Каримов Ш.И «Умумий хирургия» 1994й.
9. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар». 1993й.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

10-МАВЗУ	Қорин ва кўкрак кафаси очик ва ёпик шикастлари .Диагностика. Шифокоргача булган ёрдам. Кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғига кирувчи жароҳатларнинг белгилари. Ички қон кетиш белгилари. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Хамширалик жараёни мобайнида тезкор ёрдам кўрсатиш ва парвариш қилиш усуллари.
-----------------	---

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	- Қорин ва кукрак очик ва ёпик шикастлари хақида тушунча; - Шифокоргача булган ёрдам хақида тушунчага эга булиш; - Кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғига кирувчи жароҳатларнинг белгилари хақида тушунчага эга булиш; - Ички қон кетиш белгилари хақида тассавурга эга булиш; - Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми хақида тушунчага эга булиш; - Хамширалик жараёни мобайнида тезкор ёрдам кўрсатиш ва парвариш қилиш усуллари хақида тушунчага эга булиш;
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга қорин ва кукрак кафаси очик, ёпик шикастлари хақида дастлабки тушунча бериш, ушбу ҳолатларда организмнинг умумий реакцияси, асоратлари, уларни диагностикасини олдини олишни ва биринчи ёрдамни ташкил қилишни ургатиш	
Педагогик вазифалар: -Травматик шок хақида тушунчалар, асоратларнинг келиб чиқиши таништириш ва тушунтириш; - Травматик шокни келиб чиқиш сабаблари; -Травматик шокни кечиш фазалари; -Травматик шокда эвакуация босқичларида реанимацион тадбирлар ва тиббий ёрдам хажми; - Травматик токсикоз тушунчаси , клиникаси , даволаш усуллари; -Травматик токсикозда эвакуация босқичларида тиббий ёрдам хажми ; -Травматик шок ва краш синдромда хамширалик жараёни	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Қорин ва кукрак очик ваёпик шикастлари хақида тушунчага эга булади; - Шифокоргача булган ёрдам хақида тушунчага эга булади; - Кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғига кирувчи жароҳатларнинг белгилари хақида тушунчага эга булади; - Ички қон кетиш белгилари хақида тассавурга эга булади; - Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми хақида тушунчага эга булади; - Хамширалик жараёни мобайнида тезкор ёрдам кўрсатиш ва парвариш қилиш усуллари хақида тушунчага эга булади;
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, таркатма

	материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Қорин ва кўкрак кафаси очик ва ёпик шикастлари .Диагностика. Шифокоргача булган ёрдам. Кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғига кирувчи жароҳатларнинг белгилари. Ички қон кетиш белгилари. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Хамширалик жараёни мобайнида тезкор ёрдам кўрсатиш ва парвариш қилиш усуллари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	<i>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</i> - Кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари очик ва ёпик шикастга доир қандай атамаларни биласиз? - Кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғига кирувчи жароҳатларни қандай клиник белгиларини биласиз? - Кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари очик ва ёпик шикастларида биринчи ёрдам қандай курсатилади? <i>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</i> - Кўргазмалар куруллар ва мультимедиялар ёрдамида мавзунини тушуниришни давом эттиради . <i>2.3. Кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари очик ва ёпик шикастлари тушунчаси , этиологияси , патогинези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади.</i> - кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғига тешиб кирувчи жароҳатларда тезкор диагностика , биринчи ёрдам курсатиш хажми ҳақида тўхталиб ўтилади - Ёпик шикастланишни классификациялашда нималарга асосланган; -Бошмия. Кўкрак кафаси , қорин бўшлиғи аъзолари шикастланиш сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - Бош мия. Кўкрак кафаси , қорин бўшлиғи аъзолари шикастланиш даво усуллари айтинг.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (25 мин.)	<i>3.1. Мавзуга яқин ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Шикастланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ. Кўкрак кафаси ва унинг органларининг ёпик шикастланиши. Кўкрак кафасининг чайқалиши кам учрайди. Унинг сабаби портлаш ва тулқини булиши мумкин. Бу шикастланишнинг енгил кечишида кўкрак кафасининг эластиклиги муҳим урин тутати. Шунга қарамадан баъзида упка, юрак яйқалишлари оғир зарарланиш билан утади.

Травматик шок белгиларига якин булганлиги учун юрак чайкалишига диагноз куйиш кийин булади. Шикастлангандан сунг беморнинг юрак фаолияти сусаяди, унинг ранг –руй учиб, харсиллайди, кукаради, совук тер чикади, шок аломатлари пайдо булади. Баъзан у хушидан кетиб колади, гемодинамикаси узгарувчан булади. Огир холларда бемор юзида конъюнктивасида кукрак кафасининг олд кисмида ва кукрак оралиги органларида майда – майда петехиллар пайдо булади ва бирламчи юрак тухташи юз бериши мумкин.

Даволаш бемор уринга ётиш унга тинч шароит яратиши ва фавлер холатини бериш лозим. Шокка карши даволаш утказилади. Оксигенотерапия кулланилади. Юракни дифибрилляция килиш учун хамма нарса таер булиши керак.

Кукрак кафасининг урилиши ва килиши ковурга синиши кукарк кафасидаги кон томирларининг емирилиши, плевра ва упка бутунлиги бузулиши билан кечади. Юрак камрок шикастланади. Юкорида айтилган белгилар огир асоартларга пневмоторакс гемоторалса сабаб булади.

Пневмоторокс деб упка йиртилганда хавонинг плевра бушлигида тупланган хаво упкани ва кукс оралигини сог томонга силжитади. Пневмоторокс купинча бир томонлама булиб ковурга синиши ва суяк синиклари билан плевра упка бутунлиги бузилганда намоён булади. Аммо баъзида упка тукумаси касаллик натижасида мурт булганида уз – узидан ёрилиши мумкин, унда спонман пневмоторокс вужудга келади. Пневмоторокс очик, ёпик ва кларанли турларга булинади. Плевра бушлигида хаво (йигилган) кукрак деворининг жарохати ёки йирик бронх оркали атмосфера хавоси билан туташган булса очик пневмоторокс дейилади.

Ёпик пневмотороксда плевра бушлигига йигилган хаво ташки мухим алокада булмайди хамда стерил булади. Упканинг парчаланиб ёрилиши одатда клапанли пневмоторокс ёрилишига сабаб булади. Нафас олиш вактида хаво плеврага криб упка парчаси кукрак деворининг жарохатланган жойини нафас чикаришда беркитиб куйиши натижасида кайтиб чиколмайди.

Шундай килиб, клапанли пневмоторокс вактида хар нафас олишда плевра бушлигидаги хавонинг микдори борган сари купайиб унинг босими ошиб кетади. Даволаш ёпик пневмотороксда кукрак кафаси пункция килиниб плевра бушлигидан хаво тортиб олинади. Пункция даволаш усули клапанли пневмотороксда хам кулланилади. Агар пункция яхши клиник натижа бермаса, плевра бушлиги дренаж килинади. Дренажнинг ташки учига резина кулкоп бармогидан клапан сифатида кесиб олиб боғланади, яъни сув ости дренажи бажарилади унинг клапанли ташки учи антисептик модда куйилган идишга тушурилади яъни Бюлау дренажи бажаради. Огир холларда тарокотомия килиниб, упка жарохати тикилади: баъзида йиртилган упка сатхи резекция килинади.

Гемоторакс. Упка тукумаси жарохатланганида ковургаро артерия шикастланганда ичкарига кон кетиб плевра булишига кон тупланиб колиши гемоторакс дейилади. У очик ва ёпик шикастларда хам вужудга келиши мумкин.

Даволаш: Плевра бушлигидан хам тез олиб ташланиш зарур, кс холда йигилган кон вакт утиши билан ивиши ва инфекция тушиб, йрингли жараён – плогемотораксга олиб келиши мумкин.

Агар суткасида куйилган дренаждан 1 л кон кетса, бу кон кетиш белгиси хисобланади унда бемор зудлик билан таракотомия килиниши зарур.

Корин бушлиги органларининг ёпик шикастланиши.

Ички органларининг зарарланиши травмаловчи агентнинг тури ва кучидан ташкари бошка сабаблар яъни корин деворининг элатиклиги, мускулнинг тонуси, ёг каватинин калинлиги олдинги касаллик белгилари хамда ковак органларининг тулиб турушига хам боғлиқ булади. Корин бушлигидан органлар икки гурухга – ковак ва паринсиматоз органларга булинади.

Чики ковак органлар (меъда, ичак, ут ва сийдик кони) ёритилганда уларнинг ичидаги моддалар (меъда шираси, ичак шираси ва нажас сийдик) корин бушлигида тушиб корин парадасининг ялигланиши, яъни перитонит ривожланади. Агар овкат хазм килиш йулининг юкори кисмидаги аъзолар зарарланса – меъда ун икки бармокли ичак касаликларининг белгиси намоён булади.

Даволаш. Беомр шошилнч суръатда операция клиниси керак. Лапоротомия клиб ёритилган жой тикилади., Агар ковак органлар жарохати чеккалари парча – парча булиб турган булса унда органнинг зарарланган кисми резекция килинади. Диагностика кечиса, притонид кучайиб, корин бушлигига йиринг ахлат аралашиб огир окибатларга олиб келади.

Паренхиматоз органларнинг шикастланиши жигар, талок, буйраклар бушликка кон кетиши билан хавлидир. Биринчи дакикаларда кучли огрик булади, ички кон кетиш натижасида уткир камконлик ривожланади. Беморнинг юзи окариб пульси тезлашади ва кучсизланади, боши айланади, кусади артериаль кон босими тобора пасайиб боради. Перитониаль белгилар аввалида ноаник булади. Теркуссия килинганда кориннинг пастки ва ёк кисимларида тунток паст оовуш эшитилади. Касалнин ҳолати узгартирилса бу товуш ҳам уз жойини узгартиради. Перитонит ривожланиш билан бемор ҳолати огирлашади.

Даволаш кон кетишини тухтатиш учун зудлик билан операция килинади. Жигарнин шикастланган кисми одатда тикилади ва катта чарви билан тампонада килинади; тежамли резекция килинади. Талок олиб ташланади, кичикрок ёрик булса тикилади. Талок шикастида икки боскичли ёрилиш кузатилади: аввалига орган компунсация остига кон тупланади ва маълум вақт утгач карсула остига кон кетаверса иккиламчи ёрилади ва ички кон кетиш, шок аломатларни беради.

Жигар тукумасига кон кетишининг компьютер томография, ангиография, радиоизатор сипинтиграфия, ультратовуш ёрдамида текшириш билан аникланади.

Меъда ости беги зарарлаганда унинг ферментлари атрофидаги тукумаларга ёмон таъсир курсатиб, огир перитонитни пайдо килади. Агар меъда ости безининг бош кисми зарарланган булса, диагностика килиш булади ва йирингли жараён корин парда орка бушлигида ривожланади.

Даволаш тезкорлик билан операция килинади. Буйрак емирилиб кетганда кон кетиши корин парда орка кисмидан паренефрал сахтга таркалади. интраперитонеал – корин бушлигига таркалади. Ундан ташқари, ёрилган буйракдан кон аралаш сийдик, ретроперитоеал юзага ёки корин бушлигида тушади. Унча катта булмаган буйрак ёриги консерватив даволанади, буйрак кенг ёритилганда тухтамаётган кон кетишса операция йули билан бажарилади. Буйрак ёригига чок қуйилади ёки олиб ташланади.

Корин бушлиги ичида сийдик коугининг ёрилиши натижасида сийдик перитонитга олиб келади, бу ҳолда тезда операция килиб сийдик пуфаги буутнлигини тиклаш зарур. Агар сийдик пуфагининг пастки кисмлари ёрилса ундан суюклик пуфак атрофидаги ёг каватига тушади. Фмгномасини пайдо килади. Огир интоксикацияга олиб келади. Бу ҳолда сийдик пуфагига фустула кушилади. Корин бушлигидан ва корин пардаси орка кисмидаги органлар иккиламчи – кобург ва чанок суяклар синганда ҳам вужудга келади.

Ковак ва паренхиматоз органлар зарарланганда тезкор лапоратомия зарур, чунки кечикиш огир асоратларга сабаб булади.

Қориннинг уқотар жароҳатларидаги тиббий ёрдам хажми.

Жанг майдони 1-тиббий ёрдам (зарарланиш учоғида) жароҳатланган аскарни топиш, қорин жароҳатига катта (айниқса, жароҳатдан ичак тери қисми ва чарвининг тулиб қолиши) ва кенг асептик боғлам қуйиш. Ҳар бир аскар жароҳатдан чиқиб турган ички органларни ичкарига тикиш мумкун эмаслигини билиши шарт. Қушилиб келган жароҳатларда шунгамос (хос) тиббий ёрдам курсатилади. Масалан, қориннинг жароҳатида ва тизза қопқоғи жароҳатланганида- транспорт иммобилизация килинади. Жанг майдонидан носилкаларда кучирилади. Куп кон юқотилаётганда бош томони пастга туширилган ҳолда кучирилади.

2.Шифокоргача булган ёрдам-биринчи тиббий ёрдам кенгрок ҳолда утказилади.

Олдинрок қуйилган боғлам туғриланади. Боғлам БрТП да қуйилади, боғлам кенг булиши қорин деворининг ҳамма томонларига етиши керак. Анагетиклар юборилади; бундан ташқари, юрак воситалари берилади ва носилкаларда БрТП га утирган ҳолда транспортировка килинади.

3.Шифокор ёрдами (БрТП). Кечиктириб булмайдиган чоралар жароҳатланганларни кейинги босқичга қисқа вақт ичида кучиришга қаратилган. Тиббий саралаш вақтида қорин жароҳати олганлар 3 гуруҳга бўлинган:

I гуруҳ-урта оғирликда жароҳатланганлар. Боғламлар туғриланади ёки янгиси қўйилади, антибиотиклар юборилади ;яна қоқшол анатоксини ва морфин гидрохлориди ҳам юборилади. Чиқиб турган ички органлар ичкарига киритилмайди. Стерил пинсет билан стерил марли салфеткалар ичак тугунлари орасига ва терига қўйилиб,устидан катта қуруқ марли компресслар қўйилади, бу ичаклар тугунларини ичак юлларини совишдан сақлаш учун. Компресслар кенг бинт билан фиксация қилинади. Совуқ вақтларда жароҳатланганларни одеял билан ёпилади, грелкалар қўйилади, чунки совуқ қотиш шокни кучайтиради . Бундай беморларни санитар транспортли билан (ҳаво йуллари орқали) орқага ётган,тиззалари букланган (тагига одеяллар ёки валик қўйилган)ҳолда биринчи навбатда транспортировка қилинади.

II гуруҳ –оғир ҳолдаги жароҳатланганлар киради. Кучиришга тайёрлаш билан бир қаторда шокка қарши тадбирлар утказилади. Паранефрал ёки вагосимпатик блокадалар,полиглюкин ва оғриқ қолдирувчи воситаларни вена ичига юбориш,бундан ташқари нафас олувчи ва юрак аналептикларини ва бошқаларни юбориш. Аҳволи яхшиланиши биланоқ аскарларни тезда санитар транспорти билан кейинги босқичга кучириш керак, унга бу босқичда ихтисослашган жарроҳлик ёрдами курсатилади. Шахсий таркиб –жароҳатида на ичиш, на овқатланиш қатъиян ман қилинишини билиш шарт. III гуруҳ –БрТП да парваришлаш учун ва симптоматик даволаниш учун терминал ҳолдаги ярадорлар қолади.

4. Малакали тиббий ёрдам (АТО). АТО да малакали жарроҳлик ёрдами ҳамма қорин жароҳати олган ярадорларга курсатилган . Бу ерда асосий уринни саралаш тутади. Операцияга асосий курсатма бўлиб яраланиш (жароҳат олиш) вақти эмас,балки ярадорнинг умумий аҳволи ва клиник симптомлари асосий курсатма була олади. Принтсипи:қорин ярадорларини қанча қисқа вақт ичида операция қилса, шунча тез, яхши тузалишига имкониятлар купаяди.Лекин яна бир принципни эсда тутиш керак:ярадорни аҳволи қанча оғир булса, операцион травма шунчалик хавфли бўлиши мумкун. Буларни ажратиш учун эса тиббий саралаш олиб борилади, бунда ярадор қўйидаги гуруҳларга бўлинади.

I гуруҳ –давом этувчи массив қорин бушлиғига ёки плевра ичига қон кетиш симптомли ярадорларни тезкор операция хонасига юборилади (торакоабдаминал жароҳатида).

II гуруҳ –аниқ белгиларсиз булган ички қон кетишлари булган ярадорлар, аммо II- III даража шокдагилар шокка қарши терапия олиб борилади шокни даволаш жараёнида ярадорлар 2 категорияга бўлинади.

А) Ҳаёт зарур булган операцияларнинг артериал босими турғун кутарилиши (А/Б 80-90 мм сим.уст.) билан ярадорлар аҳволи яхшиланади. Бундай беморлар операция хонасига юборилади.

Б) Ички қон кетишнинг аниқ белгиларсиз булган ярадорлар. Улар тезкор жарроҳлик даволашни талаб қилади, лекин органик функциялари тикланмаган аммо артериал босими 9,3 кПа(70 мм.сим.уст) паст турмоқда. Бундай беморлар операция қилинмайдиганлар сафига кириб, консерватив даво учун АТОнинг госпитал бўлимига юборилади.

III гуруҳ –қоникарли аҳволдаги кечиктириб олиб келинган ярадорлар, лекин перитонит белгиларини кузатиш ва консерватив даволаш учун стационарга юборилади.

IV гуруҳ- терминал ҳолатдаги ярадорлар консерватив даво учун госпитал бўлимига юборилади.

V гуруҳ- қоринга тешиб кирмайдиган жароҳатли ярадорлар (ички органлар шикастланишларсиз). Бундай ярадорларга тактика асосан тиббий тактик ҳолатга боғлиқ булади. Таъкидланишича, қорин деворини ҳар бир жароҳати БрТП ва АТО да потенциал тешиб утувчи деб борилади.

Шу сабабдан АТОдаги шарт-шароитлар юл қуйса (жароҳатланувчилар сони оз) , операция хонасининг узидаёқ ҳар бир беморнинг жароҳати жиддий равишда куздан кечирилиши лозим. Бундай кузланган асосий мақсад жароҳатнинг хусусиятини аниқлаб олишдан иборат. Жароҳат уткир (ёки утмас) тиғли предмет билан етказилган бўлса, жарроҳ даставвал жароҳатга бирламчи ишлов бериши, сунгра қорин бушлиғининг уртасидан уртача ҳажмдаги лапаротомияни амалга ошириб,ички органларнинг аҳволини кузатиши шарт.

Жароҳатланувчилар билан шуғулланиш учун қулай шарт-шароит мавжуд бўлмаса,дастлабки тиббий ёрдам берилиб, (антибиотиклар, оғрикни қолдирувчи воситалар қулланилиши) зудлик билан жароҳатланувчини кучирмоқ керак.

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. А.Ф. Краснова «Сестринское дело» Том 1-2, Издательство «Перспектива» Москва 2000г.
2. С.А. Блинова «Сестринское дело в хирургии». Москва 2006г
3. Барыкина Н «Сестринское дело в хирургии». Москва 2002г
4. П.Г. Брюсова «Военно – полевая хирургия» МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО «ГЕОТАР» Москва 1996г.
5. С.П.Петров «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2007г.
6. В.К.Гостищев «Общая хирургия». Издательская группа «ГЕОТАР- Медиа» Москва 2006г.
7. С.П.Зубарев. «Общая хирургия» С.П. Москва 2004г.
8. ОриповУ.А., Каримов Ш.И «Умумий хирургия»1994й.
9. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар».1993й.
10. Кафедра укув-услугий кулланмалар туплами. 2011 й.