

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

УМУМИЙ ХИРУРГИЯ ВА ОНКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

**«Умумий хирургия» фанидан 3-курс Педиатрия факультети
талабалари учун**

МАЪРУЗАЛАР МАТНЛАРИ

доц. Муртазаев З.И.

Самарқанд

2012–2013 ўқув йили

1-МАВЗУ	Асептика ва антисептика. Кириш. Жаррохлик фани унинг тиббиётда тутган урни, жаррохлик фанининг ривожланишида муҳим аҳамиятга эга бўлган кашфиётлар. Антисептика тушунчаси: гоёнинг пайдо бўлиш сабаблари (И. Зиммельнейс, И. В. Буяльский, Н. И. Пирогов, Луи Пастер). Ж. Листер антисептикаси. антисептика усуллари ривожланиши (механик, физик, кимёвий ва биологик антисептика). Антисептик воситаларнинг таъсир курсатиш механизми. Антисептик усуллардан оқилона куллаш асослари.
----------------	--

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулоти режаси	1. Умумий хирургия фани мақсади, вазифалари; 2. Тарихий ривожланиш давлари; 3. Даволовчи шифокори амалиётида бу фанининг аҳамияти; 4. Асептика асослари билан танишиш. 5. Антисептика асослари билан танишиш.
Ўқув машғулоти мақсади: “Умумий хирургия” 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 чимкиши билан таништириш ва предметнинг вазифасини тушунириш; - Умумий хирургия фанининг илк пайдо бўлиши ҳамда уларнинг намоёндалари билан таништириш; - тиббиётда умумий хирургия фанининг бош масаласини тавсифлаш; - Умумий қисмда кўриб ўтиладиган ташхис турлари систематикаси ва номенклатураси билан таништириш; - илмий билиш усуллари изохлаш ва тасаввур ҳосил қилиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Умумий хирургия фанининг предметини изохлайди; - Умумий хирургия фанининг пайдо бўлиш босқичларини ҳамда уларнинг асосчиларини айтиб беради; - Умумий хирургия фанининг бош масаласига тавсиф беради; - Умумий хирургияда аҳамиятли бўлган текширишларни санайди - Асептика ва антисептика асослари билан, қонун қоидалари билан таништиради, антисептик моддаларни гуруҳлайди, санайди ва мисоллар келтиради; - илмий билишнинг асосий усуллари санаб беради ва изохлайди; - “ Умумий хирургия” фанининг бошқа фанлар билан узаро алоқасини ва уни фанлар ичида тутган урнини тавсифлайди.
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 МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Антисептика. Антисептика усуллари ривожланиши (механик, физик, кимёвий ва биологик антисептика). Антисептик воситаларнинг таъсир кўрсатиш механизми. Антисептика усуллари оқилон қўллаш асослари. Антисептик моддаларни фагоцитозга, бактериостатик ва бактериоцид механизмларга таъсир этиши. Асосий антисептик моддаларни ва антибиотикларни асоратлари ва уларни профилактикаси. Антибиотикларни қўллаш усуллари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёз олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. - Умумий хирургия фанига доир қандай атамаларни биласиз? - тиббий фанларни ўзлаштиришда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада деб ўйлайсиз? - Умумий хирургия фани қайси фанлар асосида шаклланиган? 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 тушунтирилади. 2.3. Умумий хирургия фанининг ривожланиш тарихи ва бу фан ривожланишида ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. - Умумий хирургия ривожланишида қандай тарихий даврлар бўлган; - фаннинг ривожланишида катнашган асосчи олимларни санаб ўтинг ва ишлари таништиринг; - касалликларни классификациялашда нимага 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-босқич.	3.1. Мавзуга якун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.	3.1. Эшити, аниқлаштиради.
Якуний	Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.	3.2. Топширикни ёзиб олади.
(25 мин.)	Мустақил иш учун вазифа: “Асептика ва антисептика” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	

НАЗАРИЙ КИСМ.«Хирургия» сузи кулда бажариш, хунар, мохирлик деган маънони англатади. Хирургияни шундай тор маънода тушуниш бу фаннинг мазмунига тугри келмайди ва бир вақтлар хирургларнинг чиккан суякларни урнига солиш, жароҳатларни тозалаш ва кон олиш каби муолажаларни асосан «кулда бажарган» даврига тааллуқли булиб, факат тарихий ахамияти бор, холос. Хозирги вақтда хирургия деганда даволаш учун туқималарга асосан механик таъсир методи кулланиладиган, паталогик учокни очиш ва уни тугатиш учун аксари уларни кесиш билан утадиган касалликларни урганадиган медицина фанининг етакчи ихтиссосликларидан бири тушунилади. Хирургиянинг илк куртаклари жуда кадим замонларда пайдо булган. Тош асридаги кишиларнинг трепанация килинган (сунъий хосил килинган тешиклар) калла суяклари казилмаларда топилган. Кадимги Мисрликлар оёк-кулларни кесиб ташлашни (ампутация), бичиб куйишни (кастрация) билишган, синган узун найсимон суякларни кимирламайдиган килиб боғлаш техникасидан хабардор булишган. Кадимий Хиндлар хирургик игналарни ишлатишган ва туқималарни тикиш техникасини ишлаб чиқишган. Уларда 100 турдан зиёд хирургик асбоблар булиб, шулар ёрдамида бурунни тиклаш буйича пластик операцияларни профессионал бажаришган, ковуқдан тошларни олиш операцияларини утказишган, жароҳатларни даволашда май, асал ва ёғ ишлатишган (эраиздан 6000 йил илгари). Шифокорлар жуда катта хурмат-эътиборга сазовор булган. Умумий хирургия фани хирургиянинг умумий конкуниятлари: хирургик ёрдамни ташкил килиш, хирургик беморларни клиник текширишнинг хусусиятларини ва усулларини, асептика ва антисептика, анестезиология ва реаниматологиянинг умумий саволлари, кон кетиш ва кон окишини тухтатиш, хирургик операциялар, операциядан олдинги ва кейинги давр, травматологиянинг умумий саволлари, йирингли инфекция ва унинг олдини олиш каби муаммолар ечими билан шугулланади. Умумий хирургия фанининг купгина булимлари, чунончи асептика ва антисептика, огриксизлантириш, кон куйиш, кон кетиш, шок, жароҳатлар тугрисидagi таълимотлари нафакат хирургияни урганишда, балки акушерлик, гинекология, урология, куз касалликлари, ЛОР, нейрохирургик касалликларини урганишда ҳам катта ахамиятга эгадир. Кухна Юнонистонда ва Кадимий Римда хирургия юксак даражада ривож топди. Кухна Юнонистоннинг улуг шоири Гомер: «Битта мохир шифокор куп сонли жангчилардан устун туради», - деб ёзган эди. Бизнинг эраизгача булган V асрда Кухна Юнонистоннинг атокли врач Гиппократ йирингли жароҳатларни даволаш, кон тухтатиш методикасини ишлаб чикган. У операцияга тайёргарлик куришда озодаликга каттик риоя килиш, тоза ёмгир сувини ишлатишни тавсия этди. Суяк синишларни даволашда у шиналар, тахтакач ишлатди, массаж, гимнастикани жорий килди, унинг хирургик техникаси эса жуда юксак даражада булган. Эраизнинг I асрида яшаган Кадимий Рим врач Целъс уз мохият эътибори билан энциклопедик булган куп сонли асарлар ёзиб колдириб, буларда уша даврнинг медицина билимларини батафсил баён килди. У хозирги вақтда ҳам уз актуаллигини саклаб колган операциялар (масалан, катарактани олиб ташлаш, ковуқдан тошларни олиб ташлаш, калла суягини трепанация килиш) ни тасвирлаган. Эраизнинг II асрида яшаган Византиялик врач Клавди Гален 13 аср мобайнида медицинада хукм сурган

илмий мерос колдирган. У физиология, анатомия ва амалий хирургияга доир талайгина кимматли маълумотлар колдирди. Гален конаб турган томирни бураш йули билан кон окимини тухтатиш методикасини ишлаб чикди. Чокларни тикишда у ипак ишлатди, тиртик лабни операция килиш усулни ва бошка куп операцияларни тасвирлаб берди. Бухородан чиккан улуг олим ва шифокор, 100 дан ортик илмий асарлар колдирган Абу Али ибн Сино (Авиценна, 980-1037 й.) хирургиянинг ривожланишига катта хисса кушди. Ибн Синонинг шу даврнинг назарий ва амалий медицинасини таърифлаб берган «Тиб конунлари» асари алохида диккатга сазовордир. Машхур Француз хирурги Амбруоз Паре (1517-1590) ук теккан жарохатлар тугрисида таълимот яратди. Ампутация техникасини такомиллаштириш ва унда кон томирларни боғлашда А. Паренинг хизмати саналади. Жарохатларни даволашда Парацельс (1493-1541й.) бой тажрибага эга эди. У назарий ва амалий медицинани ишлаб чиқишда химиянинг ютуқларидан фойдаланди, жарохатни битирадиган воситалар ва купгина дори препаратларини куллаш методикасини ишлаб чикди. Вазелийнинг (1514-1564) анатомик тадқиқотлари, Гарвейнинг (1578-1657) кон айланиш конунлари кашф килиган, Левенгук (1632-1723) томонидан микроскопнинг ихтиро қилиниши хирургиянинг жадал суръатлар билан ривожланиши учун шароит яратиб берди. Хирургия фан сифатида XVIII асрда тан олнди. Француз хирурги Лафраниш Париждаги Сарбонна университетиде хирургия бўйича маърузалар уқишга муваффақ бўлди. 1731 йилда Француз хирургия академияси ташкил этилди. XIX асрда хирургиянинг ривожланишида жуда ахамиятли кашфиётлар ва ютуқларга эришилди.

АНТИСЕПТИКА

Антисептика деб жарохатдаги, паталогик тузилмадаги ёки умуман организмдаги патоген микроорганизмларни йукотиш ёки микдорини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар йигиндисиға айтилади. XIX асрнинг ярмига қадар операция қилинган беморларнинг 80% дан ортиги операциян жарохатнинг йирингли, чиритувчи ва гангреноз асоратларидан халос булар эди, уша даврда бу асоратларнинг сабаби номаълум эди. Лун Пастер томонидан чириш ва бижгиш ходисаларига микроорганизмлар сабабчи эканлиги кашф қилинган микробиология ва хирургия жадал ривожланди. Венгер врач И.Ф. Земмельвейс 1847 йилда туғруқдан кейинги сепсиснинг сабаби бўлиб туғган аёлни кул билан бачадон ичи текшириши вақтида врачнинг «мурда захрини» қиритилиши хисобланади деб тақидланган эди. у акушерлар қулини хлорли охак эритмаси билан ювишини талаб қилди ва асоратлар сонини бирмунча камайтирди. Инглиз хирурги Джордж Листер операциядан кейинги беморлар улимининг сабабларини урганар экан, бу асоратларга операциян жарохатга тушган бактериялар сабабчи деган хулосаға келди ва антисептика усулини ташкил қиладиган чора-тадбирлар тузилишини ишлаб чикди (1867й).

1. Операция хонасининг хавосини махсус аппарат ёрдамида қорбол кислота эритмаси пурқалар эди.

2. Хирургик инструментлар, чок ва боғлов материали, шунингдек хирург қули 2-3% ли қорбол кислота эритмаси билан юкумсизлантирилар эди

3. Операциян майдон 2-36% ли қорбол кислота эритмаси билан ишланган

4. Операциядан сунг операциян жарохат 5% ли қорбол кислота шимдирилган махсус боғлама билан ёпилган.

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

усулининг ижобий томонлари билан бир каторда салбий томонлари ҳам кузатилади, чунончи операция хонаси хавосидаги карбол кислота бугларидан нафас олиш тиббий персонал ва беморнинг захарланишига, хирург кулини 2-3% ли карбол кислота эритмаси билан кайта ишлаш терини кучли таъсирлантириши, операцион жароҳатга қуйилган карбол кислота эритмаси шимдирилган боглама микробларни улдириши билан бир каторда туқималарнинг кенг некрозига ҳам сабабчи бўлди. Микробиологиянинг кейинги ривожланиши натижасида микроорганизмларни юқори ҳарорат таъсирида ҳам улдириш мумкинлигини исботлади. Хирурглар Субботин М.С. ва Э.Бергман хирургик инструменлар, операцион оклилар, боглов 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 Берминда ўтказилган хирурглар X халқаро конгрессида Э.Бергман докладидан сўнг асептика тулик тан олинди. Дастлабки йилларда асептикани амалий хирургияда антисептик воситаларсиз факат узини қўллаш унинг қамчилик томонларини ҳам очиқ берди. Антисептик воситалардан вос кечиш узини оқламади. Химиянинг ривожланиши билан қам захарли антисептик воситалар яратилди, бу эса асептикани турли антисептик воситалар билан бирга қўллашга олиб келди.

Антисептикнинг қуйидаги усуллари мавжуд:

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

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

Физик антисептика. Жароҳатда бактериялар ривожланишига ноқулай шароитлар тугдириш, уларнинг токсинлари ва туқималар парчаланиш маҳсулотлари сурилишни қамайтиришга қаратилган физикавий омилларни қўллаш физик антисептикани ташкил қилади. Физик антисептиканинг асосий вазифаси-жароҳат ажралмасининг богламага чиқиши ва сурилиши гигроскопиклик ҳодисага асосланган, бу тиббий доканинг ўзича жароҳат ажралмасини (экссудат) ни шимиб олиш хусусияти орқали амалга ошади. (М.Я.Преображенский, 1894).

Химиявий антисептика. Бактериоцид ёки бактериостатик таъсирга эга бўлган турли химиявий моддаларни қўллаш химиявий антисептикани ташкил қилади. Химиявий антисептикаларнинг умумий ва маҳаллий таъсири микроорганизм ва унинг туқима хужайралари учун етарлича ҳавфсиз ва микроблар учун улдирувчи бўлиши керак. Антисептикалар микробларга оксидловчи, одсорбцияловчи, оксилларни денатурацияловчи, дегидротацияловчи ва бошқа таъсирларга эга. Ҳозирги вақтда қўп сонли антисептиклар қўлланилади. Қуйида келтирилган гуруҳлардаги моддалар ҳаммадан қўп маълум.

Биологик антисептика. Бактериоцид ёки бактериостатик таъсирга эга бўлган турли биологик моддаларни қўллаш биологик антисептикани ташкил қилади.

Биологикантисептикаларнинг 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 буғим, қорин ёки плевра бўшлиғига 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.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков, Ю. В. Стручков. Общая хирургия М. Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М. Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М. Ташкент 1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. 1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eururgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л. Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М. Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизация применяемые в медицине. М. Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА, С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurderly-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra,vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php, shop.medicinform.net/showtov.asp,

2-мавзу	Э. Бергман асептикаси. Асептика - жаррохлик инфекциянинг олдини олишда замонавий усулларнинг ишлатилиши ва самарадорлигини ошириш. Инфекция манбалари. Эндоген ва экзоген инфекция (хаво томчи оркали, имплантацион, контакт) ва уни олдини олиш чора тадбирлари.
----------------	---

Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	Э. Бергман асептикаси Асептика - жаррохлик инфекциянинг олдини олишда замонавий усулларнинг ишлатилиши ва самарадорлигини ошириш. Беморларни текшириш усуллари; Эндоген ва экзоген инфекция (хаво томчи оркали, имплантацион, контакт) ва уни олдини олиш чора тадбирлари.
Ўқув машғулотининг мақсади: “Умумий хирургия” фанининг предмети ва билиш усуллари, ривожланиш тарихи бошқа фанлар билан алоқаси тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.	
Педагогик вазифалар: -Э. Бергман асептикаси Асептика - жаррохлик инфекциянинг олдини олишда замонавий усулларнинг ишлатилиши ва самарадорлигини ошириш. Беморларни текшириш усуллари; Эндоген ва экзоген инфекция (хаво томчи оркали, имплантацион, контакт) ва уни олдини олиш чора тадбирлари	Ўқув фаолиятининг натижалари:Талаба: -Э. Бергман асептикаси Асептика - жаррохлик инфекциянинг олдини олишда замонавий усулларнинг ишлатилиши ва самарадорлигини ошириш. Беморларни текшириш усуллари; Эндоген ва экзоген инфекция (хаво томчи оркали, имплантацион, контакт) ва уни олдини олиш чора тадбирлари
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 машғулотининг технологияи картаси

Босқичлар, вакти	Фаолият мазмуни Асептика. Асептика – хирургияда инфекциянинг олдини олишда замонавий усулларнинг ишлатилиши ва самарадорлигини ошириш. Инфекция манбалари. Эндоген ва экзоген инфекция (хаво-томчи оркали, имплантацион, контакт) уни олдини олиш чора тадбирлари.	
	Ўқитувчи	Талаба

1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув маишулотидан қутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб
2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавобўтказади. - Умумий хирургия фанига доир қандай атамаларни биласиз? - тиббий фанларни ўзлаштиришда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада дебўйлайсиз? - Умумий хирургия фани қайси фанлар асосида шаклланган? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида 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 тушунтирилади. 2.3. Умумий хирургия фанининг ривожланиш тарихи ва бу фан ривожланишида ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. - Умумий хирургия ривожланишида қандай тарихий даврлар бўлган; -фаннинг ривожланишида катнашган асосчи олимларни санаб утинг ва ишлари таништиринг; -касалликларни классификациялашда нималарга асосланган;	2.1. Эшитади. Навбат билан бир-бирини такрорлам аятамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунин
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: “Асептика” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топшири

Назарий қисм. Жароҳатга микроорганизмлар ёки улар спораларининг тушушини олдини олишга қаратилган муолажалар йигиндиси асептика дейилади. Асептиканинг асосини жароҳатга алоқаси булган 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 терисида, шиллик пардаларда, ошқозон ичак йулида ва юкори нафас йулларида учрайди. Улар жароҳатга тугридан - тугри 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 организмиде имунитети пасайса касаллик чақириб қобилиятига эга бўлиб қолади. Мисол учун операция муваффақиятли тугаб бемор касалхонадан чиқиб кетади, 5-6 ой утгач, операциядан кейинги қандик йиринглаши ёки окма яра пайдо бўлиши мумкин. Контакт /тегиб кетиш/ йули билан юкадиган микроорганизмларни йукотишнинг бирдан-бир усули, жароҳатга тегиши мумкин булган барча нарсаларни стериллашдир. Бунинг учун операциядан окликлар, боғлов ва тикув материаллари, кулқоплар, асбоблар, хирург куллари ва операциядан 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: кудириш, курук иссиқлик, чуғлантириш, кайнатиш, автоклавлаш, кимёвий моддалар билан тозалаш туфайли эришиш мумкин.

Боглов материалларини, асбоб ускуналар ва чойшабларни стериллаш 4 боскичдан иборат булади:

1 боскич-материалларни стериллашга тайёрлаш

2 боскич-материалларни жойлаштириш

3 боскич-стериллаш

4 боскич-стерилланган материалларни саклаш

1-боскич стериллашдан олдин асбоб-ускуналарни тайёрлаш - бундан мақсад асбоблар, шприцлар, игналар, куп марта кулланиладиган конни куйиш системаларини механик тозалашдир.

Ишлатилган асбоблар шу захоти оқар илик водопровод сувида шётка яхшилаб 5 дакика мобайнида ювилади, кейин 50⁰С даража иссиқликда махсус ювиш эритмаларида 15-20 дакика ботириб куйилади. Шприцларни поршенини-цилиндрдан ажратиб ювиш керак.

Асбобларни ювиш учун турли таркибли эритмалар кулланилади:

А эритма-церкидрол-20г, ювиш кукуни («Новость», «Астра») –5г сувдан 975 мл ;

Б эритма-водород пероксидининг 2,5% эритмасидан 200мл, «Новости» ювиш кукуни 5г, сув 795мл.

Асбобларни юкорида тақидланган эритмаларда саклангач, уларни шу эритмани узида шётка билан яхшилаб ювиш керак, шундан сунг оқиб турган сувда ювиш ва дистилланган сувда чайиб олиш керак.

Йиринг, ичак ахлатлари билан ифлосланган асбоблар ювишдан олдин сирли идишга солиниб, 0,1% ли диоксид эритмасига ёки 5% ли лизолга 30 дакика ботириб куйилади. Шундан сунг юкорида кайд килинган усулда ювилади.

Анаэроб микроорганизмлар чакирган касалликларни операция килишда фойдаланилган асбобларни 6% ли водород пероксиди, 0,5% ли ювиш эритмасидан иборат суюқликда 1 соат тутиш, сунг эритмада яхшилаб ювиш хамда 90 дакика мобайнида кайнатиш тавсия этилади. Шу вазифаларни амалга оширгач асбобларни юкорида курсатилган усулда ювилади.

Дори моддаларни куритишда фойдаланилган игналарни ювиш бир мунча мушкулдур. Игналар шприцларга олинган иссиқ 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 иссиқликда куритилади, шундан сунг улар стериллашга тайёр хисобланади. Резина кулкоплар конга беланган булса, кулдан ечмасдан илик оқар сувда яхшилаб ювилади ва 30⁰С дакика 0,5% ли нашатир спиртида ёки А,Б ювиш эритмаларига ботирилиб куйилади. Сунг оқар сувда чайилади, куритилади ва стериллаш учун материалларга уралади. Йиринг билан ёки ичак ахлатлар билан ифлосланган кулкоплар стерилланмайди ва ёкиб юборилади. Асбоб-ускуналар, шприц 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 шприц оркали утказилиб пахта булагига томизилади. Шу рангсиз суюқлик 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 иссиқли махсус шкафларда стериллашда уларни тик холатда металл идишларга терилиб куйилади. Шприцларга эса поршени цилиндридан ажратиблиб коғоз халтачаларга солинган холда стерилланадилар.

Стериллаш автоклавларда босим остида окувчан буг билан олиб борилганда асбоб-ускуналар, окликлар, кулкоплар, шприцлар махсус бикс (Шеммельбуш) ларга

жойлаштирилиб, кейин автолавкага солинади. Агар бикслар булмаса, бироз каттикрок матодан тайёрланган халтачалардан фойдаланиш мумкин.

Шпирцларни поршен ва цилиндрлари алохида холда салфеткаларга уралиб жойлаштирилади.

3-боскич-стериллаш. Асбоб-ускуналар ва шпирцларни, нина ва шиша идишларни махсус курук исикли 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-ускуналар ва шпирцларни 2 атмосфера босим остида 20 дакика давомида стериллаш мумкин. Стериллаш вакти атмосфера босими 2 атм. Исиклик даражаси 132⁰С га етгандан бошлаб белгиланиши керак, буг резина кулкоплар, дренажлар, (найча) 1, 1 атмосфера босим, 120⁰С исиклигида 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 оламин. Ёрликда булим номи стерилизацияга тайёрланган ой куни, биксда нима жойлаштирилгани ёзиб куйилади. Стериллашни автоклавда ва курук исикли 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 шпирцлар, 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 вакти тугагач асбоблар кайнатгичнинг элак кисми билан махсус илмоклар ёрдамида чиқариб олинади ва стерил столга куйилади. Шприц ва игналар бошка кайнатгичларда сувга сода парашоги кушмасдан цилиндри ва поршени бир-биридан ажратилган холда 45 дакика мобайнида стерилланиши керак. 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 килади, кулкопларни эса катталаштириб юборади. Гастроудоденоскоп, бронхоскоп, лапароскоп, цистоскоп, гемосорбция килиш ва суний кон айлантирувчи аппаратлар ёки уларнинг айрим кисмларини исиклик таъсирида стериллаш мумкин эмас, шунинг учун уларни махсус газли камера (ГПД - 250) дан фойдаланиб стериллаш мумкин. Стериллаш мумкин булган аппаратлар герметик ёпик камерага солиниб этиоген оксиди газ билан тулдирилади ва 18⁰С даражали исикликда 16 соат тутилади, агар газлар аралашмаси, (этилонексиди билан метилен бромиди) кулланилса, исиклик 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 огзи ёпик холда амалга оширилиши шарт, акс холда эритмаларнинг бугланиши туфайли атроф-мухит хавоси ифлосланади. Аппартлар идишларга солиниб улар юзаси бутунлай ботгунча кимёвий эритма куйилади ва огзи копкоп билан ёпилади. Агар махсус идишлар булмаса, стерилланган ёки шиша идишлардан фойдаланилса булади.Зудлик билан стериллаш лозим булганда, юкоридаги усулларни куллаб булмайди. Шунинг учун куйдириш усулини куллаш мумкин. Металл лаганга ёки ликопчага 15-20 мл. спирт солинади ва асбоблар жойлаштирилиб спирт ёкилади. Бу усулда стериллаш махсадга мувофик келмайди, чунки исиклик таъсир килиш киска муддатли булиб, микроорганизмларнинг споралари тирик колади ёки атроф-мухитда бошка газлар аралашмаси булса, портлаш юзага келади.Уткир тигли асбоблар (кайчи, пичок, скальпель, ампутацион арра) исиклик таъсирида стерилланганида утмас булиб колади, шунинг учун уларни хам «совук» усулда стериллаш керак. Бунинг учун 96 даражали спиртга 30 дакика ботириб куйиш, учламчи эритмада 3 соат тутиш керак булади.

4-боскич стерилланган материалларни саклаш.

Стерилланган асбоблар ва материаллар алохида хоналарда сакланади. Уларни стерилланмаган материаллар билан бирга тутиш маън килинади. Бикслардаги стерил материаллар 2 кеча-кундуз (18 соат) очилмай сакланиш мумкин. Махсус когоз халталарга солиб автоклавда стерилланган шпирцларни 25 кеча-кундузгача саклаш мумкин булади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков, Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.Ташкент1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eururgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л.Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л.Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М.Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М.Медицина. 1963
7. Под редакцией проф.Б.О.Милькова Хирургические манипуляции Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М.Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М.Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизация применяемые в медицине. М.Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М.Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurderly-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra,vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php, shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Кон кетиш ва унинг тухтатиш усуллари. Кон ва унинг урнини босувчи эритмаларни куйиш.

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1.Кон кетиш тушунчаси, таснифи; 2.Кон кетиш этиологияси; 3.Кон кетиш патогенези; 4.Кон кетиш клиникаси ва диагностикаси; 5.Кон кетишни тухтатиш усуллари; 6.Кон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш.
Ўқув 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: - Кон кетиш тушунчаси, таснифи, этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси, кон кетишни тухтатиш усуллари, кон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш усуллари билан таништириш ва тушунтириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Кон кетиш тушунчаси, таснифи, этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси, кон кетишни тухтатиш усуллари, кон 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 жиҳозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

6-мавзу	Фаолият мазмуни. Қон кетиш ва уни тухтатиш, қон ва унинг урнини босувчи эритмаларни қуйиш.Изох бериш. Таснифи. Қон йуқотиш хажмини аниқловчи факторлар ва қон йуқотишни натижаси. Ташхиси. Клиник белгилар. Уткир қон йуқотиш. Ташқи ва ичак қон кетиш. Организмга қон йуқотишни таъсири. Химоя компенсатор реакция. Қон кетишни тухтатиш. Иккиламчи қон кетиш. Қон кетишда қулланиладиган комплекс терапия. Тарихи.Трансфузиологиянинг умумий масалалари. Қон манбалари. Қуйилган қонни таъсир механизми. Асосий гемотрансфузион суюқликлар. Қоннинг антиген системаси ва трансфузиологияда уни урни. Қон қуйишни асосий усуллари. Қон қуйишда шифокорлар бажарадиган ишлар ва уларни кетма-кетлиги. Қон қуйишдаги учрайдиган асоратлар. Қон урнини босувчи эритмалар. Гемодинамик, шокка қарши, дезинтоксикацион суюқликлар. Электролит эритмалар. Парентерал озиклантириш принциплари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. <i>Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйилган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. <i>Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</i> - Қон кетиш деб нимага айтилади? - Қон кетишда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада дебўйлайсиз? -Кандай қон кетишларни биласиз? 2.2. <i>Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида 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; -вактинча ва батамом қон тухтатиш усуллари санаб утинг ва таништиринг; -қон кетишнинг 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 такрорламайатамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллармазмунини 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. Мустақил иш учун вазифа: “қон кетиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

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

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

Кон 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 кон босимининг тез қутарилиб кетиши ва кон қимёвий таркибини (кон ивишининг пасайиб кетиши) узгаришига ҳам олиб келади. Кон оқишининг сабаби биргина бўлмасдан, қўп вазиятларда ҳам қўёбга чиқиши мумкин. Масалан, сепсис, ва ҳолемия ҳолатларида кон кетиши мураккаб жараён бўлиб, бутун танадаги узгаришларни ўз ичига олади. Томир деворларининг касаллик оқибатида юпка тортиши учун енгилгина таъсир ҳам кон кетиш учун қўфоя қилади. Заҳм касаллигида томир деворининг қенгайиши турли тезқор кон босимининг қутарилиб кетиши аневризмининг ёрилиб кетишига сабаб бўлади. Кон кетиши фақатгина жаррохликда ўчрамасдан, балки доячиликда, яъни бачадондан турли сабаблар таъсирида кон оқиши, тирапевт ва невропатолог амалиётида кексаларда ва кон босими ошган беморларга бирданига миёга кон қўйилиб қўлаж бўлиб қолиши ҳолларда, окулистлар амалиётида қўз қўқимасига кон қўйилиши бў масаланинг тиббиётда қатта аҳамияти борлигини қўрсатади.

Кон кетишнинг механизмга қараб қўйидаги турларга бўлинади: ёрилиш таъсирида кон кетиш, томир девори емирилганда кон кетиш эрозия натижасида кон кетиши. Қоннинг кон томирларидан ташқарига чиқишга, унинг оқ ва қўплигига, қўқималарга тарқалишига қараб ўч қўрухга бўлиш мумкин: кон кетиши кон қўйилиши ва гематома. Кон оқиши ёки қтиши деб, томир деворларидан ташқарига кон чиқишга ёки бирор қўқимага, тана аъзосига, унинг ичига тўпланишига айтилади. Кон қўйилиш деганда қўқималарга кон шакли элементларининг сингиши. Ёйғилиши тўшунилади.

ҚОН ҚЕТИШИНИНГ ҚАСНИФИ. Қон кетишининг қаснифи шикастланган кон томирларининг анатомик тўзилиши, сабаблари, ва ташки муҳитга алоқадорлигини ҳисобга олган ҳолда қўйидаги қўрухларга бўлинади:

1.Шикастланган кон томирнинг белгиларига қараб, артериал, веноз қапилляр ва паренхиматоз кон оқиш фарқ қилади. Уларнинг клиник белгилари бир-бирдан фарқ қилади.

Артериал кон кетиш бемор ўчун оғир қечади. Бу ҳолатда томир деворларидан кон қўрак ўришига мосланиб, маҳаллий рити билан тебранади. Қўслородга тўйинган бўлганлиги ўчун оқ қизил рангда бўлади.

Артериал кон кетишнинг ўз-ўзидан тўхтаб қолиш қамдан-қам ҳолда бўлганлиги ўчун беморни қўсқа вақт ичида қамқонликка мўбтало қилади ёки ҳаётини хавф остига қўяди.

Веноз кон томирларидан кон кетиши, артериал кон кетишидан ранг билан фарқ қилади (оқаётган кон ранги қорамтир бўлади томирда кон босими қастлиги сабабли, секин, томчилаб оқади. Қоннинг босими остида ўзлуксиз вена томиридан оқиш фақатгина тананинг ёйрик томирлари шикастланганда қўй бериши мумкин. Қапилляр кон томирларидан кон кетиш қўпинча аралаш бўлиб, майда артерия ва вена томирлари шикастланганда пайдо бўлади. Паренхиматоз кон оқиши паренхиматоз органлар шикастланганда қўй беради. Бундай органларга қигар, талок, бўйрак, ўпка ва шўнга ўхшаш тана аъзолари қиради.

Бу кон оқиши қапиллярдан кон кетишига ўхшаб қетади, бироқ ўз-ўзидан тўхтаб қолмайди ва қўпинча жаррохлик усулини талаб қилади, қўнки бў органларда кон томирлари девори орган стромалари билан ёпишган ҳолда бўлади. Шўнинг ўчун кон ўзлуксиз оқади. Қон қўйишнинг қелтириб қикарувчи сабаблар қўйидагича: а)ташқи таъсир натижасида кон кетиш. Бу ҳолда кон томир шикастланиш таъсирида ўз бутунлигини йўқотади ва кон

окишига олиб келади; б) нейротрофик узгаришлар таъсирида кон кетиши. Унинг сабаблари кон томирлари девори утказувчанлигининг ошиб кетиши; организм химоя кучларининг пасайиб кетиши натижасида бузулиши асосида руёбга келади. Кон окишининг ташки ва ички мухитга боғликлиги қараб ташки, ички ва яширин кон кетиш фарқ қилади.

Ташки кон окиши кон тери сатҳидаги жароҳат натижасида, ташки мухит билан боғлиқ бўлади. Ички кетишда кон туқималари, органларга йигилиб, қуйилиб қолади, бу ҳолат геморрагия деб аталади. Тана бушлиқларига кон йигилганда кон шу бушлиқлар номи билан аталади: корин йигилиши қукрак кафаси бушлиғида кон йигилиши, перикард булишига кон қуйилиши, 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 оқиш, кон аралаш балғам ташлаш, кон аралаш қайд қилиш, сийдик йулакларидан кон оқиш, аёлларнинг қуп хайз қуриши, аёллар таносил органларидан кон кетиши, орқа тешиқдан кон оқиши, ахлатнинг қора қелиши. Туқималарга кон кетганда бириктирувчи туқима, туқималараро бушлиқларга йигилиб, у ерда шиш-инфилтрат ҳосил қилади. Уларнинг қатта —ичиклигига, тарқалишига ва ҳосил қилган шаклига қараб, махсус ном билан аталади. Агар кон туқималарига булак-булак бўлиб қуйилса, туқималарни суриб, улар оралигини кенгайтириб, сунъий ва чекланган оккан билан тулган бушлиқлар ҳосил қилади, бундай кон кетишни гематома дейилади. Гематома икки хил бўлиши мумкин: туқималараро ва бушлиқ гематомаси. Гематоманинг қатта —кичик кон босими ва туқиманинг эластик ҳолатига боғлиқ бўлади. Гематома кон томирларига ташки таъсирот натижасида ва патологик ҳолатларда, шунингдек геморрагик диатез (тромбоцитопения пурпура, гипопластик камқонлик), гемофилия ва шунга ухшаш касалликларда, баъзан уларсиз ҳам пайдо бўлиши мумкин. Гематома ҳар хил натижа билан тугаши мумкин: баъзан оқабган кон томир тромб билан бекилиб қолганда кон сурилади: қуйилган кон таъсирида атрофдаги туқималар таъсирида унинг қалин капсула билан чегараланиши мумкин, унда қоннинг сурилиши секинлашади ва гематома кон кистасига айланади. Кон оқиши давом этаверса, туқималарда тарангланиш қучайиб, тери қоплами гематома оқаради ёки қуқимтир ранг олади.

Бош суяги бушлиғи, қукрак кафаси ва корин бушлиғида кон оқиши шу анатомик тузилмалардаги аъзоларни қисиб қуйиш 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 қамдан-қам уз-уздан тухтаб қолади, чунки шу бушлиқларни чегараловчи сероз парда кон ивишига қисман тусқинлик қилиши ҳусусиятига эга.

Ички кон кетиш уз навбатида аниқ ва яширин бўқилиши мумкин. Аниқ қачонки кон кетиш манбаи аниқ.

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

Яшириш кон кетиш ҳасталиқнинг аниқ белгиларини бермасдан сурункали асоратлар вужудга келтиради: бу ҳолда қамқонлик белгилари намоян 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 қучилиши натижасида юз беради. Бунинг учун у емирилган, кон босими бирданига қутарилган ва томир деворининг бўшашган бўлиши қифоя.

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

Иккиламчи кон кетишнинг сабаблари: 1) биринчи жаррохлик тозалашда, операция пайида кон томири яхши боғланмаганлиги ёки кон кетиш етарли тухтатилмаганлиги. 2) Кон босимининг кутарилиб кетиши. Одатда шикастланиш таъсирида операция даврида кон босими паст булади. Операция вақтида ва операциядан кейин берилган дори-дармонлар, кетаётган конни тухтатиш каби даво муолажалари кон босим албатта кутарилади. 3) Жароҳатга салбий таъсир киладиган шикастлантирувчи боғламларни тез-тез узгартириш: томир атрофида суяк ва металл колдиклар борлиги.

4) Кон кимёвий тузилишининг бузилиши, кон ивишининг чузилиши. 5) Беморда вужудга келган септик ҳолат (анаэроб, йирингли инфекцияни таъсири). 6) томир бушлигидаги тромб ёки хавфсиз усманинг емирилиши. Кон кетишга кон ва атмосфера босимининг таъсири. Кон босимининг кутарилиб кетиши ҳам кон окишига олиб келиши мумкин. Бу вазият бугилганда, кукрак кафаси бирданига қисилганда, каттик йуталганда пайдо бўлиб, унинг белгилари куз ва бошқа шиллик каватларда кон қуйилиши билан вужудга келади. Бундан ташқари, атмосфера босимининг бирданига пасайиб кетиши ҳам бурун, кулок, броих ва бугимларда кон окишга олиб келиши мумкин, бу ҳолат сув ости ишлари (кессон) билан шугулланувчи аквалангистларда учраши мумкин. Вена кон томирларда (бавосилда) ёки кенгайган оёқ вена томирларида намоён бўлиши мумкин. Шунингдек кон кетиш катта ҳажмдаги шиш, эхинококк кистаси (айникса жигардан) жаррохлик йули билан олиб ташланганда ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Кон кетиши тухтатишда кон ивиш хусусиятининг аҳамияти. Коннинг физиологик ивиш хусусияти томир каватида тромб ҳосил қилдириб, кон кетишига тусқинлик қилади, аммо ҳосил бўлиш учун организмда кальций тузлари, фибриноген, протромбин, проконвертин, ва бир неча факторлар (13 та) фактор бўлиши шарт. Бирок шу факторларнинг организмда бўлмаслиги ёки етишмаслиги коннинг ивишига ҳалакит беради. Бундай касаллик ҳолатларига гемофилия ва ҳолемияларни мисол қилиб келтирса булади, чунки уларда кон ивиши секинлашиши ёки бутунлай ивимаслиги мумкин.

Гемофилия-туғма касаллик бўлиб, бунда беморларда кон кетишига мойиллик булади. Бу касаллик асосан эркакларга учраб, конда VIII фактор етишмаслиги сабабли келиб чиқади. Қупинча гемофилия касаллигига мубтало бўлган беморлар ёшлигидаёқ огир кон кетишидан нобуд бўладилар. Кон кетишни тухтатиш учун беморларга коннинг етишмаган VIII факторини (куллайди) қуйилади (криопреципитет, антигемофилия плазма).

Уткир нур касаллиги ҳам кон кетишига мойиллик пайдо қилади. Бу касалликда жароҳатланишга жавобан бўлган вазомотор реакциянинг бузилиши натижасида шикастланган кон томир деворлари қискариб бушлигини кичирайтиради ва томир учи доимо очик ҳолда булади, касаллик авжида кон томирлари мурт бўлиб, тромбоцитлар сони (тромбоцитопеция) камаяди ва конда антикоагулянтлар купаяди, бу вазиятда кон ивишига ҳалакит беради. Руёбга келган иккиламчи кон кетиш уз-уздан кон тухтатиш хусусиятларидан маҳрум булади ва ҳатто кон окишини тухтатувчи моддалар ҳам қучсизлик қилади.

КОН КЕТИШ ДИАГНОСТИКАСИ ВА КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ. Кон кетиш диагностика келиш учун кетиш жойини билиш билан бирга сабаблари ва махсус белгиларини аниқлаш лозим.

Ташки кон кетишда катта магистрал кон томирлар деворининг бутунлигига ишонч ҳосил қилиш керак. Шунингдек кетаётган коннинг ранги, окиш тезлигига ҳам аҳамият бериш лозим.

Артериал томирлардан кон кетганда, унинг ранги оч қизил бўлиб, отилиб чиқади. Артериал томирларда кон кетиш беморни қиска вақт ичида камқонликка олиб келади, томир уриши тезлашиб куз олди қоронгилашади ва боши айланиб, қунгли айнийди. Чунки кон босими камайиб кетади. Бу клиник белгилар бош миyanинг уткир камқонлигидан юз бериб, унинг фаолияти инг бузилганлигини билдиради. Бу асоратга юрак томирлар фаолиятининг бузилиши ҳам қириб, беморни қунгилсиз воқеага олиб келади.

Венадан кон кетиш, артериал кон томирдан кон кетишидан фарқ қилиб, оқётган кон қорамтир рангда булади, бир маромда оқади. Венадан кон окиш қупинча шикастланган томирнинг периферик учидан булади. Аммо шуни ислатиб утиш керакки,

агар вена клапанлари касаллик таъсирида кучсизланган булса (атония) томирнинг шикастланган марказий учидан ҳам кон кетиш мумкин. Юракка яқин 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 аниклаб булавермайди. Масалан оғиздан кон кетишининг сабаблари упка ва нафас олиш аъзоларининг юкори кисмлари, 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 кисмидан кон кетиш мумкин. Кон кетишини аниклашда коннинг ранги оқиш тезлиги ҳам аҳамиятидир. Кип-кизил купирган, хаво заррачалари булган кон кетса, коннинг упкадан кетаётганидан далолат беради, кайд қилганда меъдадан кон кетиш, «кофе қуйкаси» ухшаш суюклик тушса, меъда ва ун икки бармок ичак хасталигидан булиб, бунинг сабаби: гемолобин билан хлорид кислота кунгир рангдаги гематик сульфат ҳосил қилади. Аммо айтилган белгилар билан кон кетаётган жойни аниклаш қийин. Бунинг учун эндоскопик текширув утказиш 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 аникланади. Шунингдек ички кон кетишини AI^{198} нинг коллоид суюклиги 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 аникланса, кон кетаётганлигидан дарак беради. Радиометрияни СПР –68-1 типдаги портатив аппарат ёки махсус сканли мосламалар билан аниклаш мумкин. Ички кон кетишнинг умумий симптомлари уткир кон йуқотиш белгиларини беради. Бу ҳақда қуйроқда фикр юритилади.

КОН КЕТИШНИНГ 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 операциялардан кейин руй беради. Уткир кон кетиши натижасида гомеостазнинг бузилиши марказий гемодинамика функциясининг узғаришига олиб келади. Бу эса периферик кон айланишининг транскопилляр алмашинувига салбий таъсир қурсатади.

КОН КЕТИШ ОЛДИДАН ОРГАНИЗМДА БУЛАДИГАН ПАТОФИЗИОЛОГИК УЗҒАРИШЛАР. 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 борки, уларни билиш, уткир кон йуқотишни тез аниклашда 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 химёвий ва компенсатор механизмларини ишга солади, улар эса тукималар ва тана аъзоларининг доимий перфузиясини ташкил килади. Кон йукотиш шиддатли стресс агенти хисобланиб, симпатикоадренали системасини бевосита ишга солади. Бу реакциянинг таъсири асосан икки факторга кон йукотишнинг тезлиги ва хажмига боғлиқ. Экспериментал тадқиқотлар ва купгина клиник кузатувлар шуни курсатадики, хатто бир неча дакикаларда умумий кон массасининг 10-15% йукотилганда ҳам киши танасида сезиларли гемодинамика узгаришлар пайдо бўлмайди.

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

Кушимча:

9. Нартайлаков М.А. Общая хирургия. Ростов на Дону Феникс 2006. с 255.
10. Постановление № 42 Главного санитарного врача Республики Узбекистан «Об обеспечении безопасности донорской крови и ее компонентов в Республике Узбекистан» 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.

Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Анестезиология, реаниматология асослари. Огриксизлантириш тарихи. Умумий огриксизлантириш на маҳаллий анестезиянинг асосий ривожланиш боскичлари. Замонавий огриксизлантириш усуллари ва турларини таснифи. Наркоз назарияси. Ингаляцион ва ноингаляцион наркоз. Мушак релаксантлари.

Огриксизлантириш асоратлари. Маҳаллий огриксизлантириш. Реанимация асослари. Огриксизлантириш асоратлари ва уларнинг олдини олиш. Наркоз учун керакли аппаратлар. Маҳаллий огриксизлантириш гушунчаси, гурлари. Реаниматология тушунчаси. Клиник улим хақида тушунча.

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	- Огриксизлантириш тушунчаси, тарихи, мақсади, вазифалари; - Умумий огриксизлантириш ва маҳаллий анестезиянинг асосий ривожланиш боскичлари; - Замонавий огриксизлантириш усуллари ва турларини таснифи; - Ингаляцион ва ноингаляцион наркоз; - Огриксизлантириш асоратлари; - Маҳаллий огриксизлантириш; - Реанимация асослари; - Клиник улим хақида тушунча.
Ўқув машғулотининг мақсади: “ Анестезиология, реаниматология асослари” ни билиш усуллари, ривожланиш тарихи бошқа фанлар билан алоқаси тугрисида билимлари хақида тулиқ тасаввурни шакллантириш.	
Педагогик вазифалар: -Огриксизлантириш тушунчаси, тарихи, мақсади, вазифаларини тушунтириш; - Умумий огриксизлантириш ва маҳаллий анестезиянинг асосий ривожланиш боскичлари билан таништириш; - Замонавий огриксизлантириш усуллари ва турларини таснифини тушунтириш; - Ингаляцион ва ноингаляцион наркоз билан таништириш; - Огриксизлантириш асоратлари билан таништириш; - Клиник улим хақида тушунча бериш.	Ўқув фаолиятининг натижалари:Талаба: - Огриксизлантириш тушунчаси, тарихи, мақсади, вазифаларини урганиш; - Умумий огриксизлантириш ва маҳаллий анестезиянинг асосий ривожланиш боскичлари билан танишиш; - Замонавий огриксизлантириш усуллари ва турларини таснифини тушуниш ва билиш; - Ингаляцион ва ноингаляцион наркоз билан танишиш; - Огриксизлантириш асоратлари билан танишиш ва мисоллар келтириш; - Клиник улим хақида тушунчага эга булиш.
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 жиҳозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси

9-мавзу	Фаолият мазмуни Анестезиология, реаниматология асослари. Огриксизлантириш тарихи. Умумий огриксизлантириш на маҳаллий анестезиянинг асосий ривожланиш босқичлари. Замонавий огриксизлантириш усуллари ва турларини таснифи. Наркоз назарияси. Ингаляцион ва ноингаляцион наркоз. Мушак релаксантлари. Огриксизлантириш асоратлари. Маҳаллий огриксизлантириш. Реанимация асосларн. Огриксизлантириш асоратлари ва уларнинг олдини олиш. Наркоз учун керакли аппаратлар. Маҳаллий огриксизлантириш гушунчаси, гурлари. Реаниматология тушунчаси. Клиник улим хакида тушунча.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. - Анестезиология, реаниматология асосларига дойр қандай атамаларни биласиз? - Анестезиология, реаниматология асосларини ўзлаштиришда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада деб ўйлайсиз? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Анестезиология, реаниматология асослари, унинг тарихи. Умумий огриксизлантириш ва маҳаллий анестезиянинг асосий ривожланиш босқичлари. Замонавий огриксизлантириш усуллари ва турларини таснифи Огриксизлантириш асоратлари. Маҳаллий огриксизлантириш аҳамияти тушунтирилади. 2.3. Реанимация асослари, огриксизлантириш асоратлари ва уларнинг профилактикасида ўз ҳиссаларини қўшган олимларнинг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. - Реанимация асосларн. -Огриксизлантириш асоратлари ва уларнинг олдини олиш. - Наркоз учун керакли аппаратлар. -Маҳаллий огриксизлантириш тушунчаси, турлари. -Реаниматология тушунчаси. Клиник улим хакида тушунча 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
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: “анестезиология в реаниматология” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

Назарий қисм.Реанимация деганда наркоз, операция, тасодидий травма, захарланиш ва бошқалар билан боглик асоратлар натижасида юз берган клиник улимда организмни тирилтиришга каратилган тадбирлар комплекси тушунилади. Тирилтириш – ходимларда катта тажриба, тез ва пухта ишлашни талаб киладиган нихоятда мураккаб процесдир.

Терминал, агония олди ва агонал ҳолат.

Бош мия хужайралари кон айланиши тухтагандан сунг 5-6 минут утиши биланок кайтмас узгаришлар учрайди. Шунга кура клиник ва биологик улим фаркланади. 1). Клиник улим деганда юрак ва нафаснинг тухташи тушинилади. Бундай ҳолатда хаёт хам сунмаган ва хаёт фаолиятини тула тиклаш имконияти булади. Клиник улим биологик улимига утиши мумкин, бу процесс кайтмайдиган ҳолатдир. Нафас олиш ва юрак тухташдан ташқари, мурда доғлари ва мурданинг котиш белгилари биологик улимнинг шак – шубҳасиз аломатлари хисобланади.

Баъзан клиник улим бирданига юз бермайди балки катор фазалар – агонал олди ва агонал фазалар утади. Агонал олди фазасида эс хуши сакланган бироқ тормозланиш белгилари булади, артериал босим паст (максимал 60мм, сим.уст.тенг, минимал босимни аниклаб булмайди). Агонал фаза эс – хушни кирарли чикарли булими билан утади. Корачик кенгайган, ёруклик сезмайди. А/Б аникланмайди, томир уриши кулга удолмайди, юрак тонлари бугик, нафас сийрак, юзаки. Клиник улим юз берганда нафас ва пульс булмайди бироқ кон айланиши сакланиб қолади.

Юрак ва нафас етишмовчилигида реанимация усуллари.

Нафас тухташи нафас йуллари кусук мас ва тикилиб қолиши, интубацион найчанинг буралиб кетиши, тилни халқумга кетиб қолиши натижасида упкага хаво утмаслиги мумкин. Бу асорат юз берганда нафас йулларидаги нафас олиб ташлаш ва тилни туткич билан ушлаш катор ҳолларда нафаснинг тухташ сабаб бартараф этилгандан сунг хам нафас шикасланмаслиги мумкин. Бундай вақтда беморга 1-2мл 1%ли лобелин ёки цититон эритмаси 1-2мл 20% ли кордиамин эритмаси 10-20мл 40% ли глюкоза эритмаси юборилади ва суний нафас олди римга киритилади.

Сильвестра усули – Бемор галцанга ётади. Беморнинг билак – кафт устидан ушланади ва куч билан юқорига кутарилади сунгра кулларни купрок кафасига туширилади ва уни каттик босилади. Минутига 14-16 марта шундай ҳаракат қилинади.

Шюллер усули – коворга ёйларини куллар билан ён томонга чузилади (нафас олинади) сунгра қисилади (нафас чикарилади). Юқорида баён этилган методларга караганда асоратлар (ДД-1, ДП-2, ДП-3, РПА-1, РПА-2, РО-1, РО-2, РО-3, РО-5 ва х) ёрдамида нафас бериш купрок самара беради.

Юрак фаолиятининг тухташи.

Юракни бевосита (ёпик) массаж қилиш. Бемор каттик уринга чалканга ётқизилади. Бир кул кафти туш суягининг учдан бир қисмига иккинчиси кафт биринчисининг орқасига қуйилади, куллар тирсак бугимларида ёзилган булиши шарт, минутига 50-60 мартадан куч билан турткисимон ҳаракат қилинади.

Юракни бевосита массаж килиш. Юракни билвосита массаж самара бермаганда бевосита массаж килинади. Кукрак бушлиги операциясида юрак тухтаб колганда амалга оширилади. Кукрак кафаси чап томон 5 ковурга ораси буйича чап томондан очилади. Юракни перикардни очмасдан ва перикардан очиб массаж килиш мумкин. Хирург юракни кафтига олади ва бармоклари хамда кафти ёрдамида юракни куч билан кисади. Бу етарли натижа бермаганда юрак бушлигига адреналин, кальций хлор юборилади. Юрак фаолияти ишлаганда баъзан юрак мускулларнинг оз – моз учини (фибриляция) курилади. Бундай холда юрак дедгбрилятор аппарати ёрдамида 4000-6000 В кучланиш атрофида электр заряд утказилади.

Сувга чукиш ва бугимда биринчи ёрдам курсатиш.

Сувга чукиб улимнинг 3 тури фарк килиб, биринчи ёрдам курсатишда буларни билиш гоят мухим.

Биринчи тури – синкопе холати (юракни тусатдан тухтаб колиши). Бунда хаётий мухим функциялар бирданига рефлектор тарзда тухтайди. Синкопе куркув, каттик хаяжон, совук сув таъсиридан содир булади.

Иккинчи тури – бунда сувга тукаётган шиш нафасини аввалига тутиб туради, гукиб кетмаслик уни актив харакат килади. Чукаётган шиш сув юзасига бир неча марта чалкиб чикади ва чукур нафас олади. Бирок бу хаво кифоя килмайди, гипоксия юз беради, шикастланган шиши хушини йукотади ва батамом сувга чукиб кетади. Нафас харакати кучайиб сув юзасига хаво пуфаклари чикади (нафас кишиш даври). Сунгра нафас сустлашади, иккаламчи (терминал) нафас паузаси содир булади, унинг кетидан агонал нафас юз беради.

Учунчи тури гипоксиядан булади ва асфинтин утиши дейилади. Сув амалда нафас йулларига кирмайди, унинг бу холатда хикилрок ёригида юз берган спазм улим даврининг бошидан охиргача сакланиб колади. Улим асфикация – бугими натижасида содир булади.

Чукиб улимда бир неча даврлар тафовут килинади.

1. Бошлангич давр. 2. Агонал олди давр. 3. Агонал давр. 4. Клиник улим даври. Тирилтиришда юрак ва упка системасига бир вақтнинг узида таъсир

курсатиш максадида комплекс тарзда олиб борилади.

1). Агар шикастланган шиш хуши жойда булса иститиш ва тинчлатиш лозим ва иссик чой, кофе 25-30томчи валериана настойиаси ичириш шарт.

2). Хушини йукотган лекин пульси ва нафаси сакланиб колган булса оёгини баланд кутарган холда носилкага ёткизиб нашотир спирт хидлатиш, кислород инголяцияси 1мл кордиамин ёки 1мл 1% ли лобелин эритмаси ёки 1мл 5%ли эфедрин эритмаси юбориш ва венага 50мл 40% глюкоза эритмаси куйиш лозим.

3). Агар шикастланган шиши терминал холда булса огзига морган сув утлари ва балчикни бармок билан тозалаш керак. Беморни тизза устига эгиб уткизилади ва оркаси куллар билан босилади сув узига окиб тушади.

Хушдан кетиш.

Бунда бош мия томирларида киска муддатли спазм натижасида хушнинг йуколиши тушунилади. Куп кон йукотиш, огрик гаргаш, психин кечинмалар хушдан кетишига сабаб булади.

Клиникаси: тери ва шиллик кават кескин окаради, юза нафас олади, томир уриши сустлашади.

Давоси: шикастланган шиши боши паст оёқлари юкорига килиб ётказилади. Нашатр спирти хидлатилади.

1мл 20% ли кофеин эритмаси

1мл 1% ли лобелин ва ултитон эритмаси инъекция килинади.

Коллапс.

Коллапс деб артериал ва веноз босимининг лекин тушиб кетиши ва айланиб юрадиган массасининг камайиши билан характерланади.

Клиника: бушаши, цианоз белгилари, совук тер чикиши, пульсни ин симон булиши А/Б, тез – тез юзаки нафас олиш.

Давоси: Беморни иситиш. 0,5мл – 0,1% адреналин юбориш. 1мл 5% ли эфедрин эритмаси. 0,5мл 1% ли лобелин эритмаси. кислород ингалацияси 1мл 1% ли мезатон эритмаси в/в. 1% мл – 0,2% ли норадреналин эритмаси юбориш

Анестезиология (an (грекча) – карши, aesthesis – сезги, logos – фан). Огриксизлантириш деганда огрик сезгисини колдириш максадида кулланиладиган тадбирлар йигиндисига тушинилади.

Хозирги замон анестезиологиянинг максади нафакат огрикни колдириш, балким операция давомида ва кенг организм функциясини бош қаришага ҳам қаратилган. Замонавий огриксизлантириш усули пайдо булмасдан олдин операция вақтида беморни огрик изтиробидан холос этиш учун турли усуллар: унинг хушини йукотиш, нерв стволларини механик босиб туриш, операция қилинадиган жойга қор ёки муз қуйиш кулланилади.

Қадимги Миср, Хитой, Юнонистон, Римда мандрагора илдизи, бангидевона, хинд нашаш, белладонна экстракти алкоголь афсон қикуту ва бошқалар кулланилган. Бу моддалар эритма, дахлама ҳолида ичирилган, териға ишлаб суритилган, шунингдек клизмалар ёрдамида юборилган. Бирок огриксизлантиришнинг бу турлари огрикни қисман қамайтирган холос ва қупинча огир асоратларға сабаб булган.

Оёқларда операциялар нервларни жгут ёрдамида қисиб утқазилган. XVI асрда Амбруаз Паре (фаранг хирургик) ушбу усулни куллаб ампутация утқазган. Натижада беморларда операциядан кейинги даврда нерв толаларининг ва қон томирларнинг қисилиши сабабли гангрена ҳолатлари учраган. Абу Али Ибн Сино, 1807- 1812 й. Наполеон армияси хирурглари Ларей, Моршо, Бакре ва бошқалар ампутация операцияларида огриксизлантириш максадида муз ишлатишган.

XIX аср урталарида қупгина химийвий моддаларнинг наркотик хусусиятларининг урганилиши натижасида анестезиологияға асос солинади. 1844 йили тиш врачлари Уэллс анестетик сифатида азот (I) – оксидни, 1846 йили Мортон - эфирни, 1847 йили. Симпсон – хлороформни тақлиф этди.

1902 й. Фармаколог Н.П. Кравков экспериментда ва 1909 й. С.П.Федров клиникада гедонал билан вена ичи наркозни ишлаб қикдилар.

1905 йилда Эйххорн новокаинни тавсия қилди, бундан хозир ҳам кенг фойдаланмоқда.

А.В.Вишневский ва унинг мактаби томонидан маҳаллий анестезия усулларининг урганилиши ва амалиётида кенг тармоқда кулланилишиға асос солинади. Маҳаллий

анестезиянинг очилиши муносабати билан орка мия анестезияси (Долиотти, 1925) утказувчан анестезия (куленкампор), ишлаб чикилди.

Хозирги вақтда наркотик модда дозасини камайтириш мақсадида наркоздан олдин морфин, скополамин, барбитурат кислота препаратлари, фентания ва бошқалар кулланиладиган бўлади. Аралаш ва комбинация килинган наркоз турлари вужудга келади. Ушбу наркоз турларини куллаш билан биргаликда миорелек сайт препаратлардан фойдаланиш катта аҳамиятга эга. Булар скелет мускулларининг тонусини туширади ва интубация килиш ҳамда беморни бошқариладиган нафасга утказиш имконини беради. Бошқариладиган нафас наркоз хавфини камайтиришга ва мураккаб хирургик операцияларни утказишда ёрдам беради.

Умумий огриксизлантириш (наркоз)

Умумий огриксизлантириш – наркоз марказий нерв системасининг дори – дармонлар таъсирида юзага келадиган тормозланиш ҳолати бўлиб, ҳушнинг йуқолиши, сезувчанликнинг ҳаракатнинг шартли ва баъзи бир шартсиз рефлексларининг йуқолиши билан намоён бўлади.

Наркоз вақтида узунчоқ мия функцияси (нафас, томирларни ҳаракатлантирувчи марказлар) сакланиб қолади. Наркотик моддалар миқдори оширилганда марказларга фаложловчи таъсир курсатиши мумкин ва бемор улимга сабаб бўлади.

Наркоз турлари: Наркотик моддаларни киритиш йулларига кура ингаляцион (нафас йуллари оркали) ва ноингаляцион (вена ичи, тугри ичак, тери ости оркали) умумий огриксизлантириш фаркланади. Наркознинг чуқурлигига кура созаки ва чуқур булиши мумкин. Бундан ташқари битта модда берилса соф наркоз (азот (i) – оксид, эфир, фторотон ва бошқалар, бу моддаларнинг аралашмаси кулланилса аралаш наркоз, наркотик моддаларгина эмас, балки уларни юбориш йуллари ҳам комбинацияли наркоз. Купинча наркознинг бир тури базис (асосий) наркоз сифатида кулланилади, сунгра уни бошқа наркотик модда билан давом эттирилади.

Ингаляцион наркоз. Наркотик моддаларни нафас олиш йуллари оркали юборишга ингаляцион наркоз деб айтилади. Ингаляцион наркоз учун суюқ учувчи ва газли наркотик моддалар кулланилади. Ингаляцион наркоз учун кулланиладиган наркотик моддалар:

а) Суюқ наркотик моддалар:

- эфир ($C_2H_5OC_2H_5$) – Aetheraethylicus – узица хос хидли ва ачиштирувчи тами булган рангсиз, тиник суюқлик. Солиштира огирлиги 0,720 – 0,722 (суюқ холди), 2,6 (буг холда). Кайнаш даражаси, 350. Ёруглик ва хаво таъсирида тез парчаланади, шу сабабли корамтир герметик шиша идишлардан сакланади. Эфир тез алангаланади, хаво ёки кислород таъсирида портлаш кузатилади. Сувда эрийди. Эфир сифатини куйдагича аникланади.

- 1). Фильтр коғоздан буглангандан сунг хиди колмаслик керак;
- 2). Ойнадан бугланганидан сунг нордон реакция берадиган чукма колмаслиги керак.

- Хлороформ – Chlorotormium (CHCl_3) – тиник рангсиз суюклик, ачитувчи тамли. Ёругликда тез парчаланади. Солиштирма огирлиги – 1,4-1,5. Кайнаш даражаси $60-62^0$. Корамтир, герметик шиша идишлардан салкин жойда сакланади. Захарлилиги хисобга олиниб ҳозирги вақтда ишлатилмайди.

- Хлор этил – Aethulumchloratum ($\text{C}_2\text{H}_5\text{Cl}$) – рангсиз, тиник, учувчи суюклик узига хос хиди билан. Кайнаш даражаси $12-12,5^0$ солиштирма огирлиги 0,921. осон алангалади. Ёруглик тушмайдиган, салкин жойда сакланади.

- Фтортон – Fhtorotanium – ёкимли хидга эга булган рангсиз суюклик. Алангаланмайди ва портламайди. Эфирдан бир мунча кучли, бироқ захарли.

Бемор 1-2 минут утгач хушидан кетади. Наркоз тезда юз беради. Купинча азот (I) – оксид билан бирга кулланилади. Заргалдок рангли флаконларда чиқарилади.

б) Газсимон наркотик моддалар.

- Азот (I) оксид - (Nitrogeniumoxydulatum) (N_2O) – шодлантирувчи газ. Пулат баллонларда сакланади. Ёнмайди хиди йук. Кислород билан аралашмаси аскарият 70-80%, азот (I) – оксид ва 30-20% кислород хисобидаги аралашмаси ишлатилади.

Циклопропан (C_3H_6) – тез ёниб кетадиган газ портлаш мумкин. Балланларда сакланади. Тез таъсир килади. Купинча бошка воситалар (азот (I) – оксид, эфир) бирга кулланилади.

Наркоз боскичлари ва даражалари. Наркоз вақтида наркотик модданинг концентрацияси ва турига боғлиқ ҳолда унинг муайяи боскичлари ва даражаларини саклаш мумкин. Эфирдан фойдаланишда наркознинг классик кечишини куриб чиқамиз.

- I боскич – анальгезия – 3-4 минут давом этади ва эс – хушнинг хирилашуви, огрик сезгисининг йуқолиши билан характерланади. Корачикларнинг ёругликга реакцияси сакланган, рефлекслар сакланган ҳолда булади. Кон босими пульс аввалги даражада булади. Бу боскичда (хушсиз киладиган рауш – наркоз) – кичикрок операциялар килиш, баъзан огрикка сабаб буладиган муолажаларни бажаришда фойдаланилади. Эфир бериш тухтатилгач бемор тез уйғонади.

- II боскич – кузғалиш даври – бир мунча узок давом этади ва беморда ҳаракат реакциясининг ошиши, нутк марказининг кузғалиши билан характерланади. Артериал босим ошади, пульс тезлашади. Мускул тонуси ва рефлекслари ошади. Тез ва нотекис нафас олади, кайт килиш мумкин. Бу боскич ичкиликдан каттик маст булган одам ҳолатини эслатади. Наркоз чуқурлаштирилганда бемор тинчланади, мускуллар бушади, нафас олиши текисланади, корачиклар кечиклашади – наркоз уйқуси боскичига утади.

- III боскич – наркоз уйқуси даври. Бу боскичда хирургик операциялар бажарилади. Боскичнинг турт даражаси мавжуд:

- III₁ – эс – хуши батамом йуқолган, огрик ва тактил (тери) сезувчанлиги йук. Корачиклар тарайган, бироқ мугуз парда рефлeksi ва мускулларнинг таранглиги сакланиб қолади. Куз саккаларининг «сезиб юрадиган» ҳаракатлари сакланиб қолади.

Ш₂ – корачиклар тарайган, мугуз парда рефлекси сакланиб колган. Мускуллар кисманбушашади. Бу даражада тилнинг халкумга тикилиб колиш хавфи булади.

Ш₃ – пульс секинлашади, артериал босим пасаяди, нафас юзаки булиб колади, куз ёриги кенгаяди, мугуз парда рефлекси йуколади. Мускуллар батамом бушашади.

Ш₄ – нафас бир мунча юзаки, корачиклар кенгайган, ёругликка реакция кузатилмайди, мугуз парда нурсиз. Пульс тезлашган, туликлиги суст. Артериал босим тобора пасаяди. Наркознинг бу даражасига йул куйиб булмайди. Наркоз чукурлаштирилганда улим билан тагайди.

IV боскич – уйгониш даври. Наркознинг барча боскичлари аксинча тартиб билан йуколади. Бу боскич ухлаб колиш давридан узокрок давом этади.

Ингаляцион наркоз усуллари, наркоз учун жихозлар.

Ингаляцион наркоз маска ёрдамида ва интубацион (трахеей ичи ва бронх ичи) усуллари билан утказилади ва наркоз бериш турт схеманинг бири буйича амалга оширилиши мумкин.

1. Очик усул: наркоз вактида бемор наркотик моддани атмосфера хавоси билан бирча нафас олади. Нафас атмосферага чикарилади. Бу усулнинг афзаллиги шундаки, нафас чиқаришда қаршилик булмайди ва системада карбонат ангидрит йигилмайди. Қамчилик томони наркотик моддани аниқ дозада бериб булмаслик.

2. Ярим очик усул – бемор наркотик моддани атмосфера хавосиз нафас олади ва нафасни қайта атмосферага чиқаради. Ярим очик наркоз вактида гипокапния ҳолати кузатилиши мумкин.

3. Ярим ёпик усул. Бемор наркотик моддани атмосфера хавосиз нафас олиб, қисман наркоз апаратига ва қисман атмосферага нафас чиқаради. Бундай апаратларда қумир қислота (угле қислота) ютгич булиши керак. Бу усул ҳозирги вақтда кенг тарқатилган.

4. Ёпик усул. Наркотик моддани нафас олиб, чиқариш атмосфера хавосиз апарат ёрдамида амалга оширилади. Бу усулда наркотик моддалар дозаси аниқ бералади, ва атмосфера ифлосланмайди.

Наркоз учун турли маскалар ва наркоз апаратлар мавжуд. Эсмарк, Шиммельбуш, Жейяр, Садовенко маскалари. Аппаратлардан А-27, АН -1, УН – 1, УНАП – 2, полинаркон, РО – 5, РО – 6, бу аппаратлар тузилиш турли хил хусусиятларига қарамай, ҳама наркоз аппаратлари турта асосий блокдан иборат: баллон билан редуктор, дозиметр, буглатувчи ва нафас системалардан иборат.

Маҳаллий огриксизлантириш: курсатмалар ва қарши курсатмалар, усуллари кечиши, асоратлари.

Маҳаллий огриксизлантириш (анестезия) деганда беморнинг эс – ҳуши сакланиб қолинган ҳолда операцион майдон соҳасидагина огрик сезувчанликни йукотиш тушунилади. Хирургия амалиётига 1905 йилда Эйхорн томонидан маҳаллий огриксизлантириш мақсадида новокаин киритилган. Ҳозирги кунга қадар амалиётида новокаин кенг қулланилиб келинмоқда. Новокаинни ишлатишга психик қасаллик, кескин неврологик қузғалиш қарши курсатма ҳисобланади.

Усуллари:

а) суритиш йули билан анестезия – бу оддий усул хисобланиб, юзаки тукималар ва шиллик каватни огриксизлантириш учун ишлатилади. Бунда 5%-10% совокаин, 0,25%-3% дикаин, 5-10% новокаин эритмалари кулланилади.

б) инфильтрацион анестезия. Операция килинадиган соха тукималарига огриксизлантирувчи дори юборилиб, нерв толалари ва дециторларга таъсир этади. Тукималарда инфильтрация ташкарида ичкарига каватма – кават амалга оширилади.

в) А.В.Вишневский усулида махаллий анестезия – бу усулда новокаин эритмаси куп микдорда юборилади ва бунда тукималар гидравлик ажралиши кузатилади.

г) регионал анестезия – новокаин эритмасини бевосита нервга ёки уни ураб турган тукималарга юборишаг асосланган шу максатда 10-20мл микдорда 1-2% ли новокаин эритмаси кулланилади. Огриксизлантиришнинг бу тури бармоқлардаги операцияларда (Лукашевич – усулида) кулдаги операцияларда (куленкам пор усули), коворгалардаги операцияларда (коворгалараро анестезия).

д) суя кичи анестезияси. Бу усулда огриксизлантирувчи дори суякнинг картикал кисмидаги юмшок каватига юборилади.

е) вена ичи ва артерия ичи анестезияси. Оёк ёки кул консизлантирилгач (яъни 2 та жгут куйилгач) пункция оркали новокаин эритмаси юборилади. (бир, 1908 й, Опель 1909 й).

ж) Совутиб анестезия килиш. Улуг ватан уриши даврида оёклари ампутация килишда С.С. Зодин, С.В. Лобагев совутиш максатида оёкларга жгут куйиб, муз куллашган.

3. Комбинацияли анестезия. Регионал анестезия вақтида кесма буйлаб инфильтрацион анестезияни куллаш мумкин.

Орка мия анестезияси. Орка мия анестезиясини 1899 йилдир бир таклиф этган. Бу усул кенг тарқалган булиб, кенг кулланилмоқда. Орка мия анестезияда огриксизлантирувчи модда орка миянинг субарахноидал бушликка юборилади. Орка мия суюклиги билан аралашиб, нерв илдизларига таъсир этади, натижада огриксизлантирувчи ҳолат юзага келади. Ҳозирги вақтда огриксизлантирувчи модда воситасида новокаин, совкаин, лидокаин эритмалари кулланилади.

Орка мия анестезиясининг кечиши уч боскичдан иборат. Биринчи боскич: дорининг юборилгандан 3-20минг сунг оёкларда иссиқлик сезиб, кейинчалик огрик, иссиқлик ва тантил сезувчанлигининг йуқолиши билан характерланади. Иккинчи боскич: тамоман анестезия ва мускулларнинг бушаши 10-15 минутдан сунг бошланиб 45 минут 2соатгача давом этиши мумкин. Учунчи боскич: ҳаракатнинг тикланиши, сезиш ва бошқа рефлексларнинг тикланиши билан характерланади.

Диафрагмадан пастда жойлашган органларни операция килишда орка мия анестезияси кенг тавсия этилади.

Қарши курсатмалар: а) абсомат қарши курсатмаларга огир шок ҳолати, кон босимнинг пасайлиги, пункция соҳада терининг йирингли жараёни, марказий нерв

системасининг бузилиш, умуртка погонасининг деформацияси; б) нисбий карши курсатмаларга юрак фаолияти декомбенсацисы, огир ахвол, кахексия, нерв системасининг ута таъсирчанлиги, семизлик ёш болаларда, умуртка погонасидаги сурункали касаликлар киради.

Орка мия анестезисиди куйидаги асоратлар кузатилиши мумкин: а) артериал кон босимининг кескин тушиши; б) кунгил айнаиши, кайт килиш, совук тери копланиши, тери ранги окариши; в) нафас тухташи; ва операциядан кейинги даврда. А) йирингли менингит; Б) харакатнинг фалажи ва парези; В) менингизм; Г) бош огриклар.

Перидурал анестезия

Перидурал анестезияни 1925 йилда Долиотти тавсия этган ва кулланган. Перидурал анестезияда огриксизлантирувчи модда перидурал бушликга юборилди ва канал буйлаб пастга – баландга таркалиб нерв толаларига таъсир этади. Орка мия вакти 3-5 соатгача ва парез кузатилмайди, кам хатарли.

Кучайтирилган (потенцирланган) наркоз.

Потенцирланган наркоз – наркознинг шундай тури булиб, бунда асосий наркотик препаратнинг таъсири нерв системасининг турли сохаларда импулсларнинг узилишига олиб келувчи фармакалогик препаратларлар ёрдамида кучайтирилади. Бу перпаратларнинг кулланилиши натижасида паст дозада хам наркотик моддалар наркоз холатини юзага келтиради. Препаратлар таъсирида нейровегетатив блокада ва бунинг окибатида организм реактивлиги хамда операцион жарохатга нисбатан паталогик реакция камаяди. Потенцирланган наркоз учун нейроплегик ва ганглиоблокаторлар, асосан фенотиазин унумлари (алиназин, мепазин ва бошка), литик аралашуви куринишида кулланилади. Куллаш усули ва препаратларнинг дозалари индивидуал хусусиятига караб танланади. Купрок куйидаги усул кулланилади. Операциядан олдин кечкурун беморга ухлатувчи ДВ – люмикал 0,1г ёки амитал натрий 0,1 г, аминазин 0,025г ва этизин 0,025г берилади.

Бу беморнинг тинч ухлашини таъминлайди. Операциядан 45 дакика $\frac{1}{2}$ соат олдин мушак орасига ёки вена ичига куйидаги аралашма юборилади. Аминазин 2,5% - 2мл (50мг). Дипразин 2,5% - 2мл (50мг). Лидол 5% - 2мл (100мл)

Юкоридаги аралашмани вена ичига юбориш учун 5% - 20мл глюкоза билан аралаштириб секинлик билан 15-18 дакика давомида юборилади. Курсатмага караб аралашмани операция вактида хам куллаш мумкин. Курсатилган дозани 200 мл 5% ли глюкоза билан аралаштириб томчилатиб юборилади.

Потенцирланган наркознинг мохияти шундаки наркотиклар сарфланиши тежалиб, организмга токсик таъсири камаяди; организмга паталогик реакциялар таъсири йуколиб, шокнинг ривожланишини энергетик салохиятини саклаб операциядан кейинги даврнинг асоратсиз етишини таъминлайди.

Даволовчи блокадалар

Яллигланиш процессии ва нерв – томирлар бузилишини давомида новокаинли блокадаларни куллаш кенг таркалган. Новокаиннинг кучсиз эритмалари организмга ижобий таъсир курсатиб, паталогик жараёни камайитиришга олиб келади. Новокаинли

блокадаларни утказиладиган хирургик операциялар билан такослаб асептика ва антисептика коидаларига амал килиб стационар шароитда утказилиши лозим. Блокада килинадиган майдон спирт ва 5% йод эритмаси билан тозаланиб, стерил салфеткалар билан урилиши шарт ва блокададан сунг пункция жойи йодонат ёки йод эритмаси билан ишланиб асептик боглама билан боғланади.

Новокаинли блокадаларга курсатмалар: уткир яллигланишлар, ковок органлар тонуси бузилиши, травматик ва гемотрасфузион шок, совук олдириш, куйиш, утки рва сурункали огриклар. Карши курсатмалар: Новокаинни кутара олмаслик, операция килиб булмайдиган ёмон сифатли усмалар, утказиб юборилган перитонит, некротик ва йирингли яллигланишлар.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков.Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.Ташкент1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eurgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л.Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. **Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л.Медицина 1992**
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М.Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М.Медицина. 1963
7. Под редакцией проф.Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М.Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М.Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М.Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др.Антисептика в хирургии М.Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurdery-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php,
www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php,
shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДАТАЎЛИМТЕХНОЛОГИЯСИ

Шикастланиш. Травматизм тушунчаси , унинг олдини олиш , шикастланишда организмнинг умумий реакцияси. Травматик шок. Шикаст ва шикастланиш тушинчаси , таснифи. Шикастланиш шоки: тушинча , клиникси , даволаш асослари, олдини олиш. Жарохатнинг хавфли асоратлари: шок , кон кетиш , инфекция тушиши , уларга карши кураш.

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг режаси	-Шикастланиш хакида тушунча. -Шикастланишлар таснифи. -Травматизм тушунчаси ва унинг олдини олиш -Беморларни текшириш усуллари; -Шикастланиш шоки хакида тушунча. -Жарохатнинг хавфли асоратлари ва улар хакида тушунча. -Травматологик беморларни даволаш усуллари.
Ўқув машгулотининг мақсади: Талабаларга шикастланиш уни турлари шикастланишда организмнинг умумий реакциясини, хушдан кетиш, коллапс, шок ҳолатларини, уларни диагностикасини олдини олишни ва биринчи ёрдамни ташкил қилишни ургатиш	
Педагогик вазифалар: -Шикастланишлар хакида тушунчалар, асоратларнинг келиб чимкиши таништириш ва тушунтириш; -Шикастланиш сабаблари; -Шикастланишнинг турлари; -Шикастланишнинг асосий клиник белгилари; -Шикастланиш шоки (тушунчаси , клиникаси , даволаш) -Шикастланишнинг даволаш усуллари (консерватив ва оператив) ; -Шикастланишларда биринчи ёрдам ; -Шикастланишларга қарши курашиш;	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Шикастланиш ва уни асоратлари хақидаги тушунчаларни изоҳлайди; - шикастланиш сабабларини айтиб беради; -Шикастланиш таснифини санаб беради; -Шикастланиш клиник манзарасини изоҳлайди; -Шикастланиш шоки тушунчаси , клиникаси даволаш усуллари ва биринчи ёрдамни айтиб беради; -Шикастланиш даво усуллари айтиб беради ва изоҳлайди; -Шикастланишларда биринчи ёрдам курсатишни айтиб беради; - Шикастланишларга ыарши курашишни изоҳлайди;
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

16-мавзу	Фаолият мазмуни. Шикастланиш. Травматизм тушунчаси , унинг олдини олиш , шикастланишда организмнинг умумий реакцияси. Травматик шок. Шикаст ва шикастланиш тушинчаси , таснифи. Шикастланиш шоки: тушинча , клиникси , даволаш асослари, олдини олиш. Жарохатнинг хавфли асоратлари: шок , кон кетиш , инфекция тушиши , уларга қарши кураш.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан қўтилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавобўтказди. - шикастланишларга доир қандай атамаларни биласиз? - Травматик шок дейилганда нимани тушинасиз? - Шикастланишларда биринчи ёрдам қандай кўрсатилади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Муляжлар , кургамали куроллар ва мультимедиялар ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради . 2.3. Шикастланиш тушунчаси , этиологияси , патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Травматизм тушунчаси ва унинг олдини олиш; - шикастланишни классификациялашда нималарга асосланган; - шикастланиш сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - 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 маъмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади.
3-боскич. Якуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқин жасайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. 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. Таиши мухитнинг киши организмга таъсири натижасида тукима ва органларда она молик ва фунуционал узгаришлар пайдо булиши шикастланиши дейилади. Организмга таъсир агентларга механик, электр термик, химиёвий ва нур таъсиротлари киради. Шунингдек маълум бир гурухни рухий шикастлар ташикил килади. Шикастланишларда махаллий узгаришлар билан бир каторда огир умумий асоратлар ҳам мавжуд булади. Очик ва ёпик шикастланишларнинг мавжудлиги, беомр организмда хар хил огир холатларни юзага келтиради.

Шикасланиш таснифи. Шикастланишлар буйича куйдаги классификациякабул килинган: 1. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлмаган транспортда (темир йул, автомобиль, трамвай), пиёда катаётганда, спорт билан шугулланганда, табиий офатлар таъсирида ер кимирлаш, сел келиши), турмушда руй берадиган травмалар.

2. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган иш қастлар саноатда, кишлоқ хужалигида)
3. Қастдан қилинган шикастланишлар (ҳарбий ҳолатларда, ўз –ўзини улдириш). Механик, кимёвий, электр, термик нқрдан бўладиган рухий травмалар тафовут қилинади. Очик ва ёпик шикастлар ажратилади. Очик шикастланишда тери ва шиллик қаватнинг бутунлиги бўзилади. Тери ва шиллик қават жароҳатларига микроблар тушиб, эрта ва кечиккан асоратларга сабаб бўлади. Ички организмнинг шикастланишига қараб юзаки ва чуқур шикастланишларга бўлинади.

Шикастланишларнинг олдини олиш ва уларда ёрдам курсатишни ташкил қилиш.

Саноатда кишлок хужаликда, ишлаб чиқаришнинг нурли соҳаларида, техник ва транспорт ҳаракатида эса йул ҳаракати коидаларига риоя этмаслик натижасида шикастланишлар кундан кун купайиб бормокда. Бу шикастланишлар оқибатида киши узок вақтгача иш қобилиятини йукотади, баъзан ногирон бўлиб қолади. Профилактика ишлари яхши йулга қўйиши учун травматизмни аниқ ҳисобга олиш керак. Бунинг учун зарарланишнинг куп ёки кам учраши сабаблари қандай шароитда, ҳолатда юз бериши урганилади. Травматизм профилактикасида қорхона раҳбарлари, техника ҳавсизлиги инжинерлари, давлат

автоинспекцияси, уй –жой эксплуатацияси, мактаб, болалар уйи ва бошқа ташкилотларнинг ходимлари тиббиёт муассасалари ходимлар билан бирга фаол катнашадилар. Шикастланишлар купинча маст холда юз беришини ҳисобга олиб, ичкиликбозликка қарши жиддий қурашмоқ лозим. Травмадан зарарланишлар умумий хирургик касалликларнинг 30-35 фоизини ташкил этади. Шикастланишда биринчи ва юқори малакали ихтисослашган ёрдамни ташкил қилиш керак. Республикамизда травматологик хизмат учун асосий звенодан иборат. Шикастланиш руй берган жойда биринчи тиббий ёрдамни ташкил қилиш.

Амбулатория – поликлиникада шикастланишга ёрдам курсатиш. Травматологик ёрдамни стационарда ташкил қилиш. Травма юз берган жойдаёқ биринчи ёрдам курсатиш қуйидаги мақсадларни қўзғатади. а) Шифокор келгунча бўлган биринчи оддий ёрдам. Бу купинча махсус касби бўлмаган кишилар ўз – ўзига ва бир- бирига ёрдам) томонидан курсатилади.

б) Юқори малакали ёрдамни махсус тайёргарликка эга бўлган врач бажармоғи керак. Биринчи травматологик ёрдамни ташкил қилишда қуйидагиларга риоя қилиш керак. Шикастланган кишига иложи борича зудлик билан ёрдам бериш зарур. Биринчи малакали ёрдам тезроқ курсатиши учун, аввало оддий тиббий ёрдамдан сўнг бемор махсус даволаш муассасасига олиб борилиши зарур.

Кейинги босқичда ёрдам берувчи травматология ходимларига ҳар бири қилинган даволаш усулларини кенг ва батафсил баён қилиши керак (бирламчи хирургик ишлаш, қокмолга қарши зардоб юбориш ва ҳоказолар). Ҳар бир киши шикастланиш юз берганда қаерга, қачон сураб

мурожаат қилиши керак. Шикастланган кишининг туғри эвакуация қилишини травматологик

ёрдамнинг асосий бўғинларидан бири ҳисобланади. Шаҳарларда тез ёрдам тиббий станциялари санитария мутахассислари бўлиб уларнинг асосий вазифалари беморни тез ва эҳтиётлаб даволаш муассасасига етказишдан иборат.

Травматологик беморларни текшириш ва даволаш хусусиятлари.

Шикаст олган беморларни текширишда худди хирургик беморларни текширишда қўлланиладиган усуллар ишлатилади. Шунинг эътиборида чикармаслик керакки, оғир травмалардан кейин беморда унинг симптомлари тез ривожланади, купинча аҳоли оғир бўлади, шок асорати вужудга келади. Буларнинг ҳаммаси жароҳдан зудлик билан ҳаракат қилишни, диагноз қўйишни ва қеракли ёрдам беришни талаб этади. Анамнез йиғиш ва травматологик беморларни текшириб қуриш, умуман хирургик қасалларни текшириб қуришдан фарқ қилса-да аммо ўзига ҳос хусусиятлари бор.

Шикастланган жойнинг қурилиши ҳамма вақт ҳам шикастланишнинг оғир- енгиллигига туғри қелавермайди. Масалан унча қатта бўлмаган қурак қафаси ёки қорин бўшлиғига етказилган жароҳат ички қорганлар бутунлигининг бўзулишига олиб қеалди. Қалла ва орқа миённинг оғир шикастлари ҳам аниқ ташқи белгиларга эга бўлмаслиги мумкин. Симптомлари аниқ бўлган ҳар қандай травма ҳам инсон ҳаёти учун ҳавфли бўлмаслиги мумкин. Айтайлик қатта травмаларда оғир асоратлар қорганнинг бошқа қисмларига намоён бўлиши мумкин. Қўл – оёқнинг териси шилинган беморнинг қигар талок ёки бошқа ички қорганларнинг бутунлиги бўзилган бўлиши мумкин.

Айниқса ҳушсиз ётган, қалла суяғи шикастланган унинг устига спиртли ичимликлар ичган шок ҳолатига тушган бўлса, диагноз қўйиши қийин бўлади. Травма олган беморда оғир қушимча ҳолатлар, шок, қон қетиши, травматологик токсикоз, бўлиши мумкинки, улар ҳам вазиятни аниқлашга ёрдам беролмайди.

Беморнинг оғир травма таъсирида аҳоли ёмонлашганда унга тез ёрдам бера олиш қерак. Масалан, қамқонликка олиб қеладиган артериал қон қетаётган ёки нафас йўллариға ет моддалар тикилиб қолган бўлса аввало шу асоратларнинг олдини олишга даволашга интилиш қерак, сўнгра анамнез йиғиш ва бошқа текширишларни бошлаш мумкин.

Беморнинг анамнезини тўшлаш ва унинг шикастлари билан танилиш вақтида бериладиган саволлар аниқ, қиска ва равшан бўлиши қерак. Зарарланган киши 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 курсатилганини аниқлаш муҳим аҳмиётга эга. Шу билан бирга беморнинг бошқа система ва аъзоларига булган шикаятлари қушимча ҳосалик белгиларини ҳам суриштирмоқ лозим саволларга олинган жавоблар, зарарланган жойни чуқур қуриш ва текшириш диагноз қушимча даволаш усуллари асоратларнинг олидини олишга ёрдам бермоғи лозим. Масалан суяклар синиши нерв толалари ав магистрал кон томирларининг шикастланишига қуқрак қафасидаги жароҳат плеврал бушлиғига кон қуйилиши ёки юрак тамнонадасига сабабчи булиши мумкин.

Жароҳатга тупрок тушиши ёки ифлосланган кийим- кечак қокшоп, газли ганулнани олиб келиши мумкин. Ёки мия чайкалиб лат ейиши вақтида бошнинг ишқастланиши билан бир қаторда киши ҳушидан кетади. Бундай беморларнинг 1,5 – 2 соатдан кейин ҳушдан кетиши мия ичидан кон қуйилиб, унинг асосий марказлари оқаётган кон билан эзилишини билдиради. Шунинг учун травмадан (айниқса, бошқа қасаллиқлар билан бирга кечаётган булса) беморнинг анамнезини йиғиш уни текширишга қатъий этибор бериш зарур. Бу борада упқа, юрак – томир ва бошқа ҳаётий системаларни текшириб чиқиш лозим. Шикастланган соқани қуздан кечириш, ушшлаб қуриш нуқуссия, аусқультация қаби текшириб қуриш усулларида фойдаланиш мумкин.

Травма таъсир қилган соқани қуздан кечиришда шу соқадаги терининг ранги, қул – оёқнинг қалта – узунлиги, соҳанинг қонфигурацияси, шаклининг узғариши, жароҳатнинг Қатта қичиклиги, қуқурлиги, қарақтер ива бошқа белгиларга аҳмиёт берилади.

Ушлаб қуриш воситаси билан огриётган жойни, суяқ синиқларини, қисирлаш симптомини, бугимлар бутунлигини аниқласа булади. Агар кон томирлари қесилган булса, пальпация билан магистрал томирларла уларнинг урушини аниқлаш мумкин. Терқуссия воситаси билан қуқрак қафаси қорин бушлиғи ичига кон тупланганда утмас товуш, суяқ синганда қаттиқ огрик борлиги аниқланади.

Аусқультация орқали текширишда упқа ёки қуқрак қафаси, деворининг шикастланиши қовургаларнинг синиши натиқасида кон тупланиб ҳаво утмай қолиши, нафас шовқинлари, ичак қарақатининг эшитилмаслиги маълум булади. Қушимча қулланадиган усуллар ичида ренген воситаси билан текшириб қуриш алоҳида урин эгаллайди. Одатда зарарланган соҳани икки хил вазиятда ренген расмини олиш диагнозни аниқлашга имқон беради.

Шикастланган беморни текширишда зарарланган жойни аниқлаб диагноз қуйиларқан, даволаш ва пайдо буладиган асоратлар тугрисида ҳам фикрлашмоқ зарур.

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

Қул –оёқ зарарланганда сантиметрли ланта билан соғ қул –оёқни улчаш лозим. Бу ҳолда қул –оёқнинг анатомик, нисбий ва функционал қисқаришини, уларнинг урта физиологик туришни ҳисобга олиш қерақ.

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

Травматик шок

а) меҳаниқ таъсир натиқасида жароҳат шикастлар, жаррохлиқ муолақасида, туқималарнинг эзилиши.

б) қуйиш шоқи (термик, қимёвий қуйишлар)

в) Электр таъсиридан буладиган шок

г) совуқдан буладиган шок.

2. Геморагик ёки гиповоммик шок (кон кетиши сувсизланишдан)

Қардиоген шок (миокард инфаркти, аритмия утқир юрак етишмовчилиги)

Токсик – инефекцион шок (грамусбат, граманфий инефекция)

анафилактик шок.

Травматик шок

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

Травматик шокнинг таснифи. У икки фазадан иборат: эректил ва торпид. Баъзи муаллифлар учинчи терминал фазан ҳам кушиладилар. Электил фаза шок реакциясининг бошланишида пайдо булади. Бу фаза одатда киски булсада, унда травматик шокда руй берувчи узгаришлар намоён булади. Унинг клиник белгилар кенг ёритилган: Беморнинг нутки ва ҳаракат кузгалиши кучли намоён булиб, эмоционал белгиларга бойдир.

Бемор ҳушини юкотмаган булсада, атроф муҳитни англай олмайди Тери сатҳи оқарган, совук совук терга ботган булади. Қорачиги уртача катталашган пай ва мушак тонуслари кучайган. Қон босими нормада ёки ошган. Томир уриши 100-110, нафас олиши тезлашган. Эректил фазаси канча кучли булса торпид фаза шунчалик оғир утади. Торпид фаза ҳам маълум барқарорлик кузатилади: унда даврни фарқ қилса булади. 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 устуни хисобида, 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 қукарганда бемор қора терга ботган нафаси 30-40 марта, қон босими 70-50 мм.сим. устуни хисобида. Беомр ута суст 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 булиши керак. Даволашнинг асосий қуринишлари. 1) Самарали оғриксизлантириш 2) нафас ва юрак томирлар етишмовчилигига қарши қурашиш. 3) модда алмашинуви бузулишининг олдини олиш. 4. Ички аъзолар томонидан булиши мумкин булган ҳар хил асоратларнинг олидини олиш. Ва уларни даволаш (жигар, буйрак).

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков.Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.Ташкент1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умудий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eurgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л.Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л.Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М.Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М.Медицина. 1963
7. Под редакцией проф.Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М.Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М.Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизация применяемые в медицине. М.Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др.Антисептика в хирургии М.Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurderly-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php, shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти . Юмшоқ тўқималарнинг ёпик жароҳати , узок эзилиш синдроми. Бош мия , кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғида , жойлашган аъзолар шикастланишининг умумий масалалари.Биринчи ёрдам курсатиш. Юмшоқ туқималарнинг ёпик шикастланиши: эзилиши, тузилиши, йиртилиши. Узок муддатли эзилиш синдроми (жароҳатланиш токсикози) умумий тушунча; клиникаси, кечиши, асоратлари, олдини олиш, биринчи ёрдамни ташкил ва даволаш асослари

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти хақида тушунча. 2. Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти таснифи. 3. Ёпик шикастланишларда биринчи ёрдам кўрсатиш Беморларни текшириш усуллари; Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти клиникаси ва патогинези хақида тушунча. Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти диагностикаси ва даволаш усуллари хақида тушунча.
Ўқув машғулотининг мақсади: Алоҳада аъзоларнинг бош, кукрак қафаси, қорин бўшлиғи, суякларни шикастланишларга тухталиб, уларнинг техникаси ва диагностикасини, даволаш усуллари ургатиш.	
Педагогик вазифалар: -Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти . Юмшоқ тўқималарнинг ёппик жароҳати таништириш ва тушунтириш; - Ёпик шикастланиш сабаблари; -Ёпик шикастланишнинг турлари; -Юмшоқ туқималарнинг ёпик шикастланиши: эзилиши , тузилиши ва йиртилиши ҳақида тушунча бериш; -Ёпик шикастланиш клиникаси, диагностикаси , ҳақида тушунча бериш. -Ёпик шикастланишнинг даволаш усуллари (консерватив ва оператив) ; - Ёпик шикастланишнинг биринчи ёрдам ;	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Ёпик шикастланишнинг ва уни асоратлари хақидаги тушунчаларни изохлайди; - Ёпик шикастланишнинг сабабларини айтиб беради; -Ёпик шикастланишнинг таснифини санаб беради; -Бош мия , кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар шикастланишининг клиник манзарасини изохлайди; -Бош мия , кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар шикастланишининг даволаш усуллари айтиб беради; -Ёпик шикастланишнинг биринчи ёрдамни айтиб беради ва изохлайди; -Узок муддатли эзилиш синдроми (жароҳатланиш токсикози) умумий тушунча; клиникаси, кечиши, асоратлари, олдини олиш, биринчи ёрдамни ташкил ва даволаш асослари айтиб беради; -Ёпик шикастланишнинг қарши курашишни изохлайди;
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

18-мавзу	Фаолият мазмуни .Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти . Юмшоқ тўқималарнинг ёпик жароҳати , узок эзилиш синдроми. Бош мия , кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғида , жойлашган аъзолар шикастланишининг умумий масалалари.Биринчи ёрдам курсатиш. Юмшоқ туқималарнинг ёпик шикастланиши: эзилиши, тузилиши, йиртилиши. Узок муддатли эзилиш синдроми (жароҳатланиш токсикози) умумий тушунча; клиникаси, кечиши, асоратлари, олдини олиш, биринчи ёрдамни ташкил ва даволаш асослари .	
1-боскич. Кириш (10 мин.)	Ўқитувчи	Талаба
2-боскич. Асосий (55 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади. 2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавобўтказди. -Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикастига доир қандай атамаларни биласиз? -Узок муддатли эзилиш синдроми дейилганда нимани тушинасиз? -Ёпик шикастланишларда биринчи ёрдам қандай курсатилади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Кўргазмалар куруллар ва мультимедиялар ёрдамида мавзунини тушуниришни давом эттиради . 2.3.Ёпик шикастланиш тушунчаси , этиологияси , патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Бош мия , кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғида , жойлашган аъзолар шикастланишининг умумий масалалари. Биринчи ёрдам курсатиш ; - Ёпик шикастланишни классификациялашда нималарга асосланган; -Бош мия. Кўкрак қафаси , қорин бўшлиғи аъзолари шикастланиш сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - Бош мия. Кўкрак қафаси , қорин бўшлиғи аъзолари шикастланиш даво усуллари айтинг.	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-боскич. Якуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқин ясади ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. 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 ҚИСМ. Миянинг ёпик зарарланиши мия шикастлари ичида куп учрайди. Унинг асосий сабаблари куча транспортда фожиларидир. 1986 Мамлакатимизга бош мия лат ейишини янги класификацияси ишлаб чиқилди.

1) Мия лат ейиши. 2) Мия шикастланиши, енгил формаси. 3) уртача формаси. 4) оғир формаси.

5) Мияшикастланиш билан унинг эзилиши. 6) Мия шикастланмасдан унинг кисилиши. Миянинг чайкалиши.

Ёпик шикастлар ичида куп учрайдиган мия чайкалиш хисобланади. Бу холда мия тукумаси кай зарарланади ва патагоанатомик узгаришлар кам булади. Уатопсияда мия анемияси ва ок ва кулранг моддалар чегарасида нуктасимон конталашлар, мия шиши аникланади. Травма таъсирида димфа ва кон айланиш ҳамда органларнинг функциялари бузилади. Мия чайкалганда, кучли шикастланишда бемор хушдан кетиб узига келгач булган воқеани эслай олмайди. Бу хол ремроград амнезия дейилади. Зарарланишнинг огир – энгилишига кура бухушлик киска ва узок давом эттиш мумкин. Бу вазиятда бемор хеч нарасага ахмият бермайди, атрофдагиларга бефарк булади. Ранги оқариб, боши айланади, огрийди, кунгли айнийди, кулогига шувуллаган товуш эшитилади, нафас олиш юзаки булиб, томир уруши секинлашади. Корачиги кискариб ёругликка реакция бермайди, тери ва пай рефлекслари кучсизланади ёки сезилмайди. Огир холатда кайт кишиш, уз – узидан ич кетиш, сийиш белгилари пайдо булади.

Мия чайкалишининг хар кандай турида ҳам беомр албатта касалхонада ёткизилиши шарт 2-3 хафта давомида унинг уч шароитда булиши керак. Беморнинг ҳамма шикоятлари йуколгая туришга рухсат этилади. Калла ичи босимини мия шишини камайтириш учун хар кун дори эритмалари (30-50 мл 40% ли глюкоза) 20-50 мл 10% ли Насе, 10 мл 40% уратронин, 5-10 мл 25 % магний сульфат эритмалари юборилади, ишига карши ва микроциркуляцияни яхшиловчи моддалардан реополиглюкин (10 мл/кг) дизретикуляр (лазикс, фурсемид 2 –60мл) клинади. Агар бир неча кунда сезиларди узгариш булмаса, орка мия суюклигини (люмбал пункция) олиш тавсия клинади, у калла ичи босимини камайтиради ва беморнинг субъектив холатини яхшилади. Субарахноидал пардага дексимитазон (4 мл) юборилади.

Мия урулиши.

Мия урилиш огир шикаст хисобланиб, бунда мия моддаси зарарланади, баъзан мия тукумаси шикастланган сатк проекциясида булмасдан балки, карама – карши мия сатхида вужудга келади, бу холатни карши урилиш белгиси дейилади. Мия урулишида бемор узок вақт бухуш ётади. Асосий белгилари мия чайкалгандек, булиб бироқ улардан огиррок утади. Беморнинг харорати уртача ошади. Кон кушилиши юмалаш ва некрозга учраш кузатилгани учун хар хил неврологик симтоплар вужудга келади. Булар мимика куриш, гапириш, сезиш белгиларининг бузулиши, координация ва хароратдаги узагаришлардан иборат. Купинча калла мия нерв фаолиятининг зарарланиш симптомлари пайдо булади. Орка мия суюклигига кон борлиги аникланади.

Даволаш: мия урулишини даволаш худди мия чайкалишини даволашга ухшайди, аммо уринда ётиш режими узокрок давом этади –уртача 1 –ойгача; фалажлик ёки парез ривожланган булса, муолажаларнинг иккинчи ва учинчи кунларидан бошлаб, даволаш физкультура машклари олиб борилади.

Мия кисилиши. Мия кисилиши калла суяги ичида йигилган кон ва калла суяги парчасининг мия моддасини эзилиб куйишидан иборат. Калла суяги ичида кон кетиши 80% холларда унинг тармокларини зарарланиши натижасида вужудга келади., шунингдек 20% да венос синуслар калла суяк ва вена томирлари бутунлигининг бузилиши натижасида вужудга келади. Мия кисилишининг белгилари ҳам кон куйилганда (30-40 мл) иманомда намоён булиши мумкин. Кон нафакат миянинг ташки кавати устида эридеррал) шунингдек остида (субдурал) иматома ва мия тукумасининг узида – мия ичида (интракраниал) иматома ҳам булиши мумкин.

Травмадан сунг энгил вазият белгиси булиб, у бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Шикастланган киши хушидан кетмайди травмадан сунг ишга бориш, юриш мумкин. Бош огрик киска вақт булиб, утиб кетади ёки жуда кучли, чидай булмайдиган булиши мумкин. Бош огриги билан биргаликда беморнинг кунгли айнаб кусади, бош айланиб характланиши, мувозанат саклаши кийинлашади. Нафас олиши тезлашиб, юзаки булади, пульси сийрак аммо яхши уради. Яни мия томир уриши ёки мия кисилиш томир уруши белгиси кузатилади. Мия кисган томонда корагич катталашади. Карама- карши томонда эса рефлекслар йуколиб фалажлик пайдо булиши мумкин. Баъзида фалажлик

олдидан киска вақт тириши пайдо бўлади. Беморнинг куз олди корогилашиб, хушидан кетади.

Даволаш. Бу беморларга факат жаррохлик усули билан даво қилинади. Қалла суяги трепацияси қилинади, қон кетаётган томир бўғланади, гематома ёки суяк синиклари олиб ташланади. Гемотоманинг лакализацияси ангиография, компьютер – томография электроэнцефалография инструментал тешкиришлар билан аниқланади. Мия қисилганда урилгандамениний арахноидит, мия обссесси, травматик эрипенсия, урхия бузилишлар бош айланиши, огриклар қаби асоратлар бўлади.

Орка миянинг ёпик шикастланиши. Орка миянинг ёпик шикастланиши транепорт жароҳатларида учраб умуртка поғонасининг синиши билан кечади.

Орка миянинг чайқалиши орқа мия зарарланишининг енгил огрикликдаги турига қиради. У сезишнинг қамайтиши ва парезлар билан характерланиб, шикастланишдан сунг вужудга келади. Бу белиглар аста-секин қамайтиб, бир неча ҳафта ичидла йуқолиши мумкин.

Орка миянинг урулиши. Огир шикастлар қаторига кириб орқа мия туқимасига қон қушилиши сабабли унинг некрози қайд қилинади. Бу шикастдан сунг сиринал шок пайдо бўлади.

Орка мия зарарланганда, сезувчанлик қисман ёки бутунлай бузилади. Иққала томонда ҳаракат фалажлиги пайдо бўлади. Рефлекслар йуқолади. Сийдик ва ич кетиши функциялари ёмонлашади, туқма трофикаси бузулиши натижасида кейинчалик яра қақалар вужудга келади.

Чайқалишга қараганда урушнинг клиник белгилари 3-5 ҳафтага қузилади. Агар орқа мия туқимасида шикастланиш натижасида юмалашган учоқ бўлса, унинг фаолияти яхши бўлиши кейин.

Даволаш. Орка мия чайқалиши ва уруши консерватив даволанади узок осийишталик режими ва орқа мия фаолияти рағбатлантирилади.

Қуқрак қафаси ва унинг органларининг ёпик шикастланиши.

Қуқрак қафасининг чайқалиши қам учрайди. Унинг сабаби портлаш ва туққини бўлиши мумкин. Бу шикастланишнинг енгил кечишида қуқрак қафасининг эластиклиги муҳим урин тутади. Шунга қарамасдан баъзида упқа, юрак яйқалишлари огир зарарланиш билан утади.

Травматик шок белгиларига яқин бўлганлиги учун юрак чайқалишига диагноз қуйиш қийин бўлади. Шикастлангандан сунг беморнинг юрак фаолияти сусаяди, унинг ранг –руй учиб, ҳарсиллайди, қуқаради, совуқ тер чиқади, шок аломатлари пайдо бўлади. Баъзан у хушидан кетиб қолади, гемодинамикаси узгарувчан бўлади. Огир ҳолларда бемор юзида қонъюнктивасида қуқрак қафасининг олд қисмида ва қуқрак оралиги органларида майда – майда петехиллар пайдо бўлади ва бирламчи юрак тухташи юз бериши мумкин.

Даволаш бемор уринга ётиш унга тинч шароит яратиши ва фавлер ҳолатини бериш лозим. Шокқа қарши даволаш утқазилади. Оксигенотерапия қулланилади. Юракни дифибрилляция қилиш учун ҳамма нарса таер бўлиши қерак.

Қуқрак қафасининг урилиши ва қилиши қовурга синиши қуқрак қафасидаги қон томирларининг емирилиши, плевра ва упқа бутунлиги бузулиши билан кечади. Юрак қамрок шикастланади. Юқорида айтилган белгилар огир асоартларга пневматоракс гемоторакс сабаб бўлади.

Пневматорокс деб упқа йиртилганда ҳавонинг плевра бушлигида тупланган ҳаво упқани ва қуқс оралигини соғ томонга силжитади. Пневматорокс қупинча бир томонлама бўлиб қовурга синиши ва суяк синиклари билан плевра упқа бутунлиги бузилганда намоён бўлади. Аммо баъзида упқа туқимаси қасаллик натижасида мурт бўлганида уз – узидан ёрилиши мумкин, унда спонман пневматорокс вужудга келади. Пневматорокс очик, ёпик ва қларанли турларга бўлинади. Плевра бушлигида ҳаво (йигилган) қуқрак деворининг жароҳати ёки йирик бронх орқали атмосфера ҳавоси билан туташган бўлса очик пневматорокс дейилади.

Ёпик пневматороксда плевра бушлигига йигилган ҳаво ташқи муҳим алоқада бўлмайди ҳамда стерил бўлади. Упқанинг парчаланиб ёрилиши одатда қлапанли пневматорокс ёрилишига сабаб бўлади. Нафас олиш вақтида ҳаво плеврага қриб упқа

парчаси кукрак деворининг жарохатланган жойини нафас чикаришда беркитиб қуйиши натижасида қайтиб чиқолмайди.

Шундай қилиб, клапанли пневматорокс вақтида ҳар нафас олишда плевра бушлигидаги ҳавонинг микдори борган сари қупайиб унинг босими ошиб кетади. Даволаш ёпик пневматороксда кукрак кафаси пункция қилиниб плевра бушлигидан ҳаво тортиб олинади. Пункция даволаш усули клапанли пневматороксда ҳам қулланилади. Агар пункция яхши клиник натижа бермаса, плевра бушлиги дренаж қилинади. Дренажнинг ташки учига резина қулқоп бармогидан клапан сифатида кесиб олиб боғланади, яъни сув ости дренажи бажарилади унинг клапанли ташки учи антисептик модда қуйилган идишга тушурилади яъни Бюлау дренажи бажаради. Оғир ҳолларда тарокотомия қилиниб, упка жарохати тикилади: баъзида йиртилган упка сатҳи резекция қилинади.

Гемоторакс. Упка туқимаси жарохатланганида қовургаро артерия шикастланганда ичкарига қон кетиб плевра булишига қон тупланиб қолиши гемоторакс дейилади. У очик ва ёпик шикастларда ҳам вужудга қилиши мумкин.

Даволаш: Плевра бушлигидан ҳам тез олиб ташланиш зарур, қс ҳолда йигилган қон вақт утиши билан ивиши ва инфекция тушиб, йирингли жараён – плогемотораксга олиб қилиши мумкин.

Агар суткасида қуйилган дренаждан 1 л қон кетса, бу қон кетиш белгиси ҳисобланади унда бемор зудлик билан торакотомия қилиниши зарур.

Корин бушлиги органларининг ёпик шикастланиши.

Ички органларининг зарарланиши травмаловчи агентнинг тури ва қучидан ташқари бошқа сабаблар яъни қорин деворининг элатиклиги, мускулнинг тонуси, ёғ қаватинин қалинлиги олдинги қасаллик белгилари ҳамда қовак органларининг тулиб турушига ҳам боғлиқ бўлади. Қорин бушлигидан органлар икки гуруҳга – қовак ва паринсиматоз органларга бўлинади.

Чики қовак органлар (меъда, ичак, ут ва сийдик қони) ёритилганда уларнинг ичидаги моддалар (меъда шираси, ичак шираси ва нажас сийдик) қорин бушлигида тушиб қорин парадасининг ялигланиши, яъни перитонит ривожланади. Агар оқват ҳазм қилиш йулининг юқори қисмидаги аъзолар зарарланса – меъда ун икки бармоқли ичак қасаликларининг белгиси намоён бўлади.

Даволаш. Беомр шовилнч суръатда операция қилиниши қерак. Лапоротомия қлиб ёритилган жой тикилади., Агар қовак органлар жарохати чекқалари парча – парча бўлиб турган бўлса унда органнинг зарарланган қисми резекция қилинади. Диагностика қечиса, притонид қучайиб, қорин бушлигига йиринг ахлат аралашиб оғир оқибатларга олиб қелади.

Паренхиматоз органларнинг шикастланиши жигар, талоқ, буйрақлар бушлиққа қон кетиши билан ҳавлидир. Биринчи дақиқаларда қучли оғрик бўлади, ички қон кетиш натижасида уткир қамқонлик ривожланади. Беморнинг юзи оқариб пульси тезлашади ва қучсизланади, боши айланади, қусадн артериаль қон босими тобора пасайиб боради. Перитонийаль белгилар аввалида ноаниқ бўлади. Теркуссия қилинганда қориннинг қастқи ва ёқ қисимларида тунтоқ қаст оовуш эшитилади. Қасалнин ҳолати узғартирилса бу товуш ҳам уз жойини узғартиради. Перитонит ривожланиш билан бемор ҳолати оғирлашади.

Даволаш қон кетишини тухтатиш учун зудлик билан операция қилинади. Жигарнинг шикастланган қисми одатда тикилади ва қатта қарви билан тампонада қилинади; тежамли резекция қилинади. Талоқ олиб ташланади, қичикроқ ёрик бўлса тикилади. Талоқ шикастида икки босқичли ёрилиш қузатилади: аввалига орган қомпунсация остига қон тупланади ва маълум вақт утгач қарсула остига қон қетаверса иккиламчи ёрилади ва ички қон кетиш, шок аломатларни беради.

Жигар туқимасига қон кетишининг қомпьютер томография, ангиография, радиоизатор сипинтиграфия, ультратовуш ёрдамида текшириш билан аниқланади.

Меъда ости беқи зарарлаганда унинг ферментлари атрофидаги туқималарга ёмон таъсир қурсатиб, оғир перитонитни пайдо қилади. Агар меъда ости безининг бош қисми зарарланган бўлса, диагностика қилиш бўлади ва йирингли жараён қорин парда орқа бушлигида ривожланади.

Даволаш тезкорлик билан операция килинади. Буйрак емирилиб кетганда кон кетиши корин парда орка кисмидан паренефрал сахтга таркалади. интраперитонеал – корин бушлигига таркалади. Ундан ташкари, йерилган буйракдан кон аралаш сийдик, ретроперитонеал 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 куйилади ёки олиб ташланади.

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

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

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков.Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.Ташкент1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eurghical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л.Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л.Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М.Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М.Медицина. 1963
7. Под редакцией проф.Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбаналиев. Гнойная инфекция в хирургии. М.Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М.Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М.Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларусии» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др.Антисептика в хирургии М.Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurderly-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши. Суяк чиқиши тушинчаси , таснифи уларнинг юз бериш механизми , клиникаси ва даволаш . Суяк синиш таснифи , клиникаси , диагностикаси , асоратлари. Суяк синганда даволашнинг умумий асослари . Синган суякнинг битиши. Суяк қадоғининг пайдо бўлиши. Суяк синганда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг режаси	1. Суякларнинг синиши ва чиқиши хақида тушунча. 2. Суяк чиқиши тушинчаси , таснифи уларнинг юз бериш механизми , клиникаси ва даволаш 3. Суяк синганда даволашнинг умумий асослари . Синган суякнинг битиши. 4.Беморларни текшириш усуллари; 5.Суяк қадоғининг пайдо бўлиши. Суяк синганда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.
Ўқув машгулотининг мақсади: Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши. Суяк чиқиши тушинчаси , таснифи уларнинг юз бериш механизми , клиникаси ва даволаш . Суяк синиш таснифи , клиникаси , диагностикаси , асоратлари. Суяк синганда даволашнинг умумий асослари . Синган суякнинг битиши. Суяк қадоғининг пайдо бўлиши. Суяк синганда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.	
Педагогик вазифалар: 1.Суякларнинг синиши ва чиқиши хақида тушунча. 2. Суяк чиқиши тушинчаси , таснифи уларнинг юз бериш механизми , клиникаси ва даволаш 3.Суяк синганда даволашнинг умумий асослари . Синган суякнинг битиши. 4.Беморларни текшириш усуллари; 5.Суяк қадоғининг пайдо бўлиши. Суяк синганда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: 1. Суякларнинг синиши ва чиқиши хақида тушунча. 2. Суяк чиқиши тушинчаси , таснифи уларнинг юз бериш механизми , клиникаси ва даволаш 3. Суяк синганда даволашнинг умумий асослари . Синган суякнинг битиши. 4.Беморларни текшириш усуллари; 5.Суяк қадоғининг пайдо бўлиши. Суяк синганда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.
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

19-мавзу	Фаолият мазмуни .Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши. Суяк чиқиши тушинчаси , таснифи уларнинг юз бериш механизми , клиникаси ва даволаш . Суяк синиш таснифи , клиникаси , диагностикаси , асоратлари. Суяк синганда даволашнинг умумий асослари . Синган суякнинг битиши. Суяк кадоғининг пайдо бўлиши. Суяк синганда кузатиладиган асоратларни олдини олиш Ўқитувчи	Талаба
1-боскич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавобўткази. -Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши доир қандай атамаларни биласиз? -Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши дейилганда нимани тушинасиз? -Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланишида биринчи ёрдам қандай қурсатилади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунинг тушунтиришни давом эттиради . 2.3.Суякларнинг синиши ва чиқиши.Суяк ва бўғимларнинг жароҳатланиши тушунчаси , этиологияси , патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. -Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши. Биринчи ёрдам қурсатиш ; - Суяк синиш таснифи нималарга асосланган; - Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча бериш; - Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши диагностикаси ва даво усуллари айтиш.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламайатамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2.Схема ва жадваллармазмунини муҳокамақилади. 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 (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқин ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. 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. Чиқиш деб – бугим юзаларининг силжиб узок вақт давомида нофизиологик бир – бирига нисбатан нотугри туриб қолишига айтилади.

Агар силжиш натижасида бугим юзалари бир – бирига тегмай қолса, тула чиқиш, қисман тегиб турса, тула бўлмаган чиқиш дейилади. Чиқиш номи бугимга қирувчи дистал суяк қисми билан юритилади. Масалан: елка бугимидан чиқса, елка чиқиши, тос-сон бугимининг чиқиши ёки бугим юзаси капсула ёрилган жойдан чиққан бўлса, сон чиқиши дейилади.

Одат тусига кирган чикишда бугимнинг капсуласи, унинг боламлари айникса бу асоратлар блокли бугимларда (болдир – панжа, тирсак, тизза) купрок намоён булади.

Купинча (50% дан ортирок) чикиш елка бугимида кузатилади, сунгра тирсак, тос-сон тизза ва болдир – панжа бугимларида учрайди. Шунингдек умров суягининг акромиал ва кукрак кисмларида, тизза усти сохасида, камрок кул кафти бармокларида Чикиш руй беради.

Умуркаларнинг, айникса буйин умуркларининг уз урнидан силжиши ёки силжиши огир травмаларга киради. Чикишлар ичида тугма чикиш, яъни бола хаётининг она кориндаги даврида юз берган чикиш ва орттирилган, яъни травма натижасида ёки бугим сохасидаги паталогик чикиш фаркланади.

Тугма чикишлар купинча чанок – сон бугимда учрайди ва боланинг она корнида гайритабиий жойлашиши ёки бугимларнинг нотугри ривожланиши натижасида келиб чикиши мумкин. Одатда 2 томонлама булади. Касаллик урта – боланинг 1 ойлик пайтидаёқ маълум була бошлайди. Бола юра бошлаганда оксокланиши бугимнинг ишқиллаб қолиши, кейинчалик огриши, оёкнинг кискалиги билинади. Чикиш икки томонлама булганда лапанглаб юриш кайд қилинади. Диагноз рентгенография воситасида аникланади.

Тугма чикиш болаларда консиз усул, оёкли абдукция ҳолатида редрессация ва фиксация қилиш билан даволанади. Бу ҳол сон суягининг утиши билан узидан – узи чанок – бугим сохасига тушади.

Орттирилган чикишлар – яъни травматик чикишлар, одатда шикастланишдан пайдо булади, баъзан суяк ва бугимларининг касаллиги натижасида (туберкулёз, остиомиелит, усмалар) пата логик чикишлар руй беради. Травматик чикишлар, синишлар, кон томирларининг, нерв толаларининг узилиши билан кузатилиб, 80 – 90% - ташқил этади. Очик чикишлар ҳам пайдо булиши мумкин, унда бугим сохасида жароҳат борлиги аникланади.

Баъзи ҳолларда бугим пайларининг узилиши ёки қусизлиги натижасида, шикастланишлардан сунг урганиб қолинган одатий чикишлар мавжуд булиши мумкин. Купинча, бу ҳол елка ва болдир – пай бугимларида, бирламчи шикастланишлар яхши даволанилганида кузатилади.

Чикишлар билан бирга йирик кон томирлари, нерв томирлари зарарланган бўлса, бундан чикишлар мураккаблашган чикишлар дейилади.

Клиникаси: Чикишнинг клиник белгилари, уларнинг жойи ва турларига қараб хиллари куп булади. Шикастланишидаги вазият, чикиш сабаби ва зарарланиши механизми беморни сураш йули билан аникланади ва ҳаракат қила олмайганидан шикоят қилади. Ҳаракат қилишга уриниб қурилганда бугимдаги огрик қучаяди. Кул – оёқ чиққан бугимда қучли огрик бўлиб, уни уз урнига қуйишга ҳаракат қилинса, яна асл ҳолига келади. Бу белги пружинасимон фиксация симптоми дейилади. Баъзан зарарланган кул ва оёқ қарахт бўлиб қолиши нерв толасининг қисилган ва чиққан суяк булагини спастик равишда қисқарган мускуллар қимирлатмай қуйиши натижасида келиб чиқади. Куздан кечириш пайтида кул – оёқ нотугри ҳолати ва бугим сохасининг шакли бузилгани кузатилади, уларнинг узунасига қисқаргани сезилади. Баъзида суякнинг силжиган учи уз жойида эмаслиги аникланади. Масалан, елка суяги чиққанда унинг боши култик остига ёки кукрак мускули остида. Нерв қисилиб қолган бўлса, бемор оёқ – қули ҳолсизланганлигидан шикоят қилади.

Даволаш: Травматик бугим чикишлари тезликда малакали ёрдам курсатишни талаб қилади. Чиққан суякни уз вақтида урнига солиб қуйиш зарур, чунки 3 – 5 кундан сунг консерватив даволаш қийинлашади, кейинроқ эса унинг иложи бўлмайди. У ҳолда бугим сохаларини бир – бирига қуйиш учун жарроҳлик усули тавсия қилинади. Суякни уз урнига солиб қуйиш учун умумий огриксизлантириш қулланилиши керак, чунки чиққан бугимдаги огрик мускулларнинг реффлектор ҳолда қисқаришига олиб келади. Мускулларни релаксация қилиш умумий огрисизлантириш билан бажарилади.

Бугимдаги нормал муносабатларни тиклаш учун бугим атрофида жойлашган мускулларни чузиб, бугимнинг чиқиб кетган юзаси уз урнига солишга асосланган бир

неча усуллар кулланилади. Зарарланган бугимдаги бу ҳаракат – чикишга сабаб булган ҳаракатни оркадан олдинга қараб қайтаришдан иборат деса бўлади.

Елка чикканда купинча Гиппократ Мотт, М. Кахер ва Жанелидзе усуллари кулланилади. Гиппократ усули қуйидагича бажарилади: шифокор касал билан юзма – юз зарарланган томони билан утиради. Ва товонини беморнинг култигига қуйиб, тирайди. Сунгра бемор кулини 2 кули б/и ушлаб, товони б/и ричагсимон ҳамда култигига босади. Тракция пайтида чиккан елка суяги бошчаси бугим косасига тушади.

Кохер методи: Елка чикканда купинча кулланилади. Бемор столга ётқизилганда кейин хирург чиккан томондан касалнинг бошига юз утирган ҳолда:

Билак бугичини букиб, елка суяги танага таркалади; Елкани пастга тортиб туриб, ташқари томонга букилади (ротация қилади); Кул олдиндан юқорига қутарилиб, шу захотиёк билак ва панжа соғлом елкага ташланади.

Жанелидзе усули: зарарланган кул – оёкнинг огрикдан чарчаши туфайли мушакларининг физиологик бушашига асосланган. Елка чиқишида бемор стол четига ётқизилади, касал кул осилтириб қуйилади бошни эса ёнидаги столга қуйилади. бемор шундай ҳолатда кулини осилтириб 20 – 25 минут ётади; мускуллари чарчаб бушади. Шундан сунг хирург бемор кулини тирсак бугимидан букади ва кулини силтамасдан куч билан пастга тортиб ташқари томонга букади. Суякни жойига солиш пайтида узига хос шикиллаган товуш эшитилиб, чиккан суяк уз урнига тушади.

Курсатиб утилган усуллар бошқа бугимларда Чиқиш юз берганда ҳам кулланилади. Чиккан суяк уз урнига солиниши биланок килинган контрол рентген сурати даволашнинг тугри ёки нотугри килингани, шу билан бир каторда бошқа хил зарарланишлар борлигини аниқлашга ёрдам беради. Чиккан суяк урнига солинган оёк ёки кул қулай функционал вазиятда 12 – 13 кунгача боғлам б/и ёки бошқа усулда тортиб қуйилади. Кейинчалик даволаш физкультура машқларининг комплекси мунтазам бажариб турилади. Купинча елка суяги солингандан сунг Дезо болаמידан кулланилади.

Паталогик чиқишлар бугим капсуласи ва пайлари бузишига сабаб буладиган паталогик жойлашганлар, бугим юзаларининг бир – бирига нисбатан, қисман (ярим чиқиш) ва тула силжишига (чиқишига) олиб бориш натижасидан иборат.

Суяклар синиши. Суяк синиши – куп учрайдиган шикастлар турига қиради ва механик таъсир ҳамда паталогик узғаришлар паталогикда суяклар бутунлиги бузилиши билан ифодаланади. Хар бир синишда суякларнинг катта – кичиклигидан катъи назар, атрофдаги юмшок туқималарга ҳам жароҳат таъсир қилади ва огир оқибатларга олиб келади.

Суяк синишлари классификацияси

Суяк синишининг бир неча классификацияси бор:

Келиб чиқиш сабабига қура:

А) тугма – кам учрайди, у она қрнида руёбга келиб, ҳамиша скелет мускулатурасининг ёмон тараккиёт қилишидан пайдо бўлади. Купинча ирсит бузулишлар сабаб бўлиб, куп суяклар синган бўлади.

Б) орттирилган – тугрук пайтида, хаёт мобайнида руёбга келган синишлардир.

Пайдо бўлиш сабабига қура:

этилган

бурилган (ротация)

а) травматик

3. тугри урилган

4. қисилган (компрессив)

5. узилган

б) паталогик

Паталогик синишларнинг сабаблари – остеомиелит, усма, сирингомиелит, кон қасаликлари, ирсит, нерв системаси қасаликлари сабаб бўлади.

3. Синишлар очик ва ёпик бўлади. ОЧик – тери бутунлиги бузилган ҳолда қуй берувчи шикастлар қиради. Ёпик – тери бутунлиги бузилган, суяк ва атрофдаги туқималарнинг шикастланишига айтилади.

Синишлар тула, тула бўлмаган ва суяк ёрилишларига бўлинади.

Найсимон суякларнинг синуш ва эпифизар синушлар фарк килинади.

Синуш йуналишига қараб, кундаланг, кийшик, винтесимон ва парчаланган суяк синушлари фаркланади.

Суюк синушлари оддий, асоратли мураккаб, комбинацияланган бўлади.

Синган суяк қисмларининг силжиши.

Суюк синикларининг қуйидагича силжишлари кузатилади:

Узунасига силжиши;

Ён томонга силжиши;

Бурчак ҳосил қилиб силжиши;

Синик қисмларининг уз уқи атрофида айналиши натижасида қелиб қиккан периферик силжиш.

Синушдаги патологик анатомик ўзгаришлар

Улар 3 босқичга бўлиш мумкин.

Шикастланиш таъсиридаги зарарланиш.

Суюк қавариги ҳосил бўлиши.

Суюк структураси туз-н қайта т/т.

Суюк қаваригини 4 манба ташкил қилади:

Периостал, эндостал, интермедиал ва параоссал. Буларнинг ичида энг қучлиси периостал қавати ҳисобланади. Чунки у суюк усти регенерация қилиш қучига эга. Эндостал ёки ички қавати эндост ҳамда суюк илигидан бўлмайди. Интермедиал ёки оралик тараккиёти Гаверс каналчалари хужайралари элементларидан ташкил топган. Синуш қилиниқаси: Клиник белгилари маданий ва умумий бўлади. Умумий – белгиларидан қупинча травматик шок, зарарланган туқималарнинг ажралиши натижасида зарарланиш белгилари руёбга қикади.

Маданий белгилари – аниқ бўлганлиги ушун диагноз қуйиш тезлашади. Улар қуйидагилар: оғрик, деформация, аъзо функциясининг бўзилиши, синган жойда қушимча ҳаракат пайдо бўлиши мумкин. Қул – оёқнинг қискариши ёки узайиши, қон қуйилиши ва синган суяклар соҳасида қреритация пайдо бўлиши аниқ белгиларга, қолганлари эса нисбий белгиларга қиради. Диагноз қуйишда анализ, қуздан қечириш, пайпаслаб қуриш ёрдам беради. Топик диагноз қуйишда 2 қил узаро юзада реитгенография қилиш қатта аҳамиятга эга.

Баъзан қалла суюқи шикастланишда мулжалли тангенсиал рентген ёки тамограмма қилинади.

Суюк синушида биринчи ёрдам.

Биринчи ёрдамдан мақсад, синган жойга осойишталик бериш, яъни қотирилган суюк аниқларини қимирлатмаслик ва оғрикни қолдириш, очик синушлар учун инфекциянинг олдини олиш, қон қетиши тухтатиш ҳисобланади. Тугри ва биқиб қурсатилган ёрдам травматик шокнинг профилактиқаси ҳам ҳисобланади. Очик синушларда қетаётган қон тухтатилади, жароҳат атрофи устидаги тери дезинфекция қилинади, боғлам қуйилади.

Биринчи ёрдам беришда синган жойни иммобелизация қилиш учун шина урнини бўсувчи материалдан, қартон, фанер, тахтачалардан фойдаланилади.

Ихтисослаштирилган ёрдамнинг умумий шартлари:

Синган суюқни даволашнинг асосий мақсади унинг анатомик бутунлигини тиклашдир. Даволаш усулларининг қайси бири танланмаси, албатта даволашда 4 амалга риоя қилиш қерак: булар репозиция, иммобилизация ёки фиксация функционал даволаш, суюк қадогги ҳисобланади.

Репозиция – суюқнинг синган қисмларини бир – бирига мослаш. Суюқнинг синган қисмлари, синушдан сунг дарҳол, яъни травматик шиши ва мушакларининг рефлатор қонтрактураси – қисиши юз бергунча бир – бирига мослаштирилиши лозим. Суюк қисмлари бир – бирига силжитилмасдан ва орасида бўшлиқ қолдирмасдан бир – бирига туғрилашиши лозим. Репозиция қуй-гиларга боғ:

а) беморни текшириб қуриш ва рентгенографияни урганиш натижасида синуш ҳарактери, марқазий ва периферик синик қисмларининг қандай силжиганлигини қилиш:

б) яхши огриксизлантириш. Синганда маданий анестезия услуги. Янги синганда пайпаслаб куриш билан синиш жойи топилади, сунгра териши У2 эритмаси билан билан тозалаб 1 – 2% новокаин суюклиги булган шприц олинади, нина билан сукилади. Агар шприцдаги новокаин кизарса, демак синиш натижасида кон куйилган сохага тушилгани маълум булади, сунгра 1% - 2% новокаин суюклиги 20 мл юборилади. Новокаин суюклик микдори синиш характериға ва кайси жойда синганиға боглик булади. Агар синиш бир неча суякда мавжуд булса, хар бирини айрим – айрим анестезия килиш лозим булади.

Гипс боглам. Гипс ва крахмал богламларни шарк табобатининг улуг намоёндалари Абу Али Ибн Сино амалиётида куллаган, синишларни давомида В. Матизен 1852 йилда гипс боглашини ишлатган. Россияда гипс богламни 1 – марта Басов, Пирогов ишган.

Гипс боглам 2 бугимни котириши, сон суяги синганда эса уч бугимни фиксация килиши керак. Баъзи бир синишларда факатгина 1 бугим коттирилади.

Аввало синган кул – оёкка гипс лонгета куйилади, бинт боглами билан котирилади, кейинЧалик синган жойдаги шиш кетиб, гематома айрилгаЧ, циркуляр гипс боглам куйилади. циркуляр, ионгета – церкуляр гипс богламлари билан бирға дарчали, куприкчали гипс боглами, гипс корсетлари, ёкали, тугторлар ишлатилади.

Тортиш методи бошка методларға нисбатан катор афзалликларға эға булганлиги учун бундан суяк синишини даволашда кенг фойдаланилади. Тортиб куйиш усули синган жойни фиксация килиш билан бирға, бугимларда харакат сакланади, мускуллар атрофияси, тукумалар трофикаси бузилишининг олдини олади; нормал кон айланиши синиш консолидациясини яхшилади. Тортиш усули асосан узун найсимон суяклар синиб, винтсимонён томндан силжишларда кенг кулланилади. Липкопластер ва скелет тортиш усуллари мавжуд.

Липкопластер билан тортишда куйидаги коидаларға риоя килиш зарур:

Тортиш, мушакларда спастик рекрация руёбға келмасдан туриб, биринчи суткадаёк килиниши лозим.

Липкопластер синган жойдан терига шикастланган сигментнинг бутун узунасига икки томондан ёпиштирилади.

Тортиш йуналиши суякнинг узунаси асосига мос булиши керак.

Бугимлар урта физиологик холатда эркин колиши керак.

Тортиб куйилган оёк – кул танадан баланд булиши керак.

Бу шартларни бажариш учун шикаситланган кул – оёк махсус шиналарда булиши керак.

Кул суяклари синганда чеккалаштирувчи шина, оёк суяклари синганда Белер, чаклин, Браун, Багданов шиналари ишлатилади. Липкопластер тортишдан Чакалокларда, шунингдек болаларда, баъзида катта беморларда фойдаланилади. Липкопластер урниға клеол еки махсус манжеталардан фойдаланиш мумкин Буин умурткалари шикастланганда Гинссон сиртмогидан фойдаланилади юмшок тукумаларда манжет ишлатилади чунки у кон айланишини бузади.

Скелетдан тортиш.

Бу даволаш усулида тош тугридан – тугри суякдан тортади, яъни махсус сили-спица махаллий анестезия ёрдамида суякдан утказиб, ундан тортилади. Биринчи марта 1907 йилда Ф. Штейнман суякдан мис утказиб, шу усулға асос солган.

Сон суяги синганда спицани унинг тупигидан, камрок катта болдир буртмасидан, болдир суяги синганда товон суягидан ёки тупик усти сохасидан, елка суяги синганда тирсак усимтасидан утказиб тортилади.

Скелетдан тортиш усули билаклар суяги синганда, бармоклар суяги шикастланганда кулланилмайди ёки кам кулланилади.

Скелет тортиш усулида кераклигича огирлик осиш мумкин, ёнбош силжишларда узунасига тортиш уз натижасини бермаса, кушимча ён томондан тортилади. Бу усул суяк синикларини узок вақт, суяк консолидация булгунча, уларни уз уридан силжитмасдан ушлаб туришға кон беради. Огирликнинг куп – озлиги беморнинг ёши, мушаклар вазминлиги ва синган суякларнинг силжишиға боглик.

Масалан: Сон суяги синигини тортиш учун тана огирлигининг 1/7 кисмигача керак булади. Скелетдан тортишга 4 хафтадан 6 хафтагача вақт зарур булади. Вақти – вақти билан рентген назорати қилиб турилади. Суяк аниқлари дислокацияси йукотилгаЧ огирлик аста – секин камайтиради. Скелетдан тортишда албатта, инфекциядан эҳтиёт бўлиш керак.

Функционал даволаш рекозичия ва иммобилизация каби алоҳида аҳамиятга эга.

Хозирги пайтда функционал даволаш комплекси ҳаракатларни уз ичига олади ва синган суякни қайси усулда, яъни гипс, тортиш, операция даволашдан қатъи назар бажарилади. Функционал даволаш шикастланишнинг 1 кунидан бошланиши керак, унда зарарланган соха тез уз функциясини жонлантирилади, кам асоратларга олиб келади.

Шикастланган бемор бугимлари урта физиологик ҳолатда қотирилади. Бунда асосий антагонист мушаклар (буқувчи, ёзувчи) ҳар хил қисқарган булади. Оёқ – қулнинг функционал – урта физиологик ҳолати бугим амексизози ва суяк қисмларининг иккиламчи қилжиши қузатилмайди. Ҳар хил бугим учун уртача физиологик ҳолат ҳар хил. Масалан: тос – сон бугими учун 300 ли буқиб, тизза бугимида 1400 ли буқиб. Товонда буқиб 800 - 900 ли булади. Шу бурчакларни ҳосил қилиши керак. Елка суягини қотиришда қулни 600 - 700 танадан узоклаштирилади ва қулни 350 олдинга қиларилади, тирсак бугимида 1000 - 1100 буқилади. Унда факат бармоқлар ярим буқилади, фалангалар 900 бурчакда қотирилади. Билакнинг урта физиологик ҳолати пронация ва супинация орасида буқилади. Гипс боғлаш ёки тортиш зарарланган сохада тухтақилгач, массаж ҳамда ҳаракат машқлари бугимда бошланади. Бу даволаш усуллари суяк қавариғи яхши қатталашганлиги учун, аста – секин ҳаракат машқлари бальнеотерапия, физиотерапевтик усуллар билан олиб қорилиши керак. Суяк қавариғи витаминлар, Са ва фосфор препаратлари, физиотерапевтик усуллар ёрдамида рағбатлантириб турилади. Овқатлар оксилларга, витаминларга бой бўлиши керак. Хозирги кунда синган суякнинг қонсолидациясини тезлаштириш учун қодуланган доимий ёки импульси электр тоқидан, электромагнитли қайдондан ва қиметнион лазер қурилмалардан қойдаланилади.

Синишларни оператив даволаш: - операция давомида бир қурсатда репозиция ҳамда суяк аниқлари фиксация қилинади.

Синган суякларни хирургик йул билан даволаш қадимдан муълум бўлсада, унда қузатилган маҳаллий йиринглаш, сепсис, остеомиелит узок вақтларгача тухтаби туради. Асептика, антисептиканинг қенг қулланилиши кейинчалик оператив даволашга йул очиб берди. Оператив даволашга қурсатма абсолют ва қисбий булади.

Абсолют қурсатмалар қуйидагилар:

Суяк синиши билан қатта қон томирлари, нерв толалари, бош ва орқа қия, ички органлар шикастланиши қавжуд бўлса.

Қисбий қурсатмага қуйидагилар қиради:

Янги синган суякларда:

Оқик синиши

Қайда қарчаланиб синиши

Узиб олишнинг қатжасида суяк синиқларининг узокқаниши.

Синган суяк оралиғича тушиб қолган мушак, фасцияларни қослаштириш ва қитишни қийинлаштиришига йул қуймаслик қозим.

Узилиб қетган суяк булақларини бир – қирига яқинлиги учун.

Сон суяги бўйиннинг қиан синиши

Сон суяги қундаланг синганда қисмларини репозиция қилиш ва уз жойида ушлаб қилиши қийин бўлгани учун уни даволашда

Бир вақтнинг узида қилинган ёки тортиш қоситасида бажарилган қослаштириш қуваффақиятсиз қикқанда.

Ёски синишларда:

Қонсерватив даволаш қойда бермаганда.

Қитмаган синишларда – жевдо – артрозларда.

Суяк қотугри қитганда

Операция усули билан даволашга қарши қурсатмалар:

Беморнинг огир адволи (шок, уткир кон йукотиш ва б.)

Умумий ва маданий инфекция.

Огир хасталиклар (сил, хавфли усма)

Хозирги кунда Илизаров О. Н. Гудушаури, В. И. Канберз аппаратлари кенг ишлатилади, улар янги ва ифлосланган синишларда ҳамда псевдоартрозларда кулланилади:

Илизаров усулида синган суяк қисмлари орқали чорраха қилиб Қиршнер специалларини утқизилади, уларни халкаларда муруплар ёрдамида ташки томонидан иккита ёки бир канча металл халкалар билан тортилади, уларни репозиция мақсадига кура ҳар томонга тортиш мумкин.

Гудушаури аппарати туртта ярим халкадан иборат бўлиб, улар бир – бири билан боғлиқ, ярим халкалар масофасини ҳамда эгилиши бурчакларини хоҳлагандек қузиш, эгиш мумкин. Синган жойдан қисмлар орқали Қиршнер специалари утқизилади ва ярим халқлар бирлашади.

Суяк орқали фиксацияда аппаратлардан қилиб чиқадиган асоратлардан томир ва нерв таналарининг спица ва стержен утқизилаётганда зарарланиши, даволаш жараёнида юмшоқ туқималарнинг йиринглаши, остеомиелит, реактив ёки йирингли артрит, суяк синикларининг иккиламчи силжиши, консонидациянинг кескинлашини, кейинги даврда бугим контрактураси, кон айланиши бузилиши қабила кузатилади.

Остеосинтезда биомеханика қонунига асосланиб, металл «чарчоғи» ҳисобига металл конструкциясининг силжиши мумкин. Шунинг учун металл конструкциясини қотиришда суяк цементдан фойдаланилади.

Суяк пластикаси. Бунинг учун тез фурсатда тайёрланган беморнинг суяк халқалари ёки консервация қилинган ксено ва аллотрансплантатдан фойдаланилади. Суяк трансплантатларини бевосита суяк илик каналига ёки синган жойда махсус «арик»ча қилиб қуйилади. Баъзан суяк пластик операциялари бошқа усуллар билан бирга олиб борилади: суяк каналига стержен қиритилади, устидан эса трансплантат қуйилади. сунгги йилларда янги ёки қайта қурилган маълум бугимларни ташкил қилувчи скелет фрагментлари мосламалари ишлаб чиқилган.

Сон суяғи синганда клеммаларни қиритиш учун оёқ Беллер шикасига урнатилади. Клемманинг уткир қисмини қиритиш учун белгиланган нукталар, 0,5% - новокаин эритмаси билан суяк усти пардасигача ҳар бир томони 10 – 15 мл дан инъекция қилиниб огриксизлантирилади. Клемманар, одатда, сон суяғи думбқларидан бир мунча юқориқда жойлашган сохага қиритилади. Ёрдамчи шу жойдаги терини юқорига тортади, жарохат эса клеммаларнинг уткир учларини қиритиш мулжалланган нукталарда уткир учли скальпел билан ҳар икки томондан, суяқкача етиб борадиган катта кесмалар (0,5см) утқазилади. Шу кесмаларга клеммаларнинг уткир учлари қиритилади ва болғачани у ёки бу томондан енгилгина уриш билан улар 1 – 2см чуқурликка қиритилади, шундан кейин клеммалар ёки вилет билан қотирилади ва унинг мустаҳкамлигига ишонч ҳосил қилиш мақсадида яхшилаб тортиб қурилади.

Ш. Д. Хахутов буйича сирганувчи суяк трансплантати билан пластика қилиш.

Суяк булақларига тегишлича ишлов берилгандан кейин ва электр арра билан репозиция қилиб булинганидан сунг, дистал ва проксимон суяк булақларидакёнг суяк пластиклари ва проксимон суяк булақларидакёнг суяк пластиклари арралаёнади, шу билан бирга катта пластика узунроқ булақда қиркилади.

Пластикаларни олиб ташлагандан кейин суяк юзасида узлуксиз тарновча ҳосил бўлади. Ҳосил бўлган тарновчага аввал синиш қизиги орқали утиб кетадиган узун суяк пластикаси ётқизилади, қолган қисмига эса қалта суяк пластикаси урнатилади яъни, трансплантатларнинг жойи узгартирилади. Пластикалар суяқка қеткут ёки юпка суяк штифтлари билан бириктириб қуйилади.

Очик синишларни даволаш.

Очик ёки асоратли синишларга тери ва синган жойнинг юмшоқ туқималари бутунлиги бузилиши қиради. Бу ҳолат синган жойнинг ташки муҳит билан туташилишига восита бўлади ва синган сохага инфекция ривожланиши хавфини тугдиради. Шунинг учун бундай беморларни даволашда биринчи бўлиб, иложи борида эртароқ жарохатни

биринчи хирургик ишлашни бажариш, унинг ифлосланган, зарарланиб кон билан таъминлаши бузилган туқималарини, ёт жисмларини ва суяк парЧаларини олиб ташлаш лозим.

Агар шикастланган бемор биринчи 8 соатда касалхонага келтирилса, жароҳатнинг чеккаси ва туби кесиб олинади. Суяк қисмларини бир – бирига тугрилаб, жипслаштирилади, жароҳат тикилади, кул ёки оёқ гипс лонгеталари билан тастақчланади, 1- 3 сутка утгач гипс лонгетаси циркуляр дарчали гипс боғлами билан мустаҳкамланади ёки юкорида кайд килинган операция усули кулланилади.

Агар инфекция белгилари булмаса, жароҳатни ишлашни 12, хатто 24 соатдан сунг хам бажариш мумкин. Унда бароварига маҳаллий ва умумий антибиотикотерапия утказилади. Анаэроб инфекцияга хавф булса, жароҳат тикилмайди, очик колдирилади, факат гипс боғлами билан фиксация килинади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков, Ю. В. Стручков. Общая хирургия М. Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М. Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М. Ташкент 1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. 1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eurgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л. Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М. Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М. Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ.//гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurderly-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra,vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php, shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Очик жароҳатлар (яралар) . Очик жароҳат тушунчаси., таснифи , асорати , хавфи , клиник белгилари. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. Очик жароҳатларни даволаш . Бирламчи хирургик ишловга курсатмалар ва бажариш усуллари. Яраларни битиш учун зарур булган шароитлар , битиш турлари.

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Очик жароҳатлар (яралар) хақида тушунча. 2. Очик жароҳат тушунчаси., таснифи , асорати , хавфи , клиник белгилари 3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. 4. Беморларни текшириш усуллари; 5. Очик жароҳатларни даволаш; 6. Бирламчи хирургик ишловга курсатмалар ва бажариш усуллари; 7. Яраларни битиш учун зарур булган шароитлар , битиш турлари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Очик жароҳатлар (яралар) . Очик жароҳат тушунчаси., таснифи , асорати , хавфи , клиник белгилари. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. Очик жароҳатларни даволаш . Бирламчи хирургик ишловга курсатмалар ва бажариш усуллари. Яраларни битиш учун зарур булган шароитлар , битиш турлари.	
Педагогик вазифалар: - Очик жароҳатлар (яралар) хақида тушунча. - Очик жароҳат тушунчаси., таснифи , асорати , хавфи , клиник белгилари - Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. - Беморларни текшириш усуллари; - Очик жароҳатларни даволаш; - Бирламчи хирургик ишловга курсатмалар ва бажариш усуллари; - Яраларни битиш учун зарур булган шароитлар , битиш турлари.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: 1. Очик жароҳатлар (яралар) хақида тушунча. 2. Очик жароҳат тушунчаси., таснифи , асорати , хавфи , клиник белгилари 3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. 4. Беморларни текшириш усуллари; 5. Очик жароҳатларни даволаш; 6. Бирламчи хирургик ишловга курсатмалар ва бажариш усуллари; 7. Яраларни битиш учун зарур булган шароитлар , битиш турлари.
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

22-мавзу	Фаолият мазмуни. Очик жароҳатлар (яралар) . Очик жароҳат тушунчаси., таснифи , асорати , хавфи , клиник белгилари. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. Очик жароҳатларни даволаш . Бирламчи хирургик ишловга курсатмалар ва бажариш усуллари. Яраларни битиш учун зарур булган шароитлар , битиш турлари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавобўткази. -Очик жароҳатларга доир қандай атамаларни биласиз? -Очик жароҳатлар дейилганда нимани тушинасиз? - Очик жароҳатларда биринчи ёрдам қандай курсатилади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради . 2.3.Очик жароҳатлар тушунчаси , этиологияси , патогинези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. -Очик жароҳатларда биринчи ёрдам курсатиш ; -Очик жароҳатларни таснифи нималарга асосланган; -Очик жароҳатларни сабаблари, патогинези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - Очик жароҳатларни диагностикаси ва 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.)	3.1. Мавзуга яқин ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. 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 ҚИСМ. Жароҳат деганда тери ёки шиллик қаватларнинг механик шикасти тушунилиб, ичкарига ётган туқималарга ҳам шикаст етган бўлиши мумкин.

Очик жароҳатлар классификацияси

Жароҳатланган нарсанинг характери бўйича қуйидаги жароҳатлар тафовут қилинади.

Кесилган жароҳатлар туқималарга бирорта кесгир нарса (пичок, шиша, теми ва ҳоказо) таъсир қилганда пайдо бўлади. Жароҳатнинг теридаги чети текис, остидаги туқималарга одатда кам шикаст етади, жароҳат очик бўлади, қонаб туради. Бошқа жароҳатларга қараганда бирмунча яхши тузалади.

Шилинган жароҳатлар – кесилган жароҳатнинг бир тури, бунда тер ива тери ости клетчаткаси остида ётган туқималардан қучиб чиққан бўлади. Бундай жароҳатлар урнима чизик бўйича ҳаракат қилаётган кесувчи предметдан шикастланиш ёки терининг тери ости клетчаткаси билан қучиши оқибатида юз бериши мумкин.

Чопилган жароҳатлар утки рва огир (болта, қолич ва хоказолар) билан урилганда ҳосил бўлади. Остида ётган туқималарнинг анчагина шикастланиши кузатилади. Бирмунча секин битади.

Санчилган жароҳатлар санчадиган уткир буюмлар (бигиз, мих, найза ва хоказолар) санчилишдан ҳосил бўлади. Жароҳатлар териға озрок шикаст етиши ва ичкарида ётган органлар ҳамда туқималар (йирик кон томирлар, упка, юрак, жига рва хоказолар) нинг купрок шикастланиши билан характерланади. Ташкариға кон кам чиқади, бироқ чуқур жойлашган туқималардан куп микдорда кон оқиши мумкин. Бундай жароҳатлар гоятда хавфлидир. Даво қилишда ички органларға шикаст етган-етмаганлигини аниқлаш мақсадида жароҳат каналини кенг қуламда ревизия қилиш талаб этилади.

Чопилган-кесилган жароҳатлар-чопилган ва кесилган жароҳатларнинг қушма тури. Ҳам ташқи, ҳам ички томондан анчагина кон оқиши билан характерланади. Даволаш тактикаси чопилган жароҳатлардаги қабидир.

Урилган жаолхатлар бирорта тумтоқ буюм (Таёқ, то шва хоказолар) билан урилганда пайдо бўлади. Улар юмшоқ туқималарнинг анчагина мажакланиши ва озрок қонаши билан характерланади. Туқималарнинг огир мажагланиши сабабли жароҳат четларининг жонсизланиши кузатилади. Инфекция осонликча қушилади, йирингланиш юз беради. Жароҳатни хирургик тозалашда яшаб кетмайдиган туқималарни батамом олиб ташлаш талаб қилинади.

Юлинган жароҳатлар уриб олинган жароҳатларға яқин туради. Одатда машиналар ва механизмларнинг ҳаракатланадиган қисмларидан вужудға келади. Улчамлари қатта, четлари нотеқис бўлади, осонликча инфекция тушади. Узок муддат мобайнида турли асоратлар билан битади.

Тишланган жароҳатлар одам ёки ҳайвонларнинг тишлашидан содир бўлади. Тери ва остида жойлашган туқималарға анча шикаст етади. Жароҳат ҳамиша инфекцияланган бўлади. Кеч ва куп асоратлар билан битади.

Уқ тқишидан юз берган жароҳатлар-уқ отадиган қуролдан зарарланиш натижасидир. Уқ, сочма уқ, снаряд парчаси қабилардан юз бериши мумкин. Жароҳатлайдиган снаряд, масофаға ва хоказоларға қура турли-туман характерда бўлади. Уқ ёки снаряд парчасидан руй берган жароҳатлар айниқса огир кечади. Бу жароҳатлар тешиб утган, бунда жароҳатловчи буюмтана қисмидан тешиб утиб, қириш ва қикиш тешиқлари бўлади (қириш тешиғи қикиш тешиғидан қичик) ва берк бўлади, Бунда факат қириш тешиғи бўлиб, жароҳатловчибуюм туқималарда қолади.

Уқ тегишидан вужудға келган жароҳатда қуйидагилар фарқ қилади: 1) жароҳат канали зонаси, унда некротик туқималариуқ парчаси, қийим парчалари ва у қабилар бўлади; 2) шикастланган некроз зонаси, туқималарнинг механик ёки температура таъсирида шикастланиши натижасида ҳосил бўлади; 3) молекуляр силқиниш зонаси. Қузға қуринадиган узғаришлар қузилмайди, бироқ шу участкада туқималар қаршилигини пасайтирадиган некробиотик узғаришлар учрайди.

Захарланган жароҳатлар – жароҳатнинг захарловчи модда (иприт, люизит ва бошқалар) тушган ҳар қандай туридир. Захарловчи модда жароҳат тешиғи орқали организмға тез сурилиб, огир оқибатларға олиб келади. Даволаш – ювиш, антидотлар қулланиш, жароҳатни бирламчи хирургик тозалашдан иборат.

Уқнинг нечоғли ичкариға қиришиға қура: 1) тешиб қирмайдиган, бунда бушлиқ (қорин пардаси, плевра, бугимнинг синовиал пардаси) нинг барьер бушлиғи шикастланмайди ва 2) тешиб қирадиган (барьер тусиғи шикастланади) жароҳатлар бўлиши мумкин.

Тасодифан юз берадиган ҳамма жароҳатлар, жумладан уқ теккан жароҳатлар ҳам бирламчи инфекцияланган ҳисобланади. Уқ теккан жароҳатлар, бундан ташқари туқималарға куп шикаст етиши билан утади. бу эса уларнинг битиш шароитларини қийинлаштиради.

Тасодифан юз берган жароҳатлар бўлади. уларға жароҳатларнинг юқорида санаб утилган ҳамма турлари қиради, улар, одатда, бирламчи инфекцияланган ва атайлаб қилинган (операцион) – асептик бўлади.

Инфекциянинг тушиш даражаси буйича асептика ва инфекция тушган жароҳатлар фарк қилинади. Иккиламчи инфекцияланган жароҳатлар-одатда операцион жароҳатлар бўлиб, нотугри парвариш қилинганда (медицина ходимларининг ёки беморларнинг айби) билан улар жароҳат пайдо бўлишидан бир неча соат ёки кун утгач инфекцияланиши мумкин.

Жароҳатлар якка-якка ва куп сонли бўлиши мумкин.

Очик жароҳатларнинг клиник манзараси

Очик жароҳатнинг клиник манзараси огрик, четлари очилиб туриши, қон оқиши ва гавданинг шу қисмларида юз берадиган функционал бузилишлар билан характерланади.

Жароҳатларнинг битиши

Жароҳатларнинг битиши мураккаб физиологик процессдир. Шартли равишда уч дав рёки фазаси ажратилади.

Гидратация фазаси бевосита травмадан сунг юз беради бир неча сутка давом этади. Яллигланиш аломатлари билан утади. Жароҳат суякклигининг оқиб чиқиши учун шароитлар (жароҳатни кесиш, дренажлаш, гипертоник эритмалар қулланиш) вужудга келтириш зарур.

Дегитрация фазаси. Жароҳатнинг тозаланиш, яллигланишнинг камайиши, яшаб кетмайдиган туқималар ва фибрин инвидиларининг лизиси, грануляциялар ҳосил бўлиши руй беради. Грануляцион туқима ҳосил бўлиши учун шароитлар (антисептик эритмалар, мазь боғламлар, боғламни кам янгилаш) яратиш зарур.

Эпителизация фазаси жароҳат нуксонини беркитадиган эпителиал туқима ҳосил бўлиши билан характерланади. Айни вақтда грануляцион туқимадан чандикли туқима ҳосил бўлади. Актив ҳаракатлар, иссиқ муолажалар, мазь боғламлар қулланилади. Хар бир фазанинг давом қилиш муддати жароҳат характериға, даволаш методлариға, организмнинг умумий ҳолатиға ва инфекция борлиғиға боғлиқ.

Жароҳат битишининг қуйидаги турлари фарк қилинади.

Бирламчи тортилиб битиш жароҳат чеккалари бир-бириға тегиб (чоклар, босиб турадиган боғлам), жароҳатда инфекция ривожланмаганда ва яшашға лаёқатсиз туқималар жуда кам бўлганда руй беради. Жароҳат тахминан 6 суткаларда битиб, ингичка чизикли чандик қолади.

Иккиламчи тортилиб битиш жароҳат очик, унда йирингланиш бўлганда руй беради. Жароҳатнинг яшаб кетмайдиган туқималардан тозаланиш, яллигланишнинг йуқолиши, грануляциялар пайдо бўлиши, чандикли туқима ҳосил бўлиши ва эпителизация қайд қилинади.

Иккиламчи тортилиб битиш-узок давом этадиган процессдир. (бир неча ҳафтага чузилади). Бунда дағал чандик қолади. У бурушганда бугим контрактураси юз бериши (жароҳат бугим соҳасида жойлашганда) ва гавданинг шу соҳаси деформацияға учраши мумкин.

Жароҳатнинг пуст остидан битиши. Тери юза шикастланганда жароҳат соҳасиға чиккан қон ва лимфа тук жигар ранг пуст (струп) ҳосил қилади. Пуст остида битиш процесси жароҳат регенерациясининг умумий принципи буйича, бироқ бирмунча тезроқ боради, чунки пуст жароҳатни инфекциядан ва травмадан сакланадиган биологик боғлам вазивасини бажаради.

Жароҳатнинг микробдан ифлосланиши. Хар қандай тасодиғий жароҳатланишда жароҳатға микроблар тушиб ифлосланади. Микробли флора жароҳатға жароҳатловчи қурол, қийим парчалари, тери чеккаларидан тушади.

Жароҳатда инфекция ривожланиши учун микрофларнинг емирилиб, қон айланиши ва иннвермация бузилган бўлиши, организмнинг химоя қучлари пасайиши талаб этилади. Инфекция ривожланиши учун шароитлар ноқулай бўлганда микрофлора нобут бўлиши мумкин.

Жароҳатнинг йиринглиаши. Жароҳатдаги йирингли процесс муайян клиник манзара: жароҳат чеккаларининг қизариши, уларнинг шишуви, қаттиқлашиши. маҳалий ва умумий температуранинг қутарилиши, қуқкиловчи огрик. гавданинг шу қисми функцияси бузилиши билан характерланади.

Жароҳатдаги яллигланиш экссудати йирингли характериға эға булади (куп микдордаги лейкоцитларнинг чиқиши ҳисобиға). Берк жароҳатда йирингли модда туқималараро бушликлар бўйича тарқалиб, катта йирингли камгаклар ҳосил қилади.

Йиринглаган жароҳатларни даволаш йирингини оқиб чиқиши учун қулай шароит яратиш ва антибактериал терапиядан иборат.

Жароҳатланганда биринчи ёрдам

Жароҳатланганда биринчи ёрдам курсатиш негизини қон оқишини вақтинча тухтатиш (боғлам, жугут) ва инфекция тушишининг олдини олиш (боғлам қуйиш олдидан жароҳат чеккаларига йод эритмаси суртиш) принципи ташкил этади.

Жароҳата боғлам қуйишда индивидуал боғлов пакетидан фойдаланиш тавсия қилинади.

Вақтинча қон тухтатиш ва транспорт имобилизацияси тегишли бўлимларида баён этилган қоидалар асосида бажарилади. Беморни даволаш муассасасига етказиш зарур.

Врач қелгунча бериладиган ёрдами медицина ҳамшираси ёки фельдшер курсатади. Ходиса юз берган жойдан биринчи ёрдам тугри берилган бўлса, уни такрорлаш тавсия этилмайди ва беморни ихтисослашган даволаш муассасасига олибборилади. Борди-ю, биринчи ёрдам берилмаган ёки нотугри бажарилган бўлса, жароҳат зонасини қенгрок очиш, жароҳат чеккасидаги жунларни қириш ва у ерга йод суртиш, қуриниб турган ёт жисмларни олиб ташлаш, жугутни қайта боғлаш ва асептик боғлам қуйиш зарур. Сунгра беморға қокшолға қарши зардоб юбориш, уни эхтисослашган даволаш муассасасига жунатиш қерак.

Жароҳатларни даволаш

Жароҳат юзасини тозалаш ва бирламчи қок солиш. Манипуляцияларнинг бу турларини қичқрок юза жароҳатлари (лат ейиш, тери эқскориацияси) бўлган беморларда ёки чеккалари текис. ифлосланмаган ва ичкарида жойлашган жароҳатларда бажарилади.

Жароҳат атрофидаги жунлар қирилади, териси бензин ёки спирт билан артилади ва йод эритмаси суртилади. Бемордафакат тери эқскориацияси бўлса, асептик боғлам қуйилади. Бундай ҳолларда бактерицид таъсирға эға бўлган БФ- 6 елими ишлатилади ва боғлам қуймаса ҳам булади.

Жароҳатни брламчи хирургик тозалаш. Жароҳатни юирламчи хирургик тозалаш ососида жароҳат чеккалари, деворлари ва тубини соғлом туқималарғача қесиш ҳисобиға уни асептик жароҳатға айлантериш принципи ётади.

Шикастланган соға ва унинг огир – енгиллиғига қараб бирламчи хирургик тозалаш маҳаллий ёки умумий огриксизлантериш остида утказилади. Ички томондан қетгут қок солиш ва терини ипак билан қоклашёрдамида жароҳат чеккаларини бир-бириға яқинлаштирилади. Жароҳат чеккаларига антибиотиклар қуйилади. Жароҳатни бирламчи хирургик даволашни жароҳатлангандан сунг дастлабки соатларда бажариш қерак. Чуқур қамгаклар ва инфекция ривожланиш ҳавфи бўлганда жароҳатни дренажланади, ёрдамчи қоклар солинади ва умуман қокланмайди, жароҳатни эса асептик боғлам билан беркитилади. Яллигланиш ходисалари бўлмаганда 3-5 сутка утғач қок солинади (бирламчи тикилган қок). Жароҳат йиринглаган ҳолларда яллигланиш ходисалари тугагандан кейингина уни тикиб қуйиш мумкин. Бу вақтға қелиб жароҳатда грануляциялар пайдо булади. Улар қесилади ва қок тикилади (иққиламчи тикилган қок).

Юз, тил, қул панжаси жароҳатланганда, яъни қон таъминоти яхши соҳаларда жароҳат чеккалари минимал даражада қесилиб, қоклар солинади ва зарурат бўлганда, имобилизация қилинади. Жароҳатни бирламчи хирургик тозалашдан сунг у нормал битаётганда қоклар 7-8 суткада сугириб олинади.

Йирингли жароҳатларни даволаш. Жароҳатларни хирургик тозалаш ва уз вақтида қилинмаса ёки етарлича сифатли утқазилмаса, йирингланиш бошланади. Клиник жихатдан у жароҳат чеккаларининг қизариши, ҳам маҳаллий, ҳам умумий температуранинг қутарилиши, беморнинг умуман лоҳас бўлиши, жароҳат зонасининг росман огриши билан характерланади (гидратация фазаси). Шу мақсадда, илғари қоклар қолинган бўлса, уларни сугириб олинади ва йирингли қамгаклар қесилади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков. Ю. В. Стручков. Общая хирургия М. Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М. Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М. Ташкент 1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. 1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eurgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л. Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М. Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М. Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА., С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurdery-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Куйиш шикасти ва куйиш касаллиги. Иссиқлик ва кимёвий эритмалар таъсиридан куйиш даражасини таснифлаш , куйиш майдони. Куйганда организмнинг маҳаллий ва умумий реакцияларининг келиб чиқиши. Маҳаллий жароҳат , куйиш касаллиги тушинчаси: шок , захарланиш , септико пиемия , соғайиш босқичи. Куйиш шокининг хусусиятлари. Биринчи ёрдам ва даволаш асослари

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Куйиш шикасти тушунчаси, таснифи. 2. Куйиш касаллиги клиник белгилари. 3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. 4. Беморларни текшириш усуллари; 5. Куйиш касаллиги клиникаси ва патогинези хақида тушунча. 6. Куйиш касаллиги диагностикаси ва даволаш усуллари хақида тушунча. 7. Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида кузатиладиган асоратларни олдини олиш.
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга куйиш шикасти ва куйиш касаллиги уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усулларини ургатиш.	
Педагогик вазифалар: -Куйиш шикасти тушунчаси; - Куйиш шикасти этиопатогинези; -Куйиш шикасти турлари; -Куйиш касаллиги, клиникаси, диагностикаси , асоратлари ; -Куйиш касаллиги бирламчи хирургик ишлов бериш; -Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида асоратларни олдини олиш;	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Куйиш шикасти асоратлари хақидаги тушунчаларни изохлайди; - Куйиш касаллигини сабабларини айтиб беради; -Куйиш шикасти таснифини санаб беради; -Куйиш касаллиги клиник манзарасини изохлайди; -Куйиш касаллиги даволаш усуллари айтиб беради; -Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида биринчи ёрдамни айтиб беради ва изохлайди; Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида кечиш фазалари , биохимиявий узгаришларни 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 МАШЎУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

23-мавзу	Фаолият мазмуни. Куйиш шикасти ва куйиш касаллиги. Иссиқлик ва кимёвий эритмалар таъсиридан куйиш даражасини таснифлаш , куйиш майдони. Куйганда организмнинг маҳаллий ва умумий реакцияларининг келиб чиқиши. Маҳаллий жароҳат , куйиш касаллиги тушинчаси: шок , захарланиш , септико пиемия , соғайиш босқичи. Куйиш шокининг хусусиятлари. Биринчи ёрдам ва даволаш асослари	
	Ўқитувчи	Талаба

1-боскич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйилган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. -Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида доир қандай атамаларни биласиз? -Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида дейилганда нимани тушинасиз? - Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида биринчи ёрдам қандай қўйилади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маълумоти баён этишда давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунинг тушунтириш давом эттиради . 2.3. Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида тушунчаси , этиологияси , патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. -Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида биринчи ёрдам қўйиш ; -Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида таснифи нималарга асосланган; -Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча бериш; - Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида диагностикаси ва даво усуллари айтиш.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир -бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳофаза қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзилади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтирилади.
3-боскич. Якуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқин ясади ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. 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 ҚИСМ. Иссиқлик, кимёвий ва нур энергияси таъсиридан организмнинг оғир зарарланиши – куйиш юз беради. 1960 йил XXVII Умумиттифок хирургия съездида куйишлар классификацияси қабул қилинган – ташки қилиниши ва анатомик ҳудудига қараб. Шу классификацияга мувофиқ 4 та даража ажратилади. Даражали куйиш юз берганда тери кизариб, туқималарнинг шишиб кетиши қўзғатилади. Бунда факат эпидермис зарарланади. Даражали куйиш – тери эпителиясининг оғир зарарланиши аммо унинг сургичсимон қаватининг сақланиб қолиши билан характерланади. 1-даражали куйиш вақтида белгилаб яққолроқ қилиниши билан бир қаторда эпидермис пайдо бўлган ва сероз суюқлик билан тулган пуфакчалар қўзғатилади. Жароҳатловчи агентнинг температураси ва таъсирининг давом қилишига қараб пуфакчалар иссиқлик таъсир қилгандан сунг дарҳол ва ёки биринчи суткада пайдо бўлиши мумкин. Даражали куйиш – тери сургичсимон қаватининг юқори некрозланиши билан характерланади.

3-даражали куйиш 3-А ва 3-Б га булинади. 3-А. Бундай куйишда усиш кавати сакланиб қолади. 3-Б терининг ҳамма кавати некрозга учрайди

Даражали куйиш тери сургичсимон каватининг батомом некрозланиши билан характерланади.

Даражали куйишда туқималарнинг чуқур кавати некроз ва травмаловчи агент (аланга, эриган металл, электр токи ва х.к.) нинг кучли таъсири натижасида тери ёки ҳатто органнинг куйиб қумирга айланиши кузатилади.

Куйишнинг чуқурлигини аниқлаш усуллари:

1. Спиртли шарик пробаси. Куйган жойга спирт билан ҳушланган шарик теккизилса, 3-А даражасида бемор оғрик сезади. 3-Б ва ; даражада ҳеч нарса сезилмайди.

2. Нина пробаси. 3-А даражада нина пробаси санчилса оғрик сезади. 3-Б даражада оғрик бўлмайди.

3. Соч толаси пробаси. Сакланиб қолган соч толасидан тортилса 3-А оғрик бўлади. 3-Б даражада оғрик бўлмайди.

Куйишнинг оғир –енгиллигини аниқлаш учун зарарланган тери юзасининг майдонини улчаб қуриш муҳим аҳамиятга эга. Куйган жойнинг майдонини тахминан аниқлаш учун куйидаги усуллар ишлатилади.

1. Кафт билан улчаш (беморнинг кафтининг майдони 1% таққил қилади).

2. Туккизлик усули. Бу қоида бўйича қалла юзаси ва бўйи 9% ни таққил қилади.

Бтга қулнинг юзаси 9%

Тананинг олд томони 18%

Тананинг орқа томони 18%

Битта оёқнинг бзаси 18%

Чот ва жинсий органларнинг юзаси 1%

3. Постников жадвали: бунда ҳар бир тана соҳалари см. квадратда берилиб, унинг танага нисбатан проценти аниқланади.

4. Доликин В.А. усули одамнинг олди ва орқа томонлари қизилган резинали печат ишлатилади. Печат тананинг 1% ни таққил қиладиган бўлақларга (сегмент) бўинган бўлади.

Куйган беморларга диагноз қуйилаётган пайтда нимадан қуйганлиги, даражаси, қуйган жой ва ҳажми қурсатилиши керак. Масалан, пар билан қуйган 2-даражали чап қул (9%) ва х.к. Баъзан тери қуйиши билан бирга нафас йуллари қуйиши ҳам қузатилади. Бу қуйишда қупинча юз ва бўйин ҳам қуяди. Нафас йуллари қуйишнинг белгилари: нафас олишнинг қийинлашиши, нафас қисиши, ҳириллаган овоз, йутал. Нафас йулларининг қуйгани баъзан 6-12 қунлари билинади, бу даврда улган шиллик кавати қучиб, бронхга тикилиши мумкин. Куйиш травмасига организм ҳар вақт реакция қилади. Юзаси қатта бўлмаган қуйишлар чуқур узғаришлар бермайди. Агар қуйиш қатта ҳажмда ва чуқур бўлса умумий реакция ҳам қатта бўлади ва қуйиш қасаллиги қузатилади. Агар қуйиш чуқур бўлиб 10% дан ошса қуйиш қасаллиги қелиб қикади.

Куйиш қасаллиги.

Куйиш қасаллигининг 4 та даври бўлади:

Шок

Токсемия

Септикотоксемия

Роконвалесценция

ШОК. Куйишда юз берувчи шок қенг қуйган соҳадаги нерв элементларининг қитикланиши сабабли ривожланади. Куйиш юзаси қанча қатта бўлса, шок шунчалик оғир бўлади. Тананинг 50% дан юзаси қуйса, шок ҳамма зарарланганларда қузатилади ва уларнинг ҳалок бўлишига сабаб бўлади. Қупинча қуйиш вақтидаги шокда эреқтик фаза бўлади. Қупинча қуйиш вақтидаги шокда эреқтик фаза бўлади. Шокнинг ривожланиши учун қуйган жойдан қелувчи қучли нерв рефлeктор импульслардан ташқари қуп плазма йукотиш (айниқса 3 даражали қуйишларда) шунингдек туқималар ириши натижасида қелиб қиқувчи токсемия қатта аҳамиятга эга.

Куйиш касаллигининг иккинчи даври. – уткир куйиш токсемияси-жарохатнинг йиринглаши ва иситманинг билан характерланади. Куйишдан сунг биринчи соатларда токсемия аста-секин кучаяди ва беморнинг шокдан кейинги ахволига таъсир килади. Куйган жойда тукималар ириши натижасида пайдо булган моддалар, токсинларнинг шимилиши токсемия келиб чиқишида рол уйнайди. Токсемия шу билан бир каторда шундай беморларда юз берувчи гипохлоремия, гипопроотеинемия, организмда модда алмашишининг бузилишида иборатдир. Токсемиянинг симптомлари уйкусизлик, мускуллари титраш, алаҳсираш, эс-хушининг хираланиши, иситманинг кутарилиши, тахикардия, қусиш камконлик. Лекоцитоз, гипопроотеинемия.

Септикотоксемия. Куйган юзада инфекция ривожланиши септик ҳолат юз беришига, яъни температура кутарилиши, титраш лейкоцитоз, нейтрофилезнинг тобора ошиб бориши, анемия ва шу кабиларга сабаб бўлади.

Огир ва уқп жойни ишғол қилган куйиш руй берганда ланжлик, уйкучанлик, титраш, тана температураси пасайиб кетиши ва совук терлаш кузатилиши мумкин. Огир интоксикация кон босимининг пасайишига, пульснинг тезлашиб кучсизланишига, қуп микдорда плазма йукотилиши эса организмнинг сувсизланишига ва конда оксил моддаларнинг камайиб кетишига олиб боради. Шу билан бирга жигар функцияси бузилиши, шиллик пардалардан кон кетиш, баъзан эса меъда ва ичак шиллик пардаларида яро пайдо булиши курилади. Организмда модда алмашувининг бузилиши сувсизланиши, ацидоз, гипохлоремия ва тукималарда оксидланишнинг издан чиқиши билан характерланади.

5.Реконвалесценция даври.

1-даражали куйишда кон айланишининг бузилиши ва яллигланиш эксудациясининг ҳосил булиши тез орада тухтайди, шиш ва огрик йуқолиб процесс тугайди. Агар 2-даражали куйишга инфекция қушилмаса, барча узғаришлар аста –секин босилиб, эксудат шимилиб кетади, куйган жой юзаси эпителий билан копланади ва 14-16 кунда сунг бемор соғайиб кетади. 2-даражали куйишга инфекция қушилса, куйган жой юзасида грануляция ҳосил бўлиб, аста –секин эпителий билан копланади. Бундай ҳолларда тузалиш бир неча ҳафта, ҳатто ойларга чузилиб кетади.

3-даражали куйиш пайтида терининг барча қаватлари ва баъзан ундан ҳам чуқурроқ жойлашган тукималар улганлиги туфайли бундай куйиш кеч битади.

Куйишларни даволаш.

Куйишнинг даволаш тадбирлари ҳодиса юз берган жойни узидек биринчи ёрдам курсатиш, асоратни олдини олиш, куйиш юзасини дастлабки ювиш, даволаш муассасаларида: маҳаллий ва умумий давочораларини куришдан иборатдир.

Биринчи ёрдам курсатиш травмаловчи агентнинг таъсиринги тухтайтиш, шок ривожланишига, куйган юзага қиришига йул қуймаслик зарарланган кишини даволаш муассасаларига олиб боришдан иборат.

Беморда шок бўлса, дарҳол уни йукотиш чоралари курилади. Шундан сунг коқшолга қарши зардоб қиритилади, куйган жой юзаси ювилади.

Куйишни маҳаллий даволашда барча усулларни уқ гуруппага булиш мумкин:

Ёпик даволаш усули

Очик даволаш усули

Аралаш усули

Операция

Ёпик даволаш усули – куйидаги жой юзасига ҳар хил дори дармонлар (вазелин мойи, синтомицин малҳами, стрептоцид ва пнициллин малҳамлари) қуйиб боғлашдан иборат.

Очик даволаш усули икки хил: а) куйган юзапни ошловчи моддалар билан ювмасдан б) куйган юзада каогуляция қилувчи препаратлар ёрдамида кобик ҳосил қилиш йули билан қулланади.

Ошловчи препаратлар қулланмай даволанган беморнинг куйган жойи ишлагандан кейин у стерил чойшаб ёзилган қароватда стерилланган чойшабларда қилинган қаркас остида етказилади. Электр лампалари воситасида яра юзаси қуриб, кобик ҳосил қилгунча 23-25 даража иссиқлик ушлаб турилади. Ҳосил бўлган кобик остида яра тузала бошлайди. Кобик остида йиринг йигила бошласа, кобик олиниб епик услубга утилади.

Ошловчи моддалар куллаб очик усулда даволаш. Очик даволаш усули кулланганда анча микдорда йукотилиб, куйган жойда инфекция ривожланиш хавфи булиши, бу методни ошловчи, куйдирувчи препаратлар (калий пермангантни 2-3% эритмаси, 5%ли танин эритмаси, 10% ли ляпис эритмаси) билан бирга куллашга олиб келади. Бу эритмалар куйган жой юзасини эластик кобик коплаб, плазма йукотиш ва инфекция киришга тусиклик килади.

Аралаш даво методи. – очик ва ёпик даво усуллари бир бирига кушиб кулланишини кузда тутди.

Операция усули билан даволаш.

Чукур куйишларда операция йули билан даволанади. 4-кунда бошлаб, улган тукималарни кесиб, бирламчи аутопластика килинади. Агар куйган жой катта булиб битиш секинлик билан борса, у холда тери кучириш утказилади.

Тери кучиришнинг усуллари: 1) Терини эркин утказиш: 2) Озика бериб турувчи килиб кучириш:

Токсемия ва септикококсемия даврида даволаш.

Инфекция карши кураш, интоксикацияни камайтириш, асоратларига карши кураш. Интоксикацияни камайтириш максидида 5% ли глюкоза эритмаси, гемодез, неокомпенсан, куп суюклик берилади. Хафтада икки-уч марта кон, плазма ёки 500-700 мл гидроизолатор куйилади. Антибиотикотерапия, витаминотерапия утказилади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков, Ю. В. Стручков. Общая хирургия М. Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М. Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М. Ташкент 1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. 1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eurgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л. Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М. Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М. Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ.//гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurderly-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra,vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php, shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Жаррохлик инфекцияси. Уткир йирингли инфекция ва унинг айрим турлари. Йирингли жаррохлик инекциянинг хозирги кунда кечиш хусусиятлари, олдини олиш ва даволаш муаммолари. Макроорганизмнинг микроорганизм Билан умумий биологик муносабати. Уткир йирингли инфекция кузгатувчилари

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Жаррохлик инфекцияси тушунчаси ва таснифи. 2. Жаррохлик инфекцияси клиник белгилари. 3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. 4. Беморларни текшириш усуллари; 5. Уткир йирингли инфекция ва унинг айрим турлари 6. Махаллик ва умумий даволашнинг асосий принциплари, инфекциянинг олдини олиш усуллари. 7. Уткир йирингли инфекция клиникаси ва патогинези хақида тушунча. 8. Уткир йирингли инфекция диагностикаси ва даволаш усуллари хақида тушунча. 9. Уткир йирингли инфекция кузатиладиган асоратларни олдини олиш.
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга жаррохлик инфекцияси уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усуллари ургатиш.	
Педагогик вазифалар: - жаррохлик инфекцияси тушунчаси; - жаррохлик инфекцияси этиопатогинези; - жаррохлик инфекцияси турлари; - Уткир йирингли инфекция, клиникаси, диагностикаси , асоратлари ; - Уткир йирингли инфекцияда хирургик ишлов бериш; - жаррохлик инфекциясида асоратларни олдини олиш;	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - жаррохлик инфекцияси асоратлари хақидаги тушунчаларни изохлайди; - жаррохлик инфекцияси сабабларини айтиб беради; - жаррохлик инфекцияси таснифини санаб беради; - Уткир йирингли инфекция клиник манзарасини изохлайди; - Уткир йирингли инфекция даволаш усуллари айтиб беради; - Уткир йирингли инфекцияда биринчи ёрдамни айтиб беради ва изохлайди; - Уткир йирингли инфекцияда организмдаги биохимиявий узгаришларни 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 жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

26-мавзу	Фаолият мазмуни Жаррохлик инфекцияси. Уткир йирингли инфекция ва унинг айрим турлари. Йирингли жаррохлик инекциянинг хозирги кунда кечиш хусусиятлари, олдини олиш ва даволаш муаммолари. Макроорганизмнинг микроорганизм билан умумий биологик муносабати. Уткир йирингли инфекция кузгатувчилари, Махаллий ва умумий даволашнинг асосий принциплари, инфкциянинг олдини олиш усуллари. Йирингли касалликларни айрим турлари: чибкон, хуппоз, гидраденит, флегмона, абцесс, сарамас, диагностикаси, даволаш усуллари. мастит, милкак, кафт флегмоналари: клиникаси, кечиш, даволаш.	
1-боскич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	Талаба
2-боскич. Асосий (55 мин.)	<i>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавобўтказади.</i> -Жаррохлик инфекциясига доир қандай атамаларни биласиз? -Жаррохлик инфекцияси дейилганда нимани тушинасиз? <i>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади.</i> Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради . <i>2.3. Жаррохлик инфекцияси. Уткир йирингли инфекция ва унинг айрим турлари , тушунчаси этиологияси , патогинези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади.</i> - Жаррохлик инфекцияси таснифи нималарга асосланган; -Жаррохлик инфекцияси сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; -Жаррохлик инфекцияси диагностикаси ва 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.
3-боскич. 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: “Жаррохлик инфекцияси” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ ҚИСМ. 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, ташқи таъсирга иммунобиологик жавоб бериш қобилиятига ва қаршилиқ қурсатишига салбий таъсир қурсатувчи 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 қириш 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 таъсирига каршилиқ курсатиши нечоғлиқ заиф бўлса, хирургик инфекциянинг ривожланиш эҳтимоли шунчалик куп бўлади.

Йирингли яллиғланиш касалликлари ва жароҳат инфекцияси неча-неча асрлардан бўён умумий жарроҳликнинг асосий муаммоларидан бири бўлиб келади ва шундай бўлиб 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 жарроҳликнинг алоҳида мустақил бўлим қилиб ажратилиши (шу жумладан, хирургик касалликлардан махсус бўлимларнинг ташкил этилиши) билан ҳам таъкидланади. Шунинг унитмаслиқ керакки, хирургик инфекция кенг тарқалган бўлиб, у хирургик касалликлар умумий микдорининг 1/3 дан қупроғини ташкил этади.

Аҳолининг моддий фаровонлиқ ва санитария-гигиена даражаси яхшиланганлиги, Улуғ ватан урушидан сунг (1946-1955 й) йирингли касалликларни даволашда антибиотикларнинг кенг қулланилиши хирургик инфекциянинг қупайиши даражасини сезиларли равишда қамайтиришга имқон яратади. Чамаси, муаммо деярли қал қилингандек эди. Аммо кейинги йиллардаги қузатувлар шунинг қурсатадики, антибиотикларни асосланмаган қолда кенг қуллаш, шунингдек қишлоқ ҳужалигини қимёлаштириш сабабли микроблар реактивлигининг узғариши антибиотикларнинг қойдали эканлиғига бўлган ишонқни оқламади. Қасаллик қузғатувчи инфекция янги, ноқулай шароитларга мослашиб, антибиотикларга қарши резистентликни анчагина тез вужудга келтиради. Антибиотикларга қидамли Янги микроблар штамлари пайдо бўлади. Натижада жарроҳлик йули билан даволашни талаб қилувчи йирингли яллиғланиш касалликлари қупайганлиги қайтадан эътиборни узига қалб қилади. Шу сабабли ҳозирги қунда қамма ҳуди илғарилари бўлганидек, хирургик инфекция клиникада энг муҳим муаммолардан бири ҳисобланади.

Кейинги ун йилликларда асосий эътибор организмнинг ҳимоя қучларини қолаштириш ва қучайтиришга қаратилган тадбирларга бериляпти. Ҳозирги вақтда тиббиётнинг Янги соҳаси-хирургик инфекциянинг олдини олиш ва уни даволашда муҳим рол уйнаётган клиник иммунологик тараккий қилмоқда.

Қорин ва қуқрак бўшлиқлари аъзолари томирлар операция қилинганда, шунингдек, аъзолар қучириб утқазилганда пайдо бўладиган жароҳат асоратлари (ҳуди бошқа қупдан-қуп йирингли яллиғланиш касалликлари қаб) бемор ҳаётига тугридан – тугри ўавф солади. Ҳуди манна шу уринда организмнинг имқун системаси қолатини таққик қилиш, қасалликнинг олдини олиш муҳим рол уйнайди. Организмнинг иммунологик параметрларини бошқариш муракқаб қараён бўлиб, у махсус билимини талаб қилади. Иммунологик ҳимоя омилларини фағоцитоз, қомплемент-ғавда тузилиши ва лиқозим, антитоксик антитаналар титри, Т-ва В- лимфоцитларнинг популяцияси ва субпопуляцияси, энг яхши натижа бирадиган бир-бирига мос қелган донор- реципиентни танлаш ва бошқаларни аниқлаш жуда муҳим ҳисобланади, бунинг учун эса ҳозирги қамон клиникаларида мутақассис-иммунологларнинг ёрдамига таянилади.

Иммунологик қоаллик беморда утки рёқи сурунқали хирургик инфекция қолати юз берган қолларда одатда паст бўлади. Шунинг учун операциядан олдин ва жарроҳлик йули билан даволанаётган йирингли асоратлар даражасини қамайтиришда ёрдам берадиган гиперимқун плазма, гамма-глобулин, пентоксил, продигиозан ва бошқа препаратларни қуйиш билан имқунобиологик қоалликни ошириш мақсадга мувофиқдир. Т-лимфоцитлари етишмаганда (В – лимфоцитлари қам даражада бўлганда) қуйилганлейқоцит массаси иқобий натижа қурсатган; имқуномодуляторлар – левамизол (декрис) ва тимус препаратлари (Т- активин, тималин, тимозин ва бошқалар) аниқ рағбатлантирувчи таъсир қурсатади.

ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ ТАСНИФЛАШ

Хирургик инфекция: 1) қасалликни қелтириб қикарадиган микробларнинг турига боғлиқ қолда этиология (микроб флораси); 2) қасалликнинг клиник қолати; 3) қасаллик қараёнининг қекланиб олиши буйича тавофут қилинади.

Этиология буйича стафилококк, стрептококк, пневмококк, колибацилляр аралаш ёки куп турли (полимикроб) инфекция ва бошкалар тавофут килинади.

Жараёнинг чекланиб олиниши буйича хирургик инфекция тер ива шиллик пардаларнинг йирингли инфекциясига, курак кафаси ва упканинг йирингли инфекциясига, бош ва бош миянинг юмшак тукумалари инфекциясига, корин пардаси ва корин бушлиги органларининг йирингли инфекциясига, суяк ва бугимлар инфекциясига ва хоказоларга ажратилади.

Тукумалардаги узига хос патологоанатомик узгаришларни ҳисобга олган ҳолда касалликни клиник курилиши буйича таснифлаш жуда муҳимдир. Бунда қуйидаги турлар тавофут килинади.

1. Уткир хирургик инфекция.

1.1. Маҳаллий уткир хирургик инфекция:

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

1.2. Умумий хирургик инфекция:

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

2. Сурункали хирургик инфекция:

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

Уткир хирургик инфекция маҳаллий ва умумий характерининг узгариши заминидан келиб чиқади ёки касалликнинг септик кечиши (умумий хирургик инфекция) билан ажралиб туради. Уткир жараён учун касалликнинг тез бошланиб, оғир кечиши ҳосилдир. Сурункали хирургик инфекция секин кечади, узок, баъзан йиллаб давом этиши мумкин, у босилиб қолиб, яна авж олиши мумкин. Гарчи касаллик бошлангандаёқ сурункали хусусиятга эга бўлса ҳам, купинча сурункали хусусиятга эга бўлса ҳам, купинча сурункали инфекция уткир инфекциянинг давоми бўлади (суяк-бугимлар сили, Брод абсцесси).

УТКИР ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯЛАР.УТКИР НОСПЕЦИФИК ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯ.

Хирургик инфекциянинг купрок учрайдиган турлардан бири уткир нопецифик йирингли инфекция (УНЙИ) бўлиб, унга касалликнинг йирингли интоксикация билан ифодаланган ҳолатда оғир клиник кечиши ҳосилдир.

Этиологияси. Жарохатда УНЙИ нинг пайдо бўлишида муҳим урин (В.И. Стручков, 1978) стафило-, стрепто-, пневмококкларга тегишлидир, гнококклар бу борада хийла камроқ рол уйнайди. Сунги йилларда хирургик инфекцияни кузгатувчи сифатида (М. И. Кузин, 1985) тобора купрок грамманфий микрофлоранинг вакиллари (60-81% ҳолатларда) ичак таёкчаси (*Escherichiacoli*), сапрофитлар (*Proteusvilgaris*) ва бошқа шартли патоген грамманфий бактериялар (*Enterobakteraerogenes*, *klebsillepneumoniae*), шунингдек, псевдомонадолар (*Pseudomonasatruginosa*) ва патоген замбуруғлар яққол ажралиб туради. Касаллик аралаш инфекция тури буйича келиб чиққан бўлиши мумкин, шу билан бирга касалликнинг клиник кечишини янада оғирлаштириши олиб келади.

Аэродлар. стафилококклар (*Staphylococcusaureus* S. *Epidermises*, *Ssaprophytikus*) то шу кунгача купгина ҳам УНЙИ нинг муҳим ва бирмунча купрок учрайдиган кузгатувчиларидан бўлиб қоляпти. Улар ташки муҳитда, инсон бадан сиртида, бурун – халқумда ва нафас йулларида кенг тарқалган. Инфекция асосан, бемор билан алоқада бўлиш йули орқали тарқалади. УНЙИ нинг 70-80% ҳолларида кузгатувчилари стафилококклар бўлган, шу билан бирга 70-79% ҳолларда антибиотикларга резистент штаммлар учраган (В.И. Стручков ва ҳам муаллифлар, 1984). Стафилококклар аэроб микроорганизмда оид бўлиб (амма анаэроб шароитларда ҳам мавжуд бўлиши 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 саргиш-ок рангли куюк йиринг аникланади.

Стрептококклар. Гемолитик А-стрептококк асосан контакт йули билан юкади; гемолитик В – стрептококк (*Str. agalactiae*) 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. faecalis*) ичак йулларида учрайди ва у сепсис, менингит, эндокардит, холецистит, пиелонефритни келтириб чиқариши мумкин; Н-стрептококк (*Str. sanguis*) камдан – кам холлардагина хирургик инфекция банбаи булла олади. Стрептококклар туфайли келиб чиққан яллигланиш хозирги вақтда антибиотиклар кулланилган эраизининг 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 чиқариши мумкин; стафилококк инфекциясига нисбатан метастазлар (болалаш) бунда камдан – кам (15% гача) юз беради. стрептококк инфекциясида йиринг нимкулранг, куюк каймоксимон булади.

Пневмококклар аэроб, шунингдек, анаэроб шароитларда ҳам яшайверади, токсинлар хосил қилмайди. 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 ҳам келтириб чиқариши мумкин; асосий жараёнда бугимлар (купрок тизза бугими ва болдир суяги билан товон суягини бириктирувчи бугим) ҳамда кин пайларининг сузакдан йирингли яллигланиши кузатилади.

Ичак таёкчаси (грамманфий энтеробактерия – *Escherichia coli*) инсон ва хайвонларнинг ичак йулларида, шунингдек, баданнинг устки қисмида ва кийим- кечакда куп микдорда учрайди, у аэроб, худи шунингдек, анаэроб шароитларида ҳам мавжуд булиши мумкин. корин бушлиги аъзоларининг йирингли касалланишида катта рол уйнайди. ичак таёкчаси туқималарининг чириб парчаланиши вужудга келтиради, аппендицит (қуричак) ёки диффузион (таркок) перитонит юз берганда айниқса хавфли кузгатувчи хисобланади. Агар ичак таёкчаси стафило-ёки стрептококк инфекциясига қушилса, беморнинг ахволи сезиларли даражада ёмонлашади, сепсис ҳолати юз беради, айна пайтда, тери, тери ости клетчаткаси, мушаклар ва фасциялар (мушаклар устидаги пардалар) чириб жонсизланади.

Протей турлари (*Proteus vulgaris*, *Pr. mirabilis*, *Pr. morganii*, *Pr. inconstans*) ташки мухитда, шунингдек, огиз бушлигида ва ичак йулларида кенг тарқалган. Мазкур кузгатувчилар келтириб чиқарган йирингли жараён юмшоқ туқималарнинг чириб жонсизланиши билан кечади. Сийдик чиқариш йуллари, жарохатларда аралаш инфекция кузгатувчилари булиши мумкин. (*Pr. inconstans*) госпитал инфекциясининг энг хавфли кузгатувчиларидан бири булиб, антибиотикларга ута чидамлилиги билан ажралиб туради. *Klebsiella* – *Enterobacter* – *Serratia* туркуми меъда-ичак йулларида ва нафас йулларида пайдо булади. Кузгатувчилар упка яллигланиши (пневмонияси) ва йирингланишлари (абсцесслар)ни, холангитларни, сийдик чиқариш йуллар инфекциясини келтириб чиқаради. *Enterobacter cloacae* холицисларда (ут пуфагининг яллигланиши), *Ent. species* сепсисда аникланади. *Serratia marcescens* туридаги бактериялар аввало химоя реакцияси паст бўлган беморларда сепсис келтириб чиқаради.

Кукрак йиринг таёкчаси (*Pseudomomasaeruginosa*) терида, айникса, 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. шилимшик ажралиб чиқиши (боглам яшил-кук 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*, *Lactaroides*) ва грамманфий турнинг *Fusobacterium* (*F. Netrogenes*, *F. necrophorum*) вакиллари. Спора ҳосил қилувчи грам мусбат анаэробларнинг вакили клостридиалардир (*Clostridiumdifficile* ва бошқалар).

Бу тукумаларнинг микроблари одатда хазм аъзолари йуллари учрайди. Уларни аъзоларо 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 УТҚИР ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАР

1. ТЕРИВА ТЕРИ ОСТИ ЁҒ 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 сикозидир.

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

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

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

Клиник манзараси. Аввлига тери кичишади, кейин билинар-билинемас оғрик пайдо бўлади. Соч халтачаси ёки ёғ бези атрофида кизариш уртача катталиқда шиш пайдо бўлади. Мазкур симптомлар 1-2 кеча-кундуз давомида ривожланади. Кейинчалик яллигланиш юз берган жойдаги терининг ранги кукиш-оқ кизил тус олади, инфильтрат катталашади, 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 хам чикиб кетади. Анна шундан сунг инфилтрация ва шиш пасаяди, аста-секин огрик хам колади. Чипкон купинча беморнинг огир холатда булиши билан кечмайди. Тана харорати одатда субфебрил булади, лекин 39-40 даражага хам кутарилиши мумкин.

Одамнинг юзига, айникса, устки лаби сохасига чиккан чипкон хатарлидир, чунки яллигланиш учогидан инфекция бош суягининг веноз синусларига таркалиб кетиши, юз веналари тромбозини келтириб чикариши, мия пардаларини яллиглантириш ва охир окибатда беморни улим холатига олиб бориши мумкин. Юз веналарининг тобора купайиб борувчи тромбофлебите одатда чипконни сикиб, йирингини чикриб юборишга уриниб курилгандан сунг ривожланади. Бундай холда инфекция мия синусларига юз веналари синусларига юз веналари системасидан таркалади. Юзидаги шиш катталашади, харорат кутарилади (40-41⁰C), бош каттик огрийди, энса мушаклари «котиб» колади, куриш кобияти бузилади.

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

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

Давоси. Чипконга умумий ва махаллий даво килинади. Махаллий даво килишда тукумалар учоги атрофии 70% спирт ёки гибитан, гексахлоран билан яхшилаб артиб тозаланади. Яллигланиш учоги бор жойдаги сочлар яхшилаб кириб ташланади. Дастлабки боскичда тери касаллигини йодпирон билан даво килиш, кварц, соллюкс, УВЧ билан нурлантириш мумкин. Кейинги даврда эса анти септик малхам дорилар (левосин, диоксидин, йодипорин мазлари) ва гипертоник эритмалари боглов кулланилади. Агар жараён якин атрофдаги тукумаларни хам камраб олса, у холда йиринг учоги кесилади. Шунингдек, ураб олган юмшок тукумаларни новакаин ва таъсир доираси кенг антибоитиклар билан инфилтратив блокда килиш хам кулланилади. Иссик компреслар тугри келмайди, улар терининг мацерациясига ва инфекциясининг таркалишига имкон тулдиради.

Агар жараён .кори харорат ва захарланиш билан давом этса, ётиб даволаниш, жарохатланган кул-оёқларни иммоилизация килиш зарур. Антибиотиклар, сульфаниламидлар ва бошка антисептик дори – дармон тайин килинади.

Фурункулёз Системали касаланиш булиб, у иммунологик реакциянинг бузилиши билан боглиқдир, бундай холда баданга бир талай чипкон чиқади. Фурункулёз купрок заифлашиб колган беморларда, купинча касаллик туфайли моддалар алмашинуви бузилганда учрайди.

Бундай холатларда аутогемотерапия (мушаклар оркасига беморнинг 5-10 мл кон юборилади) макбулдир, даволаш курси учун уч-беш мрта инъекция кулланилади. Ачитки концентрларни, В группаси витаминлари, шунингдек актовегин, саоксерил ишлатилади. Стафилококк анатоксинини ёки стафилококк вакцинасини юбориш, кам дозаларда рентген нури билан нурлантириш ва кон препаратлари (антистафилококк плазма, гемостимулин) кулланиш наф беради. Стафилококк вакцинани тери остига 0,1- 1 мл дан хар иккинчи ёки учинчи куни юборилади, даволаш курси учун 10 инъекция белгиланади. Стафилококк анатоксин кураклар уртасида тери остига дозасини 0,2 дан аста-секин 2 мл гача купайтирилиб, 3-5 кеча-кундуздан сунг юборилади, даволаш курси учун 10 инъекция белгиланади.

КАРБУНКУЛ Ёнма-ён жойдашган бир неча соч халтачалари ва ёг безлари уткир йирингли яллигланиб, умумий инфилтрат ват ери хамда тери ости клетчаткасида некроз пайдо булганда карбункул (Carbunculus) дейилади.

Этиологияси ва патогенези. Касалликнинг кузгатувчи купрок тилларанг стафилококқдир, купинча стафило ва стрептококк инфекцияси бир-бирига аралашиб кетади. Касалликнинг келиб чиқишига куйидагилар сабаб булади: организмнинг умумий заифланиши, гиповитаминозлар, моддалар алмашинуви касалликлари «канд касаллиги, семириб ёки озиб-тузиб кетиш». Одатда карбункул билан катта ёшдаги кишилар

касалланади. Карбункул купрок буйиннинг орка юзасида, энседа, оркада, белда, устки ёки пастки лабда пайдо булади.

Патологоанатомик манзараси. Тер ива тери остки клетчаткасида бир нечта соч халтачаларини ҳамда ёғ безларини ураб олган инфилтрат пайдо булади. Кон айланишининг бузилиши юз беради, тукима кенг куламда некрозга учрайди ва бу чипкондан фарк қилиб, барчат ери ости тукималарининг камраб олади. Некроз зонасида йиринг пайдо бўлиб, бир неча соч халтачалари тешиги оркали ташкарига ажралиб чиқади. Кейин некрозга учраган тукималар бир-бири билан бирикиб, катта вулкон огзига ухшаш ёрик аста-секин грануляцион тукима билан тулиб боради.

Клиник манзараси. Карбункул хароратнинг сезиларли даражада кутарилиши ва каттик огрик билан бошланади. Кизариб шишиб чиккан жой тез катталашибборади (бошланишида бир нечта инфилтратлар булиши мумкин, лекин улар тезда бир-бирига кушилиб кетади). Тери кукимтир-кизил ранга киради, яллигланган жой атрофида шиш ривожланиб, теридан буртиб чиқади. Инфилтрат устидаги тери, купрок жадаллик билан кизарган марказидаги тери (бу ердаги ранг аста-секин оқариб боради, тери юпкалашиб ёрилади) тушиб кетади. Бир нечта туйнукчалар пайдо бўлиб, улардан йиринг ажралиб чика бошлайди. Айрим туйнукчалар бир-бирига кушилиб кетади, яллигланиш жараёни чуқурлашиб, муайян мушак устидаги пардагача етиб боради. Жараён куплаб йиринг оқиши ва некротик тукималарнинг тушиб кетиши билан кечади.

Карбункулга интоксикациянинг умумий белгилари хосдир: харорат баъзан 40 даражага кутарилади ва у эт увишиши, беҳузур булиши, кайт қилиш, бошнинг каттик огриши, уйкусизлик ва беҳушланиш билан кечади. Карбункул одамнинг юзида, айникса юкори лабида булса хатарлидир. Йиринг чикиб, некротик тукималар тушиб кетгач, беморнинг умумий ахволи сезиларли равишда яхшиланади. Ута хафли асоратлардан тромбозлар ва лимфадитни, тромбоз, сепсис ва йирингли мегингитни курсатиб утиш жоиздир.

Дифференциал диагнози. Карбункулни чипкондан, куйдиргини карбункулдан, ел ейишдан, яра қилиб юборадиган хавфли усмадан фарқлаш лозим.

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

Чипкондан фарқ қилиб, карбункулда купинча жаррохлик йули билан даволаш кул келади, айникса бу даъво 2-3 кеча – кундуз давомида дори-дармонлар билан даволаш етарлича наф бермаганда ва беморнинг ахволи бояги огирлигича қолган холларда уринли булади. Умумий огриксизлантириш билан карбункулдан то мушак устидаги пардасигача гир айлантриб ёки хочсимон қилиб яра кесилади. Некротик тер ива юмшок тукималарнинг хаммаси то соғлом хойгача қирқиб олинади. Гипертоник эритма, фурацилин билан йирингдан тозалангач Вишневский мази суртилган тампонлар хар 2 кеча-кундузда алмаштриб турилиши лозим. Протеолитик ферментлардан фойдаланилади. Некротик тукималар. шунингдек, 25% салицил кислота кристаллари таъсири остида ҳам 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 чиқадиган найчалари оркали ёки лимфоген йуллар билан тушади. Унинг пайдо булишига сабабчи омиллар: тери касалликлари (экзема, тошма), хаддан ташкари терлаш, терининг ифлосланишидир.

Патологоанатомик манзараси. Тер безларида яллигланиш инфильтрати пайдо булгач, тери беги 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 ҳам пайдо булиши ҳам 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 ултърабинафша терапия, УВЧ ни кулаш, новакаин – ампицилинли инфильтрацион 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 жарохатлар терапиясининг умумий кабул килинган принциплари асосида даво килиш давом этирилади. Синтомицин эмульсиясидан богловдв фойдаланиш максадга мавофикдир.

АБСЦЕСС (ХУППОЗ) Тукималарда чекланган холда йиринг тупланиб туришига абсцесс

(abscessus) дуйиладт. Абсцесслар тери ости клетчаткасида, мушакларда, суякларда ва ички аъзоларда (упка, жигар, буйракларда), бош мияда учрайди.

Этиологияси ва патогенизи. Одатда касаллик кузгатувчилари – стафилококклар ёки стрептококклар, баъзан ичак таёкчаси, сапрофитлар ёки анаэроб микроорганизмлар хисобланади. Микроблар тукимага тугридан-тугри, лимфоген ёки гематоген йуллар билан (метастатик абсцеслар), шунингдек, яллигланишнинг кушни тукималарга 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 ҳам пайдо булади.

Патологоанатомик манзараси. йирингли яллигланиш натижасида тукималар емирилади. Бу эса, уз навбатида, ичида йиринг, емирилган тукималарнинг элементлари, микроблар ва уларнинг токсинлари булган бушлик юзага келади. Абсцесс атрофида бириктирувчи тукимадан иборат ташки ктлам ва гануляцион тукимадан иборат ички катламдан ташкил топган абсцесс капсуласи юзага келади (пиоген мембранаси). Ушбу капсула ёрилган такдирда йиринг абсцесдан ташкарига тушади, бу эса турли асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Кейинчалик абсцесс бушлиги грануляцион тукима 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 мухим симптомдир. Агар абсцесс чукур жойлашган булса, флуктуацияни аниклаш мумкин. Бундай холларда ультратовуш, компьютер томографиясини куллаш билан синов пункцияси ёрдамида диагноз куйиш мумкин булади.

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

Ички органларда (жигар, упкада) ёки йиринг кон томирлари билан ёнма-ён жойлашган булса, абсцесс айникса хатарлидир. Улар корин ёки кукрак бушлигига тешиб утган холларда йирингли перитонит ёки плеврит юз беради. Жараён вена деворига уткудек булса, у холда прогрессив тромбофлебит авж олади.

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

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

Операцияни маҳаллий огриксизлантирадаган ёки венага юбориладиган некроз остида амалга ошириш мумкин. Абсцесс бушлигига дренаж яхшилаб қуйилиши учун кесиш етарли даражада кенг булиши лозим. Дренаж учун докадан килинган тампонлардан, турли улчовлардаги полихлорвинил килинган тампонлардан, турли улчовлардаги полихлорвинил найчалари йки резина кулкоп дренажлардан фойдаланилади. Шунини унитмаслик керакки, кон ва йирингни узига сингдириб олган томонлар, худи тикин каби, жарохатдан оқиб чиқаётган суюқлик учун утиб булмас бир тусикка айланади. Шунинг учун улар хар куни, баъзида 12 соатда икки марта алмаштирилмоғи лозим. Тампонлар ва дренажлар жарохатда то ундан йиринг бутунлай ажралиб чиқмагунча туради. Маҳаллий жойга протеолитик ферментлар юборилади.

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

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

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков, Ю. В. Стручков. Общая хирургия М. Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М. Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М. Ташкент 1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. 1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestang Eurgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л. Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М. Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М. Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy 1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА, С.
19. Byron V.Bailey. Head & Neck Eurdery-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php, shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит. Таснифи, келиб кичиш сабаблари, ташхиси, даволаш усуллари ва асоратлари.

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит тушунчаси ва таснифи. 2. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит клиник белгилари. 3. Кечиш фазалари, биохимиявий узгаришлар. Беморларни текшириш усуллари; Махаллик ва умумий даволашнинг асосий принциплари, инфекциянинг олдини олиш усуллари. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит клиникаси ва патогинези хақида тушунча. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит диагностикаси ва даволаш усуллари хақида тушунча. 7. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелитда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усуллари ургатиш.	
Педагогик вазифалар: Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит тушунчаси; - Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит этиопатогинези; -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит турлари; - Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит клиникаси, диагностикаси, асоратлари ; -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелитда хирургик ишлов бериш; -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелитда асоратларни олдини олиш;	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит асоратлари хақидаги тушунчаларни изохлайди; Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит сабабларини айтиб беради; -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит таснифини санаб беради; -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит клиник манзарасини изохлайди; -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит даволаш усуллари айтиб беради; - Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит организмдаги биохимиявий узгаришларни 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 жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит. Таснифи, келиб кичиш сабаблари, таъхиси, даволаш усуллари ва асоратлари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйлаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитида, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказида. -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит доир қандай атамаларни биласиз? -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит дейилганда нимани тушинасиз?	2.1. Эшитида. Навбат билан бир -бирини такрорламай атамаларни айтида. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитида.
	2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маълум қилинган баън этишида давом этида. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушуниришни давом эттирида . 2.3. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит турлари , тушунчаси этиологияси , патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит таснифи нимага асосланган; -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча бериш; - Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит диагностикаси ва даво усуллари айтиш.	2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилида. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзида. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилида. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтирида.
3-босқич. Якуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқин ясади ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантирида. Муштакил иш учун вазифа: “Шикастланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитида, аниқлаштирида. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ. Иликнинг яллигланишида (остеомиелит) йирингли жараён суякнинг хамма зоналарини – илик, суяк тукумаси катлами (остит) ва суяк устки пардасини (периостит) коплаб олади.

ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ. Остеомиелит кузгатувчиси купинча олтинсимон стафилококк (60-80%), стрептококк (5-30%), камрок энтеробактерия ва аралаш микрофлорадир (10-15%). Болалар ва усмирларда яллигланиш купинча инфекция гематоген йул билан узун найсимон суякларга тушиб колганида ривожланади. Бундай холларда остеомиелит капилляр турларга бой ва кон окиши секин булган суякнинг усувчи зоасида – метафизда пайдо булгани кузатилади. Стафилококк инфекция учун микробларнинг гуж булиб тудаланиши хосдир: бу микроблар дархол капиллярларни тикинлаб бекитиб ташлайди.

Суяклар очик синганда микроблар туммаларнинг тугридан-тугри касал юктириши ёки суякнинг жароҳатланиши (ук тегиб синиши, юмшок тукималарнинг кенг куламда жароҳатланиши) натижасида иликка экзоген йул билан утади. Яллигаланиш натижасида суяк усти пардасининг кон томирларида тромбоз пайдо булади. Кейинчалик инфекция

Гаверс каналлари оркали иликка тушади – остеомиелит авж олади. Микроорганизмлар иликка кушни ёки олисдаги йиринглаш учогидан утганда яллигланиш жараёни эндоген йул билан хампайдо булиши мумкин. Масалан: Пастки жаг уткир остеомиелити одатда тишлар чириганда ёки тишлар атрофидаги тукималар яллиглаганда (периодонтит) руй беради.

Суякларда кон айланишининг анатомик ва физиологик хусусиятлари касалликни авж олдирувчи омилларга оиддир. Суяк диафизлари учун кон айланишининг асосий тармок тури хос булса, эпифизларда кон томирлар микроблар утирадиган сиртмок хосил килади, микробларнинг урнашиб олишига давом этувчи кон томири сиртмогининг кнегайиши хамимкон тугдиради. Суяк эпифизлари бугин капсуласи билан тигиз бириккан, шунинг учун яллигланиш бугимдан метафизга ва аксинча, метафиздан бугинга осонгина ута олади.

Остеомиелитнинг ривожланишида иммунобиологик омиллар ва организмнинг реактивлиги катта роль уйнайди. Н.Н. Еланский яллигланишнинг авж олишида томир спазмининг ахамиятини алохида такидлайди. С.М. Дерижанованинг тадқиқотлари остеомиелит факат таъсуротга сезгир булиб колган (сенсбилизация) индивидумлардагина тараккий этишини курсатади. Организм сенсбилизацияси, хатто асептик яллигланиш мавжуд булган такдирда хам, оксилнинг парчаланишини келтириб чикариши мумкин. Остеомиелитнинг ривожланишига имкон яратадиган бошка омиллардан гиповитаминозларни, организм катик чарчасини, уткир юкумли касалликларни курсатиб утиш лозим.

ПАТАЛОГИК – АНАТОМИК МАНЗАРАСИ. Инфекция иликка тушгач, зардобли яллигланиш авж олиб гиперемия ва илик шиши билан бирга кечади. Зардобли яллигланиш тукима некрози ва флегмонанинг ривожланиши билан мураккаблашуви мумкин. Йирингли инфекция Гаверс каналлари оркал суякнинг кумик катламига утади ва суяк устки пардасининг йирингли инфильтрациясини келтириб чикаради. Купинча суяк усти пардасининг ости абсцесслари пайдо булиб, суякнинг кортикал кавати сохасида емирилиш юз беради.

Гаверс каналлари сохосидаги кон томирлари тромбози билан боглик холда суякнинг кумик катлами зонасида кон айланишининг бузилиши давом этади. Бу эса кенг куламда суяк некрозларининг ривожланишига ва майда суяк (секвестрлар) пайдо булишига олиб келади. Суяк секвестри грануляцион тукима билан куршалган булиб, куплаб йиринг ва суяк аутолизи махсулотларига эга секвестрация бушлигида жойлашган.

Вакт утиши билан йиринг юмшок тукималарни инфильтрациялайди ва терини ёриб, ташкарига чикади, бунинг натижасида кетмайдиган яралар пайдо булади. Жараён сурункали тус олади. Суяк секвестрлари яллигланишини кучайтиради. Баъзан у йуколиб кетади ёки окма тешигидан майда-иайда суяк парчалари холида ташкарига чикиб кетади.

ТАСНИФЛАШ. Остеомиелитни клиник таснифлаш катта амалий ахамиятга эга, куйидагтлар тафовут килинади: Уткир остеомиелит:

А) Уткир гематоген остеомиелит;

Б) уткир травматик остеомиелит;

Сурункали (хроник) остеомиелит:

Бирламчи хроник остеомиелит:

А) Броди абсцесси;

Б) Ольеининг альбуминоз остеомиелити;

В) Гарренинг склерозловчи остеомиелити;

2) Иккиламчи хроник остеомиелит.

УТКИР ГЕМАТЕГЕН ОСТЕОМИЕЛИТ. Клиник назарияси. Касаллик бирдан бошланиб, хароратнинг баланд кутарилиши (39-40.С), камкувватлик, эт увушиши билан давом этади. Бемор бош огриётганидан, чанкайверишидан, кусаётганидан шикоят килади. Умумий характерга эга булган бошка симптомлар хам кузатилади: тил куруклашади, окаради, юрак тез-тез уради (тахикардия), конда лейкоцитоз анчагина булади, лейкоцитар формула кескин чапга сурилиб колади. Купрок болалар ва усмирлар касалланади.

Касалликнинг дастлабки кунларида огрик гоҳ тутиб гоҳ босилиб туради. Яллигланишаг махаллий тукима шиши кушилгандан кейингина огрик кучайишини олдини олиш мумкин. Кул-оёқлар функцияси чекланиб қолади. Яллигланган жой устидаги тери кизариб кетади, шиш, кейинрок эса флюктуация пайдо бўлади. Субпериостеал абсцесс теридан ёриб чиқиши мумкин, бунинг натижасида йиринг ажралиб чиқади ва окма яра пайдо бўлади. Буморнинг ахволи сезиларли равишда яхшиланади. Жараённинг тарқалишига йул қуйилмаган ҳолларда бугин яқинида артрит пайдо бўганлигини куриш мумкин.

Купинча остеомиелитнинг узини найсимон (сон, елка, катта болдир суяги) суякларда (85%), камрок ясси суякларда (10%), яъни бу суякларда кам учрайди, камрок майда суякларда (5%) кузатилади: жараён ясси суяклар орасида купрок чанок суягини шикастлантиради. Остеомиелитнинг диафизар формаси эпифизар формасига караганда уч маротаба куп учрайди.

Касалликнинг дастлабки икки ҳафтасида рентгенда текширилиб курилганида суяклардаги узгаришлар одатда аниқланмайди. Касалликнинг 3 – ҳафтасидан бошлаб, улар суяк усти (периостит) йўгнолашуви, кортикал катламининг уроксимон катлами, яллигланиш учогидаги котурларнинг кертиклиги тарзида аниқланади. Суякнинг говакли (остеопороз) яллигланиши деб аталувчи манзара юз беради.

Типик ҳолларда диагноз қуйиш унчалик қийин эмас, аммо остеомиелитнинг яшин тезлигидаги формаси бундан мустаснодир. Дигнозни тугри қуйишда суяк пункцияси, суяк ичидаги босимни аниқлаш – денситонометрия ва остеомиелография ёрдам беради.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ Уткир гематоген остеомиелитни лимфа томирларининг яллигланишидан ва тромбофлебитдан, чуқур туқималар флегмонасидан, умумий йирингли инфекция ва юкумли касалликлардан фарқлаш лозим.

ДАВОСИ

Касланган жойни безовта қилмаслик, касаланган кул ёки аёкни иммобилизация қилиниши (гипс, лангеталар) зарур. АнтибиотикларЮ сульфаниамидлар ва нитрофуранлар кенг қулланилади.

Антибиотикларни юбориш ва йирингни чиқариб юбориш учун суякка игна ёки микроирригаторларни киритиш билан суяк микроперфорацияси методи қулланилади. Огир ҳолларда суяк трепанацияси утказилади ва суяк каналини ювиш учун ирригаторлар киритилади.

Жароҳатга бир неча кун давомида энг юкори дозаларда (хар кеча-кундузда пенициллин 10 дан 40 млн.ТБ, ампициллин ва карбенициллин 6-10 млн. ТБ) антибиотиклар тинимсиз юборилиб турилади (ювиш усули).

Юмшок туқималарда флегмона мавжуд бўлиб утказиб юборилган ҳолатларда инцизио утказилади, суяк устки пардасининг остки абсцесси ёрилади, илик канали трепанация қилинади ва йирингли бушлик кенг қуламда дренаж қилинади, актив аспирация усули қулланилади. Радикал оепрация анча кейин тери секвестлар чегараланиб, остеомиелит хроник формага утгачгина амалга оширилади.

УТКИР ТРАВМАТИК ОСТЕОМИЕЛИТ.КЛИНИК МАНЗАРАСИ. Уткир травматик остеомиелит суякларнинг шикастланиши, жумладан, суякларнинг очик синиши ҳамда ук тегиб синиши билан комбинациялашган катта-катта жароҳатлар натижасида пайдо бўлади. Инфекция ташки муҳитдан утади. Дастлаб яширин утади. Жароҳатланган жойда суст грануляция, окма яраларнинг пайдо бўлиши эҳтимоллиги, шиш, ора-сира такрорланиб турадиган флебит ёки лимфангит аниқланади. Беморнинг ахволи аста-секин огирлашиб боради, камқонлик (анемия) ривожланади, харорат кутарилади.

Ташки омилдан бевосита иликли суякнинг уст пардасига утган йиринг суякнинг чуқуррок катламларига ҳамда иликкача етиб бормай, факат кортикал катламларининг Гаверс каналларинигина шикастлантиради. Бунинг натижасида шикастланган суяк соҳасининг озикланиши бузилади, некроз бошланади, айни пайтда демаркацион зонаси вужудга келади, бунинг оқибатида эса, яшашга кодир бўлмаган суяклар тушиб кетади, яъни секвестрланади.

Остеомиелит пировардида сокта бугимлар, анкилозлар, кантрактуралар пайдо бўлиши мумкин. Йирингли асорат натижасида кейинчалик оёк ёки кул корасонга (гангрена)

учрашмга, сепсисга ва ички аъзоларнинг амилоид дегенерациланишига олиб келиши мумкин.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ

Уткир травматик остеомиелит флегмонадан, уткир гематоген остеомиелитдан, анаэроб гангренадан, суякнинг очик синиши ва жарохат инфекциясидан фарклаш лозим.

ДАВОСИ. Иммобилизация. Операция.

ПРОФИЛАКТИКА. Жарохатни жаррохлик йули билан бирламчи тозалашни уз вактида ва тугри утказиш муҳим аҳамиятга эга.

ИККИЛАМЧИ СУРУНКАЛИ ОСТЕОМИЕЛИТ

КЛИНИК МАНЗАРАСИ. Хроник остеомиелит одатда касалликнинг уткир жараёни кибатида пайдо бўлади. Суяк секвестрларининг пайдо бўлиши унга хосдир. Олма яралардаги ҳолат бўлган майда-майда бўлган суяк парчалари билан бирга йиринг суюқлик чиқиб туради. Кейин қасалик тез-тез қайталаниб турадиган (рецидивлик) хусусиятга эга. Орalik даврида (ремиссия даврида) беморнинг аҳоли мутлақо қониқарли бўлиши мумкин. Харорати нома атрофида бўлади, қон айланиш манзараси ҳам нормал ҳолга келади.

Инфекциянинг бирдан авж олишига жароҳатланиш, совуқ қотиш ёки организмнинг заифлашиши бўлиши мумкин. Қасаллик зурайганда маҳаллий қаттиқ оғрик пайдо бўлади, тана харорати қутарилади, юмшоқ туқималар флегмоаси авж олади, олма яраларининг қузи очилади. Йиринг суюқлиги чиқиб, бемор узини яхши ҳис қилади. Қасаллик иккинчи марта зурайганда маконидаги мушакларда терининг атрофияси қучаяди. Эт суюққа бориб такалади, битмайдиган олма яралар пайдо бўлади, бугимлар қийинлашади. Қичик органлар амелоид дегенерация авж олади.

Хроник остеомиелит дагностикасида рентгенологик муҳим роль уйнайди. Рентгенограммада турли қатта - қичикликдаги ва шаклидаги секвестрлар мавжуд бўлган суяк бушликлари қузга ташланади, шунингдек, суяк усти пардаси реакцияси ва суякнинг компакт қатлами склерози қузатилади. Рентгенограммалар икки проекцияда утказилади, айрим ҳолларда эса, уларга қушимча равишда суяк томограммалари билан ҳам текширилиб қурилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ Хроник остеомиелитни лимфангит ва тромбофлебитдан, уткир остеомиелитдан, специфик инфекцион остеомиелитдан, остеодинотрофия ва суяк саркомаларидан фарклаш зарур.

БИРЛАМЧИ ХРОНИК ОСТЕОМИЕЛИТ Бирламчи остеомиелитнинг уртача уткир ёки хроник яллигланиш тури бўйича утадиган қупдан-қуп турлари учрайди (физиотерапевтик). Қасалликни қузғатувчилар – микробларни қам вирулентли турларидир.

БРОДЕ АБСЦЕССИ. Суякнинг қулутсимон метафиз (қисмида) қаватида пайдо бўлади ва уткирга яқин қечадиган остеомиелитнинг қекланган тур-қилларини (эслатади) ташқил қилади. Бу қасалликда бугим яқинида думалоқ бушлиқ юзага келади, унда қам вирулентли микроблар билан йиринг бўлади. Абсцесс қиртда, қалин қасула иқида бўд\лади, беморлар нисбатан қамрок шикоят қиладилар. Рентгенограммаларда суяқдаги думалоқ бушлиқ қузга ташланади.

Жаррохлик йули билан даво қилинади. Суяк трепанацияси қилинади, йиринг қикариб юборилади, бушлиққа қломба қуиилади. Операциядан кейинги даврда антибиотикотерапия қулланилади.

АЛЪБУМИНОЗ ОСТЕОМИЕЛИТ (Гарренинг склерозловчи остеомиелити). Суяк ва суяк устки қатламлари билан бир вақтда содир бўлади: захм периоститига уқшашлиги бор. Жараён одатда яхши қечади, секвестрлар пайдо бўлиши қузатилмайди. Даво қилишда асосан физиотерапевтик тадбирлардан қалқикли апликациялар ва ванналардан фойдаланилади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
 2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
 3. В.Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
 4. В.И.Стручков.Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
 5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
 6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
 7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
 8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.Ташкент1994
 9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
 10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.1997
 11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
 12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
 13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
 14. Gudestanging Eurgingal Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998
- Қўшимча адабиётлар
1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
 2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л.Медицина 1973
 3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
 4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л.Медицина 1992
 5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М.Медицина 1973
 6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М.Медицина. 1963
 7. Под редакцией проф.Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
 8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
 9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
 10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
 11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М.Медицина 1985
 12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
 13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М.Москва 2000
 14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М.Медицина 1973
 15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
 16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларусии» 1990. « 11 стр.52-58
 17. Афиногенов и др.Антисептика в хирургии М.Медицина 1987
 18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ.//гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
 19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurdery-Lippincott-Ramon Publicher 1998
 20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php, shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Умумий йирингли инфекция – Сепсис. сепсис тушунчаси, сепсиснинг келиб чиқиш сабаблари: таснифи, клиникаси ривожланиш босқичи, диагностикаси, замонавий даволаш усуллари ва олдини олиш. Хозирги даврда жаррохлик амалиётида сепсис муаммолари, уларни ечиш имкониятлари

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Умумий йирингли инфекция – Сепсис тушунчаси ва таснифи. 2. Умумий йирингли инфекция – Сепсис клиник белгилари. 3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. Беморларни текшириш усуллари; 4. Умумий йирингли инфекция – Сепсис даволашнинг асосий принциплари, инфекциянинг олдини олиш усуллари. 5. Умумий йирингли инфекция – Сепсис клиникаси ва патогинези хақида тушунча. 6. Умумий йирингли инфекция – Сепсис диагностикаси ва даволаш усуллари хақида тушунча. 7. Умумий йирингли инфекция – Сепсисда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга умумий йирингли инфекция – Сепсис уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усулларини ургатиш.	
Педагогик вазифалар: Умумий йирингли инфекция – Сепсис тушунчаси; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис этиопатогинези; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис турлари; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис клиникаси, диагностикаси , асоратлари ; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис хирургик ишлов бериш; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис асоратларни олдини олиш;	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Умумий йирингли инфекция – Сепсис асоротлари хақидаги тушунчаларни изохлайди; Умумий йирингли инфекция – Сепсис сабабларини айтиб беради; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис таснифини санаб беради; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис клиник манзарасини изохлайди; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис даволаш усуллари айтиб беради; - Умумий йирингли инфекция – Сепсис организмдаги биохимиявий узгаришларни 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 жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

30-мавзу	Фаолият мазмуни Умумий йирингли инфекция – Сепсис. сепсис тушунчаси, сепсиснинг келиб чиқиш сабаблари: таснифи, клиникаси ривожланиш босқичи, диагностикаси, замонавий даволаш усуллари ва олдини олиш. Хозирги даврда жаррохлик амалиётида сепсис муаммолари, уларни ечиш имкониятлари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. -Умумий йирингли инфекция – Сепсисга доир қандай атамаларни биласиз? -Умумий йирингли инфекция – Сепсис дейилганда нимани тушинасиз? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунинг тушунтиришни давом эттиради. 2.3. Умумий йирингли инфекция – Сепсис турлари, тушунчаси этиологияси, патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Умумий йирингли инфекция – Сепсис таснифи нималарга асосланган; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - Умумий йирингли инфекция – Сепсис диагностикаси ва даво усуллари айтилинг.	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. хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади.
3-босқич. Якуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқин ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Сепсис” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топшириқни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ. Умумий носпецифик йирингли инфекция (сепсис).

Умумий носпецифик йирингли инфекция (сепсис) турли микроблар ва токсинлар туфайли келиб чиқадиган оғир касалликлар ҳисобланади. Патологик жараён организмнинг муайян реакцияси ва специфик клиник манзараси билан бирга кечади.

Сепсисга патоген микробларнинг қонда тарқалиши ҳосилдир. Хирургик сепсиснинг ривожланишида инфекция тушиш дарвоҳаси ва бирламчи септик учок муҳим урин тутати. Бу касалликда узига ҳос патологоанатомик ўзгаришлар кузатилмайд.

Хирургик сепсис нисбатан кам учрайди: барча хирургик касалликларнинг 0,05-0,1% ташкил қилади. Касаллик купрок 30-50 ёшдаги кишиларда учраб, эркакларнинг аёлларга нисбатан икки маротаба куп касалланиши кузатилади. Сепсис аксари ҳақалокларда ва 60 дан ошган кишиларда оғиррок кечади.

Этиологияси ва патогенези. Турли микроблар: стафилококклар, стрептококклар, энтеробактериялар, анаэроблар ва замбуруғлар ҳам сепсис касаллигига сабаб бўлиши мумкин. Купинча турли инфекциялар: микробларнинг турли хил ассоциациялари кузатилади. Хизр стафилококклар антибиотикларга нисбатан қандамларок ва грамманфий

таёкчалар хисобланади. Улар касалларнинг 80 % ортигида учрайди. Сепсисда муайян яширин давр кузатилмайди. Касаллик патогенезида куйидаги 3 асосий компонент муҳим урин тутди: 1) микробиологик омил (сепсис кузатувчи); 2) инфекция кирадиган дарвоза (бирламчи яллигланиш учоги) ва 3) организмнинг реактивлиги, унинг аллергияцияси ва сенсибилизациясидир. Ушбу омилларнинг биргаликдаги фаолияти ва узаро таъсири сепсиснинг ривожланиши ва келгусидаги ҳолатини, шунингдек унинг ривожланиш тезлиги ва шиклини (яшин тезлигидаги туридан тортиб, сурункали сепсисгача) аниқлашга имкон беради.

Организм реактивлиги ката аҳамиятга эга бўлади. Сепсис микробли, яъни келиб чиқиш омили бўлмаганда ривожлана олмайди. Сепсис кузатувчисининг тури (стафилококklar, энтеробактериялар, анаэроблар ва б.). бунда унинг вирулентлиги, организмга урнашиб олган микроблар сони, антибиотиклар ва бошқа кимё-терапевтик препаратларга сезувчанлиги ката роль уйнайди. Микробларнинг биологик хусусияти муҳим урин тутди. Стрептококklarга уларнинг фибринолизга кобилиятли эканлиги хосдир. Улар туқималарга урнашмайди ва камдан-кам ҳоллардагина тананинг бошқа қисмлариг етиб боради. Стафилококklar эса фибрин ажратиб чиқариб, туқималарга осонгина тушади. Микроб токсинлар сепсиснинг пайдо бўлишига ката роль уйнайди.

1. Юмшоқ туқималар, суяклар, бугимлар ва бушликларнинг оғир жароҳатланиши, жароҳатларнинг некротик туқималари ва қон қуйилиши билан давом этадиган каттагина ёрилган жойлар;

2. Маҳаллий йиринглаш жараёнлари (чипконлар, абсцесс, панариций, тромбозфлебитлар, остеомиелитлар ва б.).

3. Жарроҳлик айниқса асептика ва антисептика қоидалари бузилгандан келиб чиқадиган жароҳатлар инфекциянинг қириш дарвозаси ҳисобланади. Септик асорталар купрок ёт жисмлар ажралиб чиққанда, йирингли учоклар операция қилинганда учраб туради.

Эндоген инфекция (хроник тонзиллит, тизмасимон инфекция, бурун қушимча бушликларининг яллигланиш жараёни, сийдик йули, ут ва нафас олиш йулларининг яллигланиш жараёнлари) туфайли келиб чиққан яллигланиш жараёнларининг зурайиш учоклари ҳам инфекциянинг қириш дарвозаси вазифасини утайди. Сепсиснинг крептоген турида инфекциянинг қириш дарвозаси ханузгача аниқланмаган.

Яллигланишнинг бирламчи учоги сепсиснинг ривожланишига ката таъсир курсатади. Бунда ички аъзолар ва бушликлар соҳасидаги жараёнлар айниқса хавфли бўлади. Йирингли учокни дренаж қилишга, йирингли учок атрофидаги туқима тусикларининг химоявий таъсири га (фагацитоз, регионар лимфа тугунлари, пиоген капсула ва б.). купгина омиллар алоқадор бўлади. Сепсиснинг авж олиш жараёнида бирламчи учок баъзан қичраяди ёки мутлақо йуқолиб кетади. Касаллик яшириш кечганда сепсиснинг ривожланишига сабаб бўладиган бирламчи учокка таъсир курсатиш лозим. Организмнинг тушган инфекция ва унинг токсинларига жавоб реакцияси бирмунча мураккаб хусусиятга эга. Масалан, сенсибилизациялашган бемолрларда қуриладиган дастлабки сепсис қучли аллергия реакция билан кечса, охириги босқичдаги сепсис токсинлар ва парчаланган туқима маъсулотининг аста-секин қурилиши билан ифодаланади.

Сепсис патогенези ҳақидаги тасаввурлар тиббиёт фани таракқиётининг турли босқичларида жиддий узғаришларга учраган. Микроб инфекциясининг моҳияти аниқланган асептик давр бошларида сепсиснинг авж олиши факат микроорганизмларнинг вирулентлиги билан боғланган. Микроблар қонда қупаяди (пиемия). Микроблар қонда қупаймасдан балки факат организм бўйлаб у ёқдан бу ёққа ташилади. Микроблар бирламчи ёки иккиламчи яллигланиш учокларида қупаяди. Вакт утиши билан улар септик тикиндилар қуринишида ёки лимфатик тусик орқали қон оқимиға утади.

Яллигланиш учоги атрофидаги туқима тусигининг химоявий функцияси вакт утиши билан қайта тикланади ва кейинчалик яна микробларнинг қонға утишига тускинлик вазифасини бажариши мумкин. Бактериологик сепсисни жараён авж олган босқичда юқори ҳарорат ва совуқ қотиш қузатилганда қони экиш йули билан исботлаш мумкин.

Парчаланган тукима махсулотлари жараён авж олган боскичда юкори даражада биологик фаол моддлар (гистамин, серотонин, протеолитик ферментлар)га эга булади ва сепсиснинг ривожланишига имкон беради. Тукима гипоксия ва аноксия зурайиб боради, натижада септик шок манзараси ривожланиши мумкин. Сепсисда организмнинг сенсбилизацияга жавоб реакцияси уч хил булиши мумкин.:

- 1) Нормергик реакция, бу реакцияга яллигланишнинг яккол ифодаланган манзараси хос булиб, сепсис одатда йирингли метастазлар куринишида кечади;
- 2) Гиперергик реакцияга тезкорлик ва шиддатли хусусиятга хос булиб, купрок деструктив ва дегенератив узгаришлар билан давом этади, йирингли метастазлародатда кузатилмайди;
- 3) Анергик (гипергек) реакция суст, бир оз яллигланиш жараёни билан бирга давом этади. У организм имунитети яккол ифодаланган холларда, камдан-кам холларда эса организмнинг химиявий хусусияти тез пасая бошлаганда кузатилади; сепсис йирингли метастазлар бермасдан кечади.

Патолого-анатомик манзараси. Сепсисда специфик морфологик узгаришлар эмас, балки иккиламчи носпецифик узгаришларгина кузатилади. Хатто аутопсияда олинган бактериологик экмалар хам сепсис мавжудлигини хама ваكت хам тасдиклавермайди. Йирингли тромбофлебитлар ва перифлебитлар, тукималарнинг йирингли парчаланиши, тукималарга ва органларга хаддан ташкарикуп кон куйилиши, ички аъзоларда дегенератив узгаришлар, шунингдек, асосан (иккиламчи метастазлар билан кечган холларда) тери ости бириктирувчи тукимасида, аъзоларда ёки бушликларда купдан-куп абсцесслар аникланади. Улим юз бериб бемор жасади дархол чирий бошлайди, гемолиз ва тукималар имбибицияси пайдо булади.

Талок серкон, катталашган, кесим жойида септик кирма билан булади. Жигарда строма инфильтрацияли септик гепатит манзараси, буйракларда некротик нефроз ва септик нефрит курилади. Миянинг шишгани, мия пардаларига кон куйилгани, иккиламчи менингит ва энцефалит аникланади. Упкада геморрагик яллигланиш белгилари топилади. Ички аъзоларнинг хаммасида купгина абсцессларни кузатиш мумкин.

Таснифи.Сепсиснинг куйидаги турлари тавофиу килинади:

- 1) Кузгатувчиларнинг турига кура – стафилококкли, стрептококкли, колибацилляр, анаэроб, бактероид сепсис;
- 2) Пайдо булишига кура – жарохатли, операциядан кейинги, ички (масалан пневмония, ангина) ва криптоген сепсис;
- 3) Кириш дарвозаси ёки бирламчи учогини бартараф этиш усулига кура – хирургик, гинекологик, отоген,одонтоген, киндик сепсиси;
- 4) Клиник жихатдан утишига краб – яширин тезлигида, уткир, кайталаниб турадиган, сурункали сепсис;
- 5) Авж олиш вактига кура – дастлабки ва сунгги боскичдаги сепсис;
- 6) Организмнинг реактивлигига кура – гиперергик, нормергик, гиперергик ёки анергик сепсис;
- 7) Инфекция учогининг кай даражада мавжудлигига кура – бирламчи ёки криптоген ва иккиламчи сепсис;
- 8) Клиник-анатомик хусусиятларига кура – септицемия ва септикопиемия.

Септисемиянинг ривожланишида органлар ва системали узгаришларга токсисемия сабаб буладиган микроб токсинлари мухим ахамият касб этади. Септикопиемияда эса септисемия бактеремия билан бирга давом этади.

Клиник манзараси. Сепсиснинг огзига хос симптомлари булмайди. Баъзан уни йирингли жараёнлар ёки юкумли ткасалликлар нинг бошлангъч боскичлари бирга кечадиган интоксикациядан жуда кийин булади. Сепсиснинг умумий ва махаллий симптомлари турли органлар ва системалардаги узгаришлар билан, махаллий белгилар эса дастлаб бирламчи учокда, кейин эса йирингли метастазалада махаллий намоён булиши билан боглик.

Сепсис купинча аста секин ривожланади. Яшин тезлигидаги тури бундан мустаснодир (бемор касаллик бошлангач, ҳеч нарсадан беҳабар бўлиб 1-2 кун ичида улиб қолиши мумкин).

Юқумли касалликларнинг яширин даври тугагандан кейин касаллик аломатларининг пайдо бўлиш (прадамал) даври бошланади. Бу даврда беморнинг ахволи оғирлашади: кузлари киртайиб, юзи қизаради, у тез-тез терлайди, азойи бадани қакшаб оғрийди. Кейинчалик касалликнинг авж олишига қараб беморнинг ташқи қуриниши ҳам узгаради: кузлари хира тортади, териси оқиш қуқимтир тусга қиради (цианоз), сариқ касаллиги пайдо бўлади. Баданга жуда майда туқ қуқимтир доғлар тошади (петехия).

Умумий симптоматика оғир юқумли касаллик пайдо бўлганидан далолат беради. Беморнинг боши оғрийди, у қусади, уйқуси бузулади, эс хуши қирарли- чиқарли бўлиб қолади, септик шок руй берганда бемор хушидан кетади.

Харорати баланд, ҳатто 39-40% даражагача кутарилади. Хароратнинг эгри чизиги уч хил: доим юқори ($39-40^{\circ}\text{C}$), узгариб турадиган ва тулқинсимон бўлади. Агар сепсис метазтаз бермасдан кечса (септицемия) харорат юқори бўлади. Бироқ харорат кун бўйи анча узгариб турадиган, яъни метазтаз бериб кечадиган сепсис (септикотоксемия)дан фарқ қилади, бунда узгаришлар юз бермайди, яъни метазтазалар пайдо бўлганда харорат сезиларли даражада кутарилади ва беморнинг азойи бадани қакшаб оғрийди. Харорат тушиб кетганда бемор тез-тез терлайди. Тез орада бемор озиб- тузиб кетади умумий қувватсизлик, септик ич қотиши кундан кунга ортиб боради. Натижада бемор қаттиқ изтироб чекади ва афония пайдо бўлади.

Юрак-томир системасининг иши юракнинг росмана зарарланганидан бузилади. Тана харорати билан томир уриши бир бирига мос келмайди, харорат пасайиб кетади, томир тез-тез ура бошлайди. Юрак фаолияти ёмонлашади, томирнинг тулиқ уриши камаяди, қон босими пасаяди. Бундан ташқари, септик миокардит манзараси пайдо бўлади. Гоҳо шишлар пайдо бўлиб, тромбофлебитлар ва ётоқ яралар ривожланади.

Қон манзараси кам қонликнинг ортиб бориши, ЭҚТнинг ошиши ($30-60\text{мм/с}$), қон формуласининг чапга сурилиши сабабли лейкоцитлар сони купаяди ($15-40 \cdot 10^9 \text{ л}^{-1}$), бунга донатор нейтрофилларнинг пайдо бўлиши ҳам сабаб бўлади.

Паренхиматоз аъзоларда турли-туман узгаришлар кузатилади. Жигар катталашади, бироқ унинг ишлаш қобилияти бирмунча сусаяди. Купинча тери саргайиб, токсик (реактив) гепатит ривожланади. Талок катталашади, буйраклар фаолияти бузилади, гипостеник олигурияпайдо бўлади (сийдик микдори ва зичлиги камаяди). Сийдикда оксил, токсикли цилиндрлар пайдо бўлади, азот қолдиклари ва қон микдори ошиб боради. Айрим ҳолларда капилярларнинг токсик узгарувчанлиги ортгани сабабли терида қалқонсимон доғларкузатилади.

Маҳаллий узгаришлар баъзан деярли сезилмвйди ва купинча сепсис клинкасига мос келмайди. Сепсис жароҳатлар бўлганда беморнинг ранги оқариб кетади, шишлар пайдо бўлади. Жароҳатдан лойкасимон пича суюқлик ажралиб туради. Жароҳат соҳасида қон томирлар тромбозилари, лимфангитлар, лимфаденитлар кузатилади.

Метастазлар билан кечадиган сепсисгатурли туқима ва аъзоларда йирингли учокнинг ривожланиши ҳосдир. Уларни очиб туриб, йиринг чиқариб юборилганда харорат пасаяди, бироқ янги йирингли учоклар пайдо бўлганда ахволи яна оғирлашади. Организмнинг заифлашуви ва органларнинг декомпенсация заминида сепсиснинг ремиссиясиз оғир клиник ҳолатда кечиши септицемияга ҳосдир.

Хроник сепсисузгача кечиши билан характерланади. У ҳатто бир неча ой мобайнида ривожланиб боради. Умумий пайдо бўлиши аниқ ифодаланмайди. Вақти вақти билан харорат кутарилади, иккиламчи йирингли учок пайдо бўлади. Қон формуласи бир оз чапга сурилади, ЭҚТ ошади.

Маҳаллий йирингли жараёнларда умумий жарроҳлик инфекциясини умумий захарланишдан фарқ қилиш қийин бўлади. Маҳаллий йирингли жараён туфайли юзага келадиган интоксикация бевосита ана шу жараёнга боғлиқ бўлади, шу сабабли йиринг уз вақтида чиқариб юборилса, беморнинг ахволи яхшиланади. Сепсисни юқумли касалликлар (ич терлама, бруцеллез, безгак) дан диссеминациялашган силдан утқир

гематоген остеомиелитдан ва кон ивишига алокадор касалликдан (бунда томир деворининг токсик жароҳатланиши ва унинг утказувчанлиги юз беради) ажратма билиш лозим.

Сепсисда этиологик (этиотроп) даволаш тадбирларининг икки гуруҳи яллигланишини бирламчи ва иккиламчи бартараф этишга қаратилган маҳаллий ва умуман организмга таъсир қурсатишга мулжалланган умумий даволаш гуруҳлари ажратилади.

Маҳаллий даволашга қуйидагилар қиради:

1. Уз вақтида ва ридикал жарроҳлик йули билан даволаш некротик туқималар (некрэктомия ампутация ва экзартикуляция) ва ёд жисмлар олиб ташланади, йирингнинг иложи борица купок оқиб чиқиши таъминланади (купгина тешикчалари булган полихлорвинилдан тайёрланган дренаж найчалари билан ишлов берилади. Вакуум аппаратлардан фойдаланиб узок вақт 7-10 кун мобайнида тозаланадию курсаткичларга кура жароҳатнинг тезрок битиши таъминланади.
2. Яллигланиш учогини биологик ёки кимёвий йул билан дезинфекция қилиш (антибиотиклар, сульфаниламидлар антисептик воситалар, бротеолитик ферментлар, бактериофаглар ва б.)
3. Патологик учокни микроблардан тозалаш учун физиотерапевти муолажалар (УФО., УВЧ гелийнеон, лазер ва б.) қулланиш.
4. Патологик учок жойлашган жойни иммобилизация қили шва бу ерда муҳофадази осойишталикни вужудга келтириш.

Умумий даволашнинг энг муҳим вазифаси инфекция (кузгатувчи) га қарши курашдир. Антибиотикларни қуллаш муҳим аҳаият қасб этади. Антибиотикотерапиядан муваффақиятли фойдаланиш учун микрофлоранинг характерини ва унинг антибиотикларга нисбатан қанчалик қидамчилигини аниқлаш зарур. Сепсис билан оғриган беморларга антибиотиклар иложи борица қеракли дозаларда буюрилади. Масалан, пенициллин ҳар 4-6 соатда қунига 15-20 минг ва ҳатто 50000000 тб микдорда, цеполин сутқасига 3-10 г дан тайинланади. Антибиотиклар зарарланган жойга ва перентерал равишда (м/о ва в/в) зарур булган ҳолларда эса эндолүмбал равишда ва артерияга, аортага юборилади (антибиотиклар қон урнини босувчи суюқликлар билан бирга узок вақт юборибтурулади). Бактериоидлар ва бошқа анаэроблар туфайли юзага қелган сепсисни даволаш учун хлорамфеникол, клиндамицин ва метронидазол (флагил, метрожил), тетрациклин, пенициллин билан бирга тайинланади (қунига 20000000 ТБ гача).

Сульфаниламидлар (10 мл этазол, диприм), нитрофуран гуруҳига мансуб препаратлар (0,1% ли фурагин, 400 мл), гексаметилентетрамин (уротропин) нинг 40%ли эритмаси (10 мл) ҳам қулланилади. Тана оғирлигининг ҳар 1 кг вазнига 5 мл дан 3-6 марта, 3 кун ичида 1 марта юборилувчи стафилококкларга қарши плазма, шунингдек гамма-глобулин узига ҳос таъсир қурсатиш хусусиятига эга. Сурункали сепсисда стафилококкли анатоксин ва аутовакцина билан фаол иммунизация қилинади.

Профилактикаси. Асосий диққат эътибор жароҳатларга пухта ва уз вақтида қарашга, биринчи навбатда уларни жарроҳлик йули билан йирингни чиқариб, бушлиқни ювиб тозалашга, шунингдек маҳаллий яллигланиш жараёнларига даво қилишга ва организмнинг химоя қучини мустаҳкамлашга қаратилиши лозим.

Анаэроб (газли) гангрена.

Анаэроб клостридиал инфекция қекланган кузгатувчилари ва хусусий клиник манзараси булган патологик жараёндир. Унинг хусусий белгиларига яллигланиш жараёнининг йуқлиги, қатталашини мумкин булган шиш, газ ҳосил қилиш, туқималар емирилиши, бактериялар токсин ива туқималар емирилиши натижасида руёбга қелувчи захарланиш қиради.

Анаэроб инфекция асосан жароҳатларнинг асорати булиб, купрок уриш даврида, қамрок тинчлик даврда ҳам қузатилади.

Жароҳатларнинг анаэроб гангрена билан асоратланиши бир талай омилларга боглиқ. Асосийларидан бири жароҳатнинг анаэроб флора билан ифлосланиши, бирламчи жарроҳлик ишловининг сифатли утқазилмаслиги ҳисобланади. Қасаллик богшланишида

клиник манзарасининг ноаниклиги, хирургик ишлашда нуксонлар ва асоратнинг олдини олувчи дори-дармонларнинг булмаганлиги сабаб булган.

Этиологияси. Анаэроб гангренини спорали кластридиялар: *Cl/perfringens*, *Cl.oedematiens*/ *cl/ septicum*, *cl.hystoliticus* келтириб чикаради.

Охиргиси тукумаларни емирувчи кластридийнинг бир узи камдан-кам газли гангрена кузгатади, купинча бошқа бактериялар билан бирга тукумаларни тез емиради ва захарланишга олиб келади.

Патогенези. Кластридийлар организмда бир хил тарқалмаган: меъдада деярли йук, чунки меъда жавҳари (кислотаси) уларга бактрицид таъсир курсатади. Йугон ичакка яқинлашган сайин унинг сони купайиб, баугини копкогида анаэроб флора булади. 1 г нажасда 10^{-5} дан 10^{-5-7} гача микдорда кластридийлар учрайди. Анаэроб гангренада микроб омили куп кирали булганлиги учун патогенези мураккаб.

Газли гангрена кузгатувчиларининг энзим ва токсинларини хилма-хилиги, токсинлар сони билан ажралиб туради. Кл.перфрингенс-12, кл.одематиенс-8, кл-сентикум-4, кл.хисталитикус-4 токсинга эга. Анаэроб гангренининг патогенези кискача: жароҳатларда кислород камайиши, атрофдаги тукумаларда, айниқса мушакларда канднинг оксидланишини бузади, бунинг натижасида лактат пайдо булади. рН камайиб, эндоген протеолитик ферментларни купайтиради, улар уз навбатида аминокислоталарни руёбга келтиради. Аминокислоталар эса кластридийларучун яхши озука хисобланади. Кластридийлар купайиб, токсинлар ишлаб чикаради тукумаларни емиради.

Газли гангрена пайдо килувчи омиллар:

1. Снаряд парчалари текканда пайдо булган , ифлосланган жароҳатлар (тупрок, кийим парчалари, мушак эзилиши)
2. Махаллий ва умумий кон айланишининг бузилиш холлари (жгут, томирлар боғланиши, тикин кили боғлаш, анемия, шок), чунки кислород етишмаслиги анаэроблар учун яхши мухит булади.
3. Организм химоя кучининг камайиши.
4. Жароҳат сатхининг транспортдан шикастланиши, ёмон тахтакачлаш.

Таснифи: Бактериологик таърифи ва хасталикнинг кечишини хисобга олганда патологик-анатомик таснифи ката ахамиятга эга. У куйидагича: 1. Эмфизематоз; 2. Шишли (токсик); 3. Некротик (чириш); 4. Аралаш; 5. Флегмоноз ва тукума емирувчи.

Эмфизематоз формасида (19,7%) шишдан кура купрок газ пайдо булади, унинг кузгатувчиси кл.перфрингенсдир.

Шишли (токсик) формасида (34,1%) кл.одематиенс кузгатиб, кучли токсикоз билан кечади, газ тупланишидан тукумалар шиш купрок кузатилади.

Аралаш формасида (23,2%) токсин ва газ килувчи анаэроблар ассоциацияси сабаб булади. Шиш ва эмфизема бараварига кузатилади.

Некротик формаси (9,3%) тукумалар емирилиши билан таърифланиб, кузгатувчиси кл.спорогениесдир.

Флегмоноз формаси жараён йиринглаш билан кечиб, эмфизема ва шиш камрок кузатилади.

Тукумаларни емирувчи формаси (0,6%) кучли ва огир утади, эрта килинган кул-оёк ампутацияси 10% беморларни саклаб колади.

Клиник манзараси буйича 2 гурухга булинади, яшин тезлигидаги ва уткир тури. Яшин тезлигидаги тури бир неча соатда намоён булиб, кунгилсиз воқеаларга сабаб булади.

Анатомик таснифи: эпифасциал формаси (син.кластридиал целлюлит, эпифасциал газли гангрена), субфасциал формаси (син.кластридиал некротик миозит.)

Клиник манзараси. Инкубация даври 1 кундан 7 кунгача давом этади. Анаэроб инфекция канчалик тез ривожланса, шунчалик касаллик кучли утади. Яшин тезлигидаги формаси шикастланишдан кейин 1-2 соатда ривожланади. Махаллий ва умумий белгиари булади. Эрта белгиларига беморнинг адекват булмаган холати, безовта ёки ута тинч булиши, томирнинг тез уриши, хароратнинг кутарилиши, жароҳатнинг чеккалари

шишибмушаклар кутарилиб туради, жарохат суюклиги узгаради, гар боглам ёки ип боглам куйилса унинг изи (лигатура симптоми) билиниб, этни «кесади». Тикилган чоклар таранглашиб, жарохат чеккаларини йиртиб юбориши мумкин, терида шиш – усти керикиб, устара билан юритилганда крепитация белгиси – «Устара№ симптоми юзага келади. Ташхисида рентгенография кул келади, тукумаларда газ борлиги намоён булади. Ангиографияда 3-4 кунларда артериянинг спазми аникланади, кейинчалик томирлар тромбоз ива газ хосил килиш бошланади. А.В.Мельников (1952) фикрича уч белги анаэроб гангрена бошланганида далолат беради: огрик, юкори харорат, кул-оёкнинг шишиб кетиши.

Жарохатда мушаклар шишиб, унинг усти кулранг-ифлос суюклик билан копланади, одатда унинг микдори кам булади. Баъзан экссудат оч-сарикдан ифлос кунгирга, баъзан шилимшик булиб, бадбуй хид таратади. Чириган хидли жарохат суюклиги камайса, бу мавхум прогностдан далолат беради.

Анаэроб гангрена иккиламчи жарохатда боғланса, клиник белгилари ноанк булади ва тез улимга олиб келади. Кунгилсиз воқеа пайдо булишида анаэроб гангренанинг жойлашган урни ҳам ахамиятлидир: бош ва танада 53%, оёкда-36%, ва кулда-27% учраса, касаллик огир хисобланади.

Даволаш. Анаэроб гангренанинг олдини олиш асосий омиллардандир. Хар бир ифлосланган жарохат специфик профилактик даволаш билан боғланиши керак. Бунинг учун гангренага карши бир-икки профилактик дозада м/ и зардоб юборилади. 1.Кл.перфлигенсга карши 10000 АБ, 2.Кл.септикум га карши 10000 АБ, 3-Б.одедматиенсга карши 10000АБ.

Анаэроб бактериофагининг тенг кисмига стафилострептококк фаглари кушилади ва бу бактериофагнинг 0,5% новокаин эритмаси билан аралаштирилиб, жарохат атрофии блокада килинади.

Газли гангренанинг профилактикасида вақт жгут куймаслик лозим, ишемик гангренада тезкор операция килиш, жарохатда бирламчи операция хирургик ишлаш тугир бажарилиши зарур.

Даволаш турт йуналишда олиб борилади: 1-таркалаётган жараёни чеклаш; 2-токсинлар сурилишини тухтатиш ва интоксикация камайтириш; 3-бузилган аъзо ва системалар фаолиятини нормаллаштириш; 4. Иммунобиологик кучни фаоллаштириш. Юкорида курсатилган максадларни куйидагича амалга оширилади: а) конга тушувчи токсинлар учун иммунобиологик барьер тайёрлаш (специфик терапий), б)махаллий дезинтоксикация (операция, оксидловчи моддалар куллаш ва б.) в) умумий дезинтоксикация (кон ва кон урнини босувчи препаратларни юбориш, юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар куллаш ва б.)

1. Специфик терапия: гангренага карши зарбодлар юбориш билан бажарилади. Бир даволаш дозаси деганда 10 профилактик зардоблар дозаси кузда тутилади. (300000х б., яъни 10000х.б. дан антиперфрингенс, антисептикум ва антиэдематиенс). Анафилакти шок булмаслиги учун т/и наркоз остида даволаш дозаси юборилади. Агар кузгатувчиси аник булса, уша зардоб юборишдан аввал индивидуал синама утказилиши лозим. Бунинг учун 0,1мл зардоб т/и юборилади, 1 см дан ортик папула синамаси ижобий булади.

2. Хирургик даволаш уч хил булиши мумкин: а) кесиш, б) жарохатни кенг очиш, в) кул-оёк ампутацияси.

А) «Лампас» кесишлар – кенг фасциотомия. Улар тери устидан апоневрозни ҳам кенг килиб тасмасимон узу-узун килиб кесилади;

Б) ишемияга учраган тукумаларни кесиб олиш, чунки некротик тукумалар ва ёт жисмлар анаэроб жараёнини кувватлаб туради;

В) тромбга дучор булган магистрал артерия чегарасида ампутация килиш тавсия килинади;

3. Носпецифик терапия: антибиотик юбориш, юрак ва бошка хаётий аъзолар фаолиятини яхшиловчи дори-дармонлар кулланиш, умумий дезинтоксикацияни, гипербарик оксигенотерапияни бажариш билан фаркланади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков, Ю. В. Стручков. Общая хирургия М. Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М. Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М. Ташкент 1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. 1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eururgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л. Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбаналиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М. Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М. Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiyu1070.1997 пер. с англ.//гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА, С.
19. Bygon V.Bailey. Head & Nech Eurdery-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra,vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php, shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси. Кокшол, куйдирги, кутириш, яра дифтерияси-клиникаси кечиши, асоратлари, олдини олиш - эмлаш ва даволаш асослари.

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси. тушунчаси ва таснифи. 2. Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси. клиник белгилари. 3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. Беморларни текшириш усуллари; 4.Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси. даволашнинг асосий принциплари, инфекциянинг олдини олиш усуллари. 5.Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси. клиникаси ва патогинези хақида тушунча. 6.Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси. диагностикаси ва даволаш усуллари хақида тушунча. 7. Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси. да кузатиладиган асоратларни олдини олиш.
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси. уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усуллари ургатиш.	
Педагогик вазифалар: Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси тушунчаси; Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси этиопатогинези; -Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси турлари; -Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси клиникаси, диагностикаси , асоратлари ; -Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси хирургик ишлов бериш; -Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси асоратларни олдини олиш;	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси асоратлари хақидаги тушунчаларни изохлайди; Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси сабабларини айтиб беради; -Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси таснифини санаб беради; -Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси клиник манзарасини изохлайди; -Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси даволаш усуллари айтиб беради; - Ўткир махсус жаррохлик инфекцияси организмдаги биохимиявий узгаришларни 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 Уткир махсус жаррохлик инфекцияси. Кокшол, куйдирги, кутириш, яра дифтерияси-клиникаси кечиши, асоратлари, олдини олиш - эмлаш ва даволаш асослари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. -Уткир махсус жаррохлик инфекциясига доир қандай атамаларни биласиз? -Уткир махсус жаррохлик инфекцияси дейилганда нимани тушинасиз? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради. 2.3. Уткир махсус жаррохлик инфекцияси турлари, тушунчаси этиологияси, патогинези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Уткир махсус жаррохлик инфекцияси таснифи нималарга асосланган; -Уткир махсус жаррохлик инфекцияси сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - Уткир махсус жаррохлик инфекцияси диагностикаси ва даво усуллари айтинг.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир -бирини такрорламайатамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллармазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади.
3-босқич. Яқуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқин ясади ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Кокшол” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ ҚИСМ. Кокшол. Специфик уткир юқумли касаллик бўлиб, спорзли анаэроб таёкча

B. tetani, кузгатади. Бу таёкча тетаноспазмин ва тетаногемолизин ишлаб чиқаради. Тетаноспазмин асаб системасига таъсир этиб, мушакларида тоник ва клоник тортишларни келтириб чиқса, тетаногемолизин эса эритроцитларни эритади.

B. tetani сапрофит ҳисобланади, уй хайвонлари, шунингдек одам ичида яшайди. Ахлат орқали тупрокка тушади. Ҳар қандай жароҳатлар сабабли юқиши мумкин. Инкубацион даври 3-4 ойгача.

Таснифи.

1) Тарқалишига қараб:

- умумий
- маҳаллий

2) Клиник кечишига қараб:

- уткир
- сурункали
- клиник белгиларининг еркин бўлиши

- клиник белгиларининг ноаник булиши.

шунингдек энгил, уртача ва огир, яшин тезлигида формалари фаркланади.

Клиник манзараси. Бошланишидан бош огриги, чарчок, уйкусираш, терла шва жарохат атрофида огрик кузатилад. Шиллик мускуллар тиришиб, юзда узига хос «Сардоник кулги» пайдо булади. Вакт утиши билан клоник ва тоник тиришишлар буйин, бадан, кул ва оёқлар мускулларига утади.

Шовкин ёки ёруглик таъсирида опистотонус кузатилади. Тана харорати 42⁰С га кутарилади, пульс 120дан ошиши мумкин. Яшин тезлигида кокшол 1-2 кунда улимга олиб келиши мумкин.

Кокшолни даволашда урта асосий масалани ечиш ахамиятига эга: 1) организмга тушган токсинларни нейраллаш ва йукотиш; 2) тиришишни йукотиш; 3) беморнинг ахволини ва юрак – упка фаолиятини яхшилаш.

Кокшол аниқланган холда беморга зудлик 0,02 мл морфин эритмаси тери остига вена ичидан гексенал ёки тиокентал – натрий юборилиб бемор тинчлантирилиш лозим.

Бемор тинчлантирилгач куйидаги муолажалар бажарилади:

1) интрамомбил 25000-50000 АБ кокшолга карши зардоб юбориш; 2) мускул орасига 30000 АБ кокшолга карши зардоб юбориш; 3) мускул орасига 25% - 20-30 мл магнозий сульфат юбориш; 4) хлоргидрат билан хукна килиш; 5) жарохат ревизияси.

КУЙДУРГИ.

(antraxPustulaMalikna)- ута чидамли спора хосил килувчи куйдирги таёкча ёрдамида зарарланади. Куйдирги таёкчалари одатда куй ва корамол терисидан, юнгидан ва гуштидан одамларга утиши мумкин. Инкубацион даври 2-7 кунни ташкил этади. Клиник жихатдан куйдиргининг уч тури: тери, упка ва ичак турлари тафовут килинади.

Тери куйдиргиси карбункул куринишида кечади. Купинча у кулда, буйинда ва бошда пайдо булади. Инфекция тушган сохада зангори-пушти ранг суюклик билан тулган пуфакча, уннинг атрофида эса шиш пайдо булади. Пуфакча ёрилгач, беморнинг юзи калин ва кора каттик кутир билан копланади. Бирламчи пуфакча атрофида Янги пустулалар пайдо булади, шиш катталашади, регионал лимфа тугунлари купаяди, кора кукумтир тушиб кетиб, унинг урнида яра хосил булади. Ярада йиринг булмайди.

Ичак ва упка куринишидаги куйдиргида инфекция хазм килиш ва нафас системаси оркали утади. Бунай холатда улим билан якунланади. Диагноз бактериологик текширишлар ёрдамида тасдиқланади. Даволаш факат консерватив муолажалар ёрдамида амалга оширилади. Махаллий тинчлик, малхамли боғламлар, иммодилизация утказилади.

Карбункулли куйдиргини хирургик йул билан даволаш мумкин эмас. Бундан ташкари антибиотикотерапия (пенициллин, стрептомицин, синтомицин, тетрацилин), 50-150 мл махсус куйдиргига карши зардоб, сальварсан (венага 0,6-1 г) килинади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков, Ю. В. Стручков. Общая хирургия М. Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М. Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М. Ташкент 1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. 1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eururgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л. Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М. Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М. Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiyu1070.1997 пер. с англ.//гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Вугон V.Bailey.Head & Nech Eurdery-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php,
www.tgma.ru/formation/kafedra,vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php,

МАЪРУЗАДАТАЎЛИМТЕХНОЛОГИЯСИ

Анаэробвачириндилархосилкилувчиинфекция.Газликорасонкасаллиги; кузгатувчилари, патанатомияси, клиникаси, дастлабкибелгилари, асоратлари, олдиниолиш, даволашасослари.

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг режаси	1. Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция тушунчаси; 2. Касаллик келиб чиқиши сабаблари; 3. Анаэроб ва чириндилар хосил кечувчи инфекция ларнинг клиник манзараси; 4. Газли корасон касаллигининг клиник манзараси; 5. Газли корасон касаллигининг асоратлари олдини олиш; 6. Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги даволаш принциплари;
Ўқув машгулотининг мақсади: Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция. Газли корасон касаллиги; кузгатувчилари, патанатомияси, клиникаси, дастлабки белгилари, асоратлари, олдини олиш, даволаш асослари.	
Педагогик вазифалар: - Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция. Газли корасон касаллиги ҳақида тушунчалар, келиб чиқиши билан таништириш ва касаллик жараёнини пафилантикаси ва даволаш принциплари; - Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция турлари билан таништириш; - Газли корасон касаллиги клиник курилишлари; - Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги этиопатогенизи билан таништириш; - Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллигини изохлаш ва тасаввурга эга бўлиш;	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги тушунчасини изоҳлайди; - Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги ривожланиш шароитларини айтиб беради; - Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция этиологиясига тавсиф беради; - Газли корасон касаллиги турларини санайди; - Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги, тушунчаси билан таништиради, мисолар келтиради; - Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги, олдини олиш ва даволаш принципларини санайди ва изоҳлайди; - Анаэроб инфекциялар патолого-анатомик манзарасини тавсифлайди.
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

34-мавзу	Фаолиятмазмун: Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция.Газли корасон касаллиги; кузгатувчилари, патанатомияси, клиникаси, дастлабки белгилари, асоратлари, олдини олиш, даволаш асослари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-боскич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг максади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавобўтказади. -Анаэроб инфекциятушунчасини биласизми? -Анаэроб инфекциялар олдини олишнинг узига хослиги? -Газли корасон таснифини биласизми? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция.Газли корасон касаллиги; кузгатувчилари, патанатомияси, клиникаси, дастлабки белгилари, асоратлари, олдини олиш, даволаш асослари тушунтирилади. 2.3. Газли корасон касаллиги тушунчаси, этиопатогенези тугрисида тўхталиб ўтилади. -Газли корасон сабаблари; -Газли корасонклиник манзараси; -касалликларни классификациялашда нималарга асосланган; -симптом ва синдромлар аниклашда нимага аҳамият берилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир -бирини такрорламайатамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллармазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади.
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: “Газли корасон” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ ҚИСМ. Газли гангренининг кузгатувчилари *Cl. perfringes*, *Cl. oedematiens*, *Vibrio septicum* ва *Cl. histolyticus*. Куп ҳолларда касалликни шу микробларнинг комбинацияси вужудга келтирилади.

Газли гангренининг ривожланишида шикастланган ва некротик юмшоқ туқималарнинг борлиги ҳамда қон айланишининг бузилиши катта аҳамиятга эга. Кассалик купинча мускулларга куп шикаст етган, каттик ифлосланган ва йиртилган лат еган, қур жарроҳатларда пайдо бўлади. Инкубацион даври 7 кунгача давом этади. Инкубацион давр нечоғли қисқа бўлса, одатда касаллик шу қадар оғир ўтади. Анаэроб инфекция специфик яллиғланиш реакцияси рўй бермасдан ўтади ва туқималарнинг ириши, шиш пайдо бўлиши ва туқималарда микроблар ажратадиган токсинлар таъсирида газ хосил бўлиши билан таърифланади. Патологоанатомик ўзгаришлар ва клиник кечиши бўйича Газли

гангренининг куйидаги формалари фарк килинади: шиш формаси, эмфозематоз формаси, флегмоноз формаси тукумаларининг киритадиган форма.

Умумий клиник манзараси марказий нерв системасининг кузгалиши ёки тормозланиши билан таърифланади. Бемор одатда хушини йукотмайди, ухламайди, температураси 39-40⁰С гача кутарилади, томири минутага 120-160 мартагача уради. Юрак фаолияти сусайиб кетади. Артериал босими 80-90 см симоб устунигача пасаяди. Нафас купинча юза булади. Лейкоцитоз, эритроцитлар чукиш тезлигининг ошиши курилади. Эритроцитлар сони ва гемоглабин камаяди.

Жароҳатда жуда жуда кучли оғрик пайдо булади, юмшок тукумалар шишиб кетади, тери аввалига рангсизланади, кейин кунгир, кип-кизил ва Кук доғлар билан копланadi. Тукумаларни пайпаслаганда кулда совун уннайди. Тукумани бармок билан босганда жароҳатдан газ пуфакчалари ажралиб чиқади. Мускуллар кайнатишдан гуштда ухшайди, сунгра кукиш тусга кириб, корамтир булиб қолади. Клетчатка кунгуркул ранга булади.

Трофиликаси. Кон таъминоти яхши булган тукумаларда анаэроб инфекция камдан-кам ривожланади, шунинг учун боғламлар куйишда кон айланишини бузмаслик зарур, яхши иммобилизация килиш керак. Жароҳатни уз вақтида ва тугри хирургик тозалаш энг яхши профилактик чора ҳисобланади.

Катта мажакланган ва ифлосланган жароҳатларда гангренага қарши зардобларни профилактик дозаларда киритиш зарур, Гангренага қарши зардобнинг профилактик дозаси 30000 АЕ ни ташкил қилади. (анти перфрингенс, антиодемагенс ва антисептик зардоблардан 10000 АЕ дан). Дастлаб 1:100 нисбатда сугортирилган зардобга сезучанликни аниқлаш учун тери ичи синовии куйилади.

Давоси. Ривожланиб бораётган Газли гангренада юмшок тукумаларни ичкарасига узунасига суякка қадар кесилади. Водород пероксидли боғламлар куйилади. Жароҳат юзаси операция қилинади. Венага томчилаб гангренага бориши зардоб куйилади (150000-300000 АБ дан бир неча кунгача).

Даво мақсадида зардобни венага жуда секин илик изотоник эритма билан томчилаб куйилади. (100-400 мл изотоник эритмага 100 мл зардоб). Дастлаб 1 мл куйилади; реакция бермаса, 5 минут утгач дозанинг ҳаммасини минутага 1 мл (25 томчи) ҳисобидан куйилади.

Беморга 3 мл гача суюқлик киритилади, кон куйилади, юракни қувватловчи дорилар, антибиотиклар берилади, Газли инфекция билан касаллаган беморлар доимий кузатувга ва диққат билан парвариш қилишга муҳтож буладилар. Касалхона ичида инфекция юкишининг олдини олиш мақсадида беморларни бошқалардан ажратиб, алоҳида палаталарга ётқизилади, ишлатилган боғлов материаллари ёкилади, инструментлар стерилизация қилинади

ЧИРИТУВЧИ ИНФЕКЦИЯ. Чиритувчи инфекцияга некроз ва тукумалар емирилишининг тез ривожланиши ҳосил ва анаэроб микроблар купинча стафилококк ва стрептококклар билан қушилиб инфекция чиқарилади. Бунда жароҳатда ихороз экссудат, буд буй хидли йиринг – конли суюқликнинг падо булиши билан характерланади. Тукумаларнинг парчаланиши ноҳуш хидли газ ажралиши билан юзага келади. Чиритувчи инфекция жараёни дастлаб тери ости клетчаткасига тарқалади, кейин мушак орасидаги бушликга утиб, мушак, мушак пардаси ва пай некрозига сабаб булади. Суяк емирилишига остиомеялит ривожланади. Клиникаси. Бунда умумий интоксикациянинг ривожланиши тана ҳароратининг юқори булиши, бадан увишиши, кон босимининг пасайиб кетиши, юрак уриши тезлашувига ҳосил. Жароҳат специфик кулранг тусда булади, мускул тукумаси кайнатиб пиширилган гушни эслатади. Уткир ихорозда хидли корамтир геморагик суюқлик ва газлар аралашмаси ажралади. Жароҳат атрофида кенг инфельтрация кузатилади. Газларнинг борлиги тукумалар крипитациясини белгилайди.

Дифференциал диагноз. Чирик инфекцияни баъзан анаэроб ёки газ инфекциясидан, умумий хирургик инфекциядан, септик метастазли, умумий хирургик инфекциядан, коварга билан қорин орасидаги вена септик тромбофлебитдан фарк қилиши қийин. Чирик инфекцияда газ пуфакчаларида факат жароҳатнинг купикли суюқлиги булади ва у

бириктирувчи тукима клетчаткасига тутшиб туради, Газли гангренада эса аксари мукулларда пайдо булади.

Давоси. Чирик инфекцияда парчаланган тукималарни зудлик билан жаррохлик йули билан олиб ташлаш зарур. Тукималар кенг очилади, йиринг чикарил юборилади, антисептиклар билан ювилади. Жарохатга поликлорвинилли дренажлар, антисептик эритмаларга шимдирилган (вдород тероксид ва калий перманганат эритмаси) тампонлар куйилади. Касаллик кечиктириб юборилган холларда жарохатланган кул ёки оёк кесиб ташланади. Антибиотиклар, сулфаниламид препаратлар, протеоситик ферментлар ва специфик плазма кулланилади. Умумий даволаш туйимли овкатлар витаминлар тайинлаш, кон ва унинг урнини босувчиларни куйишдан иборат. Гиперборик оксигенациянинг куллаш фойдали.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков, Ю. В. Стручков. Общая хирургия М. Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М. Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М. Ташкент 1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. 1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eurgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л. Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М. Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М. Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurdery-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php, shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Жаррохликда сурункали махсус инфекция. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили: эпиопатогенези, таснифи, клиникаси, кечиши, маҳаллий ва умумий аломатлари. Преартрит, артрит фазалари, кечишининг хусусиятлари, ташхиси. Асоратлари. Даволашнинг консерватив ва оператив усуллари. Суяк бугим силининг айрим турлари: спондилит, коксит, гонит ва бошқалар.

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг режаси	1. Жаррохликда сурункали махсус инфекция тушунчаси; 2. Касаллик келиб чиқиши сабаблари; 3. Сурункали махсус инфекцияларнинг клиник манзараси; 4. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили клиник манзараси; 5. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили асоратлари олдини олиш; 6. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили даволаш принциплари;
Ўқув машгулотининг мақсади: Жаррохликда сурункали махсус инфекция. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили: эпиопатогенези, таснифи, клиникаси, кечиши, маҳаллий ва умумий аломатлари. Преартрит, артрит фазалари, кечишининг хусусиятлари, ташхиси. Асоратлари. Даволашнинг консерватив ва оператив усуллари. Суяк бугим силининг айрим турлари: спондилит, коксит, гонит ва бошқалар.	
Педагогик вазифалар: -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили ҳақида тушунчалар, келиб чиқиши билан таништириш ва касаллик жараёнини пафиллактикаси ва даволаш принциплари; -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили турлари билан таништириш; -Суяк-бугим сили клиник куринишлари; -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили этиопатогенизи билан таништириш; -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили изохлаш ва тасаввурга эга бўлиш;	Ўқув фаолиятининг натижалари:Талаба: -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили тушунчасини изоҳлайди; - Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили ривожланиш шароитларини айтиб беради; -Суяк- бугим ва лимфа тугунларининг сили этиологиясига тавсиф беради; -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили турларини санайди; -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили,тушунчаси билан таништиради,мисолар келтиради; -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили, олдини олиш ва даволаш принципларини санайди ва изоҳлайди; -Сурункали махсус инфекцияларнинг патолого-анатомик манзарасини тавсифлайди.
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

Боскичлар, вақти	Фаолиятмазмун: Жаррохликда сурункали махсус инфекция. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили: эпитопатогенези, таснифи, клиникаси, кечиши, махаллий ва умумий аломатлари. Преартрит, артрит фазалари, кечилишининг хусусиятлари, ташхиси. Асоратлари. Даволашнинг консерватив ва оператив усуллари. Суяк бугим силининг айрим турлари: спондилит, коксит, гонит ва бошқалар..	
	Ўқитувчи	Талаба
1-боскич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавобўтказди. -Сурункали махсус инфекция тушунчасини биласизми? -Сурункали махсус инфекциялар олдини олишнинг узиғи хослиғи? -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили таснифини биласизми? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади Сурункали махсус инфекция; кузгатувчилари, патанатомияси, клиникаси, дастлабки белгилари, асоратлари, олдини олиш, даволаш асослари тушунирилади. 2.3. Суяк-бугим сили касаллиғи тушунчаси, эпитопатогенези тугрисида тўхталиб ўтилади. -Суяк-бугим силисабаблари; -Суяк-бугим силиклиник манзараси; -касалликларни классификациялашда нимага асосланган; -симптом ва синдромлар аниқлашда нимага аҳамият берилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир -бирини такрорламайатамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллармазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтирилади.
3-боскич. Якуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқин ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Сурункали махсус инфекция” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ ҚИСМ. Хирургик туберкулёз группасига туберкулёз микобактериалари кузгатган ва хирургик даволаш методларини талаб этадиган, турли соҳаларда жойлашадиган қатор касалликлар қиради.

Туберкулёз микобактериалари организмга куйидаги йклар билан тушади: кафас йуллари – чанг ва туберкулёз микобактериялари булган хаво билан нафас олганда; хазм йуллари оркали, тер ива шиллик пардалар оркали улар шикастланганда. Туберкулёз бактериялар таъсири остида у жойлашган зонада бирламчи туберкулёз учоги хосил булади. Учок ичида сузмасимон некроз кайд килинади. Сузмасимон массанинг ириб суюкланиши йиринг хосил булишига олиб келади. Хирургик туберкулёзга: Суяк - бугимлари туберкулёзи, лимфа тугунлари, сероз пардалар, меъда, ичаклар, буйрак, ковуқ, мойкалар, упка туберкулёзининг айрим формалари киради.

Суяк бугимлар туберкулёзи хамиша иккиламчи булади, бирламчи учог эса упкада ёки коринда бушлигида жойлашади. Суяклар ва бугимларнинг туберкулёз билан зарарланиши аксари болаларда учрайди, катталарда ҳам учрайди.

Купинча умуртка погонаси зарарланади – туберкулёз спондилити, чанок-сон бугими- туберкулёз тизза бугими – туберкулёз учрайди.

Суяк формасида кассалик суякнинг говак маддасида бошланади (эпифизар – метафизар зона): туберкулёз учоги хосил булади, сунгра суяк маддасининг ириб, майда секвестрлар ва суяк бушликлари хосил булиши курилади. Тупланган йиринг суяк бушлигидан чиқади ва тукумалараро бушликлар буйлаб таркалади. Процесс бугимга утиши мумкин. Бугим туберкулёзида синовлвр парда шишади, гиперемияланиб қолади, ворсинкалари буқади, бушлигида йирингга айланадиган сероз – фибриноз суюклик булади. Бу йиринг ташкарига ёрилади ва окма хосил булади.

Бугимлар зарарланганда куйидаги формалари фарк килинади:

а) синовлвр эксудатив формаси; б) Фунгоз форма; в) суяк формаси туберкулёз спондилитида зарарланиш учоги хамиша умуртка танаси олдинги кисмининг говак маддаси бошланади, бу говак мадда, сунгра магиз мадданинг тизза суюкланишига олиб келади. Хосил булган йиригклик сизиб утган абсцесслар келиб чикишига йул очади. Емирилган умуртканинг «шакли узгаради», бу умуртка погонасининг букри куринишида кийшайиб қолишга олиб келади.

Клиникаси. Бугимларнинг сил билан зарарланиши усун касалликнинг хилдан бошланиши, аста-секин ривожланиши авж олган даврда куйидаги характерли симптомлар пайдо булади: а) огрик доимий булиши ёки жисмоний харакатда пайдо булиши мумкин: купинча огрик бошка сохага таркалиши характерига эга булади; б) бугим функциясининг бузилиши огрикни камайтириш максатида касал бугимга нагрукани атайин камайтириш окибати хисобланади; в) мушакларнинг атрофига учраши нейротрофик узгаришларга ва кисман оёк-кулнинг харакатсиз булишига боглик. г) тери бурмаси ват ери ости-ёги катламининг калинлашуви (Александров симптоми), буни тери ости-ёги катлами булган терини касал ва соглом-оёк-кулнинг участкаларида буртма куринишида йигиш йули билан аникланади касал томонда буртма калинрок булади; д) бугим шиши бугимга аввалига сероз, сунгра эса йирингли суюклик шимилишига боглик;

е) пролифератив формасида фиброз тукума йигилиши хисобига «ок усма» хосил булади; ж) йиринг ташкарига ёрилганда юмшок, окимтир грануляциялар билан копланган окмалар, аксари куп сонли окмалар хосил булади; з) совук йирингликлар юмшок тукумаларининг актив реакцияси натижаси хисобланад, таркалганда улар «йирингли совук окмалар» хосил килади; и) Деформация кийшайиши, калта тортиш, патологик синиш ва чикишлар туберкулёзнинг огир формаларида учрайдиган кенг вужудга келадиган симптомлар хисобланади.

Туберкулёз спондилитида клиник манзара асосан бугим формалари билан мос келади. Зарарланган умуртка погонасида мушакларнинг таранглашуви «жилов симптоми», букрилик куринишдаги деформация ва баъзан орка миянинг зарарланиши ажралиб турадиган белгилардан хисобланади.

Классикнинг чегараланган ва ймнгил формаларда беморнинг умумий ахволи кам узгаради. Клиник манзара иккиламчи инфекция кушилганда кескин ёмонлашади. СОЭ нинг ошиши кузатилади, кечиккан боскичларида рентгенологик текширувда суяк диструкцияси кузатилади.

Давоси. Умумий тадбирлардан яхши ва туйимли овкатлар бериши, ультрабинафша нурлар билан нурлантириш, дозасига амал килинган хаво ва куёш ванналари кулланилади.

Бемор дори препаратларидан стрептолицин, ПАСК, фтивазид, рифозин ва бошқаларни қабул қилади. Гавданинг микатланган қисми иммобилизация қилинади: туберкулёз спондилитида гипсли кравотга, чонок-сон бугими зарарланганда гипсли коксет боглам, тизза бугимига гонит боглам ишлатилади, йирингли камчаклар булганда пункция қилинади, йирингли суюқлик тортиб олинадиган ва бушликка глицериндаги 10 % ли йодофорли эмульсияси стрептолицин ва пенциллин эритмалари юборилади. Туберкулёз спондилитида зарарланган умуртканинг некротик туқималари чиқарилиб, уни суяк трансплантанти билан фиксация қилинади. Бугим туберкулёзида зарарланган синовлар пардани суяк деструкцияси учоғи билан бирга олинадиган, сунгра оёқнинг функционал қулай вазиятда анкилоз вужудга келтирилади.

Хирургик туберкулёз группасига туберкулёз микобактериалари кузгатган ва хирургик даволаш методларини талаб этадиган, турли соҳаларда жойлашадиган қатор касалликлар қиради.

Туберкулёз микобактериалари организмга қуйидаги йклар билан тушади: қафас йуллари – қанг ва туберкулёз микобактериялари булган хаво билан нафас олганда; ҳазм йуллари орқали, тер ива шиллик пардалар орқали улар шикастланганда. Туберкулёз бактериялар таъсири остида у жойлашган зонада бирламчи туберкулёз учоғи ҳосил бўлади. Учок ичида сузмасимон некроз қайд қилинади. Сузмасимон массанинг ириб суюқланиши йиринг ҳосил бўлишига олиб келади. Хирургик туберкулёзга: Суяк - бугимлари туберкулёзи, лимфа тугунлари, сероз пардалар, меъда, ичаклар, буйрак, қовуқ, мойлар, упка туберкулёзининг айрим формалари қиради.

Суяк бугимлар туберкулёзи ҳамиша иккиламчи бўлади, бирламчи учоғ эса упкада ёки қоринда бушлиғида жойлашади. Суяклар ва бугимларнинг туберкулёз билан зарарланиши аксари болаларда учрайди, қатталарда ҳам учрайди.

Қупинча умуртка поғонаси зарарланади – туберкулёз спондилити, қанок-сон бугими- туберкулёз тизза бугими – туберкулёз учрайди.

Суяк формасида қасалик суякнинг говак маддасида бошланади (эпифизар – метафизар зона): туберкулёз учоғи ҳосил бўлади, сунгра суяк маддасининг ириб, майда секвестрлар ва суяк бушликлари ҳосил бўлиши қурилади. Тупланган йиринг суяк бушлиғидан чиқади ва туқималараро бушликлар бўйлаб тарқалади. Процесс бугимга утиши мумкин. Бугим туберкулёзида синовлар парда шишади, гиперемияланиб қолади, ворсинкалари бўқади, бушлиғида йирингга айланадиган сероз – фибриноз суюқлик бўлади. Бу йиринг ташқарига ёрилади ва оқма ҳосил бўлади.

Бугимлар зарарланганда қуйидаги формалари фарқ қилинади:

а) синовлар эксудатив формаси; б) Фунгоз форма; в) суяк формаси туберкулёз спондилитида зарарланиш учоғи ҳамиша умуртка танаси олдинги қисмининг говак маддаси бошланади, бу говак мадда, сунгра мағиз мадданинг тизза суюқланишига олиб келади. Ҳосил булган йиринглик сизиб утган абсцесслар келиб чиқишига йул очади. Емирилган умуртканинг «шакли узғаради», бу умуртка поғонасининг букри қурилишида қийшайиб қолишга олиб келади.

Клиникаси. Бугимларнинг сил билан зарарланиши усун қасалликнинг қилдан бошланиши, аста-секин ривожланиши авж олган даврда қуйидаги характерли симптомлар пайдо бўлади: а) оғрик доимий бўлиши ёки жисмоний ҳаракатда пайдо бўлиши мумкин: қупинча оғрик бошқа соҳага тарқалиши характерига эга бўлади; б) бугим функциясининг бузилиши оғрикни қамайтириш мақсадида қасал бугимга нағрузкани атайин қамайтириш оқибати ҳисобланади; в) мушакларнинг атрофига учраши нейротрофик узғаришларга ва қисман оёқ-қулнинг ҳаракатсиз бўлишига боғлиқ. г) тери бурмаси ват ери ости-ёғи қатламнинг қалинлашуви (Александров симптоми), буни тери ости-ёғи қатлами булган терини қасал ва соғлом-оёқ-қулнинг участкаларида буртма қурилишида йиғиш йули билан аниқланади қасал томонда буртма қалинроқ бўлади; д) бугим шиши бугимга аввалига сероз, сунгра эса йирингли суюқлик шимилишига боғлиқ;

е) пролифератив формасида фиброз тукима йигилиши хисобига «ок усма» хосил булади; ж) йиринг ташкарига ёрилганда юмшок, окимтир грануляциялар билан копланган окмалар, аксари куп сонли окмалар хосил булади; з) совук йирингликлар юмшок тукималарининг актив реакцияси натижаси хисобланад, таркалганда улар «йирингли совук окмалар» хосил килади; и) Деформация кийшайиши, калта тортиш, патологик синиш ва чикишлар туберкулёзнинг огир формаларида учрайдиган кенг вужудга келадиган симптомлар хисобланади.

Туберкулёз спондилитида клиник манзара асосан бугим формалари билан мос келади. Зарарланган умуртка погонасида мушакларнинг таранглашуви «жилов симптоми», букрилик куринишдаги деформация ва баъзан орка миянинг зарарланиши ажралиб турадиган белгилардан хисобланади.

Классикнинг чегараланган ва ймнгил формаларда беморнинг умумий ахволи кам узгаради. Клиник манзара иккиламчи инфекция кушилганда кескин ёмонлашади. СОЭ нинг ошиши кузатилади, кечиккан боскичларида рентгенологик текширувда суяк деструкцияси кузатилади.

Давоси. Умумий тадбирлардан яхши ва туйимли овкатлар бериши, ультрабинафша нурлар билан нурлантириш, дозасига амал килинган хаво ва куёш ванналари кулланилади.

Бемор дори препаратларидан стрептолицин, ПАСК, фтивазид, рифозин ва бошқаларни кабул килади. Гавданинг микаетланган кисми иммобилизация килинади: туберкулёз спондилитида гипсли кравотга, чонок-сон бугими зарарланганда гипсли коксет боглам, тизза бугимида гонит боглам ишлатилади, йирингли камчаклар булганда пункция килинади, йирингли суюклик тортиб олинади ва бушликка глицериндаги 10 % ли йодофорли эмульсияси стрептолицин ва пенциллин эритмалари юборилади. Туберкулёз спондилитида зарарланган умуртканинг некротик тукималари чиқарилиб, уни суяк трансплантанти билан фиксация килинади. Бугим туберкулёзида зарарланган синовлар пардани суяк деструкцияси учоги билан бирга олинади, сунгра оёкнинг функционал кулай вазиятда анкилоз вужудга келтирилади.

Газли гангренининг кузгатувчилари *Cl. perfringes*, *Cl. oedematiens*, *Vibrio septicum* ва *Cl. histolyticus*. Куп холларда касалликни шу микробларнинг комбинацияси вужудга келтирилади.

Газли гангренининг ривожланишида шикастланган ва некротик юмшок тукималарнинг борлиги ҳамда кон айланишининг бузилиши катта аҳамиятга эга. Кассалик купинча мускулларга куп шикаст етган, каттик ифлосланган ва йиртилган лат еган, кур жаррохатларда пайдо булади. Инкубацион даври 7 кунгача давом этади. Инкубацион давр нечоғли киска булса, одатда касаллик шу кадар огир утади. Анаэроб инфекция специфик яллиғланиш реакцияси руй бермасдан утади ва тукималарнинг ириши, шиш пайдо булиши ва тукималарда микроблар ажратадиган токсинлар таъсирида газ хосил булиши билан таърифланади. Патологоанатомик узгаришлар ва клиник кечиши буйича Газли гангренининг куйидаги формалари фарк килинади: шиш формаси, эмфозематоз формаси, флегмоноз формаси тукималарининг киритадиган форма.

Умумий клиник манзараси марказий нерв системасининг кузгалиши ёки тормозланиши билан таърифланади. Бемор одатда хушини йукотмайди, ухламайди, температураси 39-40⁰С гача кутарилади, томири минутига 120-160 мартагача уради. Юрак фаолияти сусайиб кетади. Артериал босими 80-90 см симоб устунигача пасаяди. Нафас купинча юза булади. Лейкоцитоз, эритроцитлар чукиш тезлигининг ошиши курилади. Эритроцитлар сони ва гемоглабин камаяди.

Жароҳатда жуда жуда кучли огрик пайдо булади, юмшок тукималар шишиб кетади, тери аввалига рангсизланади, кейин кунгир, кип-кизил ва Кук доғлар билан копланди. Тукималарни пайпаслаганда кулда совун уннайди. Тукимани бармок билан босганда жароҳатдан газ пуфакчалари ажралиб чиқади. Мускуллар кайнатилган гуштда ухшайди, сунгра кукиш тусга кириб, корамтир булиб қолади. Клетчатка кунгуркул ранга булади.

профилактикаси. Кон таъминоти яхши булган тукималарда анаэроб инфекция камдан-кам ривожланади, шунинг учун боғламлар куйишда кон айланишини бузмаслик

зарур, яхши иммобилизация килиш керак. Жароҳатни уз вақтида ва тугри хирургик тозалаш энг яхши профилактик чора ҳисобланади.

Катта мажакланган ва ифлосланган жароҳатларда гангренага қарши зардобларни профилактик дозаларда киритиш зарур, Гангренага қарши зардобнинг профилактик дозаси 30000 АЕ ни ташкил қилади. (анти перфрингенс, антиодемагенс ва антисептик зардоблардан 10000 АЕ дан). Дастлаб 1:100 нисбатда сугортирилган зардобга сезучанликни аниқлаш учун тери ичи синовии қуйилади.

Давоси. Ривожланиб бораётган Газли гангренада юмшоқ туқималарни ичкарасигача узунасига суякка қадар кесилади. Водород пероксидли боғламлар қуйилади. Жароҳат юзаси операция қилинади. Венага томчилаб гангренага бориши зардоб қуйилади (150000-300000 АБ дан бир неча қунгача).

Даво мақсадида зардобни венага жуда секин илик изотоник эритма билан томчилаб қуйилади. (100-400 мл изотоник эритмага 100 мл зардоб). Дастлаб 1 мл қуйилади; реакция бермаса, 5 минут утгач дозанинг ҳаммасини минутига 1 мл (25 томчи) ҳисобидан қуйилади.

Беморга 3 мл гача суюқлик киритилади, қон қуйилади, юракни қувватловчи дорилар, антибиотиклар берилади, Газли инфекция билан касаллаган беморлар доимий кузатувга ва диққат билан парвариш қилишга муҳтож бўладилар. Қасалхона ичида инфекция юқишининг олдини олиш мақсадида беморларни бошқалардан ажратиб, алоҳида палаталарга ётқизилади, ишлатилган боғлов материаллари ёкилади, инструментлар стерилизация қилинади.

ЧИРИТУВЧИ ИНФЕКЦИЯ

Чиритувчи инфекцияга некроз ва туқималар емирилишининг тез ривожланиши ҳосил ва анаэроб микроблар қупинча стафилококк ва стрептококклар билан қушилиб инфекция чиқарилади. Бунда жароҳатда ихороз экссудат, бўд бўй хидли йиринг – қонли суюқликнинг падо бўлиши билан характерланади.

Туқималарнинг парчаланиши ноҳуш хидли газ ажралиши билан юзага келади. Чиритувчи инфекция жараёни дастлаб тери ости клетчаткасига тарқалади, кейин мушак орасидаги бушлиқга утиб, мушак, мушак пардаси ва пай некрозига сабаб бўлади. Суяк емирилишига остиомеялит ривожланади.

Клиникаси. Бунда умумий интоксикациянинг ривожланиши тана ҳароратининг юқори бўлиши, бадан увишиши, қон босимининг пасайиб кетиши, юрак уриши тезлашувига ҳосил. Жароҳат специфик қуланг тусда бўлади, мускул туқимаси қайнатиб пиширилган гушни эслатади. Уткир ихорозда хидли қорамтир геморрагик суюқлик ва газлар аралашмаси ажралади. Жароҳат атрофида қенг инфельтрация қузатилади. Газларнинг борлиги қуқималар крипитациясини белгилайди.

Айни вақтда лимфангит ва лимфаденит қузатилади.

Дифференциал диагноз. Чирик инфекцияни баъзан анаэроб ёки газ инфекциясидан, умумий хирургик инфекциядан, септик метастазли, умумий хирургик инфекциядан, қовурга билан қорин орасидаги вена септик тромбофлебитдан фарқ қилиши қийин. Чирик инфекцияда газ пуфакчаларида факат жароҳатнинг қупикли суюқлиги бўлади ва у бириктирувчи туқима клетчаткасига туташиб туради, Газли гангренада эса аксари мускулларда пайдо бўлади.

Давоси. Чирик инфекцияда парчаланган туқималарни зудлик билан жаррохлик йули билан олиб ташлаш зарур. Туқималар қенг очилади, йиринг чиқарил юборилади, антисептиклар билан ювилади. Жароҳатга поликлорвинилли дренажлар, антисептик эритмаларга шимдирилган (водород пероксид ва калий перманганат эритмаси) тампонлар қуйилади. Қасаллик кечиктириб юборилган ҳолларда жароҳатланган қул ёки оёқ кесиб ташланади. Антибиотиклар, сульфаниламид препаратлар, протеолитик ферментлар ва специфик плазма қулланилади. Умумий даволаш туйимли овқатлар витаминлар тайинлаш, қон ва унинг урнини босувчиларни қуйишдан иборат. Гиперборик оксигенациянинг қуллаш фойдали.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков.Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.Ташкент1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умудий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eurgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л.Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л.Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М.Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М.Медицина. 1963
7. Под редакцией проф.Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М.Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М.Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизация применяемые в медицине. М.Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др.Антисептика в хирургии М.Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurdery-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php,

МАЪРУЗАДАТАЎЛИМТЕХНОЛОГИЯСИ

Жонсизланиш.Тукималарни улиши, усмалар. Некроз, гангрена, окмаяралар, трофикяралар, ётоқяралар: сабабларив ривожланиш шароитлари, клиник манзараси, олдини олиш, даволашни умумий асослари

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг режаси	Жонсизланиш хақида тушунча; Тукималар улишининг сабаблари; Некроз, гангрена ларнинг клиник манзараси; Окма, трофик, ёток яраларнинг клиник манзараси; Тукималар улишини олдини олиш; Жонсизланишда даволаш принциплари;
Ўқув машгулотининг максоди:	Жонсизланиш. Тукималарни улиши, усмалар. Некроз, гангрена, окма яралар, трофик яралар, ёток яралар: сабаблари ва ривожланиш шароитлари, клиник манзараси, олдини олиш, даволашни умумий асослари.
Педагогик вазифалар: - Жонсизланиш. Тукималарни улиши хақида тушунчалар, келиб чиқиши билан таништириш ва касалик жараёнини профилактикаси ва даволаш принциплари; - Жонсизланиш турлари билан таништириш; - Жонсизланишнинг клиник курилишлари; - Жонсизланишнинг этиопатогенизи билан таништириш; - Жонсизланишни изохлаш ва тасаввурга эга бўлиш;	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Жонсизланиш тушунчасини изохлайди; - Тукималарни улиши ривожланиш шароитларини айтиб беради; - Некрозни этиологиасига тавсиф беради; - Жонсизланиш турларини санайди; - Жонсизланиш. Тукималарнинг улиши, тушунчаси билан таништиради, мисолар келтиради; - Жонсизланиш. Тукималарни улишини олдини олиш ва даволаш принципларини санайди ва изохлайди; - Жонсизланиш. Тукималарни улишининг патолого-анатомик манзарасини тавсифлайди.
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 Жонсизланиш. Тукималарни улиши, усмалар. Некроз, гангрена, окма яралар, трофик яралар, ёток яралар: сабаблари ва ривожланиш шароитлари, клиник манзараси, олдини олиш, даволашни умумий асослари.
	Ўқитувчи Талаба

1-боскич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг максоди, ўқув маишулотидан қутилайётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавобўтказади. -Жонсизлаништушунчасини биласизми? -Жонсизланиш.Тукималарни улишини олдини олишнинг узига хослиги? -Тукималарни улишини таснифини биласизми? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади Жонсизланиш.Тукималарни улиши,усмалар.Некроз,гангрена,окма яралар,трофик яралар,ёток яралар:сабаблари ва ривожланиш шароитлари,клиник манзараси,олдини олиш,даволашни умумий асослари.тушунтирилади. 2.3. Тукималарни улиши тушунчаси, этиопатогенези тугрисида тўхталиб ўтилади. - Тукималарни улиши сабаблари; -Тукималар улиши клиник манзараси; -касалликларни классификациялашда нималарга асосланган; -симптом ва синдромлар аниқлашда нимага аҳамият берилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор	2.1. Эшитади. Навбат билан бир-бирини такрорламайатама ларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллармазмун ини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга
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: “Жонсизланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ. Тукималар ёки органларнинг маҳаллий нобуд бўлишини шу термин билан ифодалаш расм бўлган. Некроз асосида катор ташки ва ички омиллар таъсирида тукималарда кон таъминоти ва озикланишнинг чуқур бузилишлари ётади. Некрозга сабаб буладиган ташки омилларга: 1) тукималар (мускуллар, нервлар, томирлар) ни анчагина шикастлантирадиган уткир травма; 2) тукималарни жугут ёки гипсли боғламостидан узокт вақт босилиб ётиши; 3) ичакларнинг чурра дарвозасида қисилиши; 4) термик ва химиявий омилларнинг таъсири (совук олиши, қуйиш) қиради. Ички омиллар қуйидагилардир: 1) кон томирининг эмбол, тромб билан ёки томирлар бушлигининг облитерацияловчи эндартериит ёки атеросклерозда торайишдан беркилиши; 2) миробларнинг ҳаёт фаолиятидан ҳосил буладиган захарли маҳсулотлар – токсинлар таъсири (Газли гангренада токсин таъсирида келиб чиқадиган некрозлар; 3) периферик ва марказий нерв системасининг касаллиги ёки шикастланиши сабабли тукималар иннервациясининг бузилиши.

Некроз турлари. Гангрена кул ёки оёқдаги йирик кон томирлар утқазувчанлигининг бузилиши оқибатида юз беради. Гангренининг курук ва хул турлари фарқ қилинади.

Курук гангрена некротик тукималарнинг аста-секин зичлашуви ва қуриши (мумификация) билан таърифланади. Гангренининг бу тури асептик шароитларда артериал кон таъминоти аста-секин тухтаганда ривожланади. Соғлом тукималар билан некрозга учраган тукималар чегарасида грануляцион тукимадан иборат демаркацион чизик ҳосил бўлади. Тукиманинг некрозланган қисми уз-узидан қучиши мумкин.

Хул гангрена веноз кон айланиши бузилганда ва йирингли ёки ириган инфекция кушилганда артериал томир бушлиги тез бекилиб колганда (эмболия) кузатилади. Клиник жихатдан у тукимларнинг шишганлиги билан таърифланади, терида гунгурт-кизил ёки кул ранг доғлар ва бадбуй суюклик билан тулган пуфаклар пайдо булади. Касаллик руй-рост интоксикация билан кечади. Уз вақтида даво килинмаса, беморлар нобуд буладилар.

Инфаркт деб, охириги артериал томирлар бушлиги бекилиши (спазм, тромбоз, эмболия) натижасида орган бир кисмининг некрозга учрашига айтилади. Инфаркт купинча юрак мускулида, улкада, буйракларда кузатилади. Инфарктнинг клиникаси зарарланган орган фаолиятининг бузилиши билан характерланади.

Ётоқ яралар – гавданинг уз массаси босиши сабабли тери ёки шиллик парда ват ери ости тукималарининг некрозга учрашидир. Ётоқ яралар турли хил касалликлар бидан огриб, огир ётган беморлардан ёки орка мияси шикастланган беморларнинг одатда оркасида, думгазасида ва дум сохасида, оёк панжаларида пайдо булади. Босилиш зонасида аввалги тери кизаради, сезувчанлик бузилади, кейинрок тери тирналади, куришиб кучади ва бу жойга инфекция тушиб, ичкаридаги тукималарни иритади.

Некрознинг турли формаларини даволаш асосида уни келтириб чикарган сабабни бартараф килиш ётади. Кон томир шикастланганда уни тикилади. Томир тромб ёки эмболдан бекилиб колганда уларни олиб ташланади.

Некрозда хул гангрена ривожланишининг олдини олиш зарур. Шу максадда некроз участкасида тукимларни куриштишни кузда тутадиган очик метод билан даво килинади.

Хул гангрена айлантиришга харакат килиш зарур. Бунинг учун спиртли боғламларкуйилади, нобуд булган тукималарга йод эритмаси суртилади. Демаркацион чизик пайдо булган некроктомия килинади (жонсизланган зона олиб ташланади).

ЯРАЛАР

Яра деб, тери ёки шиллик парданинг баъзан ичкарида жойлашган тукималарга утадиган, битишига мойиллиги кам нуксонига айтилади. Яранинг хроник кечиши унинг характерли хусусияти хисобланади.

Яаларнинг хосил булиши сабаблари турли-туман, бироқ уларнинг асосида тукималарозикланишининг бузилишиётади, бу-дистрофик процессга ва некрозга олиб келади. Яралар купрок оёк веналарининг варикоз кенгайиши, облитерацияловчи эндартериит ва ателосклероз заминиди пайдо булади. Баъзан трофик яралар нерв стволлар шикастланганда (масалан, куймич нерви шикастланганда товон ёки оёк кафти сохасида) хосил булади. Захм ва туберкулёз яралар учрайди.

Давоси. Ярани хосил килган сабабни аниклаш зарур. Унинг сабабини бартараф этиш одатда яранинг тузилишига олиб келади. Веналар варикоз кенгайганда уларни олиб ташланадиёки боғлаб куйилади. Ярани кесилади ва хосил булган тери нуксонини тери трасплантанти билан беркитилади. Беморни операцияга тайёрлашда оёкларини % ли калий перманганат эритмаси куйилган ваннага солиш тавсия этилади. Рух желатинали боғламлар (25 г дан Рух оксид билан желатина, г глицерин, мл сув) кулланилади. Боғлам камида – 5-7 кунга куйилади.

Нерв столлари шикастланиши натижасида пайдо булган яраларда уларни чандикли тукималардан халос килинади, анатомик жихатидан батамом узилганда тикилади. Кейинчалик яра уз-уздан битиб кетиши мумкин.

Захм тузилишига олиб келади.

Окма яралар

Окма яра (фистула) деганда чуқур жойлашган тукималар , органлар ва бушликлардан гавданинг ташки юзасига (ташки фистула) ёки бошка органга (ички фистула) келадиган йул тушунилади.

Келиб чикишига кура фистулалар эмбрионал даврда ёриклар ва йуларнинг ушиб етилмаслигидан хосил буладиган тугма (буйин, киндик. ковук ва шу кабилар фистулеси) ва йирингли яллигланиш процесслари (флегмона, абсцесс, остеомиелит) ёки турли хил яраланишлар окибатида юз берган орттирилган фистулаларга булинади. Муайян курсатмаларга биноан хирург томонида хосил килинган сунъий фистулалар (масалан,

кизилунгач тутилганда меъда фистуласи, сийдик ажратиш тутилганда ковуқ фистуласи, тугри ичак касаллигида нажас фистуласи ва хоказо) алохида группани ташкил этади.

Фистулалар, айникса ташки фистулалар диагностикаси унчалик кийинчилик тугдирмайди. Бундай холларда фистула каналини зондлаш ва унга контраст модда (йодолипол, сергозин, кардиотраст) юбориш, кейин эса рентгенография (фистулография) килиш буюрилади.

Даво фистула хосил булишига олиб келган сабабини бартараф этишга қаратилган. Тугма ва орттирилган фистулалардан купинча уларни операция йули билан бекитишга ҳаракат қилади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков, Ю. В. Стручков. Общая хирургия М. Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М. Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М. Ташкент 1994
9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М. 1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eurgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии Л. Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбаналиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М. Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизации применяемые в медицине. М. Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА, С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurdery-Lippincott-Ramon Publisher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php, www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php, shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДАТАЪЛИМТЕХНОЛОГИЯСИ

Тромбозваэмболия,облитерацияланганэндартериит,атеросклероз.Варикозкасллигив аунингасоратлари:тромбофлебит,трофикараларасоратинидаволаш.Кандкасллиги,та вондиабетиксиндромумумийтушунчалар,даволашасослари.Хавфливахавфсизусмал архакидатушунча.Хавфлиусмагаолибкелувчикасалликлар

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг режаси	1.Тромбоз ва эмболия тушунчаси; 2.Касаллик келиб чиқиши сабаблари; 3.Тромбоз ва эмболияларнинг клиник манзараси; 4.Облитерацияланган эндартериит,атеросклероз,варикоз касалликларининг клиник манзараси; 5.Тромбоз ва эмболия,облитерацияланган эндартериит,атеросклероз.Варикоз касалликларининг асоратлари олдини олиш; 6.Тромбоз ва эмболия,облитерацияланган эндартериит,атеросклероз.варикоз касалликларини даволаш принциплари;
Ўқув машгулотининг мақсади:	Тромбоз ва эмболия,облитерацияланган эндартериит,атеросклероз.варикоз касаллиги:сабаблари ва ривожланиш шароитлари,клиник манзараси,олдини олиш,даволашни умумий асослари.
Педагогик вазифалар: -Тромбоз ва эмболияоблитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмалар хакида тушунчалар, келиб чиқиши билан таништириш ва касалик жараёнини пафилактикаси ва даволаш принциплари; -Хавфли ва хавфсиз усмалар турларибилан таништириш; -Тромбоз ва эмболияоблитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмаларнинг клиник курунишлари; -Тромбоз ва эмболияоблитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмаларнинг этиопатогенизи билан таништириш;	Ўқув фаолиятининг натижалари:Талаба: -Тромбоз ва эмболияоблитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги тушунчасини изохлайди; - Тромбоз ва эмболияоблитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмалар ривожланиш шароитларини айтиб беради; -Тромбоз ва эмболияэтиологиасига тавсиф беради; -Тромбоз ва эмболия турларини санайди; - Тромбоз ва эмболияоблитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмалар ,тушунчаси билан таништиради,мисолар келтиради; - Тромбоз ва эмболияоблитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмаларни , олдини олиш ва даволаш принципларини санайди ва изохлайди; - Хавфли ва хавфсиз усмаларни патолого-анатомик манзарасини тавсифлайди.
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

39-мавзу	Фаолият мазмуни: Тромбоз ва эмболия, облитерацияланган эдартериит, атеросклероз. Варикозкасллиги ва унинг асоратлари: тромбофлебит, трофик яралар асоратини даволаш. Канд касллиги, тавон диабетик синдроми умумий тушунчалар, даволаш асослари. Хавфли ва хавфсиз усмалар хақида тушунча. Хавфли усмага олиб келувчи касалликлар.	
1-боскич. Кириш (10 мин.)	Ўқитувчи	Талаба
2-боскич. Асосий (55 мин.)	1.1. Мавзу, унинг максоди, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади. 2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билимдаражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказиш. - Тромбоз ва эмболия тушунчасини биласизми? - Тромбоз ва эмболия олдини олишнинг узига хослиги? - Хавфли ва хавфсиз усмалар таснифини биласизми? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади Тромбоз ва эмболия облитерацияланган эндартериит, атеросклероз, варикоз касаллиги. Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмалар ва ривожланиш шароитлари, клиник манзараси, олдини олиш, даволашни умумий асослари. тушунтирилади. 2.3. Туқималарни улиши тушунчаси, этиопатогенези тугрисида тўхталиб ўтилади. - Тромбоз ва эмболия сабаблари; - Тромбоз ва эмболия клиник манзараси; - касалликларни классификациялашда нимага асосланган; - симптом ва синдромлар аниқлашда нимага аҳамият берилади. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	1.1. Эшитилади, ёзиб олади. 2.1. Эшитилади. Навбат билан бир-бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитилади. 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 (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Жонсизланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитилади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ ҚИСМ. Кон окимидаги турли хил эмболлар каттик мадда заррачалари ва газ пуфакчалари туфайли юз берадиган артерияларнинг бекилиб қолиши эмболия деб аталади. Эмболлар купинча эндокардит касалликларида юрак чап булмаси девор тромбларидан, атриовентрикуляр клапанлар ёки юрак нуксони, ёхуд юрак уриши ритмининг бузилиши туфайли пайдо булган юрак коринчасидан келиб чиқади.

Эмболлар тромбланган кон томирларининг аневризм ҳалтачасидан ёки аортанинг атеросклеротик тошмаларидан ҳам ажралиб чиқиши мумкин. Ҳаво пуфакчалари, мой томчилари ёки бошқа заррачалар ҳам кон томирини беркитиши эмбол булиши мумкин. Тикин (эмбол) пайдо булганда томирларнинг ёнбоши тармоқларида колпатерал кон

айланиши бирданига ёмонлашади. томирларнинг уткир ишимеяси пайдо булади. Эмбол тикилган жойдаги артерия девори рефлектор йул билан кискаради. Бу холл периферик кон томирларининг спазми билан давом этади.

Клиник манзараси: Уткир шuemик огриклар пайдо булади улар хатто морфик ва бошка огрик колдирувчи воситаларга хам бир оз хам камаймайди, зарарланган кул ёки оёк окаради, музлайди.

Периферик артерияларда томир уриши сезилмайди венанинг тулик уриши пасаяди. Артерияни пайдо булган жойи устида пулсация кучаяди. Баъзан коллаптоид ёки шок холати кузатилади. Бир неча соатдан сунг эмболдан куйи кисмида оёк ёки кул териси мармар тусга киради.

Анча кейинги боскичда эпидермис катлам-катлам булиб кучади, суюкликка тулган пуфакчалар пайдо булади, гангрена ривожланади.

Давоси. Зарарланган кул ёки оёкдан кон айланишини тиклаш учун шошилинич операция эмболэктомия килиш зарур. Даволашни томир хирургиясининг махсус булимида ёки умумий профилдаги хирургия булимида утказиш мумкин.

Дархол шокка карши тадбирлар курилади. Огрик колдирувчи воситалар (морфин, промедол, анальген) шунингдек спазмамолитик ва томир кенгайтирувчи воситалар юборилади. Бевоста таъсир курсатувчи антикогулянтлар кулланилади гепарин 5000 10000 ТБ дан хар 4-6 соатда венага юборилиб туради. Шунингдек юрак дорилар, кортикостероид, гормонлар тайинланади. Томир кенгайтирувчиларни венага ёки артерияга юборган маъкул.

Агар консерватив даво 1-2 соат мобайнида кор килмаса шох томир эмболиясининг аник манзараси сакланиб колса, у холда шошилинич операцияни утказиш зарур. Эмболэктомия одатда баллон тилидаги махсус катетерлар ёрдамида утказилади, эмболни олиб ташлаш учун махсус метал илмокдан хам фойдаланилади. Антикоагулянтлар билан даволаш хам буюрилади. ГБО жарохатланган томирларнинг компенсатор хусусиятини оширади. Беморда гангрена белгилари росмана куришиб турган холларда эмболэктомия камлик килади. Бунда зарур булган кул ёки оёкни ампутация килиш зарур.

АРТЕРИЯЛАРНИНГ УТКИР ТРОМБОЗИ.

Уткир тромбозда артерияда кон ивиб, тикилиб колиши натижасида у букилиб колади. Кон айланишининг бузилиши, томир деворларининг махаллий узгаришлари тромб хосил булишига имкон беради. Асосий кон томир аста-секин беркилиб боргани сари комплексатор коллатераларнинг ахамияти ошиб боради. Эмболдан фаркли равишда тромб артерияларининг турли кисмларида пайдо булади ва бошлангич даврда асосий томирнинг ёндош тармокларига тускинлик килмайди.

Клиник манзараси. Дастлабки белгилари худи эмболия белгилари кабидир: зарарланган кул ёки оёк бирданига окариб кетади. Уткир ишимек огриклар бошланади. Обструкциянинг дистал жойида томир урмаётганлиги билинади. Даволаш вакти утказиб, юборилганда касалликка некроз ва гангрена куринади.

Давоси: тромбоз бошланган даврда асосан дори-дармонлар билан даво килинади. Бевосита таъсир килувчи антикогулянтлар, фибринолизин, стазмолитиклар кулланилади. Уткир тромбоз юз берганда реополигюкик (400-800 мл дан 6-7 кун давомида) трентал юборилиб коннинг реопогик сифатини тугрилаш зарур. Уткир тромбозда беморни текшириб уни томирларда килинадиган реконструктив операцияга тайёрлаш тавсия килинади. Бир мунча огир холларда ва касалликни уткир даврида тромболтиэктомия, томирни пртезлаш ва айланма шунтлаш амалга оширилади.

ОБЛИТЕРАЦИЯЛОВЧИ ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ОБЛИТЕРАЦИЯЛОВЧИ ЭНДОАРТРИТ.

Облитерацияловчи эндоартрит периферик артериал кон томирларининг зурайиб боровчи касаллиги булиб, кон айланишларини огир бузилишлари, купинча тромбоз натижасида гангрена ривожланиши билан кечади. Касаллик купрок оёк кон томирларини зарарламайди.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик этиологияси хали аниқланмаган, куплаб назариялар мавжуд. Америкалик жаррох Л.Б. Юргер. XX аср бошларида яллигланиш назариясини кутариб чиқди. Бу назарияга кура периферик артериялар тромбоз ива тромбонгитларининг пайдо булиши инфекциялар билан коннинг кимёвий таркибининг узгаришлари ва ва моддалар алмашинувининг бузилиши билан болиқ дейилади.

Рус жаррохи академик В.А. Оппель аблитерацияловчи эндоартеритнинг ривожланишида эндокрин потологиянинг ахамиятини айниқса буйрак усти безлари гиперфункциясини курсатади. Академик А.В. Вишневский облитерацияловчи эндоартерит этиологиясини нервизм нуктаи назариядан баён килади.

Хозирги замон клиникасида бунинг купчилиги нерв рефлектор олип ва облитерацияловчи эндоартеритнинг ривожланишида аутоаллергиянинг ахамиятини тан оладилар.

Клиник манзараси. Касаллик аста – секин бошланади, бироқ прогрессив равишда зурайиб боради. Маълум ватк утгач ё бемор ахволининг яхшиланиши ёкиёмонлашуви аникланади.

Облитерацияловчи атеросклерозда фаркли уларок, облитерацияловчи эндоартерит билан 25-30 ёшли йигитлар огрийди. Шу сабабли касаллик юванел ёки спонтал гангрена деб хам аталади.

Касаллик кечишини 3 даврга ажратиш мумкин.

1) Дастлабки компенсатор даври бошланганда оёқ кон томирларининг спазми сабабли бемор бармоклари совук котаётганга ухшаётганлигадан, баъзан оёқ кафтида «чумоли урмалаётганидек» булаётганидек, юрганда, чопганда болдирида огрик пайдо булаётганидан нолийди. Бу даврда коллатерларнинг кенгайиши билан компенсация килинади.

2) Иккинчи даврда декомпенсация вакти - вакти билан огрки туфайли тухташга мажбур булиш, оксокланиш, порестезия ва болдир мушакларида тиришиш кузатилади. Бармок ва кафтдаги огрик узок ватк давом этади, кафтнинг орка томонидаги артерияларида томир уриши сустлашади ва нихоят йуколади, кафт окариб кетади, кукимтир тус олади. Касаллик кечиктириб юборилганда огрик кечкурун кучаяди. Огрик колдирувчи дори-дармонлар кор килмайди, трофик яралар пайдо булади.

3) Учинчи некротик даврда бармоқлар ёки кафт гангренаи юкорида айтиб утилган касалликларга кушилади. Некроз дистал (тирноклар) фалангадан бошланади. Грануляция суст кечади, зардоб конли суюклик ажралиб чикади. Камдан-кам холларда курук гангрена ва тукималарни мумёланиши аникланади. Облитерацияловчи эндоартеритни чукур вена тромбофлебитидан артерияни атеросклеротик оклюзиясидн, Рейно синдромидан, троншел деб аталувчи касалликдан фарклаш мумкин.

Клиник манзараси. Оёқда ишемияда хос огрик ва парестезия кузатилади. Огрик одатда юрганда (30,50,100 м мафовага) кучаяди; бемор огрик туфайли тухташга мажбур булади. Оёқни музлаш оёқ бармоклари трофикаси бузилиши, оёқ терисини харорати паст булиши, терининг фил тиши суяги тусига кириши касалликнинг белгиларидандир. Касаллик кечиши 4 боскияда.

1) Биринчи боскичда; оёқ огриши туфайли мажбурдан тухтаб колиши «узгариб турадиган оксоклик» бемор нормаси харакат килмаса шикоят килмайди.

2) Оксоклик кучаяди (100-200 м) юриши билан бошланади. Терида, тирнокларда дистрофик узилишлар аникланади. Бемор тинч холатда хам оёқ бармокларида киска ваткли огрик булади.

3) Оксоклик, оёқнинг совук котиши ва увишиб колиши сезилади. Огрик деярли доим билинади. Кадок булган жойда арзимаган шикастланиш усиб кетган тирнок ёки совук котиш гангренаи келтириб чикариши мумкин.

4) Некрозлар оёқ юзасининг дистал булимларида гангрена вужудга келади.

Диагностика: регионал кон окиши, реография доплерография, радионуклид ангиография, компьютерли томографияни ва ангиографияни, аортаграфияларни аниклаш керак. Томир уришини аниклаш. Буна корин аортаси пульсация аниклаш энг ишончли усул хисобланади.

Давоси: Касалликнинг дастлабки боскичида ёки асосий томирларнинг диффуз узгаришларида дори – дармонлар билан даво қилинади. Томирни кенгайтирувчи ва спазмни йукотишга қаратилган воситалар қўлланилади. Шунингдек физиотерапия ва больнеотерапия (даволаш веналари), гиперборик оксигенция ҳам тавсия этилади. Дароҳ йули билан даволаш чекланган окклюзия мавжуд бўлгандагина талаб қилинган даражада, аорта тармоқларида, сон ва тизза ости артериялари шунингдек юрак томирлари тармоқларида амалга оширилади. Томирларда бажариладиган артериянинг уч тури мавжуд. Томбинэктомия (артериал интима пардаси олиб ташланади. Томир кесиб олиб танланиб ва унинг урнига вена вена томири ёки суъий кон томири пластикаси қилинади, зарарланган сегмент юкорирогидан айланма йул кон томири пластикаси қилиб периферик қисмига уланади.

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

- 1.С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
- 2.С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
- 3.В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
- 4.В.И.Стручков.Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
- 5.Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
- 6.В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
- 7.В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
- 8.А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.Ташкент1994
- 9.У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
- 10.В.К.Гостищев. Общая хирургия М.1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и. др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestang Eurgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

Қўшимча адабиётлар

- 1.В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии
Л.Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л.Медицина 1992

5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М.Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии
М.Медицина. 1963
7. Под редакцией проф.Б.О.Милькова Хирургические манипуляции.
. Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и
амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по
переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой
кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М.Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник
хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М.Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизация применяемые в медицине.
М.Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси»
1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др.Антисептика в хирургии М.Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.:
МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurderly-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: www.med.knig.biz/index.php,
www.tgma.ru/formation/kafedra,vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php,,
shop.medicinform.net/showtov.asp,