

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**УМУМИЙ ХИРУРГИЯ ВА ОНКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

«Умумий хирургия, анестезиология асослари» фанидан  
3-курс Даволаш ва Касбий таълим факультети талабалари учун

**МАЪРУЗАЛАР МАТНЛАРИ**

доц. Муртазаев З.И.

Самарқанд

2012–2013 ўқув йили

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

## МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

<b>Вақти – 2 соат</b>	<b>Талабалар сони: 36 - 48 нафар</b>
<b>Уқув машғулотининг шакли</b>	Кириш, визуал маъруза
<b>Маъруза машғулотининг режаси</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Умумий хирургия фани мақсади, вазифалари;</li> <li>2. Тарихий ривожланиш даврлари;</li> <li>3. Даволовчи шифокори амалиётида бу фанининг аҳамияти;</li> <li>4. Асептика асослари билан танишиш.</li> <li>5. Антисептика асослари билан танишиш.</li> </ol>
<b>Уқув машғулотининг мақсади: “Умумий хирургия” фанининг предмети ва билиш усуллари, ривожланиш тарихи бошқа фанлар билан алоқаси тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасавурни шакллантириш.</b>	
<p><b>Педагогик вазифалар:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Хирургия ва умумий хирургик касалликлар ҳақида тушунчалар, иккиламчи асоратларнинг келиб чимкиши билан таништириш ва предметнинг вазифасини тушунтириш;</li> <li>- Умумий хирургия фанининг илк пайдо бўлиши ҳамда уларнинг намоёндалари билан таништириш;</li> <li>- тиббиётда умумий хирургия фанининг бош масаласини тавсифлаш;</li> <li>- Умумий қисмда кўриб ўтиладиган ташхис турлари систематикаси ва</li> </ul>	<p><b>Уқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Умумий хирургия фанининг предметини изоҳлайди;</li> <li>- Умумий хирургия фанининг пайдо бўлиш бошқичларини ҳамда уларнинг асосчиларини айтиб беради;</li> <li>- Умумий хирургия фанининг бош масаласига тавсиф беради;</li> <li>- Умумий хирургияда аҳамиятли бўлган текширишларни санайди</li> <li>- Асептика ва антисептика асослари билан, қонун қоидалари билан таништиради, антисептик моддаларни гуруҳлайди, санайди ва мисоллар келтиради;</li> <li>- илмий билишнинг асосий усулларини санаб беради ва изоҳдайди;</li> </ul>

номенклатураси билан таништириш; - илмий билиш усулларини изохлаш ва тасаввур хосил қилиш.	- “ Умумий хирургия” фанининг бошқа фанлар билан узаро алоқасини ва уни фанлар ичида тутган урнини тавсифлайди.
<b>Ўқитиш услуби ва техникаси</b>	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
<b>Ўқитиш воситалари</b>	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
<b>Ўқитиш шакли</b>	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
<b>Ўқитиш шарт-шароити</b>	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

### МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

<b>Босқичлар, вақти</b>	<b>Фаолият мазмуни</b> Антисептика. Антисептика усулларининг ривожланиши (механик, физик, кимёвий ва биологик антисептика). Антисептик воситаларнинг таъсир кўрсатиш механизми. Антисептика усулларини оқилона қўллаш асослари. Антисептик моддаларни фагоцитозга, бактериостатик ва бактериоцид механизмларга таъсир этиши. Асосий антисептик моддаларни ва антибиотикларни асоратлари ва уларни профилактикаси. Антибиотикларни қўллаш усуллари.	
	<b>Ўқитувчи</b>	<b>Талаба</b>
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади

<p>2-босқич. Асосий (55 мин.)</p>	<p><b>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказади.</b></p> <p>- Умумий хирургия фанига доир қандай атамаларни биласиз?</p> <p>- тиббий фанларни ўзлаштиришда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада деб уйлайсиз?</p> <p>- Умумий хирургия фани қайси фанлар асосида шаклланган?</p> <p><b>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади.</b></p> <p>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.</p> <p><b>2.3. Умумий хирургия фанининг ривожланиш тарихи ва бу фан ривожланишида ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади.</b></p> <p>- Умумий хирургия ривожланишида қандай тарихий даврлар бўлган;</p> <p>-фаннинг ривожланишида катнашган асосчи олимларни санаб утинг ва ишлари таништиринг;</p> <p>-касалликларни классификациялашда нималарга асосланган;</p> <p>-симптом ва синдромлар аниқлашда нимага аҳамият берилади.</p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
<p>3-босқич. Яқуний (25 мин.)</p>	<p><b>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</b></p> <p>Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.</p> <p>Мустақил иш учун вазифа: “Асептика ва антисептика” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради.</p> <p>3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

**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 қон олиш каби муолажаларни асосан «қулда бажарган» даврига тааллуқли бўлиб, фақат тарихий аҳамияти бор, ҳолос. Ҳозирги вақтда хирургия

деганда даволаш учун тукумаларга асосан механик таъсир методи кулланиладиган, паталогик учокни очиш ва уни тугатиш учун аксари уларни кесиш билан утадиган касалликларни урганадиган медицина фанининг етакчи ихтиссосликларидан бири тушунилади.

Хирургиянинг илк куртаклари жуда кадим замонларда пайдо булган. Тош асридаги кишиларнинг трепанация килинган (сунъий хосил килинган тешиклар) калла суяклари казилмаларда топилган. Кадимги Мисрликлар оёк-кулларни кесиб ташлашни (ампутация), бичиб куйишни (кастрация) билишган, синган узун найсимон суякларни кимирламайдиган килиб боглаш техникасидан хабардор булишган. Кадимий Хиндлар хирургик игналарни ишлатишган ва тукумаларни тикиш техникасини ишлаб чиқишган. Уларда 100 турдан зиёд хирургик асбоблар булиб, шулар ёрдамида бурунни тиклаш буйича пластик операцияларни профессионал бажаришган, ковуқдан тошларни олиш операцияларини утказишган, жароҳатларни даволашда май, асал ва ёғ ишлатишган (эрамиздан 6000 йил илгари). Шифокорлар жуда катта хурмат-эътиборга сазовор булган.

Умумий хирургия фани хирургиянинг умумий конкуниятлари: хирургик ёрдамни ташкил килиш, хирургик беморларни клиник текширишнинг хусусиятларини ва усулларини, асептика ва антисептика, анестезиология ва реаниматологиянинг умумий саволлари, кон кетиш ва кон окишини тухтатиш, хирургик операциялар, операциядан олдинги ва кейинги давр, травматологиянинг умумий саволлари, йирингли инфекция ва унинг олдини олиш каби муаммолар ечими билан шугулланади.

Умумий хирургия фанининг купгина булимлари, чунончи асептика ва антисептика, огриксизлантириш, кон куйиш, кон кетиш, шок, жароҳатлар тугрисидаги таълимотлари нафакат хирургияни урганишда, балки акушерлик, гинекология, урология, куз касалликлари, ЛОР, нейрохирургик касалликларини урганишда ҳам катта ахамиятга эгадир.

Кухна Юнонистонда ва Кадимий Римда хирургия юксак даражада ривож топди. Кухна Юнонистоннинг улуг шоири Гомер: «Битта мохир шифокор куп сонли жангчилардан устун туради», - деб ёзган эди. Бизнинг эрамизгача булган V асрда Кухна Юнонистоннинг атокли врач Гиппократ йирингли жароҳатларни даволаш, кон тухтатиш методикасини ишлаб чиқган. У операцияга тайёргарлик куришда озодаликга каттик риоя килиш, тоза ёмгир сувини ишлатишни тавсия этди. Суяк синишларни даволашда у шиналар, тахтакач ишлатди, массаж, гимнастикани жорий килди, унинг хирургик техникаси эса жуда юксак даражада булган.

Эрамизнинг I асрида яшаган Кадимий Рим врач Цельс уз мохият эътибори билан энциклопедик булган куп сонли асарлар ёзиб колдириб, буларда уша даврнинг медицина билимларини батафсил баён килди. У хозирги вақтда ҳам уз актуаллигини саклаб колган операциялар (масалан, катарактани олиб ташлаш, ковуқдан тошларни олиб ташлаш, калла суягини трепанация килиш) ни тасвирлаган.

Эрамизнинг II асрида яшаган Византиялик врач Клавди Гален 13 аср мобайнида медицинада хукм сурган илмий мерос колдирган. У физиология, анатомия ва амалий хирургияга доир талайгина кимматли маълумотлар колдирди. Гален конаб турган томирни бураш йули билан кон окимини тухтатиш методикасини ишлаб чикди. Чокларни тикишда у ипак ишлатди, тиртик лабни операция килиш усулни ва бошка куп операцияларни тасвирлаб берди.

Бухородан чиккан улуг олим ва шифокор, 100 дан ортик илмий асарлар колдирган Абу Али ибн Сино (Авиценна, 980-1037 й.) хирургиянинг ривожланишига катта хисса кушди. Ибн Синонинг шу даврнинг назарий ва амалий медицинасини таърифлаб берган «Тиб конунлари» асари алохида диккатга сазовордир.

Машхур Француз хирурги Амбруоз Паре (1517-1590) ук теккан жарохатлар тугрисида таълимот яратди. Ампутация техникасини такомиллаштириш ва унда кон томирларни боғлашда А.Паренинг хизмати саналади. Жарохатларни даволашда Парацельс (1493-1541й.) бой тажрибага эга эди. У назарий ва амалий медицинани ишлаб чикишда химиянинг ютукларидан фойдаланди, жарохатни битирадиган воситалар ва купгина дори препаратларини куллаш методикасини ишлаб чикди.

Вазелийнинг (1514-1564) анатомик тадқиқотлари, Гарвейнинг (1578-1657) кон айланиш конунлари кашф килиган, Левенгук (1632-1723) томонидан микроскопнинг ихтиро килниши хирургиянинг жадал суръатлар билан ривожланиши учун шароит яратиб берди.

Хирургия фан сифатида XVIII асрда тан олнди. Француз хирурги Лафраниш Париждаги Сарбонна университетида хирургия буйича маърузалар укишга муваффақ булди. 1731 йилда Француз хирургия академияси ташкил этилди.

XIX асрда хирургиянинг ривожланишида жуда ахамиятли кашфиётлар ва ютукларга эришилди.

## **АНТИСЕПТИКА**

Антисептика деб жарохатдаги, паталогик тузилмадаги ёки умуман организмдаги патоген микроорганизмларни йукотиш ёки микдорини камайтиришга каратилган чора-тадбирлар йигиндисига айтилади.

XIX асрнинг ярмига кадар операция килинган беморларнинг 80% дан ортиги операцион жарохатнинг йирингли, чиритувчи ва гангреноз асоратларидан халос булар эди, уша даврда бу асоратларнинг сабаби номаълум эди. Лун Пастер томонидан чириш ва бижгиш ходисаларига микроорганизмлар сабабчи эканлиги кашф килинганч микробиология ва хирургия жадал ривожланди.

Венгер врач И.Ф.Земмелвейс 1847 йилда тугрукдан кейинги сепсиснинг сабаби булиб тугган аёлни кул билан бачадон ичи текшириши вақтида врачнинг «мурда

захрини» киритилиши хисобланади деб тақидланган эди. у акушерлар кулини хлорли оҳак эритмаси билан ювишини талаб килди ва асоратлар сонини бирмунча камайтирди.

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

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

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

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

4. Операциядан сунг операцион жароҳат 5% ли қорбол кислота шимдирилган махсус боғлама билан ёпилган.

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

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

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

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 булиш мумкин булган некрозланган туқималарни, ёт жисмларни жароҳатдан олиб ташлашнинг аҳамияти катта. Бунинг учун жароҳатга бирламчи актив хирургик ишлов берилади ва бирламчи хирургик чок қўйилади: жароҳат қирралари ва деворлари тубиги қадар соғлом туқима чегарасида қесиб олинади ва туқима бутунлиги 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 доқанинг узица жароҳат ажралмасини (экссудат) ни шимиб олиш хусусияти орқали амалга ошади. (М.Я.Преображенский, 1894).

**Химиявий антисептика.** Бактериоцид ёки бактериостатик таъсирга эга булган турли химиявий моддаларни қўллаш химиявий антисептикани ташкил қилади. Химиявий антисептикаларнинг умумий ва маҳаллий таъсири микроорганизм ва унинг туқима хужайралари учун етарлича хавфсиз ва микроблар учун улдирувчи булиши 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 булган турли биологик моддаларни қўллаш биологик антисептикани ташкил қилади. Биологик антисептикаларнинг умумий ва маҳаллий таъсири микроорганизм ва унинг туқима хужайралари учун етарлича хавфсиз ва микроблар учун улдирувчи булиши керак.

#### **Антисептикларни қўллаш усуллари:**

- Энтерал қўллаш-антисептик моддалар меъда - ичак тизими орқали юборилади.
- Ташқи (юзаки) қўллаш - антисептик моддалар жароҳатларга қўқун, мазли ва эритмали шаклда қўлланилади.
- Бўшлиқларга юбориш- антисептик моддалар бугим, 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.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 Discase he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

#### **Қўшимча адабиётлар**

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

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

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

### Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

<b>Вакти – 2 соат</b>	<b>Талабалар сони: 36 - 48 нафар</b>
<b>Ўқув машғулотининг шакли</b>	Кириш, визуал маъруза

<p><b>Маъруза машғулотининг режаси</b></p>	<p>Э. Бергман асептикаси  Асептика - жаррохлик инфекциянинг олдини олишда замонавий усулларнинг ишлатилиши ва самарадорлигини ошириш. Беморларни текшириш усуллари;  Эндоген ва экзоген инфекция (хаво томчи оркали, имплантацион, контакт) ва уни олдини олиш чора тадбирлари.</p>
<p><b>Ўқув машғулотининг мақсади:</b> “Умумий хирургия” фанининг предмети ва билиш усуллари, ривожланиш тарихи бошқа фанлар билан алоқаси тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.</p>	
<p><b>Педагогик вазифалар:</b>  -Э. Бергман асептикаси  Асептика - жаррохлик инфекциянинг олдини олишда замонавий усулларнинг ишлатилиши ва самарадорлигини ошириш. Беморларни текшириш усуллари;  Эндоген ва экзоген инфекция (хаво томчи оркали, имплантацион, контакт) ва уни олдини олиш чора тадбирлари</p>	<p><b>Ўқув фаолиятининг натижалари:</b>  <b>Талаба:</b>  -Э. Бергман асептикаси  Асептика - жаррохлик инфекциянинг олдини олишда замонавий усулларнинг ишлатилиши ва самарадорлигини ошириш. Беморларни текшириш усуллари;  Эндоген ва экзоген инфекция (хаво томчи оркали, имплантацион, контакт) ва уни олдини олиш чора тадбирлари</p>
<p><b>Ўқитиш услуби ва техникаси</b></p>	<p>Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси</p>
<p><b>Ўқитиш воситалари</b></p>	<p>Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.</p>
<p><b>Ўқитиш шакли</b></p>	<p>Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.</p>
<p><b>Ўқитиш шарт-шароити</b></p>	<p>Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория</p>

## Маъруза машғулотининг технологияи картаси

<b>Босқичлар, вақти</b>	<b>Фаолият мазмуни</b> Асептика. Асептика – хирургияда инфекциянинг олдини олишда замонавий усулларнинг ишлатилиши ва самарадорлигини ошириш. Инфекция манбалари. Эндоген ва экзоген инфекция ( хаво-томчи орқали, имплантацион, контакт) уни олдини олиш чора тадбирлари.	
	<b>Ўқитувчи</b>	<b>Талаба</b>
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<b>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотидан қутилаётган натижалар маълум қилинади.</b>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	<p><b>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Умумий хирургия фанига доир қандай атамаларни биласиз?</li> <li>- тиббий фанларни ўзлаштиришда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада деб уйлайсиз?</li> <li>- Умумий хирургия фани қайси фанлар асосида шаклланган?</li> </ul> <p><b>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади.</b></p> <p>Кичик, кўзга кўринмас ҳаёт шакли бўлган, микроорганизмларнинг турлари, гуруҳлари микродорий ва сифатий кўринишларда мисоллар билан баён этилади. Уларнинг аҳоли саломатлигидаги ўрни, касалликлар профилактикаси учун бу фаннинг аҳамияти тушунтирилади.</p> <p><b>2.3. Умумий хирургия фанининг ривожланиш тарихи ва бу фан ривожланишида ўз ҳиссаларини қўшган</b></p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p>
3-босқич. Яқуний (10 мин.)	<p><b>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</b></p> <p>Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Асептика” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради.</p> <p>3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

**Назарий қисм.** Жароҳатга микроорганизмлар ёки улар спораларининг тушушини олдини олишга қаратилган муолажалар йигиндиси асептика дейилади.

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

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

Эндоген инфекциялар тана терисида, шиллик пардаларда, ошқозон ичак йулида ва юкори нафас йулларида учрайди. Улар жароҳатга тугридан - тугри ёки қон ҳамда лимфа суюқлиги орқали тушади.

Экзоген инфекциялар эса хаво, хаво томчи /гапирганда, аксирганда/, контакт /нотоза асбобларни тегиб кетиши/ йули ва жарохатда абадий ёки вактинчалик колдирилган тикув материали, дренажлар оркали /имплантацион-кучиб утган/ юкиши мумкин.

Булардан ташкари «мудрок» инфекция хам тафовут килинади, яъни хамиша организмда учрайдиган, аммо касаллик чакирмаган микроорганизм маълум вақт утгач киши организми иммунитети пасайса касаллик чакириш қобилиятига эга булиб қолади. Мисол учун операция муваффақиятли тугаб бемор касалхонадан чиқиб кетади, 5-6 ой утгач, операциядан кейинги чандик йиринглаши ёки окма яра пайдо булиши мумкин.

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

Тиқиш учун ишлатиладиган капрон, ипак, кетгут ва бошқаларни стериллаш хам контакт хам имплантацион инфекцияларни олдини олишда ахамиятлидир.

Стерилизация - микроблар ва уларнинг спораларини йукотиш демакдир. Стерилизацияга турли хил усуллар: кудириш, курук иссиқлик, чуғлантириш, кайнатиш, автоклавлаш, кимёвий моддалар билан тозалаш туфайли эришиш мумкин.

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

1 босқич-материалларни стериллашга тайёрлаш

2 босқич-материалларни жойлаштириш

3 босқич-стериллаш

4 босқич-стерилланган материалларни саклаш

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

Ишлатилган асбоблар шу захоти оқар илик водопровод сувида шётка яхшилаб 5 дақиқа мобайнида ювилади, кейин 50<sup>0</sup>С даража иссиқликда махсус ювиш эритмаларида 15-20 дақиқа ботириб куйилади. Шприцларни поршенини-цилиндрдан ажратиб ювиш керак.

Асбобларни ювиш учун турли таркибли эритмалар кулланилади:

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

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

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

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

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

Дори моддаларни куришда фойдаланилган игналарни ювиш бир мунча мушкулдур. Игналар шприцларга олинган иссиқ сувда ювилади., кейин 1 % ли содда эримасида ва 0,5 % ли нашатир спирт хамда тоза сувда ювилиши керак. Игналар ичига мандренлар

куйилиб 30 дакика 2% ли бикорбонат натрий эритмасида кайнатилади. 8-12 соат утгач эса дистилланган сувда 40 дакика кайнатилади., хамда куритилади.

Юкоридаги муолажалар бажарилгач, асбоблар махсус шкафлар 85<sup>0</sup>С даража иссиқликда куритилади, шундан сунг улар стериллашга тайёр хисобланади. Резина кулкоплар конга беланган булса, кулдан ечмасдан илик окар сувда яхшилаб ювилади ва 30<sup>0</sup>С дакика 0,5% ли нашатир спиртида ёки А,Б ювиш эритмаларига ботирилиб куйилади. Сунг окар сувда чайилади, куритилади ва стериллаш учун материалларга уралади. Йиринг билан ёки ичак ахлатлар билан ифлосланган кулкоплар стерилланмайди ва ёкиб юборилади.

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

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

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

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

Шпирцларни поршен ва цилиндрлари алохида холда салфеткаларга уралиб жойлаштирилади.

3-боскич-стериллаш. Асбоб-ускуналар ва шпирцларни, нина ва шиша идишларни махсус курук иссиқли шкафларда стериллаш мумкин. Стерил учун тайёрланган буюмлар шкафнинг токчаларига жойлаштирилади ва харорати 80-85 даражага кутарилиб, 30 дакика куритилади, кейин шкаф эшиги ёпилиб 180<sup>0</sup>С даражага кутарилади ва шу даражада 60 дакика стерилланади. Стерилизация тугагач, шкаф электр токидан учирилиб даражаси 50-60 даражагача тушмагунча эшигини очиш ярамайди, даража пасайгач шкаф эшиги очилади ва 10-15 дакикадан кейин асбобларни олиш мумкин.

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

Хирургик асбоб-ускуналар ва шпирицларни 2 атмосфера босим остида 20 дакика давомида стериллаш мумкин. Стериллаш вақти атмосфера босими 2 атм. Иссиқлик даражаси 132<sup>0</sup>С га етгандан бошлаб белгиланиши керак, буг резина кулкоплар, дренажлар, (найча) 1, 1 атмосфера босим, 120<sup>0</sup>С иссиқлигида 45 дакика мобайнида стерилланади. Биксларни автоклавдан олишда уни ён деворларидаги тешиклар махсус белбоги билан ёпилиб кулфланади. Бикслар турли - турли булимлардан кабул килинган булиши мумкин, уларни бир-биридан бикс дастачасига боглаб куйилган ёрликдан

ажратиб оламиз. Ёрликда булим номи стерилизацияга тайёрланган ой куни, бикседа нима жойлаштирилгани ёзиб куйилади.

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

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

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

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

Шприц ва игналар бошка кайнатгичларда сувга сода парашоги кушмасдан цилиндри ва поршени бир-биридан ажратилган холда 45 дакика мобайнида стерилланиши керак.

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

Гастродуоденоскоп, бронхоскоп, лапароскоп, цистоскоп, гемосорбция килиш ва суний кон айлантурувчи аппаратлар ёки уларнинг айрим кисмларини иссиклик таъсирида стериллаш мумкин эмас, шунинг учун уларни махсус газли камера (ГПД - 250) дан фойдаланиб стериллаш мумкин. Стериллаш мумкин булган аппаратлар герметик ёпик камерага солиниб этиоген оксиди газини билан тулдирилади ва 18<sup>0</sup>С даражали иссикликда 16 соат тугилади, агар газлар аралашмаси, (этилонексиди билан метилен бромиди) кулланилса, иссиклик даражасини 55<sup>0</sup> С га кутариб 6 соат тугилади.

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

Зудлик билан стериллаш лозим булганда, юкоридаги усулларни куллаб булмайдим. Шунинг учун куйдириш усулини куллаш мумкин. Металл лаганга ёки лycopчага 15-20 мл. спирт солинади ва асбоблар жойлаштирилиб спирт ёкилади. Бу усулда стериллаш мақсадга мувофиқ келмайдим, чунки иссиклик таъсир килиш киска муддатли булиб,

микроорганизмларнинг споралари тирик қолади ёки атроф-мухитда бошка газлар аралашмаси булса, портлаш юзага келади.

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

4-босқич стерилланган материалларни саклаш.

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

### **Фойдаланиладиган асосий дарслиқлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати**

#### **Асосий дарслиқлар 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 Discase 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 маълумоталр: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php),  
[shop.medicinform.net/showtov.asp](http://shop.medicinform.net/showtov.asp),

## МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

**Кон кетиш ва унинг тухтатиш усуллари. Кон ва унинг урнини босувчи**

**эритмаларни куйиш.**

<b>Вакти – 2 соат</b>	<b>Талабалар сони: 36 - 48 нафар</b>
<b>Ўқув машғулотининг шакли</b>	Кириш, визуал маъруза
<b>Маъруза машғулотининг режаси</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Кон кетиш тушунчаси, таснифи;</li> <li>2.Кон кетиш этиологияси;</li> <li>3.Кон кетиш патогенези;</li> <li>4.Кон кетиш клиникаси ва диагностикаси;</li> <li>5.Кон кетишни тухтатиш усуллари;</li> <li>6.Кон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш.</li> </ol>
<p><b>Ўқув машғулотининг мақсади: “Кон кетиш ва кон тухтатиш”</b>          тушунчаси, таснифи, этиопатогенези, клиник белгиси, диагностика усуллари, кон кетишнинг асоратлари ва уларни даволаш усуллари тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.</p>	
<p><b>Педагогик вазифалар:</b></p> <p>- Кон кетиш тушунчаси, таснифи, этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси, кон кетишни тухтатиш усуллари, кон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш усуллари билан таништириш ва тушунтириш.</p>	<p><b>Ўқув фаолиятининг натижалари:</b>  <b>Талаба:</b></p> <p>- 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.</p>
<b>Ўқитиш услуби ва техникаси</b>	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
<b>Ўқитиш воситалари</b>	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
<b>Ўқитиш шакли</b>	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
<b>Ўқитиш шарт-шароити</b>	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

## МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

<b>6-мавзу</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<p><i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i></p>	<p>1.1. Эшитади, ёзиб олади.</p>

<p>2-босқич. Асосий (55 мин.)</p>	<p>2.1. <i>Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказади.</i> - Кон кетиш деб нимага айтилади? - Кон кетишда умумий хирургия фанининг ахамияти нимада деб уйлайсиз? -Кандай кон кетишларни биласиз? 2.2. <i>Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</i> Кон кетиш турлари, таснифи, клиник белгилари, диагностикасини мисоллар билан баён этилади. Уларнинг асоратлари тушунтирилади. 2.3. <i>Кон кетиш асоратлари, биринчи ёрдам курсатиши ва даволаш принципларига тўхталиб ўтилади.</i> - Кон кетиш асоратлари; -вактинча ва батамом кон тухтатиш усуллари санаб утинг ва таништиринг; -кон кетишни даволаш принциплари нималарга асосланган. 2.4. <i>Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.</i></p>	<p>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.</p>
<p>3-босқич. Яқуний (10 мин.)</p>	<p>3.1. <i>Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга каратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “кон кетиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб</p>	<p>3.1. Эшитади, аниклаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

**НАЗАРИЙ ҚИСМ.** Кон кетиш деб, кон томирлар деворларнинг шикастланиши, бирор касаллик оқибатида емирилиши ёки утказувчанлигининг ошиб кетиши сабабли, улардан кон 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 булади. Бу сабабларга томир деворлари утказувчанлигининг ошиши, хавфли усмаларнинг томир деворлари яқинида пайдо булиши яллигланиш, нурланишни киритиш мумкин. Бунга кон босимининг тез кутарилиб кетиши ва кон кимёвий таркибини (кон ившининг пасайиб кетиши) узгаришига ҳам олиб келади. Кон оқишининг сабаби биргина булмасдан, куп

вазиятларда ҳам руёбга чиқиши мумкин. Масалан, сепсис, ва холемия холатларида кон кетиши мураккаб жараён бўлиб, бутун танадаги узгаришларни уз ичига олади. Томир деворларининг касаллик оқибатида юпка тортиши учун енгилгина таъсир ҳам кон кетиш учун кифоя килади. Заҳм касаллигида томир деворининг кенгайиши турли тезкор кон босимининг кутарилиб кетиши аневризманинг ёрилиб кетишига сабаб бўлади. Кон кетиши факатгина жаррохликда учрамасдан, балки доячиликда, яъни бачадондан турли сабаблар таъсирида кон оқиши, тирапевт ва невропатолог амалиётида кексаларда ва кон босими ошган беморларга бирданига мияга кон куйилиб фалаж бўлиб қолиши холларда, окулистлар амалиётида куз туқимасига кон куйилиши бу масаланинг тиббиётда катта ахамияти борлигини кўрсатади.

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

**КОН КЕТИШИНING ТАСНИФИ.** Кон кетишининг таснифи шикастланган кон томирларининг анатомик тузилиши, сабаблари, ва ташқи муҳитга алоқадорлигини ҳисобга олган ҳолда куйидаги гуруҳларга бўлинади:

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

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

Артериал кон кетишнинг уз-узидан тухтаб қолиш камдан-кам ҳолда бўлганлиги учун беморни қисқа вақт ичида камконликка мубтало килади ёки ҳаётини ҳавф остига қуяди.

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

Бу кон оқиши капиллярдан кон кетишига ухшаб кетади, бироқ уз-узидан тухтаб қолмайди ва купинча жаррохлик усулини талаб килади, чунки бу органларда кон томирлари девори орган стромалари билан ёпишган ҳолда бўлади. Шунинг учун кон узлуксиз оқади. Кон куйишнинг келтириб чиқарувчи сабаблар куйидагича: а) ташқи таъсир натижасида кон кетиш. Бу ҳолда кон томир шикастланиш таъсирида уз бутунлигини йукотади ва кон оқишига олиб келади; б) нейротрофик узгаришлар таъсирида кон кетиши. Унинг сабаблари кон томирлари девори утқазувчанлигининг ошиб кетиши; организм химоя қучларининг пасайиб кетиши натижасида бузулиши асосида руёбга келади. Кон оқишининг ташқи ва ички муҳитга боғлиқлиги қараб ташқи, ички ва яширин кон кетиш фарқ килади.

Ташки кон окиши кон тери сатхидаги жарохат натижасида, ташки мухит билан боглик булади. Ички кетишда кон тукумалари, органларга йигилиб, куйилиб қолади, бу ҳолат геморрагия деб аталади. Тана бушликларига кон йигилганда кон шу бушликлар номи билан аталади: корин йигилиши кукрак кафаси бушлигида кон йигилиши, перикард булишига кон куйилиши, бугим бушлигига кон йигилиши, бачадон бушлигига кон йигилиши. Агар кон тана бушлигидан руёбга келса, улар ҳам махсус ном билан юритилади: бурундан кон окиши: меъдадан кон окиш, кон аралаш балгам ташлаш, кон аралаш кайд килиш, сийдик йулакларидан кон окиш, аёлларнинг куп хайз куриши, аёллар таносил органларидан кон кетиши, орка тешиқдан кон окиши, ахлатнинг кора келиши. Тукумаларга кон кетганда бириктирувчи тукума, тукумалараро бушликларга йигилиб, у ерда шиш-инфилтрат хосил қилади. Уларнинг катта —ичиклигига, тарқалишига ва хосил қилган шаклига қараб, махсус ном билан аталади. Агар кон тукумаларига булак-булак булиб куйилса, тукумаларни суриб, улар оралигини кенгайтириб, сунъий ва чекланган оккан билан тулган бушликлар хосил қилади, бундай кон кетишни гематома дейилади. Гематома икки хил булиши мумкин: тукумалараро ва бушлик гематомаси. Гематоманинг катта —кичик кон босими ва тукуманинг эластик ҳолатига боглик булади. Гематома кон 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 кон томир тромб билан бекилиб қолганда кон сурилади: куйилган кон таъсирида атрофдаги тукумалар таъсирида унинг калин капсула билан чегараланиши мумкин, унда коннинг сурилиши секинлашади ва гематома кон кистасига айланади. Кон окиши давом этаверса, тукумаларда тарангланиш қучайиб, тери қоплами гематома оқаради ёки қуқимтир ранг олади.

Бош суяги бушлиги, кукрак кафаси ва корин бушлигида кон окиши шу анатомик тузилмалардаги аъзоларни қисиб куйиш натижасида ҳар хил асоратларга, анемияга олиб қелади. Агар шу бушликлардаги гематома йирингласа плеврит, перитонит, ва шунга ухшаш йирингли жараёнларга сабаб булади ва бу қунгилсиз воқеаларга олиб қилиши мумкин. Айтилган бушликларга кон қамдан-қам уз-узидан тухтаб қолади, чунки шу бушликларни чегараловчи сероз парда кон ивишига қисман тусқинлик қилиши хусусиятига эга.

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

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

Яшириш кон кетиш ҳасталиқнинг аниқ белгиларини бермасдан сурункали асоратлар вужудга келтиради: бу ҳолда камқонлик белгилари намоян булади. Масалан меъда ёки ичак яраларидан яширин кон кетади.

Кон кетиш пайдо булиш даврига қараб 3 га булинади:

А) бирламчи кон кетиш — шикастлангандан сунгт дарров кон томирларидан кон окиш ҳолати белгиланади.

Б) иккиламчи эрта кон кетиш биринчи соатлардан икки суткагача бўлган даврни уз ичига олади, одатда шу давр орасида жарохатга инфекция тушган, йирингли жараён бошланмаган булади. Иккиламчи кон кетиш шикастланган томир ичини ивиган қонга

хосил булган тромбнинг кучиши натижасида юз беради. Бунинг учун у емирилган, кон босими бирданига кутарилган ва томир деворининг бушашган булиши кифоя.

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

Иккиламчи кон кетишнинг сабаблари: 1) биринчи жаррохлик тозалашда, операция пайида кон томири яхши боғланмаганлиги ёки кон кетиш етарли тухтатилмаганлиги. 2) Кон босимининг кутарилиб кетиши. Одатда шикастланиш таъсирида операция даврида кон босими паст булади. Операция вақтида ва операциядан кейин берилган доридармонлар, кетаётган конни тухтатиш каби даво муолажалари кон босим албатта кутарилади. 3) Жарохатга 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 холат (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 булиб, унинг белгилари куз ва бошка шиллик каватларда кон куйилиши билан вужудга келади. Бундан ташқари, атмосфера босимининг бирданига пасайиб кетиши ҳам бурун, кулок, брoих ва бугимларда кон окишга олиб келиши мумкин, бу холат сув ости ишлари (кессон) билан шугулланувчи аквалангистларда учраши мумкин. Вена кон томирларда (бавосилда) ёки кенгайган оёк вена томирларида намоён булиши мумкин. Шунингдек кон кетиш катта хажмдаги шиш, эхинококк кистаси (айникса жигардан) жаррохлик йули билан олиб ташланганда ҳам пайдо булиши мумкин.

Кон кетиши тухтатишда кон ивиш хусусиятининг ахамияти. Коннинг физиологик ивиш хусусияти томир каватида тромб хосил қилдириб, кон кетишига тусқинлик қилади, аммо хосил булиш учун организмда кальций тузлари, фибриноген, протромбин, проконвертин, ва бир неча факторлар (13 та ) фактор булиши шарт. Бирок шу факторларнинг организмда булмаслиги ёки етишмаслиги коннинг ивишига халакит беради. Бундай касаллик холатларига гемофилия ва холемияларни мисол қилиб келтирса булади, чунки уларда кон ивиши секинлашиши ёки бутунлай ивимаслиги мумкин.

Гемофилия-туғма касаллик булиб, бунда беморларда кон кетишига мойиллик булади. Бу касаллик асосан эркакларга учраб, конда VIII фактор етишмаслиги сабабли келиб чиқади. Купинча гемофилия касаллигига мубтало булган беморлар ёшлигидаёқ оғир кон кетишидан нобуд буладилар. Кон кетишни тухтатиш учун беморларга коннинг етишмаган VIII факторини (куллайди) куйилади (криопреципитет, антигемофилия плазма).

Уткир нур касаллиги ҳам кон кетишига мойиллик пайдо қилади. Бу касалликда жарохатланишга жавобан булган вазомотор реакциянинг бузилиши натижасида шикастланган кон томир деворлари қискариб бушлигини кичирайтиради ва томир учи доимо очик холда булади, касаллик авжида кон томирлари мурт булиб, тромбоцитлар сони (тромбоцитопеция) камаяди ва конда антикоагулянтлар купаяди, бу вазиятда кон ивишига халакит беради. Руёбга келган иккиламчи кон кетиш уз-уздан кон тухтатиш хусусиятларидан махрум булади ва хатто кон окишини тухтатувчи моддалар ҳам кучсизлик қилади.

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

Ташки кон кетишда катта магистрал кон томирлар деворининг бутутнлигига ишонч хосил килиш керак. Шунингдек кетаёрган коннинг ранги, окиш тезлигига ҳам ахамият бериш лозим.

Артериал томирлардан кон кетганда, унинг ранги оч кизил булиб, отилиб чиқади. Артериал томирларда кон кетиш беморни киска вақт ичида камконликка олиб келади, томир уриши тезлашиб куз олди коронгилашади ва боши айланиб, кунгли айнийди. Чунки кон босими камайиб кетади. Бу клиник белгилар бош миянинг уткир камконлигидан юз бериб, унинг фаолияти инг бузилганлигини билдиради. Бу асоратга юрак томирлар фаолиятининг бузилиши ҳам кириб, беморни кунгилсиз воқеага олиб келади.

Венадан кон кетиш, артериал кон томирдан кон кетишидан фарк килиб, оқётган кон корамтир рангда булади, бир маромда оқади. Венадан кон окиш купинча шикастланган томирнинг периферик учидан булади. Аммо шуни ислатиб утиш керакки, агар вена клапанлари касаллик таъсирида кучсизланган булса (атония) томирнинг шикастланган марказий учидан ҳам кон кетиш мумкин. Юракка якин булган вена томирлардан кон оқётган булса, ундан оқётган конга караб юрак ва нафас фазаларини сезиш мумкин. Буйин вена томирларининг шикастланиши хавфли булади, чунки нафас олганда вужудга келаётган салбий босим натижасида ташки мухитдан хаво кириши бош мия, юрак томирларини хаво эмболиясига олиб келиши мумкин.

Венадан кон кетиш, купинча, агар катта вена томирларидан булмаса, уз узидан тухтайди. Капилляр кон кетиш майда артериал ва вена томирлари шикастланганда вужудга келиб, бутун тукимадан кон кетади. Агар коннинг иши бузилмаган булса, капилляр кон кетишини оддий ёки босиб турувчи бойлам билан тухтатиш мумкин.

Шикастланган орган ва бушликнинг вазиятига караб, ички кон кетишининг клиник белгилари хар хил булади. Баъзан хавф-хатар кетган коннинг микдориди эмас, балки шикастланган орган тукималарининг шу кон хажми билан эзилгандан келиб чиқади. Шуни айтиш керакки ҳамма вақт ҳам ички кон кетиш сабабини кон кетиши кузга ташланиб турса ҳам аниқлаб булавермайди. Масалан огиздан кон кетишининг сабаблари упка ва нафас олиш аъзоларининг юкори 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 аниқлашда коннинг ранги окиш тезлиги ҳам 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 аниқлаш кийин. Бунинг учун эндоскопик текширув утказиш талаб килинади. Ташки кон кетиш, корин бушлиги ёки кукрак 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 оқётган кон билан тукималарга чегараланган жойга ёки кавак аъзолари ичига тупланади. Радиоактивликнинг ошиши радиометр аниқланади. Шунингдек ички кон кетишини АИ<sup>198</sup> нинг коллоид суюклиги билан топиш мумкин, чунки юборилган изотоп нормадан



жигарнинг ретикуло-эндотелиал системасида жойлашиб одатда 15<sup>1</sup>х 20<sup>1</sup>сунг кон томирларидан йуколади.

Агар изотоп жигардан бошка жойда аникланса, кон кетаётганлигидан дарак беради. Радиометрияни СПР –68-1 типигади 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 КЕТИШИНИНГ ОКИБАТИ ВА ХАВФ –ХАТАРЛАРИ.** Кон ва кон айланиш системаси киши танасининг бир бутунлигини ташкил қилиб, улар модда алмашинувчининг ҳар бир босқичини бошқаради. Шу босқичлардан бирортасининг бузилиши туқима ва органларнинг ҳаётига таъсир курсатади. Кон томирдан бирданига кон оқиш, яъни уткир кон йукотиш, кон томир деворларининг шикастланиши, ҳасталик 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.** Ҳар бир одам маълум миқдорда кон йукотганда уз организмнинг фаолиятигша қараб турлича реакция беради, яъни киши организмда ташки муҳит таъсирига қарши умумий кимёвий ва компенсатор механизмлар борки, уларни билиш, уткир кон йукотишни тез аниқлашда ва тугри даволашда ёрдам беради.

Нормал ҳолатда кон айланиш ҳажми доимий бир миқдорда булади ва юракдан отилиб чиқаётган кон ҳажми доимий бир миқдорда булади. Организмга булган қушимча таъсирот унинг химёвий ва компенсатор механизмларини ишга солади, улар эса туқималар ва тана аъзоларининг доимий перфузиясини ташкил қилади. Кон йукотиш шиддатли стресс агенти ҳисобланиб, симпатикоадренали системасини бевосита ишга солади. Бу реакциянинг таъсири асосан икки факторга кон йукотишнинг тезлиги ва ҳажмига боғлиқ. Экспериментал тадқиқотлар ва қупгина клиник қузатувлар шуни курсатадики, ҳатто бир неча дақиқаларда умумий кон массасининг 10-15% йукотилганда ҳам киши танасида сезиларли гемодинамика узгаришлар пайдо булмайди.

### **Адабиётлар:**

#### **Асосий:**

1. Арипов У.А., Қаримов Ш.И. Умумий хирургия. Тошкент. 1994.
2. Бахрамов С.М., Қалменов Г.Т., Аҳмаджонов Х.А., Болтаев Қ.Ж. ва бошқ.

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

3. Бекмуродова М. Жаррохлик ва реанимация асосларида 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 дело в хирургии. Москва изд. дом. ГЭОТАР- мед 2003. стр. 431.

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

14. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг № 88 буйруғи // Даволаш профилактика муассасаларида қон ва унинг тарқибий қисмларини куллаш ўқун курсатмалар. Тошкент, 22 февраль 2007 йил.

15. Умнова М.А., Зотиков Е.А., Скачилова Н.Н., Лазаренко Ю.П., // Изоиммунология и вопросы клиники и лечения гемотрансфузионных осложнений. Москва «Медицина» 1989. ст. 319.

**Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси**  
**Анестезиология, реаниматология асослари. Огриксизлантириш тарихи. Умумий**  
**огриксизлантириш на махаллий анестезиянинг асосий ривожланиш боскичлари.**  
**Замонавий огриксизлантириш усуллари ва турларини таснифи. Наркоз назарияси.**  
**Ингаляцион ва ноингаляцион наркоз. Мушак релаксантлари.**

**Огриксизлантириш асоратлари. Махаллий огриксизлантириш. Реанимация**  
**асосларн. Огриксизлантириш асоратлари ва уларнинг олдини олиш. Наркоз учун**

**керакли аппаратлар. Махаллий огриксизлантириш тушунчаси, турлари.  
Реаниматология тушунчаси. Клиник улим хакида тушунча.**

<b>Вақти – 2 соат</b>	<b>Талабалар сони: 36 - 48 нафар</b>
<b>Ўқув машғулотининг шакли</b>	Кириш, визуал маъруза
<b>Маъруза машғулотининг режаси</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Огриксизлантириш тушунчаси, тарихи, мақсади, вазифалари;</li> <li>- Умумий огриксизлантириш ва махаллий анестезиянинг асосий ривожланиш боскичлари;</li> <li>- Замонавий огриксизлантириш усуллари ва турларини таснифи;</li> <li>- Ингаляцион ва ноингаляцион наркоз;</li> <li>- Огриксизлантириш асоратлари;</li> <li>- Махаллий огриксизлантириш;</li> <li>- Реанимация асослари;</li> <li>- Клиник улим хакида тушунча.</li> </ul>
<b>Ўқув машғулотининг мақсади:</b> “Анестезиология, реаниматология асослари” ни билиш усуллари, ривожланиш тарихи бошқа фанлар билан алоқаси тугрисида билимлари хакида тулиқ тасаввурни шакллантириш.	
<b>Педагогик вазифалар:</b> -Огриксизлантириш тушунчаси, тарихи, мақсади, вазифаларини тушунтириш; - Умумий огриксизлантириш ва махаллий 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 хакида тушунча бериш.	<b>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</b> - Огриксизлантириш тушунчаси, тарихи, мақсади, вазифаларини урганиш; - Умумий огриксизлантириш ва махаллий 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 хакида тушунчага эга булиш.
<b>Ўқитиш услуби ва техникаси</b>	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
<b>Ўқитиш воситалари</b>	Маърузалар матни, проектор, тарқатма

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

### Маъруза машғулотининг технологик картаси

<b>9-мавзу</b>	<p><b>Фаолият мазмуни</b> 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.</p> <p>Реанимация асосларн. Огриксизлантириш асоратлари ва уларнинг олдини олиш. Наркоз учун керакли аппаратлар. Маҳаллий</p>	
	<b>Ўқитувчи</b>	<b>Талаба</b>
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<b>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</b>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	<p><b>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</b></p> <p>- Анестезиология, реаниматология асосларига дойр қандай атамаларни биласиз?</p> <p>- Анестезиология, реаниматология асосларини ўзлаштиришда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада деб уйлайсиз?</p> <p><b>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади.</b></p> <p>Анестезиология, реаниматология асослари, унинг тарихи. Умумий огриксизлантириш ва маҳаллий анестезиянинг асосий ривожланиш босқичлари. Замонавий огриксизлантириш усуллари ва турларини таснифи</p> <p>Огриксизлантириш асоратлари. Маҳаллий огриксизлантириш аҳамияти тушунтирилади.</p> <p><b>2.3. Реанимация асослари, огриксизлантириш асоратлари ва уларнинг профилактикасида ўз хиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади.</b></p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат</p>

3-босқич. Яқуний (10 мин.)	<b>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</b> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “анестезиология в реаниматология” сузига кластер тузишни вазифа	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 ниҳоятда мураккаб процесдир.

### **Терминал, агония олди ва агонал ҳолат.**

Бош мия хужайралари кон айланиши тухтагандан сунг 5-6 минут утиши биланок кайтмас узгаришлар учрайди. Шунга кура клиник ва биологик улим фаркланади.

1). Клиник улим деганда юрак ва нафаснинг тухташи тушинилади. Бундай ҳолатда хаёт хам сунмаган ва хаёт фаолиятини тула тиклаш имконияти булади. Клиник улим биологик улимга утиши мумкин, бу процесс кайтмайдиган ҳолатдир. Нафас олиш ва юрак тухташдан ташқари, 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 хуши сакланган бироқ тормозланиш белгилари булади, артериал босим паст (максимал 60мм, сим.уст.тенг, минимал босимни аниқлаб булмайди). Агонал фаза эс – хушни кирарли чикарли булими билан утади. Корачик кенгайган, ёруклик сезмайди. А/Б аниқланмайди, томир уриши кулга удолмайди, юрак тонлари бугик, нафас сийрак, юзаки. Клиник улим юз берганда нафас ва пульс булмайди бироқ кон айланиши сакланиб қолади.

### **Юрак ва нафас етишмовчилигида реанимация усуллари.**

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

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

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

### **Юрак фаолиятининг тухташи.**

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

Юракни бевосита массаж 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 кисади. Бу етарли натижа бермаганда юрак бушлигига адреналин, кальций хлор юборилади. Юрак фаолияти ишлаганда баъзан юрак мускулларнинг оз – моз учини (фибриляция) курилади. Бундай ҳолда юрак дедгибрилятор аппарати ёрдамида 4000-6000 В кучланиш атрофида электр заряд утқизилади.

### **Сувга чуқиб ва бугимда биринчи ёрдам курсатиш.**

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

Биринчи тури – синкопе ҳолати (юракни тусатдан тухтаб қолиши). Бунда ҳаётий муҳим функциялар бирданига рефлексор тарзда тухтайди. Синкопе қурқув, каттик ҳаяжон, совуқ сув таъсиридан содир булади.

Иккинчи тури – бунда сувга туқаётган шиш нафасини аввалига тутиб туради, гуқиб кетмаслик уни актив ҳаракат қилади. Чуқаётган шиш сув юзасига бир неча марта чалқиб чиқади ва чуқур нафас олади. Бирок бу ҳаво қифоя қилмайди, гипоксия юз беради, шикастланган шиши хушини йукотади ва батамом сувга чуқиб кетади. Нафас ҳаракати кучайиб 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.

Чуқиб 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 узид таъсир

курсатиш макседида комплекс тарзда олиб борилади.

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

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

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

### **Хушдан кетиш.**

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

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

**Давоси:** шикастланган шиши боши паст оёклари юкорига килиб ёткизилади. Нашатр спирти хидлатилади.

1мл 20% ли кофеин эритмаси

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

### **Коллапс.**

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

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

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

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

Хозирги замон анестезиологиянинг макседи нафакат огрикни колдириш, балким операция давомида ва кенг организм функциясини бош каришага хам каратилган. Замонавий огриксизлантириш усули пайдо булмасдан олдин операция вактида беморни огрик изтиробидан холос этиш учун турли усуллар: унинг хушини йукотиш, нерв стволларини механик босиб туриш, операция килинадиган жойга кор ёки муз куйиш кулланилади.

Кадимги Миср, Хитой, Юнонистон, Римда мандрагора илдизи, бангидевона, хинд нашаш, белладонна экстракти алкоголь афсон цикуту ва бошклар кулланилган. Бу



моддалар эритма, дамлама холида ичирилган, терига ишлаб суритилган, шунингдек клизмалар ёрдамида юборилган. Бирок огриксизлантиришнинг бу турлари огрикни кисман камайтирган холос ва купинча огир асоратларга сабаб булган.

Оёкларда операциялар нервларни жгут ёрдамида кисиб утказилган. XVI асрда Амбруаз Паре (фаранг хирургик) ушбу усулни куллаб ампутация утказган. Натижада беморларда операциядан кейинги даврда нерв толаларининг ва кон томирларнинг кисилиши сабабли гангрена холатлари 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 химиёвий 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 – хлороформни таклиф этди.

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

1905 йилда Эйнхорн новокаинни тавсия килди, бундан хозир хам кенг фойдаланмокда.

А.В.Вишневский ва унинг мактаби томонидан махаллий анестезия усулларининг урганилиши ва амалиётида кенг тармокда кулланилишига асос солинади. Махаллий анестезиянинг очилиши муносабати билан орка мия анестезияси (Долиотти, 1925) утказувчан анестезия (куленкампор), ишлаб чикилди.

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

### **Умумий огриксизлантириш (наркоз)**

Умумий огриксизлантириш – наркоз марказий нерв системасининг дори – дармонлар таъсирида юзага келадиган тормозланиш холати булиб, хушнинг йуколиши, сезувчанликнинг харакатнинг шартли ва баъзи бир шартсиз рефлексларининг йуколиши билан намоён булади.

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

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

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

а) Суюқ наркотик моддалар:

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

1). Фильтр коғоздан буглангандан сунг хиди колмаслик керак;

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

- Хлороформ – Chloroformium ( $CHCl_3$ ) – тиник рангсиз суюқлик, ачитувчи тамли. Ёругликда тез парчланади. Солиштирма огирлиги – 1,4-1,5. Кайнаш даражаси 60-62<sup>0</sup>. Корамтир, герметик шиша идишлардан салкин жойда сакланади. Захарлилиги ҳисобга олиниб ҳозирги вақтда ишлатилмайди.

- Хлор этил – Aethulum chloratum ( $C_2H_5Cl$ ) – рангсиз, тиник, учувчи суюқлик узига хос хиди билан. Кайнаш даражаси 12-12,5<sup>0</sup> солиштирма огирлиги 0,921. осон алангаланади. Ёруглик тушмайдиган, салкин жойда сакланади.

- Фторотон – Fthorotanium – ёкимли хидга эга булган рангсиз суюқлик. 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 вактида 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 ёруглилга 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 уйгонади.

- 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:

- III<sub>1</sub> – эс – хуши батамом йуколган, огрик ва тактил (тери) сезувчанлиги йук. Корачиклар тарайган, бирок мугуз парда рефлекси ва мускулларнинг таранглиги сакланиб қолади. Куз саккаларининг «сезиб юрадиган» харакатлари сакланиб қолади.

III<sub>2</sub> – корачиклар тарайган, мугуз парда рефлекси сакланиб колган. Мускуллар кисманбушашади. Бу даражада тилнинг халкумга тикилиб қолиш хавфи булади.

III<sub>3</sub> – пульс секинлашади, артериал босим пасаяди, нафас юзаки булиб қолади, куз ёриги кенгаяди, мугуз парда рефлекси йуколади. Мускуллар батамом бушашади.

Ш<sub>4</sub> – нафас бир мунча юзаки, корачиклар кенгайган, ёругликка реакция кузатилмайди, мугуз парда нурсиз. Пульс тезлашган, туликлиги суст. Артериал босим тобора пасаяди. Наркознинг бу даражасига йул куйиб булмайди. Наркоз чукурлаштирилганда улим билан тагайди.

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

### **Ингаляцион наркоз усуллари, наркоз учун жихозлар.**

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

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

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

3. Ярим ёпик усул. Бемор наркотик моддани атмосфера хавосиз нафас олиб, қисман наркоз аппаратига ва қисман атмосферага нафас чиқаради. Бундай аппаратларда кумир кислота (угле кислота) ютгич булиши керак. Бу усул хозирги 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 масклар 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 карамай, хама наркоз аппаратлари турта асосий блокдан иборат: баллон билан редуктор, дозиметр, буглатувчи ва нафас системалардан иборат.

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

Махаллий огриксизлантириш (анестезия) деганда беморнинг эс – хуши сакланиб қолинган холда операцион майдон соҳасидагина огрик сезувчанликни йукотиш тушунилади. Хирургия амалиётига 1905 йилда Эйхорн томонидан махаллий огриксизлантириш мақсадида новокаин киритилган. Хозирги кунга қадар амалиётида

новокаин кенг кулланилиб келинмоқда. 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) инфилтрацион анестезия. Операция килинадиган соха тукималарига огриксизлантирувчи дори юборилиб, нерв толалари ва дециторларга таъсир этади. Тукималарда инфилтрация 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 (коворгалараро анестезия).

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

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

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

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

Орка мия анестезияси. Орка мия анестезиясини 1899 йилдир бир таклиф этган. Бу усул кенг тарқалган булиб, кенг кулланилмоқда. Орка мия анестезияда огриксизлантирувчи модда орка миянинг субарахноизал бушликга юборилади. Орка мия суюклиги билан аралашиб, нерв илдизларига таъсир этади, натижада огриксизлантирувчи холат 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 иссиклик сезиб, кейинчалик огрик, иссиклик 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: харакатнинг тикланиши, сезиш ва бошка рефлексларнинг тикланиши билан характерланади.

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

Карши курсатмалар: а) абсолат карши курсатмаларга огир шок холати, кон босимнинг пасайлиги, пункция сохада терининг йирингли жараёни, марказий нерв системасининг бузилиш, умуртка погонасининг деформацияси; б) нисбий карши курсатмаларга юрак фаолияти декомбенсацияси, огир ахвол, кахексия, нерв системасининг ута таъсирчанлиги, семизлик ёш болаларда, умуртка погонасидаги сурункали касаликлар киради.

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

### **Перидурал анестезия**

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

### **Кучайтирилган (потенцирланган) наркоз.**

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

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

Юкоридаги аралашмани вена ичига юбориш учун 5% - 20мл глюкоза билан аралаштириб секинлик билан 15-18 дакика давомида юборилади. Курсатмага караб аралашмани операция вақтида 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 салохиятини саклаб операциядан кейинги даврнинг асоратсиз етишини таъминлайди.

### **Даволовчи блокадалар**

Яллигланиш процессии ва нерв – томирлар бузилишини давомида новокаинли блокадаларни куллаш кенг тарқалган. Новокаиннинг кучсиз эритмалари организмга ижобий таъсир курсатиб, паталогик жараённи камайтиришга 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 боғланади.

Новокаинли блокадаларга курсатмалар: уткир яллигланишлар, ковок органлар тонуси бузилиши, травматик ва гемотрасфузион шок, совук олдириш, куйиш, утки рва сурункали огриклар.

Карши курсатмалар: Новокаинни кутара олмаслик, операция килиб булмайдиган ёмон сифатли усмалар, утказиб юборилган перитонит, некротик ва йирингли яллигланишлар.

### **Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати**

#### **Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар**

- 1.С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
- 2.С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
- 3.В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
- 4.В.И стручков. Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
- 5.Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
- 6.В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
- 7.В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987

8. А. Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М. 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 Discase he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

### **Қўшимча адабиётлар**

1. В. И. Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я. В. Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии  
Л. Медицина 1973
3. М. Ф. Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф. Т. Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А. Э. Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б. В. Петровского. Руководство по хирургии  
М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б. О. Милькова Хирургические манипуляции.  
Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б. М. Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О. К. Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А. Вагнер, В. М. Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С. М. Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985



12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М.Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизация применяемые в медицине. М.Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М.Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurderly-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумоталр: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php), [shop.medicinform.net/showtov.asp](http://shop.medicinform.net/showtov.asp),

### **МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ**

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

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Қириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	-Шикастланиш ҳақида тушунча. -Шикастланишлар таснифи. -Травматизм тушунчаси ва унинг олдини олиш -Беморларни текшириш усуллари; -Шикастланиш шоки ҳақида тушунча. -Жарохатнинг хавфли асоратлари ва улар ҳақида тушунча. -Травматологик беморларни даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга шикастланиш уни турлари шикастланишда организмнинг умумий реакциясини, ҳушдан кетиш, коллапс, шок ҳолатларини, уларни диагностикасини олдини олишни ва биринчи ёрдамни ташкил қилишни ургатиш	
Педагогик вазифалар: -Шикастланишлар ҳақида тушунчалар, асоратларнинг келиб чимқиши таништириш ва	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Шикастланиш ва уни асоратлари ҳақидаги тушунчаларни изоҳлайди; - шикастланиш сабабларини айтиб беради;

тушунтириш; - Шикастланиш сабаблари; -Шикастланишнинг турлари; -Шикастланишнинг асосий клиник белгилари; -Шикастланиш шоки (тушунчаси , клиникаси , даволаш) -Шикастланишнинг даволаш усуллари (консерватив ва оператив) ; -Шикастланишларда биринчи ёрдам ; -Шикастланишларга карши курашиш;	-Шикастланиш таснифини санаб беради; -Шикастланишни клиник манзарасини изохлайди; -Шикастланиш шоки тушунчаси , клиникаси даволаш усуллари ва биринчи ёрдамни айтиб беради; -Шикастланиш даво усулларини айтиб беради ва изохлайди; -Шикастланишларда биринчи ёрдам курсатишни айтиб беради; - Шикастланишларга ыарши курашишни изохлайди;
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён килиш, 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

<b>16-мавзу</b>	<b>Фаолият мазмуни.</b> Шикастланиш. Травматизм тушунчаси , унинг олдини олиш , шикастланишда организмнинг умумий реакцияси. Травматик шок. Шикаст ва шикастланиш тушинчаси , таснифи. Шикастланиш шоки: тушинча , клиникси , даволаш асослари, олдини олиш. Жарохатнинг хавфли	
	Ўқитувчи	Талаба
1-боскич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг максоди, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум килинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

<p>2-боскич. Асосий (55 мин.)</p>	<p>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- шикастланишларга доир қандай атамаларни биласиз?</li> <li>- Травматик шок дейилганда нимани тушинасиз?</li> <li>- Шикастланишларда биринчи ёрдам бундай курсатилади?</li> </ul> <p>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</p> <p>Муляжлар , кургамали куроллар ва мультимедиялар ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради .</p> <p>2.3. Шикастланиш тушунчаси , этиологияси , патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Травматизм тушунчаси ва унинг олдини олиш;</li> <li>- шикастланишни классификациялашда нималарга асосланган;</li> <li>- шикастланиш сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг;</li> <li>- шикастланиш даво усуллари айтинг.</li> </ul>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади, ёзади. хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
<p>3-боскич. Яқуний (25 мин.)</p>	<p>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Шикастланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

**НАЗАРИЙ ҚИСМ.** Ташқи муҳитнинг киши организмига таъсири натижасида туқима ва органларда она молик ва фунуционал узгаришлар пайдо бўлиши шикастланиш дейилади. Организмга таъсир агентларга механик, электр термик, химиёвий ва нур таъсиротлари қиради. Шунингдек маълум бир гуруҳни рухий шикастлар ташкил қилади. Шикастланишларда маҳаллий узгаришлар билан бир қаторда оғир умумий асоратлар ҳам мавжуд бўлади. Очик ва ёпик шикастланишларнинг мавжудлиги, беомр организмида ҳар хил оғир ҳолатларни юзага келтиради.

**Шикастланиш таснифи.** Шикастланишлар буйича қуйдаги классификация қабул қилинган: 1. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлмаган транспортда (темир йул, автомобиль, трамвай), пиёда катаётганда, спорт билан шугуланганда, табиий офатлар таъсирида ер қимирлаш, сел келиши), турмушда руй берадиган травмалар.

2. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган иш қастлар саноатда, қишлоқ хужалигида)

3. Кастдан килинган шикастланишлар ( харбий ҳолатларда, уз –узини улдириш). Механик, кимёвий, электр, термик нқрдан буладиган рухий травмалар тафовут килинади. Очик ва ёпик шикастлар ажратилади. Очик шикастланишда тери ва шиллик каватнинг бутунлиги бузилади. Тери ва шиллик кават жароҳатларига микроблар тушиб, эрта ва кечиккан асоратларга сабаб булади Ички организмнинг шикастланишига караб юзаки ва чуқур шикастланишларга булинади.

Шикастланишларнинг олдини олиш ва уларда ёрдам курсатишни ташкил қилиш.

Саноатда кишлоқ хужалиқда, ишлаб чиқаришнинг нурли соҳаларида, техник ва транспорт ҳаракатида эса йул ҳаракати қоидаларига риоя этмаслик натижасида шикастланишлар кундан кун купайиб бормокда. Бу шикастланишлар оқибатида киши узок вақтгача иш қобилиятини йукотади, баъзан ногирон бўлиб қолади. Профилактика ишлари яхши йулга қуйиши учун травматизмни аниқ ҳисобга олиш керак. Бунинг учун зарарланишнинг куп ёки кам учраши сабаблари қандай шароитда, ҳолатда юз бериши урганилади. Травматизм профилактикасида қорхона раҳбарлари, техника хавсизлиги инжинерлари, давлат автоинспекцияси, уй –жой эксплуатацияси, мактаб, болалар уйи ва бошқа ташкилотларнинг ходимлари тиббиёт муассасалари ходимлар билан бирга фаол қатнашадилар. Шикастланишлар купинча маст ҳолда юз беришини ҳисобга олиб, ичкиликбозликка қарши жиддий қурашмоқ лозим. Травмадан зарарланишлар умумий хирургик қасалликларнинг 30-35 фоизини ташкил этади. Шикастланишда биринчи ва юқори малакали ихтисослашган ёрдамни ташкил қилиш керак. Республикамизда травматологик хизмат учун асосий звенодан иборат. Шикастланиш руй берган жойда биринчи тиббий ёрдамни ташкил қилиш.

Амбулатория – поликлиникада шикастланишга ёрдам курсатиш. Травматологик ёрдамни стационарда ташкил қилиш. Травма юз берган жойдаёқ биринчи ёрдам курсатиш қуйидаги мақсадларни қузга тутуди. а ) Шифокор қелғунича булган биринчи оддий ёрдам. Бу купинча махсус қасби булмаган кишилар уз – узига ва бир- бирига ёрдам ) томонидан курсатилади.

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

Кейинги босқичда ёрдам берувчи травматология ходимларига хар бир килинган даволаш усулларини қенг ва батафсил баён қилиши керак (бирламчи хирургик ишлаш, қокқолга қарши зардоб юбориш ва ҳоқазолар). Хар бир киши шикастланиш юз берганда қаерга, қачон сураб

мурожаат қилиши керак. Шикастланган кишининг тугри эвакуация қилишини травматологик

ёрдамнинг асосий бугинларидан бири ҳисобланади. Шахарларда тез ёрдам тиббий станциялари санитария мутахассислари бўлиб уларнинг асосий вазифалари беморни тез ва эҳтиётлаб адоволаш муассасасига етқизишдан иборат.

### **Травматологик беморларни текшириш ва даволаш хусусиятлари.**

Шикаст олган беморларни текширишда худди хирургик беморларни текширишда қулланиладиган усуллар ишлатилади. Шунинг эсдан чиқармаслик керакки, оғир травмалардан кейин беморда унинг симптомлари тез ривожланади, купинча аҳоли оғир булади, шок асорати вужудга қелади. Буларнинг ҳаммаси жароҳдан зудлик билан ҳаракат қилишни, диагноз қуйишни ва қеракли ёрдам беришни талаб этади. Анамнез

йигиш ва травматологик беморларни текшириб куриш, умуман хурургик касалларни текшириб куришдан фарк килса-да аммо узига хос хусусиятлари бор.

Шикастланган жойнинг куриниши ҳамма вақт ҳам шикастланишнинг огир-енгилигига тугри келавермайди. Масалан унча катта булмаган кукрак кафаси ёки корин бушлигига етказилган жароҳат ички органлар бутунлигининг бузулишига олиб кеалди. Калла ва орка миянинг огир шикастлари ҳам аниқ ташки белгиларга эга булмаслиги мумкин. Симптомлари аниқ булган ҳар қандай травма ҳам инсон ҳаёти учун хавфли булмаслиги мумкин. Айтайлик катта травмаларда огир асоратлар организмнинг бошка қисмларига намоён булиши мумкин. Кул – оёкининг териси шилинган беморнинг жигар талок ёки бошка ички органларнинг бутунлиги бузилган булиши мумкин.

Айникса хушсиз ётган, калла суяги шикастланган унинг устига спиртли ичимликлар ичган шок ҳолатига тушган булса, диагноз қуйиши қийин булади. Травма олган беморда огир қушимча ҳолатлар, шок, қон кетиши, травматологик токсикоз, булиши мумкинки, улар ҳам вазиятни аниқлашга ёрдам беролмайди.

Беморнинг огир травма таъсирида аҳоли ёмонлашганда унга тез ёрдам бера олиш керак. Масалан, қамқонликка олиб келадиган артериал қон кетаётган ёки нафас йулларига ет моддалар тикилиб қолган булса аввало шу асоратларнинг олдини олишга даволашга интилиш керак, сунгра анамнез йигиш ва бошка текширишларни бошлаш мумкин.

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

Жароҳатга тупрок тушиши ёки ифлосланган кийим- кечак қокшоп, газли ганулнани олиб келиши мумкин. Ёки мия чайқалиб лат ейиши вақтида бошнинг ишқастланиши билан бир қаторда киши ҳушидан кетади. Бундай беморларнинг 1,5 – 2 соатдан кейин ҳушдан кетиши мия ичидан қон қуйилиб, унинг асосий марказлари оқаётган қон билан эзилишини билдиради. Шунинг учун травмадан (айникса, бошка касалликлар билан бирга кечаётган булса) беморнинг анамнезини йигиш уни текширишга қатъий этибор бериш зарур. Бу борада упка, юрак – томир ва бошка ҳаётий системаларни текшириб чиқиш лозим. Шикастланган соқани қуздан кечириш, ушшлаб куриш нуқуссия, аускультация қаби текшириб куриш усулларидан фойдаланиш мумкин. Травма таъсир қилган соқани қуздан кечиришда шу соқадаги терининг ранги, қон – оёқнинг қалта – узунлиги, соҳанинг конфигурацияси, шаклининг узғариши, жароҳатнинг Катта қичиклиги, чуқурлиги, характер ива бошка белгиларга аҳмият берилади.

Ушлаб куриш воситаси билан огриётган жойни, суяқ синикларини, қисирлаш симптомини, бугимлар бутунлигини аниқласа булади. Агар қон томирлари қесилган булса, пальпация билан магистрал томирларла уларнинг урушини аниқлаш мумкин. Терқуссия воситаси билан кукрак кафаси қорин бушлиги ичига қон тупланганда утмас товуш, суяқ синганда қаттиқ огрик борлиги аниқланади.

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

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

Бундан асосий мақсад зарарланган киши хаётини саклаб колиш, шикастланган аъзонинг анатомик тузулишини, функциясини тиклаш ва беморнинг меҳнат қобилиятини тиклашдан иборат булади. Киши хаётини саклаб колиш учун травманинг мураккаблашишига йул куймаслик, шунингдек шок камқонлик руй берган булса, уларни дархол даволаш тадбирлари курилади.

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

**Шок.**Шок- деганда хаётий системалар функциясининг тусатдан прогрессив пасайиб кетиши тушунилиб, унинг келиб чиқишига микроциркуляция билан туқималарнинг қислородга туйинишининг номуносивблиги сабаб булади. Шокнинг турлари.

Травматик шок

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

б) қуйиш шоки ( термик, қимёвий қуйишлар)

в) Электр таъсирдан буладиган шок

г) совукдан буладиган шок.

2. Геморагик ёки гиповолемик шок (кон кетиши сувсизланишдан)

Кардиоген шок (миокард инфаркти, аритмия уткир юрак етишмовчилиги)

Токсик – инефекцион шок ( грамусбат, грамифий инфекция)

анафилактик шок.

### **Травматик шок**

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

Травматик шокнинг таснифи. У икки фазадан иборат: эректил ва торпид. Баъзи муаллифлар учинчи терминал фазан хам қушиладилар. Электил фаза шок реакциясининг бошланишида пайдо булади. Бу фаза одатда қиски булсада, унда травматик шокда руй берувчи узгаришлар намоён булади. Унинг клиник белгилар кенг ёритилган: Беморнинг нутқи ва харакат қузғалиши қучли намоён булиб, эмоционал белгиларга бойдир.

Бемор ҳушини юкотмаган булсада, атроф муҳитни англай олмайди Тери сатҳи оқарган, совук совук терга ботган булади. Қорачиги уртача катталашган пай ва мушак тонуслари қучайган. Кон босими нормада ёки ошган. Томир уриши 100-110, нафас олиши тезлашган. Эректил фазаси қанча қучли булса торпид фаза шунчалик оғир утади. Торпид фаза хам маълум барқарорлик қузатилади: унда даврни фарқ қилса булади. Бошлангич барқарорлашган давр ва охири давр. Шокнинг I босқичи (ёник) беморнинг умумий аҳволи нисбатдан ёмон эмас. Томир уриши 90-100. Кон босими 100-95 /60-55 мм симоб устунни ҳисобида, енгил мумак титраш эшитилади. Шокнинг II босқич уртача

огирликда, тери ва куришиб турган шиллик каватлар ута оқарган нафас олиши юзаки, минутига 30-32 марта, пульс 110-120 марта. Шокнинг III боскич огир формаси) тери сатхи куришиб турадиган шиллик каватлар оқарган ёки оокиш кукарганда бемор кора терга ботган нафаси 30-40 марта, кон босими 70-50 мм.сим. устуниси хисобида. Беомр ута суст харорати пасайган. Тананинг хамма функционал белгилари жуда нотекис, реанимацион тадбирларни талаб килади.

Шокнинг IV боскичи агонал олди ва агонал холатлар) нафас олиш жуда сийрак, периферик томирлар уриши ва кон босими аникланмайди. Бу холатни тиклаш огиррок. Шокни даволаш комплекс холда олиб борилиши керак, даволаш муолажаси шокни келтириб чиқарган сабабларни йукотиш организм бузилган фаолиятини кучайтиришга каратилган булиши керак. Даволашнинг асосий куринишлари. 1) Самарали огриксизлантириш 2) нафас ва юрак томирлар етишмовчилигига карши курашиш. 3) модда алмашинуви бузулишининг олдини олиш. 4. Ички аъзолар томонидан булиши мумкин булган хар хил асоратларнинг олдини олиш. Ва уларни даволаш ( жигар, буйрак).

### **Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати**

#### **Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар**

- 1.С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
- 2.С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
- 3.В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
- 4.В.И стручков. Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
- 5.Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
- 6.В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
- 7.В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
- 8.А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.Ташкент1994
- 9.У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. 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 Discase 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  
Беларусии» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.:  
МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurderly-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумоталр: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php),



### МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

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

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти хақида тушунча. 2. Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти таснифи. 3. Ёпиқ шикастланишларда биринчи ёрдам кўрсатиш Беморларни текшириш усуллари; Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти клиникаси ва патогинези хақида тушунча. Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти диагностикаси ва даволаш усуллари хақида тушунча.
Ўқув машғулотининг мақсади:	Алоҳада аъзоларнинг бош, кукрак қафаси, қорин бўшлиғи, суякларни шикастланишларга тухталиб, уларнинг техникаси ва диагностикасини, даволаш усуллари ургатиш.

<p>Педагогик вазифалар:</p> <p>-Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти . Юмшоқ тўқималарнинг ёппиқ жароҳати таништириш ва тушунтириш;</p> <p>- Ёпиқ шикастланиш сабаблари;</p> <p>-Ёпиқ шикастланишнинг турлари;</p> <p>-Юмшоқ туқималарнинг ёпик шикастланиши: эзилиши , тузилиши ва йиртилиши ҳақида тушунча бериш;</p> <p>-Ёпиқ шикастланиш клиникаси, диагностикаси , ҳақида тушинча бериш.</p> <p>-Ёпиқ шикастланишнинг даволаш усуллари (консерватив ва оператив) ;</p> <p>- Ёпиқ шикастланишнинг биринчи ёрдам ;</p>	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</p> <p>-Ёпиқ шикастланишнинг ва уни асоратлари ҳақидаги тушунчаларни изоҳлайди;</p> <p>- Ёпиқ шикастланишнинг сабабларини айтиб беради;</p> <p>-Ёпиқ шикастланишнинг таснифини санаб беради;</p> <p>-Бош мия , кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар шикастланишининг клиник манзарасини изоҳлайди;</p> <p>-Бош мия , кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар шикастланишининг даволаш усуллари айтиб беради;</p> <p>-Ёпиқ шикастланишнинг биринчи ёрдамни айтиб беради ва изоҳлайди;</p> <p>-Узоқ муддатли эзилиш синдроми (жароҳатланиш токсикози) умумий тушунча; клиникаси, кечиши, асоратлари, олдини олиш, биринчи ёрдамни ташкил ва даволаш асослари айтиб беради;</p> <p>-Ёпиқ шикастланишнинг қарши курашишни изоҳлайди;</p>
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	<p><b>Фаолият мазмуни</b> .Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикасти . Юмшоқ тўқималарнинг ёпик жароҳати , узоқ эзилиш синдроми. Бош мия , кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғида , жойлашган аъзолар шикастланишининг умумий масалалари.Биринчи ёрдам курсатиш. Юмшоқ туқималарнинг ёпик шикастланиши: эзилиши, тузилиши, йиртилиши. Узоқ муддатли эзилиш синдроми (жароҳатланиш токсикози) умумий тушунча; клиникаси, кечиши, асоратлари, олдини олиш, биринчи ёрдамни ташкил ва даволаш асослари .</p>	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<p><i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i></p>	<p>1.1. Эшитади, ёзиб олади.</p>

<p>2-боскич. Асосий (55 мин.)</p>	<p>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди. -Бош мия. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикастига доир қандай атамаларни биласиз? -Узоқ мудатли эзилиш синдроми дейилганда нимани тушинасиз? -Ёпиқ шикастланишларда биринчи ёрдам қандай курсатилади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Кўргазмали куроллар ва мультимедиялар ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради . 2.3. Ёпиқ шикастланиш тушунчаси , этиологияси , патогенези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Бош мия , кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғида , жойлашган аъзолар шикастланишининг умумий масалалари. Биринчи ёрдам курсатиш ; - Ёпиқ шикастланишни классификациялашда нималарга асосланган; -Бош мия. Кўкрак қафаси , қорин бўшлиғи аъзолари шикастланиш сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - Бош мия. Кўкрак қафаси , қорин бўшлиғи аъзолари шикастланиш даво усуллари айтинг.</p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
<p>3-босғич. Яқуний (25 мин.)</p>	<p>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Шикастланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

**НАЗАРИЙ ҚИСМ.** Миянинг ёпиқ зарарланиши мия шикастлари ичида куп учрайди. Унинг асосий сабаблари куча транспортда фожиларидир. 1986 Мамлакатимизга бош мия лат ейишини янги класификацияси ишлаб чиқилди.

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

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

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 хамда органларнинг функциялари бузилади. Мия чайкалганда, кучли шикастланишда бемор хушдан кетиб узига келгач булган воқеани эслай олмайди. Бу хол ремроград амнезия дейилади. Зарарланишнинг огир – енгилишига кура бухушлик киска ва узок давом эттиш мумкин. Бу вазиятда бемор хеч нарсага ахмият бермайди, атрофдагиларга бефарк булади. Ранги окариб, боши айланади, огрийд, кунгили 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 килиш, уз – узидан ич кетиш, сийиш белгилари пайдо булади.

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

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 вакт бухуш ётади. Асосий белгилари мия чайкалгандек, булиб бирок улардан огиррок утади. Беморнинг харорати уртача ошади. Кон кушилиши юмалаш ва некрозга учраш кузатилгани учун хар хил неврологик симтоплар вужудга келади. Булар мимика куриш, гапириш, сезиш белгиларининг бузулиши, координация ва хароратдаги узагаришлардан иборат. Купинча калла мия нерв фаолиятининг зарарланиш симптомлари пайдо булади. Орка мия суюклигига кон борлиги аникланади.

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

Мия кисилиши. Мия кисилиши калла суяги ичида йигилган кон ва калла суяги парчасининг мия моддасини эзилиб куйишидан иборат. Калла суяги ичида кон кетиши 80% холларда унинг тармоklarини зарарланиши натижасида вужудга келади., шунингдек 20% да венос синуслар калла суяк ва вена томирлари бутунлигининг бузилиши натижасида вужудга келади. Мия кисилишининг белгилари хам кон куйилганда (30-40 мл) иманоманда намоён булиши мумкин. Кон нафакат миянинг ташки кавати

устида эридеррал ) шунингдек остида ( субдурал) иматома ва мия тукумасининг узида – мия ичида ( интракраниал) иматома ҳам булиши мумкин.

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

Даволаш. Бу беморларга факат жаррохлик усули билан даво килинади. Калла суяги трепацияси килинади, кон кетаётган томир боғланади, гематома ёки суяк синиклари олиб ташланади. Гемотоманинг лакализацияси 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 энгил 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 энгил кечишида кукрак кафасининг эластиклиги мухим урин тутуди. 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 кукс оралигини сог томонга силжитади. Пневмоторокс купинча бир томонлама булиб ковурга синиши ва суяк синиклари билан плевра упка бутунлиги бузилганда намоён булади. Аммо баъзида упка тукумаси касаллик натижасида мурт булганида уз – узидан ёрилиши мумкин, унда спонман пневмоторокс вужудга келади. Пневмоторокс очик, ёпик ва кларанли турларга булинади. Плевра бушлигида хаво ( йигилган ) кукарк деворининг жарохати ёки йирик бронх оркали атмосфера хавоси билан туташган булса очик пневмоторокс дейилади.

Ёпик пневмотороксда плевра бушлигига йигилган хаво ташки мухим алокада булмади хамда стерил булади. Упканинг парчаланиб ёрилиши одатда клапанли пневмоторокс ёрилишига сабаб булади. Нафас олиш вақтида хаво плеврага криб упка парчаси кукарк деворининг жарохатланган жойини нафас чиқаришда беркитиб куйиши натижасида кайтиб чиқолмайди.

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

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

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

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

### **Корин бушлиги органларининг ёпик шикастланиши.**

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

Чики ковак органлар ( меъда, ичак, ут ва сийдик кони) ёритилганда уларнинг ичидаги моддалар ( меъда шираси, ичак шираси ва нажас сийдик) корин бушлигида

тушиб корин парадасининг ялигланиши, яъни перитонит ривожланади. Агар овкат хазм килиш йулининг юкори кисмидаги аъзолар зарарланса – меъда ун икки бармокли ичак касаликларининг белгиси намоён булади.

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

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

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

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

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

Даволаш тезкорлик билан операция килинади. Буйрак емирилиб кетганда кон кетиши корин парда орка кисмидан паренефрал сахтга таркалади.интраперитонеал – корин бушлигига таркалади. Ундан ташкари, йерилган буйракдан кон аралаш сийдик, ретроперитоеал юзага ёки корин бушлигида тушади. Унча катта булмаган буйрак ёриги консерватив даволанади, буйрак кенг ёритилганда тухтамаётган кон кетишса операция йули билан бажарилади. Буйрак ёригига чок 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 пастки кисмлари ёрилса ундан суюклик пуфак атрофидаги ёг каватига 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 хам вужудга келади.

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

**Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати**

**Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар**

- 1.С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
- 2.С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
- 3.В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
- 4.В.И.Стручков. Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
- 5.Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
- 6.В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
- 7.В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
- 8.А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.Ташкент1994
- 9.У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
- 10.В.К.Гостищев. Общая хирургия М.1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eurgical Discase 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.Пуллатов. 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 маълумоталр: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php),

**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.**

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Суякларнинг синиши ва чиқиши хақида тушунча.</li> <li>2. Суяк чиқиши тушинчаси , таснифи уларнинг юз бериш механизми , клиникаси ва даволаш</li> <li>3. Суяк синганда даволашнинг умумий асослари . Синган суякнинг битиши.</li> <li>4. Беморларни текшириш усуллари;</li> <li>5. Суяк қадоғининг пайдо бўлиши. Суяк синганда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.</li> </ol>
<p>Ўқув машғулотининг 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.</p>	
<p>Педагогик вазифалар:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Суякларнинг синиши ва чиқиши хақида тушунча.</li> <li>2. Суяк чиқиши тушинчаси , таснифи уларнинг юз бериш механизми , клиникаси ва даволаш</li> <li>3. Суяк синганда даволашнинг умумий асослари . Синган суякнинг битиши.</li> <li>4. Беморларни текшириш усуллари;</li> <li>5. Суяк қадоғининг пайдо бўлиши. Суяк синганда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.</li> </ol>	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Суякларнинг синиши ва чиқиши хақида тушунча.</li> <li>2. Суяк чиқиши тушинчаси , таснифи уларнинг юз бериш механизми , клиникаси ва даволаш</li> <li>3. Суяк синганда даволашнинг умумий асослари . Синган суякнинг битиши.</li> <li>4. Беморларни текшириш усуллари;</li> <li>5. Суяк қадоғининг пайдо бўлиши. Суяк синганда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.</li> </ol>
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	<p><b>Фаолият мазмуни</b> .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.</p>	
	Ўқитувчи	Талаба
1-боскич. Кириш (10 мин.)	<p><i>1.1. Мавзу, унинг максоди, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i></p>	<p>1.1. Эшитади, ёзиб олади.</p>

<p>2-боскич. Асосий (55 мин.)</p>	<p>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди. -Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши доир қандай атамаларни биласиз? -Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши дейилганда нимани тушинасиз? -Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланишида биринчи ёрдам қандай курсатилади? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради . 2.3.Суякларнинг синиши ва чиқиши.Суяк ва бўғимларнинг жароҳатланиши тушунчаси , этиологияси , патогинези, клиникаси ва даволаш усуллари хақида тўхталиб ўтилади. - Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши. Биринчи ёрдам курсатиш ; - Суяк синиш таснифи нималарга асосланган; - Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши сабаблари, патогинези ва клиникаси хақида тушунча беринг; - Суякларнинг синиши ва чиқиши. Суяк ва бўғимларнинг шикастланиши диагностикаси ва даво усуллари айтинг.</p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2.Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3.Эслаб қолади, ёзади. хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
<p>3-босғич. Яқуний (25 мин.)</p>	<p>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Шикастланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

**НАЗАРИЙ КИСМ.** Чикиш 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 чикиш, қисман тегиб турса, тула булмаган чикиш дейилади. Чикиш номи бугимга кирувчи дистал суяк қисми билан юритилади. Масалан: елка бугимидан чикса, елка чикиши, тос-сон бугимининг чикиши ёки бугим юзаси капсула ёрилган жойдан чиккан бўлса, сон чикиши дейилади.

Одат тусига қирган чикишда бугимнинг капсуласи, унинг боламлари айникса бу асоратлар блокчи бугимларда (болдир – панжа, тирсак, тизза) купрок намоён бўлади.

Купинча (50% дан ортиқроқ) чикиш елка бугимида кузатилади, сунгра тирсак, тос-сон тизза ва болдир – панжа бугимларида учрайди. Шунингдек умров суягининг акромиал ва кукрак қисмларида, тизза усти соҳасида, камрок кул қафти бармоқларида Чикиш руй беради.

Умуркаларнинг, айникса буйин умурқларининг уз урнидан силжиши ёки силжиши оғир травмаларга қиради. Чикишлар ичида тугма чикиш, яъни бола хаётининг она қориндаги даврида юз берган чикиш ва орттирилган, яъни травма натижасида ёки бугим соҳасидаги паталогик чикиш фарқланади.

Тугма чикишлар купинча чанок – сон бугимда учрайди ва боланинг она қорнида гайритабиий жойлашиши ёки бугимларнинг нотугри ривожланиши натижасида келиб чикиши мумкин. Одатда 2 томонлама бўлади. Қасаллик урта – боланинг 1 ойлик пайтидаёқ маълум бўла бошлайди. Бола юра бошлаганда оксоқланиши бугимнинг ишқиллаб қолиши, кейинчалик оғриши, оёқнинг қискалиги билинади. Чикиш икки томонлама бўлганда лапанглаб юриш қайд қилинади. Диагноз рентгенография воситасида аниқланади.

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

Орттирилган чикишлар – яъни травматик чикишлар, одатда шикастланишдан пайдо бўлади, баъзан суяк ва бугимларининг қасаллиги натижасида (туберкулёз, остиомиелит, усмалар) пата логик чикишлар руй беради. Травматик чикишлар, синишлар, қон томирларининг, нерв толаларининг узилиши билан кузатилиб, 80 – 90% - ташқил этади. Оқик чикишлар ҳам пайдо бўлиши мумкин, унда бугим соҳасида жароҳат борлиги аниқланади.

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

Чикишлар билан бирга йирик қон томирлари, нерв томирлари зарарланган бўлса, бундан чикишлар мураккаблашаган чикишлар дейилади.

Клиникаси: Чикишнинг клиник белгилари, уларнинг жойи ва турларига қараб ҳиллари қуп бўлади. Шикастланишидаги вазият, чикиш сабаби ва зарарланиши механизми беморни сураш йули билан аниқланади ва ҳаракат қила олмаётганидан шикаят қилади. Ҳаракат қилишга уриниб қурилганда бугимдаги оғрик қучаяди. Қул – оёқ қиккан бугимда қучли оғрик бўлиб, уни уз урнига қуйишга ҳаракат қилинса, яна асл ҳолига қелади. Бу белги пружинасимон фиксация симптоми дейилади. Баъзан зарарланган қул ва оёқ қарахт бўлиб қолиши нерв толасининг қисилган ва қиккан суяк бўлагини спастик равишда қисқарган муқкуллар қимирлатмай қуйиши натижасида келиб

чикади. Куздан кечириниш пайтида кул – оёк нотугри ҳолати ва бугим соҳасининг шакли бузилгани кузатилади, уларнинг узунасига кискаргани сезилади. Баъзида суякнинг силжиган учи уз жойида эмаслиги аникланади. Масалан, елка суяги чикканда унинг боши култик остига ёки кукрак мускули остида. Нерв қисилиб қолган бўлса, бемор оёк – кули ҳолсизланганлигидан шикоят қилади.

Даволаш: Травматик бугим чиқишлари тезликда малакали ёрдам курсатишни талаб қилади. Чиккан суякни уз вақтида урнига солиб қуйиш зарур, чунки 3 – 5 кундан сунг консерватив даволаш қийинлашади, кейинроқ эса унинг иложи бўлмайди. У ҳолда бугим соҳаларини бир – бирига қуйиш учун жаррохлик усули тавсия қилинади. Суякни уз урнига солиб қуйиш учун умумий огриксизлантириш кулланилиши керак, чунки чиккан бугимдаги огрик мускулларнинг рефлексор ҳолда кискаришига олиб келади. Мускулларни релаксация қилиш умумий огрисизлантириш билан бажарилади.

Бугимдаги нормал муносабатларни тиклаш учун бугим атрофида жойлашган мускулларни чузиб, бугимнинг чиқиб кетган юзаси уз урнига солишга асосланган бир неча усуллар кулланилади. Зарарланган бугимдаги бу ҳаракат – чиқишга сабаб бўлган ҳаракатни орқадан олдинга қараб қайтаришдан иборат деса бўлади.

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

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

Билак бугичини буқиб, елка суяги танага тарқалади; Елкани пастга тортиб туриб, ташқари томонга буқилади (ротация қилади); Кул олдиндан юқорига қутарилиб, шу захотиёқ билан ва панжа соғлом елкага ташланади.

Жанелидзе усули: зарарланган кул – оёкнинг огрикдан чарчаши туфайли мушакларининг физиологик бушашига асосланган. Елка чиқишида бемор стол четига ётқизилади, касал кул осилтириб қуйилади бошни эса ёнидаги столга қуйилади. бемор шундай ҳолатда кулини осилтириб 20 – 25 минут ётади; мускуллари чарчаб бушади. Шундан сунг хирург бемор кулини тирсак бугимидан буқади ва кулини силтамасдан қуч билан пастга тортиб ташқари томонга буқади. 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 қилинган кентрон рентген сурати даволашнинг тугри ёки нотугри қилингани, шу билан бир қаторда бошқа хил зарарланишлар борлигини аниқлашга ёрдам беради. Чиккан суяк урнига солинган оёк ёки кул қулай функционал вазиятда 12 – 13 кунгача боғлам б/и ёки бошқа усулда тортиб қуйилади. Кейинчалик даволаш физкультура машқларининг комплекси мунтазам бажариб турилади. Купинча елка суяги солингандан сунг Дезо боламидан кулланилади.

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

Суяклар синиши. Суяк синиши – қуп учрайдиган шикастлар турига қиради ва механик таъсир ҳамда пата логик узғаришлар пата логикда суяклар бутунлиги бузилиши билан ифодаланади. Хар бир синишда суякларнинг қатта – қичиклигидан қатъи назар,

атрофдаги юмшок туқималарга ҳам жароҳат таъсир қилади ва оғир оқибатларга олиб келади.

Суяк синишлари классификацияси

Суяк синишининг бир неча классификацияси бор:

Келиб чиқиш сабабига кура:

А) тугма – кам учрайди, у она крнида руёбга келиб, хамиша скелет мускулатурасининг ёмон тараккиёт қилишидан пайдо булади. Купинча ирсит бузулишлар сабаб булиб, куп суяклар синган булади.

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

Пайдо булиш сабабига кура:

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 холда руй берувчи шикастлар қиради. 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, кундаланг, қийшиқ, винтесимон ва парчаланган суяк синишлари фарқланади.

Суяк синишлари оддий, асоратли мураккаб, комбинацияланган булади.

Синган суяк қисмларининг қилжиши.

Суяк синишларининг қуйидагича қилжишлари қузатилади:

Узунасига қилжиши;

Ён томонга қилжиши;

Бурчак ҳосил қилиб қилжиши;

Синиқ қисмларининг уз уқи атрофида айналиши натижасида келиб чикқан периферик қилжиш.

Синишдаги патолого анатомик узғаришлар

Улар 3 босқичга булиш мумкин.

Шикастланиш таъсиридаги зарарланиш.

Суяк қавариги ҳосил булиши.

Суяк структураси туз-нг қайта т/т.

Суяк қаваригини 4 манба ташкил қилади:

Периостал, эндостал, интермедиал ва параоссал. Буларнинг ичида энг қучлиси периостал қавати ҳисобланади.

Чунки у суяк усти регенерация қилиш қучига эга. Эндостал ёқи ички қавати эндост хамда суяк илигидан булмади. Интермедиал ёқи оралик тараккиёти Гаверс каналчалари ҳужайралари элементларидан ташкил топган.

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

Маданий белгилари – аниқ булганлиги учун диагноз қуйиш тезлашади. Улар қуйидагилар: оғрик, деформация, аъзо функциясининг бузилиши, синган жойда қушимча ҳаракат пайдо бўлиши мумкин. Қул – оёқнинг қискариши ёки узайиши, қон қуйилиши ва синган суяқлар соҳасида қреритация пайдо бўлиши аниқ белгиларга, қолганлари эса нисбий белгиларга қиради.

Диагноз қуйишда анализ, қуздан кечириниш, пайпаслаб қуриш ёрдам беради. Топик диагноз қуйишда 2 хил узаро юзада рейтгенография қилиш қатта аҳамиятга эга.

Баъзан қалла суяғи шикастланишганда мулжалли тангециал рентген ёки тамограмма қилинади.

Суяқ синишида биринчи ёрдам.

Биринчи ёрдамдан мақсад, синган жойга осойишталик бериш, яъни қотирилган суяқ аниқларини қимирлатмаслик ва оғриқни қолдириш, очик синишлар учун инфекциянинг олдини олиш, қон қетиши тухтатиш ҳисобланади. Тугри ва билиб қурсатилган ёрдам травматик шокнинг профилактикаси ҳам ҳисобланади. Очик синишларда қетаётган қон тухтатилади, жароҳат атрофи устидаги тери дезинфекция қилинади, боғлам қуйилади.

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

Ихтисослаштирилган ёрдамнинг умумий шартлари:

Синган суяқни даволашнинг асосий мақсади унинг анатомик бутунлигини тиклашдир. Даволаш усулларининг қайси бири танланмаси, албатта даволашда 4 амалга риоя қилиш қерак: булар репозиция, иммобелизация ёки фиксация функционал даволаш, суяқ қадоғи ҳисобланади.

Репозиция – суяқнинг синган қисмларини бир – бирига мослаш. Суяқнинг синган қисмлари, синишдан сунг дарҳол, яъни травматик шиши ва мушакларининг реффлектор контрактураси – қисиши юз бергунча бир – бирига мослаштирилиши лозим. Суяқ қисмлари бир – бирига қилжитилмасдан ва орасида бушлиқ қолдирмасдан бир – бирига тугрилашиши лозим. Репозиция қуй-гиларга боғ:

а) беморни текшириб қуриш ва рентгенографияни урганиш натижасида синиш характери, марқазий ва периферик синик қисмларининг қандай қилжиганлигини қилиш:

б) яхши оғриқсизлантириш. Синганда маданий анестезия услуби. Янги синганда пайпаслаб қуриш билан синиш жойи топилади, сунгра териши У2 эритмаси билан билан тозалаб 1 – 2% новоқайн суюқлиғи булган шприц олинади, нина билан суқилади. Ағар шприцдаги новоқайн қизарса, демак синиш натижасида қон қуйилган соҳага тушилгани маълум булади, сунгра 1% - 2% новоқайн суюқлиғи 20 мл юборилади. Новоқайн суюқлик микдори синиш характериға ва қайси жойда синганиға боғлиқ булади. Ағар синиш бир неча суяқда мавжуд булса, хар бирини айрим – айрим анестезия қилиш лозим булади.

Гипс боғлам. Гипс ва қрахмал боғламларни шарқ табобатининг улуг намоёндалари Абу Али Ибн Сино амалиётида қуллаған, синишларни давомида В. Матизен 1852 йилда гипс боғлашини ишлатган. Россияда гипс боғламни 1 – марта Басов, Пирогов ишган.

Гипс боғлам 2 бугимни қотириши, сон суяғи синганда эса уч бугимни фиксация қилиши қерак. Баъзи бир синишларда факатгина 1 бугим қотирилади.



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

Скелетдан тортиш усули билаклар суяги синганда, бармоқлар 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 рекозиция ва иммобинизация 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 амексилози 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 чикарилади, тирсак бугимида 1000 - 1100 букилади. Унда факат бармоқлар ярим букилади, фалангалар 900 бурчакда котирилади. Билакнинг урта физиологик холати пронация ва супинация орасида букилади. Гипс боглаш ёки тортиш зарарланган сохада тухтагилгач, массаж хамда харакат машклари бугимда бошланади. Бу даволаш усуллари суяк кавариги яхши катталашганлиги учун, аста – секин харакат машклари 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. Хозирги 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 хамда суяк аниклари фиксация килинади.

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

Абсолют курсатмалар куйидагилар:

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

Нисбий курсатмага куйидагилар киради:

Янги синган суякларда:

Очик синиши

Майда парчаланиб синиши

Узиб олишнинг натижасида суяк синикларининг узокланиши.

Синган суяк оралигича тушиб колган мушак, фасцияларни мослаштириш ва битишни кийинлаштиришига йул куймаслик лозим.

Узилиб кетган суяк булакларини бир – бирига якинлиги учун.

Сон суяги буйиннинг медиан синиши

Сон суяги кундаланг синганда кисмларини репозиция килиш ва уз жойида ушлаб колиши кийин булгани учун уни даволашда

Бир вақтнинг узида килинган ёки тортиш воситасида бажарилган мослаштириш муваффакиятсиз чикканда.

Эски синишларда:

Консерватив даволаш фойда бермаганда.

Битмаган синишларда – жевдо – артрозларда.

Суяк нотугри битганда

Операция усули билан даволашга карши курсатмалар:

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

Умумий ва маданий инфекция.

Огир хасталиклар (сил, хавфли усма)

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

Илизаров усулида синган суяк қисмлари орқали чорраха қилиб Қиршнер спедалларини утказилади, уларни халқаларда муруплар ёрдамида ташқи томондан иккита ёки бир қанча металл халқалар билан тортилади, уларни репозиция мақсадига қура ҳар томонга тортиш мумкин.

Гудушаури аппарати туртта ярим халқадан иборат бўлиб, улар бир – бири билан боғлиқ, ярим халқалар масофасини ҳамда эгилиши бурчакларини хоҳлагандек қузиш, эгиш мумкин. Синган жойдан қисмлар орқали Қиршнер спицалари утказилади ва ярим халқалар бирлашади.

Суяк орқали фиксацияда аппаратлардан қелиб чиқадиган асоратлардан томир ва нерв таналарининг спица ва стержен утказилаётганда зарарланиши, даволаш жараёнида юмшққ туқималарнинг йиринглаши, остеомиелит, реактив ёки йирингли артрет, суяк синикларининг иккиламчи силжиши, қонсонидациянинг қескинлашини, кейинги даврда бугим қонтрактураси, қон айланиши бўзилиши қабилар қузатилади.

Остеосинтезда биомеханика қонунига асосланиб, металл «қарчоғи» ҳисобига металл қонструкциясининг силжиши мумкин. Шунинг учун металл қонструкциясини қотиришда суяк цементдан фойдаланилади.

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

Сон суяғи синганда қлеммаларни қиритиш учун оёқ Беллер шикасига урнатилади. Қлемманинг уткир қисмини қиритиш учун белгиланган нукталар, 0,5% - новоқайн эритмаси билан суяк усти пардасиғача ҳар бир томони 10 – 15 мл дан инъекция қилиниб огриксизлантирилади. Қлемманар, одатда, сон суяғи думбоқларидан бир мунча юқориқокда жойлашган сохага қиритилади. Ёрдамчи шу жойдағи терини юқориға тортади, жароҳат эса қлеммаларнинг уткир учларини қиритиш мулжалланган нукталарда уткир учли скальпел билан ҳар икки томондан, суяққача етиб қорадиган қатта қесмалар (0,5см) утказади. Шу қесмаларға қлеммаларнинг уткир учлари қиритилади ва болғачани у ёки бу томондан енгилгина уриш билан улар 1 – 2см қуқурликка қиритилади, шундан кейин қлеммалар ёки қилет билан қотирилади ва унинг мустаҳқамлиғига ишонч ҳосил қилиш мақсадида яхшилаб тортиб қурилади.

Ш. Д. Хаҳутов бўйича сирганувчи суяк трансплантати билан пластика қилиш.

Суяк булақларига теғишлича ишлов берилгандан кейин ва электр арра билан реқозиция қилиб бўлинганидан сунг, дистал ва проқсимон суяк булақларидақенг суяк пластиклари ва проқсимон суяк булақларидақенг суяк пластиклари арралади, шу билан бирга қатта пластика узунроқ булақда қиркилади.

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

Очик синишларни даволаш.

Очик ёки асоратли синишларга тери ва синган жойнинг юмшок тукумалари бутунлиги бузилиши киради. Бу ҳолат синган жойнинг ташки муҳит билан туташшига восита бўлади ва синган сохага инфекция ривожланиши хавфини тугдиради. Шунинг учун бундай беморларни даволашда биринчи бўлиб, иложи борича эртарок жароҳатни биринчи хирургик ишлашни бажариш, унинг ифлосланган, зарарланиб қон билан таъминлаши бузилган тукумаларини, ёт жисмларини ва суяк парчаларини олиб ташлаш лозим.

Агар шикастланган бемор биринчи 8 соатда касалхонага келтирилса, жароҳатнинг чеккаси ва туби кесиб олинади. Суяк кисмларини бир – бирига тугрилаб, жипслаштирилади, жароҳат тикилади, кул ёки оёқ гипс лонгеталари билан тастакачланади, 1- 3 сутка утгач гипс лонгетаси циркуляр дарчали гипс боглами билан мустахамланади ёки юкорида қайд қилинган операция усули қулланилади.

Агар инфекция белгилари булмаса, жароҳатни ишлашни 12, ҳатто 24 соатдан сунг ҳам бажариш мумкин. Унда бароварига маҳаллий ва умумий антибиотикотерапия утказилади. Анаэроб инфекцияга хавф булса, жароҳат тикилмайди, очик қолдирилади, факат гипс боглами билан фиксация қилинади.

## **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 Discase 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. Катусhev. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э. Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В. Петровского. Руководство по хирургии  
М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О. Милькова Хирургические манипуляции.  
Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М. Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К. Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.

10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М.Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М.Москва 2000
14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизация применяемые в медицине. М.Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М.Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurderly-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php),,  
[shop.medicinform.net/showtov.asp](http://shop.medicinform.net/showtov.asp),

### **МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ**

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

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
----------------	-------------------------------

Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Очик жароҳатлар (яралар) хақида тушунча.</li> <li>2. Очик жароҳат тушунчаси., таснифи , асорати , хавфи , клиник белгилари</li> <li>3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар.</li> <li>4. Беморларни текшириш усуллари;</li> <li>5. Очик жароҳатларни даволаш;</li> <li>6. Бирламчи хирургик ишловга курсатмалар ва бажариш усуллари;</li> <li>7. Яраларни битиш учун зарур булган шароитлар , битиш турлари.</li> </ol>
Ўқув машгулотининг 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.	
<p>Педагогик вазифалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Очик жароҳатлар (яралар) хақида тушунча.</li> <li>- Очик жароҳат тушунчаси., таснифи , асорати , хавфи , клиник белгилари</li> <li>- Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар.</li> <li>- Беморларни текшириш усуллари;</li> <li>- Очик жароҳатларни даволаш;</li> <li>- Бирламчи хирургик ишловга курсатмалар ва бажариш усуллари;</li> <li>- Яраларни битиш учун зарур булган шароитлар , битиш турлари.</li> </ul>	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Очик жароҳатлар (яралар) хақида тушунча.</li> <li>2. Очик жароҳат тушунчаси., таснифи , асорати , хавфи , клиник белгилари</li> <li>3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар.</li> <li>4. Беморларни текшириш усуллари;</li> <li>5. Очик жароҳатларни даволаш;</li> <li>6. Бирламчи хирургик ишловга курсатмалар ва бажариш усуллари;</li> <li>7. Яраларни битиш учун зарур булган шароитлар , битиш турлари.</li> </ol>
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

22-мавзу	<b>Фаолият мазмуни.</b> 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	Талаба
1-боскич. Кириш (10 мин.)	1.1. <i>Мавзу, унинг максоди, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	2.1. <i>Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</i> -Очик жароҳатларга доир қандай атамаларни биласиз? -Очик жароҳатлар дейилганда нимани тушинасиз? - Очик жароҳатларда биринчи ёрдам қандай курсатилади? 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.Очик жароҳатлар <i>тушунчаси , этиологияси , патогинези, клиникаси ва даволаш усуллари хақида тўхталиб ўтилади.</i>	2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади.
3-боскич. Яқуний (25 мин.)	3.1. <i>Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Шикастланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

**НАЗАРИЙ ҚИСМ.** Жароҳат деганда тери ёки шиллик қаватларнинг механик шикасти тушунилиб, ичкарига ётган туқималарга ҳам шикаст етган бўлиши мумкин. Очик жароҳатлар классификацияси

Жароҳатланган нарсанинг характери бўйича қуйидаги жароҳатлар тафовут қилинади.

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



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

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

Санчилган жароҳатлар санчадиган уткир бўюмлар (бигиз, миҳ, найза ва хоказолар) санчилишдан ҳосил бўлади. Жароҳатлар терига озрок шикаст етиши ва ичкарида ётган органлар ҳамда туқималар (йирик қон томирлар, упка, юрак, жига рва хоказолар) нинг қупрок шикастланиши билан характерланади. Ташқарига қон қам чиқади, бироқ чуқур жойлашган туқималардан қуп миқдорда қон оқиши мумкин. Бундай жароҳатлар гоётда ҳавфлидир. Даво қилишда ички органларга шикаст етган-етмаганлигини аниқлаш мақсадида жароҳат каналини қенг қуламда 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 (Таек, то шва хоказолар) билан урилганда пайдо бўлади. Улар юмшоқ туқималарнинг анчагина мажакланиши ва озрок қонаши билан харкательланади. Туқималарнинг оғир мажагланиши сабабли жароҳат четларининг қонсизланиши кузатилади. 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 нотекис 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. Қеч ва қуп асоратлар билан битади.

Уқ тқгишидан 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 руй берган жароҳатлар айниқса оғир қечади. Бу жароҳатлар тешиб утган, бунда жароҳатловчи бўюмтана қисмидан тешиб утиб, қириш ва қикиш тешиқлари бўлади (қириш тешиги қикиш тешигидан қичик) ва берк бўлади, Бунда факат қириш тешиги бўлиб, жароҳатловчибўюм туқималарда қолади.

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

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

Укнинг нечоғли ичкарига киришига кура: 1) тешиб кирмайдиган, бунда бушлик (корин пардаси, плевра, бугимнинг синовиал пардаси) нинг барьер бушлиги шикастланмайди ва 2) тешиб кирадиган (барьер тусиги шикастланади) жарохатлар булиши мумкин.

Тасодифан юз берадиган ҳамма жарохатлар, жумладан ук теккан жарохатлар ҳам бирламчи инфекцияланган хисобланади. Ук теккан жарохатлар, бундан ташқари туқималарга куп шикаст етиши билан утади. бу эса уларнинг битиш шароитларини кийинлаштиради.

Тасодифан юз берган жарохатлар булади. уларга жарохатларнинг юкорида санаб утилган ҳамма турлари киради, улар, одатда, бирламчи инфекцияланган ва атайлаб килинган (операцион) – асептик булади.

Инфекциянинг тушиш даражаси буйича асептика ва инфекция тушган жарохатлар фарк килинади. Иккиламчи инфекцияланган жарохатлар-одатда операцион жарохатлар булиб, нотугри парвариш килинганда (медицина ходимларининг ёки беморларнинг айби) билан улар жарохат пайдо булишидан бир неча соат ёки кун утгач инфекцияланиши мумкин.

Жарохатлар якка-якка ва куп сонли булиши мумкин.

Очик жарохатларнинг клиник манзараси

Очик жарохатнинг клиник манзараси огрик, четлари очилиб туриши, кон окиши ва гавданинг шу қисмларида юз берадиган функционал бузилишлар билан характерланади. Жарохатларнинг битиши

Жарохатларнинг 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. Жарохат суюқлигининг окиб чиқиши учун шароитлар (жарохатни кесиш, дренажлаш, гипертоник эритмалар кулланиш) вужудга келтириш зарур.

Дегитрация фазаси. Жарохатнинг тозаланиш, яллигланишнинг камайиши, яшаб кетмайдиган туқималар ва фибрин инвидиларининг лизиси, грануляциялар хосил булиши руй беради. Грануляцияцион туқима хосил булиши учун шароитлар (антисептик эритмалар, мазь боғламлар, боғламни кам янгилаш) яратиш зарур.

Эпителизация фазаси жарохат нуксонини беркитадиган эпителиал туқима хосил булиши билан характерланади. Айни вақтда грануляцияцион туқимадан чандикли туқима хосил булади. Актив харакатлар, иссик муолажалар, мазь боғламлар кулланилади. Хар бир фазанинг давом килиш муддати жарохат характерига, даволаш методларига, организмнинг умумий ҳолатига ва инфекция борлигига боғлиқ.

Жарохат битишининг куйидаги турлари фарк килинади.

Бирламчи тортилиб битиш жарохат чеккалари бир-бирига тегиб (чоклар, босиб турадиган боғлам), жарохатда инфекция ривожланмаганда ва яшашга лаёқатсиз туқималар жуда кам булганда руй беради. Жарохат тахминан 6 суткаларда битиб, ингичка чизикли чандик қолади.

Иккиламчи тортилиб битиш жарохат очик, унда йирингланиш булганда руй беради. Жарохатнинг яшаб кетмайдиган туқималардан тозаланиш, яллигланишнинг йуқолиши, грануляциялар пайдо булиши, чандикли туқима хосил булиши ва эпителизация қайд килинади.

Иккиламчи тортилиб битиш-узук давом этадиган процессдир. (бир неча хафтага чузилади). Бунда дагал чандик қолади. У бурушганда бугим контрактураси юз бериши

(жарохат бугим сохасида жойлашганда) ва гавданинг шу сохаси деформацияга учраши мумкин.

Жарохатнинг пуст остидан битиши. Тери юза шикастланганда жарохат сохасига чиккан кон ва лимфа тук жигар ранг пуст (струп) хосил килади. Пуст остида битиш процесси жарохат регенерациясининг умумий принципи буйича, бироқ бирмунча тезроқ боради, чунки пуст жарохатни инфекциядан ва травмадан сакланадиган биологик боғлам вазивасини бажаради.

Жарохатнинг микробдан ифлосланиши. Хар кандай тасодифий жарохатланишда жарохатга микроблар тушиб ифлосланади. Микробли флора жарохатга жарохатловчи курул, кийим парчалари, тери чеккаларидан тушади.

Жарохатда инфекция ривожланиши учун микрофларнинг емирилиб, кон айланиши ва инвермация бузилган булиши, организмнинг химоя кучлари пасайиши талаб этилади. Инфекция ривожланиши учун шароитлар нокулай булганда микрофлора нобут булиши мумкин.

Жарохатнинг йиринглиши. Жарохатдаги йирингли процесс муайян клиник манзара: жарохат чеккаларининг кизариши, уларнинг шишуви, каттиклашиши. махалий ва умумий температуранинг кутарилиши, луккиловчи огрик. гавданинг шу кисми функцияси бузилиши билан характерланади.

Жарохатдаги яллигланиш экссудати йирингли характерига эга булади (куп микдордаги лейкоцитларнинг чикиши хисобига). Берк жарохатда йирингли модда тукималараро бушликлар буйича таркалиб, катта йирингли камгаклар хосил килади.

Йиринглаган жарохатларни даволаш йирингини окиб чикиши учун кулай шароит яратиш ва антибактериал терапиядан иборат.

Жарохатланганда биринчи ёрдам

Жарохатланганда биринчи ёрдам курсатиш негизини кон окишини вақтинча тухтатиш (боғлам, жугут) ва инфекция тушишининг олдини олиш (боғлам куйиш олдидан жарохат чеккаларига йод эритмаси суртиш) принципи ташкил этади.

Жарохата боғлам куйишда индивидуал боғлов пакетидан фойдаланиш тавсия килинади.

Вақтинча кон тухтатиш ва транспорт имобилизацияси 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 эксқориацйси) 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 эксқориацйси булса, асептик боғлам куйилади. Бундай холларда бактериацид таъсирга эга булган БФ- 6 елими ишлатилади ва боғлам куймаса хам булади.

Жарохатни бирламчи хирургик тозалаш. Жарохатни юирламчи хирургик тозалаш ососида жарохат чеккалари, деворлари ва тубини соғлом туқималаргача кесиш хисобига уни асептик жарохатга айлантириш принципи ётади.

Шикастланган соха ва унинг оғир – енгиллигига қараб бирламчи хирургик тозалаш маҳаллий ёки умумий оғриксизлантириш остида утказилади. Ички томондан кетгут чок солиш ва терини ипак билан чоклашёрдамида жарохат чеккаларини бир-бирига яқинлаштирилади. Жарохат чеккаларига антибиотиклар қуйилади. Жарохатни бирламчи хирургик даволашни жарохатлангандан сунг дастлабки соатларда бажариш керак. Чуқур камгақлар 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 қуйиш 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 қилинади. Жарохатни бирламчи хирургик тозалашдан сунг у нормал битаётганда чоклар 7-8 суткада сугириб олинади.

Йирингли жарохатларни даволаш. Жарохатларни хирургик тозалаш ва уз вақтида қилинмаса ёки етарлича сифатли утказилмаса, йирингланиш бошланади. Клиник жиҳатдан у жарохат чеккаларининг қизариши, ҳам маҳаллий, ҳам умумий температуранинг кутарилиши, беморнинг умуман лохас булиши, жарохат зонасининг росман оғриши билан характерланади (гидратация фазаси). Шу мақсадда, илгари чоклар қилинган булса, уларни сугириб олинади ва йирингли камгақлар 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 Eurgical Discase 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. Катусhev. 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](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php),  
[shop.medicinform.net/showtov.asp](http://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 махаллий ва умумий реакцияларининг келиб чиқиши. Махаллий жарохат , куйиш касаллиги тушинчаси: шок , захарланиш , септико пиемия , согайиш босқичи. Куйиш шокининг хусусиятлари. Биринчи ёрдам ва даволаш асослари**

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Куйиш шикасти тушунчаси, таснифи. 2. Куйиш касаллиги клиник белгилари.

	<p>3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар.</p> <p>4.Беморларни текшириш усуллари;</p> <p>5.Куйиш касаллиги клиникаси ва патогинези хакида тушунча.</p> <p>6.Куйиш касаллиги диагностикаси ва даволаш усуллари хакида тушунча.</p> <p>7. Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида кузатиладиган асоратларни олдини олиш.</p>
<p>Ўқув машгулотининг мақсади: Талабаларга куйиш шикасти ва куйиш касаллиги уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усуллари ургатиш.</p>	
<p>Педагогик вазифалар:</p> <p>-Куйиш шикасти тушунчаси;</p> <p>- Куйиш шикасти этиопатогинези;</p> <p>-Куйиш шикасти турлари;</p> <p>-Куйиш касаллиги, клиникаси, диагностикаси , асоратлари ;</p> <p>-Куйиш касаллиги бирламчи хирургик ишлов бериш;</p> <p>-Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида асоратларни олдини олиш;</p>	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</p> <p>-Куйиш шикасти асоратлари хакидаги тушунчаларни изохлайди;</p> <p>- Куйиш касаллигини сабабларини айтиб беради;</p> <p>-Куйиш шикасти таснифини санаб беради;</p> <p>-Куйиш касаллиги клиник манзарасини изохлайди;</p> <p>- Куйиш касаллиги даволаш усуллари айтиб беради;</p> <p>-Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида биринчи ёрдамни айтиб беради ва изохлайди;</p> <p>Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида кечиш фазалари , биохимиявий узгаришларни айтиб беради;</p>
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

23-мавзу	<p><b>Фаолият мазмуни.</b> 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 шокиннинг</p>	
	Ўқитувчи	Талаба

1-боскич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қўйилган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	<p>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</p> <p>-Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида доир қандай атамаларни биласиз?</p> <p>-Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида дейилганда нимани тушинасиз?</p> <p>- Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида биринчи ёрдам қандай курсатилади?</p> <p>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради .</p> <p>2.3. Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида тушунчаси , этиологияси , патогинези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади.</p> <p>- Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида биринчи ёрдам курсатиш ;</p> <p>-Куйиш шикасти ва куйиш касаллигида тасниф</p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади, ёзади. хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади.</p>
3-боскич. Якуний (25 мин.)	<p>3.1. Мавзуга яқин ясади ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</p> <p>Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.</p> <p>Мустақил иш учун вазифа: “Шикастланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради.</p> <p>3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

**НАЗАРИЙ ҚИСМ.** Иссиклик, 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 қизариб, туқималарнинг шишиб кетиши кузатилади. Бунда фақат эпидермис зарарланади. Даражали куйиш – тери эпителиясининг оғир 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 килишига кура бу пуфакчалар иссиклик таъсир килгандан сунг дархол ва ёки бирнчи суткада пайдо булиши мумкин.

Даражали куйиш – тери сургичсимон каватининг юкори некхозланиши билан характерланади.

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

Даражали куйиш тери сургичсимон каватининг батомом некхозланиши билан характерланади.

Даражали куйишда тукумаларнинг чукур кавати некроз ва травмаловчи агент (аланга, эриган металл, электр токи ва х.к.) нинг кучли таъсири натижасида тери ёки хатто органнинг куйиб кумирга айланиши кузатилади.

Куйишнинг чукурлигини аниклаш усуллари:

1.Спиртли шарик пробаси. Куйган жойга спирт билан хулланган шарик теккизилса, 3-А даражасида бемор огрик сезади. 3-Б ва ; даражада хеч нарса сезилмайди.

2.Нина пробаси. 3-А даражада нина пробаси санчилса огрик сезади. 3-Б даражада огрик булмайди.

3.Соч толаси пробаси. Сакланиб колган соч толасидан тортилса 3-А огрик булади. 3-Б даражада огрик булмайди.

Куйишнинг огир –енгилигини аниклаш учун зарарланган тери юзасининг майдонини улчаб куриш мухим ахамиятга эга. Куйган жойнинг майдонини тахминан анклаш учун куйидаги усуллар ишлатилади.

1.Кафт билан улчаш (беморнинг кафтининг майдони 1% ташкил килади).

2.Туккизлик усули. Бу коида буйича калла юзаси ва буйи 9% ни ташкил килади.

Бтга кулнинг юзаси 9%

Тананинг олд томони 18%

Тананинг орка томони 18%

Битта оёкнинг бзаси 18%

Чот ва жинсий органларнинг юзаси 1%

3.Постников жадвали: бунда хар бир тана сохалари см. квадратда берилиб, унинг танага нисбатан проценти аникланади.

4.Доликин В.А. усули одамнинг олди ва орка томонлари чизилган резинали печат ишлатилади. Печат тананинг 1% ни ташкил киладиган булакларга (сегмент) буоинган булади.

Куйган беморларга диагноз куйилаётган пайтда нимадан куйганлиги, даражаси, куйган жой ва хажми курсатилиши керак. Масалан, пар билан куйган 2-даражали чап кул (9%) ва х.к. Баъзан тери куйиши билан бирга нафас йуллари куйиши хам кузатилади. Бу куйишда купинча юз ва буйин хам куяди. Нафас йуллари куйишнинг белгилари: нафас олишнинг кийинлашиши, нафас кисиши, хириллаган овоз, йутал. Нафас йулларининг куйгани баъзан 6-12 кунлари билинади, бу даврда улган шиллик кавати кучиб, бронхга тикилиши мумкин. Куйиш травмасига организм хар вакт реакция килади. Юзаси катта булмаган куйишлар чукур узгаришлар бермайди. Агар куйиш катта хажмда ва чукур булса умумий реакция хам катта булади ва куйиш касаллиги кузатилади. Агар куйиш чукур булиб 10% дан ошса куйиш касаллиги келиб чикади.

Куйиш касаллиги.

Куйиш касаллигининг 4 та даври булади:

Шок

Токсемия

Септикотоксемия  
Роконвалесценция

ШОК. Куйишда юз берувчи шок кенг куйган сохадаги нерв элементларининг китикланиши сабабли ривожланади. Куйиш юзаси канча катта булса, шок шунчалик огир булади. Тананинг 50% дан юзаси куйса, шок хамма зарарланганларда кузатилади ва уларнинг халок булишига сабаб булади. Купинча куйиш вақтидаги шокда эректик фаза булади. Купинча куйиш вақтидаги шокда эректик фаза булади. Шокнинг ривожланиши учун куйган жойдан келувчи кучли нерв рефлексор импульслардан ташкари куп плазма йукотиш (айниқса 3 даражали куйишларда) шунингдек туқималар ириши натижасида келиб чикувчи токсемия катта ахамиятга эга.

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

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

Огир ва укп жойни ишгол килган куйиш руй берганда ланжлик, уйкучанлик, титраш, тана температураси пасайиб кетиши ва совук терлаш кузатилиши мумкин. Огир интоксикация кон босимининг пасайишига, пульснинг тезлашиб кучсизланишига, куп 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 туқималарда оксидланишнинг издан чиқиши билан характерланади.

5. Реконвалесценция даври.

1-даражали куйишда кон айланишининг бузилиши ва яллигланиш эксудациясининг хосил булиши тез орада тухтайди, шиш ва огрик йуқолиб процесс тугайди. Агар 2-даражали куйишга инфекция кушилмаса, барча узгаришлар аста –секин босилиб, эксудат шимилиб кетади, куйган жой юзаси эпителий билан копланади ва 14-16 кунда сунг бемор согайиб кетади. 2-даражали куйишга инфекция кушилса, куйган жой юзасида грануляция хосил булиб, аста –секин эпителий билан копланади. Бундай холларда тузалиш бир неча хафта, хатто ойларга чузилиб кетади.

3-даражали куйиш пайтида терининг барча каватлари ва баъзан ундан хам чукурроку жойлашган туқималар улганлиги туфайли бундай куйиш кеч битади.

Куйишларни даволаш.

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

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

Беморда шок булса, дархол уни йукотиш чоралари курилади. Шундан сунг кокшолга карши зардоб киритилади, куйган жой юзаси ювилади.

Куйишни махаллий даволашда барча усулларни уч гуруппага булиш мумкин:

Ёпик даволаш усули

Очик даволаш усули

Аралаш усули

Операция

Ёпик даволаш усули – куйидаги жой юзасига хар хил дори дармонлар (вазелин мойи, синтомицин малхами, стрептоцид ва пнициллин малхамлари) куйиб боглашдан иборат.

Очик даволаш усули икки хил: а) куйган юзапни ошловчи моддалар билан ювмасдан б) куйган юзада каогуляция килувчи препаратлар ёрдамида кобик хосил килиш йули билан кулланади.

Ошловчи препаратлар кулланмай даволанган беморнинг куйган жойи ишлагандан кейин у стерил чойшаб ёзилган кароватда стерилланган чойшабларда килинган каркас остида етказилади. Электр лампалари воситасида яра юзаси куриб, кобик хосил килгунча 23-25 даража иссиклик ушлаб турилади. Хосил булган кобик остида яра тузала бошлайди. Кобик остида йиринг йигила бошласа, кобик олиниб епик услубга утилади.

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

Аралаш даво методи. – очик ва ёпик даво усулларини бир бирига кушиб кулланишини кузда тутуди.

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 септикоксемия даврида даволаш.

Инфекция карши кураш, интоксикацияни камайтириш, асоратларига карши кураш. Интоксикацияни камайтириш максидида 5% ли глюкоза эритмаси, гемодез, неокомпенсан, куп суюклик берилади. Хафтада икки-уч марта кон, плазма ёки 500-700 мл гидроизолятор 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 Eururgical Discase he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

### **Қўшимча адабиётлар**

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии  
Л.Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л.Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М.Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии  
М.Медицина. 1963
7. Под редакцией проф.Б.О.Милькова Хирургические манипуляции.  
Киев 1985

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

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Жаррохлик инфекцияси тушунчаси ва таснифи. 2. Жаррохлик инфекцияси клиник белгилари. 3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. 4.Беморларни текшириш усуллари;

	<p>5. Уткир йирингли инфекция ва унинг айрим турлари</p> <p>6. Махаллик ва умумий даволашнинг асосий принциплари, инфекциянинг олдини олиш усуллари.</p> <p>7. Уткир йирингли инфекция клиникаси ва патогинези хақида тушунча.</p> <p>8. Уткир йирингли инфекция диагностикаси ва даволаш усуллари хақида тушунча.</p> <p>9. Уткир йирингли инфекция кузатиладиган асоратларни олдини олиш.</p>
Ўқув машгулотининг максоди:	Талабаларга жаррохлик инфекцияси уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усуллари ургатиш.
<p>Педагогик вазифалар:</p> <p>- жаррохлик инфекцияси тушунчаси;</p> <p>- жаррохлик инфекцияси этиопатогинези;</p> <p>- жаррохлик инфекцияси турлари;</p> <p>- Уткир йирингли инфекция, клиникаси, диагностикаси, асоратлари ;</p> <p>- Уткир йирингли инфекцияда хирургик ишлов бериш;</p> <p>- жаррохлик инфекциясида асоратларни олдини олиш;</p>	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</p> <p>- жаррохлик инфекцияси асоратлари хақидаги тушунчаларни изохлайди;</p> <p>жаррохлик инфекцияси сабабларини айтиб беради;</p> <p>- жаррохлик инфекцияси таснифини санаб беради;</p> <p>- Уткир йирингли инфекция клиник манзарасини изохлайди;</p> <p>- Уткир йирингли инфекция даволаш усуллари айтиб беради;</p> <p>- Уткир йирингли инфекцияда биринчи ёрдамни айтиб беради ва изохлайди;</p> <p>- Уткир йирингли инфекцияда организмдаги биохимиявий узгаришларни айтиб беради;</p>
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, таркатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

## МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

26-мавзу	<p><b>Фаолият мазмуни</b> Жаррохлик инфекцияси. Уткир йирингли инфекция ва унинг айрим турлари. Йирингли жаррохлик инекциянинг hozirgi кунда кечиш хусусиятлари, олдини олиш ва даволаш муаммолари. Макроорганизмнинг микроорганизм билан умумий биологик муносабати. Уткир йирингли инфекция кузгатувчилари, Махаллий ва умумий даволашнинг асосий принциплари, инфкциянинг олдини олиш усуллари. Йирингли касалликларни айрим турлари: чибкон, хуппоз, гидраденит, флегмона, абцесс, сарамас, диагностикаси, даволаш усуллари. мастит, милкак, кафт флегмоналари: клиникаси, кечиш, даволаш. Даволашнинг hozirgi замонавий усуллари – лазер ултратовуш, озон ва бошкаларга таъриф.</p>	
	Ўқитувчи	Талаба
1-боскич. Кириш	<p>1.1. <i>Мавзу, унинг максоди, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i></p>	<p>1.1. Эшитади, ёзиб олади.</p>
2-боскич. Асосий (55 мин.)	<p>2.1. <i>Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</i>  -Жаррохлик инфекциясига доир қандай атамаларни биласиз?  -Жаррохлик инфекцияси дейилганда нимани тушинасиз?</p> <p>2.2. <i>Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</i> Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради .</p> <p>2.3. Жаррохлик инфекцияси. Уткир йирингли инфекция ва унинг айрим турлари , тушунчаси <i>этиологияси , патогинези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади.</i>  - Жаррохлик инфекцияси таснифи нималарга асосланган;  -Жаррохлик инфекцияси сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг;  -Жаррохлик инфекцияси диагностикаси ва даво усулларини айтинг.</p>	<p>2.1. Эшитади.  Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади.  Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади.  Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади, ёзади.  хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади.  Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
3-боскич. Якуний (25 мин.)	<p>3.1. <i>Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i>  Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.  Мустақил иш учун вазифа: “Жаррохлик инфекцияси” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради.  3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

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

Йирингли яллигланиш касалликлари ва 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 кулланмалардагина (В.Ф. Война-Ясенецкий, 1956; В. И. Стручков ва бошқа муаллифлар, 1984) эмас, балки йирингли жаррохликнинг алоҳида мустақил булим қилиб ажратилиши (шу жумладан, хирургик касалликлардан махсус булимларнинг ташкил этилиши) билан хам таъкидланади. Шунинг унутмаслик керакки, хирургик инфекция кенг тарқалган булиб, у хирургик касалликлар умумий микдорининг 1/3 дан купроғини ташкил этади.

Аҳолининг моддий фароволиқ ва санитария-гигиена даражаси яхшиланганлиги, Улуг ватан урушидан сунг (1946-1955 й) йирингли касалликларни даволашда антибиотикларнинг кенг қулланилиши хирургик инфекциянинг қупайиши даражасини сезиларли равишда қамайтиришга имкон яратади. Чамаси, муаммо деярли хал қилингандек эди. Аммо кейинги йиллардаги кузатувлар шунинг курсатадики, антибиотикларни асосланмаган ҳолда кенг қуллаш, шунингдек қишлоқ 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 қидамли Янги микроблар штамлари пайдо булади. Натижада жаррохлик йули билан даволашни талаб қилувчи йирингли яллигланиш касалликлари қупайганлиги қайтадан эътиборни узига жалб қилади. Шу сабабли ҳозирги кунда хамма ҳуди илгарилари булганидек, хирургик инфекция клиникада энг муҳим муаммолардан бири ҳисобланади.

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

Қорин ва қурак бушлиқлари аъзолари томирлар операция қилинганда, шунингдек, аъзолар қучириб утқазилганда пайдо буладиган жарохат асоратлари (ҳуди бошқа қупдан-қуп йирингли яллигланиш касалликлари қаби) бемор ҳаётига тугридан – тугри ъавф солади. Ҳуди манна шу уринда организмнинг иммун системаси ҳолатини



тадқиқ қилиш, касалликнинг олдини олиш муҳим рол уйнайди. Организмнинг иммунологик параметрларини бошқариш мураккаб жараён бўлиб, у махсус билимини талаб қилади. Иммунологик химоя омилларини фагоцитоз, комплемент-гавда тузилиши ва лицозим, антитоксик антитаналар титри, Т-ва В- лимфоцитларнинг популяцияси ва субпопуляцияси, энг яхши натижа бирадиган бир-бирига мос келган донор-реципиентни танлаш ва бошқаларни аниқлаш жуда муҳим ҳисобланади, бунинг учун эса хозирги замон клиникаларида мутахассис-иммунологларнинг ёрдамига таянилади.

Иммунологик фаоллик беморда утки реки сурункали хирургик инфекция ҳолати юз берган ҳолларда одатда паст бўлади. Шунинг учун операциядан олдин ва жаррохлик йули билан даволанаётган йирингли асоратлар даражасини камайтиришда ёрдам берадиган гипериммун плазма, гамма-глобулин, пентоксил, продигиозан ва бошқа препаратларни қуйиш билан иммунобиологик фаолликни ошириш мақсадга мувофиқдир. Т- лимфоцитлари етишмаганда (В – лимфоцитлари кам даражада бўлганда) 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 турига 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 қилинади.

Жараённинг чекланиб олиниши буйича хирургик инфекция тер ива шиллик пардаларнинг йирингли инфекциясига, кукрак кафаси ва упканинг йирингли инфекциясига, бош ва бош мианинг 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 қуриниши буйича таснифлаш жуда муҳимдир. Бунда қуйидаги турлар тавофут қилинади.

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 заминиде келиб чиқади ёки касалликнинг септик кечиши (умумий хирургик инфекция) билан ажралиб туради. Уткир жараён учун касалликнинг тез бошланиб, огир 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 булса хам, купинча сурункали хусусиятга эга булса хам, купинча сурункали инфекция уткир инфекциянинг давоми булади (суяк-бугимлар сили, Брод абейсси).

## **УТКИР ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯЛАР. УТКИР НОСПЕЦИФИК ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯ.**

Хирургик инфекциянинг купрок учрайдиган турлардан бири уткир носпецифик йирингли инфекция (УНЙИ) булиб, унга касалликнинг йирингли интоксикация билан ифодаланган холатда огир клиник кечиши хосдир.

Этиологияси. Жарохатда УНЙИ нинг пайдо булишида мухим 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% холатларда- ичак таёкчаси (*Escherichiacoli*), сапрофитлар (*Proteus vilgaris*) ва бошка шартли патоген грамманфий бактериалар (*Enterobakter aerogenes, klebsille pneumoniae*), шунингдек, псевдомонадолар (*Pseudomonas atruginesa*) ва патоген замбуруглар яккол ажралиб туради. Касаллик аралаш инфекция тури буйича келиб чиккан булиши мумкин, шу билан бирга кассаликнинг клиник кечишини янада огирлаштириши олиб келади.

Аэродлар. стафилококклар (*Staphylococcus aureus S. Epidermises, S saprophytikus*) то шу кунгача купгина хам УНЙИ нинг мухим ва бирмунча купрок учрайдиган кузгатувчиларидан булиб коляпти. Улар ташки мухитда, инсон бадан сиртида, бурун – халкумда ва нафас йулларида кенг таркалган. Инфекция асосан, бемор билан алокада булиш йули оркали таркалади. УНЙИ нинг 70-80% холларида кузгатувчилари стафилококклар булган, шу билан бирга 70-79% холларда антибиотикларга резистент штаммлар учраган (В.И. Стручков ва хам муаллифлар, 1984). Стафилококклар аэроб микроорганизмда оид булиб (амма анаэроб шароитларда хам мавжуд булиши мумикн), 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.

Стрпококклар. Гемолитик А-стрептококк асосан контакт йули билан юкади; гемолитик В – стрептококк (*Str. agalaetice*) Янги тугилган чакалокларда (упка труктурасини узгартирадиган сепсис) ва бошка болаларда (менингитлар, остемиелитлар) огир инфекцияларни келтириб чикаради; В – гемолитик С - стрептококк (*Str. eguisimilis, str, Zooepidimii*.) асосан хайвонларда касаллик касаллик кузгатувчи хисобланади; В- гемолитик в- стрептококк (*Str. foecal*) ичак йулларида учрайди ва у сепсис, менингит, эндокардит, холецистит, пиелонефритни келтириб чикариши мумкин; Н-стрептококк (*Str. sanguis*) камдан – кам холлардагина хирургик инфекция банбаи булла олади. Стрептококклар туфайли келиб чиккан яллигланиш хозирги вақтда антибиотиклар кулланилган эрамизнинг бошларига нисбатан камдан –кам учрайди; купрок сероз (зардобли) яллигланиш тури сифатида утади, бироқ огир интоксикацияни келтириб чикаради. Стрептококклар инфекциянинг махсус турларини, чунончи, сарамас яллигланиши, жарохатли кизилча ва бактериал эндокардитни келтириб чикариши

мумкин; 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 бушликлариди 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 – *escherichie Coli*) инсон ва хайвонларнинг ичак йулларида, шунингдек, баданнинг устки кисмида ва кийим- кечакда куп микдорда учрайди, у аэроб, худи шунингдек, анаэроб шароитларида ҳам мавжуд булиши мумкин. корин бушлиги аъзоларининг йирингли касалланишида катта рол уйнайди. ичак таёкчаси туқималарининг чириб парчаланиши вужудга келтиради, аппендициъ (қуричак) ёки диффузион (таркок) перитонит юз берганда айникса хавfli 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. morgani* *Pr. incontans*) ташки мухитда, шунингдек, огиз бушлигида ва ичак йулларида кенг тарқалган. Мазкур кузгатувчилар келтириб чиқарган йирингли жараён юмшок туқималарнинг чириб жонсизланиши билан кечади. Сийдик чиқариш йуллари, жароҳатларда аралаш инфекция кузгатувчилари булиши мумкин. (*Pr. incontans*) госпитал инфекциясининг энг хавfli кузгатувчиларидан бири булиб, антибиотикларга ута чидамлилиги билан ажралиб туради. *Klebsiella* – *Enterobakter* – *Serratia* туркуми меъда-ичак йулларида ва нафас йулларида пайдо булади. Кузгатувчилар упка яллигланиши (пневмонияси) ва йирингланишлари (абсцесслар)ни, холангитларни, сийдик чиқариш йуллар инфекциясини келтириб чиқаради. *Enterobakter. cloaque* холицисларда (ут пуфагининг яллигланиши), *Ent. species* сепсисда аникланади. *Serratia marcescens* туридаги бактериялар аввало химоя реакцияси паст булган беморларда сепсис келтириб чиқаради.

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

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

Бу инфекция споралар хосил килмайдиган кузгатувчи грам мусбат турлари (*Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *hacteroides*) ва грамманфий турнинг *Fuso bacterium* (F.

Nitrogenes, F. necrophorum) вакиллари дир. Спора хосил килувчи грам мусбат анаэробларнинг вакили клостридиалар дир (*Clostridium difficile* ва бошқалар).

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

## **МУХАЛЛИЙ УТКИР ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАР**

### **1. ТЕРИ ВА ТЕРИ ОСТИ ЁГ КАТЛАМИНИНГ ЯЛЛИГЛАНИШИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

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

Клиник манзаралари. 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 ёрқин мисол-соколдаги сикоз дир.

**ФУРУНКУЛ (ЧИПҚОН)** Чипқон-сон халтачаси ват ери ёг безининг йирингли яллигланиши дир. У йирингли касалликларнинг энг куп учрайдиган турларидан бири.

Этиологияси ва патогенези. Чипқон тилларанг стафилококк ёки терида ёг безлари огизчаларида булган бошқа касаллик кузатувчи микроблар туфайли келиб чиқади. Терининг ифлосланиши, тери касалликлари, организмнинг умумий заифланиши, авитаминоз (витаминларнинг етишмаллиги), моддалар алмашинувининг бузилиши (купгина канд касаллиги билан огриган беморларда)-чипқон чикишига имкон яратувчи асосий омиллар дир. У кийим купрок ишқалланадиган жойларда-одамнинг буйни, елкаси, бели ва думбаларида бўлади.

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

Клиник манзараси. Аввлига 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, инфилтрат катталашади, огрик зурайиб боради. Яллигланиш учоги марказида йирингли пуфакча юзага келади. Йиринг туфайли халок булган туқималарда некротик ук (узак) ривожланади. Биринчи хафтанинг охирида ичида йиринг тупланган пуфакча ёрилади, йиринг у билан бирга эса некротик ук ҳам чикиб кетади. Анна шундан сунг инфилтратция ва шиш пасаяди, аста-секин огрик ҳам қолади. Чипқон купинча беморнинг огир холатда бўлиши билан кечмайди. Тана харорати одатда субфебрил бўлади, лекин 39-40 даражага ҳам кутарилиши мумкин.

Одамнинг юзига, айниқса, устки лаби сохасига чиккан чипқон хатарли дир, чунки яллигланиш учогидан инфекция бош суягининг веноз синусларига тарқалиб кетиши, юз

веналари тромбозини келтириб чикариши, мия пардаларини яллиглантириш ва охир окибатда беморни улим холатига олиб бориши мумкин. Юз веналарининг тобора купайиб борувчи тромбофлебити одатда чипконни сикиб, йирингини чикриб юборишга уриниб курилгандан сунг ривожланади. Бундай холда инфекция мия синусларига юз веналари синусларига юз веналари системасидан таркалади. Юзидаги шиш катталашади, харорат кутарилади (40-41<sup>0</sup>C), бош каттик огрийди, энса мушаклари «котиб» колади, куриш кобияти бузилади.

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

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

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

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

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

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

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

Этиологияси ва патогенези. Касалликнинг кузгатувчи купрок тилларанг стафилококкдир, купинча стафило ва стрептококк инфекцияси бир-бирига аралашиб кетади. Касалликнинг келиб чикишига куйидагилар сабаб булади: организмнинг умумий заифланиши, гиповитаминозлар, моддалар алмашинуви касалликлари «канд

касаллиги, семириб ёки озиб-тузиб кетиш». Одатда карбункул билан катта ёшдаги кишилар касалланади. Карбункул купрок буйиннинг орка юзасида, энседа, оркада, белда, устки ёки пастки лабда пайдо булади.

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

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

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

Дифференциал 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 хам наф келтириши мумикн. 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, айникса 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 тукималарнинг 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 тукималар. шунингдек, 25% салицил кислота кристаллари таъсири остида хам яхшигина тушиб кетади. Диабет билан огриган беморларга нисбатан

бу даврда жадал инсулин билан даволаш кулланилади. Касаллик макбул тарзда кечаси, яра бир ой мобайнида битиб кетади.

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

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

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

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

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

Давоси. Дастлабки боскичда улльтрабинафша терапия, УВЧ ни кулаш, новакаин – ампициллинли инфильтрацион 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 жарохатлар терапиясининг умумий кабул килинган принциплари асосида даво килиш давом эттирилади. Синтомицин эмульсиясидан боғловдв фойдаланиш мақсадга мавофикдир.

**АБСЦЕСС (ХУШПОЗ)** Туқималарда чекланган холда йиринг тупланиб туришига абсцесс

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

Этиологияси ва патогенези. Одатда касаллик кузгатувчилари – стафилококклар ёки стрептококклар, баъзан ичак таёкчаси, сапрофитлар ёки анаэроб микроорганизмлар хисобланади. Микроблар туқимага тугридан-тугри, лимфоген ёки гематоген йуллар билан (метастатик абсцеслар), шунингдек, яллигланишнинг кушни туқималарга таркалиши билан утади, маслан бунга урта кулок йирингли яллигланганда мия абсцесси пайдо булишини мисол килиб келтириш мумкин. Касалликнинг авж олиши учун асосий омиллар: гиповитаминозлар, модда алмалмшинуви 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. ирингли яллигланиш 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 гануляцияон 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 тукима билан тулади. Майда абсцесслар уз-узидан 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 чуқур 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  $39^{\circ}\text{C}$  гача кутарилади (беморнинг эрталаб ахволи яхшиланиб турганида). Лейкоцитоз  $15\text{-}20\cdot 10^9$  л га етади, формуланинг чапга силжигани маълум булади, ЭЧТ кутарилади.

Ички органларда (жигар, улкада) 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 суюклар ва бугимлар сил билан зарарланган холларда пайдо булади, аммо уткир йирингли яллигланишнинг хамма белгилари сезилмайди.

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

Операцияни махаллий огриксизлантирадаган ёки венага юбориладиган некроз остида амалга ошириш мумкин. Абсцесс бушлигига дренаж яхшилаб куйилиши учун кесиш етарли даражада кенг булиши лозим. Дренаж учун докадан килинган тампонлардан. турли улчовлардаги полихлорвинил килинган тампонлардан, турли улчовлардаги полихлорвинил найчалари йки резина кулкоп дренажлардан фойдаланилади. Шунинг учун улар хар куни, баъзида 12 соатда икки марта алмаштирилмоги лозим. Тампонлар ва дренажлар жарохатда то ундан йиринг бутунлай ажралиб чиқмагунча туради. Махаллий жойга протеолитик ферментлар юборилади.

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

Айни патда, сифатли таомлар тайин килинади, витаминотерапия утказилади, эритцоритлар, кон урнини босувчи препаратлар куйилади. 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.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 Discase 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 маълумоталр: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php),  
[shop.medicinform.net/showtov.asp](http://shop.medicinform.net/showtov.asp),

## МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

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

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	<p>1. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит тушунчаси ва таснифи.</p> <p>2. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит клиник белгилари.</p> <p>3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар.</p> <p>Беморларни текшириш усуллари; Махаллик ва умумий даволашнинг асосий принциплари, инфекциянинг олдини олиш усуллари.</p> <p>Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит клиникаси ва патогинези хақида тушунча.</p> <p>Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит диагностикаси ва даволаш усуллари хақида тушунча.</p> <p>7. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелитда кузатиладиган асоратларни олдини олиш.</p>
Ўқув машғулотининг максади:	Талабаларга остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усулларини ургатиш.

<p>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;</p>	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит асоротлари 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;</p>
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

Босқичлар, вақти	<b>Фаолият мазмуни.</b> Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит. Таснифи, келиб қичиш сабаблари, ташхиси,	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 дақ.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

<p>2-боскич. Асосий (55 мин.)</p>	<p>2.1. <i>Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди.</i> -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит доир қандай атамаларни биласиз? -Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит дейилганда нимани тушинасиз?</p> <p>2.2. <i>Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</i> Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради .</p> <p>2.3. Остеомиелит, артрит, бурсит. гемостоген остеомиелит турлари , тушунчаси <i>этиологияси , патогенези,</i></p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади,</p>
<p>3-боскич. Яқуний (25 мин.)</p>	<p>3.1. <i>Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

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

**ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ.** Остеомиелит қузғатувчиси 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 қапилляр турларга бой ва қон оқиши секин булган суякнинг усувчи зоасида – метафизда пайдо булгани қузатилади. Стафилококк инфекция учун микробларнинг гуж булиб тудаланиши ҳосдир: бу микроблар дарҳол қапиллярларни тикинлаб бекитиб ташлайди. Суяклар очик синганда микроблар туммаларнинг тугридан-тугри қасал юктириши ёки суякнинг жарохатланиши (ук тегиб синиши, юмшок туқималарнинг қенг қуламда жарохатланиши) натижасида иликка экзоген йул билан утади. Яллигаланиш натижасида суяк усти пардасининг қон

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 (сенсibiliзация) индивидумлардагина тараккий этишини курсатади. Организм сенсibiliзацияси, хатто асептик яллигланиш мавжуд булган такдирда хам, оксилнинг парчаланишини келтириб чиқариши 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 чиқаради. 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 чиқади, бунинг натижасида кетмайдиган яралар пайдо булади. Жараён сурункали тус олади. Суяк секвестрлари яллигланишини

кучайтиради. Баъзан у йуколиб кетади ёки окма тешигидан майда-иайда суяк парчалари холида ташкарига чикиб кетади.

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

А) Уткир гематоген остаомиелит;

Б) уткир травматик остеомиелит;

Сурункали (хроник) остеомиелит:

Бирламчи хроник остеомиелит:

А) Броди абсцесси;

Б) Ольеинг 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 бошқа симптомлар хам кузатилади: тил куруклашади, окаради, юрак тез-тез уради (тахикардия), конда лейкоцитоз анчагина булади, лейкоцитар формула кескин чапга сурилиб колади. Купрок болалар ва усмирлар касалланади.

Касалликнинг дастлабки кунларида огрик гоҳ тутиб гоҳ босилиб туради.

Яллигланишаг махаллий тукима шиши кушилгандан кейингина огрик кучайишини олдини олиш мумкин. Кул-оёклар функцияси чекланиб колади.

Яллигланган жой устидаги тери кизариб кетади, шиш, кейинрок эса флюктуация пайдо булади. Субпериостеал абсцесс теридан ёриб чикиши мумкин, бунинг натижасида йиринг ажралиб чиқади ва окма яра пайдо булади. Буморнинг ахволи сезиларли равишда яхшиланади. Жараённинг таркалишига йул куйилмаган холларда бугин якинида 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 аникланмайди. Касалликнинг 3 – хафтасидан бошлаб, улар суяк усти (периостит) йуголашуви, кортикал катламининг уроксимон катлами, яллигланиш учогидаги котурларнинг кертиклиги тарзида аникланади. Суякнинг говакли (остеопороз) яллигланиши деб аталувчи манзара юз беради.

Типик холларда диагноз куйиш унчалик кийин эмас, аммо остеомиелитнинг яшин тезлигидаги формаси бундан мустаснодир. Дигнозни тугри куйишда

суяк пункцияси, суяк ичидаги босимни аниклаш – денситонометрия ва остеомиелография ёрдам беради.

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

### **ДАВОСИ**

Касланган жойни безовта қилмаслик, касаланган қул ёки аёкни имобилизация 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. Оғир ҳолларда 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).

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

**УТКИР ТРАВМАТИК ОСТЕОМИЕЛИТ.КЛИНИК МАНЗАРАСИ.** Уткир травматик остеомиелит суякларнинг шикастланиши, жумладан, суякларнинг очик синиши ҳамда ук тегиб синиши билан комбинациялашган катта-катта жароҳатлар натижасида пайдо бўлади. Инфекция ташки муҳитдан утади.

Дастлаб яширин утади. Жароҳатланган жойда суст грануляция, окма яраларнинг пайдо бўлиши эҳтимоллиги, шиш , ора-сира такрорланиб турадиган флебит ёки лимфангит аникланади. Беморнинг ахволи аста-секин оғирлашиб боради, камқонлик (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, айна пайтда демаркацион зонаси вужудга келади, бунинг оқибатида эса, яшашга кодир булмаган суяклар тушиб кетади, яъни секвестрланади.

Остеомиелит пировардида сокта бугимлар, анкилозлар, кантрактуралар пайдо бўлиши мумкин. Йирингли асорат натижасида кейинчалик оёк ёки қул



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 СУРУНҚАЛИ ОСТЕОМИЕЛИТ

КЛИНИК МАНЗАРАСИ. Хроник остеомиелит одатда касалликнинг уткир жараёни кибатида пайдо булади. Суяк секвестрларининг пайдо булиши унга хосдир. Олма яралардаги холат булган майда-майда булган суяк парчалари билан бирга йиринг суюклик чикиб туради. Кейин қасалик тез-тез қайталаниб турадиган (рецидивлик) хусусиятга эга. Ораллик даврида (ремиссия даврида) беморнинг ахволи мутлақо кониқарли булиши мумкин. Харорати нома атрофида булади, қон айланиш манзараси ҳам нормал холга келади.

Инфекциянинг бирдан авж олишига жарохатланиш, совуқ қотиш ёки организмнинг заифлашиши булиши мумкин. Қасаллик зурайганда маҳаллий қаттиқ оғрик пайдо булади, тана харорати кутарилади, юмшқққ туқималар флегмоаси авж олади, олма яраларининг кузи очилади. Йиринг суюқлиги чикиб, бемор узини яхши хис қилади. Қасаллик иккинчи марта зурайганда маконидаги мушакларда терининг атрофияси кучаяди. Эт суяққа бориб такалади, битмайдиган олма яралар пайдо булади, бугимлар қийинлашади. Қичик органлар амелоид дегенариция авж олади.

Хроник остеомиелит дагностикасида рентгенологик муҳим роль уйнайди.

Рентгенограммада турли қатта - қичикликдаги ва шаклидаги секвестрлар мавжуд булган суяк бушлиқлари кузга ташланади, шунингдек, суяк усти пардаси реакцияси ва суякнинг компакт қатлами склерози кузатилади.

Рентгенограммалар икки проекцияда утказилади, айрим холларда эса, уларга қушимча равишда суяк томограммалари билан ҳам текширилиб курилади.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ

Хроник остеомиелитни лимфангит ва тромбофлебитдан, уткир остеомиелитдан, специфик инфекцион остеомиелитдан, остеоцистрофия ва суяк саркомаларидан фарклаш зарур.

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

БРОДЕ АБСЦЕССИ. Суякнинг булутсимон метафиз (қисмида) қаватида пайдо булади ва уткирга яқин кечадиган остеомиелитнинг чекланган тур-

хилларини (эслатади) ташкил килади. Бу касликда бугим якинида думалок бушлик юзага келади, унда кам вирулентли микроблар билан йиринг булади. Абсцесс сиртда, калин капсула ичида буд\лади, беморлар нисбатан камрок шикоят киладилар. Рентгеногарммаларда суякдаги думалок бушлик кузга ташланади.

Жаррохлик йули билан даво килинади. Суяк трепанацияси килинади, йиринг чикариб юборилади, бушликка пломба куйилади. Операциядан кейинги даврда антибиотикотерапия кулланилади.

**АЛЬБУМИНОЗ ОСТЕОМИЕЛИТ (Гарренинг склерозловчи остеомиелити).**

Суяк ва суяк устки катламлари билан бир вақтда содир булади: захм периоститига ухшашлиги бор. Жараён одатда яхши кечади, секвестрлар пайдо булиши кузатилмайди. Даво килишда 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.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 Discase 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 Eurdergy-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php), [shop.medicinform.net/showtov.asp](http://shop.medicinform.net/showtov.asp),

## МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

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

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Умумий йирингли инфекция – Сепсис тушунчаси ва таснифи.</li> <li>2. Умумий йирингли инфекция – Сепсис клиник белгилари.</li> <li>3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. Беморларни текшириш усуллари;</li> <li>4. Умумий йирингли инфекция – Сепсис даволашнинг асосий принциплари, инфекциянинг олдини олиш усуллари.</li> <li>5. Умумий йирингли инфекция – Сепсис клиникаси ва патогинези хақида тушунча.</li> <li>6. Умумий йирингли инфекция – Сепсис диагностикаси ва даволаш усуллари хақида тушунча.</li> <li>7. Умумий йирингли инфекция – Сепсис да кузатиладиган асоратларни олдини олиш.</li> </ol>
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга умумий йирингли инфекция – Сепсис уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усулларини ургатиш.	
<p>Педагогик вазифалар:</p> <p>Умумий йирингли инфекция – Сепсис тушунчаси;</p> <p>-Умумий йирингли инфекция – Сепсис этиопатогинези;</p> <p>-Умумий йирингли инфекция – Сепсис турлари;</p> <p>-Умумий йирингли</p>	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</p> <p>-Умумий йирингли инфекция – Сепсис асоратлари хақидаги тушунчаларни изохлайди;</p> <p>Умумий йирингли инфекция – Сепсис сабабларини айтиб беради;</p> <p>-Умумий йирингли инфекция – Сепсис таснифини санаб беради;</p> <p>-Умумий йирингли инфекция – Сепсис</p>

инфекция – Сепсис клиникаси, диагностикаси, асоратлари ; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис хирургик ишлов бериш; -Умумий йирингли инфекция – Сепсис асоратларни олдини олиш;	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

<b>30-мавзу</b>	Фаолият мазмуни Умумий йирингли инфекция – Сепсис. сепсис тушунчаси, сепсиснинг келиб чиқиш сабаблари: таснифи, клиникаси ривожланиш босқичи, диагностикаси, замонавий	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг максоди, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

<p>2-боскич. Асосий (55 мин.)</p>	<p>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди. -Умумий йирингли инфекция – Сепсисга доир қандай атамаларни биласиз? -Умумий йирингли инфекция – Сепсис дейилганда нимани тушинасиз? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради . 2.3. Умумий йирингли инфекция – Сепсис турлари , тушунчаси <i>этиологияси</i> , <i>патогенези</i>, <i>клиникаси</i> ва <i>даволаш усуллари</i> ҳақида тўхталиб ўтилади. - Умумий йирингли инфекция – Сепсис таснифи нималарга асосланган; - Умумий йирингли инфекция – Сепсис сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - Умумий йирингли инфекция – Сепсис диагностикаси ва даво усулларини айтинг.</p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади. 2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади. 2.3. Эслаб қолади, ёзади. хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
<p>3-босғич. Яқуний (25 мин.)</p>	<p>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Сепсис” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

### **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 конда таркалиши хосдир. Хирургик сепсиснинг ривожланишида инфекция тушиш дарвоҳаси ва бирламчи септик учок муҳим урин тутуди. Бу касалликда узига хос патологоанатомик узгаришлар кузатилмайди.

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

Этиологияси ва патогенези. Турли микроблар: стафилококклар, стрептококклар, энтеробактериялар, анаэроблар ва замбуруглар ҳам сепсис касаллигига сабаб булла олади. Купинча турли инфекциялар: микробларнинг турли хил ассоциациялари кузатилади. Хизр стафилококклар антибиотикларга нисбатан чидамлирок ва грамманфий таёкчалар хисобланади. Улар касалларнинг 80 % ортигида учрайди. Сепсисда муайян яширин давр кузатилмайди. Касаллик патогенезида куйидаги 3 асосий компонент муҳим урин тутуди: 1) микробиологик омил (сепсис кузагувчи); 2) инфекция кирадиган дарвоҳа (бирламчи яллигланиш учоги) ва 3) организмнинг реактивлиги, унинг алергизацияси ва сепсисбилзациясидир. Ушбу омилларнинг биргаликдаги фаолияти ва узаро таъсири сепсиснинг ривожланиши ва келгусидаги холатини, шунингдек унинг ривожланиш тезлиги ва шиклини (яшин тезлигидаги туридан тортиб, сурункали сепсисгача)аниклашга имкон беради.

Организм реактивлиги ката ахамиятга эга булади. Сепсис микробли, яъни келиб чикиш омили булмаганда ривожлана олмайди. Сепсис кузгатувчисининг тури (стафилококклар, энтеробактериялар, анаэроблар ва б.). бунда унинг вирулентлиги, организмга урнашиб олган микроблар сони, антибиотиклар ва бошка кимё-терапевтик препаратларга сезувчанлиги ката роль уйнайди. Микробларнинг биологик хусусияти муҳим урин тутуди. Стрептококкларга уларнинг фибринолизга қобилиятли эканлиги хосдир. Улар туқималарга урнашмайди ва камдан-кам холлардагина тананинг бошка қисмлариг етиб боради. Стафилококклар эса фибрин ажратиб чиқариб, туқималарга осонгина тушади. Микроб токсинлар сепсиснинг пайдо булишига ката роль уйнайди.

1. Юмшок туқималар, суяклар, бугимлар ва бушликларнинг огир жароҳатланиши, жароҳатларнинг некротик туқималари ва кон куйилиши билан давом этадиган каттагина ёрилган жойлар;

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

3. Жарроҳлик айникса асептика ва антисептика қоидалари бузилгандан келиб чиқадиган жароҳатлар инфекциянингкириш дарвоҳаси

хисобланади. Септик асорталар купрок ёт жисмлар ажралиб чикканда, йирингли учоклар операция килинганда учраб туради.

Эндоген инфекция (хроник тонзиллит, тизмасимон инфекция, бурун кушимча бушликларининг яллигланиш жараёни, сийдик йули, ут ва нафас олиш йулларининг яллигланиш жараёнлари ) туфайли келиб чиккан яллигланиш жараёнларининг зурайиш учоклари хам инфекциянинг кириш дарвозаси вазифасини утайди. Сепсиснинг крептоген турида инфекциянинг кириш дарвозаси ханузгача аникланмаган.

Яллигланишнинг бирламчи учоги сепсиснинг ривожланишига ката таъсир курсатади. Бунда ички аъзолар ва бушликлар сохасидаги жараёнлар айникса хавfli булади. Йирингли учокни дренаж килишга, йирингли учок атрофидаги тукима тусикларининг химоявий таъсири га (фагацитоз, регионар лимфа тугунлари, пиоген капсула ва б). купгина омиллар алокадор булади. Сепсиснинг авж олиш жараёнида бирламчи учок баъзан кичраяди ёки мутлако йуколиб кетади. Касаллик яшириш кечганда сепсиснинг ривожланишига сабаб буладиган бирламчи учокка таъсир курсатиш лозим. Организмнинг тушган инфекция ва унинг токсинларига жавоб реакцияси бирмунча муракааб хусусиятга эга. Масалан, сепсибилизациялашган бемолрларда куриладиган дастлабки сепсис кучли аллержик реакция билан кечса, охириги боскичдаги сепсис токсинлар ва парчаланган тукима маъсулотининг аста-секин курилиши билан ифодаланади.

Сепсис патогенези хакидаги тасаввурлар тиббиёт фани тараккиётининг турли боскичларида жиддий узгаришларга учраган. Микроб инфекциясининг мохияти аникланган асептик давр бошларида сепсиснинг авж олиши факат микроорганизмларнинг вирулентлиги билан боғланган. Микроблар конда купаяди (пиемия). Микроблар конда купаймасдан балки факат организм буйлаб у ёкдан бу ёкка ташилади. Микроблар бирламчи ёки иккиламчи яллигланиш учокларида купаяди. Вакт утиши билан улар септик тикиндилар куринишида ёки лимфатик тусик оркали кон окимига утади.

Яллигланиш учоги атрофидаги тукима тусигининг химоявий функцияси вакт утиши билан кайта тикланади ва кейинчалик яна микробларнинг конга утишига тускинлик вазифасини бажариши мумкин. Бактериологик сепсисни жараён авж олган боскичда юкори харорат ва совук котиш кузатилганда кони экиш йули билан исботлаш мумкин. Парчаланган тукима махсулотлари жараён авж олган боскичда юкори даражада биологик фаол моддлар (гистамин, серотонин, протеолитик ферментлар)га эга булади ва сепсиснинг ривожланишига имкон беради. Тукима гипоксия ва аноксия зурайиб боради, натижада септик шок манзараси ривожланиши мумкин. Сепсисда организмнинг сенсибилизацияга жавоб реакцияси уч хил булиши мумкин.:

- 1) Нормергик реакция, бу реакцияга яллигланишнинг яккол ифодаланган манзараси хос булиб, сепсис одатда йирингли метастазлар куринишида кечади;
- 2) Гиперергик реакцияга тезкорлик ва шиддатли хусусиятга хос булиб, купрок деструктив ва дегенератив узгаришлар билан давом этади, йирингли метастазлародатда кузатилмайди;
- 3) Анергик (гипергек) реакция суст, бир оз яллигланиш жараёни билан бирга давом этади. У организм иммунитетини 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 вакт хам тасдиқлавермайди. Йирингли тромбофлебитлар ва перифлебитлар, тукумаларнинг йирингли парчаланиши, тукумаларга ва органларга хаддан ташкарикуп кон куйилиши, ички аъзоларда дегенератив узгаришлар, шунингдек, асосан (иккиламчи метастазлар билан кечган холларда) тери остини бириктирувчи тукумасида, аъзоларда ёки бушликларда купдан-куп абсцесслар аникланади. Улим юз бериб бемор жасади дархол чирий бошлайди, гемолиз ва тукумалар имбибицияси пайдо булади.

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

Таснифи. Сепсиснинг куйидаги турлари тавофиу килинади:

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

8) Клиник-анатомик хусусиятларига кура – септицемия ва септикопиемия.

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

Клиник манзараси. Сепсиснинг оғзига хос симптомлари булмайди. Баъзан уни йирингли жараёнлар ёки юқумли касалликларнинг бошлангич босқичлари билан кечадиган интоксикациядан жуда кийин булади. Сепсиснинг умумий ва маҳаллий симптомлари турли органлар ва системалардаги узгаришлар билан, маҳаллий белгилар эса дастлаб бирламчи учоқда, кейин эса йирингли метазтазалада маҳаллий намоён булиши билан боғлиқ.

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

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

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

Харорати баланд, ҳатто 39-40% даражагача қутарилади. Хароратнинг эгри чизиги уч хил: доим юқори ( $39-40^{\circ}$  C), узгариб турадиган ва тулқинсимон булади. Агар сепсис метазтаз бермасдан кечса (септицемия) харорат юқори 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 қутарилади ва беморнинг азойи бадани қакшаб оғрийди. Харорат тушиб кетганда бемор тез-тез терлайди. Тез орада бемор озиб- тузиб кетади умумий қувватсизлик, септик ич қотиши кундан кунга ортиб боради. Натижада бемор қаттиқ изтироб чекади ва афония пайдо 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.

Кон манзараси кам конликнинг ортиб бориши, ЭЧТнинг ошиши (30-60мм/с), кон формуласининг чапга сурилиши сабабли лейкоцитлар сони купаяди ( $15-40 \cdot 10^9 \text{ л}^{-1}$ ), 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 колдиклари ва кон микдори ошиб боради. Айрим холларда капилярларнинг токсик узгарувчанлиги ортгани сабабли терида калконсимон доғлар кузатилади.

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

Метастазлар билан кечадиган сепсисга турли тукима ва аъзоларда йирингли учокнинг ривожланиши хосдир. 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 холатда кечиши септицемияга хосдир.

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

Махаллий йирингли жараёнларда умумий жаррохлик инфекциясини умумий захарланишдан фарк қилиш қийин булади. Махаллий 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 утқир гематоген остеомиелитдан ва кон 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 махаллий ва умуман организмга таъсир курсатишга мулжалланган умумий даволаш гуруҳлари ажратилади.

Махаллий даволашга куйидагилар киради:

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

Умумий даволашнинг энг мухим вазифаси инфекция (кузгатувчи) га қарши курашдир. Антибиотикларни куллаш мухим аҳайят қасб этади. Антибиотикотерапидан муваффақиятли фойдаланиш учун микрофлоранинг характерини ва унинг антибиотикларга нисбатан қанчалик қидамлилигини аниқлаш зарур. Сепсис билан оғриган беморларга антибиотиклар иложи борича қеракли дозаларда буюрилади. Масалан, пенициллин ҳар 4-6 соатда қунига 15-20 минг ва ҳатто 50000000 тб микдорда, цепорин сутқасига 3-10 г дан тайинланади. Антибиоиклар зарарланган жойга ва перентерал равишда (м/о ва в/в) зарур булган ҳолларда эса эндолюмбал равишда ва артерияга, аортага юборилади (антибиотиклар қон урнини босувчи суюқликлар билан бирга узок вақт юборибтурулади). Бактероидлар 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 кулланилади. 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 курсатиш хусусиятига эга. Сурункали сепсисда стафилококкли анатоксин ва аутовакцина билан фаол иммунизация қилинади.

Профилактикаси. Асосий диққат эътибор жароҳатларга пухта ва уз вақтида қарашга, биринчи навбатда уларни жаррохлик йули билан йирингни чиқариб, бушлиқни ювиб тозалашга, шунингдек махаллий яллигланиш

жараёнларига даво килишга ва организмнинг химоя кучини мустахкамлашга каратилиши лозим.

Анаэроб (газли) гангрена.

Анаэроб клостридиал инфекция чекланган кузгатувчилари ва хусусий клиник манзараси булган патологик жараёндир. Унинг хусусий белгиларига яллигланиш жараённинг йуклиги, катталашиши мумкин булган шиш, газ хосил килиш, тукималар емирилиши, бактериялар токсин ива тукималар емирилиши натижасида руёбга келувчи захарланиш киради.

Анаэроб инфекция асосан жароҳатларнинг асорати булиб, купрок уриш даврида, камрок тинчлик даврда ҳам кузатилади.

Жароҳатларнинг анаэроб гангрена билан асоратланиши бир талай омилларга боглик. Асосийларидан бири жароҳатнинг анаэроб флора билан ифлосланиши, бирламчи жарроҳлик ишловининг сифатли утказилмаслиги хисобланади. Касаллик богшланишида клиник манзарасининг ноаниклиги, хирургик ишлашда нуксонлар ва асоратнинг олдини олувчи доридармонларнинг булмаганлиги сабаб булган.

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

Охиргиси тукималарни емирувчи клостридийнинг бир узи камдан-кам газли гангрена кузгатади, купинча бошка бактериялар билан бирга тукималарни тез емиради ва захарланишга олиб келади.

Патогенези. Клостридийлар организмда бир хил таркалмаган: меъдада деярли йук, чунки меъда жавхари (кислотаси) уларга бактрицид таъсир курсатади. Йугон ичакка якинлашган 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 тукималарда, 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 тукималарни емиради.

Газли гангрена пайдо килувчи омиллар:

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

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

3. Организм химоя кучининг камайиши.

4. Жароҳат сатхининг транспортдан шикастланиши, ёмон тахтакачлаш.

Таснифи: Бактериологик таърифи ва хасталикнинг кечишини ҳисобга олганда патологик-анатомик таснифи ката ахамиятга эга. У куйидагича: 1. Эмфизематоз; 2. Шишли (токсик); 3. Некротик (чириш); 4. Аралаш; 5. Флегмоноз ва тукима 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 тукималар шиш купрок кузатилади.

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

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

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

Тукималарни 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.кlostридиал целлюлит, эпифасциал газли гангрена), субфасциал формаси (син.кlostридиал 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 боғлам ёки ип боғлам 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, тукималарда газ борлиги намоён булади. Ангиографияда 3-4 кунларда артериянинг спазми аникланади, кейинчалик томирлар тромбоз ива газ хосил килиш бошланади. А.В.Мельников (1952) фикрича уч белги анаэроб гангрена



бошланганида далолат беради: огрик, юкори харорат, кул-оёкнинг шишиб кетиши.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати**

### **Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар**

1.С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004

2.С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004

3.В.Ф.Войно-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 Discase 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  
Беларусии» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М. Медицина 1987

18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurdergy-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумоталр: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php),  
[shop.medicinform.net/showtov.asp](http://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.**

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Уткир махсус жаррохлик инфекцияси. тушунчаси ва таснифи.</li> <li>2. Уткир махсус жаррохлик инфекцияси. клиник белгилари.</li> <li>3. Кечиш фазалари , биохимиявий узгаришлар. Беморларни текшириш усуллари;</li> <li>4.Уткир махсус жаррохлик инфекцияси. даволашнинг асосий принциплари, инфекциянинг олдини олиш усуллари.</li> <li>5.Уткир махсус жаррохлик инфекцияси. клиникаси ва патогинези хакида тушунча.</li> <li>6.Уткир махсус жаррохлик инфекцияси. диагностикаси ва даволаш усуллари хакида тушунча.</li> <li>7. Уткир махсус жаррохлик инфекцияси. да кузатиладиган асоратларни олдини олиш.</li> </ol>
Ўқув машгулотининг максоди: Талабаларга Уткир махсус жаррохлик инфекцияси. уларнинг турлари, клиникаси, диагностикалари ҳамда биринчи ёрдам ва замонавий даволаш усуллари ургатиш.	

<p>Педагогик вазифалар:  Утқир махсус жаррохлик инфекцияси тушунчаси;  Утқир махсус жаррохлик инфекцияси этиопатогинези;  -Утқир махсус жаррохлик инфекцияси турлари;  -Утқир махсус жаррохлик инфекцияси клиникаси, диагностикаси , асоратлари ;  -Утқир махсус жаррохлик инфекцияси хирургик ишлов бериш;  -Утқир махсус жаррохлик инфекцияси асоратларни олдини олиш;</p>	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:  -Утқир махсус жаррохлик инфекцияси асоратлари хақидаги тушунчаларни изохлайди;  Утқир махсус жаррохлик инфекцияси сабабларини айтиб беради;  -Утқир махсус жаррохлик инфекцияси таснифини санаб беради;  -Утқир махсус жаррохлик инфекцияси клиник манзарасини изохлайди;  - Утқир махсус жаррохлик инфекцияси даволаш усуллари айтиб беради;  - Утқир махсус жаррохлик инфекцияси организмдаги биохимиявий узгаришларни айтиб беради;</p>
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, таркатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жиҳозланган аудитория

## МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	<b>Фаолият мазмуни</b> Утқир махсус жаррохлик инфекцияси. Кокшол, куйдирги, кутириш, яра дифтерияси-клиникаси кечиши, асоратлари, олдини олиш - эмлаш ва даволаш асослари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг максоди, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

<p>2-боскич. Асосий (55 мин.)</p>	<p>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди. -Уткир махсус жаррохлик инфекциясига доир қандай атамаларни биласиз? -Уткир махсус жаррохлик инфекцияси дейилганда нимани тушинасиз? 2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади. Жадваллар, слайдлар, видео фильмлар, рентген ёрдамида мавзунини тушунтиришни давом эттиради . 2.3. Уткир махсус жаррохлик инфекцияси турлари , тушунчаси этиологияси , патогинези, клиникаси ва даволаш усуллари ҳақида тўхталиб ўтилади. - Уткир махсус жаррохлик инфекцияси таснифинималарга асосланган; - Уткир махсус жаррохлик инфекцияси сабаблари, патогенези ва клиникаси ҳақида тушунча беринг; - Уткир махсус жаррохлик инфекцияси диагностикаси ва даво усуллари айтилинг.</p>	<p>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.</p>
<p>3-босғич. Яқуний (25 мин.)</p>	<p>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Кокшол” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

**НАЗАРИЙ ҚИСМ.** Кокшол. Специфик уткир юкумли касаллик булиб, спорзли анаэроб таёкча

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

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

Таснифи.

1) Тарқалишига қараб:

- умумий
- маҳаллий

## 2) Клиник кечишига караб:

- уткир
- сурункали
- клиник белгиларининг еркин булиши
- клиник белгиларининг ноаник булиши.

шунигдек енгил, уртача ва огир, яшин тезлигида формалари фаркланади.

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

Шовкин ёки ёруглик таъсирида опистотонус кузатилади. Тана харорати  $42^{\circ}\text{C}$  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, тетрацилин), 50-150 мл махсус куйдиргига карши зардоб, сальварсан (венага 0,6-1 г) килинади.

## **Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати**

### **Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар**

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков. Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.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 Discase he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

### **Қўшимча адабиётлар**

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии  
Л.Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л.Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М.Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии  
М.Медицина. 1963
7. Под редакцией проф.Б.О.Милькова Хирургические манипуляции.



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

## МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция.Газли корасон касаллиги; кузгатувчилари, патанатомияси, клиникаси, дастлабки белгилари, асоратлари, олдини олиш, даволаш асослари.

Вакти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машгулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машгулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция тушунчаси;</li> <li>2. Касаллик келиб чиқиши сабаблари;</li> <li>3. Анаэроб ва чириндилар хосил кечувчи инфекция ларнинг клиник манзараси;</li> <li>4. Газли корасон касаллигининг клиник манзараси;</li> <li>5. Газли корасон касаллигининг асоратлари олдини олиш;</li> <li>6. Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги даволаш принциплари;</li> </ol>
Ўқув машгулотининг мақсади: Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция. Газли корасон касаллиги; кузгатувчилари, патанатомияси, клиникаси, дастлабки белгилари, асоратлари, олдини олиш, даволаш асослари.	
<p>Педагогик вазифалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция. Газли корасон касаллиги хақида тушунчалар, келиб чиқиши билан таништириш ва касалик жараёнини пафилактикаси ва даволаш принциплари;</li> <li>- Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция турлари билан таништириш;</li> <li>- Газли корасон касаллиги клиник курунишлари;</li> <li>- Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги этиопатогенизи билан таништириш;</li> <li>- Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллигини изохлаш ва тасаввурга эга булиш;</li> </ul>	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги тушунчасини изохлайди;</li> <li>- Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги ривожланиш шароитларини айтиб беради;</li> <li>- Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция этиологиясига тавсиф беради;</li> <li>- газли корасон касаллиги турларини санайди;</li> <li>- Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги, тушунчаси билан таништиради, мисолар келтиради;</li> <li>- Анаэроб ва чириндилар хосил килувчи инфекция, газли корасон касаллиги, олдини олиш ва даволаш принципларини санайди ва изохлайди;</li> <li>- Анаэроб инфекциялар патолого-анатомик манзарасини тавсифлайди.</li> </ul>

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

34-мавзу	<b>Фаолиятмазмуни:</b> Анаэроб ва чириндилар ҳосил қилувчи инфекция. Газли қорасон касаллиги; кузгатувчилари, патанатомияси, клиникаси, дастлабки белгилари, асоратлари, олдини олиш, даволаш асослари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Қириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан қўтилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	<p><i>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</i></p> <p><i>-Анаэроб инфекция тушунчасини биласизми?</i></p> <p><i>-Анаэроб инфекциялар олдини олишнинг узига ҳослиги?</i></p> <p><i>-Газли қорасон таснифини биласизми?</i></p> <p><i>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади</i></p> <p><i>Анаэроб ва чириндилар ҳосил қилувчи инфекция. Газли қорасон касаллиги; кузгатувчилари, патанатомияси, клиникаси, дастлабки белгилари, асоратлари, олдини олиш, даволаш асослари тушунтирилади.</i></p> <p><i>2.3. Газли қорасон касаллиги тушунчаси, этиопатогенези тугрисида тўхталиб ўтилади.</i></p> <p><i>- Газли қорасон сабаблари;</i></p> <p><i>- Газли қорасон клиник манзараси;</i></p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади, ёзади.</p>
3-босқич. Яқуний (25 мин.)	<p><i>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i></p> <p><i>Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.</i></p> <p><i>Мустақил иш учун вазифа: “Газли қорасон” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</i></p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради.</p> <p>3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

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

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

Умумий клиник манзараси марказий нерв системасининг кузғалиши ёки тормозланиши билан таърифланади. Бемор одатда хушини йукотмайди, ухламайди, температураси 39-40<sup>0</sup>С гача кутарилади, томири минутига 120-160 мартагача уради. Юрак фаолияти сусайиб кетади. Артериал босими 80-90 см симоб устунигача пасаяди. Нафас купинча юза булади. Лейкоцитоз, эритроцитлар чукиш тезлигининг ошиши курилади. Эритроцитлар сони ва гемоглабин камаяди.

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

Трофилактикаси. Кон таъминоти яхши булган тукималарда анаэроб инфекция камдан-кам ривожланади, шунинг учун боғламлар куйишда кон айланишини бузмаслик зарур, яхши иммобилизация килиш керак. Жарохатни уз вактида ва тугри хирургик тозалаш энг яхши профилактик чора хисобланади.

Катта мажакланган ва ифлосланган жарохатларда гангренага карши зардобларни профилактик дозаларда киритиш зарур, Гангренага карши зардобнинг профилактик дозаси 30000 АЕ ни ташкил килади. (анти перфирингенс, антиодематненс ва антисиптикум зардоблардан 10000 АЕ дан). Дастлаб 1:100 нисбатда сугортирилган зардобга сезучанликни аниклаш учун тери ичи синовии куйилади.

Давоси. Ривожланиб бораётган Газли гангренада юмшок тукималарни ичкарасигача узунасига суюкка кадар кесилади. Водород пероксидли боғламлар куйилади. Жарохат юзаси операция килинади. Венага томчилаб гангренага бориши зардоб куйилади (150000-300000 АБ дан бир неча кунгача).

Даво максасида 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) хисобидан куйилади.

Беморга 3 мл гача суюклик киритилади, кон куйилади, юракни кувватловчи дорилар, антибиотиклар берилади, Газли инфекция билан касаллаган беморлар доимий кузатувгв ва диккат билан парвариш килишга мухтож буладилар. Касалхона ичида инфекция юкишининг олдини олиш максасида беморларни бошкалардан ажратиб,

алохида палаталарга ёткизилади, ишлатилган боғлов материаллари ёкилади, инструментлар стерилизация қилинади

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

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

**Давоси.** Чирик инфекцияда парчаланган туқималарни зудлик билан жаррохлик йули билан олиб ташлаш зарур. Туқималар кенг очилади, йиринг чиқарил юборилади, антисептиклар билан ювилади. Жароҳатга поликлорвинилли дренажлар, антисептик эритмаларга шимдирилган (вдород тероксид ва калий перманганат эритмаси) тампонлар қуйилади. Қасаллик кечиктириб юборилган холларда жароҳатланган 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.

## **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 Discase 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 маълумотлар: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php),  
[shop.medicinform.net/showtov.asp](http://shop.medicinform.net/showtov.asp),

## МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

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

<b>Вақти – 2 соат</b>	<b>Талабалар сони: 36 - 48 нафар</b>
<b>Ўқув машгулотининг шакли</b>	Кириш, визуал маъруза
<b>Маъруза машгулотининг режаси</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Жаррохликда сурункали махсус инфекция тушунчаси;</li> <li>2. Касаллик келиб чиқиши сабаблари;</li> <li>3. Сурункали махсус инфекцияларнинг клиник манзараси;</li> <li>4. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили клиник манзараси;</li> <li>5. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили асоратлари олдини олиш;</li> <li>6. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили даволаш принциплари;</li> </ol>
<b>Ўқув машгулотининг максоди:</b> Жаррохликда сурункали махсус инфекция. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили: эпиопатогенези, таснифи, клиникаси, кечиши, махаллий ва умумий аломатлари. Преартрит, артрит фазалари, кечишининг хусусиятлари, ташхиси. Асоратлари. Даволашнинг консерватив ва оператив усуллари. Суяк бугим силининг айрим турлари: спондилит, коксит, гонит ва бошқалар.	
<p><b>Педагогик вазифалар:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили хақида тушунчалар, келиб чиқиши билан таништириш ва касаллик жараёнини пафилактикаси ва даволаш принциплари;</li> <li>-Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили турлари билан таништириш;</li> <li>-Суяк-бугим сили клиник куринишлари;</li> <li>-Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили этиопатогенези билан таништириш;</li> <li>-Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили изохлаш ва тасаввурга эга булиш;</li> </ul>	<p><b>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили тушунчасини изохлайди;</li> <li>- Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили ривожланиш шароитларини айтиб беради;</li> <li>-Суяк- бугим ва лимфа тугунларининг сили этиологиясига тавсиф беради;</li> <li>- Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили турларини санайди;</li> <li>- Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили, тушунчаси билан таништиради, мисолар келтиради;</li> <li>- Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили, олдини олиш ва даволаш принципларини санайди ва изохлайди;</li> <li>- Сурункали махсус инфекцияларнинг патолого-анатомик манзарасини тавсифлайди.</li> </ul>



<b>Ўқитиш услуги ва техникаси</b>	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
<b>Ўқитиш воситалари</b>	Маърузалар матни, проектор, таркатма материаллар, график органайзерлар.
<b>Ўқитиш шакли</b>	Жамоа, гуруҳ ва жуфтликда ишлаш.
<b>Ўқитиш шарт-шароити</b>	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

## МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

<b>Боскичлар, вақти</b>	<b>Фаолиятмазмун:</b> Жаррохликда сурункали махсус инфекция. Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили: эпиопатогенези, таснифи, клиникаси, кечиши, махаллий ва умумий аломатлари. Преартрит, артрит фазалари, кечишининг хусусиятлари, ташхиси. Асоратлари. Даволашнинг консерватив ва оператив усуллари. Суяк бугим силининг айрим турлари: спондилит, коксит, гонит ва бошқалар..	
	<b>Ўқитувчи</b>	<b>Талаба</b>
1-боскич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.

<p>2-боскич. Асосий (55 мин.)</p>	<p><b>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниклаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди.</b> -Сурункали махсус инфекция тушунчасини биласизми? -Сурункали махсус инфекциялар олдини олишнинг узига хослиги? -Суяк - бугим ва лимфа тугунларининг сили таснифини биласизми?</p> <p><b>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган холда маърузани баён этишда давом этади</b> Сурункали махсус инфекция; кузгатувчилари, патанатомияси, клиникаси, дастлабки белгилари, асоратлари, олдини олиш, даволаш асослари тушунтирилади.</p> <p><b>2.3. Суяк-бугим сили касаллиги тушунчаси, этиопатогенези тугрисида тўхталиб ўтилади.</b> - Суяк-бугим сили сабаблари; - Суяк-бугим сили клиник манзараси; -касалликларни классификациялашда нималарга асосланган; -симптом ва синдромлар аниклашда нимага ахамият берилади.</p> <p><b>2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.</b></p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади, ёзади. хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
<p>3-боскич. Яқуний (25 мин.)</p>	<p><b>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</b> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Сурункали махсус инфекция” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниклаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

**НАЗАРИЙ ҚИСМ.** Хирургик туберкулёз группасига туберкулёз микобактериалари кузгатган ва хирургик даволаш методларини талаб этадиган, турли сохаларда жойлашадиган катор касалликлар қиради.

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

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

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

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

Суяк формасида кассалик суякнинг говак маддасида бошланади (эпифизар – метафизар зона): туберкулёз учоги хосил булади, сунгра суяк маддасининг ириб, майда секвестрлар ва суяк бушликлари хосил булиши курилади. Тупланган йиринг суяк бушлигидан чикади ва туқималараро бушликлар буйлаб таркалади. Процесс бугимга утиши мумкин. Бугим туберкулёзида синовлвр парда шишади, гиперемияланиб қолади, ворсинкалари букади, бушлигида йирингга айланадиган сероз – фибриноз суюклик булади. Бу йиринг ташкарига ёрилади ва окма хосил 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 кисмининг говак маддаси бошланади, бу говак мадда, сунгра магиз мадданинг тизза суюкланишига олиб келади. Хосил булган йириглик сизиб утган абсцесслар келиб чиқишига йул очади. Емирилган умуртканинг «шакли узгаради», бу умуртка погонасининг букри куринишида кийшайиб қолишга олиб келади.

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

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

Туберкулёз спондилитида клиник манзара асосан бугим формалари билан мос келади. Зарарланган умуртка погонасида мушакларнинг таранглашуви «жилов

симптоми», букрилик курунишдаги деформация ва баъзан орка миянинг зарарланиши ажралиб турадиган белгилардан хисобланади.

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

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

Бемор дори препаратларидан стрептолицин, ПАСК, фтивазид, рифозин ва бошкаларни қабул қилади. Гавданинг микаетланган қисми иммобилизация қилинади: туберкулёз спондилитида гипсли кравотга, чонок-сон бугими зарарланганда гипсли коксет боғлам, тизза бугимига гонит боғлам ишлатилади, йирингли камчаклар булганда пункция қилинади, 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 қилинади. Бугим туберкулёзида зарарланган синовлар пардани суяк деструкцияси учоги билан бирга олинади, сунгра оёкнинг функционал қулай 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 қуйидаги 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 қайд қилинади. Сузмасимон массанинг ириб суюкланиши йиринг ҳосил булишига олиб келади. Хирургик туберкулёзга: Суяк - бугимлари туберкулёзи, лимфа тугунлари, сероз пардалар, меъда, ичаклар, буйрак, ковуқ, мойялар, упка туберкулёзининг айрим формалари киради.

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

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

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

Бугимлар зарарланганда қуйидаги формалари фарқ қилинади:

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 йирирнглик сизиб утган абсцесслар келиб чиқишига йул очади.

Емирилган умуртканинг «шакли узгаради», бу умуртка погонасининг букри куринишида кийшайиб колишга олиб келади.

**Клиникаси.** Бугимларнинг сил билан зарарланиши усун касалликнинг хилдан бошланиши, аста-секин ривожланиши авж олган даврда куйидаги характерли симптомлар пайдо булади: а) огрик доимий булиши ёки жисмоний харакатда пайдо булиши мумкин: купинча огрик бошка сохага таркалиши характерига эга булади; б) бугим функциясининг бузилиши огрикни камайтириш максатида касал бугимга нагрукани атайин камайтириш окибати хисобланади; в) мушакларнинг атрофига учраши нейротрофик узгаришларга ва кисман оёк-кулнинг харакатсиз булишига боглик. г) тери бурмаси ват ери ости-ёги катламининг калинлашуви (Александров симптоми), буни тери ости-ёги катлами булган терини касал ва соглом-оёк-кулнинг участкаларида буртма куринишида йигиш йули билан аникланади касал томонда буртма калинрок булади; д) бугим шиши бугимга аввалига сероз, сунгра эса йирингли суюклик шимилишига боглик; е) пролифератив формасида фиброз тукима йигилиши хисобига «ок усма» хосил булади; ж) йиринг ташкарига ёрилганда юмшок, окимтир грануляциялар билан копланган окмалар, аксари куп сонли окмалар хосил булади; з) совук йирингликлар юмшок тукималарининг актив реакцияси натижаси хисобланад, таркалганда улар «йирингли совук окмалар» хосил килади; и) Деформация кийшайиши, калта тортиш, патологик синиш ва чикишлар туберкулёзнинг огир формаларида учрайдиган кенг вужудга келадиган симптомлар хисобланади.

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

Классикнинг чегараланган ва ймнгил формаларда беморнинг умумий ахволи кам узгаради. Клиник манзара иккиламчи инфекция кушилганда кескин ёмонлашади. СОЭ нинг ошиши кузатилади, кечиккан боскичларида рентгенологик текширувда суяк 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 бошкаларни кабул килади. Гавданинг микаетланган кисми иммобилизация килинади: туберкулёз спондилитида гипсли кравотга, чонок-сон бугими зарарланганда гипсли коксет боглам, тизза бугимига гонит боглам ишлатилади, йирингли камчаклар булганда пункция килинади, йирингли суюклик тортиб олинади ва бушликка глицериндаги 10 % ли йодофорли эмульсияси стрептолицин ва пенциллин эритмалари юборилади. Туберкулёз спондилитида зарарланган умуртканинг некротик тукималари чиқарилиб, уни суяк трансплантанти билан фиксация килинади. Бугим туберкулёзида зарарланган синовлар пардани суяк деструкцияси учоги билан бирга олинади, сунгра оёкнинг функционал кулай вазиятда анкилоз вужудга келтирилади.

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

Газли гангренининг ривожланишида шикастланган ва некротик юмшок тукималарнинг борлиги хамда кон айланишининг бузилиши катта ахамиятга эга.

Кассалик купинча мускулларга куп шикаст етган, каттик ифлосланган ва йиртилган лат еган, кур жаррохатларда пайдо булади. Инкубацион даври 7 кунгача давом этади. Инкубацион давр нечогли киска булса, одатда касаллик шу кадар огир утади. Анаэроб инфекция специфик яллигланиш реакцияси руй бермасдан утади ва тукималарнинг ириши, шиш пайдо булиши ва тукималарда микроблар ажратадиган токсинлар таъсирида газ хосил булиши билан таърифланади. Патологоанатомик узгаришлар ва клиник кечиши буйича Газли гангренинг куйидаги формалари фарк килинади: шиш формаси, эмфозематоз формаси, флегмоноз формаси тукималарининг киритадиган форма.

Умумий клиник манзараси марказий нерв системасининг кузгалиши ёки тормозланиши билан таърифланади. Бемор одатда хушини йукотмайди, ухламайди, температураси 39-40<sup>0</sup>С гача кутарилади, томири минутига 120-160 мартагача уради. Юрак фаолияти сусайиб кетади. Артериал босими 80-90 см симоб устунигача пасаяди. Нафас купинча юза булади. Лейкоцитоз, эритроцитлар чукиш тезлигининг ошиши курилади. Эритроцитлар сони ва гемоглабин камаяди.

Жарохатда жуда жуда кучли огрик пайдо булади, юмшок тукималар шишиб кетади, тери аввалига рангсизланади, кейин кунгир, кип-кизил ва Кук доглар билан копланади. Тукималарни пайпаслаганда кулда совун уннайди. Тукимани бармок билан босганда жарохатдан газ пуфакчалари ажралиб чикади. Мускуллар кайнатилган гуштда ухшайди, сунгра кукиш тусга кириб, корамтир булиб колади. Клетчатка кунгуркул ранга булади.

**профилактикаси.** Кон таъминоти яхши булган тукималарда анаэроб инфекция камдан-кам ривожланади, шунинг учун богламлар куйишда кон айланишини бузмаслик зарур, яхши иммобилизация килиш керак. Жарохатни уз вактида ва тугри хирургик тозалаш энг яхши профилактик чора хисобланади.

Катта мажакланган ва ифлосланган жарохатларда гангренага карши зардобларни профилактик дозаларда киритиш зарур, Гангренага карши зардобнинг профилактик дозаси 30000 АЕ ни ташкил килади. (анти перфирингенс, антиодематненс ва антисиптикум зардоблардан 10000 АЕ дан). Дастлаб 1:100 нисбатда сугортирилган зардобга сезучанликни аниклаш учун тери ичи синовии куйилади.

**Давоси.** Ривожланиб бораётган Газли гангренада юмшок тукималарни 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 максидида 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) хисобидан куйилади.

Беморга 3 мл гача суюклик киритилади, кон куйилади, юракни кувватловчи дорилар, антибиотиклар берилади, Газли инфекция билан касаллаган беморлар доимий кузатувгв ва диккат билан парвариш килишга мухтож буладилар. Касалхона ичида инфекция юкишининг олдини олиш максидида беморларни бошкалардан ажратиб, алохида палаталарга ёткизилади, ишлатилган боглов материаллари ёкилади, инструментлар стерилизация килинади.

## **ЧИРИТУВЧИ ИНФЕКЦИЯ**

Чиритувчи инфекцияга некроз ва тукималар емирилишининг тез ривожланиши хосдир ва анаэроб микроблар купинча стафилококк ва стрептококклар билан кушилиб

инфекция чиқарилади. Бунда жароҳатда ихороз экссудат, буд буй хидли йиринг – конли суюкликнинг падо булиши билан характерланади.

Тукималарнинг парчаланиши нохуш 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 хароратининг юкори булиши, бадан увишиши, кон босимининг пасайиб кетиши, юрак уриши тезлашувига хосдир. Жароҳат специфик кулранг тусда булади, мускул тукумаси кайнатиб пиширилган гушни эслатади. Уткир ихорозда хидли корамтир геморрагик суюклик ва газлар аралашмаси ажралади. Жароҳат атрофида кенг инфельтрация кузатилади. Газларнинг борлиги кукималар 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 корин орасидаги вена септик тромбофлебитдан фарк қилиши қийин. Чирик инфекцияда газ пуфакчаларида факат жароҳатнинг купикли суюклиги булади ва у бириктирувчи тукума клетчаткасига туташиб туради, Газли гангренада эса аксари мускулларда пайдо булади.

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

## **Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати**

### **Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар**

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков. Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.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 Discase 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 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 & Neck Eurdery-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумотлар: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php),  
[shop.medicinform.net/showtov.asp](http://shop.medicinform.net/showtov.asp),

## МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

**Жонсизланиш. Тукималарни улиши, усмалар. Некроз, гангрена, окма яралар, трофик яралар, ёток яралар: сабаблари ва ривожланиш шароитлари, клиник манзараси, олдини олиш, даволашни умумий асослари**

<b>Вақти – 2 соат</b>	<b>Талабалар сони: 36 - 48 нафар</b>
<b>Ўқув машгулотининг шакли</b>	Кириш, визуал маъруза
<b>Маъруза машгулотининг режаси</b>	Жонсизланиш хақида тушунча; Тукималар улишининг сабаблари; Некроз, гангреналарнинг клиник манзараси; Окма, трофик, ёток яраларнинг клиник манзараси; Тукималар улишини олдини олиш; Жонсизланишда даволаш принциплари;
<b>Ўқув машгулотининг мақсади:</b>	Жонсизланиш. Тукималарни улиши, усмалар. Некроз, гангрена, окма яралар, трофик яралар, ёток яралар: сабаблари ва ривожланиш шароитлари, клиник манзараси, олдини олиш, даволашни умумий асослари.
<b>Педагогик вазифалар:</b> - Жонсизланиш. Тукималарни улиши хақида тушунчалар, келиб чиқиши билан таништириш ва касалик жараёнини профилактикаси ва даволаш принциплари; - Жонсизланиш турлари билан таништириш; - Жонсизланишнинг клиник курунишлари; - Жонсизланишнинг этиопатогенизи билан таништириш; - Жонсизланишни изохлаш ва тасаввурга эга булиш;	<b>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</b> - Жонсизланиш тушунчасини изохлайди; - Тукималарни улиши ривожланиш шароитларини айтиб беради; - Некрозни этиологиюсига тавсиф беради; - Жонсизланиш турларини санайди; - Жонсизланиш. Тукималарнинг улиши, тушунчаси билан таништиради, мисолар келтиради; - Жонсизланиш. Тукималарни улишини олдини олиш ва даволаш принципларини санайди ва изохлайди; - Жонсизланиш. Тукималарни улишининг патолого-анатомик манзарасини тавсифлайди.
<b>Ўқитиш услуби ва техникаси</b>	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
<b>Ўқитиш воситалари</b>	Маърузалар матни, проектор, таркатма материаллар, график органайзерлар.
<b>Ўқитиш шакли</b>	Жамоа, гуруҳ ва жуфтликда ишлаш.
<b>Ўқитиш шарт-шароити</b>	Проектор, (ёки компьютер) билан жиҳозланган аудитория

## МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

<b>Боскичлар, вақти</b>	<b>Фаолият мазмуни</b> Жонсизланиш. Тукималарни улиши, усмалар. Некроз, гангрена, окма яралар, трофик яралар, ёток яралар: сабаблари ва ривожланиш шароитлари, клиник манзараси, олдини олиш, даволашни умумий асослари.	<b>Талаба</b>
1-боскич. Кириш (10 мин.)	<b>Ўқитувчи</b>  <i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан қутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	<p><i>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказди.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Жонсизланиш тушунчасини биласизми?</li> <li>- Жонсизланиш. Тукималарни улишини олдини олишнинг узига хослиги?</li> <li>- Тукималарни улишини таснифини биласизми?</li> </ul> <p><i>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади</i></p> <p>Жонсизланиш. Тукималарни улиши, усмалар. Некроз, гангрена, окма яралар, трофик яралар, ёток яралар: сабаблари ва ривожланиш шароитлари, клиник манзараси, олдини олиш, даволашни умумий асослари. тушунтирилади.</p> <p><i>2.3. Тукималарни улиши тушунчаси, этиопатогенези тугрисида тўхталиб ўтилади.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тукималарни улиши сабаблари;</li> <li>- Тукималар улиши клиник манзараси;</li> <li>- касалликларни классификациялашда нималарга асосланган;</li> <li>- симптом ва синдромлар аниқлашда нимага аҳамият берилади.</li> </ul> <p><i>2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни олишларини таъкидлайди.</i></p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади, ёзади. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>

3-боскич. Якуний (25 мин.)	<p><b>3.1. Мавзуга якун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга каратади.</b>          Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.          Мустакил иш учун вазифа: “Жонсизланиш” сузига кластер тузишни вазифа килиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниклаштиради.          3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>
----------------------------------	--	--

**НАЗАРИЙ КИСМ.** Тукималар ёки органларнинг маҳаллий нобуд булишини шу термин билан ифодалаш расм булган. Некроз асосида катор ташки ва ички омиллар таъсирида тукималарда кон таъминоти ва озикланишнинг чуқур бузилишлари ётади. Некрозга сабаб буладиган ташки омилларга: 1) тукималар (муқкуллар, нервлар, томирлар) ни анчагина шикастлантирадиган уткир травма; 2) тукималарни жугут ёки гипсели боғламостиди узокт вақт босилиб ётиши; 3) ичакларнинг чурра дарвозасида кисилиши; 4) термик ва химиявий омилларнинг таъсири (совук олиши, куйиш) киради. Ички омиллар куйидагилардир: 1) кон томирининг эмбол, тромб билан ёки томирлар бушлигининг облитерацияловчи эндартериит ёки атеросклерозда торайишдан беркилиши; 2) миробларнинг хаёт фаолиятдан хосил буладиган захарли махсулотлар – токсинлар таъсири (Газли гангренада токсин таъсирида келиб чиқадиган некрозлар; 3) периферик ва марказий нерв системасининг касаллиги ёки шикастланиши сабабли тукималар иннервациясининг бузилиши.

**Некроз турлари.** Гангрена кул ёки оёқдаги йирик кон томирлар утказувчанлигининг бузилиши оқибатида юз беради. Гангренининг курук ва хул турлари фарк килинади.

**Курук гангрена** некротик тукималарнинг аста-секин зичлашуви ва куриши (мумификация) билан таърифланади. Гангренининг бу тури асептик шароитларда артериал кон таъминоти аста-секин тухтаганда ривожланади. Соғлом тукималар билан некрозга учраган тукималар чегарасида грануляцион тукимадан иборат демаркацион чизик хосил булади. Тукиманинг некрозланган кисми уз-узидан кучиши мумкин.

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

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

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

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

Некрозда хул гангрена ривожланишининг олдини олиш зарур. Шу максатда некроз участкасида туқимларни қуритишни кузда тутадиган очик метод билан даво қилинади.

Хул гангрена айлангиришга ҳаракат қилиш зарур. Бунинг учун спиртли боғламлар қуйилади, нобуд бўлган туқималарга йод эритмаси суртилади. Демаркацион чизик пайдо бўлган некроктомиа қилинади (жонсизланган зона олиб ташланади).

### **ЯРАЛАР**

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

Яаларнинг ҳосил бўлиши сабаблари турли-туман, бироқ уларнинг асосида туқималарозикланишининг бузилиши ётади, бу-дистрофик процессга ва некрозга олиб келади. Яралар купрок оёқ веналарининг варикоз кенгайиши, облитерацияловчи эндартериит ва ателосклероз заминидан пайдо бўлади. Баъзан трофик яралар нерв стволлар шикастланганда (масалан, қуймиш нерви шикастланганда товон ёки оёқ қафти соҳасида) ҳосил бўлади. Заҳм ва туберкулёз яралар учрайди.

**Давоси.** Ярани ҳосил қилган сабабни аниқлаш зарур. Унинг сабабини баргараф этиш одатда яранинг тузилишига олиб келади. Веналар варикоз кенгайганда уларни олиб ташланади ёки боғлаб қуйилади. Ярани кесилади ва ҳосил бўлган тери нуксонини тери трасплантанти билан беркитилади. Беморни операцияга тайёрлашда оёқларини % ли калий перманганат эритмаси қуйилган ваннага солиш тавсия этилади. Рух желатинали боғламлар (25 г дан Рух оксид билан желатина, г глицерин, мл сув) қулланилади. Боғлам қамида – 5-7 кунга қуйилади.

Нерв столлари шикастланиши натижасида пайдо бўлган яраларда уларни чандикли туқималардан ҳалос қилинади, анатомик жихатидан батамом узилганда тикилади. Кейинчалик яра уз-узидан битиб кетиши мумкин.

Заҳм тузилишига олиб келади.

### **Окма яралар**

Окма яра (фистула) деганда чуқур жойлашган туқималар , органлар ва бушликлардан гавданинг ташқи юзасига (ташқи фистула) ёки бошқа органга (ичқи фистула) келадиган йул тушунилади.

Келиб чиқишига қура фистулалар эмбрионал даврда ёриклар ва йулларнинг ушиб этилмаслигидан ҳосил бўладиган тугма (буйин, киндик. қовуқ ва шу қабилар фистуласи) ва йирингли яллигланиш процесслари (флегмона, абсцесс, остеомиелит) ёки турли хил яраланишлар оқибатида юз берган орттирилган фистулаларга бўлинади. Муайян курсатмаларга биноан хирург томонида ҳосил қилинган сунъий фистулалар (масалан, қизилунгач тутилганда меъда фистуласи, сийдик ажратиш тутилганда қовуқ фистуласи, тугри ичак қасаллигида нажас фистуласи ва хоқазо) алоҳида группани ташкил этади.

Фистулалар, айниқса ташқи фистулалар диагностикаси унчалик қийинчилик тугдирмайди. Бундай ҳолларда фистула каналини зондлаш ва унга контраст модда (йодолипол, сергозин, кардиотраст) юбориш, кейин эса рентгенография (фистулография) қилиш буюрилади.

Даво фистула ҳосил бўлишига олиб келган сабабини баргараф этишга қаратилган. Тугма ва орттирилган фистулалардан қупинча уларни операция йули билан бекитишга ҳаракат қилади.

## **Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати**

### **Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар**

1. С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004
2. С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004
3. В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000
4. В.И.Стручков. Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988
5. Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989
6. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993
7. В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987
8. А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.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 Discase he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

### **Қўшимча адабиётлар**

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии  
Л.Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л.Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М.Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии  
М.Медицина. 1963
7. Под редакцией проф.Б.О.Милькова Хирургические манипуляции.

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

## МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

**Тромбоз ва эмболия,облитерацияланган эндартериит,атеросклероз.Варикоз касллиги ва унинг асоратлари:тромбофлебит,трофик яралар асоратини даволаш.Канд касллиги,тавон диабетик синдроми умумий тушунчалар,даволаш асослари.Хавфли ва хавфсиз усмалар хакида тушунча.Хавфли усмага олиб келувчи касалликлар**

<b>Вақти – 2 соат</b>	<b>Талабалар сони: 36 - 48 нафар</b>
<b>Ўқув машгулотининг шакли</b>	Кириш, визуал маъруза
<b>Маъруза машгулотининг режаси</b>	1.Тромбоз ва эмболия тушунчаси; 2.Касаллик келиб чиқиши сабаблари; 3.Тромбоз ва эмболияларнинг клиник манзараси; 4.Облитерацияланган эндартериит,атеросклероз,варикоз касалликларининг клиник манзараси; 5.Тромбоз ва эмболия,облитерацияланган эндартериит,атеросклероз.Варикоз касалликларининг асоратлари олдини олиш; 6.Тромбоз ва эмболия,облитерацияланган эндартериит,атеросклероз.варикоз касалликларини даволаш принциплари;
<b>Ўқув машгулотининг максоди:</b>	Тромбоз ва эмболия,облитерацияланган эндартериит,атеросклероз.варикоз касаллиги:сабаблари ва ривожланиш шароитлари,клиник манзараси,олдини олиш,даволашни умумий асослари.



<p><b>Педагогик вазифалар:</b>  -Тромбоз ва эмболия облитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмалар хакида тушунчалар, келиб чикиши билан таништириш ва касалик жараёнини пафилактикаси ва даволаш принциплари;  - Хавфли ва хавфсиз усмалар турлари билан таништириш;  -Тромбоз ва эмболия облитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмаларнинг клиник курунишлари;  -Тромбоз ва эмболия облитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмаларнинг этиопатогенизи билан таништириш;</p>	<p><b>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</b>  -Тромбоз ва эмболия облитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги тушунчасини изохлайди;  - Тромбоз ва эмболия облитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмалар ривожланиш шароитларини айтиб беради;  - Тромбоз ва эмболия этиологиасига тавсиф беради;  - Тромбоз ва эмболия турларини санайди;  - Тромбоз ва эмболия облитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмалар ,тушунчаси билан таништиради,мисолар келтиради;  - Тромбоз ва эмболия облитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмаларни , олдини олиш ва даволаш принципларини санайди ва изохлайди;  - Хавфли ва хавфсиз усмаларни патолого-анатомик манзарасини тавсифлайди.</p>
<p><b>Ўқитиш услуби ва техникаси</b></p>	<p>Визуал маъруза, блиц - сўров, баён килиш, кластер, "ха-йук" техникаси</p>
<p><b>Ўқитиш воситалари</b></p>	<p>Маърузалар матни, проектор, таркатма материаллар, график органайзерлар.</p>
<p><b>Ўқитиш шакли</b></p>	<p>Жамоа, гуруҳ ва жуфтликда ишлаш.</p>
<p><b>Ўқитиш шарт-шароити</b></p>	<p>Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория</p>

### МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

<p><b>39-мавзу</b></p>	<p><b>Фаолият мазмуни:</b> Тромбоз ва эмболия, облитерацияланган эндартериит, атеросклероз. Варикозкасалиги ва унинг асоратлари: тромбофлебит, трофик яралар асоратини даволаш. Канд касллиги, тавон диабетик синдроми умумий тушунчалар, даволаш асослари. Хавфли ва хавфсиз усмалар хакида тушунча. Хавфли усмага олиб келувчи касалликлар.</p>	
	<p><b>Ўқитувчи</b></p>	<p><b>Талаба</b></p>

1-боскич. Кириш (10 мин.)	<b>1.1. Мавзу, унинг максоди, ўқув маишулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</b>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-боскич. Асосий (55 мин.)	<p><b>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</b></p> <p>- <u>Тромбоз ва эмболия</u> тушунчасини биласизми?</p> <p>- <u>Тромбоз ва эмболия</u> олдини олишнинг узига хослиги?</p> <p>- <u>Хавфли ва хавфсиз</u> усмалар таснифини биласизми?</p> <p><b>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади</b></p> <p>Тромбоз ва эмболия облитерацияланган эндартериит, атеросклероз варикоз касаллиги Канд касллиги, Хавфли ва хавфсиз усмалар ва ривожланиш шароитлари ,клиник манзараси, олдини олиш, даволашни умумий асослари. тушунтирилади.</p> <p><b>2.3. Туқималарни улиши тушунчаси, этиопатогенези тугрисида тўхталиб ўтилади.</b></p> <p>- <u>Тромбоз ва эмболия</u> сабаблари;</p> <p>- Тромбоз ва эмболия клиник манзараси;</p> <p>- касалликларни классификациялашда нималарга асосланган;</p>	<p>2.1. Эшитади. Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади, ёзади. хар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади. Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
3-боскич. Яқуний (25 мин.)	<p><b>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</b></p> <p>Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.</p> <p>Мустақил иш учун вазифа: “Жонсизланиш” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради.</p> <p>3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

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

Эмболар тромбланган кон томирларининг аневризм халтачасидан ёки аортанинг атеросклеротик тошмаларидан ҳам ажралиб чиқиши мумкин. Хаво пуфакчалари, мой томчилари ёки бошка зарачалар ҳам кон томирини беркитиши эмбол булиши мумкин. Тикин (эмбол) пайдо булганда томирларнинг ёнбоши тармоқларида колпатерал кон айланиши бирданига ёмонлашади. томирларнинг уткир ишимеяси пайдо булади. Эмбол тикилган жойдаги артерия девори рефлексор йул билан кискаради. Бу холл периферик кон томирларининг спазми билан давом этади.

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

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

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

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

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

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

### **АРТЕРИЯЛАРНИНГ УТКИР ТРОМБОЗИ.**

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

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

**Давоси:** тромбоз бошланган даврда асосан дори-дармонлар билан даво килинади. Бевосита таъсир килувчи антикогулянтлар, фибринолизин, стазмолитиклар кулланилади. Уткир тромбоз юз берганда реополигюкик (400-800 мл дан 6-7 кун давомида) трентал юборилиб коннинг реопогик сифатини тугрилаш зарур. Уткир тромбозда беморни

текшириб уни томирларда килинадиган реконструктив операцияга тайёрлаш тавсия килинади. Бир мунча огир холларда ва касалликни уткир даврида тромболтиэктомия, томирни пртезлаш ва айланма шунтлаш амалга оширилади.

## **ОБЛИТЕРАЦИЯЛОВЧИ ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ОБЛИТЕРАЦИЯЛОВЧИ ЭНДОАРТРИТ.**

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

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

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

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

**Клиник манзараси.** Касаллик аста – секин бошланади, бирок пргрессив равишда зурайиб боради. Маълум ватк утгач ё бемор ахволининг яхшиланиши ёки ёмонлашуви аникланади.

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

Касаллик кечишини 3 даврга ажратиш мумкин.

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

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

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

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

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

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

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

4) Некрозлар оёк юзасининг дистал булимларида гангрена вужудга келади.

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

**Давоси:** Касалликнинг дастлабки боскичида ёки асосий томирларнинг диффуз узгаришларида дори – дармонлар билан даво килинади. Томирни кенгайтирувчи ва спазмни йукотишга каратилган воситалар кулланилади. Шунингдек физиотерапия ва больнеотерапия (даволаш веналари), гиперборик оксигенция хам тавсия этилади. Дарох йули билан даволаш чекланган оклююзия мавжуд булгандагина талаб килинган даражада, аорта тармокларида, сон ва тизза ости артериялари шунингдек юрак томирлари тармокларида амалга оширилади. Томирларда бажариладиган артериянинг уч тури мвжуд. Томбинэктомия (артериал интима пардаси олиб ташланади. Томир кесиб олиб танланиб ва унинг урнига вена вена томири ёки суъий кон томири пластикаси килинади, зарарланган сегмент юкорирогидан айланма йул кон томири пластикаси килиб периферик кисмига уланади.

### **Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати**

#### **Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар**

1.С.П.Петров. Общая хирургия С.П.2004

2.С.П.Зубарев. Общая хирургия С.П.2004

3.В.Ф.Войно-Ясинецкий. Очерки гнойной хирургии 2000

4.В.И стручков. Ю. В. Стручков. Общая хирургия М.Медицина 1988

5.Г.И.Волколаков. Общая хирургия Рига 1989

6.В.К.Гостищев. Общая хирургия М.Медицина 1993

7.В.К.Гостищев. Руководство по общей хирургии. М.Медицина 1987

8.А.Григорян. Руководство по практическим занятиям по общей хирургии М.Ташкент1994

9. У.А.Арипов, Ш.И.Каримов. Умумий хирургия. Т. Тошкент 1994
10. В.К.Гостищев. Общая хирургия М.1997
11. В.И.Стручков, В.К.Гостищев. Руководство по гнойной хирургии 1987
12. М.И.Кузин и др. Рана и раневая инфекция
13. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София 1977
14. Gudestanging Eururgical Discase he Miami Manual of Eurgeri cippincjtt-Rowen Publisher 1998

### **Қўшимча адабиётлар**

1. В.И.Маслов. Малая хирургия М. Медицина 1988
2. Я.В.Рывлин. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии  
Л. Медицина 1973
3. М.Ф.Мазурик. Амбулаторная хирургия. Киев 1983
4. Ф.Т.Катушев. Справочник хирурга поликлиники. Л. Медицина 1992
5. А.Э.Одинцов. Хирургия амбулаторного врача. М. Медицина 1973
6. Под редакцией Б.В.Петровского. Руководство по хирургии  
М. Медицина. 1963
7. Под редакцией проф. Б.О.Милькова Хирургические манипуляции.  
Киев 1985
8. Под редакцией проф. Б.М.Хромова Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях Л. 1980.
9. Под редакцией академ. АМН СССР О.К.Гаврилова. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей М. 1982.
10. А.Вагнер, В.М.Тавровский. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотере. М. 1987
11. С.М.Курбангалиев. Гнойная инфекция в хирургии. М. Медицина 1985
12. А.Т.Пулатов. Абу Али ибн Сина к 1000-летию со дня рождения. «Вестник хирургии» 1980 № 1 стр.142-146. Вестник хирургии. 1987 № 9
13. . Ф.Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии. М. Москва 2000

14. В.И.Вашков. Средства и методы стерилизация применяемые в медицине. М.Медицина 1973
15. Н.С.Тимофеев, Н.Н.Тимофеев. Асептика и антисептика. Л. Медицина 1980
16. П.Красильников. Современные проблемы антисептики. «Здравоохранение Беларуси» 1990. « 11 стр.52-58
17. Афиногенов и др. Антисептика в хирургии М.Медицина 1987
18. GEOTAR/ Hirurgiy1070.1997 пер. с англ./гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев.- М.: МЕДИЦИНА,. С.
19. Byron V.Bailey.Head & Nech Eurdery-Lippincott-Ramon Publicher 1998
20. Интернет сайтларидан олинган маълумоталр: [www.med.knig.biz/index.php](http://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](http://www.bookmed.ru/illustrated.php),,  
[shop.medicinform.net/showtov.asp](http://shop.medicinform.net/showtov.asp),