

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

УМУМИЙ ХИРУРГИЯ ВА ОНКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

«Жаррохлик касалликлари ва харбий дала хирургияси»

фанидан

3-курс Стоматология факультети талабалари учун

МАЪРУЗАЛАР МАТНЛАРИ

доц. Муртазаев З.И.

Самарқанд

2012–2013 ўқув йили

Фан буйича маъруза дарслар уқитиш технологияси.

1-МАВЗУ	Кириш. Жаррохлик тарихи. Антисептика ва асептика.
----------------	---

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Умумий хирургия фани максоди, вазифалари; 2. Тарихий ривожланиш даврлари; 3. Даволовчи шифокори амалиётида бу фанининг аҳамияти; 4. Асептика асослари билан танишиш. 5. Антисептика асослари билан танишиш.
Ўқув машғулотининг максоди: “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 тушунтириш; - 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 усулларини изохлаш ва тасаввур ҳосил қилиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Умумий хирургия фанининг предмети изоҳлайди; - 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 изоҳдайди; - “ 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, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.

Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория
----------------------------	--

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вакти	Фаолият мазмуни Кириш. Жаррохлик тарихи. Антисептика ва асептика.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотидан қутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказади. - Умумий хирургия фанига доир қандай атамаларни биласиз? - тиббий фанларни ўзлаштиришда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада деб ўйлайсиз? - Умумий хирургия фани қайси фанлар асосида шаклланган? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Кичик, кўзга кўринмас ҳаёт шакли бўлган, микроорганизмларнинг турлари, гуруҳлари микдорий 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; -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 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 якун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Асептика ва антисептика” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ КИСМ. «Хирургия» сузи қулда бажариш, ҳунар, 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 бўлиб, фақат тарихий аҳамияти бор, холос. Ҳозирги 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 қадим замонларда пайдо бўлган. Тош асридаги кишиларнинг трепанация қилинган (сунъий ҳосил қилинган тешиқлар) қалла суяклари қазилмаларда топилган. Қадимги Мисрликлар оёқ-қулларни кесиб ташлашни (ампутация), бичиб қуйишни (кастрация) билишган, синган узун найсимон суякларни қимирламайдиган қилиб боғлаш техникасидан хабардор бўлишган. Қадимий Ҳиндлар хирургик игналарни ишлатишган ва туқималарни тикиш техникасини ишлаб чиқишган. Уларда 100 турдан зиёд хирургик асбоблар бўлиб, шулар ёрдамида бурунни тиклаш бўйича пластик операцияларни профессионал бажаришган, қовукдан тошларни олиш операцияларини утқазишган, жароҳатларни даволашда май, асал ва ёғ ишлатишган (эрампиздан 6000 йил илгари). Шифокорлар жуда катта ҳурмат-эътиборга сазовор бўлган. Умумий хирургия фани хирургиянинг умумий конкуниятлари: хирургик ёрдамни ташкил қилиш, 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 қўпгина бўлимлари, қўнончи асептика ва антисептика, огриксизлантириш, кон қуйиш, кон кетиш, шок, жароҳатлар тугрисидаги таълимотлари нафақат хирургияни урганишда, балки акушерлик, гинекология, урология, қўз касалликлари, ЛОР, нейрхирургик касалликларини урганишда ҳам катта аҳамиятга эгадир. Қўхна Юнонистонда ва Қадимий Римда хирургия юксак даражада ривож топди. Қўхна Юнонистоннинг улўг шоири Гомер: «Битта мохир шифокор қўп сонли жангчилардан устун туради», - деб ёзган эди. Бизнинг эрампизгача бўлган V асрда Қўхна Юнонистоннинг атоқли врачл Гиппократ йирингли жароҳатларни даволаш, кон тухтатиш методикасини ишлаб чикган. У операцияга тайёргарлик қўришда озодаликга каттик риоя қилиш, тоза ёмгир сувини ишлатишни тавсия этди. Суяк синишларни даволашда у шиналар, тахтақач ишлатди, массаж, гимнастикани жорий қилди, унинг хирургик техникаси эса жуда юксак даражада бўлган. Эрампизнинг I асрида яшаган Қадимий Рим врачл Цельс уз мохият эътибори билан энциклопедик бўлган қўп сонли асарлар ёзиб қолдириб, буларда уша даврнинг медицина билимларини батафсил баён қилди. У ҳозирги вақтда ҳам уз актуаллигини сақлаб қолган операциялар (масалан, катарактани олиб ташлаш, қовукдан тошларни олиб ташлаш, қалла суягини трепанация қилиш) ни тасвирлаган. Эрампизнинг II асрида яшаган Византиялик врач Клавди Гален 13 аср мобайнида медицинада ҳукм сурган илмий мерос қолдирган. У физиология, анатомия ва амалий хирургияга доир талайгина қимматли маълумотлар қолдирди. Гален қўнаб турган томирни бураш йўли билан кон окимини тухтатиш методикасини ишлаб чикди. Чокларни тикишда у ипак ишлатди, тиртик лабни операция қилиш усулни ва бошқа қўп операцияларни тасвирлаб берди. Бўхородан чиккан улўг олим ва шифокор, 100 дан ортик илмий асарлар қолдирган Абу Али ибн Сино (Авиценна, 980-1037 й.) хирургиянинг ривожланишига катта хисса қўшди. Ибн Синонинг шу даврнинг назарий ва амалий медицинасини таърифлаб берган «Тиб қонунлари» асари алоҳида диққатга сазовордир. Машхур Француз хирурги Амбруоз Паре (1517-1590) уқ теккан жароҳатлар тугрисида таълимот яратди. Ампутация техникасини такомиллаштириш ва унда кон томирларни боғлашда А.Паренинг хизмати саналади. Жароҳатларни даволашда Парацельс (1493-1541й.) бой тажрибага эга эди. У назарий ва амалий медицинани ишлаб чиқишда химиянинг ютуқларидан фойдаланди, жароҳатни битирадиган воситалар ва қўпгина дори препаратларини қўллаш методикасини ишлаб чикди. Вазелийнинг (1514-1564) анатомик тадқиқотлари, Гарвейнинг (1578-1657) кон айланиш қонунлари қашф қилиган, Левенгук (1632-1723) томонидан микроскопнинг ихтиро қилниши хирургиянинг жадал суръатлар билан ривожланиши учун шароит яратиб берди. Хирургия фан сифатида XVIII асрда тан олнди. Француз хирурги Лафраниш

Париждаги Сарбонна университетиди хирургия буйича маърузалар уқишга муваффақ бўлди. 1731 йилда Француз хирургия академияси ташкил этилди. XIX асрда хирургиянинг ривожланишида жуда ахамиятли кашфиётлар ва ютуқларга эришилди.

АНТИСЕПТИКА

Антисептика деб жароҳатдаги, паталогик тузилмадаги ёки умуман организмдаги патоген микроорганизмларни йукотиш ёки микдорини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар йиғиндисига айтилади. XIX асрнинг ярмига қадар операция қилинган беморларнинг 80% дан ортиги операция жароҳатнинг йирингли, чиритувчи ва гангреноз асоратларидан ҳалос бўлар эди, уша даврда бу асоратларнинг сабаби номаълум эди. Лун Пастер томонидан чириш ва бижгиш ҳодисаларига микроорганизмлар сабабчи эканлиги кашф қилинган микробиология ва хирургия жадал ривожланди. Венгер врач И.Ф.Земмелвейс 1847 йилда тугрукдан кейинги сепсиснинг сабаби бўлиб тугган аёлни кул билан бачадон ичи текшириши вақтида врачнинг «мурда захрини» қиритилиши ҳисобланади деб таъкидланган эди. у акушерлар қулини хлорли оҳак эритмаси билан ювишини талаб қилди ва асоратлар сонини бирмунча камайтирди. Инглиз хирург Джордж Листер операциядан кейинги беморлар улимининг сабабларини урганар экан, бу асоратларга операция жароҳатга тушган бактериялар сабабчи деган ҳулосага келди ва антисептика усулини ташкил қиладиган чора-тадбирлар тузилишини ишлаб чиқди (1867й).

1. Операция ҳонасининг ҳавосини махсус аппарат ёрдамида қорбоқ кислота эритмаси пурқалар эди.

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

3. Операция майдон 2-36% ли қорбоқ кислота эритмаси билан ишланган

4. Операциядан сунг операция жароҳат 5% ли қорбоқ кислота шимдирилган махсус боғлама билан ёпилган.

Листер усулининг амалиётга татбиқ этилиши билан хирургия ривожланишининг антисептик даври номи билан аталувчи янги босқичга ўтди. Бироқ Листер антисептик усулининг ижобий томонлари билан бир қаторда салбий томонлари ҳам қўзғатилади, чунончи операция ҳонаси ҳавосидаги қорбоқ кислота бугларидан нафас олиш тиббий персонал ва беморнинг захарланишига, хирург қулини 2-3% ли қорбоқ кислота эритмаси билан қайта ишлаш терини қучли таъсирлантириши, операция жароҳатга қўйилган қорбоқ кислота эритмаси шимдирилган боғлама микробларни ўлдириши билан бир қаторда туқималарнинг кенг некрозига ҳам сабабчи бўлди. Микробиологиянинг кейинги ривожланиши натижасида микроорганизмларни юқори ҳарорат таъсирида ҳам ўлдириш мумкинлигини исботлади. Хирурглар Субботин М.С. ва Э.Бергман хирургик инструментлар, операция оқилар, боғлов ва чок материаллардаги микробларни қайноқ сув ва буг билан юқотиш мумкинлигини исботлаб бердилар. Э.Бергман ва унинг шогирди Шиммелбуш хирургияда асептик усулни ишлаб чиқишди. 1900 йилда Берлинда ўтказилган хирурглар X халқаро конгрессида Э.Бергман докладидан сунг асептика туқим тан олинди. Дастлабки йилларда асептикани амалий хирургияда антисептик воситаларсиз фақат ўзини қўллаш унинг қамчилик томонларини ҳам очиқ берди. Антисептик воситалардан вос қечиш ўзини 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 ривожланшининг олдини олишда механик усуллар: микроблар учун озикли муҳит бўлиш мумкин бўлган некрозланган туқималарни, ёт жисмларни жароҳатдан олиб ташлашнинг ахамияти катта. Бунинг учун жароҳатга бирламчи актив хирургик ишлов берилади ва бирламчи хирургик чок қўйилади: жароҳат қирралари ва деворлари тубиғи қадар соғлом туқима чегарасида қесиб олинади ва туқима бутунлиғи чок қўйилиб 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 антиксептиканинг асосий вазифаси-жароҳат ажралмасининг боғламага чиқиши ва сурилиши гигроскопиклик ҳодисага асосланган, бу тиббий доканинг узица 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 ҳужайралари 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. Қўйида келтирилган группалардаги моддалар ҳаммадан қўп маълум.

Биологик антисептика. Бактериоцид ёки бактериостатик таъсирга эга бўлган турли биологик моддаларни қўллаш биологик антисептикани ташкил қилади. Биологик антисептикаларнинг умумий ва маҳаллий таъсири микроорганизм ва унинг туқима ҳужайралари учун етарлича ҳавфсиз ва микроблар учун улдирувчи бўлиши керак.

Антисептикларни қўллаш усуллари:

- Энтерал қўллаш-антисептик моддалар меъда - ичак тизими орқали юборилади.
- Ташқи (юзаки) қўллаш - антисептик моддалар жароҳатларга қўқун, мазли ва эритмали шаклда қўлланилади.
- Бўшлиқларга юбориш- антисептик моддалар бўғим, 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. 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 проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции. Киев 1985
7. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
8. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
9. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
10. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
11. 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

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 жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШЎУЛОТИНИНГ 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.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди. - Қон кетиш деб нимага айтилади? - Қон кетишда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада деб уйлайсиз? -Қандай қон кетишларни биласиз? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Қон кетиш турлари, таснифи, клиник белгилари, диагностикасини мисоллар билан баён этилади. Уларнинг асоратлари тушунтирилади. 2.3. Қон кетиш асоратлари, биринчи ёрдам курсатиш ва даволаш принципларига тўхталиб ўтилади. - Қон кетиш асоратлари; -вактинча ва батамом қон тухтатиш усулларини санаб утинг ва таништиринг; -қон кетишни даволаш принциплари нималарга асосланган. 2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (10 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. 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. Қон кетиш деб, қон томирлар деворларнинг шикастланиши, бирор касаллик оқибатида емирилиши ёки утказувчанлигининг ошиб кетиши сабабли, улардан қон оқишига айтилади.

Кон кетишининг келиб чиқишига караб икки турга булинади. Улардан бири шикастланиш (травматик) тури булиб, у ташки кучнинг таъсирида томир деворларининг бутунлиги бузулганда (жаррохлик усули кулланилганда 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 кутарилиб кетиши ва кон кимёвий таркибини (кон ивишининг пасайиб кетиши) узгаришига ҳам олиб келади. Кон окишининг сабаби биргина булмасдан, куп вазиятларда ҳам руёбга чиқиши мумкин. Масалан, сепсис, ва холемия ҳолатларида кон кетиши мураккаб жараён булиб, бутун танадаги узгаришларни уз ичига олади. Томир деворларининг касаллик окибатида юпка тортиши учун енгилгина таъсир ҳам кон кетиш учун кифоя қилади. Заҳм касаллигида томир деворининг кенгайиши турли тезкор кон босимининг кутарилиб кетиши аневризмининг ёрилиб кетишига сабаб бўлади. Кон кетиши факатгина жаррохликда учрамасдан, балки доячиликда, яъни бачадондан турли сабаблар таъсирида кон окиши, тирапевт ва невропатолог амалиётида кексаларда ва кон босими ошган беморларга бирданига мияга кон куйилиб фалаж булиб қолиши ҳолларда, окулистлар амалиётида куз тукумасига кон куйилиши бу масаланинг тиббиётда катта аҳамияти борлигини кўрсатади.

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

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

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

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

Артериал кон кетишнинг уз-уздан тухтаб қолиш камдан-кам ҳолда булганлиги учун беморни қисқа вақт ичида камқонликка мубтало 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 пастлиги сабабли, секин, томчилаб оқади. Коннинг босими остида узлуксиз вена томиридан окиш факатгина тананинг йирик томирлари шикастланганда руй бериши мумкин. Капилляр кон томирларидан кон кетиш купинча аралаш булиб, майда артерия ва вена томирлари шикастланганда пайдо бўлади. Паренхиматоз кон окиши паренхиматоз органлар шикастланганда руй беради. Бундай органларга жигар, талок, буйрак, упка ва шунга ухшаш тана аъзолари қиради.

Бу кон окиши капиллярдан кон кетишига ухшаб кетади, бироқ уз-уздан тухтаб қолмайди ва купинча жаррохлик усулини талаб қилади, чунки бу органларда кон томирлари девори орган стромалари билан ёпишган ҳолда бўлади. Шунинг учун кон узлуксиз оқади. Кон куйишнинг келтириб чиқарувчи сабаблар куйидагича: а) ташки таъсир натижасида кон кетиш. Бу ҳолда кон томир шикастланиш таъсирида уз бутунлигини йукотади ва кон окишига олиб келади; б) нейротрофик 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 қон кетиш фарқ қилади.

Ташки қон оқиши қон тери сатҳидаги жароҳат натижасида, ташки мухит билан боғлиқ бўлади. Ички кетишда қон туқималари, органларга йиғилиб, қуйилиб қолади, бу ҳолат геморрагия деб аталади. Тана бушлиқларига қон йиғилганда қон шу бушлиқлар номи билан аталади: қорин йиғилиши қуқрак қафаси бушлиғида қон йиғилиши, перикард булишига қон қуйилиши, бугим бушлиғига қон йиғилиши, бачадон бушлиғига қон йиғилиши. Агар қон тана бушлиғидан руёбга келса, улар ҳам махсус ном билан юритилади: бурундан қон оқиши: меъдадан қон оқиш, қон аралаш балғам ташлаш, қон аралаш қайд қилиш, сийдик йулақларидан қон оқиш, аёлларнинг қон хайз қуриши, аёллар таносил органларидан қон кетиши, орқа тешиқдан қон оқиши, ахлатнинг қора қелиши. Туқималарга қон кетганда бириктирувчи туқима, туқималараро бушлиқларга йиғилиб, у ерда шиш-инфилтрат ҳосил қилади. Уларнинг қатта —ичиклигига, тарқалишига ва ҳосил қилган шаклига қараб, махсус ном билан аталади. Агар қон туқималарига булак-булак бўлиб қуйилса, туқималарни суриб, улар оралигини кенгайтириб, сунъий ва чекланган оққан билан тулган бушлиқлар ҳосил қилади, бундай қон кетишни гематома дейилади. Гематома икки хил булиши мумкин: туқималараро ва бушлиқ гематомаси. Гематоманинг қатта —кичик қон босимида ва туқиманинг эластик ҳолатига боғлиқ бўлади. Гематома қон томирларига ташки таъсирот натижасида ва патологик ҳолатларда, шунингдек геморрагик диатез (тромбоцитопения пурпураси, гипопластик камқонлик), гемофилия ва шунга ухшаш касалликларда, баъзан уларсиз ҳам пайдо булиши мумкин. Гематома ҳар хил натижа билан тугаши мумкин: баъзан оқётган қон томир тромб билан бекилиб қолганда қон сурилади: қуйилган қон таъсирида атрофдаги туқималар таъсирида унинг қалин капсула билан чегараланиши мумкин, унда қоннинг сурилиши секинлашади ва гематома қон кистасига айланади. Қон оқиши давом этаверса, туқималарда тарангланиш қучайиб, тери қоплами гематома оқаради ёки қуқимтир ранг олади.

Бош суяги бушлиғи, қуқрак қафаси ва қорин бушлиғида қон 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 қонгилсиз воқеаларга олиб қилиши мумкин. Айтилган бушлиқларга қон қамдан-қам уз-уздан тухтаб қолади, чунки шу бушлиқларни чегараловчи сероз парда қон ивишига қисман тусқинлик қилиши ҳусусиятига эга.

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

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

Яшириш қон кетиш ҳасталикнинг аниқ белгиларини бермасдан сурункали асоратлар вужудга келтиради: бу ҳолда камқонлик белгилари намоян бўлади. Масалан меъда ёки ичак яраларидан яширин қон кетади.

Қон кетиш пайдо булиш даврига қараб 3 га бўлинади:

А) бирламчи қон кетиш – шикастлангандан сунгт дарров қон томирларидан қон оқиш ҳолати белгиланади.

Б) иккиламчи эрта қон кетиш биринчи соатлардан икки суткагача бўлган даврни уз ичига олади, одатда шу давр орасида жароҳатга инфекция тушган, йирингли жараён бошланмаган бўлади. Иккиламчи қон кетиш шикастланган томир ичини ивиган қонга ҳосил бўлган тромбнинг қучиши натижасида юз беради. Бунинг учун у емирилган, қон босими бирданига қутарилган ва томир деворининг бушашган булиши қифоя.

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

Иккиламчи қон кетишнинг сабаблари: 1) биринчи жарроҳлик тозалашда, операция пайида қон томири яхши боғланмаганлиги ёки қон кетиш етарли тухтатилмаганлиги. 2) Қон босимининг қутарилиб кетиши. Одатда шикастланиш таъсирида операция даврида қон босими паст бўлади. 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 тускинлик килади, 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 холемияларни мисол қилиб келтирса бўлади, чунки уларда кон ивиши секинлашиши ёки бутунлай ивимаслиги мумкин.

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

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

КОН КЕТИШ ДИАГНОСТИКАСИ ВА КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ. Кон кетиш диагностика келиш учун кетиш жойини билиш билан бирга сбаблари ва махсус белгиларини аниклаш 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 миянинг 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, оқаётган кон қорамтир рангда бўлади, бир маромда оқади. Венадан кон окиш купинча шикастланган томирнинг периферик учидан бўлади. Аммо шуни ислатиб утиш керакки, агар вена клапанлари касаллик таъсирида қучсизланган бўлса (атония) томирнинг шикастланган марказий учидан ҳам кон кетиш мумкин. Юракка яқин бўлган вена томирлардан кон оқаётган бўлса, ундан оқаётган қонга қараб юрак ва нафас фазаларини сезиш мумкин. Буйин вена томирларининг шикастланиши ҳавфли бўлади, 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 шкастланганда 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. Шунини айтиш керакки хамма вақт хам ички кон кетиш сабабини кон кетиши кузга ташланиб турса хам аниклаб булавермайди. Масалан огиздан кон кетишининг сабаблари упка ва нафас олиш аъзоларининг юкори кисмлари, халкум, 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 окиш тезлиги хам ахамиятидир. Кип-кизил купирган, хаво заррачалари булган кон кетса, коннинг упкадан кетаётганидан далолат беради, кайд килганда меъдадан кон кетиш, «кофе куйкаси» ухшаш суюклик тушса, меъда ва ун икки бармок ичак хасталигидан булиб, бунинг сабаби: гемолобин билан хлорид кислота кунгир рангдаги гематик сульфат хосил килади. Аммо айтилган белгилар билан кон кетаётган жойни аниклаш кийин. Бунинг учун эндоскопик текширув утказиш талаб килинади. Ташки кон кетиш, корин бушлиги ёки курак кафаси шикастланганда ички кон кетиши бирга намоён булиши мумкин. Баъзан кон кетиши ва ташки булиши мумкин. Масалан. Меъдада ички кон кетганда кон ичаклар, тугри ичак оркали чикиши ёки бош суяги шикастланганда мия асосига кон куйилганда кулоқдан кон окиши мумкин. Ички кон кетишнинг диагностикасида радиоизотоплардан фойдаланилади. Томир ичига юборилган радионуклид модда оқаётган кон билан тукималарга чегараланган жойга ёки кавак аъзолари ичига тупланади. Радиоактивликнинг ошиши радиометр аникланади. Шунингдек ички кон кетишини АИ¹⁹⁸ нинг коллоид суюклиги билан топиш мумкин, чунки юборилган изотоп нормадан жигарнинг ретикуло-эндотелиал системасида жойлашиб одатда 15¹х 20¹сунг кон томирларидан йуколади.

Агар изотоп жигардан бошка 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 йукотиш белгиларини беради. Бу ҳақда куйирокда фикр юритилади.

КОН КЕТИШНИНГ ОКИБАТИ ВА ХАВФ –ХАТАРЛАРИ. Кон ва кон айланиш системаси киши танасининг бир бутунлигини ташкил килиб, улар модда алмашинувчининг хар бир боскичини бошқаради. Шу боскичлардан бирортасининг бузилиши тукима ва органларнинг ҳаётига таъсир курсатади. Кон томирдан бирданига кон окиш, яъни уткир кон йукотиш, кон томир деворларининг шикастланиши, хасталик ёки операйиялардан кейин руй беради. Уткир кон кетиши натижасида гомеостазнинг бузилиши марказий гемодинамика функциясининг узгаришига олиб келади. Бу эса нериферик кон айланишининг транскопилляр алмашинувига салбий таъсир курсатади.

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

Нормал ҳолатда кон айланиш хажми доимий бир микдорда булади ва юракдан отилиб чиқаётган кон хажми доимий бир микдорда булади. Организмга булган кушимча 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 шунини

курсатадики, хатто бир неча дакикаларда умумий кон массасининг 10-15% йукотилганда хам киши танасида сезиларли гемодинамика узгаришлар пайдо булмайди.

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 бошк. Конни тиббиёт амалиётида куллашнинг замонавий мезонлари. Ўзбекистон тиббиёт журнали. Тошкент 2001 № 4, б. 13-16.
3. Бекмуродова М. Жаррохлик ва реанимация асосларида хамширалик иши. Тошкент, Абу Али Ибн Сино нашриёти 2003. б. 531.
4. Вагнер Е.А., Заугольников В.С. Показания к переливанию крови в хирургии и реаниматологии (обзор). Хирургия. Москва, 1979. №5 стр 103-105.
5. Ваккосов М.Х., Фармонкулов Х.К., Оппокхужаев Э.М., Мирзаев О.К. Амалий трансфузиологиядан кулланма. Тошкент 2005. бет 94
6. Гостищев В.К. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии. Медицина. Москва 1987. стр 319.
7. Гостищев В.К. Общая хирургия. М.:Москва 2008. с. 613.
8. Журавлиев В.А., Сведенцов Е.П., Сухорунов В.П. Трансфузиологические операции. Москва.: Медицина 1985. стр 157.

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

Мавзу 3	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 асосларн. Огриксизлантириш асоратлари ва уларнинг олдини олиш. Наркоз учун керакли аппаратлар. Маҳаллий огриксизлантириш тушунчаси, 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 асосларн; - 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 жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси

3-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, турлари. Реаниматология тушунчаси. Клиник улим хақида тушунча.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. - Анестезиология, реаниматология асосларига дойр қандай атамаларни биласиз? - Анестезиология, реаниматология асосларини ўзлаштиришда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада деб уйлайсиз? 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 олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади. - Реанимация асосларн. -Огриксизлантириш асоратлари ва уларнинг олдини олиш. - Наркоз учун керакли аппаратлар. -Маҳаллий огриксизлантириш тушунчаси, турлари. -Реаниматология тушунчаси. Клиник улим хақида 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
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 боғлиқ асоратлар натижасида юз берган клиник улимда организмни тирилтиришга қаратилган тадбирлар комплекси тушунилади. Тирилтириш – ходимларда катта тажриба, тез ва пухта ишлашни талаб қиладиган 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 ҳаёт ҳам сунмаган ва ҳаёт фаолиятини тула тиклаш имконияти булади. Клиник улим биологик улимига утиши мумкин, бу процесс кайтмайдиган ҳолатдир. Нафас олиш ва юрак тухташдан ташкари, мурда доғлари ва мурданинг котиш белгилари биологик улимнинг шак – шубҳасиз аломатлари ҳисобланади.

Баъзан клиник улим бирданига юз бермайди балки катор фазалар – агонал олди ва агонал фазалар утади. Агонал олди фазасида эс ҳуши сакланган бироқ тормозланиш белгилари булади, артериал босим паст (максимал 60мм, сим.уст.тенг, минимал босимни аниклаб булмайди). Агонал фаза эс – ҳушни 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 ҳаво утмаслиги мумкин. Бу асорат юз берганда нафас йулларидаги нафас олиб ташлаш ва тилни туткич билан ушлаш катор ҳолларда нафаснинг тухташ сабаб бартараф этилгандан сунг ҳам 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 биллак – кафт устидан ушланади ва куч билан юкориға кутарилади сунгра кулларни купрок кафасига туширилади ва уни каттик босилади. Минутига 14-16 марта шундай ҳаракат қилинади.

Шюллер усули – ковурга ёйларини куллар билан ён томонга чузилади (нафас олинади) сунгра қисилади (нафас чикарилади). Юкорида баён этилган методларга қараганда 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 чалқанга 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 қилиш. Юракни билвосита массаж самара бермаганда бевосита массаж қилинади. Кукрак бушлиги операциясида юрак тухтаб қолганда амалга оширилади. Кукрак кафаси чап томон 5 ковурга ораси буйича чап томондан очилади. Юракни перикардни очмасдан ва перикардан очиб массаж қилиш мумкин. Хирург юракни кафтига олади ва бармоқлари ҳамда кафти ёрдамида юракни куч билан қисади. Бу етарли натижа бермаганда юрак бушлигига адреналин, кальций хлор юборилади. Юрак фаолияти ишлаганда баъзан юрак мускулларнинг оз – моз учини (фибриляция) қурилади. Бундай ҳолда юрак дедгибрилятор аппарати ёрдамида 4000-6000 В қучланиш атрофида электр заряд утқазилади.

Сувга чуқиш ва бугимда биринчи ёрдам қурсатиш.

Сувга чуқиб улимнинг 3 тури фарқ қилиб, биринчи ёрдам қурсатишда буларни билиш гоят муҳим.

Биринчи тури – синкопе холати (юрakни тусатдан тухтаб колиши). Бунда хаётий мухим функциялар бирданига рефлекс 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 ҳаракат қилади. Чукаётган шиш сув юзасига бир неча марта чалкиб чиқади ва чуқур нафас олади. Бирок бу ҳаво кифоя қилмайди, гипоксия юз беради, шикастланган шиши хушини йукотади ва батамом сувга чукиб кетади. Нафас ҳаракати қучайиб сув юзасига ҳаво пуфаклари чиқади (нафас қисиш 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 қирмайди, унинг бу ҳолатда ҳикилрок ёригида юз берган спазм улим даврининг бошидан охиргача сакланиб қолади. Улим асфикация – бугими натижасида содир булади.

Чукиб улимда бир неча даврлар тафовут қилинади.

1. Бошланғич давр. 2. Агонал олди давр. 3. Агонал давр. 4. Клиник улим даври.

Тирилтиришда юрак ва упка системасига бир вақтнинг узида таъсир қурсатиш мақсадида комплекс тарзда олиб борилади.

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

2). Хушини йукотган лекин пульси ва нафаси сакланиб қолган бўлса оёғини баланд қутарган ҳолда носилкага ётқизиб нашотир спирт хидлатиш, қислород инголяцияси 1мл қордиамин ёки 1мл 1% ли лобелин эритмаси ёки 1мл 5%ли эфедрин эритмаси юбориш ва венага 50мл 40% глюкоза эритмаси қуйиш лозим.

3). Агар шикастланган шиши терминал ҳолда бўлса оғзига морган сув утлари ва балчикни бармоқ билан тозалаш керак. Беморни тизза устига эгиб утқизилади ва орқаси қуллар билан босилади сув узига оқиб тушади.

Хушдан кетиш.

Бунда бош мия томирларида қиска муддатли спазм натижасида хушнинг йуқолиши тушунилади. Қуп қон йуқотиш, оғрик гарғаш, психин қечинмалар хушдан кетишига сабаб булади.

Клиникаси: тери ва шиллик қават қескин оқаради, юза нафас олади, томир уриши сустлашади.

Давоси: шикастланган шиши боши паст оёқлари юқорига қилиб ётқизилади. Нашатр спирти хидлатилади.

1мл 20% ли кофеин эритмаси

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

Қоллапс.

Қоллапс деб артериал ва веноз қосимининг лекин тушиб кетиши ва айланиб юрадиган массасининг қамайиши билан ҳарактерланади.

Клиника: бўшаши, цианоз белгилари, совук тер қикиши, пульси ин қимон бўлиши А/Б, тез – тез юзақи нафас олиш.

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

Анестезиология (ан (грекча) – қарши, aesthesis – сезги, logos – фан). Оғрикисизлантириш деганда оғрик сезгисини қолдириш мақсадида қулланиладиган тадбирлар йигиндисига тушунилади.

Ҳозирги қамон анестезиологиянинг мақсади нақат оғрикни қолдириш, балқим операция давомида ва қенг организм функциясини бош қаришага қам қаратилган. Қамонавий оғрикисизлантириш усули пайдо бўлмасдан олдин операция вақтида беморни оғрик изтиробидан қолос этиш учун турли усуллар: унинг хушини йуқотиш, нерв стволларини меҳаник қосиб туриш, операция қилинадиган жойга қор ёки муз қуйиш қулланилади.

Кадимги Миср, Хитой, Юнонистон, Римда мандрагора илдизи, бангидевона, хинд нашаш, белладонна экстракти алкоголь афсон цикуту ва бошқалар кулланилган. Бу моддалар эритма, дамлама холида ичирилган, терига ишлаб суритилган, шунингдек клизмалар ёрдамида юборилган. Бирок огриксизлантиришнинг бу турлари огрикни қисман қамайтирган ҳолос ва купинча огир асоратларга сабаб бўлган.

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 кон томирларнинг қисилиши сабабли гангрена ҳолатлари учраган. Абу Али Ибн Сино, 1807- 1812 й. Наполеон армияси хирурглари Ларей, Моршо, Бакре ва бошқалар ампутация операцияларида огриксизлантириш мақсадида муз ишлатишган.

XIX аср урталарида купгина химийвий моддаларнинг наркотик хусусиятларининг урганилиши натижасида анестезиологияга асос солинади. 1844 йили тиш врач Уэллс анестетик сифатида азот (I) – оксидни, 1846 йили Мортон - эфирни, 1847 йили. Симпсон – хлороформани таклиф этди.

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

1905 йилда Эйнхорн новокаинни тавсия қилди, бундан ҳозир ҳам кенг фойдаланмоқда.

А.В.Вишневский ва унинг мактаби томонидан маҳаллий анестезия усулларининг урганилиши ва амалиётида кенг тармоқда кулланилишига асос солинади. Маҳаллий анестезиянинг очилиши муносабати билан орқа миёна анестезияси (Долиотти, 1925) утқазувчан анестезия (куленкампор), ишлаб чиқилди.

Ҳозирги вақтда наркотик модда дозасини қамайтириш мақсадида наркоздан олдин морфин, скополамин, барбитурат кислота препаратлари, фентания ва бошқалар кулланиладиган бўлади. Аралаш ва комбинация қилинган наркоз турлари вужудга келади. Ушбу наркоз турларини куллаш билан биргаликда миорелек сайт препаратлардан фойдаланиш катта аҳамиятга эга. Булар скелет мускулларининг тонусини туширади ва интубация қилиш ҳамда беморни бошқариладиган нафасга утқазиб имконини беради. Бошқариладиган нафас наркоз хавфини қамайтиришга ва мураккаб хирургик операцияларни утқазишда 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 миёна функцияси (нафас, томирларни ҳаракатлантирувчи марказлар) сакланиб қолади. Наркотик моддалар миқдори оширилганда марказларга фаложловчи таъсир қурсатиши мумкин ва бемор улимга сабаб бўлади.

Наркоз турлари: Наркотик моддаларни киритиш йулларига қура ингаляцион (нафас йуллари орқали) ва ноингаляцион (вена ичи, тугри ичак, тери ости орқали) умумий огриксизлантириш фаркланади. Наркознинг чуқурлигига қура созаки ва чуқур бўлиши 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 суюк учувчи ва газли наркотик моддалар кулланилади. Ингаляцион наркоз учун кулланиладиган наркотик моддалар:

а) Суюк наркотик моддалар:

- эфир ($C_2H_5OC_2H_5$) – Aether aethylicus – узица хос хидли ва ачиштирувчи тами булган рангсиз, тиник суюклик. Солиштирма огирлиги 0,720 – 0,722 (суюк 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 когоздан буглангандан сунг хиди колмаслик керак;

2). Ойнадан бугланганидан сунг нордон реакция берадиган чукма колмаслиги керак.

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

- Хлор этил – Aethylum chloratum (C_2H_5Cl) – рангсиз, тиник, учувчи суюклик узица хос хиди билан. Кайнаш даражаси 12-12,5° солиштирма огирлиги 0,921. осон алангаланади. Ёруглик тушмайдиган, салкин жойда сакланади.

- Фтортон – Fthorotanium – 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 чикарилади.

б) Газсимон наркотик моддалар.

- Азот (I) оксид - (Nitrogenium oxydulatum) (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 боглик холда унинг муайяи боскичлари ва даражаларини саклаш мумкин. Эфирдан фойдаланишда наркознинг классик кечишини куриб чикамиз.

- I боскич – анальгезия – 3-4 минут давом этади ва эс – хушнинг хирилашуви, огрик сезгисининг йуколиши билан характерланади. Корачикларнинг ёругликга реакцияси сакланган, рефлекслар сакланган холда 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 – кузгалиш даври – бир мунча узок давом этади ва беморда харакат реакциясининг ошиши, нутк марказининг кузгалиши 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 холатини эслатади. Наркоз чукурлаштирилганда бемор тинчланади, мускуллар

бушашади, нафас олиши текисланади, корачиклар кечиклашади – наркоз уйкуси боскичига утади.

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

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

III₂ – корачиклар тарайган, мугуз парда рефлекси сакланиб қолган. Мускуллар қисманбушашади. Бу даражада тилнинг халқумга тикилиб қолиш хавфи бўлади.

III₃ – пульс секинлашади, артериал босим пасаяди, нафас юзаки бўлиб қолади, куз ёриги кенгайди, мугуз парда рефлекси йуқолади. Мускуллар батамом бушашади.

III₄ – нафас бир мунча юзаки, корачиклар кенгайган, ёругликка реакция кузатилмайди, мугуз парда нурсиз. Пульс тезлашган, туликлиги суст. Артериал босим тобора пасаяди. Наркознинг бу даражасига йул қуйиб бўлмайди. Наркоз чуқурлаштирилганда улим билан тагайди.

IV боскич – уйғониш даври. Наркознинг барча боскичлари аксинча тартиб билан йуқолади. Бу боскич ухлаб қолиш давридан узоқроқ 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 бўйича амалга оширилиши мумкин.

1. Очик усул: наркоз вақтида бемор наркотик моддани атмосфера хавоси билан бирча нафас олади. Нафас атмосферага чиқарилади. Бу усулнинг афзаллиги шундаки, нафас чиқаришда қаршилик бўлмайди ва системада карбонат ангидрит йиғилмайди. Қамчилик томони наркотик моддани аниқ дозада бериб бўлмаслик.

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

3. Ярим ёпик усул. Бемор наркотик моддани атмосфера хавосиз нафас олиб, қисман наркоз аппарати ва қисман атмосферага нафас чиқаради. Бундай аппаратларда қумир кислота (угле кислота) ютгич бўлиши керак. Бу усул ҳозирги вақтда кенг тарқатилган.

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

Наркоз учун турли маскалар ва наркоз аппаратлар 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 – хуши сакланиб қолинган ҳолда операцион майдон соҳасидагина огрик сезувчанликни йуқотиш тушунилади. Хирургия амалиётига 1905 йилда Эйхорн томонидан маҳаллий

огриксизлантириш максатида новокаин киритилган. Хозирги кунга кадар амалиётида новокаин кенг кулланилиб келинмокда. Новокаинни ишлатишга психик касаллик, кескин неврологик кузгалиш карши курсатма хисобланади.

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), ковургалардаги операцияларда (коворгаларо 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 оёқларга жгут куйиб, муз куллашган.

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

Орка мия анестезияси. Орка мия анестезиясини 1899 йилдир бир таклиф этган. Бу усул кенг тарқалган бўлиб, кенг кулланилмокда. Орка мия анестезияда огриксизлантирувчи модда орка миянинг субарахноизал бушликга юборилади. Орка мия суюклиги билан аралашиб, нерв илдизларига таъсир этади, натижада огриксизлантирувчи ҳолат юзага келади. Хозирги вақтда огриксизлантирувчи модда воситасида новокаин, совкаин, лидокаин эритмалари кулланилади.

Орка мия анестезиясининг кечиши уч боскичдан иборат. Биринчи боскич: дорининг юборилгандан 3-20минг сунг оёқларда 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.

Карши курсатмалар: а) абсомат карши курсатмаларга огир шок ҳолати, кон босимнинг пасайлиги, пункция соҳада терининг йирингли жараёни, марказий нерв системасининг бузилиш, умуртка поғонасининг деформацияси; б) нисбий карши курсатмаларга юрак фаолияти декомбенсацияси, огир аҳвол, 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 айнаши, кайт килиш, совук тери копланиши, тери ранги оқариши; в) нафас тухташи; ва операциядан кейинги даврда. А) йирингли менингит; Б) ҳаракатнинг 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 препаратларнинг кулланилиши натижасида паст дозада ҳам наркотик моддалар наркоз ҳолатини юзага келтиради. Препаратлар таъсирида нейровегетатив блокада ва бунинг оқибатида организм реактивлиги ҳамда операцион жароҳатга нисбатан паталогик реакция камаяди. Потенцирланган наркоз учун нейроплегик ва ганглиоблокаторлар, асосан фенотиазин унумлари (алиназин, мепазин ва бошқа), литик аралашуви курунишида 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 ҳам 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 йуқолиб, шокнинг ривожланишини энергетик салоҳиятини 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 уралиши шарт ва блокададан сунг пункция жойи йодонат ёки йод эритмаси билан ишланиб асептик боглама билан богланади.

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. Ташкент 1994
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

Кўшимча 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. Катусhev. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992**
5. А.Э. Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакции 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](http://www.tgma.ru/formation/kafedra/vulnus.htm), www.bookmed.ru/illustrated.php,
shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг режаси	1. Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти ҳақида тушунча. 2. Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти таснифи. 3. Ёпиқ шикастланишларда биринчи ёрдам кўрсатиш Беморларни текшириш усуллари; Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти клиникаси ва патогинези ҳақида тушунча. Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти диагностикаси ва даволаш усуллари ҳақида тушунча.
Ўқув машгулотининг мақсади: Алоҳада аъзоларнинг бош, кўкрак 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 ёппиқ жароҳати таништириш ва тушунтириш; - Ёпиқ шикастланиш сабаблари; -Ёпиқ шикастланишнинг турлари; -Юмшоқ туқималарнинг ёпиқ шикастланиши: эзилиши , тузилиши ва йиртилиши ҳақида тушунча бериш; -Ёпиқ шикастланиш клиникаси, диагностикаси , ҳақида тушунча бериш. -Ёпиқ шикастланишнинг даволаш усуллари (консерватив ва оператив) ; - Ёпиқ шикастланишнинг биринчи ёрдам ;	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Ёпиқ шикастланишнинг ва уни асоратлари ҳақидаги тушунчаларни изохлайди; - Ёпиқ шикастланишнинг сабабларини айтиб беради; -Ёпиқ 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; -Ёпиқ 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; -Ёпиқ 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 .	
	Ўқитувчи	Талаба
1-боскич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	<i>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</i> -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? <i>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</i> Кўргазмалар куруллар ва мультимедиялар ёрдамида мавзунинг тушуниришни давом эттиради . <i>2.3. Ёпик шикастланиш тушунчаси , этиологияси , патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади.</i> - 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 бериш; - Бош мия. Кўкрак қафаси , қорин бўшлиғи аъзолари шикастланиш 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, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-боскич. Якуний (25 мин.)	<i>3.1. Мавзуга яқин ясади ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Шикастланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ ҚИСМ. Мианинг ёпик зарарланиши мия шикастлари ичида куп учрайди. Унинг асосий сабаблари куча транспортда фожияларидир. 1986 Мамлакатимизга бош мия лат ёйишини янги классификацияси ишлаб чиқилди.

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

5) Мия шикастланиш билан унинг эзилиши. 6) Мия шикастланмасдан унинг қисилиши. Мианинг чайқалиши.

Ёпик шикастлар ичида куп учрайдиган мия чайкалиш хисобланади. Бу холда мия тукимаси 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 ҳеч нарсага аҳмият 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 йуқолгая туришга рухсат этилади. Калла ичи босимини мия шишини камайитириш учун хар куни 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 тукимаси 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 биров улардан огиррок утади. Беморнинг харорати уртача ошади. Кон кушилиши юмалаш ва некрозга учраш кузатилгани учун хар хил неврологик симптомлар 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 кисииши. Мия кисииши 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 кисиишининг белгилари ҳам кон куйилганда (30-40 мл) иманомада намоён булиши мумкин. Кон нафакат миянинг ташки кавати устида эридеррал) шунингдек остида (субдурал) иматома ва мия тукимасининг узиди – мия ичида (интракраниал) иматома ҳам булиши мумкин.

Травмадан сунг энгил вазият белгиси булиб, у бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Шикастланган киши хушдан 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 кисииши томир уруши белгиси кузатилади. Мия кисган томонда корагич катталашади. Карама- карши томонда эса рефлекслар йуқолиб фалажлик пайдо булиши мумкин. Баъзида фалажлик олдида киска вақт тириши пайдо булади. Беморнинг куз олди корогилашиб, хушдан кетади.

Даволаш. Бу беморларга факат жаррохлик усули билан даво килинади. Калла суяги трепацияси килинади, кон кетаётган томир богланади, гематома ёки суяк синиклари олиб ташланади. Гемотоманинг локализацияси ангиография, компьютер – томография электроэнцефалография инструментал тешкиришлар билан аникланади. Мия кисилганда урилгандамениний арахноидит, мия обссесси, травматик эрипенсия, урхия бузилишлар бош айланиши, огриклар каби асоратлар булади.

Орка миянинг ёпик шикастланиши. Орка миянинг ёпик шикастланиши транепорт жарохатларида учраб умуртка погонасининг синиши билан кечади.

Орка миянинг чайкалиши орка мия зарарланишининг енгил огрикликдаги турига киради. У сезишнинг камайиши ва парезлар билан характерланиб , шикастланишдан сунг вужудга келади. Бу белиглар аста- секин камайиб, бир неча хафта ичидла йуколиши мумкин.

Орка миянинг урулиши. Огир шикастлар каторига кириб орка мия тукумасига кон кушилиши сабабли унинг некрози кайд килинади. Бу шикастдан сунг сиринал шок пайдо булади.

Орка мия зарарланганда, сезувчанлик кисман ёки бутунлай бузилади. Иккала томонда харакат фалажлиги пайдо булади. Рефлекслар йуколади. Сийдик ва ич кетиши функциялари ёмонлашади, туикма трофикаси бузулиши натижасида кейинчалик яра чакалар вужудга келади.

Чайкалишга караганда урушнинг клиник белгилари 3-5 хафтага чузилади. Агар орка мия тукумасида шикастланиш натижасида юмалашган учок булса, унинг фаолияти яхши булиши кейин.

Даволаш. Орка мия чайкалиши ва уруши консерватив даволанади узок осийишталик режими ва орка мия фаолияти рағбатланитирилади.

Кукрак кафаси ва унинг органларининг ёпик шикастланиши.

Кукрак кафасининг чайкалиши кам учрайди. Унинг сабаби портлаш ва тулкини булиши мумкин. Бу шикастланишнинг енгил кечишида кукрак кафасининг эластиклиги мухим урин тутади. Шунга карамасдан баъзида упка, юрак яйкалишлари огир зарарланиш билан утади.

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

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

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

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

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

Шундай килиб, клапанли пневматорокс вақтида ҳар нафас олишда плевра бушлигидаги ҳавонинг миқдори борган сари купайиб унинг босими ошиб кетади. Даволаш ёпик пневматороксда кукрак кафаси пункция килиниб 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 бармоғидан 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 килиниб, ўпка жароҳати тикилади: баъзида йиртилган ўпка сатҳи резекция қилинади.

Гемоторакс. Ўпка туқимаси жароҳатланганида қовургаро артерия шикастланганда ичкарига қон кетиб плевра бушлиғига қон тупланиб қилиши гемоторакс дейилади. У очик ва ёпик шикастларда ҳам вужудга қилиши мумкин.

Даволаш: Плевра бушлигидан ҳам тез олиб ташланиш зарур, қс ҳолда йигилган қон вақт ўтиши 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.

Қорин бушлиғи 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, ўт ва сийдик қони) ёритилганда уларнинг ичидаги моддалар (меъда шираси, ичак шираси ва нажас сийдик) қорин бушлиғида 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 шовшилч суръатда операция қилиниши қерак. Лапоротомия қлиб ёритилган жой тикилади., Агар қовак органлар жароҳати чекқалари парча – парча бўлиб турган бўлса унда органнинг зарарланган қисми резекция қилинади. Диагностика қечиса, притонид қучайиб, қорин бушлиғига йиринг ахлат аралашиб оғир оқибатларга олиб қелади.

Паренхиматоз органларнинг шикастланиши жигар, талок, бўйрақлар 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, қусади артериаль қон босими тобора пасайиб боради. Перитонийаль белгилар аввалида ноаниқ бўлади. Терқуссия қилинганда қориннинг пастки ва ёқ қисимларида тунтоқ паст оовуш эшитилади. Қасалқин 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. Талок олиб ташланади, қичикроқ ёрик бўлса тикилади. Талок шикастида икки босқичли ёрилиш қузатилади: аввалига орган қомпунсация остига қон тупланади ва маълум вақт ўтгач қарсула остига қон қетаверса иққиламчи ёрилади ва ички қон кетиш, шок аломатларни беради.

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

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

Даволаш тезқорлик билан операция қилинади. Бўйрак емирилиб қетганда қон кетиши қорин парда орқа қисмидан паренефрал сахтга тарқалади. интраперитонеал – қорин бушлиғига тарқалади. Ундан ташқари, ёрилган бўйрақдан қон 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 ха м 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. 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 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 Eurdery-Lippincott-Ramon Publischer 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 жихозланган 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 қадоғининг пайдо бўлиши. Суяк синганда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.	
	Ўқитувчи	Талаба

1-боскич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг максади, ўқув машғулотида қўйилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. -Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши доир қандай атамаларни биласиз? -Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши дейилганда нимани тушунади? -Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланишида биринчи ўрда қандай қўйилади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маълум қилинган баён этишда давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ўрдамида мавзунини тушуниришни 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 ўрда қўйиш; - Суяк синиш таснифи нисбатан 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 такрорламай атамаларни айтиди. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳофаза қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қўлади, ёзиди. 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 ҚИСМ. 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 қириб қолган қисм билан қўйилади. Масалан: елка бугимидан қисқа, елка чиқиши, тос-сон бугимининг чиқиши ёки бугим юзаси капсула қирилган жойдан қирган бўлса, сон чиқиши дейилади.

Одат тусига қирган чиқишда бугимнинг капсуласи, унинг боламлари айниқса бу асоратлар блокни бугимларда (болдир – панжа, тирсак, тизза) қирок намоён бўлади.

Қўп (50% дан ортиқроқ) чиқиш елка бугимида қўйилади, сунгра тирсак, тос-сон тизза ва болдир – панжа бугимларида учрайди. Шунингдек умров қўйининг акромиал ва қўлак қисмларида, тизза усти соҳасида, қўлак қўли қўли бармоқларида Чиқиш қўй беради.

Қўмқаларнинг, айниқса қўйин қўмқаларининг уз қўидан силжиши ёки силжиши оғир травмаларга қиради. Чиқишлар ичида қўм қўйин, яъни бола ҳаётининг она қўиндаги даврида юз қўм қўйин ва оғир қўйин, яъни травма натижасида ёки бугим соҳасидаги патологик чиқиш қўйилади.

Қўм қўйинлар қўп қўм қўйин – сон бугимда учрайди ва боланинг она қўнида қўйин қўйин ёқ қўйин ёки бугимларнинг нотугри қўйин натижасида қўйин

чикиши мумкин. Одатда 2 томонлама булади. Касаллик урта – боланинг 1 ойлик пайтидаёк маълум була бошлайди. Бола юра бошлаганда оксокланиши бугимнинг ишқиллаб қолиши, кейинчалик оғриши, оёкнинг кискалиги билинади. Чиқиш икки томонлама булганда лапанглаб юриш қайд қилинади. Диагноз рентгенография воситасида аниқланади.

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

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

Баъзи ҳолларда бугим пайларининг узилиши ёки қуЧсизлиги натижасида, шикастланишлардан сунг урганиб қолинган одатий чиқишлар мавжуд бўлиши мумкин. Қупинча, бу ҳол елка ва болдир – пай бугимларида, бирламЧи шикастланишлар яхши даволанилганида кузатилади.

Чиқишлар билан бирга йирик кон томирлари, нерв томирлари зарарланган бўлса, бундан чиқишлар мураккаблашаган чиқишлар дейилади.

Клиникаси: Чиқининг клиник белгилари, уларнинг жойи ва турларига қараб хиллари қуп булади. Шикастланишидаги вазият, чиқиш сабаби ва зарарланиши механизми беморни сураш йули билан аниқланади ва ҳаракат қила олмаётганидан шикоят қилади. Ҳаракат қилишга урилиб қурилганда бугимдаги оғрик қучаяди. Қул – оёқ қикқан бугимда қучли оғрик бўлиб, уни уз урнига қуйишга ҳаракат қилинса, яна асл ҳолига келади. Бу белги пружинасимон фиксация симптоми дейилади. Баъзан зарарланган қул ва оёқ қарахт бўлиб қолиши нерв толасининг қисилган ва қикқан суяк булагини спастик равишда қисқарган муқкуллар қимирлатмай қуйиши натижасида қелиб қикади. Қуздан қечириш пайтида қул – оёқ нотугри ҳолати ва бугим соҳасининг шакли бузилгани кузатилади, уларнинг узунасига қисқаргани сезилади. Баъзида суякнинг қилжиган учи уз жойида эмаслиги аниқланади. Масалан, елка суяги қикқанда унинг боши қултиқ остига ёки қукрак муққули остида. Невр қисилиб қолган бўлса, бемор оёқ – қули ҳолсизланганлигидан шикоят қилади.

Даволаш: Травматик бугим чиқишлари тезликда малақали ёрдам қурсатишни талаб қилади. Қикқан суяқни уз вақтида урнига солиб қуйиш зарур, чунки 3 – 5 қундан сунг консерватив даволаш қийинлашади, кейинроқ эса унинг иложи бўлмайди. У ҳолда бугим соҳаларини бир – бирига қуйиш учун жарроҳлик усули тавсия қилинади. Суяқни уз урнига солиб қуйиш учун умумий оғриксизлантириш қулланилиши қерак, чунки қикқан бугимдаги оғрик муқкулларнинг рефлексор ҳолда қисқаришига олиб келади. Муқкулларни релаксация қилиш умумий оғрисизлантириш билан бажарилади.

Бугимдаги нормал муносабатларни тиклаш учун бугим атрофида жойлашган муқкулларни қузиб, бугимнинг қикиб қетган юзаси уз урнига солишга асосланган бир неча усуллар қулланилади. Зарарланган бугимдаги бу ҳаракат – қикишга сабаб бўлган ҳаракатни орқадан олдинга қараб қайтаришдан иборат деса булади.

Елка қикқанда қупинча Гиппократ Мотт, М. Қаҳер ва Жанелидзе усуллари қулланилади.

Гиппократ усули қуйидагича бажарилади: шифокор қасал билан юзма – юз зарарланган томони билан утиради. Ва товонини беморнинг қултигига қуйиб, тирайди. Сунгра бемор қулини 2 қули б/и ушлаб, товони б/и ричагсимон ҳамда қултигига босади. Трақция пайтида қикқан елка суяги бошқаси бугим қосасига тушади.

Қоҳер методи: Елка қикқанда қупинча қулланилади. Бемор столга ётқизилганда кейин хирург қикқан томондан қасалнинг бошига юз угирган ҳолда:

Билак бугичини қуқиб, елка суяги танага тарқалади; Елкани пастга тортиб туриб, ташқари томонга қуқилади (ротация қилади); Қул олдиндан юқорига қутарилиб, шу захотиёқ билак ва панжа соғлом елкага ташланади.

Жанелидзе усули: зарарланган кул – оёкнинг огрикдан чарчаши туфайли мушакларининг физиологик бушашига асосланган. Елка чикишида 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 қуч билан пастга тортиб ташкари 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 контрон рентген сурати даволашнинг тугри ёки нотугри килингани, шу билан бир каторда бошқа хил зарарланишлар борлигини аниклашга 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 боламидан кулланилади.

Паталогик чиқишлар бугим капсуласи ва пайлари бузишига сабаб буладиган пата логик 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 киради ва механик таъсир ҳамда пата логик узғаришлар пата логикда суяклар бутунлиги бузилиши билан ифодаланади. Хар бир синишда суякларнинг катта – кичиклигидан катъи назар, атрофдаги юмшоқ 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 булади. Купинча ирсит бузулишлар сабаб булиб, куп суяклар синган булади.

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

Пайдо булиш сабабига қура:

эрилган

бурилган (ротация)

а) травматик

3. тугри урилган

4. қисилган (компрессив)

5. узилган

б) пата логик

Пата логик синишларнинг сабаблари – остеомиелит, усма, сирингомиемия, кон касаликлари, ирсит, нерв системаси касаликлари сабаб булади.

3. Синишлар очик ва ёпик булади. ОЧик – тери бутунлиги бузилган ҳолда руй берувчи шикастлар киради. Ёпик – тери бутунлиги бузилган, суяк ва атрофдаги туқималарнинг шикастланишига айтилади.

Синишлар тула, тула булмаган ва суяк ёрилишларига булинади.

Найсимон суякларнинг синиш ва эпифизар синишлар фарк қилинади.

Синиш йуналишига қараб, қундаланг, қийшиқ, винтесимон ва парчаланган суяк синишлари фарқланади.

Суяк синишлари оддий, асоратли мураккаб, комбинацияланган булади.

Синган суяк қисмларининг силжиши.

Суяк синикларининг қуйидагича силжишлари қузатилади:

Узунасига силжиши;

Ён томонга силжиши;

БурЧак ҳосил қилиб силжиши;

Синик қисмларининг уз уқи атрофида айнаилиши натижасида келиб чиккан периферик силжиш.

Синишдаги патолого анатомик узгаришлар

Улар 3 боскиЧга булиш мумкин.

Шикастланиш таъсиридаги зарарланиш.

Суяк кавариги хосил булиши.

Суяк структураси туз-нг кайта т/т.

Суяк каваригини 4 манба ташкил килади:

Периостал, эндостал, интермедиал ва параоссал. Буларнинг ичида энг кучлиси периостал кавати хисобланади.

Чунки у суяк усти регенерация килиш кучига эга. Эндостал ёки ички кавати эндост хамда суяк илигидан булмайди. Интермедиал ёки оралик тараккиёти Гаверс каналчалари хужайралари элементларидан ташкил топган.

Синиш килиникаси: Клиник белгилари маданий ва умумий булади. Умумий – белгиларидан купинча травматик шок, зарарланган тукумаларнинг ажралиши натижасида зарарланиш белгилари руёбга чиқади.

Маданий белгилари – аник булганлиги уЧун диагноз куйиш тезлашади. Улар куйидагилар: огрик, деформация, аъзо функциясининг бузилиши, синган жойда кушимча харакат пайдо булиши мумкин. Кул – оёкнинг кискариши ёки узайиши, кон куйилиши ва синган суяклар сохасида креритация пайдо булиши аник белгиларга, колганлари эса нисбий белгиларга киради.

Диагноз куйишда анализ, куздан кечириш, пайпаслаб куриш ёрдам беради. Топик диагноз куйишда 2 хил узаро юзада реитгенография килиш катта ахамиятга эга.

Баъзан калла суяги шикастланинганда мулжалли тангециал рентген ёки тамограмма килинади.

Суяк синишида биринчи ёрдам.

Биринчи ёрдамдан максад, синган жойга осойишталик бериш, яъни котирилган суяк аникларини кимирлатмаслик ва огрикни колдириш, очик синишлар учун инфекциянинг олдини олиш, кон кетиши тухтатиш хисобланади. Тугри ва билиб курсатилган ёрдам травматик шокнинг профилактикаси хам хисобланади. Очик синишларда кетаётган кон тухтатилади, жарохат атрофи устидаги тери дезинфекция килинади, боглам куйилади.

Биринчи ёрдам беришда синган жойни иммобелизация килиш учун шина урнини босувчи материалдан,картон, фанер, тахтачалардан фойдаланилади.

Ихтисослаштирилган ёрдамнинг умумий шартлари:

Синган суякни даволашнинг асосий максади унинг анатомик бутунлигини тиклашдир. Даволаш усулларининг кайси бири танланмаси, албатта даволашда 4 амалга риоя килиш керак: булар репозиция, иммобилизация ёки фиксация функционал даволаш, суяк кадоги хисобланади.

Репозиция – суякнинг синган кисмларини бир – бирига мослаш. Суякнинг синган кисмлари, синишдан сунг дархол, яъни травматик шиши ва мушакларининг реффлектор контрактураси – кисиши юз бергунча бир – бирига мослаштирилиши лозим. Суяк кисмлари бир – бирига силжитилмасдан ва орасида бушлик колдирмасдан бир – бирига тугрилашиши лозим. Репозиция куй-гиларга бог:

а) беморни текшириб куриш ва рентгенографияни урганиш натижасида синиш характери, марказий ва периферик синик кисмларининг кандай силжиганлигини билиш:

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 характерига ва кайси жойда синганига 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, кейин Чалик синган жойдаги шиш кетиб, гематома айрилгаЧ, циркуляр гипс боглам куйилади. циркуляр, ионгета – циркуляр гипс богламлари билан бирга дарчали, куприкчали гипс боглами, гипс корсетлари, ёкали, тугторлар ишлатилади.

Тортиш методи бошка методларга нисбатан катор афзалликларга эга булганлиги учун бундан суяк синишини даволашда кенг фойдаланилади. Тортиб куйиш усули синган жойни фиксация килиш билан бирга, 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 коидаларга риоя килиш зарур:

Тортиш, мушакларда спастик рекрация руёбга 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 урнига 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 усулга асос солган.

Сон суяги синганда спичани 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 туришга кон беради. Огирликнинг куп – озлиги беморнинг ёши, мушаклар вазминлиги ва синган суякларнинг силжишига боғлиқ.

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 килиб турилади. Суяк аниклари дислокацияси йукотилгаЧ огирлик аста – секин камайтирилади. Скелетдан тортишда албатта, инфекциядан эхтиёт булиш керак.

Функционал даволаш рекозичия ва имобинизация каби алохида ахамиятга эга.

Хозирги пайтда функционал даволаш комплекси харакатларни уз ичига олади ва синган суякни кайси усулда, яъни гипс, тортиш, операция даволашдан катъи 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 холатда котирилади. Бунда асосий антагонист мушаклар (букувчи, ёзувчи) хар хил кискарган булади. Оёк – кулнинг функционал – урта физиологик холати бугим амексизози ва суяк кисмларининг иккиламчи силжиши кузатилмайди. Хар хил бугим учун уртача физиологик холат хар хил.

Масалан: тос – сон бугими учун 300 ли букиш, тизза бугимида 1400 ли букиш. Товонда букиш 800 - 900 ли булади. Шу бурчакларни хосил килиши керак. Елка суягини котиришда кулни 600 - 700 танадан узоклаштирилади ва кулни 350 олдинга чиқарилади, тирсак бугимида 1000 - 1100 букилади. Унда факат бармоқлар ярим букилади, фалангалар 900 бурчакда котирилади. Билакнинг урта физиологик ҳолати пронация ва супинация орасида букилади. Гипс боғлаш ёки тортиш зарарланган соҳада тухтагилгач, массаж ҳамда ҳаракат машқлари бугимда бошланади. Бу даволаш усуллари суяк кавариги яхши катталашганлиги учун, аста – секин ҳаракат машқлари бальнеотерапия, физиотерапевтик усуллар билан олиб борилиши керак.

Суяк кавариги витаминлар, Са ва фосфор препаратлари, физиотерапевтик усуллар ёрдамида рағбатлантириб турилади. Овкатлар оксилларга, витаминларга бой булиши керак. Ҳозирги кунда синган суякнинг консолидациясини тезлаштириш учун модулланган доимий ёки импульси электр токидан, электромагнитли майдондан ва гиметнион лазер курилмалардан фойдаланилади.

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

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

Абсолют курсатмалар қуйидагилар:

Суяк синиши билан катта кон томирлари, нерв толалари, бош ва орқа мия, ички органлар шикастланиши мавжуд бўлса.

Нисбий курсатмага қуйидагилар қиради:

Янги синган суякларда:

Очик синиши

Майда парчаланиб синиши

Узиб олишнинг натижасида суяк синикларининг узокланиши.

Синган суяк оралигича тушиб қолган мушак, фасцияларни мослаштириш ва битишни қийинлаштиришига йул қуймаслик лозим.

Узилиб кетган суяк булақларини бир – бирига яқинлиги учун.

Сон суяги бўйиннинг медиан синиши

Сон суяги кундаланг синганда қисмларини репозиция қилиш ва уз жойида ушлаб қолиши қийин бўлгани учун уни даволашда

Бир вақтнинг узида қилинган ёки тортиш воситасида бажарилган мослаштириш муваффақиятсиз чиққанда.

Эски синишларда:

Консерватив даволаш фойда бермаганда.

Битмаган синишларда – жевдо – артрозларда.

Суяк нотугри битганда

Операция усули билан даволашга қарши курсатмалар:

Беморнинг оғир адови (шок, утқир кон йукотиш ва б.)

Умумий ва маданий инфекция.

Оғир ҳасталиклар (сил, хавфли усма)

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

Илизаров усулида синган суяк қисмлари орқали чорраха қилиб Қиршнер спецалларини утқизилади, уларни халкаларда муруплар ёрдамида ташқи томонидан иккита ёки бир қанча металл халкалар билан тортилади, уларни репозиция мақсадига қура 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 спицалари утқизилади ва ярим халқлар бирлашади.

Суяк оркали фиксацияда аппаратлардан келиб чиқадиган асоратлардан томир ва нерв таналарининг спица ва стержен утказилаётганда зарарланиши, даволаш жараёнида юмшок туқималарнинг йиринглаши, остеомиелит, реактив ёки йирингли артрит, суяк синикларининг иккиламчи силжиши, консонидациянинг кескинлашини, кейинги даврда бугим контрактураси, кон айланиши бузилиши кабилар кузатилади.

Остеосинтезда биомеханика конунига асосланиб, металл «чарчоги» хисобига металл конструкциясининг силжиши мумкин. Шунинг учун металл конструкциясини котиришда суяк цементдан фойдаланилади.

Суяк пластикаси. Бунинг учун тез фурсатда тайёрланган беморнинг суяк халкалари ёки консервация килинган ксено ва аллотрансплантатдан фойдаланилади. Суяк трансплантатларини бевосита суяк илик каналига ёки синган жойда махсус «арик»ча килиб куйилади. Баъзан суяк пластик операциялари бошка усуллар билан бирга олиб борилади: суяк каналига стержен киритилади, устидан эса трансплантат куйилади. сунгги йилларда янги ёки кайта курилган маълум бугимларни ташкил килувчи скелет фрагментлари мосламалари ишлаб чиқилган.

Сон суяги синганда клеммаларни киритиш учун оёк Беллер шикасига урнатилади. Клемманинг уткир кисмини киритиш учун белгиланган нукталар, 0,5% - новокаин эритмаси билан суяк усти пардасигача хар бир томони 10 – 15 мл дан инъекция килиниб огриксизлантирилади. Клеммалар, одатда, сон суяги думбокларидан бир мунча юкорирокда жойлашган сохага киритилади. Ёрдамчи шу жойдаги терини юкорига тортади, жарохат эса клеммаларнинг уткир учларини киритиш мулжалланган нукталарда уткир учли скальпел билан хар икки томондан, суяккача етиб борадиган катта кесмалар (0,5см) утказилади. Шу кесмаларга клеммаларнинг уткир учлари киритилади ва болгачани у ёки бу томондан енгилгина уриш билан улар 1 – 2см чуқурликка киритилади, шундан кейин клеммалар ёки вилет билан котирилади ва унинг мустахкамлигига ишонч хосил килиш мақсадида яхшилаб тортиб курилади.

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

Суяк булакларига тегишлича ишлов берилгандан кейин ва электр арра билан рекозичия килиб булинганидан сунг, дистал ва проксимон суяк булакларидакенг суяк пластиклари ва проксимон суяк булакларидакенг суяк пластиклари арралади, шу билан бирга катта пластика узунрок булакда киркилади.

Пластикаларни олиб ташлагандан кейин суяк юзасида узлуксиз тарновча хосил булади. Хосил булган тарновчага аввал синиш чизиги оркали утиб кетадиган узун суяк пластикаси ётқизилади, колган кисмига эса калта суяк пластикаси урнатилади яъни, трансплантатларнинг жойи узгартирилади. Пластикалар суякка кеткут ёки юпка суяк штифтлари билан бириктириб куйилади.

Очик синишларни даволаш.

Очик ёки асоратли синишларга тери ва синган жойнинг юмшок туқималари бутунлиги бузилиши киради. Бу холат синган жойнинг ташки мухит билан туташилишига воситачи булади ва синган сохага инфекция ривожланиши хавфини тугдиради. Шунинг учун бундай беморларни даволашда биринчи булиб, иложи борица эртарок 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, жарохатнинг чеккаси ва туби кесиб олинади. Суяк кисмларини бир – бирига тугрилаб, жипслаштирилади, жарохат тикилади, кул ёки оёк гипс лонгеталари билан тастакачланади, 1- 3 сутка утгач гипс лонгетаси циркуляр дарчали гипс боглами билан мустахкамланади ёки юкорида кайд килинган операция усули кулланилади.

Агар инфекция белгилари булмаса, жарохатни ишлашни 12, хатто 24 соатдан сунг хам бажариш мумкин. Унда бароварига махаллий ва умумий антибиотикотерапия утказилади. Анаэроб инфекцияга хавф булса, жарохат тикилмайди, очик колдирилади, факат гипс боглами 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. 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 Eururgical Disease he Miami Manual of Eurgeri cippincjt-Rowen Publisher 1998

Кўшимча 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 редакции 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

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.

Вакти – 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 жиҳозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШЎУЛОТИНИНГ 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-боскич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. -Очик жароҳатларга доир қандай атамаларни биласиз? -Очик жароҳатлар дейилганда нимани тушинасиз? - Очик жароҳатларда биринчи ёрдам қандай қўйилади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маълум қилинган баён этишида давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушуниришни давом эттиради . 2.3.Очик жароҳатлар тушунчаси , этиологияси , патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Очик жароҳатларда биринчи ёрдам қўйиши ; -Очик жароҳатларни тасниф қилиш нисбатларга асосланган; - Очик жароҳатларни сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча бериш; - Очик жароҳатларни диагностикаси ва даво усуллари айтиш.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтиди. Ўйлайди. Жавоб беради ва тўғри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳофаза қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қўлади, ёзилади. хар 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. 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 (пичоқ, шиша, теми ва ҲОҚ) таъсир қилганда пайдо бўлади. Жароҳатнинг теридаги чети текис, остидаги туқималарга одатда кам шикаст етади, жароҳат очик бўлади, қон тобора 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 оғир (болта, қончи ва ҲОҚлар) билан урилганда ҳосил бўлади. Остида ётган туқималарнинг анчагина шикастланиши қўйилади. Бирмунча секин битади.

Санчилган жароҳатлар санчадиган уткир буюмлар (бигиз, мих, найза ва ҲОҚлар) санчилишдан ҳосил бўлади. Жароҳатлар терида озроқ шикаст етиши ва ичкарида ётган органлар ҳамда туқималар (йирик қон томирлар, унка, юрак, жига рва ҲОҚлар) нинг қўпроқ шикастланиши билан характерланади. Ташқарига қон кам чиқади, бироқ қўпроқ жойлашган туқималардан қўпроқ микдорда қон қочиши мумкин. Бундай жароҳатлар қўпроқда

хавфлидир. Даво килишда ички органларга шикаст етган-етмаганлигини аниклаш мақсадида жароҳат каналини кенг куламда ревизия қилиш талаб этилади.

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

Урилган жаолхатлар бирорта тумтоқ бўюм (Таёқ, то шва хоказолар) билан урилганда пайдо бўлади. Улар юмшоқ туқималарнинг анчагина мажакланиши ва озроқ қонаши билан характерланади. Туқималарнинг оғир мажакланиши сабабли жароҳат четларининг қонсизланиши қузатилади. Инфекция осонликча қушилади, йирингланиш юз беради. Жароҳатни хирургик тозалашда яшаб қетмайдиган туқималарни батамом олиб ташлаш талаб қилинади.

Юлинган жароҳатлар уриб олинган жароҳатларга яқин туради. Одатда машиналар ва механизмларнинг ҳаракатланадиган қисмларидан вужудга 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 туқималарга анча шикаст етади. Жароҳат ҳамиша инфекцияланган бўлади. Кеч ва қуп асоратлар билан битади.

Уқ тқишидан юз берган жароҳатлар-уқ отадиган қуролдан зарарланиш натижасидир. Уқ, сочма уқ, снаряд парчаси қабилардан юз бериши мумкин. Жароҳатлайдиган снаряд, масофага ва хоказоларга қура турли-туман характерда бўлади. Уқ ёки снаряд парчасидан қуй берган жароҳатлар айниқса оғир кечади. Бу жароҳатлар тешиб утган, бунда жароҳатловчи бўюмтана қисмидан тешиб утиб, қириш ва қикиш тешиқлари бўлади (қириш тешиғи қикиш тешиғидан қичик) ва берк бўлади, Бунда қақат қириш тешиғи бўлиб, жароҳатловчибўюм туқималарда қолади.

Уқ тегишидан вужудга қелган жароҳатда қуйдагилар фарқ қилади: 1) жароҳат канали зонаси, унда некротик туқималариуқ парчаси, қийим парчалари қаш у қабилар бўлади; 2) шикастланган некроз зонаси, туқималарнинг механик ёки температура таъсирида шикастланиши натижасида ҳосил бўлади; 3) молеқуляр қилқиниш зонаси. Қузга қуринадиган узқаришлар қузатилмайди, бироқ шу участкада туқималар қаршилигини қасайтирадиган некробиотик узқаришлар учрайди.

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

Уқнинг неқогли ичкарига қиришига 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.

Тасодиқан юз берадиган ҳамма жароҳатлар, жумладан уқ текқан жароҳатлар ҳам бирламчи инфекцияланган ҳисобланади. Уқ текқан жароҳатлар, бундан ташқари туқималарга қуп шикаст етиши билан утади. бу эса уларнинг битиш шароитларини қийинлаштиради.

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

Инфекциянинг тушиш даражаси бўйича асептика ва инфекция тушган жароҳатлар фарқ қилинади. Иққиламчи инфекцияланган жароҳатлар-одатда операцион жароҳатлар бўлиб, нотугри парвариш қилинганда (медицина ҳодимларининг ёки беморларнинг айби) билан улар жароҳат пайдо бўлишидан бир неча соат ёки қун утқач инфекцияланиши мумкин.

Жароҳатлар яққа-яққа ва қуп сонли бўлиши мумкин.

Оқик жароҳатларнинг қлиник манзараси

Оқик жароҳатнинг қлиник манзараси оғрик, четлари очилиб туриши, қон оқиши ва гавданинғ 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 окиб чиқиши учун шароитлар (жароҳатни кесиш, дренажлаш, гипертоник эритмалар кулланиш) вужудга келтириш зарур.

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

Эпителизация фазаси жароҳат нуксонини беркитадиган эпителиал туқима ҳосил булиши билан характерланади. Айни вақтда грануляцион туқимадан чандикли туқима ҳосил булади. Актив ҳаракатлар, иссиқ муолажалар, мазь боғламлар кулланилади. Хар бир фазанинг давом қилиш муддати жароҳат характериға, даволаш методларига, организмнинг умумий ҳолатига ва инфекция борлигига боғлиқ.

Жароҳат битишининг қуйидаги турлари фарқ қилинади.

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

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

Иккиламчи тортилиб битиш-узок давом этадиган процессдир. (бир неча ҳафтаға 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 кон ва лимфа тук жигар ранг пуст (струп) ҳосил қилади. Пуст остида битиш процесси жароҳат регенерациясининг умумий принципи бўйича, бироқ бирмунча тезроқ боради, чунки пуст жароҳатни инфекциядан ва травмадан сакланадиган биологик боғлам вазивасини бажаради.

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

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

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

Жароҳатдаги яллигланиш экссудати йирингли характериға эға булади (қуп микдордаги лейкоцитларнинг қиқиши ҳисобиға). Берк жароҳатда йирингли модда туқималараро бушлиқлар бўйича тарқалиб, қатта йирингли қамғаклар ҳосил қилади.

Йиринглаган жароҳатларни даволаш йирингини окиб қиқиши учун қулай шароит яратиш ва антибактериал терапиядан иборат.

Жароҳатланганда биринчи ёрдам

Жароҳатланганда биринчи ёрдам қурсатиш неғизини кон оқишини вақтинча тухтатиш (боғлам, жугут) ва инфекция тушишининг олдини олиш (боғлам қуйиш олдидан жароҳат чеккаларига йод эритмаси суртиш) принципи ташқил этади.

Жарохата боғлам куйишда индивидуал боғлов пакетидан фойдаланиш тавсия килинади.

Вактинча кон тухтатиш ва транспорт иммобилизацияси тегишли булимларида баён этилган коидалар асосида бажарилади. Беморни даволаш муассасасига етказиш зарур.

Врач келгунча бериладиган ёрдами медицина хамшираси ёки фельдшер курсатади. Ходиса юз берган жойдан биринчи ёрдам тугри берилган булса, уни такрорлаш тавсия этилмайди ва беморни ихтисослашган даволаш муассасасига олибборилади. Борди-ю, биринчи ёрдам берилмаган ёки нотугри бажарилган булса, жарохат зонасини кенгрок очиш, жарохат чеккасидаги жунларни кириш ваш у ерга йод суртиш, куришиб турган ёт жисмларни олиб ташлаш, жугутни кайта боғлаш ва асептик боғлам куйиш зарур. Сунгра беморга кокшолга карши зардоб юбориш, уни эхтисослашган даволаш муассасасига жунатиш керак.

Жарохатларни даволаш

Жарохат юзасини тозалаш ва бирламчи чок солиш. Манипуляцияларнинг бу турларини кичикрок юза жарохатлари (лат ейиш, тери экскориацяси) булган беморларда ёки чеккалари текис. ифлосланмаган ва ичкарида жойлашган жарохатларда бажарилади.

Жарохат атрофидаги жунлар кирилади, териси бензин ёки спирт билан артилади ва йод эритмаси суртилади. Бемордафакат тери экскориацяси булса, асептик боғлам куйилади. Бундай холларда бактериацид таъсирга эга булган БФ- 6 елими ишлатилади ва боғлам куймаса хам булади.

Жарохатни брламчи хирургик тозалаш. Жарохатни юирламчи хирургик тозалаш ососида жарохат чеккалари, деворлари ва тубини соглом тукималаргача кесиш хисобига уни асептик жарохатга айлантириш принципи ётади.

Шикастланган соха ва унинг огир – енгиллигига караб бирламчи хирургик тозалаш махаллий ёки умумий огриксизлантириш остида утказилади. Ички томондан кетгут чок солиш ва терини ипак билан чоклашёрдамида жарохат чеккаларини бир-бирига якинлаштирилади. Жарохат чеккаларига антибиотиклар куйилади. Жарохатни бирламчи хирургик даволашни жарохатлангандан сунг дастлабки соатларда бажариш керак. Чукур камгаklar ва инфекция ривожланиш хавфи булганда жарохатни дренажланади, ёрдамчи чоклар солинади ва умуман чокланмайди, жарохатни эса асептик боғлам билан беркитилади. Яллигланиш ходисалари булмаганда 3-5 сутка утгач чок солинади (бирламчи тикилган чок). Жарохат йиринглаган холларда яллигланиш ходисалари тугагандан кейингина уни тикиб куйиш мумкин. Бу вақтга келиб жарохатда грануляциялар пайдо булади. Улар кесилади ва чок тикилади (иккиламчи тикилган чок).

Юз, тил, кул панжаси жарохатланганда, яъни кон таъминоти яхши сохаларда жарохат чеккалари минимал даражада кесилиб, чоклар солинади ва зарурат булганда, иммобилизация килинади. Жарохатни бирламчи хирургик тозалашдан сунг у нормал битаётганда чоклар 7-8 суткада сугириб олинади.

Йирингли жарохатларни даволаш. Жарохатларни хирургик тозалаш ва уз вақтида килинмаса ёки етарлича сифатли утказилмаса, йирингланиш бошланади. Клиник жихатдан у жарохат чеккаларининг кизариши, хам махаллий, хам умумий температуранинг кутарилиши, беморнинг умуман лохас булиши, жарохат зонасининг росман огриши билан характерланади (гидратация фазаси). Шу мақсадда, илгари чоклар солинган булса, уоарни сугириб олинади ва йирингли камгаklar кесилади.

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. 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 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/ Hirurgiyu1070.1997 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

Куйиш шикасти ва куйиш касаллиги. Иссиклик 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

Вакти – 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 усуллари 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. Иссиклик 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 максоди, ўқув машғулотида қўйилган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини 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 мавзунини тушуниришни давом эттиради . 2.3. Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида тушунчаси , этиологияси , патогинези, 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, патогинези 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. хар 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 – ташқи қуриниши ва анатомик чуқурлигига қараб. Шу классификацияга мувофиқ 4 та даража ажратилади.

даражали куйиш юз берганда тери кизариб, туқималарнинг шишиб кетиши кузатилади. Бунда факат эпидермис зарарланади.

Даражали куйиш – тери эпителиясининг оғирроқ зарарланиши аммо унинг сургичсимон қаватининг сақланиб қолиши билан характерланади. 1-даражали куйиш вақтида белгилаб яққолроқ қуриниши билан бир қаторда эпидермис пайдо бўлган ва сероз суюқлик билан тулган пуфакчалар кузатилади. Жароҳатловчи агентнинг температураси ва таъсирининг давом қилишига қараб бу 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 хатто 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% ташқил қилади).

2. Туккизлик усули. Бу қоида буйича қалла юзаси ва буйи 9% ни ташқил 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 ташқил қиладиган булақларга (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 кузатилади. Бу қуйишда қупинча юз ва буйин 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. Қуйиш 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 кузатилади. Агар қуйиш чуқур бўлиб 10% дан ошса қуйиш қасаллиги қелиб қикади.

Қуйиш қасаллиги.

Қуйиш қасаллигининг 4 та даври бўлади:

Шок

Токсемия

Септикотоксемия

Роконвалесценция

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

Қуйиш қасаллигининг иккинчи даври. – утқир қуйиш токсемияси-жароҳатнинг йиринглаши ва иситманинг билан характерланади. Қуйишдан 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, алахсираш, 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 булади.

Огир ва уқп жойни ишгол 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 узгаришлар 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 булиб, 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 юйлашган тукималар улганлиги туфайли бундай куйиш кеч битади.

Куйишларни даволаш.

Куйишнинг даволаш тадбирлари ходиса юз берган жойни узидек бирнчи 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 киришига йул қуймаслик зарарланган кишини даволаш муассасаларига олиб боришдан иборат.

Беморда шок булса, дарҳол уни йукотиш чоралари курилади. Шундан сунг қокшолга қарши зардоб киритилади, 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 малхами, стрептоцид ва пнициллин малхамлари) қуйиб боғлашдан иборат.

Очик даволаш усули икки хил: а)қуйган юзапни ошловчи моддалар билан ювмасдан б)қуйган юзада қагуляция қилувчи препаратлар ёрдамида қобик ҳосил қилиш йули билан қулланади.

Ошловчи препаратлар қулланмай даволанган беморнинг қуйган жойи ишлагандан кейин у стерил қойшаб ёзилган қароватда стерилланган қойшабларда қилинган қаркас остида етқайлади. Электр лампалари воситасида яра юзаси қуриб, қобик ҳосил қилгунча 23-25 даража иссиқлик ушлаб турилади. Ҳосил булган қобик остида яра тузала бошлайди. Қобик остида йиринг йигила бошласа, қобик олиниб епик услубга утилади.

Ошловчи моддалар қуллаб очик усулда даволаш. Очик даволаш усули қулланганда анча микдорда йукотилиб, қуйган жойда инфекция ривожланиш ҳавфи 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 максадида 5% ли глюкоза эритмаси, гемодез, неокомпенсан, куп суюклик берилади. Хафтада икки-уч марта кон, плазма ёки 500-700 мл гидроизольатор 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.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 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/ Hirurgiyu1070.1997 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

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 машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг 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, инфкциянинг олдини олиш усуллари. 7.Уткир йирингли инфекция клиникаси ва патогинези хакида тушунча. 8.Уткир йирингли инфекция диагностикаси ва даволаш усуллари хакида тушунча. 9. Уткир йирингли инфекция кузатиладиган асоратларни олдини олиш.
Ўқув машгулотининг максади: 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 асоротлари хакидаги 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 услуги 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 hozirги кунда кечиш хусусиятлари, олдини олиш ва даволаш муаммолари. Макроорганизмнинг микроорганизм билан умумий биологик муносабати. Уткир йирингли инфекция кузгатувчилари, Махаллий ва умумий даволашнинг асосий принциплари, инфекциянинг олдини олиш усуллари. Йирингли касалликларни айрим турлари: чибкон, хуппоз, гидраденит, флегмона, абцесс, сарамас, диагностикаси, даволаш усуллари. мастит, милкак, кафт флегмоналари: клиникаси, кечиш, даволаш. Даволашнинг hozirги замонавий усуллари – лазер ултратовуш, озон ва бошқаларга таъриф.	
1-боскич. Кириш (10 мин.)	Ўқитувчи 1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув маъмулидан қўйилган натижалар маълум қилинади.	Талаба 1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. -Жаррохлик инфекциясига доир қандай атамаларни биласиз? -Жаррохлик инфекцияси дейилганда нимани тушунади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маълум қилинган баён этишда давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушуниришни давом эттиради. 2.3. Жаррохлик инфекцияси. Уткир йирингли инфекция ва унинг айрим турлари, тушунчаси этиологияси, патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Жаррохлик инфекцияси таснифи нимага асосланган; -Жаррохлик инфекцияси сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча бериш; -Жаррохлик инфекцияси диагностикаси ва даво усуллари айтиш.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтилади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳофаза қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қилади, ёзилади. 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: “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 ўз ичига олади; бу касалликларга одатда, жаррохлик йули билан комплекс даво қилади. Организмнинг физиологик функциясига, ташқи таъсирга иммунобиологик жавоб бериш қобилиятига ва қаршилиқ қўлатишига салбий таъсир қўлатувчи ташқи муҳитнинг турли-туман омиллари ёки имконият яратади. Касалликнинг авж олишида касаллик тўғдирадиган микроблар қатта рол ўйнайди. Хирургик инфекцияни кузгатувчи микроблар афтоҳ – муҳитда ҳам, инсон бадани сиртида ҳам, шунингдек, нафас олиш йуллари ва ичаклар бушлигининг шиллик пардасида ҳам мавжуд. Улар организмга кириш дарвозаси деб аталувчи тери ва шиллик пардаларнинг шикастланиши туфайли ёки нафас

олиш, меъда – ичак ва таносил йуллари оркали тушади. Организмга тушган микроорганизмлар микдори канчалик куп, улар канчалик вирулентли ва организмнинг ташки таъсирига каршилиқ курсатиши нечоғлиқ заиф булса, хирургик инфекциянинг ривожланиш эҳтимоли шунчалик куп булади.

Йирингли яллиғланиш касалликлари ва жарохат инфекцияси неча-неча асрлардан буён умумий жаррохликнинг асосий муаммоларидан бири булиб келади ва шундай булиб қолмоқда. муаммонинг муҳимлиги факат йирингли касалликлар буйича яратилган асосий қулланмалардагина (В.Ф. Война-Ясенецкий, 1956; В. И. Стручков ва бошқа муаллифлар, 1984) эмас, балки йирингли жаррохликнинг алоҳида мустақил бўлим қилиб ажратилиши (шу жумладан, хирургик касалликлардан махсус бўлимларнинг ташкил этилиши) билан ҳам таъкидланади. Шунини унитмаслик керакки, хирургик инфекция кенг тарқалган булиб, у хирургик касалликлар умумий микдорининг 1/3 дан купроғини 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 купайиши даражасини сезиларли равишда камайтиришга имкон яратади. Чамаси, муаммо деярли ҳал қилингандек эди. Аммо кейинги йиллардаги кузатувлар шунини курсатадики, антибиотикларни асосланмаган ҳолда кенг қуллаш, шунингдек кишлоқ хужалигини қимёлаштириш сабабли микроблар реактивлигининг узғариши антибиотикларнинг фойдали эканлигига булган ишончни оқламади. Касаллик кузгатувчи инфекция янги, ноқулай шароитларга мослашиб, антибиотикларга қарши резистентликни анчагина тез вужудга келтиради. Антибиотикларга чидамли Янги микроблар штамлари пайдо булади. Натижада жаррохлик йули билан даволашни талаб қилувчи йирингли яллиғланиш касалликлари купайганлиги қайтадан эътиборни узиға жалб қилади. Шу сабабли ҳозирги кунда ҳамма ҳуди илгарилари булганидек, хирургик инфекция клиникада энг муҳим муаммолардан бири ҳисобланади.

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

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

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

ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ ТАСНИФЛАШ

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

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

Жраённинг чекланиб олиниши буйича хирургик инфекция тер ива шиллик пардаларнинг йирингли инфекциясига, кукрак кафаси ва упканинг йирингли инфекциясига, бош ва бош миянинг юмшоқ туқималари инфекциясига, корин пардаси ва корин бушлиги органларининг йирингли инфекциясига, суяк ва бугимлар инфекциясига ва хоказоларга ажратилади.

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

1. Уткир хирургик инфекция.

1.1. Маҳаллий туқир хирургик инфекция:

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

1.2. Умумий хирургик инфекция:

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

2. Сурункали хирургик инфекция:

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

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

УТКИР ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯЛАР. УТКИР НОСПЕЦИФИК ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯ.

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

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

Аэродлар. стафилококклар (*Staphylococcus aureus* S. *Epidermises*, S *saprophytikus*) 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. agalactice*) Янги тугилган чакалокларда (упка труктурасини узгартирадиган сепсис) ва бошка болаларда (менингитлар, остеомиелитлар) огир инфекцияларни келтириб чикаради; В – гемолитик С - стрептококк (*Str. equisimilis*, *str. Zooepidimii*.) асосан хайвонларда касаллик касаллик кузгатувчи хисобланади; В-гемолитик в- стрептококк (*Str. 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 чиккан 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, жароҳатли кизилча ва бактериал эндокардитни келтириб чиқариши мумкин; сиафилококк 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 килмайди. бурун, огиз, томок бушликларида ва юкори нафас йулларида учрайди. Улар купрок пневмония (зотилжам) кузгатувчилари хисобланади; болалардаги перитонитлар (пневмококк перитонити) чогида, шунингдек, мастоидитларда, урта кулок яллигланишларида, менингитларда, йирингли артритларда кам учрайди.

Гнококклар сузак касаллигини кузгатувчилар хисобланади, бироқ баъзан улар уткир хирургик касалликларни 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 кисмида ва кийим- кечакда куп микдорда учрайди, у аэроб, худди шунингдек, анаэроб шароитларида ҳам мавжуд булиши мумкин. корин бушлиги аъзоларининг йирингли касалланишида катта рол уйнайди. ичак таёкчаси тукумаларининг чириб парчаланиши вужудга келтиради, аппендициъ (куричак) ёки диффузион (таркок) перитонит юз берганда айникса хавфли кузгатувчи хисобланади. Агар ичак таёкчаси стафило-ёки стрептококк инфекциясига кушилса, беморнинг ахволи сезиларли даражада ёмонлашади, сепсис холати юз беради, айни пайтда, тери, тери ости клетчаткаси, мушаклар ва фасциялар (мушаклар устидаги пардалар) чириб жонсизланади.

Протей турлари (*Proteus vulgaris*, *Pr. mirabilis*, *Pr. morganii* *Pr. inconstans*) ташки мухитда, шунингдек, огиз бушлигида ва ичак йулларида кенг таркалган. Мазкур кузгатувчилар келтириб чиқарган йирингли жараён юмшок тукумаларнинг чириб жонсизланиши билан кечади. Сийдик чиқариш йуллари, жароҳатларда 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 йулар инфекциясини келтириб чикаради. *Enterobacter cloacae* холицисларда (ут пуфагининг яллигланиши), *Ent. species* сепсисда аникланади. *Serratia marcescens* туридаги бактериялар аввало химоя реакцияси паст булган беморларда сепсис келтириб чикаради.

Кукрак йиринг таёкчаси (*Pseudomonas aeruginosa*) терида, 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) кобияти 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 хосил килмайдиган кузгатувчи грам мусбат турлари (*Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Lactobacillus*) ва грамманфий турнинг *Fusobacterium* (*F. Nucleogenes*, *F. necrophorum*) вакиллари. Спора хосил килувчи грам мусбат анаэробларнинг вакили клостридиялардир (*Clostridium difficile* 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 аниклаш мумкин. Уларни устириш учун махсус ва мутлоқ анаэроб шароит талаб қилинади.

МУХАЛЛИЙ УТКИР ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАР

1. ТЕРИ ВА ТЕРИ ОСТИ ЁГ КАТЛАМИНИНГ ЯЛЛИГЛАНИШИ КАСАЛЛИКЛАРИ

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

Клиник манзаралари. Соч асосан атрофида деярли огрик 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 холда сурункали кечадиган шикастланишлар юз беради. Бундай касалликга ёркин мисол-соколдаги сикозидир.

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

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

Патологоанатомия манзараси. Дастлабки боскичда соч халтачасида маддали думбокча пайдо бўлади. унда нерофил лейкоцитлар, стафилококклар ва фибрин бўлади. Инфекция тарқалишига кура терининг йугон катламига тушиб, уша ерда некроз учокли тукумаларнинг йирингли инфильтрация (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 хафта давомида грануляцион тукума билан тулиб боради ва чандик хосил бўлади.

Клиник манзараси. Аввалига тери кичишади, кейин билинар-билинемас оргик пайдо бўлади. Соч халтачаси ёки ёг бези атрофида кизариш уртача катталиқда шиш пайдо бўлади. Мазкур симптомлар 1-2 кеча-кундуз давомида ривожланади. Кейинчалик яллигланиш юз берган жойдаги терининг ранги кукиш-ок кизил тус олади, инфильтрат катталашади, огрик зурайиб боради. Яллигланиш учоги марказида йирингли пуфакча юзага келади. Йиринг туфайли халок бўлган тукумаларда некротик ук (узак) ривожланади. Биринчи хафтанинг охирида ичида йиринг тупланган пуфакча ёрилади, йиринг у билан бирга эса некротик ук ҳам чиқиб кетади. Анна шундан сунг инфильтрация ва шиш пасаяди, аста-секин огрик ҳам қолади. Чипкон купинча беморнинг огир холатда булиши билан кечмайди. Тана харорати одатда субфебрил бўлади, лекин 39-40 даражага ҳам кутарилиши мумкин.

Одамнинг юзига, айникса, устки лаби соҳасига чиккан чипкон хатарлидир, чунки яллигланиш учогидан инфекция бош суягининг веноз синусларига таркалиб кетиши, юз веналари тромбозини келтириб чиқариши, мия пардаларини яллиглантириш ва охир оқибатда беморни улим ҳолатига олиб бориши мумкин. Юз веналарининг тобора купайиб боровчи тромбофлебити одатда чипконни сиқиб, йирингини чиқриб юборишга уриниб курилгандан сунг ривожланади. Бундай ҳолда инфекция мия синусларига юз веналари синусларига юз веналари системасидан таркалади. Юзидаги шиш катталашади, ҳарорат кутарилади ($40-41^{\circ}\text{C}$), бош каттик оғрийди, энса мушаклари «қотиб» қолади, қуриш қобилияти бузилади.

Чипкон асоратлари биринчи навбтда прогрессив лимфаденит, флегмона, йирингли артрит, сепсис ва шоклар бўлиши мумкин.

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

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

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

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

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

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

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

Патологоанатомик манзараси. Тер ива тери ости клетчаткасида бир неча соч ҳалтачаларини ҳамда ёғ безларини ураб олган инфилтрат пайдо бўлади. Қон айланишининг бузилиши юз беради, туқима қон қуламда некрозга учрайди ва бу

чипкондан фарк килиб, барчат ери ости тукумаларининг камраб олади. Некроз зонасида йиринг пайдо бўлиб, бир неча соч халтачалари тешиги оркали ташкарига ажралиб чиқади. Кейин некрозга учраган тукумалар бир-бири билан бирикиб, катта вулкон огзига ухшаш ёрик аста-секин грануляцион тукума 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 чиқа бошлайди. Айрим туйнукчалар бир-бирига кушилиб кетади, яллигланиш жараёни чуқурлашиб, муайян мушак устидаги пардагача етиб боради. Жараён куплаб йиринг оқиши ва некротик тукумаларнинг тушиб кетиши билан кечади.

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

Дифферинциал диагнози. Карбункулни чипкондан, куйдиргини карбункулдан, ел ейишдан, яра килиб юборадиган хавфли усмадан фарклаш лозим.

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

Чипкондан фарк килиб, карбункулда купинча жаррохлик йули билан даволаш кул келади, айниқса бу даъво 2-3 кеча – кундуз давомида дори-дармонлар билан даволаш етарлича наф бермаганда ва беморнинг ахволи бояги огирлигича колган холларда уринли булади. Умумий огриксизлантириш билан карбункулдан то мушак устидаги пардасигача гир айлантриб ёки хочсимон килиб яра кесилади. Некротик тер ива юмшок тукумаларнинг хаммаси то соглом хойгача киркиб олинади. Гипертоник эритма, фурацилин билан йирингдан тозалангач Вишневский мази суртилган тампонлар хар 2 кеча-кундузда алмаштриб турилиши лозим. Протеолитик ферментлардан фойдаланилади. Некротик тукумалар. шунингдек, 25% салицил кислота кристаллари таъсири остида 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 инфилтрати пайдо булгач, тери беи некрози юз бериши билан йирингли яллигланишга дучор этади.

Клиник манзараси. Гидраденит купрок култик сохасида, жинсий ва перианил 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 ултйрабинафша терапия, УВЧ ни кулаш, новакаин – ампицилинлинли инфилтратион блокадалар наф беради. Хул компресслари тугри келмайди, ялигланиш кушни тер безлари таркалади. Даво килишда кам дозалардаги рентгенотерапиядан фойдаланиш мумкин, антибиотиклар сульфаниламидла билан бирга кушилиб кулланилади. Абсцесси пайдо булган холларда кесиб, ёрилади (Инцизия ва йирингли жароҳатлар терапиясининг умумий кабул килинган принциплари асосида даво килиш давом этирилади. Синтомицин эмульсиясидан боғловдв фойдаланиш мақсадга мавофикдир.

АБСЦЕСС (ХУППОЗ) Туқималарда чекланган холда йиринг туқланиб туришига абсцесс

(abscessus) дуиладт. 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 туқимага тугридан-тугри, лимфоген ёки гематоген йулар билан (метастатик абсцеслар), шунингдек, ялигланишнинг кушни туқималарга таркалиши билан утади, маслан бунга урта кулок йирингли ялигланганда 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 ялигланиш натижасида туқималар емирилади. Бу эса, уз навбатида, ичида йиринг, емирилган туқималарнинг элементлари, микроблар ва уларнинг токсинлари булган бушлик юзага келади. Абсцесс атрофида бириктирувчи туқимадан иборат ташки ктлам ва гануляцион туқимадан иборат ички катламдан ташкил топган абсцесс капсуласи юзага келади (пиоген мембранаси). Ушбу капсула ёрилган такдирда йиринг абсцессдан ташкарига тушади, бу эса турли асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Кейинчалик абсцесс бушлиги грануляцион туқима 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 етади, 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 ялигланишнинг ҳамма белгилари сезилмайди.

Давоси. Дастлабки даволаш даврида абсцессни чегаралаш мақсадида: иссик муолажалар (иситувчи компресслар, грелка, соллюкс, УВЧ) ва тинчлик режими кулланилади. Флуктуация аниқланган ҳолларда 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 бўлиши лозим. Дренаж учун докадан килинган тампонлардан, турли улчовлардаги полихлорвинил килинган тампонлардан, турли улчовлардаги полихлорвинил найчалари ёки резина кулкоп дренажлардан фойдаланилади. Шунинг унитмаслик керакки, кон ва йирингни узиға сингдириб олган томонлар, ҳудди тикин каби, жароҳатдан оқиб чиқаётган суюқлик учун утиб бўлмас бир тусикка айланади. Шунинг учун улар ҳар куни, баъзида 12 соатда икки марта алмаштирилмоғи лозим. Тампонлар ва дренажлар жароҳатда то ундан йиринг бутунлай ажралиб чиқмагунча туради. Маҳаллий жойға протеолитик ферментлар юборилади.

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

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит. Таснифи, келиб кичиш сабаблари, таъхиси, 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 максади: 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 МАШЎУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқишла р, вақти	Фаолият мазмуни. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит. Таснифи, келиб кичиш сабаблари, ташхиси, даволаш усуллари ва асоратлари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. <i>Мавзу, унинг максоди, ўқув машғулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. <i>Талабалар этиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</i> -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит доир қандай атамаларни биласиз? -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит дейилганда нимани тушинасиз? 2.2. <i>Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</i> Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради. 2.3. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит турлари, тушунчаси этиологияси, патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит таснифи нималарга асосланган; - Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит 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. <i>Мавзуга яқун ясайди ва талабалар этиборини асосий масалаларга қаратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Шикастланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ ҚИСМ. Иликнинг яллигланишида (остеомиелит) йирингли жараён суякнинг ҳамма зоналарини – илик, суяк туқимаси қатлами (остит) ва суяк устки пардасини (периостит) қоплаб олади.

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

Суяклар очик синганда микроблар туммаларнинг тугридан-тугри қасал юктириши ёки суякнинг жароҳатланиши (уқ тегиб синиши, юмшоқ туқималарнинг қенг қуламда

жарохатланиши) 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 тукумалар 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 тақдирда хам, оксилнинг парчаланишини келтириб чикариши мумкин. Остеомиелитнинг ривожланишига имкон яратадиган бошка омиллардан гиповитаминозларни, организм катик чарчашини, 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 тукума 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 тукума билан куршалган булиб, куплаб йиринг ва суяк аутолизи махсулотларига эга секвестрация бушлигида жойлашган.

Вакт утиши билан йиринг юмшок тукумаларни 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, куйидаглар 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.

Касалликниг 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 булади. Субпериостеал абсцесс теридан ёриб чиқиши мумкин, бунинг натижасида йиринг ажралиб чиқади ва окма яра пайдо булади. Буморнинг ахволи сезиларли равишда яхшиланади. Жараённинг тарқалишига йул қуйилмаган холларда бугин яқинида артрит пайдо буганлигини 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 хафтасида рентгенда текширилиб курилганида суяклардаги узгаришлар одатда аниқланмайди. Касалликнинг 3 – хафтасидан бошлаб, улар суяк усти (периостит) йугнолашуви, кортикал катламининг уроксимон катлами, яллигланиш учогидаги котурларнинг кертиклиги тарзида аниқланади. Суякнинг говакли (остеопороз) яллигланиши деб аталувчи манзара юз беради.

Типик холларда 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 холларда суяк трепанацияси утказилади ва суяк каналини ювиш учун ирригаторлар киритилади.

Жароҳатга бир неча кун давомида энг юқори 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 холатларда инцизио утказилади, суяк устки пардасининг остки абсцесси ёрилади, илик канали трепанация қилинади ва йирингли бушлик кенг куламда 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 булади. Инфекция ташки муҳитдан утади. Дастлаб яширин утади. Жароҳатланган жойда суст грануляция, окма яраларнинг пайдо булиши эхтимоллиги, шиш, ора-сира такрорланиб турадиган флебит ёки лимфангит аниқланади. Беморнинг ахволи аста-секин огирлашиб боради, камконлик (анемия) ривожланади, харорат кутарилади.

Ташки омилдан бевосита иликли суякнинг уст пардасига утган йиринг суяк5нинг 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 булмаган суяклар тушиб кетади, яъни секвестрланади.

Остеомиелит пировардида сокта бугимлар, анкилозлар, кантрактуралар пайдо булиши 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 вақтида 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. Окма яралардаги ҳолат булган майда-майда булган суяк парчалари билан бирга йиринг суюқлик чиқиб туради. Кейин қасалик тез-тез қайталаниб турадиган (рецидивлик) хусусиятга эга. Орalik даврида (ремиссия даврида) беморнинг аҳволи мутлақо коникарли 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 каттик оғрик пайдо бўлади, тана харорати кутарилади, юмшоқ туқималар флегмоаси авж олади,окма яраларининг кузи очилади. Йиринг суюқлиги чиқиб, бемор узини яхши ҳис қилади. Қасллик иккинчи марта зурайганда маконидаги мушакларда терининг атрофияси кучаяди. Эт суяққа бориб такалади, битмайдиган окма яралар пайдо бўлади, бугимлар қийинлашади. Кичик органлар амелоид дегенариция авж олади.

Хроник остеомиелит дагностикасида рентгенологик муҳим роль уйнайди. Рентгенограммада турли катта - кичикликдаги ва шаклидаги секвестрлар мавжуд булган суяк бушликлари кузга ташланади, шунингдек, суяк усти пардаси реакцияси ва суякнинг компакт катлами склерози кузатилади. 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, остеодистрофия ва суяк саркомаларидан фарклаш зарур.

БИРЛАМЧИ ХРОНИК ОСТЕОМИЕЛИТ Бирламчи остеомиелитнинг уртача уткир ёки хроник яллигланиш тури бўйича утадиган купдан-куп турлари учрайди (физиотерапевтик). Қасалликни кузгатувчилар – микробларни кам вирулентли турларидир.

БРОДЕ АБСЦЕССИ. Суякнинг булутсимон метафиз (қисмида) қаватида пайдо бўлади ва уткирга яқин кечадиган остеомиелитнинг чекланган тур-хилларини (эслатади) ташкил қилади. Бу қаслликда бугим яқинида думалок бушлик юзага келади, унда кам вирулентли микроблар билан йиринг бўлади. Абсцесс сиртда, қалин капсула ичида бўл\лади, беморлар нисбатан қамроқ шикоят қиладилар. Рентгенограммаларда суякдаги думалок бушлик кузга ташланади.

Жаррохлик йули билан даво қилинади. Суяк трепанацияси қилинади, йиринг чиқариб юборилади, бушликка пломба қуйилади. Операциядан кейинги даврда антибиотикотерапия қулланилади.

АЛЬБУМИНОЗ ОСТЕОМИЕЛИТ (Гарренинг склерозловчи остеомиелити). Суяк ва суяк устки катламлари билан бир вақтда содир бўлади: захм периоститига ухшашлиги бор. Жараён одатда яхши кечади, секвестрлар пайдо бўлиши кузатилмайди. Даво қилишда асосан физиотерапевтик тадбирлардан балчикли аппликациялар 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-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

Кўшимча 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 редакции 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

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

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг 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 – Сепсис да кузатиладиган асоратларни олдини олиш.
Ўқув машгулотининг мақсади: Талабаларга умумий йирингли инфекция – Сепсис уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усуллари 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 асоратлари 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 машғулотида қўйлаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. -Умумий йирингли инфекция – Сепсисга доир қандай атамаларни биласиз? -Умумий йирингли инфекция – Сепсис дейилганда нимани тушунаси? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради. 2.3. Умумий йирингли инфекция – Сепсис турлари, тушунчаси этиологияси, патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Умумий йирингли инфекция – Сепсис таснифималарга асосланган; - Умумий йирингли инфекция – Сепсис сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча бериш; - Умумий йирингли инфекция – Сепсис 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, ёзади. ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.
3-босқич. Якуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқин ясади 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 ҚИСМ. 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 ҳосил. Хирургик сепсиснинг ривожланишида инфекция тушиш дарвоҳаси ва бирламчи септик учок муҳим урин тутати. Бу касалликда узига ҳос патологоанатомик ўзгаришлар қўзғатилади.

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

Этиологияси ва патогенези. Турли микроблар: стафилококклар, стрептококклар, энтеробактериялар, анаэроблар ва замбуруғлар ҳам сепсис касаллигига сабаб бўлилади. Қўпинча турли инфекциялар: микробларнинг турли хил ассоциациялари қўзғатилади. Ҳизр стафилококклар антибиотикларга нисбатан қўчдамлироқ ва грамманфий

таёкчалар хисобланади. Улар касалларнинг 80 % ортигида учрайди. Сепсисда муайян яширин давр кузатилмайди. Касаллик патогенезида куйидаги 3 асосий компонент муҳим урин тутати: 1) микробиологик омил (сепсис кузагувчи); 2) инфекция кирадиган дарвоза (бирламчи яллигланиш учоги) ва 3) организмнинг реактивлиги, унинг аллергизацияси ва сепсисбилан алоқасидир. 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 (стафилококклар, 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 тутати. Стрептококкларга уларнинг фибринолизга қобилиятли эканлиги ҳосилдир. Улар туқималарга урнашмайди ва камдан-кам ҳоллардагина тананинг бошқа қисмларига етиб боради. Стафилококклар эса фибрин ажратиб чиқариб, туқималарга осонгина тушади. Микроб токсинлар сепсиснинг пайдо бўлишига ката роль уйнайди.

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

Маҳаллий йиринглаш жараёнлари (чипконлар, абсцесс, панариций, тромбофлебитлар, остеомиелитлар ва б.

Жароҳатлик айниқса асептика ва антисептика қоидалари бузилгандан келиб чиқадиган жароҳатлар инфекциянинг кириш 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 кириш дарвозаси вазифасини утайди. Сепсиснинг крептоген турида инфекциянинг кириш дарвозаси ханузгача аниқланмаган.

Яллигланишнинг бирламчи учоги сепсиснинг ривожланишига ката таъсир қурсатади. 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 кичрайдиган ёки мутлақо йуқолиб кетади. Касаллик яшириш кечганда сепсиснинг ривожланишига сабаб бўладиган бирламчи учокка таъсир қурсатиш лозим. Организмнинг тушган инфекция ва унинг токсинларига жавоб реакцияси бирмунча мураккаб хусусиятга эга. Масалан, сепсисбилан алоқасида бемолрларда қуриладиган дастлабки сепсис қучли аллергик 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 ўзгаришларга 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 қурилишида ёки лимфатик тусик орқали қон оқимида утади.

Яллигланиш учоги атрофидаги туқима тусигининг химоявий функцияси вакт утиши билан қайта тикланади ва кейинчалик яна микробларнинг қонга утишига тусқинлик вазифасини бажариши мумкин. Бактериологик сепсисни жараён авж олган босқичда юқори ҳарорат ва совуқ қотиш кузатилганда қони экиш йули билан исботлаш мумкин. Парчаланган туқима маъсулотлари жараён авж олган босқичда юқори даражада биологик фаол моддлар (гистамин, серотонин, протеолитик ферментлар)га эга бўлади ва сепсиснинг ривожланишига имкон беради. Туқима гипоксия ва аноксия зурайиб боради, натижада

септик шок манзараси ривожланиши мумкин. Сепсисда организмнинг сенсбилизацияга жавоб реакцияси уч хил булиши мумкин.:

Нормергик реакция, бу реакцияга яллигланишнинг яккол ифодаланган манзараси хос булиб, сепсис одатда йирингли метастазлар куринишида кечади;

Гиперергик реакцияга тезкорлик ва шиддатли хусусиятга хос булиб, купрок деструктив ва дегенератив узгаришлар билан давом этади, йирингли метастазлародатда кузатилмайди;

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 вақт хам тасдиқлавермайди. Йирингли тромбозлар ва перифлебозлар, тукумаларнинг йирингли парчаланиши, тукумаларга ва органларга хаддан ташкарикуп кон куйилиши, ички аъзоларда дегенератив узгаришлар, шунингдек, асосан (иккиламчи метастазлар билан кечган холларда) тери ости бириктирувчи тукумасида, аъзоларда ёки бушликларда купдан-куп абсцесслар аникланади. Улим юз бериб бемор жасади дархол чирий бошлайди, гемолиз ва тукумалар имбибияси 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:

Кузгатувчиларнинг турига кура – стафилококкли, стрептококкли, колибацилляр, анаэроб, бактероид сепсис;

Пайдо булишига кура – жарохатли, операциядан кейинги, ички (масалан пневмония, ангина) ва криптоген сепсис;

Кириш дарвозаси ёки бирламчи учогини бартараф этиш усулига кура – хирургик, гинекологик, отоген, одонтоген, киндик сепсиси;

Клиник жихатдан утишига краб – яширин тезлигида, уткир, кайталаниб турадиган, сурункали сепсис;

Авж олиш вақтига кура – дастлабки ва сунгги боскичдаги сепсис;

Организмнинг реактивлигига кура – гиперергик, нормергик, гиперергик ёки анергик сепсис;

Инфекция учогининг кай даражада мавжудлигига кура – бирламчи ёки криптоген ва иккиламчи сепсис;

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 касалликлар 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 метастазлада махаллий намоён булиши билан боғлиқ.

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

Юкумли касалликларнинг яширин даври тугагандан кейин касаллик аломатларининг пайдо булиш (прадамал) даври бошланади. Бу даврда беморнинг ахволи огирлашади: кузлари киртайиб, юзи кизаради, у тез-тез терлайди, азойи бадани кақшаб огрийди. Кейинчалик касалликнинг авж олишига караб беморнинг ташки куриниши хам узгаради:

кузлари хира тортади, териси оқиш кукумтир тусга киради (цианоз), сариқ касаллиги пайдо булади. Баданга жуда майда туқ кукумтир доғлар тошади (петехия).

Умумий симптоматика огир юкумли касаллик пайдо булганидан далолат беради. Беморнинг боши огрийди, у қусади, уйқуси бузулади, эс хуши кирарли- чиқарли булиб қолади, септик шок руй берганда бемор хушидан кетади.

Харорати баланд, хатто 39-40% даражагача кутарилади. Хароратнинг эгри чизиги уч хил: доим юкори (39-40⁰ C), узгариб турадиган ва тулқинсимон булади. Агар сепсис метазтаз бермасдан кечса (септицемия) харорат юкори булади. Бироқ харорат кун буйи анча узгариб турадиган, яъни метазтаз бериб кечадиган сепсис (септикотоксемия)дан фарқ қилади, бунда узгаришлар юз бермайди, яъни метазтазалар пайдо булганда харорат сезиларли даражада кутарилади ва беморнинг азойи бадани қакшаб огрийди. 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 булади.

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 булади. Гоҳо шишлар пайдо булиб, тромбофлебитлар ва ётоқ яралар ривожланади.

Қон манзараси қонликнинг ортиб бориши, ЭҚТнинг ошиши (30-60мм/с), қон формуласининг чапга сурилиши сабабли лейкоцитлар сони купаяди (15-40*10⁹ л⁻¹), бунга донатор нейтрофилларнинг пайдо булиши ҳам сабаб булади.

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 олигурия пайдо булади (сийдик микдори ва зичлиги камаяди). Сийдикда оксил, токсикли цилиндрлар пайдо булади, азот қолдиклари ва қон микдори ошиб боради. Айрим ҳолларда капилярларнинг токсик узгарувчанлиги ортгани сабабли терида қалқонсимон доғлар кузатилади.

Маҳаллий узгаришлар баъзан деярли сезилмвйди ва купинча сепсис клиникасига мос келмайди. Сепсис жарохатлар булганда беморнинг ранги оқариб кетади, шишлар пайдо булади. Жарохатдан лойқасимон пича суюқлик ажралиб туради. Жарохат соҳасида қон томирлар тромбозилари, лимфангитлар, лимфаденитлар кузатилади.

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

Хроник сепсис узгача кечиши билан характерланади. У хатто бир неча ой мобайнида ривожланиб боради. Умумий пайдо булиши аниқ ифодаланмайди. Вакти вақти билан харорат кутарилади, иккиламчи йирингли учок пайдо булади. Қон формуласи бир оз чапга сурилади, ЭҚТ ошади.

Маҳаллий йирингли жараёнларда умумий жаррохлик инфекциясини умумий захарланишдан фарқ қилиш қийин булади. Маҳаллий йирингли жараён туфайли юзага келадиган интоксикация бевосита ана шу жараёнга боғлиқ булади, шу сабабли йиринг уз вақтида чиқариб юборилса, беморнинг ахволи яхшиланади. Сепсисни юкумли касалликлар (ич терлама, бруцеллез, безгак) дан диссеминациялашган силдан уткир гематоген остеомиелитдан ва қон ивишига алоқадор касалликдан (бунда томир деворининг токсик жарохатланиши 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 киради:

Уз вақтида ва ридикал жаррохлик йули билан даволаш некротик туқималар (некроэктомиа 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.

Яллигланиш учогини биологик ёки кимёвий йул билан дезинфекция қилиш (антибиотиклар, сульфаниламидлар антисептик воситалар, бротеолитик ферментлар, бактериофаглар ва б.)

Патологик учокни микроблардан тозалаш учун физиотерапевти муолажалар (УФО., УВЧ гелийнеон, лазер ва б.) куллашни.

Патологик учок жойлашган жойни иммобилизация қили шва бу ерда муҳофадази осойишталикни вужудга келтириш.

Умумий даволашнинг энг муҳим вазифаси инфекция (кузгатувчи) га қарши курашдир. Антибиотикларни куллаш муҳим аҳаият қасб этади. Антибиотикотерапиядан муваффақиятли фойдаланиш учун микрофлоранинг характерици ва унинг антибиотикларга нисбатан қанчалик қидамлилигини 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, цепоцин 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 урцини босувчи суюқликлар билан бирга узок вақт юборибтурулади). Бактериодлар 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 ҳусусиятига эга. Сурункали сепсисда стафилококкли анатоксин ва аутовақцина билан фаол иммунизация қилинади.

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

Анаэроб (газли) гангрена.

Анаэроб клостридиал инфекция қекланган кузгатувчилари ва ҳусусий клиник манзараси булган патологик жараёндир. Унинг ҳусусий белгиларига яллигланиш жараёнининг йуқлиги, қатталашци 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 боглик. Асосийларидан бири жароҳатнинг анаэроб флора билан ифлосланиши, бирламчи жаррохлик ишловининг сифатли утқазилмаслиги ҳисобланади. Қасаллик богшланишида клиник манзарасининг ноаниқлиги, хирургик ишлашда нуксонлар ва асоратнинг олдини олувчи дори-дармонларнинг булмаганлиги сабаб булган.

Этиологияси. Анаэроб гангренаи спорали клостридиялар: *Cl/perfringens*. *Cl.oedematiens/cl/ septicum.cl.hystolicus* қелтириб чиқаради.

Охиргиси туқималарни емирувчи клостридийнинг бир узи қамдан-қам газли гангрена қузгатади, купинча бошқа бактериялар билан бирга туқималарни тез емиради ва захарланишга олиб қелади.

Патогенези. Клостридийлар организмда бир қил тарқалмаган: меъдада деярли йуқ, қунки меъда жавҳари (кислотаси) уларга бактрицид таъсир қурсатади. Йугон ичакка яқинлашган

сайин унинг сони купайиб, баугини копкогида анаэроб флора булади. 1 г нажасда 10^{-5} дан 10^{-5-7} гача микдорда клостридийлар 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, айникса мушакларда канднинг оксидланишини бузади, бунинг натижасида лактат пайдо булади. рН камайиб, эндоген протеолитик ферментларни купайтиради, улар уз навбатида аминокислоталарни руёбга келтиради. Аминокислоталар эса клостридийларучун яхши озука хисобланади. Клостридийлар купайиб, токсинлар ишлаб чикаради тукумаларни емиради.

Газли гангрена пайдо килувчи омиллар:

Снаряд парчалари текканда пайдо булган , ифлосланган жароҳатлар (тупрок, кийим парчалари, мушак эзилиши)

Махаллий ва умумий кон айланишининг бузилиш холлари (жгут, томирлар богланиши, тикин кили боглаш, анемия, шок), чунки кислород етишмаслиги анаэроблар учун яхши мухит булади.

Организм химоя кучининг камайиши.

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 барабарига кузатилади.

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

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 қолади.

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

Анатомик таснифи: эпифасциал формаси (син.клостридиал целлюлит, эпифасциал газли гангрена), субфасциал формаси (син.клостридиал 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, жароҳат суюклиги узгаради, гар боглам ёки ип боглам куйилса унинг изи (лигатура симптоми) билиниб, этни «кесади». Тикилган чоклар таранглашиб, жароҳат 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.

Жароҳатда 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 жароҳат суюклиги камайса, бу мавхум прогноздан далолат беради.

Анаэроб гангрена иккиламчи жароҳатда боғланса, клиник белгилари ноанк булади ва тез улимга олиб келади. Кунгилсиз воқеа пайдо бўлишида анаэроб гангренининг жойлашган урни ҳам аҳамиятлидир: бош ва танада 53%, оёқда-36%, ва кулда-27% учраса, касаллик оғир ҳисобланади.

Даволаш. Анаэроб гангренининг олдини олиш асосий омиллардандир. Ҳар бир ифлосланган жароҳат специфик профилактик даволаш билан боғланиши керак. Бунинг учун гангренага қарши бир-икки профилактик дозада м/ и зардоб юборилади. 1.Кл.перфлигенсга қарши 10000 АБ, 2.Кл.септикум га қарши 10000 АБ, 3-Б.одематиенсга қарши 10000АБ.

Анаэроб бактериофагининг тенг қисмига стафилострептококк фағлари қушилади ва бу бактериофагининг 0,5% новокаин эритмаси билан аралаштирилиб, жароҳат атрофи блокада қилинади.

Газли гангренининг профилактикасида вақт жгут қуймаслик лозим, ишемик гангренада тезкор операция қилиш, жароҳатда бирламчи операция хирургик ишлаш тугир бажарилиши зарур.

Даволаш турт йуналишда олиб борилади: 1-таркалаётган жараёни чеклаш; 2-токсинлар сурилишини тухтатиш ва интоксикация қамайтириш; 3-бузилган аъзо ва системалар фаолиятини нормаллаштириш; 4. Иммунобиологик қучни фаоллаштириш. Юқорида курсатилган мақсадларни қуйидагича амалга оширилади: а) қонга тушувчи токсинлар учун иммунобиологик барьер тайёрлаш (специфик терапи), б)маҳаллий дезинтоксикация (операция, оксидловчи моддалар қуллаш ва б.) в) умумий дезинтоксикация (қон ва қон урнини босувчи препаратларни юбориш, юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар қуллаш ва б.)

Специфик терапия: гангренага қарши зарбодлар юбориш билан бажарилади. Бир даволаш дозаси деганда 10 профилактик зардобблар дозаси қузда тутилади. (300000х б., яъни 10000х.б. дан антиперфрингенс, антисептикум ва антиэдиматиенс). Анафилакти шок бўлмаслиги учун т/и наркоз остида даволаш дозаси юборилади. Агар қузнатувчиси аниқ бўлса, уша зардоб юборишдан аввал индивидуал синама утказилиши лозим. Бунинг учун 0,1мл зардоб т/и юборилади, 1 см дан ортик папула синамаси ижобий булади.

Хирургик даволаш уч хил бўлиши мумкин: а) қесиш, б) жароҳатни қенг очиш, в) қул-оёқ ампутацияси.

А) «Лампас» қесишлар – қенг фасциотомия. Улар тери устидан апоневрозни ҳам қенг қилиб тасмасимон узун-узун қилиб қесилади;

Б) ишемияга учраган туқималарни қесиш олиш, чунки некротик туқималар ва ёт қисмлар анаэроб жараёнини қувватлаб туради;

В) тромбга дучор бўлган магистрал артерия чегарасида ампутация қилиш тавсия қилинади;

3. Носпецифик терапия: антибиотик юбориш, юрак ва бошқа ҳаётий аъзолар фаолиятини яхшиловчи дори-дармонлар қулланиш, 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-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 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 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,
shop.medicinform.net/showtov.asp,

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

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

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

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 машғулотида қўйилган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. -Уткир махсус жаррохлик инфекциясига доир қандай атамаларни биласиз? -Уткир махсус жаррохлик инфекцияси дейилганда нимани тушинасиз? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда 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 таснифималарга асосланган; - Уткир махсус жаррохлик инфекцияси сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - Уткир махсус жаррохлик инфекцияси 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. 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: “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 ҳайвонлари, 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 ноаниқ бўлиши.

шунингдек енгил, уртача ва оғир, яшин тезлигида формалари фарқланади.

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

Кокшол аникланган 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.

(antrax Pustula Malikna)- 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 тасдикланади. Даволаш факат консерватив муолажалар ёрдамида амалга оширилади. Махаллий тинчлик, малхамли богламлар, иммоделизация утказилади.

Карбункулли куйдиргини хирургик йул билан даволаш мумкин эмас. Бундан ташкари антибиотикотерапия (пенициллин, стрептомицин, синтомицин, тетраамицин), 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.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

Кўшимча 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,
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, таъхиси. 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 машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг 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 машғулотининг мақсади: Жаррохликда сурункали махсус инфекция. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили: эпиопатогенези, таснифи, клиникаси, кечиши, маҳаллий ва умумий аломатлари. Преартрит, артрит фазалари, кечишининг хусусиятлари, таъхиси. 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 пафилантикаси ва даволаш принциплари; -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили турлари билан таништириш; -Суяк-бугим сили клиник куралишлари; -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили этиопатогенизи билан таништириш; -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили изоҳлаш 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 МАШЎУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Боскичлар, вақти	Фаолиятмазмун: Жаррохликда сурункали махсус инфекция. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили: эпипатогенези, таснифи, клиникаси, кечиши, маҳаллий ва умумий аломатлари. Преартрит, артрит фазалари, кечишининг хусусиятлари, таъхиси. 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 маишулотидан қўйилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади. -Сурункали махсус инфекция тушунчасини биласизми? -Сурункали махсус инфекциялар олдини олишнинг узиғ 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 тушунтирилади. 2.3. Суяк-бугим сили касаллиғи тушунчаси, этиопатогенези туғрисида тўхталиб ўтилади. - Суяк-бугим сили сабаблари; - Суяк-бугим сили 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.	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва туғри 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 яқун 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 катор касалликлар қиради.

Туберкулёз микобактериалари организмга қуйидаги йқлар билан тушади: кафас йуллари – чанг ва туберкулёз микобактериялари булган ҳаво билан нафас олганда; ҳазм

йуллари оркали, тер ива шиллик пардалар оркали улар шикастланганда. Туберкулёз бактериялар таъсири остида у жойлашган зонада бирламчи туберкулёз учоги ҳосил бўлади. Учок ичида сузмасимон некроз кайд қилинади. Сузмасимон массанинг ириб суюкланиши йиринг ҳосил бўлишига олиб келади. Хирургик туберкулёзга: Суяк - бугимлари туберкулёзи, лимфа тугунлари, сероз пардалар, меъда, ичаклар, буйрак, қовуқ, мойлар, упка туберкулёзининг айрим формалари киради.

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

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

Суяк формасида қасалик суякнинг говак маддасида бошланади (эпифизар – метафизар зона): туберкулёз учоги ҳосил бўлади, сунгра суяк маддасининг ириб, майда секвестрлар ва суяк бўшлиқлари ҳосил бўлиши қурилади. Тупланган йиринг суяк бўшлиғидан чиқади ва туқималараро бўшлиқлар бўйлаб тарқалади. Процесс бугимга утиши мумкин. Бугим туберкулёзида синовиал парда шишади, гиперемияланиб қолади, ворсинкалари бўқади, бўшлиғида йирингга айланидиган сероз – фибриноз суюқлик бўлади. Бу йиринг ташқарига ёрилади ва оқма ҳосил бўлади.

Бугимлар зарарланганда қуйидаги формалари фарқ қилинади:

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

Клиникаси. Бугимларнинг сил билан зарарланиши усун қасалликнинг хилдан бошланиши, аста-секин ривожланиши авж олган даврда қуйидаги характерли симптомлар пайдо бўлади: а) оғрик доимий бўлиши ёки ҳисмоний ҳаракатда пайдо бўлиши мумкин: қупинча оғрик бошқа соҳага тарқалиши характерига эга бўлади; б) бугим функциясининг бузилиши оғрикни қамайтириш мақсадида қасал бугимга нағружани атайин қамайтириш оқибати ҳисобланади; в) мушакларнинг атрофига учраши нейротрофик узғаришларга ва қисман оёқ-қулнинг ҳаракатсиз бўлишига боғлиқ. г) тери бурмаси ват ери ости-ёғи қатламининг қалинлашуви (Александров симптоми), буни тери ости-ёғи қатлами бўлган 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 туқима йиғилиши ҳисобига «оқ усма» ҳосил бўлади; ж) йиринг ташқарига ёрилганда юмшоқ, оқимтир грануляциялар билан қопланган оқмалар, аксари қуп сонли оқмалар ҳосил бўлади; з) совуқ йирингликлар юмшоқ туқималарининг актив реакцияси натижаси ҳисобланад, тарқалганда улар «йирингли совуқ оқмалар» ҳосил қилади; и) Деформация қийшайиши, қалта тортиш, патологик синиш ва чиқишлар туберкулёзнинг оғир формаларида учрайдиган қенг вужудга қелади симптомлар ҳисобланади.

Туберкулёз спондилитида клиник манзара асосан бугим формалари билан мос қелади. Зарарланган умуртка поғонасида мушакларнинг таранглашуви «қилов симптоми», букрилиқ қурилишдаги деформация ва баъзан орқа миёнининг зарарланиши ажралиб турадиган белгилардан ҳисобланади.

Классикнинг қегараланган ва ймнгил формаларда беморнинг умумий аҳоли қам узғаради. Клиник манзара иккиламчи инфекция қушилганда қескин ёмонлашади. СОЭ нинг ошиши қузатилади, қечикқан босқичларида рентгенологик текширувда суяк диструкцияси қузатилади.

Давоси. Умумий тадбирлардан яхши ва туйимли овқатлар бериши, ультрабинафша нурлар билан нурлантириш, дозасига амал қилинган ҳаво ва қуёш ванналари қулланилади.

Бемор дори препаратларидан стрептолицин, ПАСК, фтивазид, рифозин ва бошқаларни қабул қилади. Гавданинг миқоятланган қисми иммобилизация қилинади:

туберкулёз спондилитида гипсли кравотга, чонок-сон бугими зарарланганда гипсли коксет боғлам, тизза бугимида гонит боғлам 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 туқималари чиқарилиб, уни суяк трансплантанти билан фиксация килинади. Бугим туберкулёзида зарарланган синовлар пардани суяк деструкцияси учоги билан бирга олинади, сунгра оёқнинг функционал кулай вазиятда анкилоз вужудга келтирилади.

Хирургик туберкулёз группасига туберкулёз микобактериалари кузгатган ва хирургик даволаш методларини талаб этадиган, турли сохаларда жойлашадиган катор касалликлар киради.

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 ҳосил булади. Учок ичида сузмасимон некроз кайд килинади. Сузмасимон массанинг ириб суюкланиши йиринг ҳосил 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 учоғ эса упкада ёки коринда бушлигида жойлашади. Суяклар ва бугимларнинг туберкулёз билан зарарланиши аксари болаларда учрайди, катталарда ҳам учрайди.

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

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

Бугимлар зарарланганда куйидаги формалари фарк килинади:

а) синовлар эксудатив формаси; б) Фунгоз форма; в) суяк формаси туберкулёз спондилитида зарарланиш учоги хамиша умуртка танаси олдинги қисмининг говак маддаси бошланади, бу говак мадда, сунгра магиз мадданинг тизза суюкланишига олиб келади. Ҳосил булган йиринглик сизиб утган абсцесслар келиб чиқишига йул очади. Емирилган умуртканинг «шакли узгаради», бу умуртка погонасининг букри қуринишида қийшайиб 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 ҳаракатда пайдо булиши мумкин: купинча огрик бошқа сохага тарқалиши характерига эга булади; б) бугим функциясининг бузилиши огрикни камайтириш мақсадида касал бугимга нагрукани атайин камайтириш оқибати ҳисобланади; в) мушакларнинг атрофига учраши нейротрофик узгаришларга ва қисман оёқ-қулнинг ҳаракатсиз булишига боғлиқ. г) тери бурмаси ват ери ости-ёғи қатламининг қалинлашуви (Александров симптоми), буни тери ости-ёғи қатлами булган терини касал ва соғлом-оёқ-қулнинг участкаларида буртма қуринишида йиғиш йули билан аниқланади касал томонда буртма қалинрок булади; д) бугим шиши бугимга аввалига сероз, сунгра эса йирингли суюклик шимилишига боғлиқ;

е) пролифератив формасида фиброз туқима йиғилиши ҳисобига «ок усма» ҳосил булади; ж) йиринг ташкарига ёрилганда юмшок, оқимтир грануляциялар билан қопланган оқмалар, аксари қуп сонли оқмалар ҳосил булади; з) совуқ йирингликлар юмшок туқималарининг актив реакцияси натижаси ҳисобланад, тарқалганда улар «йирингли совуқ оқмалар» ҳосил қилади; и) Деформация қийшайиши, қалта тортиш, патологик

синиш ва чикишлар туберкулёзнинг огир формаларида учрайдиган кенг вужудга келадиган симптомлар ҳисобланади.

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

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 микаетланган қисми иммобилизация қилинади: туберкулёз спондилитида гипсли кравотга, чонок-сон бугими зарарланганда гипсли коксет боғлам, тизза бугимида гонит боғлам ишлатилади, йирингли камчаклар булганда пункция қилинади, йирингли суюқлик тортиб олинади 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 диструкцияси учоғи билан бирга олинади, сунгра оёқнинг функционал қулай вазиятда анкилоз вужудга келтирилади.

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 борлиғи ҳамда қон айланишининг бузилиши катта аҳамиятга эга. Кассалик купинча мускулларга куп шикаст етган, каттик ифлосланган ва йиртилган лат еган, қур жароҳатларда пайдо бўлади. Инкубацион даври 7 кунгача давом этади. Инкубацион давр нечоғли қисқа бўлса, одатда касаллик шу қадар огир утади. Анаэроб инфекция специфик яллиғланиш реакцияси руй бермасдан утади ва туқималарнинг ириши, шиш пайдо бўлиши ва туқималарда микроблар ажратадиган токсинлар таъсирида газ ҳосил бўлиши билан таърифланади. Патологоанатомик узгаришлар ва клиник кечиши буйича Газли гангренининг қуйидаги формалари фарқ қилинади: шиш формаси, эмфозематоз формаси, флегмоноз формаси туқималарининг киритадиган форма.

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

Жароҳатда жуда жуда қучли оғрик пайдо бўлади, юмшоқ туқималар шишиб кетади, тери аввалига рангсизланади, кейин қунгир, кип-қизил ва Кук доғлар билан қопланади. Туқималарни пайпаслаганда қулда совун уннайди. Туқимани бармоқ билан босганда жароҳатдан газ пуфакчалари ажралиб чиқади. Мускуллар қайнатилган гуштда ухшайди, сунгра қуқиш тусга қириб, қорамтир бўлиб қолади. Қлетчатка қунгуркул ранга бўлади.

профилактикаси. Қон таъминоти яхши бўлган туқималарда анаэроб инфекция қамдан-қам ривожланади, шунинг учун боғламлар қуйишда қон айланишини бузмаслик зарур, яхши иммобилизация қилиш керак. Жароҳатни уз вақтида ва тугри хирургик тозалаш энг яхши профилактик чора ҳисобланади.

Қатта мажакланган ва ифлосланган жароҳатларда гангренага қарши зардобларни профилактик дозаларда қиритиш 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 юмшок тукумаларни ичкарисигача узунасига суякка кадар кесилади. Водород пероксидли богламлар куйилади. Жарохат юзаси операция килинади. 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 хаммасини минутига 1 мл (25 томчи) ҳисобидан куйилади.

Беморга 3 мл гача суюклик киритилади, кон куйилади, юракни кувватловчи дорилар, антибиотиклар берилади, Газли инфекция билан касаллаган беморлар доимий кузатувгв 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 ҳосдир ва анаэроб микроблар купинча стафилококк ва стрептококклар билан қушилиб инфекция чиқарилади. Бунда жарохатда ихороз экссудат, буд буй хидли йиринг – конли суюкликнинг падо бўлиши билан характерланади.

Тукумаларнинг парчаланиши ноҳуш хидли газ ажралиши билан юзага келади. Чиритувчи инфекция жараёни дастлаб тери ости клетчаткасига таркалади, 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 бўлиши, бадан увишиши, кон босимининг пасайиб кетиши, юрак уриши тезлашувига ҳосдир. Жарохат специфик кулранг тусда булади, мускул тукумаси қайнатиб пиширилган гушни эслатади. Утқир ихорозда хидли қорамтир геморрагик суюклик ва газлар аралашмаси ажралади. Жарохат атрофида кенг инфельтрация кузатилади. Газларнинг борлиги кукумалар крипитациясини белгилайди.

Айни вақтда лимфангит ва лимфаденит кузатилади.

Дифференциал диагноз. Чирик инфекцияни баъзан анаэроб ёки газ инфекциясидан, умумий хирургик инфекциядан, септик метастазли, умумий хирургик инфекциядан, ковурга билан қорин орасидаги вена септик тромбофлебитдан фарқ қилиши қийин. Чирик инфекцияда газ пуфакчаларида факат жарохатнинг купикли суюклиги булади ва у бириктирувчи тукума клетчаткасига тутшиб туради, Газли гангренада эса аксари мускулларда пайдо булади.

Давоси. Чирик инфекцияда парчаланган тукумаларни зудлик билан жаррохлик йули билан олиб ташлаш зарур. Тукумалар кенг очилади, йиринг чиқарил юборилади, антисептиклар билан ювилади. Жарохатга поликлорвинилли дренажлар, антисептик эритмаларга шимдирилган (вдород тероксид ва калий перманганат эритмаси) тампонлар куйилади. Касаллик кечиктириб юборилган ҳолларда 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 қуйишдан иборат. Гиперборик оксигенациянинг куллаш фойдали.

- 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 редакции 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 маълумоталр: www.med.knig.biz/index.php,
www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm, www.bookmed.ru/illustrated.php,,
shop.medicinform.net/showtov.asp,

