

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ
ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**



“ТАСДИҚЛАЙМАН”

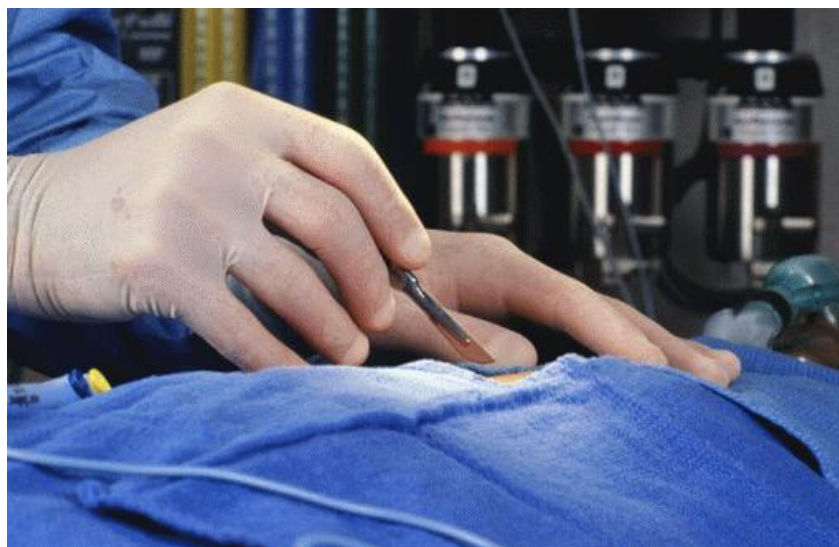
Ўқув ва тарбиявий ишлари проректори
т.ф.д. _____ Г.Ж. Жарилкасинова.
« ____ » _____ 2019 йил.

Олий ҳамширалик иши факултети учун

**ЖАРРОҲЛИК ва ХАРБИЙ ДАЛА ЖАРРОХЛИГИДА
ҲАМШИРАЛИК ИШИ ФАНИ БЎЙИЧА**

ЎҚУВ-УСЛУБИЙ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши: 5510700 – Даволаш иши



Бухоро -2019 йил.

**Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус
таълим вазирлиги**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ФАКУЛТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ КАФЕДРАСИ**

720000 – Соғлиқни Сақлаш, 5510700 – Олий ҳамширалик иши йўналиши бўйича ўқув-услубий мажмуа ўқув режасига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Р.М.Ахмедов – кафедра мудири, т.ф.д., профессор

Б.Б. Муаззамов – кафедра ассистенти, т.ф.н.

К.У.Газиёв - кафедра ассистенти, т.ф.н.

Ф.Х.Норов – кафедра ассистенти

Такризчилар:

Ш.Т.Ўроқов – VI-VII-курс хирургияси кафедраси мудири, т.ф.д.

В.Р.Акрамов – Травматология ва ортопедия, нейрохирургия, умумий хирургия, ХДЖ кафедраси мудири, т.ф.д.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

МУНДАРИЖА

1	Аннотация	
2	Давлат Таълим Стандарти	
3	Фаннинг ўқув дастури	
4	Фаннинг ишчи ўқув дастури (тасдиқланган шакл бўйича)	
5	Рейтинг низоми	
6	Мустақил иш низоми	
7	Маъруза машғулоти услубий ишланмалари ва кўрсатмалари	
7.1.	Маъруза мавзулари № 1,2	
7.2.	Таълим бериш технологиясининг модели	
7.3.	Маърузанинг технологик картаси	
7.4.	Маъруза баёни ва услубий кўрсатмалар	
8	Амалий машғулотлар услубий ишланмалари ва кўрсатмалари	
8.1.	Амалий машғулот № 1, 2(амалий машғулотларнинг ҳаммаси бетлари билан кўрсатилиши керак)	
8.2	Таълим бериш технологиясининг модели	
8.3.	Амалий машғулотлар услубий ишланмалари ва технологик картаси	
8.4.	Амалий машғулот № 1 (амалий машғулотларнинг ҳаммаси, бетлари билан кўрсатилиши керак)	
9	Мустақил иш машғулотлар тематик иш режаси	
9.1	Мустақил иш мавзулари бўйича тест саволлари	
10	Кўргазма такдимот слайдлари (электрон мажмуага)	
11	Фан бўйича якуний назорат шакллари	
11.1	Фан бўйича назорат материаллари: оралиқ назорат тестлари якуний баҳолаш тестлари	
12	Инновацион таълим технологиялари: техник воситалар билан таъминланганлик ва электрон таълим материаллар рўйхати: электрон дарсликлар амалий компьютар дастурлари видео материаллар аудио материаллар (Қоғозли вариантнинг рўйхати, электрон вариантида рўйхатидаги материалнинг ўзи)	
13	Фан бўйича адабиётлар: асосий адабиётлар қўшимча адабиётлар монографиялар рўйхати диссертациялар рўйхати институт АРМ ўқув зали ва кафедрадаги адабиётлар рўйхати интернет сайти	
14	Глоссарий	
15	Мундарижа	

1. Аннотация

Факултет ва госпитал хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганувчи фандир. ҚШП ва ШШП шароитида УАШ фооолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1/3 қисми хирургик касалликлари ташкил қилади. Шунинг учун факултет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифа асосида ўрганиш муҳим аҳамиятига эга. Хирурик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолигига соғламтириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

“Факултет ва госпитал хирургия” фани бўйича намуновий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифа ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни ҳажимини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларнинг ушбу фанни ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари ҳажми аниқлаб берилган, ушбу дастурда маърузалар ва амалий машгулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариш лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажаридиган ишлари ҳажими кўрсатилган.

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностика усуллар ёрдамида жарроҳлик соҳасида кенг учрайдиган хасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, жигар жарроҳлик касалликлари, ошқозон ости беши касалликлари ва ичак оқмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, уй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишдан иборат.

Фанининг вазифалари:

Олинган назарий маълумотларни бемор тўшаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боғлов хонасида қўллашни ўргатиш.

Биринчи ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйиш учун зарур бўлган амалий кўникмалар ва кенг тарқалган диагностика усуллардан фойдаланишни ўргатиш.

Беморларни мустақил равишда курация қилишни ва кўникмаларини ўргатиш. Хасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш. Амбулатор варақа, касаллик тарихи ва бошқа тиббий ҳужжатларни юритиш кўникмаларини ўргатиш.

Талабалар билимини касалликни асосий клиник кўринишлари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикасини экологик муаммолар билан боғлаган ҳолда таҳлили.

Соғлиқни сақлаш тизимининг биринчи босқичларида диагностика ва дифференциал диагностика ўтказиш кўникмаларини ўргатиш.

Ўткир жарроҳлик касалликларда шифокорнинг дастлабки ёрдам кўрсатиши кўникмаларни ўргатиш.

Поликлиника шароитида муолажа ва назоратни белгилаш.

2. Давлат таълим стандарти

ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарты

5510100 -Даволаш иши таълим йуналиши бўйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қўйиладиган

ТАЛАБЛАР Расмий нашр

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ УЗБЕКИСТАНА

Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана

Государственный образовательный стандарт высшего образования

ТРЕБОВАНИЯ

к необходимому содержанию и уровню подготовленности бакалавра по направлению

5510100 - Лечебное дело

Издание официальное

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсустаълим вазирлиги

Тошкент

УЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Узбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти 5510100 - Даволаш иш таълим йуналиши буйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган ТАЛАБЛАР Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана Государственный образовательный стандарт высшего образования

ТРЕБОВАНИЯ

к необходимому содержанию и уровню подготовленности бакалавра по направлению 5510100 - Лечебное дело

State Educational Standards of Continuous Education of Uzbekistan State Educational Standards of Higher Education REQUIREMENTS Necessary for content and level of general practitioner training by the specialty of treatment - 5510100

Амал килты муддати « » сп с/ 201 йилдан

41L b>iXUiMiU-1 1- « » 20Щшлгача

К^улланиш сохаси

1.10лий таълимнинг мазкур давлат таълим стандарти (ОТ ДТС) 5510100 -Даволаш шштаълим йуналиши буйича олий маълумотли бакалавр тайёрлашнинг асосий таълим дастурлари узлаштиришни амалга оширишда Узбекистон Республикаси худудидаги барча олий таълим муассасалари учун мажбурий талаблар мажмуини ифодалайди.

Олий таълим муассасаси мазкур таълим йуналиши буйича кадрлар тайёрлаш ваколатига эга булганда асосий таълим дастурларини амалга ошириш ҳукукига эга деб ҳисобланади.

ОТ ДТСнинг асосий фойдаланувчилари:

мазкур таълим йуналиши ва тайёргарлик даражаси буйича фан, техника ва ижтимоий соҳа ютуқларини ҳисобга олган ҳолда асосий таълим дастурларини сифатли ишлаб чиқиш, самарали амалга ошириш ва янгилаш учун масъул олий таълим муассасаларининг профессор-укитувчи жамоалари;

таълим йуналишининг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича укув- тарбия фаолиятини самарали амалга оширувчи барча ходимлари ва талабалари;

уз ваколат доирасида битирувчиларнинг тайёргарлик даражасига жавоб берадиган олий таълим муассасаларининг бошқарув ходимлари (ректор, проректорлар, укув булими ва деканат);

-битирувчиларнинг тайёргарлик даражасини баҳолашни амалга оширувчи Давлат аттестация ва имтихон комиссиялари;

-олий таълим муассасасини молиялаштиришни таъминловчи органлар;

-олий таълим тизимини аккредитация ва сифатини назорат килунчи ваколатли Давлат органлари; таълим йуналишини ихтиёрий танлаш ҳукукига эга булган абитуриентлар ва бошқа манфаатдорлар.

Атамалар, таърифлар, қисқартмалар

Мазкур стандартда Узбекистон Республикасининг «Таълим тугрисида»ги 1\онуни, Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури ҳамда олий таълим соҳасидаги халқаро ҳужжатларга мое равишда атамалар ва таърифлар дан фойдаланилган:

касбий фаолият тури - таълим йуналишига узгартишлар киритиш максидида касбий фаолият объектига таъсир қилишнинг методлари, усуллари, услублари ва тавсифи;

компетенция - маълум соҳада муваффақиятли фаолият юритиш учун билимлар, амалий малакалар ва шахсий сифатларни қуллаш қобилияти;

модул - тарбиялаш ва уқитишга йуналтирилган максадлар ва натижаларга нисбатан муайян мантикий тугалланганликка эга булган укув фани (курси) ёки укув фанлари (курслари)

қисмларининг мажмуаси;

таълим йуналиши - муайян касбий фаолият доирасидаги турли даражадаги таълим дастурларининг мажмуи;

касбий фаолият объекти - предметлар, воқелиқлар, жараёнлар ва фаолият доирасида ҳаракатга йуналтирилган тизимлар;

касбий фаолият соҳаси - илмий, ижтимоий, иқтисодий, ишлаб чиқаришда намоён буладиган касбий фаолият объектларининг мажмуи;

бакалаврнинг асосий таълим дастурлари (бакалавр дастури)- талабаларнинг тарбияси ва тайёргарлик даражаси сифатини таъминлашга йуналтирилган укув режаси, укув курслари, предметлари, фанлари (модуллари)нинг дастурларини камраб олган укув- услубий мажмулари ҳамда малакавий амалиётлар дастурлари, укув жараёни жадвали ва мос равишдаги таълим технологияларини амалга оширилишини таъминловчи методик материаллар;

профиль - асосий таълим дастурининг аник касбий фаолиятнинг муайян тури ёки объектига йуналганлиги;

укув-ургаиш натижалари - узлаштирилган билимлар, амалий малакалар, куникмалар мажмуи;

укув цикли - мос илмий ёки касбий фаолият доирасидаги билимлар ва амалий малакаларни узлаштириш ва куникмаларни шакллантиришни таъминловчи асосий таълим дастурларидаги фанларнинг мажмуи.

АРМ- ахборот ресурс маркази; ити -илмий тадқиқот ишлари; отм- олий таълим муассасаси; УУМ -укув-услубий мажмуа.

КВП/ШВП- кишлок/шахар врачлик пункти

Таълим йуналишининг тавсифи

Ушбу таълим йуналишини камраб олувчи олий таълимнинг асосий таълим дастурлари амалга оширилади, уни назарий ва амалий машгулотларини тулик узлаштирган, якуний давлат аттестациясидан муваффақиятли угган шахсга «бакалавр» малакаси (даражаси) ҳамда олий маълумот тугрисидаги давлат намунасидаги расмий хужжат(лар) берилади

Асосий таълим дастурининг меъёрий муддати ва мос малака(даража)си 1- жадвалда келтирилган.

1 -жадвал

Асосий таълим дастурининг муддати ва битирувчиларнинг малакаси

Таълим дастурининг номи	Малака (даража)	Таълим дастурини узлаштиришнинг меъёрий муддати
Бакалавр таълим дастури	Бакалавр	7 йил

4. 5510100 - Даеолаш иши таълим йуналиши буйича бакалаврлар касбий фаолиятининг тавсифи

4.1Бакалаврлар касбий фаолиятининг соҳаси

5510100 - Даеолаш иши таълим йуналиши - соғлиқни сақлаш соҳасидаги йуналиш булиб, у тиббиёт соҳасини ривожлантиришга, истиқболли белгилашга, касбий куникмага, мутасаддилик қобилиятига йуналтирилган инсон фаолиятининг воситалари, усуллари, методлари ва услубларининг мажмуасини камраб олади.

Бакалаврнинг касбий фаолияти қуйидагиларни камраб олади:

Бириктирилган аҳоли орасида қуп учрайдиган касалликларни олдини олиш ва даволаш;

Тиббий маслаҳат бериш;

Белгиланган давлат стандарта асосида бириктирилган аҳолига касалхонагача шошилиш тиббий ёрдамни курсатиш;

Санитар ва эпидемияга қарши комплекс чора-тадбирлари ташкил этиш ва утқизиш: профилактик эмлаш, бириктирилган ҳудудларда инфекциян учоклар билан алоқада булганларнинг санитар ҳолати буйича умумий назорат, бириктирилган аҳолини хавfli эпидемиологик ҳолат буйича оғохлантириш;

Аҳоли орасида санитар-гигиеник тарбия, рационал овқатланиш, зарарли одатлари билан қурашиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, шунингдек, усмирларни соғломлаштириш, она ва бола саломатлигини ҳимоя қилиш, режалаштирилмаган ҳомиладорликни олдини олиш, оилани рационал режалаштириш буйича чора- тадбирларни ташкил этиш ва утқизиш;

Аёлларни ҳомиладорлик ва ҳомиладорликдан кейинги даврда қузатиш, қуқрак сути билан боқишни кенг тарғибот қилиш;

Якка яшовчилар, қариялар, ногиронлар, сурункали касалликлари мавжуд беморларни ижтимоий ёрдам курсатувчи ташкилот ходимлари билан биргаликда тиббий-ижтимоий ёрдам курсатиш ва патронажни назорат қилиш;

Сурункали касалликларни эрта аниқлаш мақсадида профилактик ва мақсадли тиббий қурик утқизиш, бириктирилган аҳолининг умумий диспансеризацияси;

Ижтимоий ҳолатга боғлиқ касалликларга қарши қурашишнинг даволаш-профилактик чора-тадбирларини утқизиш;

Беморларнинг вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлигини аниқлаш ҳамда ВКК ва ВТЭЖга юбориш;
Тасдиқланган шаклдаги ҳисобот ҳужжатларини сифатли ва уз вақтида тулдириш;

Бакалаврларнинг касбий фаолияти объектлари

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалавр касбий фаолиятининг объектлари -
соғлиқни сақлаш тизимида даволаш ва кузатиш назоратида булган соғлом одамлар ва беморлар.

Бакалаврларнинг касбий фаолияти турлари Бакалаврларнинг касбий фаолияти турлари:

тиббий-профилактик. соғломлаштириш, санитар-гигиеник, профилактик ва эпидемияга қарши
тадбирларни ишлаб чиқиш ва утқизиш, сдамларининг саломатлигига таъсир этувчи хавф
омилларини олдини олиш;

тез ва шошилиш тиббий ёрдам: кечиктириб булмайдиган диагностикаси ва бирламчи тиббий
ёрдам тадбирларини мустақил бажариш;

даволаш-диагностик: кенг тар қалган касалликларни касалхонадан ташқари клиник ва лаборатор-
инструментал диагностикаси, мутахассислар курсатмаларига қура консултация ёки
госпитализация;

реабилитация: психологик статусни, касбий ва жисмоний фаоллигини қайта тиклаш;
тиббий-ижтимоий/социал муҳофаза органлари ва меҳрибонлик хизматлари билан бирга оилага ва
алоҳида гуруҳларга социал-гигиеник, тиббий-демографик ва социал-психологик хавф
омилларини ҳисобга олган ҳолда хизмат курсатиш;

илмий-тадқиқот: актуал илмий тиббиёт текширишларни утқизишда қатнашиш;

ташқиллаштириш-методик: режалаштириш, ҳисобга олиш, саломатликни ва даволаш-
профилактика муассасаларини фаолиятини асосий курсаткичлар анализи. консултациялар ва
методик семинарларни утқизиш қабиласий фаолият турларини бажариши.

Ташкилий-боишаруув фаолияти;

УМЦТ тизимида педагогик фаолияти;

Ижтимоий ва жшшоа соҳасидаги фаолияти.

Бакалавр тайёрланадиган касбий фаолиятнинг муайян турлари таълим жараёнининг манфаатдор
иштирокчилари билан ҳамкорликда олий таълим тизимитомонидан аниқланади.

Бакалаврлар касбий фаолиятининг вазифалари

5510100 - Даволаш гшштаълим йуналиши буйича бакалавр таълим дастурини узлаштириш
натijasида касбий тайёргарликнинг асосий турлари ва профил тайёргарлигига мос қуйидаги
касбий вазифаларни ечиши керак:

Илмий ва илмий-тадқиқот фаолияти:

утқазилаётган илмий-тадқиқот лойих, алари мавзуси буйича моделлар, алгоритмлар, методлар,
дастурий ечимлар, инструментал воситаларни тадқиқот қилиш ва ишлаб чиқиш;

-намунавий методикалар ва бошқалар буйича экспериментал тадқиқотларни утқизиш ва уларнинг
натижаларига ишлов бериш;

илмий-техникавий ҳисоботлар ва тушунтириш хатларини ишлаб чиқиш;

-утқазилаётган тадқиқотлар мавзуси буйича илмий обзорларни ишлаб чиқиш,

рефератлар ва библиографияларни тузиш;

илмий семинарлар, илмий-техникавий конференциялар ишида иштирок этиш;

илмий-тиббий мавзувий журналларга мақолаларни тайёрлаш.

Ташкилий-бошқарув фаолияти:

ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бонқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тадбиқ қилиш;

ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур булган ишлаб чиқариш жараёнлари ва
ресурсларини режалаштириш;

информацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боғлиқ булган
ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини
ишлаб чиқиш;

атроф-муҳ, итти муҳ, офаза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос қилиши борасида

ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилишда иштирок этиш.

• УМКХ, Т тизимининг мос таълим муассасаларида педагогик фаолият (педагогик тайёргарликдан
сунг):

-УМКХ, Т тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув
фанлари буйича назарий машғулотларни утқизиш;

УМКХТ тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича амалий ва лаборатория машгулотларини, жумладан укув хоналарида утказиш; -замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт укув машгулотларини ишлаб чиқиш ва утказиш;

-укитилаётган фанлар буйича дарсларни утказиш учун зарур булган укув- методик хужжатларни шакллантириш ва тузиш;

-укитилаётган фан буйича машгулотларни утказиш учун укитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш;

-мустакил таълим ва ижодий кидирув натижасида укитилаётган фан хамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш.

Таълимни давом эттириш имкониятлари

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалавр умумий амалиёт врач куйидаги:

5 А510101 - Акушерлик ва гинекология 5А510102 - Эндокринология 5 А510103 - Терапия (йуналишлар буйича)

5 А510104 - Оториноларингология 5А510105 - Кардиология 5А510106 - Офтальмология

5А510107 - Юкумли касалликлар (йуналишлар буйича)

5А510108 - Дерматовенерология

5А510109 - Неврология

5А510110 - Умумий онкология

5 А510111 - Психиатрия

5А510112 - Хирургия (йуналишлар буйича)

5А510113 - Ташхиснинг инструментал ва функционал усуллари (йуналишлар буйича)

5А510114 - Нейрохирургия

5А510115 - Согликни саклашни бошқариш (йуналишлар буйича)

5 А510116 - Тиббий психология 5 А510117 - Урология

5А510118 - Морфология (йуналишлар буйича)

А510119 - Наркология

5А510120 - Анестезиология ва реаниматология 5А510121 - Травматология ва ортопедия 5А510122

- Оилавий тиббиёт 5А510123 - Суд тиббиёт экспертизаси 5А510124 - Патологик анатомия

5А510125 - Шошилиш тиббий ёрдам

5А510126 - Фармакология мутахассисликлари хамда таълимнинг ваколатли бошқарув органи (лари) томонидан белгиланган, турдош таълим йуналишлари

(мутахассисликлари) буйичаикки йилдан кам булмаган муддатда магистратурада уқишни давом эттириши мумкин.

Педагогик фаолиятни олиб борганда уз малакасини х,ар уч йилда ошириб туриши керак.

5 Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилиши натижаларига белгиланган талаблар

5.15510100 - Даволаш шштаълимйуналиши буйича битирувчи куйидаги умумий малакавий компетенцияларни эгаллаган булиши керак:

а) умумий малакавий компетенциялар:

интеллектуал, маданий, маънавий, жисмоний ва касбий уз-узини ривожлантириш ва такомиллаштириш қобилиятига эга булиши ва бу қобилиятни амалда куллай билиши;

тарихий мерос ва маданий анъаналарга хурмат ва эҳтиром билан муносабатда булиши, ижтимоий ва маданий фарқларни толерантлик билан қабул қилиши;

тарихий жараёни юритувчи қучларни ва унинг қонуниятларини тушуниши; тарихда зуравонлик ва зуравонлик қилмасликнинг роли, тарихий жараёнда, жамиятнинг сиёсий тузилмасида инсоннинг урнини тушуниши;

дунёқараш, ижтимоий ва шахсий қаби аҳамиятга эга булган муаммоларни тушуниши ва уларни таҳлил қилиши;

уз фаолиятида меъерий-хуқуқий хужжатлардан фойдалана билиши;

ахлоқий ва хуқуқий меъерлар ва мажбуриятларни ҳисобга олган ҳолда мақсадга эришишда қатъият қурсатиши;

фикрлаш маданиятини эгаллаган булиши, оғзаки ва ёзма нуқтини аргументланган ҳолда аниқ; баён қилиш қобилиятига эга булиши;

эгалланган тажрибани танкидий куриб чикиш кобилияти, зарур булганда уз касбий фаолиятининг тури ва характерини узгартириши;

хаёт фаолияти хавфсизлиги шароитларини умумий баҳолашга кобил булиши, ишлаб чиқариш ходимлари ва аҳолини булиши мумкин булган авариялар, катастрофалар, табиий офатлардан химоя қилиш асосларини ва шикастлашнинг замонавий воситаларини қўллаши, улар оқибатларини бартараф қилишнинг асосий тадбирларини қўлай билиши;

касбий фаолиятда табиий-илмий фанларнинг асосий қонунларидан фойдаланиш, математик таҳлил ва моделлаш, назарий ва экспериментал тадқиқот методларини қўллаш кобилиятига эга булиши;

замонавий ахборот жамият ривожига информациянинг моҳияти ва аҳамиятини тушуниш, бу жараёнда вужудга келадиган хавф ва таҳдидларни англаш, информация хавфсизликнинг асосий талабларига, жумладан давлат сирини химоя қилиш талабларига, риоя қилиш кобилиятига эга булиши;

информацияни олиш, саклаш, қайта ишлашнинг асосий методлари, усуллари ва воситаларига эга булиши, информацияни бошқариш воситаси сифатида компьютер билан ишлаш қўникмаларига эга булиши;

глобал компьютер тармоқларида информация билан ишлаш кобилиятига эга булиши;

сузлашувдан кам булмаган даражада бир хорижий тилни эгаллаган булиши;

булиши мумкин булган авария, катастрофа, табиий офатлар оқибатларидан ишлаб чиқариш ходимлари ва аҳолини химоя қилишнинг асосий методларига эга булиши;

мустақил равишда жисмоний тарбия ва соғлиқни мустаҳкамлашдан методик тугри фойдаланиш воситаларини эгаллаган булиши, тулақонли ижтимоий ва касбий фаолиятни таъминлаш учун жисмоний тайёргарликнинг керакли даражасини эгаллашга тайёр булиши керак.

б) касбий компетенциялар (КК):

Умумкасбий компетенциялар:

Даволаш-диагностик фаолият:

инсонга таъсир қилувчи атроф муҳит умум-биологик қонун-қоидаларни;

касалликнинг этиопатогенези;

касалликларни ривожланишига олиб келувчи асосий ижтимоий, иқтисодий, маданий ҳамада оилавий омилларини;

патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятларини;

касаллик тарқалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал курсаткичлар ва морфологик намоён булишни;

энг қўп тарқалган касалликлар ва жароҳатларни клиник белгилари, диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниқлаш;

туғруқни ва туғруқдан кейинги даври, хомиладорлик физиологияси ва патологияси; замонавий хавфсиз ва самарали даволашни, беморларни реабилитациясини;

мутахассис консультацияси ва госпитализацияга курсатма; аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;

фавқулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам курсатиш усуллари ва тамойилларини билиши;

Тиббий-профилактика фаолият:

асосий касалликларни тарқалиши ҳамда касалланишни қамайтиришга қаратилган чора-тадбирларни билиши;

вакциналик ва тургун ишга лаёқатсизлигини, вакцинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш; соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилишни;

бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва технологик масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш кобилиятига эга булиши;

инсон соғлигини ва унинг ишчанлик кобилиятини сақдаш бўйича ҳамда меҳнат жараёнида хавфсизликни таъминлаш бўйича методика ва тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш кобилиятига эга булиши;

ишлаб чиқаришда меҳнат хавфсизлиги бўйича мутахассисларга қўйиладиган талабларни ишлаб чиқиш кобилиятига эга булиши керак.

Илмий-тадқиқот фаолияти:

актуал илмий тиббиёт текширишларни утқизишда қатнашиш;

компьютер технологияларини тадқиқ қилишни, экспериментлар утқазини ва улардан олинган маълумотларга ишлов беришни

Интернет тармоғида энг янги илмий, конструкторлик, технологик ва эксплуатацион ютуқлар ҳақида информацияни мақсадга йуналган ҳолда қидириш ва топиш қобилиятига эга булиши; илмий-тадқиқот ва ишлаб чиқариш жамоаси тарқибида (тайёрланганлик профилига мос равишда) касбий фаолият масалаларини ечиш қобилиятига эга булиши керак.

Л о йи ха вий фаолият:

бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва долзарб масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш қобилиятига эга булиши;

инсон соғлигини ва унинг ишчанлик қобилиятини сақлаш бўйича услубий тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилиятига эга булиши;

-бажарилаётган амалий ишлар мавзуси бўйича математик, информация ва имитацион моделларни ишлаб чиқиш ва тадқиқот қилиш қобилиятига эга булиши;

лойихавий ва дастурий ҳужжатларни ишлаб чиқиш қобилиятига эга булиши;

амалиётда ахборот технологияларининг халқаро ва касбий стандартларини,* замонавий парадигма ва методологияларни, инструментал ва ҳисоблаш воситаларини тайёргарлик ихтисослигига мос равишда қуллаш қобилиятига эга булиши керак.

Ишлаб чиқариш-технологик фаолияти:

намунавий технологик жараёнларни ишлаб чиқиш ва уларни қуллаш қобилиятига эга булиши;

илмий ва амалий фаолиятда автоматлаштирилган тизимларнинг инструментал воситалари ва муҳитларини ривожлантириш ва уларнинг эксплуатацияси қобилиятига эга булиши;

касбий этика кодексига риоя қилиш қобилиятига эга булиши керак.

Ташкилий-бошқариш фаолияти:

ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бошқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тадқиқ қилиш қобилиятига эга булиши;

ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш қобилиятига эга булиши;

-информацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боғлиқ бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини ишлаб чиқиш қобилиятига эга булиши;

атроф-муҳитни муҳофаза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос қелиши борасида ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилиш қобилиятига эга булиши;

ишлаб чиқариш жараёнида сифатни бошқариш қобилиятига эга булиши;

ижрочилар жамоаси ишини ташкил қилиш қобилиятига эга булиши;

фикрлар ҳар хил бўлган шароитда бошқарув қарорини қабул қилиш қобилиятига эга булиши;

бирламчи звено ишини ташкил қилиш ва уни бошқариш қобилиятига эга булиши;

бажарилаётган иш режасини тузиш ва бу ишни назорат қилиш, ишни бажариш учун зарур бўлган ресурсларни режалаштириш, уз ишининг натижаларини баҳолаш қобилиятига эга булиши;

ишлаб чиқариш жараёнларининг атроф-муҳитни ва меҳнат хавфсизлигини назорат қилиш тизими талабларига мослигини мониторинг қилиш қобилиятига эга булиши керак.

УМКХТ тизимида педагогик фаолият:

УМКХТ тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари бўйича назарий машғулотларни утқазини қобилиятига эга булиши;

УМКХТ тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари бўйича амалий ва лаборатория машғулотларини, жумладан укув хоналарида утқазини қобилиятига эга булиши;

замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт укув машғулотларини ишлаб чиқиш ва утқазини қобилиятига эга булиши;

укитилаётган фанлар бўйича дарсларни утқазини учун зарур бўлган укув-методик ҳужжатларни шакллантириш ва тузиш қобилиятига эга булиши;

-укитилаётган фан бўйича машғулотларни утқазини учун уқитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш қобилиятига эга булиши;

мустакил таълим ва ижодий кидирув натижасида уқитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш қобилиятига эга бўлиши керак.

5.2. Таълим дастурлари бўйича билим, малака ва қуникмаларга қуйилган талаблар

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар бўйича талаблар:

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар блоқи бўйича талаблар Олий ва урта мах-сус -таълим вазирлиги тасдиқлаган «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоқи бўйича бакалавр тайёрлашнинг зарурий мазмуни ва савиясига қуйилган талаблар» асосида белгиланади.

Математик ва табиий-илмий фанлар бўйича талаблар

Математик коммуникатив курс

Бакалавр:

математика дунёни билишнинг узига хос усули, унинг тушунчалари ва тасаввурла-рининг умумийлиги;

даво-диагностик аппаратларни тузилиши ва ишлаши принциплари;

информатика ва информацион технологияни замонавий жамиятда урни ва роли, уни сақлаш, қайта ишлаш ва узатиш усуллари ҳақида тасаввурга эга бўлиши;

математик таҳдид, асосий тушунчалари ва методларини;

оддий тизимлар ва жараёнларнинг математик моделларини;

маълумотлар базаларини, дастурий таъминот ва дастурлаш технологиясини;

компьютер ва турли хил воситаларни ишлатишдаги хавфсизлик техникасини билиши ва улардан фойдалана олиши;

экспериментал маълумотларга ишлов беришнинг асосий методлари ва усулларидан фойдаланиш;

физик факторларни аниқлаш ва идентификациялаш усулларини куллаш;

дастурлаш ва ҳисоблаш техникаси ҳамда дастурий таъминот имкониятларидан фойдаланиш;

компьютер графикаси воситаларини ишлатиш қуникмаларига эга бўлиши керак.

Табиий-илмий курс

Бакалавр:

борлик бир бутун физикавий объект ҳақидалиги ва унинг эволюцияси;

табиий илмларнинг фундаментал бирлиги, табиатшуносликнинг тугалланмаганлиги ва унинг янада ривожланиши мумкинлиги;

табиатда дискретлик ва узлуксизлик;

табиатда тартиб ва тартибсизликнинг нисбати, объектлар тузилмасининг тартибга солинганлиги, тартибсиз ҳолатга ўтиш ва унинг акси;

эхтимоллик - табиий тизимларнинг объектив тавсифи эканлиги;

симметрия тамойиллари ва сақланиш қонунлари;

билишда эмпириклик ва назарийлик нисбати;

табиатдаги ҳолатлар ва уларнинг вақт ўтиши билан узгариши;

термодинамик тизимлар ва параметрлар, термодинамиканинг асосий қонунларидан амалиётда фойдаланиш, энергетик қурилмалар ва аппаратлардаги термодинамик жараёнларнинг асослари;

материяни ташкил қилишнинг биологик шакллари хусусиятлари, жонли тизимларни қайта тиклаш ва уларнинг ривожланиш тамойиллари;

биосфера ва унинг эволюциясининг йуналиши;

жонли тизимларнинг бир бутунлиги ва гомеостази;

организм ва муҳит, организмлар уюшмаси ва экотизимларнинг узаро таъсири;

биомуҳит ва инсон табиати биоижтимоийлигининг бир бутунлиги нуктаи назаридан уз қасбий фаолиятининг оқибатлари ҳақида тасаввурга эга бўлиши;

механика, электр ва магнетизм, тебранишлар ва тулқинлар, квант физикаси, статик физика ва термодинамика, иссиқлик-масса алмашинуви, кимёвий тизимлар, моддаларнинг реакцияга киришиш қобилияти, кимёвий идентификация, экологиянинг асосий тушунчалари, қонунлари ва моделларини;

табиий билимларнинг фундаментал константаларини;

физика, назарий механика, термодинамика, кимё, экологияда тадқиқотнинг назарий ва экспериментал методларини;

иссиқлик ташувчининг мажбурий ҳаракатида, табиий конвенцияда, агрегат ҳолат узгаришида, радиацион иссиқлик алмашинувида иссиқлик узатишни ҳисоблашнинг методларини;

иссиклик-масса алмашинуви жараёнларида ухшашлик назарияси ва улчамларни;
кимёвий идентификация ва моддаларни аниклаш методларини;
физик, кимёвий ва биологик моделлашни;
техникавий курилмаларни курит учун табиатшуносликдаги энг янги кашфиётлар-
ни;
физикавий, кимёвий ва биологик ходисаларнинг зарарли таъсиридан атроф-мухитни ва инсонни
химоя қилиш воситалари ва методларини;
табиатни химоя қилиш ва табиатдан оқилона фойдаланишнинг экологик принцип-ларини,
табиатга зарар етказмайдиган методларни яратишни билиши ва улардан фойдалана олиши;
физик, кимёвий ва биологик моделларни тадқиқ қилиш;
ишлаб чиқариш жараёнларида ва техникавий объектларда энг оддий физикавий, кимёвий ва
биологик тизимларнинг моделларидан фойдаланиш;
табиий фанларнинг турли булимларига характерли булган қийматларнинг сонли тартибини улчаш
ва баҳолаш қуникмаларига эга булиши керак.

Умумқасбий фанлар буйича талаблар

Умумий патология курси

Бакалавр:

патологик ҳолатнинг асосий қонуниятлари ва ривожланиш механизмлари;

касалликнинг этиология ва патогенези;

типик патологик жараёнлари патофизиологияси;

патологик жараённи урганишда экспериментал ёндошувнинг ахамияти;

суд тиббиёт экспертизалари асослари;

дори воситалар механизми ва уларнинг организмга таъсири хақида тасаввурга эга булиши;

патологик ҳолатларда организмдаги асосий физиологик курсаткичлар;

организмнинг мослашиш-компесатор жараёнлари;

дори воситаларни қуллашга курсатма ва қарши курсатмаларни билиши ва улардан фойдалана
олиши;

турли экспертизаларни утқизиш;

суд тиббиёт эксперти ишида тиббий хужжатларини расмийлаштириш;

турли дори воситаларига рецепт ёзиб бериш қуникмаларига эга булиши керак.

Профилактик тиббиёт курси

Бакалавр:

инсон организми ва органлари тузилишга, ривожланишига ва функциясига ижти- мой, физик ва
табиий омилларнинг таъсири;

экологик фалокатлар ва экстремал ҳолатларда инсон ҳолатини патологик асослари хақида
тасаввурга эга булиши;

инсонга ташқи кимёвий ва биологик зарарли таъсирлар ҳамда атрофни ураб турувчи зарарлардан
химоялаш усуллари ва воситалари;

профилактик эмлашни утқизиш усуллари ва унга курсатма, қарши курсатма, қален- дар режаси;

оналик ва перинатал улимни олдини олиш тамойиллари;

оилани режалаштириш, этика, психология, жинсий тарбия, гигиена, жинсий муно- сабат,

контрацепция воситаларини қуллаш хақидаги саволлар;

эпидемияга қарши химоялаш ва фуқаро мудофаси чора-тадбирлари;

фавқулотда вазиятлардаги оммавий шикастланиш уочларида тиббий ёрдамни таш- қиллаштира
билиш;

соғлиқни сақлашни режалаштиришни, молияштиришни давлат ҳуқуқий йуналишлари асосида
бошқара олиш;

соғлиқни сақлаш тизимидаги асосий амалдаги директив хужжатлар;

вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасига асосланиб «касаллик варақасини бе- риш тартиби»
курсаткичига қараб ВТЭЖ га юбориш;

саломатлик ҳолатини асосий курсаткичи ва даволаш-профилактика муассасаларини фаолиятини
таҳлилий методлари (тиббий статистика) ва уларнинг ахамиятини билиши ва улардан фойдалана
олиши;

шифокорлик этика ва деонтологияси;

тиббий статистикани қуллаш;

социал ахамиятга эга касалликларни эпиддиагностикасини куллаш;

меъёрий хужжатлар тузиш;

УАШ асосий хужжатларини тулдириш (амбулатор карта, касаллик варакаси ва х.к.)

куникмаларига эга булиши керак.

Терапевтик фанлар курси

Бакалавр:

консультатив куникмалар;

касаллик кузгатувчиси ва уни узгарувчанлиги;

эиг куп таркалган терапевтик ва шошилинч холатларга кирадиган касалликларни этиологияси,

патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий куриниши, лаборатор- инструментал

диагностикаси ва клиник курсаткичлари, окибати, таркалиши ва асоратларини билиши;

ирсий касалликлар;

беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гурухига караб касалликнинг кечиши;

дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари;

дори воситалари фармакокинетика ва фармакодинамикаси, ножуя ва бошка дори воситалари билан

узаро таъсири;

даволаш ва диагностик аппаратларидан курсатма буйича фойдаланиш хдкида та- саввурга эга

булиши;

терапевтик сохадаги касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;

дори воситаларини синаб куриш учун терига ва тил остига куллаш усуллари;

асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал

курсаткичларни аниклаш;

фармакотерапия самараси ва хавфсизлигини бахолаш усуллари;

дори воситаларини куллашга клиник фармакологик ёндашуви;

тиббийнинг исботланган тамойиллари;

халк табобати ва даволовчи физкультура усуллари;

психотерапия асослари ва тиббий психологик ёрдам;

профилактика асослари ва жинсий йул билан утадиган касалликларни клиникаси, ОИТС,

ионловчи ва ионлови булмаган нурланиш, наркомания ва токсикоманияни билиши ва улардан

фойдалана олиши;

тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя килиш;

беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтиришга эришиш ва жавобгарлигини хис килиш;

амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошка тиббий хужжатларни расмийлашти- риб

беморларни кабул килиш;

ташхисни куйиш ва ифодалаш;

беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;

. - дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;

реабилитация ва диспансеризация утказиш;

шошилинч х,олатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;

тиббий адабиётлар ва моногарфиялар билан, илмий-методик кулланмалар билан ишлаш;

компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.

Жаррохлик фанлар курси

Бакалавр:

хирургик сохадаги касалликларнинг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси,

асосий куриниши, лаборатор - инструментал диагностикам ва клиник курсаткичларини, окибати

таркалиши ва асоратларини;

беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гурухига караб касалликнинг кечиши;

операцияларга курсатмалар ва карши курсатмалар;

реанимация ва анестезиология асослари;

жаррохлик йули билан даволаш ва аъзоларни трансплантация килиш методлари;

операциядан кейинги буладиган асоратлар хакида тасаввурга эга булиши;

хирургик сохадаги касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;

асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал

курсаткичларни аниклашни билиши ва улардан фойдалана олиши;

тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя килиш;

беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтуришга эришиш ва жавобгарлигини хис килиш;
амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошка тиббий хужжатларни расмийлашти- риб
беморларни кабул килиш;
ташхис куйиш ва ифодалаш;
беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;
дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;
реабилитация ва диспансеризация утказиш;
жаррохлик операцияга тайёрлаш;
жаррохлик воситалардан фойдаланиш;
шошилинич холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;
компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.
Оналик ва болаликни химоя килиш курси

Бакалавр:

болалар касалликлари ва энг кенг таркалган акушерлик-гинекология касалликларни этиологияси,
патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий куриниши, лаборатор- инструментал
диагностикаси ва клиник курсаткичларини, окибати, таркалиши ва асоратла-ри;
болалар касалликлари ва энг кенг таркалган акушерлик-гинекология касалликлари ёшига, жинсига
ва социал касбий гурухига караб касалликнинг кечиши;
дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари хакида тасаввурга эга булиши;
педиатрия ва акушерлик-гинекология сохасига дойр касалликларни сураб- суриштириш, физикал
усуллари ва диагностикаси;
асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал
курсаткичларни аниклаш ва лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида фармакотерапия
хавфсизлиги ва самарадорлигини бахолаш методлари;
хомиладорликни диагностикаси, кечишини кузатиш, тугишга психопрофилактик тайёрлашни
билиши ва улардан фойдалана олиши;

- тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя килиш;

беморда юзага келаётган муаммоларини тушунтуришга эришиш ва жавобгарлигини хис килиш;
амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошка тиббий хужжатларни расмийлашти- риб
беморларни кабул килиш;
ташхисни куйиш ва ифодалаш;
беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;
дорилар рецептини ёзиш, ёш болаларни ва хомиладорларни назоратга олиш;
реабилитация ва диспансеризация утказиш;
жаррохлик операциясига тайёрлаш;
жаррохлик воситалардан фойдаланиш;
шошилинич холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;
тиббий адабиётлар ва моногарфиялар, илмий-методик кулланмалар билан ишлаш;
компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.

Ихтисослик фанлари буйича талаблар

Ихтисослик фанлари курси

Бакалавр:

инсонга таъсир килувчи атроф-мухит, умумбиологик конун-коидалари;
касалликнинг этиопатогенези;
касалликларни ривожланишига олиб келувчи асосий ижтимоий, экономик, маданий хамда
оилавий омиллар;
патологик холатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятлари;
махсус тайёргарликка мос тиббиёт сохасининг асосий илмий-услугий муаммолари ва ривожининг
истикболини хамда уларнинг турдош сохалар билан узаро алокаси хакида тасаввурга эга булиши;
асосий касалликларни таркалиши хамда касалланишни камайтиришга каратилган чора-
тадбирларни;
вактинчалик ва тургун ишга лаёкатсизлигини;
вактинча мехнатга лаёкатлиги экспертизасини ташкиллаштириш;

касаллик таркалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал курсаткичлар, энг куп таркалган касалликлар ва жарохатларни клиник белгилари, диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниклаш;
тугрукни ва тугрукдан кейинги давр, хомиладорлик физиологияси ва патологияси; замонавий хавфсиз ва самарали даволаш, беморлар реабилитациясини;
мутахассис консултациям ва госпитализацияга курсатма;
аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;
фавкулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам курсатиш усуллари ва тамойилларини;
махсус тайёргарликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ булган асосий объектларни, ходиса ва жараёнларни, уларни илмий-тадқиқ қилиш усулларини билиши ва улардан фойдалана олиши;
соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилиш;
беморларни консултация қилиш;
беморларни мустақил қабул қилиш;
янги тугилган чакалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш куникмаларига эга булиши керак.

Ихтисослик фанлари буйича бакалавр:

ихтисосликка мос хизмат соҳасининг асосий илмий-назарий муаммолари ва ривожининг истикболини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан уза^Р алоқасини тушуниши;
ихтисосликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ булган асосий объектларни, ходиса ва жараёнларни билиши, уларни илмий-тадқиқ қилиш усулларидан фойдалана билиши;
урганилаётган объектларга қуйиладиган иқтисодий талабларни таърифлаб беришни уйдлаши, уларни амалга оширишнинг мавжуд илмий-техник воситаларини билиши керак.

Бакалавр ихтисослигига қуйиладиган муайян талаблар ихтисослик укув фанлари блокидаги укув фанларининг мазмуни буйича олий таълим муассасаси томонидан узгартирилиши мумкин.

Интеграл ОСКИга қуйиладиган талаблар

Интеграл ОСКИда бакалавр фанларнинг ҳамма туркумлари буйича билимлар кулланилишини талаб қиладиган тугалланган касбий тоиширикни ечади.

ОСКИда бакалавр:

муляжларда, фантомларда амалий куникмаларни бажаради;
волонтёрда амалий куникмаларни бажаради;
ситуацион масалалар ечади;
лаборатор-инструментал текширишлар таҳлилининг утказди.

Малакавий амалиёт буйича талаблар

Малакавий амалиёт

Бакалавр:

профилактик чораларни утказиш;
деонтологияга риоя қилиш;
қиска вақт ичида беморни клиник текширувдан утказиш, анамнез йиғиш, орган ва системаларни текшириб чиқиш;
бирламчи аниқ ташхис қуйиш;
клиник ташхис қуйиш учун аниқ текшириш услубларини белгилаш;
таккослама ташхис утказиш;
яқуний ташхис қуйиш;
тугри овқатланиш ва диетани белгилаш;
патогенетик даво буйича рецeпт ёзиш;
поликлиникада тиббиёт хужжатларини тулдириш;
вакцинчалик ишга лаёқатсизлигини белгилаш;
беморни мутахассис консултациясига, қушимча текширув утказиш ва госпитализацияга юбориш;
ногиронлар ва кам таъминланган аҳолини тиббий куриқдан утказиш;
инфекцион касалликларда амалга ошириладиган санитар-оқартув ишлари ва эпидемиологияга қарши чора-тадбирларни билиши ва улардан фойдалана олиши;
соғлом турмуш тарзини тадқиқ қилиш;
беморларни консултация қилиш;
беморларни мустақил қабул қилиш;

янги тугилган чакалоқлар, болалар, беморлар ва карияларни парвариш қилиш қуникмаларига эга бўлиши керак.

Таълим дастурининг мазмуни ва компонентлари

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши бўйича бакалаврларни тайёрлашнинг таълим дастури таълимнинг кундузги шакли бўйича 7 йил ўқишга мулжалланган бўлиб, қуйидаги вақт таксимотига эга:

Назарий ва амалий таълим	264хфта
Малакавий амалиётлар	22хфта
Интеграл ОСКИ	2хфта
Жорий ва давлат аттестациялари	20 + (2)
Таътиллер	56 хфта
Жами	360хфта

6.2Талаба хфталик ўқув юкмасининг максимал ҳажми 54 соат, шундан аудиториядаги ўқув юкмаси - 36 соатгача, қолган соатлар ҳажми мустақил таълим учун ажратилади.

6.3Жорий, оралик ва якуний аттестацияларни ҳисобга олган ҳолда таълим дастурининг умумий ҳажми 7 йиллик ўқув даври учун 17446 соатни ташкил этади.

6.4Таълим дастурини ўзлашғаришда бир қатор масалалар ёки интеграллаштирилган курслар муаммолари бўйича талабаларнинг мустақил таълими қўзда тутилади.

6.5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши бўйича таълим дастурининг зарурий мазмуни Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанларнинг зарурий мазмуни «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоқи бўйича умумий амалиёт врачлар тайёрғарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қўйилган талаблар» асосида белгиланади.

Математик ва табиий-илмий фанлар

Математик қолшуникатив курс

6.5.2.1Информатика ва ахборот технологиялари:

ахборот тушунчаси: ахборот туплаш, ўзатиш, қайта ишлаш ва жамғариш жараёнларининг умумий тавсифи; информацион жараёнларни амалга оширишнинг техникавий ва дастуравий воситалари; функционал ва ҳисоблаш масалаларини ечиш моделлари; алгоритмлаш ва дастурлаш; юқори даражадаги дастурлаш тиллари; маълумотлар базаси; дастуравий таъминот ва дастурлаш технологияси; компьютер графикаси асослари.

Тиббиёт техникаси ва янги тиббиёт технологиялари:

Тиббий анжомлар, аппаратларнинг тузилиши ва ишлаш принциплари; қ касаллик профилактикасида, диагностикасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт технологиясининг ўстунлиги ва қамчиликлари; тиббий ёрдамни ташкил қилишда янги қоммуникацион технология: беморнинг электрон картаси, видеоконференция, телетиббиёт.

Қасаллик профилактикасида, диагностикасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт технологиясининг ўстунлиги ва қамчиликлари; тиббий ёрдамни ташкил қилишда янги қоммуникацион технология: беморнинг электрон картаси, видеоконференция, телетиббиёт.

Табиий-илмий курс

Тиббий биология ва генетика:

Тирикликни ташкил қилишни молекуляр-ирсий, ҳужайравий, органик тизим даражасида, ҳужайра элементар генетик ва структур-функционал биологик бирлик сифатида; умумий ва тиббий ирсиятнинг биологик қонуни тиббиётда биотехнология ва генетик муҳандисликда тиббий биологик аспектлар инсон онтогенезида биологик ва социал сабабларга асосий қонунларни ўзаро таъсир сабаби, ўнинг онто-филогенезга ўзаро мунособати; орган ва тизимларни филогенетик ривожланиш босқичи; тур тарқалиши, биоқеноз - биогеноқеноз тириклик ташкилий даражаси замонавий эволюциянинг сунъий назария, экологиянинг тиббий биологик томонлари, алоҳида натижалари паразитологиянинг экологик асослари .

Биофизика:

Қоинот физик объект сифатида, тулқин ва тебраниш физикаси, тирик организмда биофизик қонунияти, суюқликларни ва туқималарни биофизик ҳусусиятлари, организмга таъсир қилувчи физик факторлар, биоэнергетика эшитиш ва қуриш физикаси, оптик асқоблар, жаррохлик ва лазер

оптика, электрон асбоблар ва аппаратлар; радиоактив, спектроскопик аппаратлар, ЭМП, магнитобиологик улчовлар, таснифи, улчов бирлиги.

Биоорганик кимё:

Кимёвий жараёнлар, материяни харакати тури сифатида куруниши, унинг биология ва тиббиётда ахамияти, кимёвий узаро харакатни асосий конуни, физик ва каллоид кимё, унинг тиббиётда ахамияти.

Биоорганик кимё:

Клиник ва профилактик тиббиётда ахамияти, ишлаб чиқариш мухити ва атроф мухит ҳолатини назорат ва диагностикаси учун тиббиётда ишлатиладиган замонавий сифат ва микдорий услублар; органик бирикмаларни кимёвий табиати орасида ва уларнинг биологик табиати орасидаги боғлиқлик.

Биологик кимё:

Тирик организмда кечувчи физик-кимёвий жараёнлар, уларнинг биология ва тиббиёт учун ахамияти, модда алмашинуви ҳаёт фаолиятининг муҳим белгиси сифатида, оксиллар, углеводлар, липидлар, ферментлар, витаминлар, гормонлар; оксилларни, углеводларни, липидларни ва сув-туз алмашинувининг биокимёвий тузилиши; биокимёвий туқималар ва биологик суюқликлар, гомеостазни норма ва патологиядаги механизми, замонавий текшириш усуллари, уларни утқишиш ва таҳлил замонавий анализаторлари.

Лотин тили:

Тиббий терминологияларни тузишда лотин тилини ахамияти (анатоми-гистологик, клиник, фармцевтик), фонетика, морфология, синтаксис, суз тузиш, тиббиётда керакли бўлган лотин терминологиясини ёзма ва нутқий шаклда асосий лексика-грамматик лугат бойлиги.

Одам анатомияси:

Одам танасининг шакли, тузилиши ва ривожланиши, эволюцион, тасвирий ва таснифий йуналиши, остеология, синдесмология, артрология, миология, спланхнология, неврология, эстеziология, инсон танаси ривожланишига ижтимоий ишлаб чиқариш, физик ва табиий факторларнинг таъсири, анатомияни урганишда замонавий услублар, антропометрия, тирик инсонда анатомияни урганиш, организмни индивидуал жинсий ва ёшига кура узига хослиги; халқаро анатомик терминология асосида (Terminologia Anatomica, 1998).

Гистология, эмбриология, цитология:

Туқима ва органлар, хужайраларнинг ҳаёт фаолияти, микроскопик ва суб-микроскопик тузилиши; айрим орган ва тизимларнинг гистологик тузилишининг узига хослиги, кон хужайралари ва кон хосил килувчи органлар, мушак, нерв ва ёғ туқималари, иммун органлар, ошқозон ичак тракти, сийдик-жинсий тизими, эндокрин органлар, одам эмбриологияси асоси, гистологияда текшириш усуллари: ёруғлик ва электрон микроскопия.

Нормал физиология:

Физиология тиббиётнинг асоси сифатида ташқи мухит билан организмнинг бир бутунлиги, соғлом организмнинг тизими ва хужайра, туқима, органларнинг ишлаш конунлари, функция бошқарув механизми, тизим ва органларнинг хусусий физиологияси, психик функцияларнинг физиологик асоси, инсон ҳулқининг мақсад сари интилиши, ишлаб чиқариш ва ташқи мухит шароитига инсон организмнинг мослашув асослари, организм функцияларининг текшириш услублари ва асосий физиологик курсаткичлар.

Микробиология, вирусология ва иммунология:

Микроорганизмларнинг тузилиш, ҳаёт фаолияти, тарқалиши ва патогенезининг умумий конуни, кузгатувчиларнинг халқаро таснифи, уларнинг хусусияти, улар тарафидан инфекция кон касалликларни чақирувчиларнинг пато генетик асоси, микробиологик ташхис услублари, иммунитет, нормада ва патологияда инсоннинг иммун статуси ва унинг регуляцияси, инсон иммун статусининг баҳолаш услублари, бирламчи ва иккиламчи иммунодефицит ҳолат, аллергия, махсус профилактика услублари, вакциналар.

Тиббиёт тарихи

Тарихий тиббиёт тизимлари ва уларининг асосчилари, тиббиётда деонтология, Гиппократ касами, Абу Али ибн Синонинг роли, саломатликни сақлашда халқ урф-одатларининг ахамияти, замонавий тиббиёт, ЖССТ, глобал дастурлар, Ўзбекистоннинг улқа иатологияси, Ўзбекистонининг етакчи шифокор олимлари.

6.5.3 Умумқасбий фанлар

Умумий патология курси 6.5.3Л Патологик физиология:

Касаллик ривожланиши ва тузалишининг асосий қонуният ва механизмлари, ҳасталик ва ҳасталик олди босқичлари тушунчаси, этиология ва патогенезининг умумий масалалари, шунингдек ижтимоий-экологик омилларни ҳисобга олган ҳолда атроф- муҳитни ифлосланиши билан боғлиқ бўлган ҳасталикнинг янги этиологик факторлари, маҳаллий ва умумий бузилишларнинг уза^Р боғлиқлиги; патологияда ирсий ва реактивликни бузилишининг урни; иммуно-патологиянинг намоён бўлиши, химик- патологик жараёнларнинг патофизиологияси (маҳаллий қон айланишининг бузилиши, шунингдек туқима узилишидаги бузилиши, метаболизм, яллигланиш, талваса, гипоксия), орган ва тизимлар патологиясида функционал узгаришларнинг тавсифи, она- йулдош- ҳомила тизимида патофизиологиянинг узига ҳослиги ва ёши жиҳатдан узига ҳослиги, уларни тузатишнинг экстремал ҳолати ва асосий иринциплари, ҳасталикларни моделлаштириш. Патологик анатомия. Секцион биопсия курси:

Патологик анатомия - патологиянинг асосий ташкилий унсурлари (макроскопик ва гистологик), умумий патологик морфология; туқима патологияси, зарарланиши ва некроз, қон ва лимфа томирларида айланишнинг бузилиши, яллигланиши иммуно-патологик ва компенсатор- мослашувчан жараёнлар, орган ва тизимлар касаллигида хусусий патологик морфология, юқумли касалликларда патологик анатомия; касалликлар-нозология- ташхис-тонатогенез.

Клиник ва патологоанатомик ташхисда асосий, ёндош касалликлар ва асосий касаллик асоратлари, шифокор ва ташхис конструкциясидаги ҳатоликлар, улим ҳақидаги гувоҳномани тулдириш Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари :

Тирик шахсларни жароҳати оғирлигини ҳисобга олган ҳолда экспертиза қилиш, тез келиб чиқадиган улим ҳолатида мурда экспертизаси; механик жароҳатланишда, захарланишда ашёвий далиллар экспертизаси, ҳужжатларни расмийлаштирилиши.

Тиббий ходимлар ва пациентларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари, соғлиқни сақлаш буйича қонунчилик асослари, врач фаолиятига тегишли бўлган фуқаролик- маъмурий ва жиноий ҳуқуқ қўқонлари, тиббий ёрдам курсатиш нуксонлари дифференциацияси, экспертиза қўқонлари.

Фармакология:

Дори воситалари, уларни ҳайвон ва инсон организмга таъсир этиш механизми, умумий фармакология (фармакокинетика, фармакодинамика) умумий токсикология асослари, хусусий фармакология (ҳаётий муҳим препаратлар рўйхати ва уларнинг орган ва тизимларга таъсири, таъсир қилиш механизми, қўқонга курсатма ва қарши курсатмалар, ёшга боғлиқ бўлган ҳолда таъсир этишнинг узига ҳослиги, ноҳуя ва захарли таъсири, асоратлари) дори воситаларидан захарланиш ва белгиланган мейёрдан ортик истеъмол қилганда ёрдам курсатиш, рецeпт тизими, турли патологик ҳолатларда ва турли дори шаклларида рецeпт ёзиш усуллари.

Жамоат соғлигини сақлаш курси

Гигиена экология билан, ХГ:

Атроф муҳитдаги объектларни гигиеник характеристикаси ва уларни аҳоли соғлиги учун аҳамияти (ҳаво, қўқон радиацияси, сув, тупроқ) экологиянинг тиббёт аспектилари, атроф-муҳит ва инсоннинг узаро таъсири, гигиеник талаблар, болалар ва усмрларни тарбия ва уқитиш шароитида гигиена аҳамияти; меҳнат гигиенаси ва коммунал гигиенасининг асослари, аҳоли озикланиш рационининг аҳамияти, шахсий гигиена, касалхонадаги гигиена принциплари, нсихогигиенанинг актуал муаммолари, кечувчи ва оғохлантирувчи санитар назорат ҳақида тушунча; бирламчи профилактикадан саволлар; харбийларнинг санитар гигиеник таъсирлаш асослари, касаллик диагностикаси ва даволашда ионлантирувчи нурланишни қўқонлаш.

Инсон организми ва атроф муҳитнинг узаро боғлиқлиги, табиий иқдимий, ижтимоий-гигиеник омилларнинг касаллик пайдо бўлишидаги урни ва роли, касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасининг гигиеник асослари. Даволаш профилактика муассасаларида шифобахш химояловчи режим, болалар ва усмирларни уқитиш ва овқатлантириш шароитлари, соғломлаштириш тадбирлари.

Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика:

Аҳоли соғлиги курсаткичлари; уларни ижтимоий гигиеник аҳамияти ва урганиш усуллари, тиббий статистика, она ва бола соғлигини сақлаш, шифокорлар этика ва деонтологияси, шаҳар ва қишлоқ аҳолисида тиббий ёрдам курсатишни ташкил қилиш, шифокорлар қасбий экспертизаси, санитар

эпидемиологик хизмати; тиббий статистика асослари, статистик текшириш усуллари уни ахоли саломатлиги курсаткичларини баҳолашдаги ахамияти.

Тиббий хизмат пакетини шаклланиши, бозор сегментацияси, маркетинг стратегиясининг элементлари, бозорда тиббий хизматни харакатлари ва ишлаб чиқариш жараёнлари, соғлиқни сақлашни ташкил қилиш системаси, бошқариш жараёни ҳақида умумий тушунча. Соғлиқ ва соғлиқни сақлаш ижтимоий экологик категория сифатида. Соғлиқни сақлаш реформалари; Соғлиқни сақлашда иктисодий концепция. Ахоли саломатлигига таъсир қилувчи иктисодий факторлар. Бозорни иктисодий анализи.

Валеология:

Ахоли соғлигини мустаҳкамлаш, ахолини соғломлаштириш усуллари ва услублари, соғломлаштириш механизмлари. Соғлом турмуш тарзини тузиш услублари, СТТни тарғибот қилиш усуллари. Утказилган тадбирлар мослигини баҳолаш тизими.

Эпидемиология, ХЭ:

Эпидемиологик жараён жараённинг омиллари, ривожланиш механизми, қуринишлари, зарарланиш хавфи омиллари тушунчаси, дезинфекция, стерилизация, дезинсекция, дератизация асослари; Ўзбекистонда усУвчи усимликлардан тайёрланган дезинфекцияловчи ва дезинсекцияловчи дорилар.

Тезкор профилактика утказиш учун қулланиладиган эмлаш воситалари; эпидемик жараённи ривожлантиришнинг биологик, ижтимоий ва табиий омиллари, турли хил юкумли касалликларни тарқалиши, шаҳар ва қишлоқ аҳолисининг хар - хил гуруҳлари уртасида вақтни ҳисобга олиб юкумли касалликларни тарқалиши; профилактикаси; эпидемик жараённинг утишини узига ҳос томонлари ва ҳарбий жамоаларда профилактика тадбирлари.

Юкумли касаллаикларни механизмига ва қузгатувининг учоғига нисбатан эпидемияга қарши тадбирий чоралар тизимини ишлаб чиқиш; сув ва ҳаво - томчи, ичак, қон юкумли касалликларида эпидемияга қарши қураш тадбирлар режасини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш, эмлашнинг қенгайтирилган дастури.

Терапевтий фанлар курси

Шифокор ва бемор:

Маслаҳат қуникмалари, маслаҳат турлари, беморга психологик ёрдам бериш, бемор турлари, узаро шахсий мулоқотдаги қуникмалар.

Ички касалликлар пропедевтикаси:

Шикоятларни анамнезини объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, беморни текширишдаги лаборатор ва асбоб усқунавий услублар, қенг тарқалган ички аъзолар касалликларини симптом синдромларини қелиб қикиш механизми; ушбу клиник функционал лаборатор текшириш услублари маълумоти буйича ички аъзолар асосий касалликлари, амалий қуникма, суров ва физик текшириш услубларини қабул қилиш.

Ички касалликлар. Х, алқ табобати:

Этиология, патогенез, клиника, қечиш вариантлари, асорати, диагностика, солиштирма ташҳис, ички аъзоларни оғир касалликларини прогнози ва ташҳис, қечиш вариантларини солиштирма даволаш ва уларнинг асорати; клиник ташҳис қуйишда ва даволашни белгилашда синдромал йуналиш, қуникмалар ишлаб чиқиш; терапевтик касалликлар прогнози, профилактикаси, реабилитацияси, диспансеризацияси; ривожланиш тарихи, илмий асоси, таъсир қилиш услуби; Ибн Сино меҳнатида шарқ табобати, даволаш услуби; игна билан даволаш, қуйдириш, қулокка игна қуйиб даволаш, нуктали уқалаш, мануал терапия, фито терапия, ва х.к.; нафас олиш, юрак қон-томир, ҳазм, асаб, сийдик ажратиш ва бошқа тизимларни даволашдаги курсатмалар.

Фтизиатрия:

Этиология, эпидемиология, патогенез, хавф гуруҳлари, дориларга резистент туберкулез, клиника, текшириш услуби, эрта ва қиёсий ташҳис, асоратлар, замонавий даволаш, диспансеризация, упқа ва упқадаңташқари аъзолар хар-хил туридаги туберкулез профилактикаси, тез ёрдам курсатиш.

Ҳомиладорлар ва болалар да, қатта ёшдагиларда, ОИТСга қалинган беморларда туберкулезни қечиши; маҳсус профилактика; меҳнатга лаёқатлиги тугрисидаги экспертиза. Ижтимоий томонлар.

Врач назорати, шифобаҳш жисмоний тарбия ва физиотерапия:

Шифокор назорати, шифобаҳш жисмоний тарбия тарбия ва спорт билан

шугулланиш учун курсатма, комплекс даволашда бадантарбия ва беморлар реабилитацияси; инсон организмга физик омилларнинг таъсири; ички аъзолар касалликларини даволашда физиотерапиянинг уриш; беморлар реабилитациясида унинг ахамияти; санатор курорт даволаш.

Эндокринология:

Этиология, патогенез, эндокрин касалликлар клиникаси, текширишнинг функционал ва лаборатор асбобий услуги; гормон таркибини аниклаш услуги; солиштирма ташхис, даволаш, куллаб-куватловчи терапия, диспансеризация, профилактика; хомиладорлик даврида беморларда, қарияларда, йирингли инфекция ва бошқа патологияларда эндокрин касалликларнинг кечиши; оғир ҳолатларда диагностика ва тез ёрдам.

Гематология ва харбий дала терапияси. Лаборатория иши:

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма ташхис, гематологик беморлар текшириш услуги; стернал пункциянинг ахамияти; замонавий даволаш, профилактика, хомиладорлик ва тугиш даврида, болаларда, қарияларда гематологик касалликларнинг кечиши; трансфузиология, донорлик буйича саволлар; асоратлар ва тез ёрдам. Лаборатор инструментал текширувлар натижаларини интерпретация қилиш.

Касб касалликлари:

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма ташхис, кенг тарқалган касбий касалликларнинг биргаликда даволаш; касб касалликларида ишга жойлашиш ва касалликнинг профилактикаси; шифокор меҳнат экспертизаси, тиббий хужжатлар.

Клиник фармакология:

Асосий гуруҳ дори воситаларининг клиник фармакологик характеристикаси, фармако-терапия (патологик синдромлар ва шошилич ҳолатларда); дори воситаларининг терапевтик самарадорлигини баҳолашда клиник фармакологик тестлар, амбулатор-поликлиника шароитида фармакотерапия; дори воситалари таъсирини лаборатор инструментал баҳолаш усуллари; дори дармон формуляри.

Юкумли касалликлар, болалар юкумли касалликлари:

Болалар ва катталарда инфекция касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхиси, қиёсий ташхисоти, даволаш, кузатиш, диспансеризацияси; инфекция касалликларда уз вақтида специфик ва носпецифик профилактика; асоратлари ва шошилич ёрдам; катталарда болалар инфекцияси.

Тери-таюсил касалликлари, ОИТС:

Тери-таносил касалликларининг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, лаборатор ташхисоти, даволаш, диспансеризация қилиш, профилактика; ОИТС, қонуний далолатномалар, ижтимоий аспектлар.

Асаб касалликлари:

Асаб системасининг клиник анатомияси, симиотикаси ва топик диагностикаси; марказий ва периферик нерв системасининг тугма ва ортирилган касалликларини даволаш; турли ёшдаги аспектларда соматоневрология, асосий симптомлари, этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташхисоти, асоратлари ва даволаш, шошилич ҳолатлар ва биринчи врачлик ёрдами.

Психиатрия ва нарқология. Тиббиёт психологияси:

Беморларнинг рухий фаолиятини асосий қонуниятлари; нарма ва патология чегараси; даволаш жараёнида ва касалликнинг шаклланишида шахснинг роли; рухий уз-узини бошқарув, психиатрия асослари, психологик текшириш усуллари, умумий психопатология ва хусусий психопатология, диагностика, даволаш принциплари реабилитация ва онг бузилиши экспертизаси; психосоматик касалликлар, психотерапия, профилактика, нарқологик хизмат; ижтимоий-тиббий ҳуқуқий муаммолар; тиббий психология асослари, деонтология, этика, психогигиена; турли патологияли беморлар психологиясининг узига ҳослиги, беморларга психологик ёрдам.

Нур гашхиси ва терапияси:

Турли нозологик беморларда учрайдиган касалликларни ультратовуш, рентгенологик, компьютер-тамографик, радионуклид ва ядро-магнитно-резонанс ташхисоти. Ёмон сифатли усмалар ва усма булмаган касалликларнинг нур терапияси.

Тиббий генетика

Ижтимоий йуналишлар, хатарли гурухлар этиологияси, тугма ва орттирилган патологиялар патогенези, клиникаси, цитогенетикаси ва биокимёвий ташхис.

Клиник аллергология

Аллергологик анамнез; тери ва провокацион синамалар. Клиник (умумий кон, пешоб, балгам тахлили) ва инструментал текширишлар (спирометрия, пикфлоуметрия, кукрак кафаси, бурун олди бушликлари ренгенографияси, риноскопия). Биохимик, иммунологик, бактериологик (балгам, бурун ва томокдан суртма), эндоскопия (бронхоскопия, ЭФГДС), УЗИ, ЭКГ, онцозон ва 12 бармок ичак ширасининг тахлили. Аллергик касалликларни этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш, даволаш, олдини олиш. Аллергия ва хомиладорлик. Хомиладор ва эмизикли аёлларда гипоаллерген пархезнинг роли.

Жаррохлик фанлар курси

Оператив жаррохлик ва топографик анатомия билан:

Инсон танасида жинсга, ёшга, ва тана тузилишига боғлиқ холда орган ва туқималарнинг шакли, тузилиши ва бир-бирига нисбатан жойлашуви; орган ва туқималарга диагностик, даволаш ва тиклаш максатида механик таъсир қилиш.

Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан:

Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан: асептика, антисептика, беморларни лаборатор-инструментал текширувларга тайерлаш, анестезиология асослари, клиник ва лаборатор текшириш усуллари, операция турлари, операция олди тайергарлиги, юмшоқ туқималарнинг носпецифик йирингли касалликларини жаррохлик йули билан даволаш, кон кетишида ва шикастларда биринчи ёрдам, кон қуйиш.

Хирургик касалликлар:

Энг қўп учрайдиган жаррохлик касалликларини этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхисоти, асоратлари ва даволаш; жаррохлик муолажаларига курсатма, операциядан кейинги асоратлар ва уларни олдини олиш; асосий тиббий хужжатлар; шошилиш жаррохлик; кукрак кафаси, қорин бушлиги ҳамда магистрал артерия ва веналар касалликларини этиологияси, патогенези, марфологияси, клиника текшириш усуллари, кечиши, асоратлари, қиёсий ташхисоти, даволаш, реабилитация, профилактика ва диспансеризацияси; хомиладорликда жаррохлик амалиётини қилишга курсатма, трансплантология асослари, стационарда, поликлиника ва уйда шошилиш жаррохлик муолажалари; режали жаррохлик патологияларини олиб бориш, шошилиш ёрдам ва тиббий хужжатлар.

Нейрожаррохлик:

Марказий ва периферик нерв системаси жароҳатларининг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар; шошилиш холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш.

Болалар жаррохлиги:

Тугма нуксонли ва жаррохлик касалликлари билан тугилган болалар касалликларини этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар.

Урология :

Этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташхисоти, урологик беморларга тез тиббий ёрдам курсатиш ва даволаш, тез тиббий ёрдамга курсатмалар.

Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси:

Травматизм (хонадонда, транспортда, ишлаб чиқаришда жароҳатланиш)

этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташхисоти, даволаш; синишлар (тугма ва ортирилган); шикастланиш турлари; турли жароҳатланишларда транспортировка ва меҳнат фаолиятини тиклаш; ижтимоий реабилитация, протезлаш.

Онкология. Болалар онкологияси:

Онкологик касалликларнинг этиологияси, патогенези, морфологияси, узига ҳос алоҳидахусусиятлари, клиникаси, хавфли ва хавфсиз усмаларни текширув усуллари, қиёсий ташхисоти, асоратлари, қўп учрайдиган синдромлар, морфологик текширув ахамияти, даволаш турлари, диспансеризация, реабилитация, меҳнатга лаёқатини аниқлаш; онкологик хизмат. Болаларда учрайдиган лимфопротератив тизим усмалари, юмшоқ туқима ва суяқлар саркомалари.

Анестезиология ва реанимация:

Огриксизлантириш замонавий усуллари ва турлари; умумий огриксизлантиришни утказиш тамойиллари; критик ҳолатлардаги асосий патологик синдромларни патофизиологияси, ташхисоти ва клиникаси; интенсив терапия ва реанимациянинг умумий тамойиллари.

Оториноларингология, стоматология:

КУлок, томок, бурунниг кенг тарқалган касалликлари этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; ЛОР ва бошқа орган системаларни касалликлари ҳамда уларни кечишида инфекция учоқларини ахамияти; шошилич ҳолатларда тез тиббий ёрдам; огиз бушлигини касалликларин профилактикаси ва ёшга хос ҳолда физиологик узига хослиги; кенг тарқалган патологияларни клиникаси, диагностикаси ва асоратлари; мутахасис консультациясига курсатмалар; жаррохлик даволаш усуллари ва протезлаш.

Офтальмология:

Кузни ёшга хос анатомияси, физиологияси, куришнинг оптик коррекцияси; этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари, оқибатлари, даволаш ва курув органларини тугма ва ортирилган касалликларида реабилитация ҳамда профилактикаси; кушма жароҳатларда тез тиббий ёрдам ва экспертиза.

Оналик ва болаликни ўқитиш курси

Акушерлик ва гинекология:

Аёл организмнинг узига хослиги; хомиладорлик тугрук ва тугрукдан кейинги даврда кузатиладиган физиологик ва патологик ҳолатлар; хомиладорликда хомила ҳолатини аниқлаш усуллари; экстрагенитал патология; хомиладорликда гипертензион синдром; клиника ва даволаш; хомиладорликда физиологик ва патологик тугруклар; куп учрайдиган гинекологик касалликларни этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; консультация асослари; контрацепция.

Педиатрия:

Ёш болалар узиш даврлари ва анатомо-физиологик хусусиятлари; болалар узишига таъсир этувчи омиллар; этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, диспансер назорати принциплари; болаларни эмлаш.

Ихтисослик фанлари

Ички касалликлар, гериатрия, реабилитология:

Аҳоли соғлигини сақлаш ва олдини олиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, хавф омиллари, аҳоли скрининги. Куп учрайдиган синдромлар клиника, диагностика, дифференциал диагностикаси ва даволаш, рационал фармакотерапия, аниқ клиник вазифаларда УАШ тактикаси, аҳоли турли ёш гуруҳларида ва хомиладорларда бирламчи ва иккиламчи профилактика. Терапевтик касалликларда шошилич ҳолатлар, реабилитация ва диспансеризация, шифохонагача булган босқичда шошилич ҳолатларда тез ёрдам курсатиш. УАШ амалиёти шароитида умумий ёндашув даволаш стандартлари ва дори воситаларини рационал қуллаш. Амбулатор даволанишга курсатмалар, госпитализацияга курсатмалар, махсус даволаш муассаларига йулланма учун курсатмалар, тор мутахасис куриги учун курсатмалар. Бемор учун текширув режасини дифференциал тавсия қилиш. Дастлабки, якуний, клиник ташхис қуйиш.

Ўзбекистон Республикаси қонунларига мувофиқ ёши утган соғлом кишиларни химоялаш асослари. Кекса ёшдаги ва ёши катта шахсларда халқаро таснифни асослари. Қариш иазарияси ва умумий қонуниятлари. Физиологик параметларни ёшга оид меъри. Кекса ва ёши катта шахслар овқатланиш рационини асослари. Кекса ва ёши катта шахсларда касалликнинг клиник, этиологик ва патогенетик кечиш асослари. Гериатрияда инструментал ва лаборатор текшириш курсатгичларининтерпритация асослари. Ёши катта кишиларини уйда парваришлаш услублари. Реабилитациянинг бемор ҳаёт сифатини яхшилашдаги ахамияти ва унинг одам организмига комплекс таъсир механизми. Тиббий тикланишнинг

йуналишлари. Физиотерапевтик муолажалари ҳақида тушунча, уларнинг комплекс таъсир механизми ва дори моддаларини биргаликда қуллаш йуллари, беморларни санаторий ва курортларга танлаш масалалари, даволаш ҳужжатларини расмийлаштириш. Соғломлаштириш мақсадида жисмоний машқларнинг ахамияти ва уларнинг таъсир механизми ҳамда шифобахш жисмоний тарбия воситалари ва унинг турлари, даволаш усуллари. Рухий реабилитация ва унинг бемор соғлигини мустаҳкамлашдаги урни.

Хирургик касалликлар:

Уткир жаррохлик касалликларда клиника, ташхисот, синдромлар буйича ташхисот ва таккослама ташхисот, УАШ тактикаси, рационал фармакотерапия, куп таркалган жаррохлик касалликларини согликни саклашни биринчи катори шароитларида даволаш, жаррохлик амалиётидан кейинги даврларда олиб бориш, асоратлар ташхисоти ва уларни профилактикаси, кон кетишларда, шикастларишларда, юмшок тукима йирингли касалликларида биринчи тиббий ёрдам курсатиш. Умумий амалиёти шароитларида умумий ёндашув. Хирургик касалликларни амбулатор шароитдаги реабилитацияси ва ушбу касалликлар профилактикаси.

6.5.4.3 Халокат тиббиёти. Болалар травматологияси:

Табиий офаг ва халокатларда шикастланганларни мустакил текшириш ва ташхис куйиш, табиий офат ва халокатларда биринчи тиббий ёрдамни курсатиш учун зарур булган амалий куникмаларни бажариш, транспортировка ва юкори малакали ва ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш. Таянч-харакат тизими жарохтланган болаларга биринчи тиббий ёрдамни курсатиш, тугри транспортировка килиш ва малакали хамда ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш

6.5.4.4 Шошилинч холатлар. Тез тиббий ёрдам:

Шошилинч холатларда тугри ташхис куйиш ва биринчи врач ёрдамини тулик амалга ошириш. Тез ёрдам ва кишлок врачлик пунктларида критик холатлардаги беморларни огриксизлантириш, уларга реанимация ва интенсив даволаш чораларини утказиш.

6.5.4.5 Акушерлик-гинекология:

Оилани режалаштириш ва репродуктив согликни саклашни консултация килиш. Физиологик хомиладорликда, экстрагенитал касалликларда, антенатал парваришлаш, диагностика, асоратларни эрта ташхислаш ва олдини олиш, тугрукдан кейинги даврни олиб бориш, абортдан кейинги ва тугрукдан кейинги контрацепция, асоратларда тез ёрдам курсатиш, консултация, тест утказиш, жинсий йул билан юкувчи ва ВИЧ инфекцияни олдини олиш, онкокасапликлар профилактикаси, контрецепцияни тавсия килиш, шифохонагача булган боскичда ёрдам, куп учрайдиган гинекологик касалликлар ташхис ва даволаш, амбулатор ва уй шароитларида гинекологик касалликлар ва жаррохлик амалиётидан кейин реабилитация, рационал фармакотерапия, акушерлик ва гинекологияда шошилинч холатлар умумий шифокор амалиёти шароитларида умумий ёндашув.

6.5.4.6 Неонатология:

Янги тугилган чакалокларга биринчи ёрдам ва неонатал парвариш, тугрук залида асфикцияда реанимация, кукрак сути билан бокиш усуллари ва янги тугилган чакалокни она билан бирга булишини таъминлаш; турли патология билан тугилган чакалокларни диспансер назорати ва реабилитация. Болалар соглигини бахоллаш ва барча ёшдаги болаларни парваришлаш; болани овкатланишини коррекциялаш, жисмоний ва психомотор рифожланишини кузатиш; касалликлар профилактикаси буйича ишлаш ва хавфсиз вакцинация; куп учрайдиган касалликларда таккослама ташхисот ва фармакотерапия; шошилинч холатларда тез ёрдам курсатиш; хавф гурухи ва турли хил касаллик билан огриган болалар диспансеризацияси ва реабилитацияси.

Олий таълим муассасаси томонидан урнатиладиган ихтисослик фанлари.

Ихтисослик фанлари руйхати ва мазмуни кадрлар буюртмачиларининг талаблари ва бакалаврлар тайёрлашнинг ушбу йуналиши буйича фан, техника ва технологиянинг замонавий ютуклари хисобга олинган холда олий таълим муассасаси томонидан белгиланади.

Малакавий амалиёт

Талабалар умумкасбий фанларни узлаштиришда олган билимларини назарий ва амалий мустахкамлаш; К,ВП/ШВПда бакалавр томонидан бажарилувчи хизматлар категорияларини билиш; согликни саклаш тизими бирламчи бугини шароитида бакалавр билимлари ва куникмаларини бажара олиш; беморнинг асосий ва иккиламчи шикоятларини йигиш; беморни синчиклаб куриш; анамнестик ва объектив маълумотлар йигиш; таккослама лаборатор-инструментал текширувлар режасини тавсия килиш; тор мутахассислар куригига курсатма; амбулатор даволанишга курсатма; стационар даволанишга курсатма; якуний ташхисни куйиш; аник клиник холатларда бакалавр тактикаси; поликлиника, тез-ёрдам ва стационар шароитда тиббий хужжатларни тугри тулдириш; вактинча хизматга лаёкатсизлик экспертизаси; амбулатор-даволаш боскичида беморларни кузатиш; бирламчи ва иккиламчи профилактика; касаллар диспансеризацияси ва реабилитацияси; ижтимоий ахамиятга эга саволлар ечими (оилавий холати, жамиятдаги, ишдаги ногиронлик холатини кайд килиш).

Интеграл ОСКИ

Интеграл ОСКИ мавзулари таълим муассасасининг битиртирувчи кафедралари томонидан мутахассисларга талабгорларнинг талабларини, шунингдек замонавий фан, техника, технологиялар ютуқларини ҳисобга олган ҳолда белгиланади.

Интеграл ОСКИ мавзуси терапевтик фанлар, жаррохлик фанлар ва оналик ва болаликни химоя қилиш йуналишида бўлиши мумкин.

Интеграл ОСКИ базавий босқичда олган билим ва қуникмаларни аниқлаш мақсадида талабалар бешинчи қурени тугатганидан сунг ва битирувчи курсда якуний давлат аттестациясида мазкур стандартда бажариш учун ажратилган вақт мобайнида бажарилади.

Интеграл ОСКИнинг ҳажмини УАШ кафедралари белгилайди.

Таълим дастурини амалга ошириш

5510100- Даволаш мшлғаълимйуналиши буйича бакалавр тайёрлашнинг таълим дастури мазкур йуналиш буйича аккредитацияланган олий таълим муассасаларида ривожланаётган таълим технологияларидан, ахборот технологияларидан ва таълимнинг замонавий техника воситаларидан фойдаланиб тайёрлашда амалга оширилади.

Таълим мабойнида тал аба иккитадан кам бўлмаган Давлат аттестацияси (гуманитар ва ижтимоий-иктисодий фанлардан ва хорижий тилдан) ва интеграл ОСКИ топширади. Давлат аттестацияси укув жараёни тугаши биланок тегишли интеграллашган курс буйича утказилади.

Малакавий амалиётдаволаш-профилактика муассасаларида (республика, вилоят, шаҳар касалхоналари, академиянинг клиникалари, оилавий поликлиникаларда ва ИТИларда) утказилади.

Бакалаврнинг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича амалга ошириладиган шароитларга бўлган талаблар

7.1 Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилишига белгиланган умумий талаблар

Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ республика иктисодиёти ва ижтимоий тармоқлари, бошқарув ва ҳужалик юритиш субъектлари учун фундаментал, айниқса, юқори ва инновацион технологиялар буйича чуқур билим ҳамда амалий қуникмаларга эга бўлган кадрлар эҳтиёжини ҳисобга олиши керак.

Олий таълим муассасалари асосий таълим дастурини фан, техника, маданият, иктисодиёт, технология ва ижтимоий соҳа ривожланишини ҳисобга олган ҳолда мунтазам равишда янгилаб туриши лозим.

Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ томонидан битирувчиларнинг умуммаданий компетенцияларини (ижтимоий узаро таъсир, уз-узини ташкил қилиш ва бошқариш, тизимий-фаолият тавсифидаги компетенцияларни) шакллантиришдаги имкониятлари аниқланган бўлиши керак. ОТМ узининг ижтимоий-маданий муҳитини шакллантиришга, шахнинг ҳар томонлама ривожланиши учун зарур бўлган шароитларни яратишга масъул.

ОТМ укув жараёнини ижтимоий-тарбиявий ривожлантиришга, талабаларнинг ижтимоий ташкилотлар ишида, спорт ва ижодий тугаракларда, магистрларнинг илмий жамиятларида иштирокига қумаклашиши лозим.

Компетентли ёндошувни амалга ошириш укув жараёнида машғулотларнинг фаол ва интерфаол (компьютер симуляторлари, ишбилармонлар уйини, муайян вазиятларни қуриб чиқиш ва х-к.) шакллари утказишни, талабаларнинг касбий қуникмаларини

шакллантириш ва ривожлантириш мақсадида аудиториядан таищари иш билан биргаликда жаҳон педагогик амалиётида қулланиладиган замонавий педагогик технологиялар, уқитишнинг самарали стратегиялари, методлари ва услубларини кенг қуллашни назарда тутиши керак.

Фаол ва интерфаол шаклларда утказилаётган машғулотларнинг улуши дастурнинг асосий мақсади, уқийётган контингент хусусиятлари ва муайян фан мазмуни билан аниқланади. Талабаларнинг академик гуруҳлари учун маъруза туридаги машғулотлар аудитория машғулоғларининг 50 % идан ортмаслиги керак.

Талабалар укув юқламасининг максимал ҳажми асосий таълим дастури ва таълим дастурига ОТМ томонидан қушимча белгиладиган факультатив фанларни узлаштириш буйича аудитория ва аудиториядан ташқари (мустақил) таълим билан биргаликда ҳафтасига 54 академик соатдан ошмаслиги керак.

ОТМ талабалар учун уқиш дастурини, бўлиши мумкин бўлган индивидуал таълим дастурларини ишлаб чиқишни инобатга олган ҳолда, шакллантиришда реал иштирок этиш имкониятини таъминлашга масъул.

Укув дастурини шакллантиришда ОТМ талабаларни уларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари билан таништиришга, талабалар учун танлов фан(модул, курс)лари мажбурий эканлигини тушунтириши керак.

Талабаларда билим, амалий малака ва қуникмаларни тулик шакллантириш учун ОТМ таълим дастури укув фанлари (модуллари) буйича лаборатория ишлари ва амалий машгулотларни камраб олиши керак.

Таълим дастурларнинг тадбик этилиши

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалаврларни тайёрлаш таълим дастури ривожлантирувчи уқитиш, информацион технологиялар ва уқитишнинг замонавий техник воситаларидан фойдаланилган ҳолда тайёрлашнинг ушбу йуналиши буйича аккредитация қилинган олий таълим муассасаларида амалга оширилиши керак.

Талабалар хорижий тилларни узлаштириши, хорижий тилларни уқитувчилар уқитиши ҳамда бунинг учун зарур булган шароитлар яратилиши умумий амалиёт врачларни тайёрлашда бош вазифа булиши керак.

Малакавий амалиётлар замонавий корхоналарда, ташкилотларда ва ИТИларда утказилади, улар талабаларни амалиёт дастурларида кузда тугилган иш жойлари билан таъминлашлари керак.

Уқиш даврида талаба камида иккита Давлат аттестацияларини (ижтимоий- гуманитар курс ва хорижий тил буйича) топширади ва битирув малакавий ишини бажаради. Давлат аттестацияси мос интеграллашган курслар буйича укув жараёни тугалланганлиги захоти топширилади.

Малакавий амалиётлари ташкил этиш талаблари

Амалиётлар бакалавр асосий таълим дастурининг мажбурий булагига хисобланади. У укув ва (ёки) укув-ишлаб чиқариш машгулотлари қуринишида булиб, талабаларнинг касбий-амалий тайёрланганлигига бевосита йуналтирилган булади. Умумий амалиёт врачларини тайёрлашнинг таълим дастури талабалар қуйидаги амалиётлари - укув- танишув, маслаҳат қуникмалари, клиник текширувлар ва хамширалик иши жараёни, врач ёрдамчиси, бакалавр ёрдамчиси амалиётларини уқитиш уз ичига олади.

Уқишнинг биринчи йилида укув-танишув амалиёти утказилади, мақсад талабаларни олий укув юрти, УзР ФА илмий-тадқиқот институтлари ва бошқа давлат ва нодавлат илмий муассасалари лабораторияларининг мавзулари ва уларда илмий- тадқиқотларни ташкил қилиш ва талабаларни мос профилдаги муассасаларга ишга жойлаштириш имкониятлари билан таништиришдир.

Амалиёт натижаси зачет билан баҳоланади.

Уқишнинг иккинчи йилида талабаларга маслаҳат қуникмалари, маслаҳат турлари, беморларга турли ёрдам, жумладан рухий ёрдам бериш ва узаро шахсий муякот қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утқизиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вақилларидан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг учинчи йилида талабалар беморларни лаборатор ва инструментал текширувга тайёрлаш, лаборатория текширув услублари маълумотлари асосидаги амалий қуникмалар, беморларни парваришлашда хамширалик жараёнини қуллаш, терапевтик ва жаррохлик амалиётларида хамширалик жараёни амалий қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утқизиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вақилларидан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг туртинчи йилида талабалар врач ёрдамчиси булиб бемор шикоятларини, анамнезини, объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, кенг тарқалган ички аъзолар касалликларини симптомларини келиб чиқиш механизми, клиник, функционал, лаборатор текшириш услублари маълумоти буйича ички аъзолар асосий касалликлари амалий қуникмалари, суров ва физик текшириш услубларини урганиш ҳамда талабалар терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва педиатрия йуналишларида керак буладиган амалий қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утқизиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вақилларидан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг бешинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт утишади, талабалар энг куп учрайдиган терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва гинекологик, педиатрик какликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси хамда лаборатор инструментал ташхисоти, киёсий ташхислашни врач ёрдамида амалга оширади. Касалликларнинг окибати, реабилитацияси, профилактикаси ва диспансерзацияси асоларини урганади. Бу курсда талабалар асосан нозологик беморларда диагностика ва даволаш амалий куникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хакида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва кабул килувчи ташкилот вакилларидан таркиб топган комиссия олдида хисобот беришади. Бахолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг олтинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт утишади, талабалар тиббий-профилактик, тез ва шошилиш тиббий ёрдам, даволаш, диагностика, реабилитация, тиббий-ижтимоий ёрдам амалий куникмалари, шунингдек илмий-тадқиқот текшириш билимларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хакида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва кабул килувчи ташкилот вакилларидан таркиб топган комиссия олдида хисобот беришади. Бахолаш шакли укув режасида белгиланади.

Талабалар илмий-тадқиқот ишининг ташкил килиниши куйидагилар билан таъминланиши керак: чиқарувчи факультет (кафедра)нинг илмий мавзуси буйича илмий-тадқиқот ишларини бажариши учун лабораторияларда талабаларни иш жойи билан таъминлаш;

олий таълим муассасасининг ахборот ресурс марказида мустакил илмий-тадқиқот ишни олиб бориш имкониятини тақдим этиш;

талабалар илмий жамиятининг конференцияларини ташкил килиш;

талабалар илмий конференцияси голибларига мамлакатнинг бошка олий укув юртларига маърузалар билан чиқиш имкониятларини тақдим этиш.

Укув жараёнини педагогик кадрлар билан таъминлаш буйича талаблар

Бакалавр асосий таълим дастурини амалга ошириш уқитилаётган фаннинг ихтисослигига мос, одатда, базавий таълимга эга булган илмий-педагогик кадрлар билан ва тизимий равишда илмий ва (ёки) илмий-методик фаолият билан шугулланаётган кадрлар билан таъминланиши керак.

Ихтисослик фанлари уқитувчилари уқитилаётган фан ихтисослигига мос базавий таълимга ёки илмий даражага эга булишлари керак. Таълим жараёнига амалдаги тегишли тармок ташкилотлари, клиникалари ва муассасаларининг рахбарлари ва етакчи мутахассислари уқитувчиликка жалб этилиши мумкин.

Таълим жараёини укув-методик ва ахборот ресурслари билан таъминлаш талаблари

Асосий таълим дастури асосий таълим дастурининг хамма укув курслари, фанлари (модуллари) буйича укув-методик хужжатлар ва материаллар билан таъминланиши керак.

Асосий таълим дастурининг амалга оширилиши хар бир уқитган асосий таълим дастуридаги фан (модул)ларнинг тулик руйхати буйича шаклландиган маълумотлар базаси ва кутубхона фондидан фойдаланиш хукуки билан таъминланиши керак.

Асосий таълим дастури буйича хар бир уқитган урнатилган меъёрларга мос равишда таълим дастурига кирувчи касбий циклнинг хар бир фани буйича укув ва укув-методик чоп этилган ёки электрон нашрлар билан таъминланиши керак.

Ахборот-ресурс марказининг асосий фонди охириги 10 йилда (гуманитар, ижтимоий ва иқтисодий циклнинг базавий фанлари учун - охириги 5 йилда) чоп этилган хамма циклларнинг базавий қисми фанлари буйича укув адабиётининг чоп этилган ёки электрон нашрлари билан тулдирилган булиши керак.

Укув адабиётидан ташкари қушимча адабиёт фонди расмий маълумотнома- библиографик ва даврий нашрларни уз ичига олиши керак.

Таълим дастурини тулик амалга ошириш учун ОТМнинг АРМда таълим йуналишининг укув режасида келтирилган фанлар буйича яратилган укув-услугий адабиётлар ва чет элда чоп этилган хамда интернет тизимидаги ахборот манбалари хар бир талабага етарли даражада булиши керак.

Мамлакатимиздаги ва чет элдаги олий таълим муассасалари, корхоналари ва ташкилотлари билан оператив равишда ахборот алмашиш, замонавий касбий маълумотлар базалари, ахборотлар ва кидирув тизимларидан фойдаланиш имконияти билан таъминланган булиши керак.

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалаврни тайёрлаш жараёнида асосан куйидаги педагогик технологиялар ва укитиш методларидан фойдаланиш максадга мувофик: укитишнинг интерфаол методи, муаммоли укитиш технологияси, уйинли технологиялар, танкидий фикрлаш ривожланишининг педагогик стратегиялари, шахсий йуналганлик асосидаги педагогик технологиялар,

укув жараёнини самарали бопщариш ва ташкил килиш асосидаги педагогик технологиялар, укитишни дифференциациялаш,

укитишни индивидуаллаштириш технологияси,

дастурий укитиш технологияси,

укитишнинг комплекс методлари (лойихавий метод, тармокли режалаштириш методи, аклий хужум, ассоциограммалар методи ва х.к.)

Укув жараёнининг моддий-техника базаси буйича талаблар

Бакалавр тайёрлашнинг асосий таълим дастурини амалга оширувчи ОТМ укув дастурида назарда тутилган ва амалдаги санитар ва ёнгина карши коидалар ва меъёрларга мос келадиган моддий-техника базасига эга булиши керак; бу моддий-техник база фанлар ва фанлараро тайёргарликнинг хамма турларини, талабаларнинг лаборатория, амалий ва илмий-тадқиқот иши утказилишини таъминлаши керак.

. C'.VLAT

Бакалавр дастурини амалга ошириш учун минимал зарур булган моддий- техникавий таъминот руйхати куйидагиларини уз ичига олади:

маъруза(поток ёки гурухлар) аудиториялари;

семинар машгулотлари учун аудиториялар;

илмий-тадқиқот ишини утказиш учун лабораториялар.

Мавжуд моддий база куйидагиларни таъминлаши керак:

иллюстратив материалларни намойиш килиш учун турли аппаратуралар - маърузаларни утказиш; лаборатория ишлари дастурига мос равишда жихозлар - базавий фанлар буйича лаборатория-амалий ишларни бажариш;

лабораториянинг амалга оширилаётган илмий мавзусига мос равишда жихозлар - ихтисослик (махсус) фанлар буйича лаборатория ишларини бажариш;

хисобларни бажариш ва ахборот тизимларидан фойдаланиш учун компьютерлар - семинар машгулотларини утказиш, лингафонли кабинетлар - хорижий тиллар буйича машгулотлар.

Бакалавртайёлаш сифатини бахолаш

8. Юлий таълим муассасаси тайёргарлик даражаси сифатини кафолатли таъминлашга мажбур, жумладан куйидаги йуллар билан:

иш берувчилар вакилларини жалб килган холда битирувчиларнинг тайёргарлик даражаси сифатини таъминлаш буйича стратегияни ишлаб чикиш;

таълим дастурлари мониторингини утказиш, уларни даврий тақриз килдириш;

талабалар билими ва амалий куникмалари даражасини, битирувчилар компетенцияларини объектив бахолаш процедураларини ишлаб чикиш;

укитувчилар таркибининг компетентлигини таъминлаш;

иш берувчилар вакилларини жалб килган холда фаолият (стратегия)ни бахолаш ва бошка таълим муассасалари билан таккослаш учун мувофиклаштирилган мезонлар буйича мунтазам равишда тахлил килишни утказиш.

Бакалавр йуналишлари буйича кадрлар тайёрлаш сифатини назорат килиш куйидагилардан иборат:

ички назорат - олий таълим муассасаси томонидан амалга оширилади. Ички назорат олий таълимнинг бошқарувчи ваколатли давлат идораси томонидан тасдиқланган назоратнинг рейтинг тизими туғрисидаги Низом асосида утказилади;

якуний давлат назоратида таълим стандартига мувофик фанлар буйича давлат аттестациясини ва битирув иши химоясини уз ичига олади;

давлат-жамоат назорати олий таълимнинг бошқарувчи ваколатли давлат идораси, жамоат ташкилотлари ва кадрлар буюртмачилари томонидан белгиланган тартибда утказилади;

таиши назорат Вазирлар Махкамаси қошидаги Давлат тест маркази Кадрлар тайёрлаш сифатини назорат килиш, педагог кадрлар ва таълим муассасаларини аттестация килиш Бошқармаси томонидан белгиланган тартибда амалга оширилади.

Тайёрланган кадрлар сифатини баҳолаш кадрлар истеъмолчилари томонидан уларнинг меҳнат фаолияти жараёнида амалга оширилади.

8.3Х,ар бир фан бўйича билимларни жорий ва оралик назорат қилишнинг муайян шакли ва уқув жараёнига тадбиқ этилиши ОТМ томонидан мустақил ишлаб чиқилади ва талабалар эътиборига ўқишнинг биринчи оғи давомида етказилади.

8.4Талабалар ўзлаштириши жорий назорати ва оралик аттестацияси дастурлари уларнинг бўлажак касбий фаолияти шароитларига максимал яқинлаштирилиши учун шароитлар ОТМ томонидан яратилиши керак. Бунинг учун муайян фан ўқитувчиларидан ташқари ташқи экспертлар сифатида иш берувчилар, турдош фанлардан даре берувчилар ва бошқалар бу жараёнга фаол жалб қилиниши керак.

8.5Яқуний давлат аттестацияси умумий амалиёт врач битирув малакавий иши химоясини ўз ичига олади.

Битрув малакавий ишининг мазмуни, ҳажми ва тузилмасига бўлган талаблар битирувчиларнинг яқуний давлат аттестацияси ўтқизиш ҳақидаги амалдаги Низом асосида олий таълим муассасалари томонидан белгиланади.

Олий таълим муассасаси:

ўшбу стандартдаги талабларга риоя қилиниши ва олий таълим муассасаларининг давлат аттестацияси ва аккредитацияси ҳақидаги Низомда назарда тутилган умумий амалиёт врач тайёрлашнинг сифати;

-профессор-ўқитувчилар тарқиби ва ўқув-ёрдамчи ходимлар малакавий талабларга тула мос қелиши;

-хар бир интеграллаштирилган курс фанларининг курс дастурида назарда тутилган ўқув-методик адабиётлар, ўқув-ўқубий мажмуалар, шунингдек, мустақил таълим ва мустақил тайёргарлик учун материаллар билан таъминланганлиги;

-ўқув жараёнининг моддий-техникавий таъминланганлиги учун тула масъулдир.

Эслатма

Олий таълим муассасасига:

ўшбу стандартда назарда тутилган минимал мазмунни таъминлаган ҳолда талабанинги ҳафталик максимал юкламасини оширмасдан ўқув материални ўзлаштиришга ажратилган соатлар ҳажмини ўқув фанлари блоклари учун 5% оралигида, блокга қирувчи ўқув фанлари учун 10% оралигида ўзгартириш;

ўқув фанлари мазмунига фан, техника ва технологияларнинг ютуқларини ҳисобга олган ҳолда ўзгартиришлар қиритиш;

битирув малакавий иш (лойиха) мавзусини белгилаш олий таълим муассасаси ректори томонидан расмийлаштирилади.

Курс ишлари (лойихалари) муайян ўқув фаолиятининг бир тури сифатида қурилади ва ўшбу ўқув фанини ўзлаштириш учун ажратилган соатлар чегарасида бажарилади.

Давлат таълим стандартини билиш профессор-ўқитувчилар тарқибини танлов асосида саралаш шартларидан бири ҳисобланади.

10 Давлат таълим стандартининг амал қилиш муддати

Давлат таълим стандарти ўрнатилган тартибда тасдиқлашиб, “Ўзстандарт” агентлигида давлат рўйхатидан ўтгандан кейин амал қилиш муддати - 5 йил.

Давлат бошқарувининг ваколатли оғранлари томонидан давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш, такомиллаштириш ва жорий этиш тўғрисида янги тартиб- қоидалар қабул қилинса ДТСларнинг амал қилиш муддати ўзгариши мумкин.

Илова

5550100 - Даволаш иши таълим йўналиши бўйича таълим дастурининг тузил иши

Г.р.	Ўқув фанлари, интеграллаштирилган курслар ва блокларининг номлари	Умумий қўжламаннинг ҳажми,
1 . _		
1	2	3
1.00	Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар	1704
2.00	Математик ва табиий-илмий фанлар	2822
	Математик коммуникатив курс	288

2.01	Информатика ва ахборот технологиялари	234
2.02	Тиббий тезника ва янги тиббиёт технологияси	54
	Табиий-илмий курс	2534
2.03	Тиббий биология ва генетика	234
2.04	Биофизика	162
2.05	Биоорганик кимё	144
2.06	Биоорганик кимё	162
2.07	Биологик кимё	306
2.08	Лотин тили ва тиббий-фармацевтик терминология	126
2.09	Одам анатомияси	450
2.10	Гистология, эмбриология, цитология	306
2.11	Нормал физиология	306
2.12	Микробиология, вирусология ва иммунология	306
2.13	Тиббиёт тарихи	32
3.00	Умумқасбий фанлар	7970
	Умумий патология курси	936
3.01	Патологик физиология	252
3.02	Патологик анатомия. Секцион биопсия курси	306
3.03	Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари	144
3.04	Фармакология	234
	Тиббий профилактик курс	698
3.05	Гигиена экология билан, ХГ	216
3.06	Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш Биостатистика	360
3.07	Валеология	32
3.08	Эпидемиология, ХЭ	90
	Терапевтик фанлар курси	3276
3.09	Шифокор ва бемор	54
3.10	Ички касалликлар пропедевтикаси	306
3.11	Ички касалликлар. Хал қ таъботи	558
3.12	Фтизиатрия	216
3.13	Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва	126
3.14	Эндокринология	198
3.15	Гематология ва харбий дала терапияси. Лаборатория иши	270
3.16	Қасб касалликлари	90
3.17	Клиник фармакология	216
3.18	Юқумли касалликлар. Болалар юқумли касалликлари.	324
3.19	Тери-таносил касалликлари, ОИТС	216
3.20	Асаб касалликлари	234
3.21	Психиатрия ва наркологиya. Тиббиёт психологияси	306 \ ,
1	2	3
3.22	Нур ташхиси ва терапияси	90
3.23	Тиббий генетика	54
3.24	Клиник алергология	54
	Жаррохлик фанлар курси	2188
3.25	Оператив жаррохлик топографик анатомия билан	180
3.26	Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан	216
3.27	Хирургик касалликлар	468
3.28	Нейрожаррохлик	90
3.29	Болалар жаррохлиги	162
3.30	Урология	162
3.31	Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар	216
3.32	Онкология. Болалар онкологияси	162
3.33	Анестезиология ва реанимация	54
3.34	Оториноларингология, стоматология	216
3.35	Офтальмология	162
	Оналик ва болаликни химоя қилиш курси	972
3.36	Акушерлик ва гинекология	342
3.37	Педиатрия	630
4.00	Ихтисослик фанлари	1818

	Бакалавр фанлари	1818
4.01	Ички касалликлар, гериатрия	900
4.02	Хирургик касалликлар	270
4.03	Халокат тиббиёти	54
4.04	Шошилинч ҳолатлар. Тез тиббий ёрдам	144
4.05	Акушерлик ва гинекология	360
4.06	Неонатология	90
	Танлов фанлари	198
5.00	Қушимча фанлар	450
5.01	Харбий тиббий тайёргарлик, ФМ ва ФМТХ.	450
	Жами	14962
	Малакавий амалиёт	1188
	Интеграл ОСКИ	108
	Жор ий ва давлат аттестациялари	1188
	Жами	2484
	ХАМ МАС И	17446

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIQLI NI SAQLASH VAZIRLIGI

Рўйхатга олинди:

№БД - 5.03

2019 йил 15 " 04

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

109 *сонли* *Сўйиш*

2019 йил "15" 04



ХАРБИЙ ДАЛА ЖАРРОҲЛИГИ

ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил “25” 04 даги “1” – сонли буйруғининг 1-илоvasи билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги тиббиёт олий ва ўрта махсус касб-хунар таълим муассасалари фаолиятини Мувофиқлаштирувчи кенгашининг 2019 йил “15” 04 даги “1” – сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашда маъқулланган. ОЎМТВнинг 2018 йил “7” 12 даги 1000 -сонли буйруғи билан келишилган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

- Каримов М.Ю. – ТТА “Травматология-ортопедия ва ХДЖ” кафедраси мудир, т.ф.д. профессор.
- Гулямов Ё.Б. – ТТА “Травматология-ортопедия ва ХДЖ” кафедраси катта ўқитувчиси, т.ф.н.

Такризчилар:

- Хўжаназаров И.Э. – ТТА “Травматология-ортопедия, ХДЖ ва Нейрохирургия” кафедраси мудир, т.ф.д.
- Золотова Н.Н. – ТошПТИ, “Травматология-ортопедия ва нейрохирургия, Болалар травматология-ортопедия ва нейрохирургия” кафедраси доценти, т.ф.д.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган (2019 йил “27” 03 ” даги “8”-сонли баённома).

I. Ўқув фанининг долзарблиги ва олий касбий таълимдаги ўрни

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва бакалаврият таълим йўналиши малака талабларига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараёнида қўллаган ҳолда, талабани назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни фантомларда бажаришга ўргатиб, орттирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда қўллашга имкон яратади.

Ҳозирги кунда техникани ривожланиб бориши, бактериологик, кимёвий ва физикавий омилларга эга бўлган замонавий қуроллардан урушларда кенг фойдаланилиши ярадорларга турли хилдаги оғир тан жароҳатларни етказилиши ва уларда кузатиладиган асоратларни даволашда замонавий тиббиёт воситаларидан унумли, оқилона фойдаланиш ҳарбий дала жарроҳлигини фани олдида турган муаммолардан бири ҳисобланади. Ҳарбий дала жарроҳлиги фани – қисқа вақт оралиғида кўплаб санитар йўқотишларни олдини олиш, биринчи тиббий ёрдамни тўғри ва унумли ташкил этиш, босқичларда ярадорларга тезлик билан ўринли ёрдам кўрсатиш, босқичли госпиталга кўчириш, ярадорларни реабилитация қилиш каби тўлиқ билимларни ўргатади.

II. Ўқув фанининг мақсади ва вазифаси

Ҳарбий дала жарроҳлиги фанини ўқитишдан мақсад - ҳарбий дала жарроҳлиги фанини тараққиёт тарихи, жанговор шароитларда шикастланишлар ва унинг турлари, профилактикаси, таянч-ҳаракат тизимининг анатомияси ва физиологияси, синишлар ва чиқишлар классификацияси, жанговор шароитларда таянч-ҳаракат тизимининг шикастлари, яралар ва яра инфекциялари, уларни келтириб чиқарадиган касалликлари, этиология, патогенези ва даволашни билиши, олган билим ва кўникмаларини тиббиётда, жанговор шароитларда ва халокатлар вақтида қўллай билишлари, биринчи тиббий ёрдам кўрсата оладиган умумий амалиёт шифокорларини тайёрлаш.

Фаннинг вазифалари – ҳарбий-дала жарроҳлиги замонавий жанговар жароҳатларнинг келиб чиқиши ривожланиши, клиникаси ва диагностик усулларини, шунингдек, ҳарбий ҳаракатлар вақтидаги жарроҳлик ёрдамини ташкил қилиш ва даволашни ўргатади.

Ҳарбий-дала жарроҳлигини қонуниятлари ва тизимлари бир неча асрлар давомида ишлаб чиқилган ва шу сабабли унинг тараққиёти ва ривожланишини тарихини қисқача бўлса ҳам билиш зарур.

Ҳарбий-дала жарроҳлигининг тараққиёти жарроҳлик тарихининг мураккаб ва ўрганиш зарур бўлган қисми бўлиб, қўлланиладиган қуролларнинг мураккаблаштирилиши, техникавий воситаларнинг урушда қўлланилиши

- Ҳарбий дала жарроҳлиги фанини ва тарихи ҳақида тушунча бериш;

- талабаларининг назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни бажариш даражасига қадамма-қадам ўргатиш;

- замонавий педагогик технологияларни дарс жараёнига тадбиқ этиб, талабани клиник фикрлаш ва билимини сақлаш даражасини ошириш;

- замонавий текшириш усуллари ҳақида тушунчага эга бўлиш;
- таянч тизими аъзоларини клиник анатомияси, суякларни узунликларини ўлчаш, текшириш ва мушак тизимини фаолиятини баҳолай олиш;
- яраланган беморларни диагностикаси борасида тўлиқ тушунча бериш;
- кластридиал инфекциянинг ўзига хос кечиши, симптомларни аниқлаш;
- коқшол инфекциянинг ўзига хос кечиши, симптомларни аниқлаш;
- шикастланганларга тиббий эвакуация босқичларини кўламини аниқлаш;
- ўқ отар қуроллардан яраланган беморларга зарур бўлган тиббий муолажаларни амалда бажариш;
- ядро, кимёвий ва бактериологик қуроллардан фойдаланилган ҳолатларда беморларни эвакуация босқичларига тайёрлаш;
- ташхислашда замонавий: рақамли рентгенография, МСКТ, МРТ, усулларини қўллаш;
- фавқулотда вазиятларда ҳалокатлар тиббиёти хизматини ташкил этиш ва ёрдам кўрсатиш;
- талабанинг клиник фикрлаш қобилиятини ўстиришга қаратилган стандартга мос амалий кўникмаларни ассистент-талаба, талаба-фантом услубида автоматизм даражасига етказиш.

Фан бўйича талабаларнинг билим кўникма ва малакаларига қуйидаги талаблар қўйилади.

Талаба:

- соғлом турмуш тарзини тарғибот қилишни;
- ўқ отар қуроллардан шикастланган беморларни кўриқдан ўтказиш;
- тиббий саралаш ва унинг турлари;
- шикастланганларга шиналар қўйиш;
- таянч-ҳаракат тизими касалликлари ва шикастланишларини диагностикаси;
- жанговор ҳолатларда синиш ва чиқишларни аниқлаш;
- мушакларга кириб боровчи шикастланишларини диагностикаси ва даволашнинг замонавий усуллари қўллаш;
- қон кетиш кузатилганда биринчи ёрдам кўрсатиш, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- тўш ва қовурғалар жанговор синганда диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- ўмров суяги ва кўрак суяги жанговор синишларини диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- елка камари жанговор шикастланишини диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;

- елка, билак ва кўл панжа жанговор шикастларини диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- сон, болдир ва оёқ кафт суюқларини жанговор шикастланишида диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- умуртқа ва чаноқ суюқини жанговор шикастланишида диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- бош, кўкрак, қорин ва чаноқ аъзоларини жанговор шикастланишида диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- кўл ва оёқ шикастланишларида қон томир ва нерв жанговор шикастланишида диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- кўп учрайдиган ортопедик касалликларнинг этиологияси, патогенези ва даволаш ҳақида **ҳақида билиши**;

Талаба:

- травматик шокни турини диагностика қилиш ва даволашни;
- узоқ муддат босилиш синдромини диагностикасини;
- ҳароратли шикастлар: куйиш, совуқ уриш ва совуқ қотиш шикастлари диагностикасини;
- ёғли эмболия ва тромбоемболия асоратлари белгиларини;
- қон кетишда кузатиладиган белгилар ва асоратларини;
- ички қон кетиш белгилари ва асоратларини олдини олишда биринчи тиббий ёрдам кўрсатишни **бажара олиши керак**;

Талаба:

- полк тиббий пунктида травматик шок ҳолатидаги ярадор аскарга тиббий ёрдам кўрсатиш ҳажми.
- оёқни узоқ босилиш синдромида кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам.
- ҳарбий дала шароитида термик куйишларда биринчи тиббий ёрдам.
- ўқ отар қуролдан кўкрак қафаси жароҳатланишида бирламчи жароҳатга окклюзион боғлам қўйиш.
- қоринни ўқ отар қуролидан очик жароҳатланишида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
- ўқ отар қуролдан умуртқа поғонаси шикастланишида кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам.
- ўқ отар қуролдан болдир соҳаси жароҳатланишида биринчи ёрдам кўрсатиш.
- полк тиббий пунктида иприт билан зарарланган ярадор аскарга кўрсатиладиган ёрдам турлари **амалий кўникмаларига эга бўлиши керак**.

Ш. Асосий назарий қисм (маъруза машғулотлари)мавзу. Кириш. Ҳарбий дала жарроҳлиги фани ва вазифалари. ХДЖ ривожланиш тарихи. Яралар, классификацияси. Даволаш босқичлари

Ҳарбий дала жарроҳлигини ривожланиш тарихи. Н.И.Пирогов-замонавий ҳарбий дала жарроҳлигинининг асосчиси, ҳарбий дала жарроҳлигини Марказий Осиё мамлакатларида ривожланиши. Биринчи ва Иккинчи Жаҳон урушларида ҳарбий дала жарроҳлигини ХДЖ нинг Ўзбекистонда ривожланиши. Ҳарбий шароитда даволаш кўчириш чора-тадбирлари. Тиббий кўчириш босқичларида саралаш принциплари. Тиббий саралаш босқичларида биринчи тиббий ва биринчи шифокор ёрдами. Уруш пайтида ХДЖнинг роли.

2-мавзу. Яра инфекцияси. Анаэроб инфекция. Қоқшол. Қон кетишлар ва қон қуйиш. Қўл, оёқ ва чанок суяқларини жанговор шикастлари

Улуғ Ватан Уруши йилларида 45-60% жангчиларда яраларни асоратланиши кузатилган, шулардан - 18 - 30% оғир оқма яралар ва 42% яраларни асоратланишидан ўлиб кетган. Микроб этиологиясига қараб

аэроб (стафилококк, стрептококк, ичак таёқчаси, протей, аэробактер, клебсиелла, псевдомонас серратус ва аралаш), анаэроб – клостридиал ва ноклостридиал (бактероид, пептострептококкли, фузобактериал ва аралаш).

Микрофлора характериға қараб - моноинфекцияли, полиинфекцияли ва аралаш (аэроб-анаэроб), уларнинг характеристикаси, ўзига хослиги ва яраларда келтириб чиқарадиган асоратларига қараб. Анатомик локализациясига қараб - юмшоқ тўқима, суяк, ички аъзолар, томир йўллари. Инфекцияни тарқалишиға қараб - чегараланган (маҳаллий), регионал (тарқалишға мойиллик) ва системали (умумий ва генераллашган). Инфекция ўчоғига қараб- экзоген ва эндоген турлари ҳақида маълумот бериш ва бу инфекцияларни профилактика қилиш чора тадбирлари.

3-мавзу. Травматик шок. Узоқ муддатли босилиш синдроми. Кўкрак қафаси ва қорин сохаларини жанговор шикастлари

Травматик шокни замонавий таснифи. Травматик шокнинг этиологияси, патогенези, клиника, диагностика. Травматик шокни патогенези ва организмни химоя функциясини кўриниши: 1. “Қон айланишини централизацияси” – жароҳатдан сўнг қон босимни пасайиши, қонга адреналин ва норадреналинни чиқиши артериола ва прекапилляр спазми, бунинг натижасида қон босимни бироз кўтарилиши; 2. Иккинчи ижобий ҳолати – очик артерио-веноз шунтлар орқали капиллярдан айланмай қон айланиш доирасига қайтиши. 3.Тўқималарда оксидланмаган воситаларни тўпланиши, микроциркуляцияни бузилиши, генераллашган гипоксия ҳолатини юзага келиши ва ДВС-синдромни ривожланиши. Шокни даволаш ва олдини олиш умумий принциплари. Тиббий кўчириш босқичларида шокни даволаш. Узоқ муддатли босилиш синдромининг замонавий таснифи, патогенези, клиникаси, диагностикаси. Тиббий кўчириш босқичларида

ёрдам кўрсатиш ҳажми. Травматик шок ва узоқ муддат босилиш синдромини комплекс даволаш, профилактика ва реабилитация қилиш чора-тадбирлари.

4-мавзу. Хароратли шикастлар. Комбинирлашган шикастлар. Бош суяги, бош мия, умуртқа поғонаси ва орқа мияни жанговор шикастлари

Термик жароҳатларнинг клиникаси ва диагностикаси. Куйиш майдони ва чуқурлигини аниқлаш. Куйган жароҳатларга ишлов бериш техникаси. Тиббий кўчириш босқичларда тиббий ёрдам кўрсатиш. Комбинирлашган шикастлар этиологияси, клиникаси, диагностикаси, оғирлик даражаси, касалликни кечиши ва ўзига хос хусусиятлари. Иприт, луизит ва фосфор органик бирикмаларнинг инсон организмига кўрсатадиган таъсири. Касалликни кечиши ва ўзига хос хусусиятлари. Калла жароҳатлари - Улуғ Ватан Урушининг 5,2% ни ташкил этади. Ўқотар қуроллардан 67,9% ёпиқ шикастланишларни 10,9% ни ўтмас нарса билан очик жароҳатланишларни 21,9%ни ядро қуроллари билан жароҳатланишлар ёпиқ шикастланишлар фоизини оширади. Бош жароҳатлари классификацияси: -қуролнинг яралаш тури бўйича: ўқотар қуроллардан (ўқ-доридан, ўқ парчасидан, ўқ соҳасидан ўқ элементларидан ва бошқалар) ўтмас нарсалар билан урилишидан тўғриланган, қиймаланган, ёрилган, кесилган жароҳатларни комплекс даволаш, профилактика ва реабилитация қилиш чора тадбирлари.

IV. Амалий машғулотлар бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Фан бўйича машғулотлар 50% назарий (маъруза ва амалий машғулот) ва 50% амалий қисм (ўқув клиник амалиёт)дан иборат бўлган ҳолда ўтказилади. Амалий машғулотнинг назарий ва амалий қисми ўзаро боғлиқ ҳолда ўтказилади.

Амалий машғулотлар учун қуйидаги мавзулар тавсия этилади:

1. Кўп миқдорда жароҳатланган беморлар келганда тиббий эвакуация босқичларида жароҳатланганларни саралаш принциплари.
2. Яралар, уларни босқичларда даволаш ва кўчириш.
3. Яра инфекцияси. Сепсис. Йирик қон томирларни шикастланиши, қон оқиши ва қон қуйиш техникаси.
4. Травматик шокни келиб чиқиши. Узоқ муддатли босилиш синдроми биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
5. Қўл ва оёқларни жанговор шикастларида тиббий ёрдам кўрсатиш.
6. Комбинацияланган ва қўшма жароҳатларида тиббий ёрдам кўрсатиш.
7. Калла, бош, мия, умуртқа ва орқа мия жанговор шикастларида тиббий ёрдам кўрсатиш.
8. Кўкрак қафаси ва қорин аъзоларини жанговор шикастлари тиббий ёрдам кўрсатиш.
9. Чаноқ ва чаноқ аъзоларини жанговор шикастларида тиббий ёрдам кўрсатиш.

Ҳарбий Дала Жарроҳлиги фани бўйича клиник амалиётни ўтиш даврида талабалар амалий кўникмаларни ўзлаштиришлари кўзда тутилган.

Амалий кўникмалар рўйхати:

1. Полк тиббий пунктида травматик шок ҳолатидаги ярадор аскарга тиббий ёрдам кўрсатиш ҳажми.
2. Оёқни узоқ босилиш синдромида кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам.
3. Ҳарбий дала шароитида термик куйишларда биринчи тиббий ёрдам.
4. Ўқ отар қуролдан кўкрак қафаси жароҳатланишида бирламчи жароҳатга окклюзион боғлам қўйиш.
5. Қоринни ўқ отар қуролидан очиқ жароҳатланишида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
6. Ўқ отар қуролдан умуртка поғонаси шикастланишида кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам.
7. Ўқ отар қуролдан болдир соҳаси жароҳатланишида биринчи ёрдам кўрсатиш.
8. Полк тиббий пунктида иприт билан зарарланган ярадор аскарга кўрсатиладиган ёрдам турлари.

Ўқув клиник амалиётни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Талабаларнинг “Ҳарбий дала жарроҳлиги” фани бўйича клиник амалиёти таълим жараёнига 50% ташкил қилади ва амалий машғулотлар “қабул бўлими”, “травматология ва ортопедия”, “йирингли касалликлар” бўлими ва “СКАЛ” маслаҳат поликлиникаси травматолог хонасида ўтказилади.

Амалий машғулотда амалий кўникмаларга ўргатиш жараёни батафсил режалаштирилади ва бир неча босқични ўз ичига олади:

1. Биринчи босқич – машғулотнинг мақсади ва вазифаларидан келиб чиқган ҳолда ўрганилаётган амалий кўникмани ўрганиш мотивацион асоси аниқланади, унинг назарий жиҳатлари муҳокама қилинади. Амалий кўникмаларни амалга ошириш учун керакли асбоб анжомлар ишлаш механизми, ишлатиш қоидалари билан талабар таништирилади.

Биринчи босқични амалга ошириш учун кафедрада барча асбоб анжомлар мавжуд ва ишчи ҳолатда бўлиши лозим.

2. Иккинчи босқич – амалий кўникмани намоиш қилиб бериш ва кўп марта машқ қилиш. Бу босқични амалга ошириш учун амалий кўникмаларни қадамма-қадам алгоритми педагог томонидан ва видеофильмлар орқали намоиш этилади, алгоритм асосида босқичма-босқич тўғри бажаришга алоҳида эътибор қаратилади. Талаба амалий кўникмани мустақил, педагог назорати остида муляжлар, тренажёрлар, фантомлар ва манекенларда, талабалар ўзаро бир-бирида кўп марта машқ қилиб ўрганадилар. Бошида барча босқичларини алоҳида, кейин

умумлаштирган ҳолда тўлиқ ва тўғри бажара олгандан сўнг беморда қўллашга руҳсат берилади (имитацион тренинг).

Иккинчи босқични - амалга ошириш учун кафедра томонидан ишлаб чиқилган амалий кўникмалар қадамма қадам алгоритми ва видеофильми, ўқув-услубий қўлланмаси, бажариш схемаси ёки техникаси ва ҳ.к., баҳолаш мезонлари ишлаб чиқилган бўлиши лозим. Муляжлар, тренажёрлар, фантомлар ва манекенлар, имитаторлар, асбоб анжомлар бўлиши лозим ва керакли шарт шароитлар (максимал даражада иш шароитига яқин моделлаштирилган) яратилиши лозим. Бу босқичда педагог назорат қилади ва керак бўлганда талабалар ишидаги хатоликларни тўғирлайди. Бу жараёнда талаба ҳаракатлари видеотасвирга олиниб ўзига намоиш этилиши, критик муҳокама қилиниши мумкин. Талаба, унинг хатоси нимада эканлигини, ўқитувчига ва бошқа талабаларга тушунтириб беради ва сўнгра муолажани такрорлайди. Интерфаоллик шунда намоён бўладиги, бунда бошқа талабалар эксперт сифатида чиқишда ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирганлигини баҳолашда иштирок этадилар. Амалий кўникма афтоматизм даражасигача етказилиши мақсадга мувофиқ.

3. Учинчи босқич - ўрганилган билим ва амалий кўникмани беморда қўллаш. Бу босқичда талаба ўзлаштирилган билим ва амалий кўникмани турли хил клиник ҳолатларда (шу жумладан шошилини ҳолатларда) қўллашга, олинган натижаларни таҳлил қилишга ва шу маълумотлар асосида ҳаракат тактикасини белгилашга педагог назоратида ўргатилади.

Учинчи босқични амалга ошириш учун кафедра томонидан ишлаб чиқилган ўқув, услубий қўлланмалар, фотосуратлар, вазиятли масалар ва тестлар тўплами, кейслар, клиник протоколлар, диагностика ва даволаш стандартлари, ўргатувчи касаллик тарихлари ва амбулатор карталар ва ҳ.к. ишлатилиши лозим. Интерфаоллик шунда намоён бўладиги, бунда бошқа талабалар нафақат эксперт сифатида чиқишда ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирилганлигини баҳолашда балки командада ишлашда иштирок этадилар.

4. Тўртинчи босқич – ҳулоса. Бу босқичда педагог талаба томонидан олинган билим ва эгаллаган кўникмани беморларда, турли хил вазиятларда, фаолият жараёнида тўғри ва тўлиқ қўлла олишига ишонч ҳосил қилиши керак ва шунда амалий кўникма ўзлаштирилди деб ҳисобланади.

Тўртинчи босқични амалга ошириш учун талаба бемор билан мустақил ишлаши педагог томонидан назорат қилинади, тиббий ҳужжатларни, касаллик тарихини ёзиб ҳимоя қилганда баҳоланади.

Машғулот сўнггида ўқитувчи ҳар бир талабанинг амалий кўникмани ўзлаштирилганлигини тасдиқлайди. Талаба амалий кўникмани ўзлаштира олмаган вазиятларда, машғулотдан ташқари вақтда мустақил ўзлаштириш тавсия этилади ва педагогга қайта топширади. Талаба барча амалий кўникмаларни ўзлаштирилган ҳолда фанни ўзлаштирилган ҳисобланади.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар
Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

V. Мустақил таълим ва мустақил ишлар

1. Қўшма жароҳатлар.
2. Травматик шикаст олганларга босқичларга боғлиқ ҳолда ёрдам бериш
3. Постгематрансфузион шок.
4. Футлярли новокаин билан блокадалаш.
5. Узоқ босилиш синдромида жарроҳлик амалиётлари.
6. Плевропульманал шокнинг этиология и патогенези, клиникаси ва даволаш.
7. Қон йўқотилиши кузатиладиган травматик шикастларда ўткир буйрак етишмаслиги келиб чиқиш механизми. Гемосорбции, плазмофореза, гемодиализа усуллари
8. Аутодермапластика.
9. Ҳароратли комбинациялашган шикастланишларда даволаш усуллари.

Фан бўйича мустақил иш аудитория ва аудиториядан ташқари ўтказилади.

Талаба мустақил ишини ташкил этишда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- Аудитория машғулотларидан ташқари тренажер, муляж ва симуляцион залларида марказларида тасдиқланган амалий кўникмаларни педагог назоратида сон ва сифат жиҳатдан бажариш ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш дафтарларида акс эттириш;
 - Тиббиёт ОТМ клиникалари ва клиник ўқув базаларида аудиториядан ташқари ташкиллаштирилган клиник навбатчиликда туриши, тасдиқланган амалий кўникмаларни навбатчи шифокор-педагог назорати остида сон ва сифат жиҳатдан бажариш ва навбатчилик дафтарларида акс эттириш;
 - Беморларни курациясида даволовчи ёки навбатчи шифокор билан назорат қилишда иштирок этиш;
 - Айрим назарий мавзуларни ва ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириши;
 - Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
 - Вазиятли ва клиник муаммоларга йўналтирилган вазиятли масалалар ечиш;
 - Кейс (реал клиник вазиятлар ва клиник вазиятли масалалар асосида case-study) ечиш;
- График органайзерларни ишлаб чиқиш ва тўлдириш;
 - Кроссвордлар тузиш ва ечиш;
 - Презентация ва видеороликлар тайёрлаш ҳамда мустақил иш жараёнида кенг

Фан бўйича курс иши (лойиҳаси)

Фан бўйича курс иши ўқув режада кўзда тутилмаган.

VI. Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбаалари

Асосий адабиётлар:

1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г.
2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.

Қўшимча адабиётлар

1. И.Ю. Быкова, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. «Военно-полевая хирургия» Учебник. – Москва. Издательство ГЭОТАР-Медиа. 2009 г.
2. Е.К.Гуманенко. «Военно-полевая хирургия» Учебник. – Санкт-Петербург. ООО "Издательство Фолиант" 2008 г.
3. Е.К.Гуманенко. «Военно-полевая хирургия» Учебник. – Санкт-Петербург. ООО "Издательство Фолиант". 2008 г.
4. С.А.Жидков, В.Е.Корик, В.Г.Богдан. «Боевая хирургическая травма»: Методические указания. – Минск. ООО “Издательство Фолиант”. 2007 г.
5. В.А. Попов. «Физиологические основы военно-полевой и неотложной хирургии». Методическое пособие для практикующих врачей. Санкт-Петербург. Издательство ЭЛБИ – Санкт – Петербург. 2003 г.
6. Н.А.Ефименко. «Военно-полевая хирургия». Учебник. -Москва. Издательство Медицина. 2002 г.
7. С.А.Жидкова, С.Н.Шнитко. «Военно-полевая хирургия»: Учебник. -.Гродно. Издательство Гродно ГрГМУ. 2001 г.
8. А.К.Равской, А.А. Люфинг, Е.А.Войновский, В.М.Клипак. «Огнестрельные ранения живота и таза». Руководство. Москва. Издательство М.: Медицина, 2000 г.
9. Х.А.Мусалатов. «Хирургия катастроф». Учебник. Москва. - Издательство Медицина, 1998 г.
10. П.Г.Брюсов, В.М.Шаповалов, А.А.Артемьев. «Боевые повреждения конечностей». – Москва. Издательство ГЭОТАР. 1996 г.

Интернет сайтлари

1. <http://www.ebjs.org>
2. <http://www.jbjs.org.uk>
3. <http://www.traumatic.ru>
4. <http://www.trauma.bd.ru>

ХИРУРГИЯ ВА ҲАРБИЙ ДАЛА ХИРУРГИЯСИ ФАНИ БУЙИЧА И Ш Ч И Д А С Т У Р

Факультет	-	Олий ҳамширалик иши	
Курс	-	II	
Семестр	-	III-IV	
Соат ҳажми	-	128 соат	
		Шу жумладан:	
Маъруза	-	10 соат	
Амалий машғулот	-	26 соат	
Клиник машғулот	-	36 соат	
Мустақил иш	-	56 соат	

Бухоро – 2018

Тузувчилар:

Ахмедов Р.М., кафедра мудири, т.ф.д. профессор
(Ф.И.Ш., лавозими, илмий даражаси, илмий унвони)

(имзо)

Норов Ф.Х. ассистент
(Ф.И.Ш., лавозими, илмий даражаси, илмий унвони)

(имзо)

Муаззамов Б.Б. катта уқитувчи

(Ф.И.Ш., лавозими, илмий даражаси, илмий унвони)

_____ (имзо)

Газиёв К.У т.ф.н

(Ф.И.Ш., лавозими, илмий даражаси, илмий унвони)

_____ (имзо)

Такризчилар:

Акрамов В.Р. “Травматология, ортопедия, нейрохирургия ва умумий хирургияси” кафедраси
мудири, т.ф.н.

(Ф.И.Ш., лавозими, илмий даражаси, илмий унвони)

_____ (имзо)

Тешаев Ш.Ж. “Анатомия, клиник анатомия(ОХТА)”, т.ф.д., профессор

(Ф.И.Ш., лавозими, илмий даражаси, илмий унвони)

_____ (имзо)

Кафедра мудири: Ахмедов Р.М. т.ф.д., профессор

_____ (имзо)

ФУК раиси: т.ф.д., проф. Сафоев Б.Б.

_____ (имзо)

Ушбу ишчи дастур намунавий ўқув дастури ва ўқув режа асосида _____
йўналиш бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий кенгашида
муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _____ « _____ » _____ 2019 й.

III. Ўқув фанининг долзарблиги ва олий касбий таълимдаги ўрни

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва бакалаврият таълим йўналиши малака талабларига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу

дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараёнида қўллаган ҳолда, талабани назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни фантомларда бажаришга ўргатиб, орттирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда қўллашга имкон яратади.

Ҳозирги кунда техникани ривожланиб бориши, бактериологик, кимёвий ва физикавий омилларга эга бўлган замонавий қурооллардан урушларда кенг фойдаланилиши ярадорларга турли хилдаги оғир тан жароҳатларни етказилиши ва уларда кузатиладиган асоратларни даволашда замонавий тиббиёт воситаларидан унумли, оқилона фойдаланиш ҳарбий дала жарроҳлигини фани олдида турган муаммолардан бири ҳисобланади. Ҳарбий дала жарроҳлиги фани – қисқа вақт оралиғида кўплаб санитар йўқотишларни олдини олиш, биринчи тиббий ёрдамни тўғри ва унумли ташкил этиш, босқичларда ярадорларга тезлик билан ўринли ёрдам кўрсатиш, босқичли госпиталга кўчириш, ярадорларни реабилитация қилиш каби тўлик билимларни ўргатади.

IV. Ўқув фанининг мақсади ва вазифаси

Ҳарбий дала жарроҳлиги фанини ўқитишдан мақсад - ҳарбий дала жарроҳлиги фанини тараққиёт тарихи, жанговор шароитларда шикастланишлар ва унинг турлари, профилактикаси, таянч-ҳаракат тизимининг анатомияси ва физиологияси, синишлар ва чиқишлар классификацияси, жанговор шароитларда таянч-ҳаракат тизимининг шикастлари, яралар ва яра инфекциялари, уларни келтириб чиқарадиган касалликлари, этиология, патогенези ва даволашни билиши, олган билим ва кўникмаларини тиббиётда, жанговор шароитларда ва ҳалокатлар вақтида қўллаш билишлари, биринчи тиббий ёрдам кўрсата оладиган умумий амалиёт шифокорларини тайёрлаш.

Фаннинг вазифалари – ҳарбий-дала жарроҳлиги замонавий жанговар жароҳатларнинг келиб чиқиши ривожланиши, клиникаси ва диагностик усулларини, шунингдек, ҳарбий ҳаракатлар вақтидаги жарроҳлик ёрдамини ташкил қилиш ва даволашни ўргатади.

Ҳарбий-дала жарроҳлигини қонуниятлари ва тизимлари бир неча асрлар давомида ишлаб чиқилган ва шу сабабли унинг тараққиёти ва ривожланишини тарихини қисқача бўлса ҳам билиш зарур.

Ҳарбий-дала жарроҳлигининг тараққиёти жарроҳлик тарихининг мураккаб ва ўрганиш зарур бўлган қисми бўлиб, қўлланиладиган қуроолларнинг мураккаблаштирилиши, техникавий воситаларнинг урушда қўлланилиши

- Ҳарбий дала жарроҳлиги фанини ва тарихи ҳақида тушунча бериш;

- талабаларининг назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни бажариш даражасига қадамма-қадам ўргатиш;

- замонавий педагогик технологияларни дарс жараёнига тадбиқ этиб, талабани клиник фикрлаш ва билимини сақлаш даражасини ошириш;

- замонавий текшириш усуллари ҳақида тушунчага эга бўлиш;

- таянч тизими аъзоларини клиник анатомияси, суякларни узунликларини ўлчаш, текшириш ва мушак тизимини фаолиятини баҳолай олиш;

- яраланган беморларни диагностикаси борасида тўлиқ тушунча бериш;
- кластридиал инфекциянинг ўзига хос кечиши, симптомларни аниқлаш;
- коқшол инфекциянинг ўзига хос кечиши, симптомларни аниқлаш;
- шикастланганларга тиббий эвакуация босқичларини кўламини аниқлаш;
- ўқ отар қуроллардан яраланган беморларга зарур бўлган тиббий муолажаларни амалда бажариш;

- ядро, кимёвий ва бактериологик қуроллардан фойдаланилган ҳолатларда беморларни эвакуация босқичларига тайёрлаш;

- ташхислашда замонавий: рақамли рентгенография, МСКТ, МРТ, усулларини кўллаш;

- фавқулотда вазиятларда ҳалокатлар тиббиёти хизматини ташкил этиш ва ёрдам кўрсатиш;

- талабанинг клиник фикрлаш қобилиятини ўстиришга қаратилган стандартга мос амалий кўникмаларни ассистент-талаба, талаба-фантом услубида автоматизм даражасига етказиш.

Фан бўйича талабаларнинг билим кўникма ва малакаларига қуйидаги талаблар кўйилади.

Талаба:

- соғлом турмуш тарзини тарғибот қилишни;
- ўқ отар қуроллардан шикастланган беморларни кўриқдан ўтказиш;
- тиббий саралаш ва унинг турлари;
- шикастланганларга шиналар қўйиш;
- таянч-ҳаракат тизими касалликлари ва шикастланишларини диагностикаси;
- жанговор ҳолатларда синиш ва чиқишларни аниқлаш;
- мушакларга кириб боровчи шикастланишларини диагностикаси ва даволашнинг замонавий усуллари кўллаш;
- қон кетиш кузатилганда биринчи ёрдам кўрсатиш, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- тўш ва қовурғалар жанговор синганда диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- ўмров суяги ва кўрак суяги жанговор синишларини диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- елка камари жанговор шикастланишини диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- елка, биллак ва қўл панжа жанговор шикастларини диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;

– сон, болдир ва оёқ кафт суякларини жанговор шикастланишида диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;

– умуртка ва чаноқ суягини жанговор шикастланишида диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;

- бош, кўкрак, қорин ва чаноқ аъзоларини жанговор шикастланишида диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;

- кўл ва оёқ шикастланишларида қон томир ва нерв жанговор шикастланишида диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;

- кўп учрайдиган ортопедик касалликларнинг этиологияси, патогенези ва даволаш ҳақида **ҳақида билиши**;

Талаба:

– травматик шокни турини диагностика қилиш ва даволашни;

– узоқ муддат босилиш синдромини диагностикасини;

– ҳароратли шикастлар: куйиш, совуқ уриш ва совуқ қотиш шикастлари диагностикасини;

– ёғли эмболия ва тромбоемболия асоратлари белгиларини;

– қон кетишда кузатиладиган белгилар ва асоратларини;

– ички қон кетиш белгилари ва асоратларини олдини олишда биринчи тиббий ёрдам кўрсатишни **бажара олиши керак**;

Талаба:

– полк тиббий пунктида травматик шок ҳолатидаги ярадор аскарга тиббий ёрдам кўрсатиш ҳажми.

– оёқни узоқ босилиш синдромида кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам.

– ҳарбий дала шароитида термик куйишларда биринчи тиббий ёрдам.

– ўқ отар қуролдан кўкрак кафаси жароҳатланишида бирламчи жароҳатга окклюзион боғлам қўйиш.

– қоринни ўқ отар қуролидан очик жароҳатланишида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.

– ўқ отар қуролдан умуртка поғонаси шикастланишида кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам.

– ўқ отар қуролдан болдир соҳаси жароҳатланишида биринчи ёрдам кўрсатиш.

– полк тиббий пунктида иприт билан зарарланган ярадор аскарга кўрсатиладиган ёрдам турлари **амалий кўникмаларига эга бўлиши керак**.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг хирургияда хамширалик иши фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги инфор­мацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда замонавий видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

“Хирургия ва харбий дала хирургиясида хамширалик иши” фанини лойиҳалаштиришда қуйидаги асосий концептуал ёндошувлардан фойдаланилади:

Шахсга йўналтирилган таълим. Бу таълим ўз моҳиятига кўра таълим жараёнининг барча иштирокчиларини тўлақонли ривожланишларини кўзда тутди. Бу эса таълимни лойиҳалаштириладиғанда, албатта, маълум бир таълим олувчининг шахсини эмас, аввало, келгусидаги мутахассислик фаолияти билан болиқ ўқиш мақсадларидан келиб чиққан ҳолда ёндишилишни назарда тутди.

Тизимли ёндошув. Таълим технологияси тизимнинг барча белгиларини ўзида мужассам этмоғи лозим: жараённинг мантиқийлиги, унинг барча бўғинларини ўзаро боланганлиги, яхлитлиги.

Фаолиятга йўналтирилган ёндошув. Шахснинг жараёнли сифатларини шакллантиришга, таълим олувчининг фаолиятни активлаштириш ва интенсивлаштириш, ўқув жараёнида унинг барча қобилияти ва имкониятлари, ташаббускорлигини очишга йўналтирилган таълимни ифодалайди.

Диалогик ёндошув. Бу ёндошув ўқув муносабатларини яратиш заруриятини билдиради. Унинг натижасида шахснинг ўз-ўзини фаоллаштириши ва ўз-ўзини кўрсата олиши каби ижодий фаолияти кучаяди.

Ҳамкорликдаги таълимни ташкил этиш. Демократик, тенглик, таълим берувчи ва таълим олувчи фаолият мазмунини шакллантиришда ва эришилган натижаларни баҳолашда биргаликда ишлашни жорий этишга эътиборни қаратиш зарурлигини билдиради.

Муаммоли таълим. Таълим мазмунини муаммоли тарзда тақдим қилиш усули таълим олувчи фаолиятини активлаштиради. Бунда илмий билимни объектив қарама-қаршилиги ва уни ҳал этиш усулларини ижодий тарзда қўлланилиши диалектик мушоҳадани шакллантиради ва ривожлантиради натижада талабани мустақил ижодий фаолияти таъминланади.

Ахборотни тақдим қилишнинг замонавий восита ва усулларини қўллаш – янги компьютер ва ахборот технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этиш.

Ўқитишнинг усуллари ва техникаси. Маъруза (кириш, мавзуга оид, визуаллаш), муаммоли таълим, кейс-стади ва лойиҳалаш усуллари, амалий ишлар.

Ўқитишни ташкил этиш шакллари: диалог, полилог, мулоқот ҳамкорлик ва ўзаро ўрганишга асосланган фронтал, коллектив ва гуруҳ.

Ўқитиш воситалари ўқитишнинг анъанавий шакллари (дарслик, маъруза матни) билан бир қаторда – компьютер ва ахборот технологиялари.

Коммуникация усуллари: тингловчилар билан оператив тескари алоқага асосланган бевосита ўзаро муносабатлар.

Тескари алоқа усуллари ва воситалари: кузатиш, блиц-сўров, оралик, жорий ва якуний назорат натижаларини таҳлили асосида ўқитиш диагностикаси.

Бошқариш усуллари ва воситалари: ўқув машғулоти босқичларини белгилаб берувчи технологик харита кўринишидаги ўқув машғулотларини режалаштириш, кўйилган мақсадга эришишда ўқитувчи ва талабанинг биргаликдаги ҳаракати, нафақат аудитория машғулотлари, балки аудиториядан ташқари мустақил ишларнинг назорати.

Мониторинг ва баҳолаш: ўқув машғулотида ҳам бутун дарс давомида ҳам ўқитишнинг натижаларини режали тарзда кузатиб бориш. Цикл охирида ОСКИ ёрдамида тингловчиларнинг билимларини баҳолаш.

“Хирургия ва харбий дала хирургиясида хамширалик иши” фанини ўқитиш жараёнида компьютер технологиясидан, ўргатувчи компьютер дастурларидан фойдаланилади, мавзулар бўйича тарқатма материаллар тайёрланади. Талабалар билимини баҳолаш озаки, компьютерли тест шаклларида амалга оширилади.

Талабаларнинг Хирургия ва харбий дала хирургиясида хамширалик иши фанининг ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

Мен шунга лойиқман

Маъруза машғулотида талабаларда дарсдан ташқари пайтда эгаллаган амалий билимларини бевосита синаб кўриш имкониятлари пайдо бўлади. Улар берилган вазифани бажариш давомида ортирган билимларини тезкор баҳолаш мақсадида баҳолашнинг амалда синаб кўрилган қуйидаги услубини, “Мен шунга лойиқман.” технологиясини таклиф этамиз. Бунда:

талабалар олдиндан тайёрланиб, тарқатилган саволларга тайёрлиги асосида гуруҳларга ажраладилар. Ким ўзини қайси баҳога лойиқ деб топса, шу гуруҳга кўшилади. “Аъло”, “Яхши”, “Қониқарли”. Агар талаба бугунги дарсда баҳолаш мезонига кўра 3 баллик жорий баҳога эга бўлиши керак бўлса, аъло-2.6-3 балл, яхши-2.2-2.5 балл, қониқарли-1.7-2.1 балл сифатида баҳоланади;

хар бир гуруҳ учун аввалдан тайёрланган саволлар тизими мавжуд бўлиб, дастлаб “Аъло” баҳолар гуруҳи билан шуғулланилади;

шу гуруҳга мос саволга жавоб топган талаба ўйиндан, албатта, “аъло” баҳоси билан чиқади;

гуруҳдаги барча саволлар бериб бўлингач, биронта ҳам саволга жавоб беролмаган, лекин аъло баҳога даъвогар талаба қуйироқ гуруҳга кўшилишга мажбур бўлади;

жараён шу таҳлит давом этиб, барча гуруҳларнинг саволларига жавоб тополмаган талаба вазифани топширолмаган ҳисобланади.

Усулни қўллашдан кутиладиган самаралар:

талабада ўзининг имкониятларини “чамалаш”, яъни ўз-ўзини баҳолаш имконияти пайдо бўлади;

“шу баҳога” лойиқ бўлиш учун талаба астойдил ҳаракат қилади, бирмунча қийинроқ саволларга ҳам жавоб бериши керак бўлади, бу уни кўпроқ маълумот йиғишга ва фикрларини асослашга мажбур қилади;

талаба иложи борича “юқорироқ” гуруҳ таркибига киришга интилади, бу уни муттасил ўз устида ишлашга олиб келади;

ҳар бир талаба “ўзи” учун ҳаракат қилиши лозим, бу унда масъулияти ҳиссини пайдо қилади;

баҳолаш учун унчалик кўп вақт сарфланмайди.

Умуман олганда, усулни қўллаш натижасида ҳар бир талабада “ўсиш” имконияти мавжуд бўлиб, бу баҳолашнинг объектив амалга ошишини таъминлайди, яъни ўқитувчида “бу 3 баҳо олувчи талаба” деган фикрни алмашишига олиб келади.

“Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”

Мақсад: Талабаларни вазиятли масала мазмунига кўра ижодий фикрлаши ва клиник мушоҳадасини ўрганиш ва баҳолаш.

Бунда талабаларга мазкур мавзуга тегишли вазиятли масалалар ва ҳарорат эгри чизиғи варақалари тарқатилади. Талаба масала мазмунини чуқур ўрганиб, клиник белгилар ва лабораториявий маълумотларни кунига мос ҳолда варақада акс эттиради, ташхис қўяди ва даволаш тадбирларини белгилайди.

Мушоҳадали фикр

Мавзу мазмунини мустаҳкамлаш мақсадида тингловчилар ўзлаштириш даржасини билиш учун ушбу педагогик технология қўлланилади. Тингловчилар фикрлари таҳлил қилинилади. Мушоҳадали фикр билдирган тингловчи рағбатлантирилади.

Инцидент усули

Асосан бу усулдаги масала тез ва аниқ ечилади. Инцидент усули ўқув жараёнининг турли хил фазаларид фойдаланилади

Масалан: Хирургия амалиётида ҳамширалик жараёнининг мақсади ва вазифалари. Талабаларга қисқа вақт ичида вазиятий масала берилади. Бу вазиятий масала 0,5-1 дақиқа ичида ечилиши лозим. Бу усул талабаларнинг илмий салоҳиятини янада оширишга ёрдам беради ва бу усул асосан тез ва хатосиз ечишни талаб қилади. Бу усул дарс жараёнининг турли фазаларида қўлланилади.

Хирургия ва ХДЖ нинг мақсад ва вазифлари шундан иборатки, ҳар бир талаба илмий изланишнинг маълумотлари билан ишлашни, адабиётлардан фойдаланишни ҳамда ҳужжатларни ўқиш ва баҳолашни билади.

Думалоқ стол усули

Стол устига вазиятни масала ёзилган қоғоз ташланади ҳар бир талаба ўрнини жавоб вариантини ёзиб бошқа талабага узатади. Ҳамма жавобини ёзгандан сўнг таҳлил қилинади. Нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар муҳокама қилиниб талабаларнинг билим даражаси муҳокама қилинади, сўнг баҳоланади. Бу усулни оғзаки ҳолда ҳам олиб бориш мумкин.

Масалан: Бу усулда маълум бир инфекция манбаа белгисининг бошқа манбаларда намоён бўлиши ўрганилади. Талабалар ўзаро асептика ҳақида тушунча, инфекцияни олдини олишни аниқлашни муҳокама қиладилар, ўқитувчи эса қўшимчалар билан талабалар фикрини тўлдиради. Ушбу усулга фаол қатнашган талабаларнинг билимини баҳолаш қўшимча баллар қўйиш билан баҳоланади.

Мия штурми усули

Ўқитувчи томонидан гуруҳга бирта савол ташланади ва ҳар бир талаба фикри эшитилади охирида хулоса қилинади ва баҳоланади. Талабаларини ютуқ ва камчилиги кўрсатилади.

Масалан:

- Қон кетишни 2 та сабабини айтиб беринг?
- Йўқотилган қон даражасини аниқланг?
- Хулоса ва тавсиялар беринг.

Бу усулда ҳар бир талаба фикри эшитилади, унинг ютуғи ва камчиликлар кўрсатилади. Бу усул учун 40 мин вақт ажратилади. Талабаларни клиник ва критик фикрлаш даражаси ошади. Бу усул дарс жараёнида муҳокама қилиниб, баҳоланади.

Ари уяси усули

Гуруҳ талабалари 2 та гуруҳчаларга бўлинади. Ҳар бир гуруҳчаларга алоҳида-алоҳида савол берилади. Талабанинг жавобини 2-гуруҳдаги талабалар тўлдиради ва хатосини изоҳлаб беради. Бу усулни нафақат оғзаки, балки ёзма усулда ҳам олиб борилади. Масалан:

- Қон кетишни батамом тўхташиш усуллари.
- Қон кетишни вақтинчалик тўхтатиш усуллари.
- Текширув режасини тузинг.

Бу усулни ўтказиш учун 20 минут вақт берилади. Натижаси кўриб чиқилади, таҳлил қилинади ва баҳоланади.

Заиф ҳалқа

Интерфаол усулини ўтказишдан олдин мавзуга оид 10-20 та савол тайёрланади. Саволга тез ва аниқ жавоб бериш керак. Ҳар бир талабага 1 тадан савол берилади. Саволга жавоб бермаган талаба ўйиндан чиқади. Шу тариқа охирида 1 талаба қолганча бир неча давра олиб борилади.

- Касаллик таснифи
- Симптомлари
- Ташхис қўйиш
- Лаборатор текширув усуллари
- Эндоскопик ва рентгенологик текширув усуллари
- Ҳамширалик жараёнини ташкил этиш

Бу усул талабани тезкор фикрлаши ва аниқ жавоб бериши, клиник фикрлашни шакллантиради.

2 КУРС ОХИ ФАКУЛЬТЕТИ
«ХИРУРГИЯ ВА ХДХ да ҲАМШИРАЛИК ИШИ» ФАНИДАН
ЎҚУВ ЮКЛАМА ҲАЖМИ

Мехнат Ҳажми	Аудитор машгулотлар турларига кура уқув йукламаси ҳажмининг тақсимланиши(соатларда)				Мустақил иш
	Жами	Маъруза	Амалий машгулот	Лаборатория иши	
128	72	10	26	36	56

ЖАРРОҲЛИК ВА ҲАРБИЙ ДАЛА ЖАРРОҲЛИГИДА
ҲАМШИРАЛИК ИШИ
ФАНИДАН МАЪРУЗАЛАР ИШЧИ РЕЖАСИ

2019-2020 ЎҚУВ ЙИЛИ

№	Маърузалар мазмуни	Соатлар Миқдори	Маърузачининг Ф.И.Ш	Уқитиш инг техник воситалари №	Ўқитишнинг янги замона ий усулларини куллалаш	адабиётлар
---	--------------------	--------------------	---------------------	--------------------------------------	---	------------

1	<p>Кириш. Ҳарбий дала жарроҳлиги фани ва вазифалари. ХДЖ ривожланиш тарихи. Яралар, классификацияси. Даволаш босқичлари</p>	2 соат	<p>Проф. Ахмедов Р.М. Асс.Норов Ф.Х.</p>	Жадваллар	<p>Ахборот – муаммовий уқитиш Эл.вариант</p>	<p>1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.</p>
2	<p>Яра инфекцияси. Анаэроб инфекция. Қоқшол.</p>	2 соат	<p>Проф. Ахмедов Р.М. Асс.Норов Ф.Х.</p>	Жадваллар	<p>Ахборот –муаммовий Уқитиш Эл.вариант</p>	<p>1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.</p>

3	<p>Қон кетишлар ва қон қуйиш. Қўл, оёқ ва чаноқ суяқларини жанговор шикастлари</p>	2 соат	<p>Проф. Ахмедов Р.М. Асс.Норов Ф.Х.</p>	Жадваллар	<p>Ахборот –муаммовий Укитиш ЭЛ.вариант</p>	<p>1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. - Тошкент. 2007 й.</p>
---	--	--------	--	-----------	---	---

4	Травматик шок. Узоқ муддатли босилиш синдроми. Кўкрак кафаси ва қорин сохаларини жанговор шикастлари	2 соат	Проф. Ахмедов Р.М. Асс.Норов Ф.Х.	Жадваллар	Ахборот – муаммовий уқитиш Эл.вариант	1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
5	Хароратли шикастлар. Комбинирлашган шикастлар. Бош суяги, бош мия, умуртқа поғонаси ва орқа миёни жанговор шикастлари	2 соат	Проф. Ахмедов Р.М. Асс.Норов Ф.Х.	Жадваллар	Ахборот –муаммовий уқитиш Эл.вариант	1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
	Ж а м и:	10 с				

ЖАРРОҲЛИК ВА ҲАРБИЙ ДАЛА ЖАРРОҲЛИГИ ФАНИДАН АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР ИШЧИ ДАСТУРИ

2019-2020 ЎҚУВ ЙИЛИ

2 курс учун						
№	Маъруза №	Соатлар микдори		Амалий машғулотлар номи ва унинг мазмуни	Техник воситалар	адабиётлар
		А\м	К\М			
1	2	2	3	Кўп миқдорда жароҳатланган беморлар келганда тиббий эвакуация босқичларида жароҳатланганларни саралаш принциплари.	Слайд 1 қисм	Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
2		2	3	Яралар, уларни босқичларда даволаш ва кўчириш.	Слайд 4 қисм. Жадвал	Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
3	2	2	3	Яра инфекцияси. Сепсис.	Слайд 3 қисм Жадвал-	1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
4		3	3	Йирик қон томирларни шикастланиши, қон оқиши ва қон куйиш техникаси	Слайд 3 қисм Жадвал-	1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.

5	2	2	3	Травматик шокни келиб чиқиши.	Слайд 3 қисм Жадвал-	Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
6	2	2	3	Узоқ муддатли босилиш синдроми биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.	Слайд 3 қисм Жадвал-	1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
7		2	3	Қўл ва оёқларни жангвор шикастларида тиббий ёрдам кўрсатиш	Слайд 3 қисм Жадвал-	1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
8	2	3	3	Комбинацияланган ва кўшма жароҳатларида тиббий ёрдам кўрсатиш.	Слайд Жадвал-	1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
9		2	3	Калла, бош, мия, умуртқа ва орқа мия жангвор шикастларида тиббий ёрдам кўрсатиш.	Жадвал-	1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
10		2	3	Кўкрак қаси аъзоларини жангвор шикастлари тиббий ёрдам кўрсатиш..	Слайд 3 қисм Жадвал-	Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.

11		2	3	Корин аъзоларини жанговор шикастлари тиббий ёрдам кўрсатиш.	Жадвал-	Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
12		2	3	Чаноқ ва чаноқ аъзоларини жанговор шикастларида тиббий ёрдам кўрсатиш..	Жадвал-	Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г. 2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
13		-	-	Яқуний назорат		
Ж а м и:						
10						
26						
36						

ЖАРРОҲЛИК ВА ХАРБИЙ ДАЛА ХИРУРГИЯСИДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ФАНИДАН МУСТАҚИЛ ИШЛАР РЕЖАСИ

№	Мавзу	Соат
1	Қўшма жароҳатлар.	6
2	Травматик шикаст олганларга босқичларга боғлиқ ҳолда ёрдам бериш	6
3	Постгематрансфузион шок.	6
4	Футлярли новокаин билан блокадалаш	6
5	Узоқ босилиш синдромида жарроҳлик амалиётлари	6
6	Плевропульманал шокнинг этиология и патогенези, клиникаси ва даволаш.	6
7	Қон йўқотилиши кузатиладиган травматик шикастларда ўткир буйрак етишмаслиги келиб чиқиш механизми.	5
8	Гемосорбции, плазмофорез, гемодиализ усуллари	5
9	Аутодермапластика.	5
10	Ҳароратли комбинациялашган шикастланишларда даволаш усуллари	5
	ЖАМИ:	56

2019-2020 ЎҚУВ ЙИЛИ

1.3. Бошқа фанлар билан интеграцияси: одам анатомияси, патологик анатомия, нормал физиология, патологик физиология, клиник фармакология, ички касалликлар.

АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР РЎЙХАТИ:

1. Полк тиббий пунктида травматик шок ҳолатидаги ярадор аскарга тиббий ёрдам кўрсатиш ҳажми.
2. Оёқни узоқ босилиш синдромида кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам.
3. Ҳарбий дала шароитида термик куйишларда биринчи тиббий ёрдам.
4. Ўқ отар қуролдан кўкрак қафаси жароҳатланишида бирламчи жароҳатга окклюзион боғлам қўйиш.
5. Қоринни ўқ отар қуролидан очиқ жароҳатланишида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
6. Ўқ отар қуролдан умуртқа поғонаси шикастланишида кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам.
7. Ўқ отар қуролдан болдир соҳаси жароҳатланишида биринчи ёрдам кўрсатиш.
8. Полк тиббий пунктида иприт билан зарарланган ярадор аскарга кўрсатиладиган ёрдам турлари.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбаалари

Асосий адабиётлар:

1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г.
2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.

Қўшимча адабиётлар

1. И.Ю. Быкова, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. «Военно-полевая хирургия» Учебник. – Москва. Издательство ГЭОТАР-Медиа. 2009 г.
2. Е.К.Гуманенко. «Военно-полевая хирургия» Учебник. – Санкт-Петербург. ООО "Издательство Фолиант" 2008 г.
3. Е.К.Гуманенко. «Военно-полевая хирургия» Учебник. – Санкт-Петербург. ООО "Издательство Фолиант". 2008 г.
4. С.А.Жидков, В.Е.Корик, В.Г.Богдан. «Боевая хирургическая травма»: Методические указания. – Минск. ООО “Издательство Фолиант”. 2007 г.
5. В.А. Попов. «Физиологические основы военно-полевой и неотложной хирургии». Методическое пособие для практикующих врачей. Санкт-Петербург. Издательство ЭЛБИ – Санкт – Петербург. 2003 г.
6. Н.А.Ефименко. «Военно-полевая хирургия». Учебник. -Москва. Издательство Медицина. 2002 г.
7. С.А.Жидкова, С.Н.Шнитко. «Военно-полевая хирургия»: Учебник. -.Гродно. Издательство Гродно ГрГМУ. 2001 г.
8. А.К.Равской, А.А. Люфинг, Е.А.Войновский, В.М.Клипак. «Огнестрельные ранения живота и таза». Руководство. Москва. Издательство М.: Медицина, 2000 г.
9. Х.А.Мусалатов. «Хирургия катастроф». Учебник. Москва. - Издательство Медицина, 1998 г.
10. П.Г.Брюсов, В.М.Шаповалов, А.А.Артемьев. «Боевые повреждения конечностей». – Москва. Издательство ГЭОТАР. 1996 г.

Интернет сайтлари

- 1.<http://www.ejbjs.org>
- 2.<http://www.jbjs.org.uk>

3. <http://www.traumatic.ru>

4. <http://www>

ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврни

тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар

мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР

Расмий нашр

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ УЗБЕКИСТАНА

Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана

Государственный образовательный стандарт высшего образования

ТРЕБОВАНИЯ

к необходимому содержанию и уровню подготовленности бакалавра по направлению 5111000-

Профессиональное образование (5510100-Лечебное дело)

Издание официальное

Тошкент

СУЗ БОШИ

ИШЛАБ ЧИКИЛГАН ВА КИРИТИЛГАН:

Олий ва урта махсус, касб-хунар таълимини Ривожлантириш
маркази;

Тошкент Тиббиёт академияси

Т АС ДИК, ЛАНГ АН ВА АМАЛГА КИРИТИЛГАН:

Узбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлигининг 201 йил « »
даги - сонли буйруғи.

Мазкур стандарт Узбекистон Республикаси %удудида амалга киритилиши (амал
чилишининг тухтатилиши) ва унга узгартиришлар киритилиши тугрисидаги маълумотлар
«Узстандарт» агентлиги томонидан нашр этилувчи курсаткичларда чоп этилади.

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти 5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврларнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган ТАЛАБЛАР

Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана
Государственный образовательный стандарт высшего образования ТРЕБОВАНИЯ к необходимому содержанию и уровню подготовленности врача общей практики, педагога по направлению 5111000- Профессиональное образование (5510100-Лечебное дело) State Educational Standards of Continuous Education of Uzbekistan State Educational Standards of Higher Education REQUIREMENTS to necessary contents and level of general practitioner training the teacher by speciality of 5111000- Vocational training (5510100-Medical deal)
Амал қилиш муддати « /£ »Р-^/ 2013йилдан

^улланиш соҳаси

201 йилгача

Олий таълимнинг мазкур давлат таълим стандарти (ОТ ДТС тайёрлашнинг 5111000-Касб таълим и (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврни тайёрлашнинг асосий таълим дастурлари узлаштиришни амалга оширишда Ўзбекистон Республикаси ҳудудидаги барча олий таълим муассасалари учун талаблар мажмуини ифодалади.

Олий таълим муассасаси мазкур таълим йуналиши буйича кадрлар тайёрлаш ваколатига эга булганда ДТС асосида таълим дастурларини амалга ошириш ҳуқуқига эга деб ҳисобланади. ОТ ДТСнинг асосий фойдаланувчилари:

мазкур таълим йуналиши ва тайёргарлик даражаси буйича фан, техника ва ижтимоий соҳа ютуқларини ҳисобга олган ҳолда асосий таълим дастурларини сифатли ишлаб чиқиш, самарали амалга ошириш ва янгилаш учун масъул олий таълим муассасаларининг профессор - уқитувчи жамоалари;

таълим йуналишининг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича укув- тарбия фаолиятини самарали амалга оширувчи барча ходимлари ва талабалари;

Ўз ваколат доирасида битирувчиларнинг тайёргарлик даражасига жавоб берадиган олий таълим муассасаларининг бошқарув ходимлари (ректор, проректорлар, укув оулими Bel Д6КЗНЗТ)"

С - битирувчиларнинг тайёргарлик даражасини баҳолашни амалга оширувчи Давлат аттестация комиссиялари;

олий таълим муассасасини молиялаштиришни таъминловчи органлар,

олий таълим тизимини аккредитация ва сифатини назорат қилувчи ваколатли

Давлат органлари;

таълим йуналишини ихтиёрий танлаш ҳуқуқига эга оулган айтириентлар ва бошқа манфаатдорлар.

Атамалар, таърифлар, қисқартмалар

Мазкур стандартда Ўзбекистон Республикасининг «Таълим тугрисида»ги Қонуни, Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури ҳамда олий таълим соҳасидаги халқаро ҳужжатларга мос равишда атамалар ва таърифлардан фойдаланилган:

касбий фаолият тури - таълим йуналишига узгартишлар киритиш мақсадида касбий фаолият объектига таъсир қилишнинг методлари, усуллари, услублари ва тавсифи, компетенция - маълум соҳада муваффақиятли фаолият юритиш учун билимлар,

амалий малакалар ва шахсий сифатларни қуллаш қобилияти,

модул - тарбиялаш ва уқитишга йуналтирилган мақсадлар ва натижаларга нисбатан муайян мантикий тугалланганликка эга булган укув фани (курси) ёки укув

фанлари (курслари) қисмларининг мажмуаси;

таълим йуналиши - муайян касбий фаолият доирасидаги турли даражадаги

таълим дастурларининг мажмуи;

касбий фаолият объекти - предметлар, воқелиқлар, жараёнлар ва фаолият

доирасида харакатга йуналтирилган тизимлар; ^
касбий фаолият сохасн - илмий, ижтимоий, иктисодий, ишлаб чикаришда намоён буладиган касбий фаолият объектларининг мажмуи;
бакалавриятнинг асосий таълим дастурлари (оакалаврият дастури) - талабаларнинг тарбияси ва тайёргарлик даражаси сифатини таъминлашга йуналтирилган укув режаси, укув курслари, предметлари, фанлари (модуллари)нинг дастурлари, малакавий амалиётлар дастурлари, укув жараёни жадвали ва ^мос равишдаги таълим технологияларини амалга оширилишини таъминловчи укув-услуоий мажмулари методик материаллар; ^
профиль — асосий таълим дастурининг аник касбий фаолиятнинг муайян тури ёки объектига йуналганлиги;
укув-урганиш натижалари — узлаштирилган билимлар, амалий малакалар, куникмалар мажмуи;
ук>'в цикли - мос илмий ёки касбий фаолият доирасидаги билимлар ва амалий малакаларни узлаштириш ва куникмаларни шакллантиришни таъминловчи асосий таълим дастурларидаги фанларнинг мажмуи.
АРМ - ахборот ресурс маркази;
ИТИ - илмий тадкикот ишлари;
ОТМ - олий таълим муассассаси;
КВП/ШВП - кишлок/шахар врачлик пункта
Таълим йуналишининг тавсифи
Ушбу таълим йуналишини камраб олувчи олий таълимнинг асосий таълим дастурлари амалга оширилади, уни назарий ва амалий машгулотларини тулик узлаиггирган, якуний давлат атгестациясидан муваффакиятлиг утган шахсга «фа^лавр» малакаси (даражаси) хамда олий маълумот тугрисидаги давлат намунасидаги расмий хужжат(лар) берилади
Асосий таълим дастурининг меъёрий муддати ва мос малака(даража)си 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Асосий таълим дастурининг муддати ва битирувчилариинг малакаси

Таълим дастурининг номи	Малака (даража)	Таълим дастурини узлаштиришнинг меъёрий муддати
Бакалаврият таълим дастури	Бакалавр	7 йил

5111000- Касб таътши (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалавры» т таълим йуналиши буйича бакалаврлар касбий фаолиятининг тавсифи

Бакалаврлар касбий фаолиятининг сохаси

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши согликни саклаш сохасидаги цуналиш булиб, у тиббиёт сохасини ривожлантиришга , истикболини белгилашга , касбий куникмага, мутасаддилик кобилиятига йуналтирилган инсон фаолиятининг воситалари, усуллари, методлари ва услубларининг мажмуасини камраб олади.

Бакалаврнинг касбий фаолияти куйидагиларнн камраб олади:

Бириктирилган ахоли орасида куп учрайдиган касалликларни олдини олиш ва даволаш;
Тиббий маслахат бериш;

Белгиланган давлат стандарти асосида бириктирилган ахолига касалхонагача шошининч тиббий ёрдамни курсатиш;

Санитар ва эпидемияга царши комплекс чора-тадбирлани ташкил этиш ва утказиш:
профилактик эмлаш, бириктиришган худудларда инфекцион учоцлар билан алокада

булганларнинг санитар ҳолати буйича умумий назорат, бириктирилган аҳолини хавфли эпидемиологик ҳолат буйича оғохлантириш;

-Аҳоли орасида санитар-гигиеник тарбия, рационал овқатланиш, зарарли одапиари бшан курашиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, шунингдек, усмирларни соғломлаштириш, она ва бола саломатлигини химоя қилиш, режалаштирилмаган хомиладорликни олдини олиш, оипани рационал режалаштириш буйича чора-тадбирларни ташкил этиш ва утказиш;

-Аёлларни хомиладорлик ва хомиладорликдан кейинги даврда кузатиш, кукрак сути бичан боқишни кенг тарғибот қилиш;

-Якка яшовчилар, цариялар, ногиронлар, сурункали касалликлари мавжуд беморларни ижтимоий ёрдам курсатувчи ташкилот ходимлари бичан биргаликда тиббий-ижтимоий ёрдам курсатиш ва патронажни назорат қилиш;

-Сурункали касалликларни эрта аниқраш мақсадида профилактик ва мақсадли тиббий курик утказиш, бириктирилган аҳолининг умумий диспансеризацияси;

-Ижтимоий ҳолатга боғлиқ касалликларга шрши курашишнинг даволаш- профилактик чора-тадбирларини утказиш;

Беморларнинг вақтчалик меҳнатга лаёқатс Ижтимоий ҳолатга боғлиқ касалликларга царши курашишнинг даволаш-профилактик чора-тадбирларнинг утказиш;

-Беморларнинг вштиталж меҳнатга лаёқатсизжини а,гц,аш ҳамда ВКК ва ВТЭЖга юбориш; „ й

Тасдиқланган шаклдаги ҳисобот хужжатларини сифатли ва уз вақтида тулдириш;

2 Бакалаврнинг касбий фаолият объектлари

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврнинг касбий фаолиятининг объектлари- соғлиқни сақлаш тизимида даволаш ва кузатиш назоратида булган соғлом одамлар, беморлар ва академик лицей ва тиобиет коллежидаги укув жараёни.

Бакалаврнинг касбий фаолият турлари

5111000- Касб таълими (5510100-Даволаш иши) йуналиши буйича бакалавр умум касбий ва махсус тайёргарлигига мувофиқ куйидаги:

Бакалаврларнинг касбий фаолияти турлари:

тиббий-профилактик. соғломлаштириш, санитар-гигиеник, профилактик ва эшдемияга царши тадбирларни ишлаб чиқиш ва утказиш, одамларининг саломатлигига таъсир этувчи хавф омилларини олдини олиш; _

тез ва шошилич тиббий ёрдам:кечиктириб булмайдиган диагностикаси ва бирламчи тиббий ёрдам тадбирларини мустанцил бажариш;

даволаш-диагностик: кенг тарқалган касалликларни касалхонадан ташқари клиник ва лаборатор-инструментал диагностикаси, мутахассислар курсатмаларига кура консултация ёки госпитализация; _ _

реабилитация:психологик статусни, касбий ва жисмоний фаоллигини цаита тиклаш; _ _

тиббий-ижтимоий:социал муҳофаза органлари ва меҳрибонлик хизматлари билан бирга оилага ва алоҳида гуруҳларга социал-гигиеник, тиббий-демографик ва социал-психологик хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда хизмат курсатиш; ^

илмий-тадқиқот: акту ал илмий тиббиёт текширишларни утказишда қатнашиш;

ташқиллаштириш-методик: режалаштириш, ҳисобга олиш, саломатликни ва даволаш-профилактика мусасаларини фаолиятини асосий курсаткичлар анализи, консултация!ар ва методик семинарларни утказиш каби касбий фаолият турларини бажариши.

педагогик: тасдиқланган укув режа ва дастурлар асосида академик лицей ва касо- хунар коллежларида касб таълими уқитувчиси сифатида ишлаш ҳамда бошқа касбий фаолият турларини бажариши мумкин;

укув-методик: ушбу йуналишлар буйича таълимни амалга оширувчи вазирликлар, унинг тармок бошкармалари ва муассасаларида методист булиб ишлаш, тарбиячилик: академик лицейлар ва тибойёт коллежларидан ташкари муассасаларда;

илмий-тадк,ицот\ педагогик экспериментлар утказиш ва унинг натижаларини кайта ишлаш.

Ташкилий-бошцаруув фаолияти;

УМКХГ тизимида педагогик фаолияти;

Ижтимоий ва жамоа сох,асидаги фаолияти кабиларни уз ичига олади.

Бакалавр тайёрланадиган касбий фаолиятнинг муайян турлари таълим жараёнининг манфаатдор иштирокчилари билан хамкорликда олий таълим тизимитомонидан аникланади.

Бакалаврлар касбий фаолиятиинг вазифалари

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалавр таълим дастурини узлаштириш натижасида касбий тайёргарликнинг асосий турлари ва профил тайёргарлигига мос куйидаги касбий вазиф^ларни ечиши керак:

Илмий ва илмий-тадцикот фаолияти:

утказилаётган илмий-тадкикот лойихалари мавзуси буйича моделлар, алгоритмлар, методлар, дастурий ечимлар, инструментал воситаларни тадкикот килиш ва ишлаб чикиш; намунавий методикалар ва бошқалар буйича экспериментал тадкикотларни утказиш ва уларнинг натижапарига ишлов бериш;

илмий-техникавий хисоботлар ва тушунтириш хатларини ишлаб чикиш; -утказилаётган тадкикотлар мавзуси буйича илмий обзорларни ишлаб чикиш, рефератлар ва библиографияларни тузиш;

илмий семинарлар, илмий-техникавий конференциялар ишида иштирок этиш;

илмий-тиббий мавзувий журналларга маколаларни тайёрлаш.

Ташкилий-бошқарув фаолияти:

ишлаб чикариш фаолияти сифатини бошқариш жараёнларини ишлаб чикиш ва тадбик килиш;

ишлаб чикариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур булган ишлаб чикариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш;

-информацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боглик булган ишлаб чикариш жараёнлари мониторинги ва сифатини бахолаш методлари ва механизмларини ишлаб чикиш;

атроф-мухитни мухофаза килиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос келиши борасида ишлаб чикариш жараёнларини назорат килишда иштирок этиш.

УМКХ,Т тизимининг мос таълим муассасаларида педагогик фаолият (педагогик тайёргарликдан сунг):

УМКХ.Т тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича назарий машгулотларни утказиш;

УМКХ,Т тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича амалий ва лаборатория машгулотларини, жумладан укув хоналарида утказиш;

замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт укув машгулотларини ишлаб чикиш ва утказиш;

укитилаётган фанлар буйича дарсларни утказиш учун зарур булган укув-методик хужжатларни шакллантириш ва тузиш;

-укитилаётган фан буйича машгулотларни утказиш учун укитишнинг техник воситаларини ишлаб чикиш ва улардан фойдаланиш;

мустакил таълим ва ижодий кидирув натижасида укитилаётган фан хамда педагогик фаолият сохасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш.

4.5 Таълим олишни давом эттириш имкониятлари

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалавр умумий амалиёт ва куйидаги:

5A510101 - Акушерлик ва гинекология 5A510102 - Эндокринология 5 A510103 - Терапия (йуналишлар буйича)

5A510104 - Оториноларингология

5A510105 - Кардиология

5A510106 - Офтальмология

5A510107 - Юкумли касалликлар (йуналишлар буйича) MZOrating

5A510108 - Дерматовенерология

5A510109 - Неврология

5A510110 - Умумий онкология

5A510111 - Психиатрия

5A510112 - Хирургия (йуналишлар буйича)

5A510113 - Ташхиснинг инструментал ва функционал усуллари (йуналишлар буйича)

5A510114 - Нейрохирургия

5A510115 - Согликни саклашни бошқариш (йуналишлар буйича)

5A510116 - Тиббий психология 5A510117 - Урология

5A510118 - Морфология (йуналишлар буйича)

5A510119 - Наркология

5A510120 - Анестезиология ва реаниматология 5A510121 - Травматология ва ортопедия

5A510122 - Оилавий тиббиёт 5A510123 - Суд тиббиёт экспертизаси 5A510124 - Патологик анатомия 5A510125 - Шошилиш тиббий ёрдам

5A510126 - Фармакология мутахассисликлари ҳамда таълимнинг ваколатли бошқарув органи (лари) томонидан белгиланган, турдош таълим йуналишлари (мутахассисликлари) буйича икки йилдан кам булмаган муддатда магистратурада уқишни давом эттириши мумкин. Педагогик фаолиятни олиб борганда уз малакасини хар уч йилда ошириб туриши керак.

Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилиши натижаларига белгиланган талаблар

5.1 5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши бакалавр йуналиши буйича битирувчи куйидаги умумий малакавий компетенцияларни эгаллаган булиши керак:

а) умумий малакавий компетенциялар:

интеллектуал, маданий, маънавий, жисмоний ва касбий уз-узини ривожлантириш ва такомиллаштириш қобилиятига эга булиши ва бу қобилиятни амалда куллай билиши; тарихий мерос ва маданий анъаналарга хурмат ва эхтиром билан муносабатда булиши, ижтимоий ва маданий фарқларни толерантлик билан қабул қилиши;

тарихий жараёни юритувчи қучларни ва унинг қонуниятларини тушуниши; тарихда зуравонлик ва зуравонлик қилмасликнинг роли, тарихий жараёнда, жамиятнинг сиёсий тузилмасида инсоннинг урнини тушуниши;

дунёқараш, ижтимоий ва шахсий қаби ахамиятга эга булган муаммоларни тушуниши ва уларни таҳлил қилиши;

уз фаолиятида меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлардан фойдалана билиши;

ахлоқий ва ҳуқуқий меъёрлар ва мажбуриятларни ҳисобга олган ҳолда мақсадга эришишда қатъият қурсатиши;

фикрлаш маданиятини эгаллаган булиши, оғзаки ва ёзма нутқини аргументланган ҳолда аниқ баён қилиш қобилиятига эга булиши;

эгалланган тажрибани танқидий қуриб чиқиш қобилияти, зарур булганда уз касбий фаолиятининг тури ва характери узга тўғридан тўғри; ^ ^

ҳаёт фаолияти хавфсизлиги шароитларини умумий баҳолашга қобил булиши, ишлаб чиқариш ҳодимлари ва аҳолини булиши мумкин оулган авариялар, катастрофалар, табиий

офатлардан химоя килиш асосларини ва шикастлашнинг замонавий воситаларини куллаши, улар оқибатларини бартараф килишнинг асосий тадбирларини куллай билиши; касбий фаолиятда табиий-илмий фанларнинг асосий конунларидан фойдаланиш, математик таҳлил ва моделлаш, назарий ва экспериментал тадқиқот методларини куллаш қобилиятига эга булиши;

замонавий ахборот жамият ривожига информациянинг моҳияти ва аҳамиятини тушуниш. Бу жараёнда вужудга келадиган хавф ва таҳдидларни англаш, информация хавфсизлигининг асосий талабларига, жумладан давлат сирини химоя килиш талабларига, риоя килиш қобилиятига эга булиши;

информациями олиш, сақлаш, қайта ишлашнинг асосий методлари, усуллари ва воситаларига эга булиши, информацияни бошқариш воситаси сифатида компьютер билан ишлаш қуникмаларига эга булиши;

глобал компьютер тармоқларида информация билан ишлаш қобилиятига эга булиши;

сузлашувдан кам булмаган даражада бир хорижий тилни эгаллаган булиши;

булиши мумкин булган авария, катастрофа, табиий офатлар оқибатларидан ишлаб чиқариш ходимлари ва аҳолини химоя килишнинг асосий методларига эга булиши;

мустиқил равишда жисмоний тарбия ва соғлиқни мустиқкамлашдан методик тугри фойдаланиш воситаларини эгаллаган булиши, тулакони ижтимоий ва касбий фаолиятни таъминлаш учун жисмоний тайёргарликнинг керакли даражасини эгаллашга тайёр булиши керак.

б) касбий компетенциялар, жумладан:

Умумқасбин компетенциялар:

Даволаш-диагностик фаолият:

инсонга таъсир килувчи атроф муҳит умум-биологик конун-қоидаларни;

қасалликнинг этиопатогенези;

қасалликларни ривожланишига олиб келувчи асосий ижтимоий, иқтисодий, маданий ҳамда оилавий омилларини;

патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятларини;

қасаллик тарқалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал курсаткичлар ва морфологик намоён булишни;

энг қуп тарқалган қасалликлар ва жароҳатларни клиник белгилари, диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниқлаш;

туғруқни ва туғруқдан кейинги даври, хомиладорлик физиологияси ва патологияси;

замонавий хавфсиз ва самарали даволашни, беморларни реабилитациясини;

мутиқассис консултацияси ва госпитализацияга курсатма; аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;

фавқулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам курсатиш усуллари ва тамойилларини билиши;

Тиббий-профилактика фаолият:

асосий қасалликларни тарқалиши ҳамда қасалланишни қамайтиришга қаратилган чора-тадбирларни билиши;

вакцинчалик ва тургун ишга лаёқатсизлигини, вакцинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш; соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот килишни;

бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва технологик масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш қобилиятига эга булиши; ? ;

инсон соғлигини ва унинг ишчанлик қобилиятини сақлаш бўйича ҳдмда меҳнат жараёнида хавфсизликни таъминлаш бўйича методика ва тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилиятига эга булиши;

ишлаб чиқаришда меҳнат хавфсизлиги бўйича мутиқассисларга қуйиладиган талабларни ишлаб чиқиш қобилиятига эга булиши керак.

Илмий-тадқиқот фаолияти:

актуал илмий тиббиёт текширишларни утказишда қатнашиш;
компьютер технологияларини тадқиқ қилишни, экспериментлар утказишни ва улардан олинган маълумотларга ишлов беришни
Интернет тармоғида энг янги илмий, конструкторлик, технологик ва эксплуатацион ютуқлар ҳақида информацияни мақсадга йўналган ҳолда қидириш ва топиш қобилиятига эга бўлиши;
илмий-тадқиқот ва ишлаб чиқариш жамоаси таркибида (тайёрланганлик профилига мос равишда) касбий фаолият масалаларини ечиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Лойихавий фаолият:
бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва долзарб масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш қобилиятига эга бўлиши;
инсон соғлиғини ва унинг ишчанлик қобилиятини сақлаш бўйича услубий тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилиятига эга бўлиши;
бажарилаётган амалий ишлар мавзуси бўйича математик, инфор­мацион ва имитацион моделларни ишлаб чиқиш ва тадқиқот қилиш қобилиятига эга бўлиши;
-лойихавий ва дастурий ҳужжатларни ишлаб чиқиш қобилиятига эга бўлиши;
амалиётда ахборот технологияларининг халқаро ва касбий стандартларини, замонавий парадигма ва методологияларни, инструментал ва ҳисоблаш воситаларини тайёргарлик ихтисослиғига мос равишда қўллаш қобилиятига эга бўлиши керак.

Ишлаб чиқариш-технологик фаолияти:
намунавий технологик жараёнларни ишлаб чиқиш ва уларни қўллаш қобилиятига эга бўлиши;
илмий ва амалий фаолиятда автоматлаштирилган тизимларнинг инструментал воситалари ва муҳитларини ривожлантириш ва уларнинг эксплуатацияси қобилиятига эга бўлиши;
касбий этика кодексига риоя қилиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Ташкил­нй-бошқариш фаолияти:
ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бошқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тадқиқ қилиш қобилиятига эга бўлиши;
ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш қобилиятига эга бўлиши;
инфор­мацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боғлиқ бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини ишлаб чиқиш қобилиятига эга бўлиши;
атроф-муҳитни муҳофаза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос қилиш борасида ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилиш қобилиятига эга бўлиши;
ишлаб чиқариш жараёнида сифатни бошқариш қобилиятига эга бўлиши;
ижрочилар жамоаси ишини ташкил қилиш қобилиятига эга бўлиши;
фикрлар ҳар хил бўлган шароитда бошқарув қарорини қабул қилиш қобилиятига эга бўлиши;
бирламчи звено ишини ташкил қилиш ва уни бошқариш қобилиятига эга бўлиши;
бажарилаётган иш режасини тузиш ва бу ишни назорат қилиш, ишни бажариш учун зарур бўлган ресурсларни режалаштириш, уз ишининг натижаларини баҳолаш қобилиятига эга бўлиши;
ишлаб чиқариш жараёнларининг атроф-муҳитни ва меҳнат хавфсизлигини назорат қилиш тизими талабларига мослигини мониторинг қилиш қобилиятига эга бўлиши керак.

УМКХТ тнзи.мида педагогик фаолият:
УМКХ.Т тизимининг мос уқув муассасаларида тайёргарлик йўналишида назарда тутилган уқув фанлари бўйича назарий машғулотларни утказиш қобилиятига эга бўлиши;
УМКХТ тизимининг мос уқув муассасаларида тайёргарлик йўналишида назарда тутилган уқув фанлари бўйича амалий ва лаборатория машғулотларини, жумладан уқув хоналарида утказиш қобилиятига эга бўлиши;
замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт уқув машғулотларини ишлаб чиқиш ва утказиш қобилиятига эга бўлиши;

укитилаётган фанлар буйича дарсларни утказиш учун зарур булган укув-методик хужжатларни шаклантириш ва тузиш кобилиятига эга булиши;
-укитилаётган фан буйича машгулотларни утказиш учун укитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш кобилиятига эга булиши;
мустиқил таълим ва ижодий кидирув натижасида укитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш кобилиятига эга булиши керак.

Таълим дастурлари буйича бакалаврларнинг бил им, малака ва куникмаларга куйнлган талаблар

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар буйича талаблар:

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар блоқи буйича талаблар Олий ва урта мах-сус таълим вазирлиги тасдиқлаган «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоқи буйича бакалавр тайёрлашнинг зарурий мазмуни ва савиясига куйилган талаблар» асосида белгиланади.

Математик ва табиий-илмий фанлар буйича талаблар

Математик коммуникатив курс

Бакалавр:

математика дунёни билишнинг узига хос усули, унинг тушунчалари ва тасаввурла-рининг умумийлиги;

даво-диагностик аппаратларни тузилиши ва ишлаши принциплари;

информатика ва информацион технологияни замонавий жамиятда урни ва роли, уни сақлаш, кайта ишлаш ва узатиш усуллари; ақида тасаввурга эга булиши;

математик таҳлил, асосий тушунчалари ва методларини;

оддий тизимлар ва жараёнларнинг математик моделларини;

маълумотлар базаларини, дастурий таъминот ва дастурлаш технологиясини;

компьютер ва турли хил воситаларни ишлатишдаги хавфсизлик техникасини бил иши ва улардан фойдалана олиши;

экспериментал маълумотларга ишлов беришнинг асосий методлари ва усулларидан фойдаланиш;

физик факторларни аниқлаш ва идентификациялаш усулларини куллаш;

дастурлаш ва ҳисоблаш техникаси ҳамда дастурий таъминот имкониятларидан фойдаланиш;

компьютер графикаси воситаларини ишлатиш куникмаларига эга булиши керак.

Табиий-илмий курс

Бакалавр:

борлик бир бутун физикавий объект хақидалиги ва унинг эволюцияси;

табиий илмларнинг фундаментал бирлиги, табиатшуносликнинг тугалланмаганлиги ва унинг янада ривожланиши мумкинлиги;

табиатда дискретлик ва узлуксизлик;

табиатда тартиб ва тартибсизликнинг нисбати, объектлар тузилмасининг тартибга солинганлиги, тартибсиз ҳолатга утиш ва унинг акси;

эхтимоллик - табиий тизимларнинг объектив тавсифи эканлиги;

симметрия тамойиллари ва сақланиш қонунлари;

билишда эмпириклик ва назарийлик нисбати;

табиатдаги ҳолатлар ва уларнинг вақт утиши билан узгариши;

термодинамик тизимлар ва параметрлар, термодинамиканинг асосий қонунларидан

амалиётда фойдаланиш, энергетик қурилмалар ва аппаратлардаги термодинамик жараёнларнинг асослари;

материяни ташкил қилишнинг биологик шакллари хусусиятлари, жонли тизимларни кайта тиклаш ва уларнинг ривожланиш тамойиллари;

биосфера ва унинг эволюциясининг йуналиши;

жонли тизимларнинг бир бутунлиги ва гомеостази;

организм ва мухит, организмлар уюшмаси ва экотизимларнинг узаро таъсири;

биомухит ва инсон табиати биоижтимоийлигининг бир бутунлиги нуктаи назаридан уз касбий фаолиятиинг окибатлари хакида тасаввурга эга булиши;
 механика, электр ва магнетизм, тебранишлар ва тулкинлар, квант физикаси, статик физика ва термодинамика, иссиклик-масса алмашинуви, кимёвий тизимлар, моддаларнинг реакцияга киришиш кобилияти, кимёвий идентификация, экологиянинг асосий тушунчалари, конунлари ва моделларини;
 табиий билимларнинг фундаментал константаларини;
 физика, назарий механика, термодинамика, кимё, экологияда тадқиқотнинг назарий ва экспериментал методларини;
 иссиклик ташувчининг мажбурий харакатида, табиий конвенцияда, агрегат холат узгаришида, радиацион иссиклик алмашинувида иссиклик узатишни хисоблашнинг методларини;
 иссиклик-масса алмашинуви жараёнларида ухшашлик назарияси ва улчамларни;
 кимёвий идентификация ва моддаларни аниклаш методларини;
 физик, кимёвий ва биологик моделлашни;
 техникавий курилмаларни куриш учун табиатшуносликдаги энг янги кашфиётлар-ни;
 физикавий, кимёвий ва биологик ходисаларнинг зарарли таъсиридан атроф- мухитни ва инсонни химоя килиш воситалари ва методларини;
 табиатни химоя килиш ва табиатдан оқилона фойдаланишнинг экологик принцип-ларини, табиатга зарар етказмайдиган методларни яратишни билиши ва улардан фойдалана олиши;
 физик, кимёвий ва биологик моделларни тадқиқ килиш;
 ишлаб чиқариш жараёнларида ва техникавий объектларда энг оддий физикавий, ки-мёвий ва биологик тизимларнинг моделларидан фойдаланиш;
 табиий фанларнинг турли булимларига характерли булган қийматларнинг сонли тартибини улчаш ва баҳолаш қуникмаларига эга булиши керак.
 Умумқасбий фан л ар буйича талаблар
 Психологик-педагогик курс
 Бакалавр:
 инсон организми ривожланиши ва усишининг асосий конуниятлари;
 ёшлар ва усмирларнинг ёш даврлари тараккиёти;
 организм ривожланишининг турли даврларида аклий ва жисмоний жихатдан ишчанлиги;
 гигиена-психик ва жисмоний соғлом одамнинг фаолиятини таркибий қисми эканлиги;
 психологиянинг максади, вазифалари ва методлари;
 психологияда шахе муаммоси;
 шахе фаолияти;
 шахени аклий ривожланиши;
 таълим олувчига якка ёндошиш;
 таълим ва тарбия жараёнини бошқариш;
 таълим тизимида педагогиканинг урни ва роли;
 педагогика ва таълим назариясида илмий-тадқиқот методлари;
 укувчи шахеини тарбияси ва ривожланиши;
 таълим-тарбиянинг конунлари ва тамойиллари;
 таълимнинг ташкил этиш шакллари ва методлари;
 Ўзбекистон Республикасида касбий таълимни ривожланиш тарихи;
 “Таълим тугрисида”ги конун ва “Кадрлар тайёрлаш миллий дастури”;
 Узлуксиз таълимнинг максади, мазмуни, тузилиши;
 Урта махсус, касб-хунар таълимини ташкил этиш ва бошқариш тугрисидаги асосий норматив хужжатлар;
 Урта махсус касб-хунар таълими мазмуни;
 касб-хунар коллежларини бошқариш;
 педагогик махорат ва педагогик билимдонлик тушунчаси;
 педагогик фаолиятнинг узига хослиги, касбий билимлар, педагогик кобилиятлар;

педагогик техника ва уни шакллантириш усуллари;
 мулокат маданияти ва уқитувчи фаолиятининг психологияси;
 уқув-тарбиявий иш жараёнида уқитувчиларнинг педагогик мулокат маҳоратини таҳлил қила олиш ва уни амалга ошириш йулларини билиши;
 педагогик технология;
 замонавий педагогик технологиянинг афзалликлари, уларнинг қулланиш ва тавсифи;
 уқув жараёнининг асосий компонентлари ва босқичлари ҳақида;
 уқув жараёнини такомиллаштириш;
 педагогик технологияни диактик лойихалашлириш;
 таълимда ахборот технологиялари;
 Урта махсус касб-хунар таълим муассасаларида таълимни ташкил этиш шакллари, усуллари, воситалари;
 Урта махсус касб-хунар таълим муассасаларида кичик мутахассис тайёрлашга давлат томонидан қуйилган талаблар;
 умумқасбий фанларни ўқитиш методикаси;
 Урта махсус касб-хунар таълими тизимида ишлаб чиқариш таълими методикаси;
 ишлаб чиқариш амалиётларини ўтказиш методикаси;
 касб таълими дидактикаси ва методикаси асослари;
 ўқитувчининг ўқув-ўқувчи хужжатлари;
 касбий билим, қуникма ва малакаларни ўзлаштириши ва назорати;
 замонавий таълим технологиялари ҳақида тасаввурга эга бўлиши;
 организмнинг атроф муҳит билан ўзаро боғлиқлигини;
 индивидуал профилактика-шахс саломатлигини асоси эканлигини;
 соғлиқ зарарқунандалари ва уларнинг профилактикасини;
 соғлом турмуш тарзининг ижтимоий ва физиологик шарт-шароитларини;
 болалар саломатлигини сақлашда оиланинг ролини;
 шахе психологиясини;
 шахе фаолиятини;
 ёш даврларда психиканинг ривожланиш даврини;
 ақлий ривожланишнинг ўсиш йулларини;
 тарбия методлари ва тамойилларини;
 Урта Осиё мутафаккирларининг педагогик фикрларини;
 таълимнинг ўзлуксизлиги ва ўзвийлигини;
 Урта махсус, касб-хунар таълим муассасаларида касбий таълимнинг мақсади ва вазифаларини;
 Урта махсус касб-хунар таълим муассасаларида касблар ва мутахассисликларнинг синфланишини;
 Урта махсус касб-хунар таълим мазмунига қуйиладиган талабларни;
 умумий касб-хунар таълими моҳияти ва тавсифини;
 мулоқот маданияти ва ўқитувчи фаолиятининг психологиясини;
 касбий-педагогик мулоқат технологиясини;
 ўқитувчи шахсини шаклланиш жараёнини;
 - педагогик фаолиятнинг ўзига хослигини;
 янги билим, қуникма ва малакаларни шакллантириш усуллари;
 педагогик лойихаларни амалга оширишда шакл ва методларни оптималлаштиришни;
 ўқув жараёнини тузишда педагогик технологиянинг элементларини;
 ўқитишнинг фаол методларини;
 ўзлаштириш назорати ва тузатишнинг маъноси ва ўларга қуйилган талабларни;
 компьютерлар-ўқув жараёнини бошқариш ва ташкил қилиш воситаси эканлигини;

электрон укитиш воситаларини;
назарий укитиш методикасини;
ишлаб чиқариш таълими методикасини;
касбий билим, куникма ва малакаларни шакллантириш методларини;
педагогик технологиялар ва уларни укув жараёнига тадбик этишни;
фаол укитиш методларини;
укитувчининг укув режалаштириш хужжатларини ишлаб чиқишни;
Урта махсус касб-хунар таълим муассасаларида амалий машгулотларни
)п:қазишни;
ишлаб чиқариш таълими ва ишлаб чиқариш амалиётларини утқазиш методларини билиши
ваулардан фойдалана олиши;
ёшлар ва усмирларнинг ёш даврлари тараккиёти;
согликни яхшилашнинг оқилона методлари;
согликни мустахкамлашнинг ноанъанавий методлари;
организм саломатлигини таъминлашда овқатланиш тартиби;
ижтимоий мухитда узаро муносабат;
укувчиларда психологик ташхис қуйиш;
таълим олувчининг шахсий сифатларини аниқдаш;
касб буйича билим, малака ва куникмаларни шакллантириш;
таълим тарбия жараёнини бошқариш;
укувчиларда педагогик ташхис утқазиш;
таълим тарбиянинг кенг тарқалган методлари;
тарбиявий тадбирларни ташкил этиш, таълим жараёнида янги педагогик
технологияларни куллаш;
укувчиларни фаолиятини фаоллаштириш;
кичик мутахассисларнинг касбий билим, куникма ва малакаларини
шакллантириш қонуниятлари;
касбий таълимнинг хорижий давлатлар тажрибаси билан алоқаси;
таълимнинг дуаль тизими;
Ўзбекистон Республикасида касбий таълимни ривожланиши;
педагогик техника ва уни шакллантириш усулларини куллай олиш;
. педагогик тажрибани тахдил қила олиш ва уни амалга ошириш;

педагогик вазиятларни ва педагогик масалаларни хал килиш технологиясини куллаш;
тарбия фаолияти технологиясини амалда куллай олиш ;
укув жараёнида педагогик технологияларни куллаш;
укитишнинг фаол методларидан фойдалана олиш;
укувчиларни баҳолаш ва назорат килиш мазмунини тулик тушиниб куллай олиш;
таълимда ахборот технологияларидан фойдалана олиш;
электрон укитиш воситалари ва уларни дарсда куллай олиш;
таълим самарадорлигини ошириш шакл ва методларини ажрата олиш;
таълим мазмунини танлаш мезонлари;
замонавий укитиш воситалари ва фаол укитиш методларини куллаш билан умумкасбий
фанларни педагогик технологиясини лойихалаш;
касбий билим, малака ва куникмаларни баҳолаш ва тахлил килиш;
назарий ва ишлаб чиқариш дарсларини утказиш;
курс ва битирув малакавий ишларга куйилган талаблар буйича амалий малака ва
куникмаларга эга булиши лозим.

Умумий патология курси

Бакалавр:

патологик холатнинг асосий қонуниятлари ва ривожланиш механизмлари;
касалликнинг этиология ва патогенези;
типик патологик жараёнлари патофизиологияси;
патологик жараённи урганишда экспериментал ёндошувнинг ахамияти;
суд тиббиёт экспертизалари асослари;
дори воситалар механизми ва уларнинг организмга таъсири ,\ак,ида тасаввурга эга булиши;
патологик холатларда организмдаги асосий физиологик курсаткичлар;
организмнинг мослашиш-компесатор жараёнлари;
дори воситаларни куллашга курсатма ва қарши курсатмаларни билиши ва улардан
фойдалана олиши;
турли экспертизаларни утказиш;
суд тиббиёт эксперти ишида тиббий хужжатларини расмийлаштириш;
турли дори воситаларига рецeпт ёзиб бериш куникмаларига эга булиши керак.

Профилактик тиббиёт курси

Бакалавр:

инсон организми ва органлари тузилишга, ривожланишига ва функциясига ижтимоий, физик
ва табиий омилларнинг таъсири;
экологик фалокатлар ва экстремал холатларда инсон холатини патологик асослари ҳақида
тасаввурга эга булиши;
инсонга ташқи кимёвий ва биологик зарарли таъсирлар ҳамда атрофни ураб турувчи
зарарлардан химоялаш усуллари ва воситалари;
профилактик эмлашни утказиш усуллари ва унга курсатма, қарши курсатма,
кален дар режаси;
оналик ва перинатал улимни олдини олиш тамойиллари;
оилани режалаштириш, этика, психология, жинсий тарбия, гигиена, жинсий муносабат,
контрацепция воситаларини куллаш ҳақидаги саволлар;
эпидемияга қарши химоялаш ва фуқаро муҳофазаси чора-тадбирлари;
фавқулотда вазиятлардаги оммавий шикастланиш уюқларида тиббий ёрдамни
ташқиллаштира билиш ва улардан фойдалана олиши;
соғлиқни сақлашни режалаштиришни, молияштиришни давлат ҳуқуқий йуналишлари
асосида бошқара олиш;
соғлиқни сақлаш тизимидаги асосий амалдаги директив хужжатлар;
вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасига асосланиб «касаллик варақасини бе-риш
тартиби» курсаткичига қараб ВТЭК га юбориш;

саломатлик холатини асосий курсаткичи ва даволаш-профилактика муассасаларини фаолиятини тахлилий методлари (тиббий статистика) ва уларнинг ахамиятини билиши ваулардан фойдалана олиши;
шифокорлик этика ва деонтологияси;
тиббий статистикани куллаш;
социал ахамиятга эга касалликларни эпиддиагностикасини куллаш;
меъёрий хужжатлар тузиш;
УАШ асосий хужжатларини тулдириш (амбулатор карта, касаллик варакаси ва Х.к.)
куникмаларига эга булиши керак.
Терапевтик фанлар курси Бакалавр:
консультатив куникмалар;
касаллик кузгатувчиси ва уни узгарувчанлиги;
энг куп таркалган терапевтик ва шошилинч холатларга кирадиган касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий куруниши, лаборатор-инструментал диагностикаси ва клиник курсаткичлари, окибати, таркалиши ва асоратларини билиши;
ирсий касалликлар;
беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гурухига караб касалликнинг кечи ши; дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари;
дори воситалари фармакокинетика ва фармакодинамикаси, ножуя ва бошка дори воситалари билан узаро таъсири;
даволаш ва диагностик аппаратларидан курсатма буйича фойдаланиш х;ак,ида та-саввурга эга булиши;
терапевтик сохадаги касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диаг-ностикаси;
дори воситаларини синаб куриш учун терига ва тил остига куллаш усуллари;
асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал курсаткичларни аниклаш;
фармакотерапия самараси ва хавфсизлигини бахолаш усуллари;
дори воситаларини куллашга клиник фармакологик ёндашуви;
тиббийнинг исботланган тамойиллари;
халк табобати ва даволовчи физкультура усуллари;
психотерапия асослари ва тиббий психологик ёрдам;
профилактика асослари ва жинсий йул билан утадиган касалликларни клиникаси, ОИТС, ионловчи ва ионлови булмаган нурланиш, наркомания ва токсикоманияни билиши ва улардан фойдалана олиши;
тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя килиш;
беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтиришга эришиш ва жавобгарлигини хис килиш;
амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошка тиббий хужжатларни расмийлашти-риб беморларни кабул килиш;
ташхисни куйиш ва ифодалаш;
беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;
дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;
реабилитация ва диспансеризация утказиш;
шошилинч холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;
тиббий адабиётлар ва моногарфиялар билан, илмий-методик кулланмалар билан ишлаш;
компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.
Жаррохлик фанлар курси .
Бакалавр:

хирургик сохадаги касалликларнинг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий куриниши, лаборатор - инструментал диагностикаси ва клиник курсаткичларини, окибати таркалиши ва асоратларини;
беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гурухига караб касалликнинг кечиши;

операцияларга курсатмалар ва карши к^афсатмалар;
реанимация ва анестезиология асослари;

жаррохлик йули билан даволаш ва аъзоларни трансплантация килиш методлари;
операциядан кейинги буладиган асоратлард, ак, ида тасаввурга эга булиши;
хирургик сохадаги касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси; ^

асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал курсаткичларни аниклашни билиши ва улардан фойдалана олиши;
тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя килиш;

беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтиришга эришиш ва жавобгарлигини хис килиш;

амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошка тиббий хужжатларни расмийлашти-риб беморларни кабул килиш;

ташхис куйиш ва ифодалаш;

беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;

дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;

реабилитация ва диспансеризация утказиш;

жаррохлик операцияга тайёрлаш;

жаррохлик воситалардан фойдаланиш;

шошилиш холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;

компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.

Оналик ва болаликни х;имоя цилиш курси

Бакалавр:

болалар касалликлари ва энг кенг таркалган акушерлик-гинекология касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий куриниши, лаборатор-инструментал диагностикаси ва клиник курсаткичларини, окибати, таркалиши ва асоратла-ри;

болалар касалликлари ва энг кенг таркалган акушерлик-гинекология касалликлари ёшига, жинсига ва социал касбий гурухига караб касалликнинг кечиши;

дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари х^ак^аида тасаввурга эга булиши; w

педиатрия ва акушерлик-гинекология сохасига дойр касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;

асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал курсаткичларни аниклаш ва лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида фармакотерапия хавфсизлиги ва самарадорлигини бахолаш методлари;

хомиладорликни диагностикаси, кечишини кузатиш, тугишга психопрофилактик тайёрлашни билиши ва улардан фойдалана олиши;

тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя килиш;

беморда юзага келаётган муаммоларини тушунтиришга эришиш ва жавобгарлигини хис килиш;

амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошка тиббий хужжатларни расмийлашти-риб беморларни кабул килиш,

ташхисни куйиш ва ифодалаш;

беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;
дорилар рецептини ёзиш, ёш болаларни ва хомиладорларни назоратга олиш,

реабилитация ва диспансеризация утказиш;
 жаррохлик операциясига тайёрлаш;
 жаррохлик воситалардан фойдаланиш;
 шошилинч ҳолатларда тез тиббий ёрдам курсатиш; ^
 тиббий адабиётлар ва моногарфиялар, илмий-методик кулланмалар билан
 ишлаш;
 компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.
 Ихтисослик фанлари буйича талаблар Ихтисослик фанлари курси
 Бакалавр:
 инсонга таъсир килувчи атроф-мухит, умумбиологик конун-қоидалари,
 касалликнинг этиопатогенези;
 касалликларни ривожланишига олиб келувчи асосий ижтимоий, экономик,
 маданий ҳамда оилавий омиллар;
 патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятлари, ^
 махсус тайёргарликка мос тиббиёт соҳасининг асосий илмий-услубий муаммолари ва
 ривожининг истикболини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан узаро
 алоқаси ҳақида тасаввурга эга булиши; u
 асосий касалликларни тарқалиши ҳамда касалланишни камайтиришга қаратилган
 чора-тадбирларни;
 вақтинчалик ва тургун ишга лаёқатсизлигини;
 вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш;
 касаллик тарқалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал курсаткичлар, энг қўп
 тарқалган касалликлар ва жароҳатларни клиник белгилари,
 диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниқлаш;
 тугрукни ва тугрукдан кейинги давр, хомиладорлик физиологияси ва
 патологияси; замонавий ҳавфсиз ва самарали даволаш, беморлар реабилитациясини,
 мутахассис консултацияси ва госпитализацияга курсатма;
 аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;
 фавкулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам курсатиш усуллари ва
 тамойилларини; ^
 махсус тайёргарликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ булган асосий объектларни,
 ходиса ва жараёнларни, уларни илмий-тадқиқ қилиш усуллари билиши ва улардан
 фойдалана олиши;
 соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилиш;
 беморларни консултация қилиш;
 беморларни мустақил қабул қилиш;
 янги тугилган чақалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш куникмаларига
 эга булиши керак.
 Ихтисослик фанлари буйича бакалавр:
 ихтисосликка мос хизмат соҳасининг асосий илмий-назарий муаммолари ва ривожининг
 истикболини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан узаро алоқасини тушуниши;
 ихтисосликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ булган асосий объектларни, ходиса ва
 жараёнларни билиши, уларни илмий-тадқиқ қилиш усуллари билан фойдалана билиши;
 урганилаётган объектларга қўйиладиган иқтисодий талабларни таърифлаб беришни
 уқдалаши, уларни амалга оширишнинг мавжуд илмий-техник воситаларини
 билиши керак.
 Бакалавр ихтисослигига қўйиладиган муайян талаблар ихтисослик укув фанлари блокадаги
 укув фанларининг мазмуни буйича олий таълим муассасаси томонидан
 узгартирилиши мумкин.
 Интеграл ОСКИга қўйиладиган талаблар
 Интеграл ОСКИда бакалавр фанларнинг ҳамма туркумлари буйича билимлар
 кулланилишини талаб қиладиган тугалланган касбий топширикни ечади.

ОСКИда бакалавр:

муляжларда, фантомларда амалий куникмаларни бажаради;

волонтёрда амалий куникмаларни бажаради;

ситуацион масалалар ечади;

лаборатор-инструментал текширишлар тахлилини утказди.

Малакавий амалиёт буйича талаблар

Малакавий амалиёт Бакалавр:

профилактик чораларни утказиш;

деонтологияга риоя килиш;^

киска вақт ичида беморни клиник текширувдан утказиш, анамнез йиғиш, орган ва

системаларни текшириб чиқиш;

бирламчи аниқ ташхис қуйиш;

клиник ташхис қуйиш учун аниқ текшириш услубларини белгилаш;

таккослама ташхис утказиш;

яқуний ташхис қуйиш;

туғри овқатланиш ва диетани белгилаш;

патогенетик даво буйича рецeпт ёзиш;

поликлиникада тиббиёт хужжатларини тулдириш;

вакцинчалик ишга лаёқатсизлигини белгилаш;

беморни мутахассис консултациясига, қушимча текширув утказиш ва

госпитализацияга юбориш;

ногиронлар ва кам таъминланган аҳолини тиббий курикдан утказиш;

инфекцион касалликларда амалга ошириладиган санитар-оқартув ишлари ва эпиде-мияга

қарши чора-тадбирларни билиши ва улардан фойдалана олиши;

соғлом турмуш тарзини тадбиқ қилиш;

беморларни консултация қилиш;

беморларни мустақил қабул қилиш;

янги туғилган чақалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш қуникмаларига эга бўлиши керак.

Таълим дастурининг мазмуни ва компонентлари

5111000 - Қасб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши

бакалаврларни тайёрлашнинг таълим дастури таълимнинг кундузги шакли буйича 7 йил уқишга мулжалланган бўлиб, қуйидаги вақт таксимотига эга:

Талаба ҳафталик укув юкламасининг максимал ҳажми 54 соат, шундан 264\афта

аудиториядаги укув юкламаси - 36 соатгача, қолган соатлар ҳажми мустақил

таълим учун ажратилади.

Жорий, оралик ва яқуний аттестацияларни ҳисобга олган ҳолда таълим дастурининг умумий ҳажми 7 йиллик укув даври учун ҳафталик юкламаларидан келиб чиққан ҳолда белгиланади.

Таълим дастурини узлаштиришда бир қатор масалалар ёки интеграллаштирилган курслар муаммолари буйича талабаларнинг мустақил таълими қузда тутилади.

6 5111000 - Қасб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича таълим

дастурининг зарурий мазмуни

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий файл ар

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанларнинг зарурий мазмуни «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоки буйича умумий амалиёт врачлар тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қуйилган талаблар» асосида белгиланади.

Математик ва табиий-илмий фанлар

Математик коммуникатив курс

Информатика ва ахборот технологиялари:

ахборот тушунчаси: ахборот туплаш, узатиш, қайта ишлаш ва жамғариш жараёнларининг

умумий тавсифи; инфор­мацион жараёнларни амалга оширишнинг техникавий ва дастуравий

воситалари; функционал ва ҳисоблаш масалаларини ечиш моделлари; алгоритмлаш ва

дастурлаш; юкори даражадаги дастурлаш тиллари; маълумотлар базаси; дастуравий таъминот ва дастурлаш технологияси; компьютер графикаси асослари.

Тиббиёт техникаси ва янги тиббиёт технологиялари:

Тиббий анжомлар, аппаратларнинг тузилиши ва ишлаш принциплари; касаллик профилактикасида, диагностикасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт технологиясининг устунлиги ва камчиликлари; тиббий ёрдамни ташкил қилишда янги коммуникацион технология: беморнинг электрон картаси, видеоконференция, телетиббиёт.

Касаллик профилактикасида, диагностикасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт технологиясининг устунлиги ва камчиликлари; тиббий ёрдамни ташкил қилишда янги коммуникацион технология: беморнинг электрон картаси, видеоконференция, телетиббиёт.

Табиий-илмий курс

Тиббий биология ва генетика:

Тирикликни ташкил қилишни молекуляр-ирсий, хужайравий, органик тизим даражасида, хужайра элементар генетик ва структур-функционал биологик бирлик сифатида; умумий ва тиббий ирсиятнинг биологик қонуни тиббиётда биотехнология ва генетик муҳандисликда тиббий биологик аспектлар инсон онтогенезида биологик ва социал сабабларга асосий қонунларни узаро таъсир сабаби, унинг онто-филогенезга узаро муносабати; орган ва тизимларни филогенетик ривожланиш босқичи; тур тарқалиши, биоценоз - биогеноценоз тириклик ташкилий даражаси замонавий эволюциянинг сунъий назария, экологиянинг тиббий биологик томонлари, алоҳида натижалари паразитологиянинг экологик асослари.

Биофизика:

Қоинот физик объект сифатида, тулкин ва тебраниш физикаси, тирик организмда биофизик қонунияти, суюқликларни ва туқималарни биофизик хусусиятлари, организмга таъсир қилувчи физик факторлар, биоэнергетика эшитиш ва қуриш физикаси, оптик асбоблар, жаррохлик ва лазер оптика, электрон асбоблар ва аппаратлар; радиоактив, спектроскопик аппаратлар, ЭМП, магнитобиологик улчовлар, таснифи, улчов бирлиги.

Биоанорганик кимё:

Кимёвий жараёнлар, материяни ҳаракати тури сифатида қуриниши, унинг биология ва тиббиётда аҳамияти, кимёвий узаро ҳаракатни асосий қонуни, физик ва каллоид кимё, унинг тиббиётда аҳамияти.

Биоорганик кимё:

Клиник ва профилактик тиббиётда аҳамияти, ишлаб чиқариш муҳити ва атроф муҳит ҳолатини назорат ва диагностикаси учун тиббиётда ишлатиладиган замонавий сифат ва микдорий услублар; органик бирикмаларни кимёвий табиати орасида ва уларнинг биологик табиати орасидаги боғлиқлик.

Биологик кимё:

Тирик организмда кечувчи физик-кимёвий жараёнлар, уларнинг биология ва тиббиёт учун аҳамияти, модда алмашинуви ҳаёт фаолиятининг муҳим белгиси сифатида, оксиллар, углеводлар, липидлар, ферментлар, витаминлар, гормонлар; оксилларни, углеводларни, липидларни ва сув-туз алмашинувининг биокимёвий тузилиши; биокимёвий туқималар ва биологик суюқликлар, гомеостазни норма ва патологиядаги механизми, замонавий текшириш усуллари, уларни утқишиш ва таҳлил замонавий анализаторлари.

Лотин тили:

Тиббий терминологияларни тузишда лотин тилини аҳамияти (анатоми-гистологик, клиник, фармцевтик), фонетика, морфология, синтаксис, суз тузиш, тиббиётда керакли булган лотин терминологиясини ёзма ва нутқий шаклда асосий лексика-грамматик лугат бойлиги.

Одам анатомияси:

Одам танасининг шакли, тузилиши ва ривожланиши, эволюцион, тасвирий ва таснифий йуналиши, остеология, синдесмология, артрология, миология, спланхнология, неврология, эстеziология, инсон танаси ривожланишига ижтимоий ишлаб чиқариш, физик ва табиий

факторларнинг таъсири, анатомияни урганишда замонавий услублар, антропометрия, тирик инсонда анатомияни урганиш, организмни индивидуал жинсий ва ёшига кура узига хослиги; халқаро анатомик терминология асосида (Terminalogia Anatomica, 1998).

Гистология, эмбриология, цитология:

Тукима ва органлар, хужайраларнинг ҳаёт фаолияти, микроскопик ва суб-микроскопик тузилиши; айрим орган ва тизимларнинг гистологик тузилишининг узига хослиги, кон хужайралари ва кон хосил килувчи органлар, мушак, нерв ва ёғ тукималари, иммун органлар, ошқозон ичак тракти, сийдик-жинсий тизими, эндокрин органлар, одам эмбриологияси асоси, гистологияда текшириш усуллари: ёруклик ва электрон микроскопия.

Нормал физиология:

Физиология тиббиётнинг асоси сифатида ташки муҳит билан организмнинг бир бутунлиги, соғлом организмнинг тизими ва хужайра, тукима, органларнинг ишлаш конунлари, функция бошқарув механизми, тизим ва органларнинг хусусий физиологияси, психик функцияларнинг физиологик асоси, инсон хулқининг мақсад сари интилиши. ишлаб чиқариш ва ташки муҳит шароитига инсон организмнинг мослашув асослари, организм функцияларининг текшириш услублари ва асосий физиологик курсаткичлар.

Микробиология, вирусология ва иммунология:

Микроорганизмларнинг тузилиш, ҳаёт фаолияти, тарқалиши ва патогенезининг умумий конуни, кузгатувчиларнинг халқаро таснифи, уларнинг хусусияти, улар тарафидан инфекция касалликларни чакирувчиларнинг патогенетик асоси, микробиологик ташхис услублари, иммунитет, нормада ва патологияда инсоннинг иммун статуси ва унинг регуляцияси, инсон иммун статусининг баҳолаш услублари, бирламчи ва иккиламчи иммунодефицит ҳолат, аллергия, махсус профилактика услублари, вакциналар.

Тиббиёт тарихи

Тарихий тиббиёт тизимлари ва уларнинг асосчилари, тиббиётда деонтология, Гигшократ касами, Абу Али ибн Синонинг роли, саломатликни сақлашда халқ урф-одатларининг ахамияти, замонавий тиббиёт, ЖССТ, глобал дастурлар, Ўзбекистоннинг улқа патологияси, Ўзбекистонининг етакчи шифокор олимлари.

Умумқасбий фанлар Психологик-педагогик курс

Касбий психология:

Кириш Педагогик психологиянинг вазифаси, кулланиш соҳаси, предмета ва асоси муаммолари, методлари. Уқитувчи ва таълим психологи: бир-бирини тушуниш асослари. Таълим муҳитининг психологик тавсифлари. Таълим муҳитининг психологик хавфсизлиги. Таълим жараёни иштирокчиларининг психологик саломатлиги. Таълим муҳитида психодиагностик фаолият.

Ривожлантирувчи уқитиш. Уқитиш психологияси. Ургатиш моделлари ва тажрибани узлаштириш механизмларининг тавсифи. Уқитиш турли моделларининг ривожлантириш имкониятлари. Уқитиш технологияларининг психологик тавсифи.

Уқувчи - уқв фаолиятиинг субъекти сифатида. Уқув фаолияти. Уқув фаолиятини мотивациялаш. Уқув фаолиятида назорат ва баҳолаш. Уқув фаолиятида муваффақиятга эришиш ва эришмасликнинг психологик детерминантлари. Уқитишни индивидуаллаштириш ва дифференциаллаш: уқувчиларнинг еши, жинсий ва индивидуал хусусиятларини ҳисобга олиш.

Педагог фаолиятиинг психологик муаммолари. Тарбиялаш ва уз-узини тарбиялаш психологияси. Уқитувчи ва уқувчи: таълим жараёнида мулоқот ва ҳамкорлик Педагогнинг педагогик фаолиятни эгаллашдаги психологик муаммолар. Касбий педагогик онг ва уз-узини англаш.

Касбий педагогика:

Касбий - педагогик мутахассисликка кириш. Педагогиканинг умумий асослари. Таълим - ижтимоий-маданий феномен сифатида. Касбий таълимнинг шаклланиши ва ривожланиши.

Касбий укув муассасасида таълим жараени ва уни лоиҳалаш. Касбии уқитиш технологиялари. Касбий укув муассасасида тарбиявий иш назарияси ва методикаси. Касбий таълимни бошқариш.

Дидактиканинг асосий назарий муаммолари. Дидактик билим ривожланишининг замонавий тенденциялари.

Касбий уқитиш ва меҳнат бозори. Касбий уқитиш ва амалларни оғжариш назарияси ҳақидаги билимлар. Касбий уқитиш жараёнларининг моделлари. Касбии уқитишда асосий тушунчалар тизими. ^

Фаолиятга йуналган уқитиш назариясининг спецификаси ва асосии тушунчалари.

Фаолиятга йуналган уқитиш назариясининг асослари. _ u

Уқитиш технологияси - амалий педагогик фан сифатида. Фаолиятга йуналган уқитиш методларини технологик таъминлаш процедуралари.

Таълимда ахборот технологиялари:

Касбий таълимнинг инфор­мацион-техник асослари: замонавий инфор­мацион таълим технологиялари (Медиа) ёрдамида уқитиш ва уқиш. Медиани куллаш дидактакасининг асосий хусусиятлари. Медиани куллаш компетенцияси - электрон уқиш ва уқитиш воситаларини танлаш ва ишлаб чиқиш амалиёти. Масофавий уқитиш.

Ахборот технологияларнинг таълимий имкониятлари. Сифатли ва ҳамма уч>н баробар' таълим учун инфор­мацион технологиялар. Уқитишнинг инф=он технологияси (УИТ) дастурий воситаларининг таснифи ва тавсифи Ижодии фикрлаш ривожлантириш буйича УИТ имкониятлари. Таълим тизимини информатизациялашнинг психологик аспектлари.

Электрон укув курслари (ЭУК)ни лойшалаш. Электрон ?кув курсининг модели. ЭУКни яратишда гиперматн технологиясининг имкониятлари. ЭУКни амалга ошириш шакллари ва унинг укув-тарбиявий жараёндаги урни. _

Уқитиш ахборот технологияларининг укув-тарбиявий жараёнга интеграцияси. УИТ укув-тарбиявий жараёнга интеграциялашишининг модели. Уқувчиларни УИТни куллашга мотивациясини шакллантириш. Уқитиш сифатини баҳолашнинг хусуситлари. Microsoft Office воситалари ёрдамида ЭУКни яратиш.

Таълим технологиялари:

Педагогик технологиялар: Уқувни шахси - таълим технологиясида объект ва субъект сифатида. Педагогик технологиялар: тушунчалар; асосий сифатлари; илмий асослари; таснифи. Анъанавий уқитиш.

Гуруҳларда ҳамкорликда ишлашни ташкиллаштириш технологияси. дамкорликда узаро уқиш.

Таълим воситалари - таълим технологиясининг таркибии қисми: таълимнинг техник воситалари; ёрдамчи таълим воситалари; укув услубий материаллар. График органайзерлар. „

Муаммоли уқитиш технологияси. Уйинли технологиялар. Уқитишнинг интерактив стратегияси. Муаллифлик технологиялар. Уқитишни интенсивлаш технологиялари. Уқитишнинг комплекс методлари.

Педагогик мсқорат: педагогик маҳорат ва педагогик технология, педагогик маҳоратнинг назарий асослари. Педагог шахси таълим амалиётида ва педагогик фикр тарихида педагогнинг маҳорати масалалари. Педагогик қобилият. Педагогнинг коммуникатив қобилияти. Мулоқот маданияти ва таълим олувчининг психологик фаолияти. Педагогик техника ва уни шакллантириш усуллари. Уқув ва тарбия жараёнида педагог маҳорати. Педагог меҳнатини ташкил этишнинг илмий асослари. Педагогик тажриба орггириш тизими, тадқиқот методлари, ҳозирги таълим муассасаларида илгор педагогик гоғлар, тажрибаларнинг таракқиёти ва уни ҳаётга татбиқ этиш йуллари. Педагогик маҳорат таракқиёт тарихи. Мустақил малака ошириш ва уз-узини назорат қилиш. Уқув-тарбия жараёнида педагогик мулоқот маҳорати, педагогик тажриба ва уни татбиқ этиш, педагог фаолиятида шарқона муомала маданияти асослари.

Касбий таълим методикаси:

^

Касбий педагогик билимларнинг таъсирланиши\ Касбий педагогика мутахассислиги билан танишув: «касбий педагогика» атамаси; «дидактика» атамаси, дидактика методика орасидаги узаро боғлиқлик; дидактика принциплари; дидактик амаллар; «фаолият жабхаси» тушунчаси; ҚДК ўқитувчиси ва ўқув устаси вазифалари жабхалари; КХК ўқитувчиси ва ўқув устаси малакаларининг йуллари; КХ,К ўқитувчиси ва ўқув усталарининг лидерлик сифатлари.

КХfС ўқитувчиси ва ўқув устаси базавий билимларининг кулланилиши. коммуникациянинг танланган асосларидан фойдаланиш; ўқитишнинг танланган асосларидан фойдаланиш; визуаллашнинг танланган асосларидан фойдаланиш; мотивацияловчи техникани куллаш; гуруҳларга раҳбарликни ва суҳбатларни модерация қилиш.

Касбга оид назарий билимларни бериш". машгулот ва инструктажни режалаштириш, замин ва дастлабки шароитларни баҳолаш; ўқув максадлари ва ўқув мазмунини келтириб чиқариш; машгулот ва (ёки) инструктаж ўтказиш режасини тузиш; ўқитадиган ва ўқийдиган материалларни тайёрлаш; машгулот ёки инструктажни ўтказиш; назарий билимларни тавсифлаш ва баҳолаш.

Иш жойида амалий куникмаларга ўқитиш'. устахонада ўқитишни режалаштириш, 4 босқичли методни куллаш; йуналтирувчи матн методини куллаш; лойихавий методни куллаш; амалий малака ва хулқ-атворни тавсифлаш.

Умумий патология курси

Патологик физиология:

Касаллик ривожланиши ва тузалишининг асосий қонуният ва механизмлари, хасталик ва хасталик олди босқичлари тушунчаси, этиология ва патогенезининг умумий масалалари, шунингдек ижтимоий-экологик омилларнинг ҳисобга олган ҳолда атроф- муҳитни ифлосланиши билан боғлиқ булган хасталикнинг янги этиологик факторлари, маҳаллий ва умумий бузилишларнинг узаро боғлиқлиги; патологияда ирсий ва реактивликни бузилишининг урни; иммуно-патологиянинг намоён бўлиши, химик- патологик жараёнларнинг патофизиологияси (маҳаллий қон айланишининг бузилиши, шунингдек туқима ўсишидаги бузилиши, метаболизм, яллигланиш, талваса, гипоксия), орган ва тизимлар патологиясида функционал узгаришларнинг тавсифи, она-йулдош- ҳомила тизимида патофизиологиянинг ўзига хослиги ва ёши жихатдан ўзига хослиги, уларни тузатишнинг экстремал ҳолати ва асосий принциплари, хасталикларни мо делл аштириш.

Патологик анатомия. Секцион биопсия қурен:

Патологик анатомия - патологиянинг асосий ташкилий ўнсурлари (макроскопик ва гистологик), умумий патологик морфология; туқима патологияси, зарарланиши ва некроз, қон ва лимфа томирларида айланишнинг бузилиши, яллигланиши иммуно-патологик ва компенсатор-мослашувчан жараёнлар, орган ва тизимлар касаллигида хусусий патологик морфология, юқумли касалликларда патологик анатомия; касалликлар-нозология- ташхис- тонатогенез.

Клиник ва патологоанатомик ташхисда асосий, ёндош касалликлар ва асосий касаллик асоратлари, шифокор ва ташхис конструкциясидаги ҳатоликлар, улим ҳақидаги гувоҳномани тулдириш

Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари :

Тирик шахсларни жароҳати оғирлигини ҳисобга олган ҳолда экспертиза қилиш, тез келиб чиқадиган улим ҳолатида мурда экспертизаси; механик жароҳатланишда, захарланишда ашёвий далиллар экспертизаси, ҳужжатларни расмийлаштирилиши.

Тиббий ходимлар ва пациентларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари, соғлиқни сақлаш бўйича қонунчилик асослари, врач фаолиятига тегишли булган фуқаролик- маъмурий ва жиноий ҳуқуқ мейёрлари, тиббий ёрдам курсатиш нуксонлари дифференциацияси, экспертиза қуринишлари.

Фармакология:

Дори воситалари, уларни хайвон ва инсон организмга таъсир этиш механизми, умумий фармакология (фармакокинетика, фармакодинамика) умумий токсикология асослари, хусусий фармакология (хаётий муҳим препаратлар руйхати ва уларнинг орган ва тизимларга таъсири, таъсир килиш механизми, куллашга курсатма ва қарши кўрсатмалар, ёшга боғлиқ булган ҳолда таъсир этишнинг узига ҳослиги, ноҳуя ва захарли таъсири, асоратлари) дори воситаларидан захарланиш ва белгиланган мейёрдан ортиқ истеъмол қилганда ёрдам курсатиш, рецепт тизими, турли патологик ҳолатларда ва турли дори шаклларига рецепт ёзиш усуллари.

Жамоат соғлиғини сақдаш курси

Гигиена экология билан, ХГ:

Атроф муҳитдаги объектларни гигиеник характеристикаси ва уларни аҳоли соғлиғи учун аҳамияти (хаво, қуёш радиацияси, сув, тупроқ) экологиянинг тиббёт аспекти, атроф-муҳит ва инсоннинг узаро таъсири, гигиеник талаблар, болалар ва усмирларни тарбия ва уқитиш шароитида гигиена аҳамияти; меҳнат гигиенаси ва коммунал гигиенасининг асослари, аҳоли озикланиш рационининг аҳамияти, шахсий гигиена, касалхонадаги гигиена принциплари, психогигиенанинг актуал муаммолари, кечувчи ва оғохлантирувчи санитар назорат ҳақида тушунча; бирламчи профилактикадан саволлар; ҳарбийларнинг санитар гигиеник таъсирлаш асослари, касаллик диагностикаси ва даволашда ионлантирувчи нурланишни куллаш.

Инсон организми ва атроф муҳитнинг узаро боғлиқлиги, табиий иқлимий, ижтимоий-гигиеник омилларнинг касаллик пайдо бўлишидаги урни ва роли, касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасининг гигиеник асослари. Даволаш профилактика муассасаларида шифобахш ҳдмояловчи режим, болалар ва усмирларни уқитиш ва овқатлантириш шароитлари, соғломлаштириш тадбирлари.

Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика:

Аҳоли соғлиғи курсаткичлари; уларни ижтимоий гигиеник аҳамияти ва урганиш усуллари, тиббий статистика, она ва бола соғлиғини сақлаш, шифокорлар этика ва деонтологияси, шахар ва қишлоқ аҳолисига тиббий ёрдам курсатишни ташкил қилиш, шифокорлар касбий экспертизаси, санитар эпидемиологик хизмати; тиббий статистика асослари, статистик текшириш усуллари уни аҳоли саломатлиги курсаткичларини баҳолашдаги аҳамияти.

Тиббий хизмат пакетини шаклланиши, бозор сегментацияси, маркетинг стратегиясининг элементлари, бозорда тиббий хизматни ҳаракатлари ва ишлаб чиқариш жараёнлари, соғлиқни сақлашни ташкил қилиш системаси, бошқариш жараёни ҳақида умумий тушунча. Соғлиқ ва соғлиқни сақлаш ижтимоий экологик категория сифатида. Соғлиқни сақлаш реформалари; Соғлиқни сақлашда иқтисодий концепция. Аҳоли саломатлигига таъсир қилувчи иқтисодий факторлар. Бозорни иқтисодий анализи.

6.5.3.13 Валеология:

Аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш, аҳолини соғломлаштириш усуллари ва услулари, соғломлаштириш механизмлари. Соғлом турмуш тарзини тузиш услулари, СТТни тарғибот қилиш усуллари. Утказилган тадбирлар мослиғини баҳолаш тизими.

Эпидемиология, ХЭ:

Эпидемиологик жараён жараённинг омиллари, ривожланиш механизми, қуринишлари, зарарланиш хавфи омиллари тушунчаси, дезинфекция, стерилизация, дезинсекция, дератизация асослари; Ўзбекистонда усувчи усимликлардан тайёрланган дезинфекцияловчи ва дезинсекцияловчи дорилар.

Тезкор профилактика утказиш учун қулланиладиган эмлаш воситалари, эпидемик жараённи ривожлантиришнинг биологик, ижтимоий ва табиий омиллари, турли хил юқумли касалликларни тарқалиши, шахар ва қишлоқ аҳолисининг ҳар - хил гуруҳлари уртасида вақтни ҳисобга олиб юқумли касалликларни тарқалиши; профилактикаси; эпидемик жараённинг утишини узига ҳос томонлари ва ҳарбий жамоаларда профилактика тадбирлари. ^

Юкумли касаллаикларни механизмига ва кузгатувининг учогига нисбатан эпидемияга карши тадбирий чоралар тизимини ишлаб чиқиш; сув ва ҳаво - томчи, ичак. кон юкумли касалликларида эпидемияга карши кураш тадбирлар режасини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш, эмлашнинг кенгайтирилган дастури.

Терапевтии фанлар курси

Шифокор ва бемор: _

Маслаҳат куникмалари, маслаҳат турлари, беморга психологик ёрдам бериш, оемор турлари, узаро шахсий мулоқотдаги куникмалар.

Ички касалликлар пропедевтикаси:

Шикоятларни анамнезини объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, беморни текширишдаги лаборатор ва асбоб ускунавий услублар, кенг тарқалган ички аъзолар касалликларини симптом синдромларини келиб чиқиш механизми; ушбу клиник функционал лаборатор текшириш услублари маълумоти буйича ички аъзолар асосий касалликлари, амалий куника, суров ва физик текшириш услубларини қабул қилиш.

Ички касалликлар. Халқ таъобати:

Этиология, патогенез, клиника, кечиш вариантлари, асорати, диагностика, солиштирма ташхис, ички аъзоларни оғир касалликларини прогнози ва ташхис, кечиш вариантларини солиштирма даволаш ва уларнинг асорати; клиник ташхис қуйишда ва даволашни белгилашда синдромал йуналиш, куникмалар ишлаб чиқиш; терапевтик касаллишир прогнози, профилактика[^], реабилитацияси, диспансеризациям ривожланиш тарихи, илмий асоси, таъсир қилиш услуби; Ибн Сино меҳнатида шарқ таъобати даволаш услуби; игна билан даволаш, қуйдириш, қулоқка игна қуйиб даволаш, нTM уХш, мануал терапия, фито терапия, ва х.к, нафасолиш, юрак кон-томир, хазм. асаб, сийдик ажратиш ва бошқа тизимларни даволашдаги курсатмалар.

Этиология, эпидемиология, патогенез, ҳавф гуруҳлари, дориларга резистент туберкулез клиника, текшириш услуби, эрта ва кийиний ташхис, асоратлар, замонавий даволаш диспансеризация, упка ва упкаданташқари аъзолар ҳар-хил туридаги туберкулез профилактикаси. тез ёрдам курсатиш. Хомиладорлар ва болалар*

ОИТСга чалинган беморларда туберкулезни кечиши; махсус профилактика, меҳнатга лаёқатлиги тугрисидаги экспертиза. Ижтимоий томонлар.

6 5 3 19 Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия:

Шифокор назорати. шифобахш жисмоний тарбия тарбия ва спорт билан шугулланиш учун курсатма, комплекс даволашда бадантарбия ва оеморлар оеабГитацияси; ' инсон организмга физик омилларнинг таъсири; ички аъзолар касалликларини даволашда физиотерапиянинг урни; беморлар реабилитациясида униш аҳамияти; санатор курорт даволаш.

Этиология, Л^o патогенез, эндокрин касалликлар клиникаси, текширишнинг функционал ва лаборатор асбобий услуби; гормон тарқибини аниқлаш услуби, сотиштирма ташхис, даволаш, қуллаб-қувватловчи терапия, диспансеризация профилактика; хомиладорлик даврида беморларда, қарияларда, ийрингли инфекция ва бошқа патологияларда эндокрин касалликларнинг кечиши; оғир ҳолатларда диагностика ва тез ёрдам.

6 5 3 21 Гематология ва ҳарбий дала терапияси. Лаборатория иши.

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма ташхис, гематологик беморлар текшириш услуби; стернал пункциянинг аҳамияти; замонавий даволаш, профилактика, хомиладорлик ва туғиш даврида, оолаларда, қариял рд гематологик касалликларнинг кечиши; трансфузиология, донорлик буича саволлар, асоратлар ва тез ёрдам. Лаборатор инструментал текширувлар натижаларини интерпретация қилиш.

Касб касалликлари:

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма ташхис, кенг тарқалган касбий касалликларнинг биргалиқда даволаш; касб касалликларида ишга жойлашиш ва касалликнинг профилактикаси; шифокор меҳнат экспертизаси, тиобии

хужжатлар.

Клиник фармакология:

Асосий гуруҳ дори воситаларининг клиник фармакологик характеристикаси, фармакотерапия (патологик синдромлар ва шошилич холатларда); дори воситаларининг терапевтик самарадорлигини баҳолашда клиник фармакологик тестлар, амоулятор- поликлиника шароитида фармакотерапия; дори воситалари таъсирини лаоратор инструментал баҳолаш усуллари; дори дармон формуляри.

Юкумли касалликлар, болалар юкумли касалликлари:

Болалар ва катталарда инфекциян касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхиси, киёсий ташхисоти даволаш. кузатиш, диспансеризацияси; инфекциян касалликларда уз вактида специфик ва носпецифик профилактика; асоратлари ва шошилич ёрдам; катталарда болалар инфекцияси.

Тери-таносил касалликлари, ОИТС

Тери-таносил касалликларининг этиологияси, патогенези, клиникаси, ла-боратор ташхисоти, даволаш, деспансеризация килиш, профилактика, ОИТС. конуний далолатномалар, ижтимоий аспектлар.

Асаб касалликлари:

Асаб системасининг клиник анатомияси, симиотикаси ва топик диагностикаси, марказий ва периферик нерв системасининг тугма ва ортирилган касалликларини даволаш- турли ёшдаги аспектларда соматоневрология, асосий симптомлари, этиология , п“зи клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари ва даволаш, шошилич холатлар ва биринчи врачлик ёрдами.

5 3 27 Психиатрия ва наркологиya. Тиббиёт психологияси:

Беморларнинг рухий фаолиятини асосий конуниятлари; нарма ва патология чегараси; даволаш жараёнида ва касалликнинг шаклланишида шахенинг роли, рухий у- «зшш бошқарув, психиатрия асослари, психологик текшириш усуллари, умумий психопатология ва хусусий психопатология, диагностика, даволаш приициплари реабилитация ва онг бузилиши экспертизаси; психосоматик касалликлар, психотерапия^ профилактика, наркологик хизмат; ижтимоий-тиббий хукукии муаммолар; тиббий психология асослари, деонтология, этика, психогигиена; турли патологияли беморлар психологиясининг узига хослиги, беморларга психологик ёрдам.

Нур ташхиси ва терапияси:

Турли нозологикбеморларда учрайдиган касалликларни ультратовуш, рентгенологик, комгаотер-тамографик, радионуклид ва ядро-магнитно-резонанс ташхисоти.Ёмон сифатли усмалар ва усма булмаган касалликларнинг нур терапияси.

Тиббий генетика

Ижтимоий йуналишлар, хатарли гуруҳлар этиологияси, тугма ва орттирилган патологиялар патогенези, клиникаси, цитогенетикаси ва биокимёвий ташхис.

Клиник аллергология

Аллергологик анамнез; тери ва провокацион синамалар. Клиник (умумий кон, пешоб балгам тахлили) ва инструментал текширишлар (спирометрия, пикфлоуметрия, кукрак’ кафаси, бурун олди бушликлари ренгенографияси, риноскопия). Биохимик, иммунологик, бактериологик (балгам, бурун ва томовдан суртма), эндоскопия (бронхоскопия, ЭФГДС), УЗИ, ЭКГ, ошқозон ва 12 бармок ичак ширасининг тахлили. Аллергик касалликларни этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш. даволаш, олдини олиш. Аллергия ва хомиладорлик. Хомиладор ва эмизикли аёлларда гипоаллерген пархезнинг роли.

Жаррохлик фанлар курси

Оператив жаррохлик ва топографик анатомия билан:

Инсон танасида жинсга, ёшга, ва тана тузилишига боғлиқ холда орган туқималарнинг шакли, тузилиши ва бир-бирига нисбатан жойлашуви; орган туқималарга диагностик, даволаш ва тиклаш максатида механик таъсир килиш.

ва

ва

Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан:

Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан; асептика, антисептика, беморларни лаборатор-инструментал текширувларга тайерлаш, анестезиология асослари, клиник ва лаборатор текшириш усуллари, операция турлари, операция олди тайергарлиги, юмшок тукумаларнинг носпецифик йирингли касалликларини жаррохлик йули билан даволаш, кон кетишида ва шикастларда биринчи ёрдам, кон куйиш.

Хирургик касалликлар:

Энг куп учрайдиган жаррохлик касалликларини этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхисоти, асоратлари ва даволаш; жаррохлик муолажаларига курсатма, операциядан кейинги асоратлар ва уларни олдини олиш; асосий тиббий хужжатлар; шошилич жаррохлик; кукрак кафаси, корин бушлиги ҳамда магистрал артерия ва веналар касалликларини этиологияси, патогенези, марфологияси, клиника текшириш усуллари, кечиши, асоратлари, киёсий ташхисоти, даволаш.

реабилитация, профилактика ва диспансеризация; хомиладорликда жаррохлик амалиётини кшшшга курсатма. трансплантология асослари, стапиоарда, поликлиника ва уйда шошилич жаррохлик муолажалари; режали жаррохлик патологияларини олиб бориш, шошилич ёрдам ва тиооий хужжатлар.

Нейрожаррохлик:

Марказий ва периферик нерв системаси жароҳатларининг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар; шошилич холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш.

Болалар жаррохлиги: «лпв11в,,

Тугма нуксонли ва жаррохлик касалликлари билан тугилган оолалар касалликларини этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар.

Урология : .. ,,

Этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киесий ташхисоти. урологик беморларга тез тиббий ёрдам курсатиш ва даволаш, тез тиббий ёрдамга курсатмалар.

Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси.

Травматизм (хонадонда, транспортда, ишлаб чиқаришда жароҳатланиш) этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, синишлар (тугма ва ортирилган); шикастланиш турлари; турли жароҳатланишларда транспортировка ва мехнат фаолиятини тиклаш; ижтимоий реабилитация, протезлаш.

Онкология. Болалар онкологияси:

Онкологик касалликларнинг этиологияси, патогенези, морфологияси, узига хос алохидахусусиятлари, клиникаси, хавфли ва хавфсиз усмаларни текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари, куп учрайдиган синдромлар, морфологик текширув ахамияти, даволаш турлари, диспансеризация, реабилитация, мехнатга лаекатини аниклаш; онкологик хизмат. Болаларда учрайдиган лимфопрлифератив тизим усмалари, юмшок тукума ва суяклар саркомалари.

Анестезиология ва реанимация:

Огриксизлантириш замонавий усуллари ва турлари; умумий огриксизлантиришнн утказиш тамойиллари; критик холатлардаги асосий патологик синдромларни патофизиологияси, ташхисоти ва клиникаси; интенсив терапия ва реанимациянинг умумий тамойиллари.

Оториноларингология, стоматология:

1<улок, томок, бурунниг кенг таркалган касалликлари этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; ЛОР ва бошка орган системаларни касалликлари ҳамда уларни кечишида инфекция учокларини ахамияти; шошилич холатларда тез тиббий ёрдам; огиз бушлигини касалликларни профилактикаси ва ёшга хос холда физиологик узига хослиги; кенг таркалган патологияларни клиникаси,

диагностикаси ва асоратлари; мутахасис консультациясига курсатмалар; жаррохлик даволаш усуллари ва протезлаш.

Офтальмология:

Кузни ёшга хос анатомияси, физиологияси, куришнинг оптик коррекцияси; этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киесий ташхисоти, асоратлари, окибатлари, даволаш ва курув органларини тугма ва ортирилган касалликларида реабилитация хамда профилактикаси; кушма жароҳатларда тез тиббий ёрдам ва экспертиза.

Оналик ва болаликни бошқариш курси

Акушерлик ва гинекология:

Аёл организмнинг узига хослиги; хомиладорлик тугрук ва тугрукдан кейинги даврда кузатиладиган физиологик ва патологик ҳолатлар; хомиладорликда хомила ҳолатини аниқлаш усуллари; экстрагенитал патология; хомиладорликда гипертензион синдром; клиника ва даволаш; хомиладорликда физиологик ва патологик учрайдиган гинекологик касалликларни этиологияси, патогенези, морфология и, клиникаси, текширув усуллари, киесий ташхисоти, даволаш; консультация асослари; контрацепция.

Педиатрия: ..

Ёш болалар узиш даврлари ва анатомио-физиологик хусусиятлари; болалар узишига таъсир этувчи омиллар; этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киесий ташхисоти, даволаш, диспансер назорати принциплари; болаларни эмлаш.

6.5.4. Ихтисослик фанлари

Ички касалликлар, гериатрия, реабилитология:

Аҳоли соғлигини сақлаш ва олдини олиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш. хавф омиллари, аҳоли скрининги. Куш учрайдиган синдромлар клиника, диагностика, дифференциал диагностикаси ва даволаш, рационал фармакотерапия, аниқ клиник вазифаларда УАШ тактикаси, аҳоли турли ёш гуруҳларида ва хомиладорларда бирламчи ва иккиламчи профилактика. Терапевтик касалликларда шошилиш ҳолатлар, реабилитация ва диспансеризация, шифохонагача бўлган босқичда шошилиш ҳолатларда тез ёрдам курсатиш. УАШ амалиёти шароитида умумий ёндашув даволаш стандартлари ва дори воситаларини рационал қўллаш. Амбулатор даволанишга курсатмалар, госпитализацияга курсатмалар, махсус даволаш муассаларига йўлланма учун курсатмалар, тор мутахасис куриги учун курсатмалар. Бемор учун текширув режасини дифференциал тавсия қилиш. Дастлабки, якуний, клиник ташхис қўйиш.

Ўзбекистон Республикаси қонунларига мувофиқ ёши утган соғлом кишиларни химоялаш асослари. Кекса ёшдаги ва ёши катта шахсларда халқаро таснифни асослари. Қариш назарияси ва умумий қонуниятлари. Физиологик параметрларни ёшга оид меъри. Кекса ва ёши катта шахслар оқватланиш рақонини асослари. Кекса ва ёши катта шахсларда касалликнинг клиник, этиологик ва патогенетик кечиш асослари. Гериатрияда инструментал ва лаборатор текшириш курсатгичларининг интерпритация асослари. Ёши катта кишиларини уйда парваришлаш услублари.

Реабилитациянинг бемор ҳаёт сифатини яхшилашдаги аҳамияти ва унинг одам организмга комплекс таъсир механизми. Тиббий тикланишнинг йўналишлари. Физиотерапевтик муолажалари ҳақида тушунча, уларнинг комплекс таъсир механизми ва дори моддаларини биргаликда қўллаш йўллари, беморларни санаторий ва курортларга танлаш масалалари, даволаш ҳужжатларини расмийлаштириш. Соғломлаштириш мақсадида жисмоний машқларнинг аҳамияти ва уларнинг таъсир механизми хамда шифобахш жисмоний тарбия воситалари ва унинг турлари, даволаш усуллари. Руҳий реабилитация ва унинг бемор соғлигини мустаҳкамлашдаги урни.

Хирургик касалликлар:

Уткир жаррохлик касалликларда клиника, ташхисот, синдромлар бўйича ташхисот ва такқослама ташхисот, УАШ тактикаси, рационал фармакотерапия, қўп тарқалган жаррохлик

касалликларини согликни саклашни биринчи катори шароитларида даволаш, жаррохлик амалиётидан кейинги даврларда олиб бориш, асоратлар ташхисоти ва уларни профилактикаси, кон кетишларда, шикастларишларда, юмшок тукима йирингли касалликларида биринчи тиббий ёрдам курсатиш. Умумий амалиёти шароитларида умумий ёндашув. Хирургик касалликларни амбулатор шароитдаги реабилитацияси ва ушбу касалликлар профилактикаси.

Халокат тиббиёти. Болалар травматологияси:

Табиий офат ва халокатларда шикастланганларни мустакил текшириш ва ташхис куйиш, табиий офат ва халокатларда биринчи тиббий ёрдамни курсатиш учун зарур булган амалий куникмаларни бажариш, транспортировка ва юкори малакали ва ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш. Таянч-харакат тизими жароختланган болаларга биринчи тиббий ёрдамни курсатиш, тугри транспортировка килиш ва малакали хамда ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш ,

Шошилинич холатлар. Тез тиббий ёрдам:

Шошилинич холатларда тугри ташхис куйиш ва биринчи врач ёрдамини тулик амалга ошириш. Тез ёрдам ва кишлок врачлик пунктларида критик холатлардаги беморларни огриксизлантириш, уларга реанимация ва интенсив даволаш чораларини утказиш.

Акушерлик-гинекология:

Оилани режалаштириш ва репродуктив согликни саклашни консултация килиш. Физиологик хомиладорликда, экстрагенитал касалликларда, антенатал парваришлар, диагностика, асоратларни эрта ташхислаш ва олдини олиш, тугрукдан кейинги даврни олиб бориш, абортдан кейинги ва тугрукдан кейинги контрацепция, асоратларда тез ёрдам курсатиш. консултация, тест утказиш, жинсий йул билан юкувчи ва ВИЧ инфекцияни олдини олиш, онкокасаликлар профилактикаси, контрецепцияни тавсия килиш, шифохонагача булган боскичда ёрдам, куп учрайдиган гинекологик касалликлар ташхис ва даволаш, амбулатор ва уй шароитларида гинекологик касалликлар ва жаррохлик амалиётидан кейин реабилитация, рационал фармакотерапия, акушерлик ва гинекологияда шошилинич холатлар умумий шифокор амалиёти шароитларида умумий ёндашув.

Неонатология:

Янги тугилган чакалоқларга биринчи ёрдам ва неонатал парвариш, тугрук залида асфикцияда реанимация, курак сути билан бокиш усуллари ва янги тугилган чакалоқни она билан бирга булишини таъминлаш; турли патология билан тугилган чакалоқларни диспансер назорати ва реабилитация. Болалар соглигини бахолаш ва оарча ешдаги болаларни парваришлар; болани овкатланишини коррекциялаш, жисмоний ва психомотор рифожланишини кузатиш; касалликлар профилактикаси буйича ишлаш ва хавфсиз вакцинация; куп учрайдиган касалликларда таккослама ташхисот ва фармакотерапия; шошилинич холатларда тез ёрдам курсатиш; хавф гурухи ва турли хил касаллик билан огриган болалар диспансеризацияси ва реабилитацияси.

Олий таълим муассасаси томонидан белгиланадиган ихтисослик фанлари.

Ихтисослик фанлари руйхати ва мазмуни кадрлар буюртмачиларининг талаблари ва бакалаврлар тайёрлашнинг ушбу йуналиши буйича фан, техника ва технологияларнинг замонавий ютуқлари хисобга олинган холда олий таълим муассасаси томонидан белгиланади.

Малакавий амалиёт

Талабалар умумкасбий фанларни узлаштиришда олган билимларини назарии ва амалий мустахамлаш; КВП/ШВПда бакалавр томонидан бажарилувчи хизматлар категорияларини билиш; согликни саклаш тизими бирламчи бугини шароитида бакалавр билимлари ва куникмаларини бажара олиш; беморнинг асосий ва иккиламчи шикоятларини йигиш; беморни синчиклаб куриш; анамнестик ва объектив маълумотлар йигиш; таккослама лаборатор-инструментал текширувлар режасини тавсия килиш; тор мутахассислар куригига курсатма; амбулатор даволанишга курсатма; стационар даволанишга курсатма; якуний

ташхисни куйиш; аник клиник холатларда бакалавр тактикаси; поликлиника, тез-ёрдам ва стационар шароитда тиббий хужжатларни тугри тулдириш; вақтинча хизматга лаёқатсизлик экспертизаси; амбулатр-даволаш боскичида беморларни кузатиш; бирламчи ва иккиламчи профилактика; касаллар диспансеризацияси ва реабилитацияси; ижтимоий аҳамиятга эга саволлар ечими (оилавий холати, жамиятдаги, ишдаги ногиронлик холатини кайд қилиш).

Педагогик амалиёт:

Тиббиёт коллежлари ва олий таълим муассасаларида укув жараёнини ташкил этиш, уқитишнинг илгор педагогик ҳамда замонавий ахборот технологиялари асосида олиб бориш усуллари тугрисида; малакавий амалиёт утиладиган муассасаларда мавжуд булган услубий курсатмалар, намунавий дастурлар, тарбиявий иш режалари, йуриқномалар ва х.к. хужжатларни урганиш ва таҳлил этиш борасида; малакавий амалиёт жойида ташкилотчилик ва тарбиявий ишларни олиб бориш соҳасида зарурий билимларни эгаллаши тугрисида тасаввур ҳосил қилади.

Таълим муассасаларининг укув-услубий бошқарма (булим)ларидаги аник бажарадиган иш фаолияти билан таниша олиши тугрисида; битирув малакавий иши, битирув олди малакавий амалиёти ҳисоботи учун керакли булган маълумотларни амалиёт жойидан ола билиши борасидаги; кундалик дафтгар юритиш, унда ҳар куни бажарилган иш мазмунини ёзиб бориш ва кун охирида амалиёт раҳбарига уни тақдим этиш ҳамда тасдиқлаштиш хусусида; тонширикларни бажарганлиги ҳақидаги ёзма ҳисоботини кафедра профессор-уқитувчиларидан тузилган комиссия олдида ҳимоя қила олиши тугрисида куникмаларига эга булади

Интеграл ОСКИ

Интеграл ОСКИ мавзулари таълим муассасасининг битиртирувчи кафедралари томонидан мутахассисларга талабгорларнинг талабларини, шунингдек замонавий фан, техника, технологиялар ютуқларини ҳдсобга олган ҳолда белгиланади.

Интеграл ОСКИ мавзуси терапевтик фанлар, жарроҳлик фанлар ва оналик ва болаликни ҳимоя қилиш йуналишида булиши мумкин.

Интеграл ОСКИ базавий боскичда олган билим ва куникмаларни аниқлаш мақсадида талабалар бешинчи курени тугатганидан сунг ва битирувчи курсда якуний давлат аттестациясида мазкур стандартда бажариш учун ажратилган вақт мобайнида бажарилади.

Интеграл ОСКИнинг ҳажмини УАШ кафедралари белгилайди.

Таълим дастурини амалга ошириш

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалавр тайёрлашнинг таълим дастури мазкур йуналиш буйича аккредитацияланган олий таълим муассасаларида ривожланаётган таълим технологияларидан, ахборот технологияларидан ва таълимнинг замонавий техника воситаларидан фойдаланиб тайёрлашда амалга оширилади.

Таълим мабойнида талаба иккитадан кам булмаган Давлат аттестацияси (гуманитар ва ижтимоий-иктисодий фанлардан ва хорижий тилдан) ва интеграл ОСКИ топширади. Давлат аттестацияси укув жараёни тугаши биланок тегишли интеграллашган курс буйича утказилади.

Малакавий амалиётдаволаш-профилактика муассасаларида (республика, вилоят, шаҳар касалхоналари, академиянинг клиникалари, оилавий поликлиникаларда ва ИТИларда) утказилади.

Бакалаврнинг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича амалга ошириладиган шароитларга булган талаблар

Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилншига белгиланган умумий талаблар
Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ республика иктисодиёти ва ижтимоий тармоқлари, бошқарув ва хужалик юритиш субъектлари учун фундаментал, айникса, юкори ва инновацион технологиялар буйича чуқур билим ҳамда амалий куникмаларга эга булган кадрлар эҳтиёжини ҳисобга олиши керак.

Олий таълим муассасалари асосий таълим дастурини фан, техника, маданият, иктисодиёт, технология ва ижтимоий соҳа ривожланишини ҳисобга олган ҳолда мунтазам равишда янгилаб туриши лозим.

Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ томонидан битирувчиларнинг умуммаданий компетенцияларини (ижтимоий узаро таъсир, уз-узини ташкил қилиш ва бошқариш, тизимий-фаолият тавсифидаги компетенцияларни) шакллантиришдаги имкониятлари аниқланган бўлиши керак. ОТМ узининг ижтимоий-маданий мудитини шакллантиришга, шахснинг ҳар томонлама ривожланиши учун зарур бўлган шароитларни ^ ОТМ укув жараёнини ижтимоий-тарбиявий ривожлантиришга, талабаларнинг ижтимоий ташкилотлар ишида, спорт ва ижодий тугаракларда, магистрларининг илмий жамиятларида иштирокига қумаклашиши лозим.

7.1.3 Компетентли ёндошувни амалга ошириш укув жараёнида машгулотларнинг фаол ва интерфаол (компьютер симуляторлари, ишбилармонлар уйини, муайян вазиятларни қуриб чиқиш ва х.к.) шакллари утказишни, талабаларнинг касбий қуникмаларини шакллантириш ва ривожлантириш мақсадида аудиториядан ташқари иш билан биргаликда жаҳон педагогик амалиётида қулланиладиган замонавий педагоги^ технологиялар уқитишнинг самарали стратегиялари, методлари ва услубларини кенг қуллашни назарда т^иш^аол ва интерфаол шаклларда утказилаётган машгулотларнинг улуши дастурнинг асосий мақсади, уқийётган контингент хусусиятлари ва муайян фан мазмуни билан аниқланади. Талабаларнинг академик гуруҳлари учун маъруза туридаги машгулотлар аудитория машгулотларининг 50 % идан ортиқлиги керак.

Талабалар укув юкламасининг максимал ҳажми асосий таълим дастури ва таълим дастурига ОТМ томонидан қушимча белгиланган факультатив фанларни узлаштириш' буйича аудитория ва аудиториядан ташқари (мустакил) таълим билан биргаликда ҳафтасига 54 академик соатдан ортиқлиги керак.

15 ОТМ талабалар учун уқитиш дастурини, бўлиши мумкин бўлган индивидуал таълим дастурларини ишлаб чиқишни инобатга олган ҳолда, шакллантиришда реал иштирок этиш имкониятини таъминлашга масъул.

716 Укув дастурини шакллантиришда ОТМ талабаларни уларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари билан таништиришга, талабалар учун танлов фан(модул, курс)лари мажбурий эканлигини тушунтириши керак.

Талабаларда билим, амалий малака ва қуникмаларни тулик шакллантириш учун ОТМ таълим дастури укув фанлари (модуллари) буйича лаборатория ишлари ва амалий машгулотларни қамраб олиши керак.

Таълим дастурларининг тадбиқ этил иши

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврларни тайёрлаш таълим дастури ривожлантирувчи уқитиш, информацион технологиялар ва уқитишнинг замонавий техник воситаларидан фойдаланилган ҳолда тайёрлашнинг ушбу йуналиши буйича аккредитация қилинган олий таълим муассасаларида амалга оширилиши керак. ^

Талабалар хорижий тилларни узлаштириши, хорижий тилларни уқитувчилар уқитиши ҳамда бунинг учун зарур бўлган шароитлар яратилиши умумий амалиёт врачларни тайёрлашда бош вазифа бўлиши керак.

Малакавий амалиётлар замонавий қорхоналарда, ташкилотларда ва ИИ Илардд утказилади, улар талабаларни амалиёт дастурларида қузда тутилган иш жойлари билан таъминлашлари керак.

Уқитиш даврида талаба қаида иккита Давлат аттестацияларини (ижтимоий-гуманитар курс ва хорижий тил буйича) топширади ва битирув малакавий ишини бажаради. Давлат аттестацияси мос интеграллашган курслар буйича укув жараёни тугалланганлиги захоти топширилади.

Малакавий амалиётларни ташкил этиш талаблари

Амалиётлар бакалаврият асосий таълим дастурининг мажбурий булагига хисобланади. Амалиётлар укув ёки укув-ишлаб чиқариш машгулотлари қуринишида бўлиб, талабаларнинг касбий-амалий тайёрланганлигига бевосита ишналтирилган бўлади. Бакалаврлар тайёрлашнинг таълим дастури-укув-танишув, ишлаб чиқариш ва технологик-конструкторлик амалиётларини уз ичига олади.

Уқишнинг биринчи йилида укув-танишув амалиёти утказилади, мақсад талабаларни олий укув юрти, УЗР ФА илмий-тадқиқот институтлари ва бошқа давлат ва нодавлат илмий муассасалари лабораторияларининг мавзулари ва уларда илмий-тадқиқотларни ташкил қилиш ва талабаларни мос профилдаги муассасаларга ишга жойлаштириш имкониятлари билан таништиришдир. Амалиёт натижаси заҳат билан баҳоланади.

Уқишнинг иккинчи йилида талабаларга маслаҳат қуникмалари, маслаҳат турлари. беморларга турли ёрдам, жумладан рухий ёрдам бериш ва узаро шахсий мулоқот қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш ҳақида амалиёт уқитувчилари-раҳбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вақилларидан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг учинчи йилида талабалар беморларни лаборатор ва инструментал текширувга тайёрлаш, лаборатория текширув услублари маълумотлари асосидаги амалий қуникмалар, беморларни иарваришлашда ҳамширалик жараёнини қуллаш, терапевтик ва жаррохлик амалиётларида ҳамширалик жараёни амалий қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш ҳақида амалиёт уқитувчилари-раҳбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вақилларидан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади.

Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади. ^

Уқишнинг туртинчи йилида талабалар врач ёрдамчиси бўлиб оемор шикоятларини, анамнезини, объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, кенг тарқалган ички аъзолар касалликларини симптомларини келиб чиқиш механизми, клиник, функционал, лаборатор текшириш услублари маълумоти бўйича ички аъзолар асосий касалликлари амалий қуникмалари, суров ва физик текшириш услубларини урганиш ҳамда талабалар терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва педиатрия йуналишларида керак бўладиган амалий қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни ўқатиш муддатлари укув режаси билан аниқланади.

Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш ҳақида амалиёт уқитувчилари-раҳбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вақилларидан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг бешинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт уқишади, талабалар энг қу учрайдиган терапевтик. жаррохлик, акушерлик ва гинекологик, педиатрик касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси ҳамда лаборатор инструментал ташхисоти, қиёсий ташхислашни врач ёрдамида амалга оширади. Касалликларнинг оқибати, реабилитацияси, профилактикаси ва диспансерзацияси асоларини урганади. Бу курсда талабалар асосан нозологик беморларда диагностика ва даволаш амалий қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш ҳақида амалиёт уқитувчилари-раҳбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вақилларидан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади.

Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг олтинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт уқишади, талабалар тиббий-профилактик, тез ва шошилиш тиббий ёрдам, даволаш, диагностика, реабилитация, тиббий-ижтимоий ёрдам амалий қуникмалари, шунингдек илмий-тадқиқот текшириш билимларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш ҳақида амалиёт уқитувчилари-раҳбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вақилларидан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади.

Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади. ^

Талабалар илмий-тадқиқот ишининг ташкил килиниши куйидагилар билан таъминланиши керак:

»
чиқарувчи факультет (кафедра)нинг илмий мавзуси буйича илмий-тадқиқот ишларини бажариши учун лабораторияларда талабаларни иш жойи билан таъминлаш; олий таълим муассасасининг ахборот ресурс марказида мустақил илмий-тадқиқот ишни олиб бориш имкониятини тақдим этиш;

талабалар илмий жамиятининг конференцияларини ташкил қилиш;

талабалар илмий конференцияси голибларига мамлакатнинг бошқа олий укув юртлирига маърузалар билан чиқиш имкониятларини тақдим этиш.

Педагогик амалиётни ташкил этиш талаблари

Педагогик амалиёт уқишнинг биринчи, иккинчи, учинчи ва туртинчи йилларида утказилади, мақсад - уқиётганларни касб-хунар коллежлари ва УзР ФА илмий-педагогик институтларининг мавзулари ва уларда укув, укув-методик, укув-илмий-педагогик тадқиқотларни ташкил қилиш ва уқиётганларни мос профилдаги муассасаларга ишга жойлаштириш имкониятлари билан таништиришдир. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг уқиётганлар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида таркиб топган комиссия олдидан ҳисобот беришади. Амалиёт натижаси уқишнинг биринчи йили зачет билан баҳоланади. Уқишнинг иккинчи, учинчи ва туртинчи босқичларида баҳолаш шакли укув режаси да белгиланади.

Касб-хунар коллежлари ва олий таълим муассасаларида укув жараёнини ташкил этиш, уқитишнинг илгор педагогик ҳамда замонавий ахборот технологиялари асосида олиб бориш усуллари тугрисида; педагогик амалиёт утиладиган муассасаларда мавжуд булган услубий курсатмалар, намунавий дастурлар, тарбиявий иш режалари, йуриқномалар ва х.к.

ҳужжатларни урганиш ва таҳлил этиш борасида; малакавий амалиёт жойида ижтимоий-сиёсий, ижтимоий-иқтисодий, ташкилотчилик ва тарбиявий ишларни олиб бориш соҳасида зарурий билимларни эгаллаши тугрисида тасаввур ҳосил қилади.

Таълим муассасаларининг укув-услубий бошқарма (булим)ларидаги аниқ бажарадиган иш фаолияти билан таниша олиши тугрисида; битирув малакавий иши, битирув олди педагогик амалиёти ҳисоботи учун керакли булган маълумотларни амалиёт жойидан ола билиши борасидаги; кундалик дафтар юритиш, унда ҳар кун бажарилган иш мазмунини ёзиб бориш ва кун охирида амалиёт раҳбарига уни тақдим этиш ҳамда тасдиқлатиш хусусида; топшириқларни бажарганлиги хақидаги ёзма ҳисоботини кафедра профессор-уқитувчиларидан тузилган комиссия олдидан ҳимоя қила олиши тугрисида куникмаларига эга булади. ^ ^

Укув жараёнини педагогик кадрлар билан таъминлаш буйича талаблар

Бакалавриат асосий таълим дастурини амалга ошириш уқитилаётган фаннинг ихтисослигига мос, одатда, базавий таълимга эга булган илмий-педагогик кадрлар билан ва тизимий равишда илмий ёки илмий-методик фаолият билан шугулланаётган кадрлар билан таъминланиши керак.

Ихтисослик фанлари уқитувчилари уқитилаётган фан ихтисослигига мос базавий таълимга ёки илмий даражага эга булишлари керак. Таълим жараёнига амалдаги тегишли тармок ташкилотлари, корхоналари ва муассасаларининг раҳбарлари ва етакчи мутахассислари уқитувчиликка жалб этилиши мумкин.

Таълим жараёнини укув-методик ва ахборот ресурслари билан таъминлаш талаблари

Асосий таълим дастури асосий таълим дастурининг ҳамма укув курслари, фанлари (модуллари) буйича укув-методик ҳужжатлар ва материаллар билан таъминланиши керак.

Уқиётганларнинг аудиториядан ташқари иши методик таъминланиши ва уни бажаришга сарфланадиган вақт асосланиши керак.

Асосий таълим дастурининг амалга оширилиши хар бир укиётган асосий таълим дастуридаги фан (модул)ларнинг тулик руйхати буйича шаклландиган маълумотлар базаси ва кутубхона фондидан фойдаланиш ҳукуки билан таъминланиши керак.

Асосий таълим дастури буйича хар бир укиётган урнатилган меъёрларга[^] мос равишда таълим дастурига кирувчи касбий циклнинг хар бир фани буйича укув ва укув- методик чоп этилган ва/ёки электрон нашрлар билан таъминланиш керак.[^]

Ахборот-ресурс марказининг асосий фонди охириги 10 йилда (гуманитар, ижтимоий ва иктисодий циклнинг базавий фанлари учун — охириги 5 йилда) чоп этилган ҳамма циклларнинг базавий қисми фанлари буйича укув адабиётининг чоп этилган ёки электрон нашрлари билан тулдирилган булиши керак.

' Укув адабиётидан ташқари қушимча адабиёт фонди расмий маълумотнома-библиографик ва даврий нашрларни уз ичига олиши керак. ^{^ ^}

Таълим дастурини тулик амалга ошириш учун ОТМнинг АРМда таълим йуналиши укув режасида келтирилган фанлар буйича яратилган укув-услубий адабиётлар ва чет элда чоп этилган ҳамда интернет тизимидаги ахборот манбалари хар бир талабага етарли даражада булиши керак.

Мамлакатимиздаги ва чет элдаги олий таълим муассасалари, корхоналари ва ташкилотлари билан оператив равишда ахборот аптолаши, замонавий касбий маълумотлар базалари, ахборотлар ва кидирув тизимларидан фойдаланиш имконияти билан таъминланган булиши керак. ^{^ ^}

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврни тайёрлаш жараёнида асосан куйидаги педагогик технологиялар ва уқитиш методларидан фойдаланиш максадга мувофиқ: уқитишнинг интерфаол методи, муаммоли уқитиш технологияси, уйинли технологиялар,

танқидий фикрлаш ривожланишининг педагогик стратегиялари, шахсий йуналганлик асосидаги педагогик технологиялар,

укув жараёнини самарапи бошқариш ва ташкил қилиш асосидаги педагогик технологиялар,

уқитишни дифференциациялаш,

уқитишни индивидуаллаштириш технологияси,

дастурий уқитиш технологияси,

уқитишнинг комплекс методлари (лойихавий метод, тармоқли режалаштириш методи, аклий ҳужум, ассоциограммалар методи ва х.к.)

Уку в жараёнининг моддий-техника базаси буйича талаблар Бакалавр тайёрлашнинг асосий таълим дастурини амалга оширувчи ОТМ укув дастурида назарда тутилган ва амалдаги санитар ва ёнгина карши қоидалар ва меъёрларга мос келадиган моддий-техника базасига эга булиши керак; бу моддий-техник база фанлар ва фанлараро тайёргарликнинг ҳамма турларини, талабаларнинг лаборатория, амалий ва илмий-тадқиқот иши утказилишини таъминлаши керак.

Бакалавр дастурини амалга ошириш учун минимал зарур булган моддий- техникавий таъминот руйхати куйидагиларни уз ичига олади:

маъруза (поток ёки гуруҳлар) аудиториялари;

семинар машғулотлари учун аудиториялар;

илмий-тадқиқот ишини утказиш учун лабораториялар.

Мавжуд моддий база куйидагиларни таъминлаши керак:

иллюстратив материалларни намойиш қилиш учун турли аппаратуралар - маърузаларни утказиш;

лаборатория ишлари дастурига мос равишда жихозлар — базавий фанлар буйича

лаборатория-амалий ишларни бажариш;

лабораториянинг амалга ошириладиган илмий мавзусига мос равишда жихозлар — ихтисослик (маҳсуе) фанлар буйича лаборатория ишларини бажариш;

хисобларни бажариш ва ахборот тизимларидан фойдаланиш учун компьютерлар семинар машгулотларини утказиш, лингафонли кабинетлар - хорижий тиллар оуиича машгулотлар.

Бакалавр тайёрлаш сифатини бах,олаш

Олий таълим муассасаси тайёргарлик даражаси сифатини кафолатли

таъминлашга мажбур, жумладан куйидаги йуллар билан: u

иш берувчилар вакилларини жалб килган холда битирувчиларнинг таиергарлик

даражаси сифатини таъминлаш буйича стратегияни ишлаб чикиш, ^

таълим дастурлари мониторингини утказиш, уларни даврий такриз килдириш;

талабалар билими ва амалий куникмалари даражасини, битирувчилар компетенцияларини объектив бахолаш процедураларини ишлаб чикиш;

укитувчилар таркибининг компетентлигини таъминлаш;

иш берувчилар вакилларини жалб килган холда фаолият (стратегия)ни бахолаш ва бошка

таълим муассасалари билан таккослаш учун мувофиклаштирилган мезонлар буиича

мунтазам равишда тахлил килишни утказиш.

' 8.2 Бакалавр йуналишлари буйича кадрлар тайёрлаш сифатини назорат килиш

куйидагилардан иборат: т*, тМ,

ички назорат - олий таълим муассасаси томонидан амалга оширилади. Ички

назорат олий таълимнинг бошкарувчи ваколатли давлат идораси томонидан тасдикланган

назоратнинг рейтинг тизими тугрисидаги Низом асосида утказилади,

якуний давлат назоратилавлат таълим стандартига мувофик фанлар буиича давлат

аттестацияси ни ва битирув иши химоясини уз ичига олади;

давчат-жамоат назорати олий таълимнинг бошкарувчи ваколатли давлат идораси. жамоат

ташкilotлари ва кадрлар буюртмачилари томонидан белгиланган

тартибда утказилади;

ташки назорат Вазирлар Махкамаси кошидаги Давлат тест маркази Кадрлар

тайёрлаш сифатини назорат килиш, педагог кадрлар ва таълим муассасаларини аттестация

килиш Бошкармаси томонидан белгиланган тартибда амалга оширилади.

Тайёрланган кадрлар сифатини бахолаш кадрлар истеъмолчилари томонидан

уларнинг мехнат фаолияти жараёнида амалга оширилади. ^

Х,ар бир фан буйича билимларни жорий ва оралик назорат килишнинг муайян шакли ва укув

жараёнига тадбик этилиши ОТМ томонидан мустакил ишлаб чикилади ва талабалар

эътиборига укишнинг биринчи ойи давомида етказилади.

4 Талабаларнинг узлаштириши жорий назорати ва оралик аттестацияси дастурлари уларнинг

булажак касбий фаолияти шароитларига максимал якинлаштирилиши учун шароитлар ОТМ

томонидан яратилиши керак. Бунинг учун муайян фан укитувчиларидан ташкари ташки

экспертлар сифатида иш берувчилар, турдош фанлардан даре берувчилар ва бошкалар бу

жараёнга фаол жалб килиниши керак.

Якуний давлат аттестацияси умумий амалиёт врач битирув малакавий иши

химоясини уз ичига олади.

Битрув малакавий ишининг мазмуни, хажми ва тузилмасига булган талаолар

битирувчиларнинг якуний давлат аттестацияси утказиш хакидаги амалдаги Низом асосида олий таълим муассасалари томонидан белгиланади.

Олий таълим муассасаси:

ушбу стандартдаги талабларга риоя килиниши ва олий таълим муассасаларининг давлат

аттестацияси ва аккредитацияси хакидаги Низомда назарда тутилган умумий

амалиёт врач тайёрлашнинг сифати; „

-профессор-укитувчилар таркиби ва укув-ёрдамчи ходимлар малакавий талаблар! а

тула мос келиши; ^

-х,ар бир интеграллаштирилган курс фанларининг курс дастурида назарда тутилган укув-

методик адабиётлар, укув-услугий мажмуалар, шунингдек, мустакил таълим ва мустакил

тайёргарлик учун материаллар билан таъминланганлиги,

-укув жараёнининг моддий-техникавий таъминланганлиги учун тула масъулдир.

Эслатма

Олий таълим муассасасига:

ушбу стандартда назарда тутилган минимал мазмунни таъминлаган холда талабанинг хафталик максимал юкламасини оширмасдан укув материални узлапгиришга ажратилган соатлар хажмини >t<ув фанлари блоклари учун 5 /о оралигида, блокга кирувчи укув фанлари учун 10% оралигида узгартириш;

укув фанлари мазмунига фан, техника ва технологияларнинг ютукларини ҳисобга олган холда узгартиришлар киритиш;

битирув малакавий иш (лойиха) мавзусини белгилаш олий таълим муассасаси ректори томонидан расмийлаштирилади.

Курс ишлари (лойихалари) муайян укув фаолиятиинг бир тури сифатида курилади ва ушбу укув фанини узлаштириш учун ажратилган соатлар чегарасида бажарилади.

Давлат таълим стандартини билиш профессор-укитувчилар таркиоини танлов асосида саралаш шартларидан бири ҳисобланади.

Давлат таълим стандартининг амал килиш муддати

Давлат таълим стандарти урнатилган тартибда тасдиқланиб, Узстандарт агентлигида давлат руйхатидан утгандан кейин амал килиш муддати - 5 йил.

Давлат бошқарувининг ваколатли огранлари томонидан давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш, такомиллаштириш ва жорий этиш тугрисида янги тартиб- коидалар қабул қилинса ДТСларнинг амал килиш муддати узгариши мумкин.

Илова

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича умумий амалиёт (врачи, педагогнинг)) таълим йуналиши буйича таълим дастурининг

Т/р	Фанлар блоклари, интеграллаштрнрилган курслар ва блокларнинг номлари	Умумий юкламанинг хажми, соатларда
1	2	3
1.00	Г уманитар ва ижтимоий-иктисодий фанлар	1704
1.01	—о	116
1.02	Хуқуқшунослик. Ўзбекистон Республикаси Конституцияси	116
1.03	Фалсафа (этика, эстетика, мантик)	148
1.04	Маънавият асослари. Диншунослик	92
1.05	Маданиятшунослик	56
1.06	Иқтисодиёт назарияси	116
1.07	Социология	56
1.08	Педагогика. Психология	120
1.09	Миллий гоё. Асосий тушунча ва тамойиллар	60
1.10	Сиёсатшунослик. Ўзбекистонда демократик жамият куриш назарияси ва амалиёти	112
1.11	Ўзбек (рус) тили	116
1.12	Чет тили	360
1.13	Жисмоний маданият ва спорт*	236
2.00	Математик ва табиий-илмий фанлар	2822
	Математик коммуникатив курс	288
2.01	Информатика ва ахборот технологиялари	234
2.02	Тиббий техника ва янги тиббиёт технологияси	54
	Табиий-тимий курс	2534

2.03	Тиббий биология ва генетика	234
2.04	Биофизика	162
2.05	Биоорганик кимё	144
2.06	Биоорганик кимё	162
2.07	Биологик киме	306
2.08	Лотин тили ва тиббий-оармацевтик терминология асослари	126
2.09	Одам анатомияси	450
2.10	Гистология, эмбриология, цитология	306
2.11	Нормал физиология	306
2.12	Микробиология, вирусология ва иммунология	306
2.13	Тиббиёт тарихи	32
3.00	Умумкасбий фанлар	8630
	Психологик-педагогик курс	660
3.01	Касбий психология	116
3.02	Касбий педагогика	232
3.03	Таълимда ахборот технологиялари	116
3.04	Таълим технологиялари	116
3.05	Касбий таълим методикаси б '79т,..	80
	Умумий патология курси	936
3.08	* НА1	252
3.09	Патологик анатомия. Секцион курс	306
3.10	Суд тиббиёти. Врач фаолиятиинг ҳукукий асослари	144
3.11	Фармакология	234
	Тиббий профилактик курс	698
3.12	Гигиена экология билан, ХГ	216
3.13	Жамоат саломатлиги ва согликни сақлашни бошқариш. Биостатистика	360
3.14	Валеология	32
3.15	Эпидемиология, ХЭ	90
	Терапевтик фанлар курси	3276
3.16	Шифокор ва бемор	54
3.17	Ички касалликлар пропедевтикаси	306
3.18	Ички касалликлар. Халқ таъбири	558
3.19	Фтизиатрия	216
3.20	Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия	126
3.21	Эндокринология	198
3.22	Гематология ва харбий дала терапияси. Лаборатория иши	234
3.23	Касб касалликлари	90
3.24	Клиник фармакология	216
3.25	Юқумли касалликлар. Болалар юқумли касалликлари.	324
3.26	Тери-таносил касалликлари, ОИТС	216
3.27	Асаб касалликлари	234
3.28	Психиатрия ва наркологиya. Тиббиёт психологияси	306
3.29	Нур диагностикаси ва терапияси	90
3.30	Тиббий генетика	54
3.31	Клиник алергология	54
	Жаррохдик фанлар курси	2088
3.32	Оператив жаррохлик топографик анатомия билан	180

3.33	Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан	216
3.34	Хирургик касалликлар	468
3.35	Нейрожаррохлик	90
3.36	Болалар жаррохлиги	162
3.37	Урология	162
3.38	Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси	216
3.39	Онкология. Болалар онкологияси	162
3.40	Анестезиология ва реанимация	54
3.41	Оториноларингология, стоматология	216
3.42	Офтальмология	162
	Оналик ва болаликни х^имоя целиш курси	972
3.43	Акушерлик ва гинекология	342
3.44	Педиатрия	630
4.00	Ихтисослик фанлари	1818
4.01	Ички касалликлар, гериатрия, реабилитология	900
4.02	Хирургик касалликлар	270
4.03	Хапокат тиббиёти	54
4.04	Шошилинич холатлар. Тез тиббий ёрдам	144
4.05	Акушерлик ва гинекология	360
4.06	Неонатология	90
	Танлов фанлари	198
5.00	Кушимча фанлар	72
5.01	ФМ ва ФМТХ	72
	ЖАМИ:	15244
	Малакавий амалиёт	1188
	Интеграл ОСКИ	108
	Жорий ва давлат аттестациялари	1188
	Жами	2484
	ХАММАСИ	17728

БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА

“ФАКУЛЬТЕТСКОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ”

Зарегистрирован отделом
образования № _____
“ ____ ” _____ 2019 г.

“Утверждаю”
Руководитель образова-
тельного отдела
К.м.н. _____ Жарилкасимова Г.Ж.
“ ____ ” _____ 2019 г.

2019-2020 УЧЕБНЫЙ ГОД

ПРЕДМЕТ

МЕДСЕСТРИНСКАЯ ДЕЛО В ХИРУРГИИ И ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

Бухара – 2019 год.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

№БД - 5.03

2019 йил 15 " 04

Соғлиқни сақлаш вазирлиги



ҲАРБИЙ ДАЛА ЖАРРОҲЛИГИ

ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши

Тошкент – 2019

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил “25” 04 даги “1” – сонли буйруғининг 1-илоvasи билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги тиббиёт олий ва ўрта махсус касб-хунар таълим муассасалари фаолиятини Мувофиқлаштирувчи кенгашининг 2019 йил “15” 04 даги “1” – сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашда маъқулланган, ОЎМТВнинг 2018 йил “7” 12 даги 1000 -сонли буйруғи билан келишилган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

- Каримов М.Ю. – ТТА “Травматология-ортопедия ва ХДЖ” кафедраси мудири, т.ф.д. профессор.
- Гулямов Ё.Б. – ТТА “Травматология-ортопедия ва ХДЖ” кафедраси катта ўқитувчиси, т.ф.н.

Такризчилар:

- Хужаназаров И.Э. – ТТА “Травматология-ортопедия, ХДЖ ва Нейрохирургия” кафедраси мудири, т.ф.д.
- Золотова Н.Н. – ТошПТИ, “Травматология-ортопедия ва нейрохирургия, Болалар травматология-ортопедия ва нейрохирургия” кафедраси доценти, т.ф.д.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган (2019 йил “27” 03 ” даги “8”-сонли баённома).

V. I. Актуальность науки и ее роль в высшем образовании

VI. Учебный план основан на государственных образовательных стандартах Республики Узбекистан и квалификационных требованиях бакалавриата. Используя эту технологию в процессе обучения современным педагогическим технологиям, студент сможет применять базовые навыки от теоретических знаний до фантома и интегрировать приобретенные навыки с клинической практикой с использованием современных медицинских технологий. Это позволяет вам использовать

VII. Сегодня развитие технологий, использование современного оружия с бактериологическими, химическими и физическими факторами в войнах является одной из задач, стоящих перед военно-полевой хирургией, для эффективного использования современных медицинских средств для лечения травм и связанных с ними осложнений. рассчитывается. Военно-полевая хирургия - это краткосрочная профилактика множественных медицинских потерь, правильная и эффективная организация первой помощи, быстрое оказание своевременной помощи раненым и постепенная госпитализация. научить полному знанию, например, реабилитации раненых. O'quv fanining maqsadi va vazifasi

Цель преподавателя по военно-полевой хирургии, военно-полевой хирургии, история развития науки, боевых травм и условий, профилактики, опорно-двигательного аппарата анатомии и физиологии, а также классификации, пробое боевых условий, опорно-двигательного аппарата, травм, ран и раневой инфекции знать о заболеваниях, которые они вызывают, этиологии, патогенезе и лечении, применять полученные знания и навыки в медицине, боевых и чрезвычайных ситуациях, а также обучать врачей общей практики, которые могут оказать первую помощь.

Задачи дисциплины - полевая хирургия, обучение разработке, клинко-диагностическим методам возникновения современных боевых повреждений, а также организации и лечения хирургической помощи при проведении боевых действий.

Законы и системы военной хирургии разрабатывались веками, поэтому история ее развития и развития должна быть краткой, пусть даже краткой.

Развитие военно-полевой хирургии является сложной и необходимой частью истории хирургии, сложностью применения оружия, применением технических средств в войне.

- дать представление об истории и предмете военно-полевой хирургии;

научить студентов пошаговым теоретическим знаниям для отработки практических навыков;

- Повышение уровня клинического мышления и удержания знаний за счет внедрения современных педагогических технологий в учебный процесс;

- уметь понимать современные методы исследования;

- уметь оценивать клиническую анатомию костно-мышечной системы, измерение длины кости и оценку мышечной функции;

- обеспечить полное понимание диагноза пострадавших пациентов;

- специфические симптомы кластридной инфекции, определение симптомов;

- специфические симптомы и симптомы столбнячной инфекции;

- определение объема этапов медицинской эвакуации пострадавших;

- проводить необходимые лечебные процедуры для раненых пациентов;

- подготовка больных к эвакуации с применением ядерного, химического и бактериологического оружия;

- современные методы диагностики: цифровая рентгенография, МСКТ, МРТ, методы применения;

- организация и оказание неотложной медицинской помощи;

- вывести на уровень автоматизации метода ассистента-ученика, фантома-студента практические навыки, направленные на развитие клинического мышления студента.

Требования к знаниям и умениям студентов-естественников следующие.

- студент:

- пропаганда здорового образа жизни;
- Обследование пациентов, которые получили огнестрельные ранения;
- медицинское обследование и виды;
- надевать шины на пострадавших;
- диагностика опорно-двигательного аппарата заболеваний и травм;
- Определение поломок и прорывов в боевых ситуациях;
- Использование современных методов диагностики и лечения мышечных повреждений;
- Первая помощь, диагностика, лечение и профилактика кровотечений;
- Диагностика, лечение и профилактика ушибов и сыпи;
- Диагностика, лечение и профилактика переломов спинного мозга и грудной кости;
- Диагностика, лечение и профилактика травм плечевого ремня;
- Диагностика, лечение и профилактика травм плеч, запястий и рук;
- диагностика, лечение и профилактика военных травм костей бедер, ног и ладоней;
- Диагностика, лечение и профилактика военных повреждений позвоночника и таза;
- - диагностика, лечение и профилактика военных травм головы, груди, живота и таза;
- - диагностика, лечение и профилактика сосудистых и нервно-мышечных повреждений рук и ног;
- - знать об этиологии, патогенезе и лечении наиболее распространенных ортопедических заболеваний;
- студент:
- Диагностика и лечение посттравматического шока;
- диагностика долгосрочного синдрома;
- Температурное повреждение: диагностика ожогов, холодных ударов и холодоустойчивых травм;
- Бельгилярные признаки осложнений жировой эмболии и тромбоэмболии;
- признаки и осложнения кровоизлияний;
- Уметь оказывать первую помощь в профилактике признаков и осложнений внутреннего кровотечения;
- студент:
- Объем медицинской помощи, оказанной раненому солдату при травматическом шоке в полку.
- Первая помощь при синдроме перелома стопы.
- Первая помощь при термических ожогах в полевых условиях.
- прикрепить окклюзию к первичной ране в груди с огнестрельным ранением.
- Оказание первой медицинской помощи при открытой ране живота.
- Первая помощь при травме спинного мозга.
- Первая помощь в области огнестрельных ранений.
- должен обладать практическими навыками оказания медицинской помощи раненым солдатам, страдающим от раздражения в полку.

III. Основной теоретической частью (лекциями) является тема. , Предмет и задачи военно-полевой хирургии. История развития ВПХ. Раны, классификация.

Этапы лечения

История развития военно-полевой хирургии. Н.И. Пирогов является основоположником современной военно-полевой хирургии, разработкой военно-полевой хирургии в Центральной Азии. Развитие военно-полевых хирургов в Узбекистане в годы Первой и Второй мировых войн. Меры по переселению в военную обстановку. Принципы отбора в медицинском переезде. Первая помощь и первая помощь на этапах медицинского обследования. Роль ВПХ во время войны.

Тема 2 Раневая инфекция. Анаэробная инфекция. Столбняк. Кровотечение и переливание. Травмы руки, ноги и тазовых костей

Во время Великой Отечественной войны от 45 до 60% комбатантов получили ранения, из которых 18-30% умерли от тяжелых свищей и 42% - от ран. В зависимости от этиологии микробов

аэробные (стафилококки, стрептококки, кишечные палочки, белки, аэробактеры, клебсиеллы, *pseudomonas serratus* и соединения), анаэробные - клостридиальные и неклостридиальные (бактериоидные, пептострептококковые, фузобактериальные и сложные).

В зависимости от характера микрофлоры - моноинфекционная, полиинфекционная и смешанная (аэробно-анаэробная), их характеристика, специфичность и осложнения, вызванные ранами. В зависимости от анатомической локализации - мягкие ткани, кости, внутренние органы, сосуды. В зависимости от распространенности инфекции - местная (местная), региональная (размножение) и системная (общая и общая). В зависимости от источника инфекции - информация об экзогенных и эндогенных видах и мерах по профилактике этих инфекций.

Тема 3 Травматический шок. Синдром длительного подавления. Повреждения грудной клетки и живота

Современная классификация травматического шока. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Патогенез травматического шока и защитной функции организма: 1. «Циркуляция кровообращения» - снижение артериального давления после травмы, выброс адреналина и норадреналина в артериолу и прекапиллярный спазм; 2. Вторым положительным условием является возврат в кровеносное пространство через открытые капиллярные артерио-венозные шунты. 3. Накопление неокисленных агентов в тканях, нарушения микроциркуляции, генерализованная гипоксия и развитие ДВС-синдрома. Общие принципы лечения и профилактики шока. Лечение шока на этапах медицинского переселения. Современная классификация, патогенез, клиника, диагностика долгосрочного синдрома. Скорая помощь, сервисная поддержка. Комплексное лечение, профилактика и реабилитация посттравматического шока и синдрома.

Тема 4 Температурные травмы. Сочетанные травмы. Повреждение черепа, спинного мозга, спинного мозга и спинного мозга

Клиническая диагностика и диагностика термических повреждений. Определение площади и глубины ожога. Методы лечения ожоговой раны. Предоставление медицинской помощи на этапах медицинского переселения. Этиология, клиника, диагностика, степень тяжести, течение заболевания и особенности сочетанных травм. Влияние органических соединений на сироп, люит и фосфор на организм человека. Течение заболевания и его особенности. Травмы головного мозга - 5,2% Великой Отечественной войны, Классификация травм головы: - по типу ранения оружия: корректируется с помощью ударов

не допускающими пригорания предметов (пуль, пуль, пуль и т. Д.). Комплексное лечение, профилактика и реабилитация при переломах, переломах, порезах.

Внутривенно Практические упражнения и рекомендации

Предмет составляет 50% теоретической (лекционная и практическая) и 50% практической части (учебная клиническая практика). Теоретическая и практическая часть практических занятий проводится совместно друг с другом.

Для практических занятий рекомендуются следующие темы:

1. Принципы отбора пострадавших на этапах медицинской эвакуации при поступлении пациентов с множественными травмами.
 2. Раны, их лечение и перемещение в несколько этапов.
 3. Травматическая инфекция. Сепсис. Крупные сосудистые травмы, методы кровотока и переливания крови.
 4. Происхождение травматического шока. Первая помощь при синдроме долгосрочного синдрома
 5. Предоставление медицинской помощи для рук и ног.
 6. Медицинская помощь при сочетанных и суставных травмах.
 7. Оказание медицинской помощи при боевых травмах головы, мозга, позвоночника и позвоночника.
 8. Медицинская помощь при травмах груди и брюшной полости.
 9. Медицинское обслуживание тазовых и тазовых конечностей.
- Ожидается, что студенты получают практические навыки во время прохождения военной практики по военно-полевой хирургии.

Список практических навыков:

1. Объем медицинской помощи раненому солдату при травматическом шоке на Полкском медицинском посту.
2. Первая помощь при синдроме перелома стопы.
3. Первая помощь при термических ожогах в полевых условиях.
4. Нанести огнестрельную связку на начальную рану грудной клетки огнестрельным ранением.
5. Оказание первой медицинской помощи при открытой ране живота.
6. Первая помощь при травмах спинного мозга.
7. Первая помощь в области огнестрельных ранений.
8. Виды помощи раненым солдатам, страдающим гипоксией, на медпункте Полк.

Инструкция и рекомендации по организации учебно-клинической практики

Клиническая практика студентов по предмету «Военно-полевая хирургия» составляет 50% учебного процесса и включает в себя практические занятия, такие как «приемная комиссия», «Травматология и ортопедия», «Гнойные заболевания» и «СКАЛ». поликлиника.

Практическое обучение сопровождается подробным процессом планирования и включает в себя несколько этапов:

1. Первым шагом является выявление мотивационной основы для обучения практическим навыкам на основе целей и задач семинара, обсуждение его теоретических

аспектов. Студенты познакомятся с механизмом работы и эксплуатации оборудования, необходимого для практических навыков.

Для проведения первого этапа отдел располагает всем необходимым оборудованием и должен быть в рабочем состоянии.

2. Вторым шагом является демонстрация практических навыков и практики много раз. На этом этапе практические навыки демонстрируются поэтапным алгоритмом преподавателем и видео, с особым акцентом на постепенное выполнение алгоритма. Студенты много раз практикуют практические упражнения с самообучением на тренажерах, тренажерах, фантомах и манекенах. Сначала пациенту разрешается использовать имитационную тренировку после выполнения всех этапов отдельно, а затем правильно их обобщать (имитационная тренировка).

Второй шаг - практические навыки, разработанные кафедрой, должны развиваться с помощью пошагового алгоритма и видео, учебных пособий, схем или методик и критериев оценки. Должны быть симуляторы, симуляторы, призраки и манекены, симуляторы, инструменты и необходимые условия (смоделированные как можно ближе к максимальным условиям работы). На этом этапе учитель будет отслеживать и, при необходимости, исправлять ошибки ученика. В этом процессе студенческие движения могут быть сняты и показаны и критически обсуждены. Ученик объяснит учителю и другим ученикам, в чем заключается его ошибка, а затем повторите процедуру. Взаимодействие становится очевидным, когда другие студенты участвуют в качестве экспертов и оценивают, правильно ли студент освоил практические навыки. Желательно довести практические навыки до уровня аутизма.

3. Третий шаг - применить полученные знания и навыки к пациенту. На этом этапе студент будет обучен педагогическому надзору, чтобы применять полученные знания и навыки в различных клинических ситуациях (включая чрезвычайные ситуации), анализировать полученные результаты и определять тактику действий на основе этих данных.

Для третьего этапа отдел разработал учебные пособия, руководства, фотографии, набор ситуационных вопросов и тестов, кейсы, клинические протоколы, стандарты диагностики и лечения, истории болезни и амбулаторные карты. Следует использовать. Взаимодействие демонстрируется другими студентами, которые не только выступают в качестве экспертов и оценивают способность студента правильно овладеть навыками.

4. Четвертый шаг - заключение. На этом этапе педагог должен убедиться, что знания и навыки, приобретенные студентом, способны должным образом и полностью поддерживать пациентов в различных ситуациях в ходе их деятельности и что практические навыки считаются улучшенными.

Для завершения четвертого этапа независимая работа студента с пациентом контролируется учителем, оценивается и защищается медицинскими картами и медицинскими картами.

В конце урока учитель подтверждает, что каждый ученик освоил практические навыки. В тех случаях, когда учащийся не может овладеть практическими навыками, настоятельно рекомендуется, чтобы он самостоятельно обучался за пределами классной комнаты, а затем снова представлялся учителю. Считается, что студент освоил предмет, овладев всеми практическими навыками.

Инструкция по организации лабораторных работ

Научные лаборатории не предусмотрены в стандартной учебной программе.

Внутривенно Независимое образование и самостоятельная работа

1. Травмы суставов.

2. Предоставить пошаговую помощь при травмах

3. Постгематотранфузионный шок.

4. Блокировка бесполезным новокаином.

5. Хирургия при длительном синдроме.

6. Патогенез, клиника и лечение плацебо.

7. Механизм острой почечной недостаточности при травматических повреждениях при кровопотере. Гемосорбции, плазмофорез, методы гемодиализа

8. Автодермапластика.

9. Методы лечения при комбинированных температурных травмах.

Самостоятельная научная работа проводится за пределами аудитории и аудитории.

Для организации самостоятельной работы студента используются следующие формы:

- демонстрировать практические навыки центров в тренажерном, симуляционном и имитационных залах, в дополнение к занятиям в классе, в количественном и качественном выполнении педагогического контроля и в овладении практическими навыками;

- наличие внеклассной клинической службы в поликлиниках и клинических учебных центрах медицинских вузов, демонстрация практических навыков количественного и качественного исполнения и служебных книжек под наблюдением врачебно-педагогической службы;

- участие в мониторинге пациентов с кураторами или дежурными врачами;

- самостоятельная разработка некоторых теоретических тем и учебников;

- подготовка тезисов на данную тему;

- решение ситуационных и клинических проблем;

- решение тематических исследований (тематические исследования, основанные на реальных клинических ситуациях и клинических ситуациях);

- разработка и пополнение графических органайзеров;

- создание и удаление кроссвордов;

- Широкое использование презентаций и видеороликов при подготовке и самостоятельной работе и т. Д.

Курсовая работа по предмету

Курсовая работа по науке в учебной программе не предусмотрена.

VI. Основная и дополнительная учебная литература и источники

Основная литература:

1. Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г.

2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.

Дополнительная литература

1. И.Я. Быкова Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. «Военно-полюсная хирургия» Учебник. - москва. Издательство Гете СМИ. 2009 г.

2. Е.К.Гуманенко. «Военно-полюсная хирургия» Учебник. Санкт-Петербург ООО "Издательство Foliant" 2008 г.

3. Е.К.Гуманенко. «Военно-полюсная хирургия» Учебник. Санкт-Петербург ООО "Издательство Foliant". 2008 г.

4. С. А. Едков, В. Ю. Корик, В. Г. Богдан. «Тяжелая хирургическая травма»: методы исследования. - Минск. ООО «Разведка Фолиант». 2007 г.

5. В.А. Попов. «Физиологическое зондирование горла и горла». Методы публикации практики Санкт-Петербург Издательство ELBI - Санкт-Петербург. 2003 г.

6. Н.А. Ефименко. «Военно-полюсная хирургия». Учебник. - москва. Издательство Медицина. 2002 г.

7. С. А. Джидкова, С. Н. Шнитко. «Военно-полюсная хирургия»: Уббник. - Гродно. Издательство Гродно ГрГМУ. 2001 г.

8. А.К.Равской, А.А. Люфтинг, Е. Войновский, В. М. Клипак. «Огнестрельные ранения животного и таза». Fin. Москва. Издательство М.: Медицина, 2000 г.

9. Х.Мусалатов. "Хирургическая катастрофа". Учебник. Москва. - Издательство Медицина, 1998 г.

10. П.Г. Брусов, В.М. Шаповалов, А.А. Артемьев. «Боевое Электроснабжение». - москва. Издательство GEOTAR. 1996 г.

Веб-сайты

1.[http // www.ejbjs.org](http://www.ejbjs.org)

2.[http // www.jbjs org.uk](http://www.jbjs.org.uk)

3. [http // www.traumatic.ru](http://www.traumatic.ru)

4. [http // www .trauma.bd.ru](http://www.trauma.bd.ru)

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ
ХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ

Зарегистрирован отделом
образования № _____
“ ___ ” _____ 2019 г.

“Утверждаю”
Руководитель образова-
тельного отдела
К.м.н. _____ Жарилкасимова Г.Ж.
“ ___ ” _____ 2019 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ПРЕДМЕТ
ХИРУРГИЯ И ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Знание:

Область исследования:

Направление:

500000

510000

5510700

- Здоровье и социальная помощь
- Здоровье
- Высшее сестринское дело

Факультет - Высшее сестринское дело
Курс - II
Семестр - III-IV
Размер часов составляет 128 часов
К ним относятся:
Лекция - 10 часов
Практические занятия - 26 часов
Клиническая подготовка - 36 часов
Самостоятельная работа - 56 часов

Бухара - 2018

Разработчиков:

Ахмедов Р.М., начальник отдела, к.т.н. профессор
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание) _____
(подпись)

Норов Ф.Х. ассистент
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание) _____
(подпись)

Муаззамов Б.Б. старший преподаватель
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание) _____
(подпись)

Рецензенты:

Акрамов В.Р. Заведующий кафедрой «Травматология, ортопедия, нейрохирургия и общая хирургия», канд.
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание) _____
(подпись)

Тешаев Ш.Дж. «Анатомия, клиническая анатомия (ОХТА)», доктор философских наук, профессор
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание) _____
(подпись)

Начальник отдела: Ахмедов Р.М. профессор, _____
(подпись)

Председатель ФУК: к.т.н., проф. Сафоев Б.Б. _____
(подпись)

Данная рабочая программа основана на стандартной учебной программе и _____ учебной программе и обсуждается и утверждается на Центральном методическом совете Бухарского государственного медицинского института.

Протокол № _____ « ____ » _____ 2019 г.

4 Актуальность науки и ее роль в высшем образовании

Учебный план основан на государственных образовательных стандартах Республики Узбекистан и квалификационных требованиях бакалавриата. Используя эту технологию в процессе обучения современным педагогическим технологиям, студент сможет применять базовые навыки от теоретических знаний до фантома и интегрировать приобретенные навыки с клинической практикой с использованием современных медицинских технологий. Это позволяет вам использовать

Сегодня развитие технологий, использование современного оружия с бактериологическими, химическими и физическими факторами в войнах является одной из задач, стоящих перед военно-полевой хирургией, для эффективного использования современных медицинских средств для лечения травм и связанных с ними осложнений. рассчитывается. Военно-полевая хирургия - это краткосрочная профилактика множественных медицинских потерь, правильная и эффективная организация первой помощи, быстрое оказание своевременной помощи раненым и постепенная госпитализация. научить полному знанию, например, реабилитации раненых.

V. Цель и задачи предмета

Цель преподавателя по военно-полевой хирургии, военно-полевой хирургии, история развития науки, боевых травм и условий, профилактики, опорно-двигательного аппарата анатомии и физиологии, а также классификации, пробое боевых условий, опорно-двигательного аппарата, травм, ран и раневой инфекции знать о заболеваниях, которые они вызывают, этиологии, патогенезе и лечении, применять полученные знания и навыки в медицине, боевых и чрезвычайных ситуациях, а также обучать врачей общей практики, которые могут оказать первую помощь.

Задачи дисциплины - полевая хирургия, обучение разработке, клинико-диагностическим методам возникновения современных боевых повреждений, а также организации и лечения хирургической помощи при проведении боевых действий.

Законы и системы военной хирургии разрабатывались веками, поэтому история ее развития и развития должна быть краткой, пусть даже краткой.

Развитие военно-полевой хирургии является сложной и необходимой частью истории хирургии, сложностью применения оружия, применением технических средств в войне.

- дать представление об истории и предмете военно-полевой хирургии;

научить студентов пошаговым теоретическим знаниям для отработки практических навыков;

- Повышение уровня клинического мышления и удержания знаний за счет внедрения современных педагогических технологий в учебный процесс;
- уметь понимать современные методы исследования;
- уметь оценивать клиническую анатомию костно-мышечной системы, измерение длины кости и оценку мышечной функции;
 - - обеспечить полное понимание диагноза пострадавших пациентов;
 - - специфические симптомы кластридной инфекции, определение симптомов;
 - - специфические симптомы и симптомы столбнячной инфекции;
 - - определение объема этапов медицинской эвакуации пострадавших;
 - - проводить необходимые лечебные процедуры для раненых пациентов;
 - - подготовка больных к эвакуации с применением ядерного, химического и бактериологического оружия;
 - - современные методы диагностики: цифровая рентгенография, МСКТ, МРТ, методы применения;
 - - организация и оказание неотложной медицинской помощи;
 - - вывести на уровень автоматизации метода ассистента-ученика, фантома-студента практические навыки, направленные на развитие клинического мышления студента.
- Требования к знаниям и умениям студентов-естественников следующие.
 - студент:
 - пропаганда здорового образа жизни;
 - Обследование пациентов, которые получили огнестрельные ранения;
 - медицинское обследование и виды;
 - надевать шины на пострадавших;
 - диагностика опорно-двигательного аппарата заболеваний и травм;
 - Определение поломок и прорывов в боевых ситуациях;
 - Использование современных методов диагностики и лечения мышечных повреждений;
 - Первая помощь, диагностика, лечение и профилактика кровотечений;
 - Диагностика, лечение и профилактика ушибов и сыпи;
 - Диагностика, лечение и профилактика переломов спинного мозга и грудной кости;
 - Диагностика, лечение и профилактика травм плечевого ремня;
 - Диагностика, лечение и профилактика травм плеч, запястий и рук;
 - диагностика, лечение и профилактика военных травм костей бедер, ног и ладоней;
 - Диагностика, лечение и профилактика военных повреждений позвоночника и таза;
 - диагностика, лечение и профилактика военных травм головы, груди, живота и таза;
- диагностика, лечение и профилактика сосудистых и нервно-мышечных повреждений рук и ног;
- знать об этиологии, патогенезе и лечении наиболее распространенных ортопедических заболеваний;

Студент:

-
- Диагностика и лечение посттравматического шока;
 - диагностика долгосрочного синдрома;
 - Температурное повреждение: диагностика ожогов, холодных ударов и холодоустойчивых травм;
 - признаки осложнений жировой эмболии и тромбоземболии;
 - признаки и осложнения кровоизлияний;
-

- Уметь оказывать первую помощь в профилактике признаков и осложнений внутреннего кровотечения;

Студент:

- Объем медицинской помощи, оказанной раненому солдату при травматическом шоке в полку.
 - Первая помощь при синдроме перелома стопы.
 - Первая помощь при термических ожогах в полевых условиях.
 - прикрепить окклюзию к первичной ране в груди с огнестрельным ранением.
 - Оказание первой медицинской помощи при открытой ране живота.
 - Первая помощь при травме спинного мозга.
 - Первая помощь в области огнестрельных ранений.
 - должен обладать практическими навыками оказания медицинской помощи раненым солдатам, страдающим от раздражения в полку.
-

Современные информационно-педагогические технологии в обучении естествознанию

Использование передовых и современных методов обучения и внедрение новых информационных и педагогических технологий имеют важное значение для студентов, чтобы овладеть медсестрой в хирургии. Для преподавания предмета используются учебники, учебные пособия, лекции, раздаточные материалы, компьютерные программы, электронные материалы и современные видеосистемы. В лекциях и мастер-классах используются передовые педагогические технологии.

При разработке предмета «Сестринское дело в хирургии и военной хирургии» используются следующие основные концептуальные подходы:

Индивидуальное обучение. По своей сути это означает всестороннее развитие всех участников учебного процесса. Это подразумевает, что при разработке образования речь идет не обязательно о личности конкретного учащегося, а скорее о подходе будущей профессиональной деятельности к цели обучения.

Системный подход. Образовательная технология должна включать все функции системы: логику процесса, взаимосвязь и целостность всех ее компонентов.

Деятельностный подход. Относится к формированию личности индивида, активизации и интенсификации деятельности обучаемого, раскрытию всех способностей и возможностей обучающегося.

Диалогический подход. Такой подход подразумевает необходимость образовательных отношений. В результате увеличивается творческая активность человека, такая как самовыражение и самовыражение.

Установить совместное обучение. Подчеркивает необходимость совместной работы для создания демократичного, справедливого, образовательного и учебного контента и оценки результатов.

Проблемное образование. Проблемно-ориентированный подход к образовательному контенту активизирует обучающегося. В то же время объективное использование научных знаний и творческое использование способов их решения создаст и развит диалектическое наблюдение, которое приведет к самостоятельной творческой активности студента.

Использование современных информационных инструментов и методик - внедрение новых компьютерных и информационных технологий в учебный процесс.

Методы и приемы обучения. Лекции (вводные, тематические, визуализация), проблемное обучение, тематические исследования и методы проектирования, тематические исследования.

Формы обучения: Front, Team и Group, основанные на диалоге, диалоге, диалоге и сотрудничестве.

Помимо традиционных форм обучения (учебники и лекции), учебными пособиями являются компьютерные и информационные технологии.

Методы общения: прямое взаимодействие со слушателями на основе немедленной обратной связи.

Методы и средства обратной связи: диагностика обучения на основе наблюдения, блиц-запроса, анализ промежуточных, текущих и итоговых результатов контроля.

Методы и средства управления: Планирование учебных занятий в виде технологической карты, которая определяет этапы обучения, взаимодействие учителя и ученика в достижении цели контроль случаев.

Мониторинг и оценка: систематический мониторинг результатов обучения как во время обучения, так и на протяжении всего курса. Оценка знаний слушателей с использованием ОСКИ в конце цикла.

В ходе обучения «Уход в хирургии и военной хирургии» используются компьютерные технологии и обучающие компьютерные программы, а также раздаются раздаточные материалы по этому предмету. Оценка знаний студентов проводится в форме компьютерных тестов.

Использование передовых и современных методов обучения и внедрение новых информационных и педагогических технологий имеют важное значение для студентов, чтобы овладеть медсестрой в области хирургической и военной полевой хирургии. Для развития науки используются учебники, учебные пособия, учебные пособия, лекции, раздаточные материалы, компьютерные программы, электронные материалы. В лекциях и мастер-классах используются передовые педагогические технологии.

Я это заслужил

Во время лекции у студентов будет возможность напрямую проверить свои практические навыки во внеурочной деятельности. Мы предлагаем следующий метод оценки, основанный на практике: «Я это стою».

В то же время:

- Студенты группируются в заранее подготовленные и подготовленные вопросы. Любой, кто считает себя достойным этого, будет включен в эту группу. «Отлично», «Хорошо», «Удовлетворительно». Если учащийся должен набрать 3 балла в текущем классе в текущем классе, оценка будет отличной - 2,6-3, хорошей - 2,2-2,5 балла, удовлетворительной - 1,7-2,1 балла;

- для каждой группы существует заранее заданный вопросник, который изначально оценивается как «отлично»;

- студент, который ответил на вопрос в этой группе, будет, конечно, иметь отличные оценки;

- после того, как он задал все вопросы в группе, ученик, который не ответил ни на один из вопросов, но набрал наибольшее количество очков, вынужден присоединиться к нижней группе;

- Процесс все еще продолжается, и учащийся, который не нашел ответов на вопросы всех групп, будет признан непригодным.

Ожидаемые преимущества использования метода:

- у студента будет возможность «оценить» свои способности, то есть самооценку;

- студент старательно подходит для того, чтобы претендовать на эту цену, и ему приходится отвечать на еще более сложные вопросы, заставляя его собирать больше информации и рассуждений;

- студент стремится стать частью «высшей» группы в максимально возможной степени, что заставляет его работать самостоятельно;

- каждый студент должен действовать сам за себя, что создаст чувство ответственности;

- это не займет много времени, чтобы оценить.

Как правило, каждый ученик имеет возможность «расти» в результате использования метода, который гарантирует, что оценка является объективной, то есть дать учителю идею «этих трех учеников».

«Креативное мышление и клиническое мышление»

Цель: изучить и оценить творческое мышление и клиническое суждение студентов в зависимости от ситуации.

Студентам будет предоставлена листовка с вопросами о температуре и листовки по этому предмету. Студент полностью понимает предмет, ежедневно отображает клинические признаки и лабораторные данные, диагностирует и лечит лечение.

Вдумчивое мышление

Чтобы усилить содержание темы, эта педагогическая технология используется для определения уровня развития аудитории. Мнения аудитории анализируются. Слушатель с ободряющими комментариями будет поощрен.

Метод инцидента

В принципе, этот метод может быть решен быстро и точно. Метод инцидентов используется на разных этапах процесса обучения

Например: цели и задачи сестринского процесса в хирургии. Вскоре студентам будет дан ситуационный вопрос. Эта ситуация должна быть решена в течение 0,5-1 минуты. Этот метод помогает расширить научный потенциал студентов и требует быстрого и безошибочного решения.

Цели и задачи хирургии и УДК состоят в том, чтобы каждый студент знал, как работать с данными исследований, использовать литературу, читать и оценивать документы.

Метод круглого стола

На столе на каждом столе напечатана тематическая бумага, и каждый ученик представляет свой ответ другому ученику. Все ответы будут проанализированы после написания. Неправильные ответы устраняются, правильные ответы обсуждаются, уровень знаний студента обсуждается и затем оценивается. Этот метод также может быть принят из уст в уста.

Например: этот метод исследует проявление конкретной инфекции в других источниках. Учащиеся обсудят взаимопонимание в отношении асептики, способов предотвращения заражения, а учитель дополнит мнение учащихся дополнениями. Оценка студентов, которые активно участвовали в этом методе, оценивается путем добавления дополнительных баллов.

Церебральный паралич

Преподавателю задают вопрос в группе, и каждого ученика заслушивают, обобщают и оценивают. Показаны успехи и недостатки студентов.

Например:

- Каковы две причины кровотечения?
- Определить уровень кровопотери?
- Дайте выводы и рекомендации.

Этот метод дает обратную связь каждому ученику, демонстрирует его или ее успехи и недостатки. Этот метод занимает около 40 минут. Клиническое и критическое мышление студентов будет возрастать. Этот метод обсуждается и оценивается в ходе курса.

Метод пчелиных клеток

Групповые студенты делятся на 2 подгруппы. Каждая подгруппа задается отдельно. Студенты 2-й группы заполняют ответ студента и объясняют свою ошибку. Этот метод не только устный, но и письменный. Например:

- Полностью остановить кровотечение.
- Методы, чтобы временно остановить кровотечение.
- Составьте план проверки.

Это займет около 20 минут, чтобы завершить этот метод. Результат будет рассмотрен, проанализирован и оценен.

Слабое кольцо

Перед проведением интерактивного метода, есть 10-20 вопросов, связанных с темой. На вопрос нужно ответить быстро и четко. Каждому студенту задают один вопрос. Студент, который не ответил на вопрос, уволился. Далее следуют несколько раундов до конца ученика.

- Классификация болезней
- симптомы
- диагностика
- Лабораторные методы испытаний
- Эндоскопические и рентгенологические методы исследования.
- Организация сестринского процесса

Этот метод помогает студентам быстро и четко мыслить, формировать клиническое мышление.

2 КУРС ВМД ФАКУЛЬТЕТ

Из предмета “Медсестринская дело в хирургии и военно-полевой хирургии”

Трудо- ёмкость	Распределение учебной нагрузки по типам занятий (в часах)				Самостоятельная работа
	Всего	Лекция	Практические занятия	Лабораторная работа	
128	72	10	26	36	56

Рабочая программа лекции из предмета

“Медсестринская дело в хирургии и военно-полевой хирургии”

№	Содержание лекции	Количество часов	Доклелктора	Методические средства обучения	Использование современных методов обучения	Литература
1	Введение. Предмет и задачи военно-полевой хирургии. История развития ВПХ. Раны, классификация. Этапы лечения		Ахмедов Р.М. Юров Ф.Х.	Методические средства обучения	Использование современных методов обучения	1. Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. Юриев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.

	<p>Кровотечение и переливание крови. Травмы руки, ноги и тазовых костей</p>
	<p>Ахмедов Р.М. Юров Ф.Х.</p>
	<p>цы</p>
	<p>ормационно-образовательный тренинг ронный вариант</p>
	<p>1. Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. риев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. ьные учебники. - Ташкент. 2007.</p>

	0	<p>Температурные травмы. Сочетанные травмы. Повреждение черепа, головного и спинного мозга, позвоночника</p>	<p>Травматический шок. Синдром длительного подавления. Повреждения грудной клетки и живота</p>
	<p>Ахмедов Р.М. Юров Ф.Х.</p>	<p>Ахмедов Р.М. Юров Ф.Х.</p>	
	<p>цы</p>	<p>цы</p>	
	<p>рмационно-образовательный тренинг тронный вариант</p>	<p>рмационно-образовательный тренинг тронный вариант</p>	
	<p>1. Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. 2008 г. 2. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. риев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.</p>	<p>1. Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. риев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.</p>	

Рабочая программа лекции из предмета
“Хирургия и военно-полевая хирургия”

Для 2-го курса						
№	Лекция	Количество часов		Название курса и его содержание	Технические средства	Литературы
		п/з	к/з			
1			3	Принципы отбора пострадавших на этапах медицинской эвакуации при прибытии нескольких пострадавших.	Слайды	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.
2		2	3	Раны, их лечение в несколько этапов и переезд.	4-слайд/таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.
3			3	Раневая инфекция. Сепсис.	3-слайд/таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.

4		3	3	Травмы крупных сосудов, методы кровотока и переливания крови	3-слайд/таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.
5	2	2	3	Происхождение травматического шока.	3-слайд/таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.
6			3	Первая помощь при синдроме длительного сдавливание	3-слайд/таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.
7		2	3	Медицинская помощь при боевых ранениях рук и конечностей	3-слайд/таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.

8				Медицинская помощь при комбинированных и сочетанных травмах.	Слайд/таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.
9	2	3	3	Медицинская помощь при боевых ранениях головы, головного и спинного мозга, позвоночника.	Таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.
10		2	3	Медицинская помощь при травмах грудной клетки.	3-слайд/таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.
11		2	3	Оказание медицинской помощи при травмах живота и брюшной полости.	Таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.
12		2	3	Медицинская помощь при боевых ранениях таза и органов малого таза.	Таблица	Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г. 2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.

13				Итоговая контроль		
Итого:	10	26	36			

План самостоятельных занятий из предмета
“Хирургия и военно-полевая хирургия”

№	Темы	Часы
1	Сочетанные травмы	6
2	Пошаговая помощь пострадавшим	6
3	Постгематотрансфузионный шок.	6
4	Футлярная блокада новокаином	6
5	Оперативное вмешательство при синдроме длительного сдавливание	6
6	Этиология и патогенез, клиника и лечение плевропульмонального шока.	6
7	Механизм острой почечной недостаточности при травматических повреждениях при кровопотере.	5
8	Методы гемосорбции, плазмофореза, гемодиализа	5
9	Аутодермопластика	5
10	Методы лечения при комбинированных термических травмах	5
	ВСЕГО:	56

1.3. Интеграция с другими дисциплинами: анатомия человека, патологическая анатомия, нормальная физиология, патологическая физиология, клиническая фармакология, внутренние заболевания.

СПИСОК ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Объем медицинской помощи раненому солдату при травматическом шоке на Полкском медицинском посту.
2. Первая помощь при синдроме перелома стопы.
3. Первая помощь при термических ожогах в полевых условиях.
4. Нанести огнестрельную связку на начальную рану грудной клетки огнестрельным ранением.
5. Оказание первой медицинской помощи при открытой ране живота.
6. Первая помощь при травмах спинного мозга.
7. Первая помощь в области огнестрельных ранений.
8. Виды помощи раненым солдатам, страдающим гипоксией, на медпункте Полк.

Список использованной литературы

Основная и дополнительная учебная литература и источники

Основная литература:

1. Гуманенко Е.К. (под ред.) Хирургия военно-полевая. Учебник. Медиа Гете. - москва. 2008 г.
2. Кариев М., Алимов Р., Гулямов Б. Д., Саидов А. Военно-полевая хирургия. Школьные учебники. - Ташкент. 2007.

Дополнительная литература

1. И.Я. Быкова Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. «Военно-полюсная хирургия» Учебник. - москва. Издательство Гете СМИ. 2009 г.
2. Е. К. Гуманенко. «Военно-полюсная хирургия» Учебник. Санкт-Петербург ООО "Издательство Foliant" 2008 г.
3. Э.Гуманенко. «Военно-полюсная хирургия» Учебник. Санкт-Петербург ООО "Издательство Foliant". 2008 г.
4. С. А. Едков, В. Е. Корик, В. Г. Богдан. «Тяжелая хирургическая травма»: методы исследования. - Минск. ООО «Разведка Фолиант». 2007 г.
5. В.А. Попов. «Физиологическое зондирование горла и горла». Методы публикации практики Санкт-Петербург Издательство ELBI - Санкт-Петербург. 2003 г.
6. Н.А. Ефименко. «Военно-полюсная хирургия». Учебник. - москва. Издательство Медицина. 2002 г.
7. С. А. Джидкова, С. Н. Шнитко. «Военно-полюсная хирургия»: Уббник. - Гродно. Издательство Гродно ГрГМУ. 2001 г.
8. А.К.Равской, А.А. Люфинг, Е.А. Воиновский, В.М. Клипак. «Огнестрельные ранения животного и таза». Fin. Москва. Издательство М.: Медицина, 2000 г.
9. Х.Мусалатов. "Хирургическая катастрофа". Учебник. Москва. - Издательство Медицина, 1998 г.
10. П.Г. Брусов, В.М. Шаповалов, А.А. Артемьев. «Боевое Электроснабжение». - москва. Издательство GEOTAR. 1996 г.

Веб-сайты

1. <http://www.ejbs.org>
2. <http://www.jbjs.org.uk>
3. <http://www.traumatic.ru>

4. <http://www.trauma.bd.ru>

Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

Thematic plan for the subject of Nursing in Surgery and Military Surgery

SCOPE OF KNOWLEDGE: 500,000 - SOCIAL SECURITY AND HEALTH CARE

SPHERE OF EDUCATION: 510000 - HEALTH CARE

DEPARTMENT OF EDUCATION: 5510700 - HIGHER NISTRESS

The thematic plan was confirmed by the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan "____" by the order approved in "____" _____ 20__.

The scientific program was approved by the Protocol "____" of January 20, 2010 Ministry of Health Inter-agency Coordinator for Medical Education.

The program was developed by the members of the Interdepartmental Working Group on Medical Education of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan.

Have executed:

Ergashev U.U. - Professor of the Department of General and Children's Surgery, Professor, Ph.D.

Sattarov I.S.

Sinazarov A.M. - Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery and Pediatric Surgery, Associate Professor, Ph.D.

- Assistant general and pediatric surgery.

Reviewers:

sapaev DA - Associate Professor of the Department of Surgical Diseases and DPT TashVMOI, Associate Professor

Khakimov M.Sh. - Head of the Chair "Facultative and Hospital Surgery", Candidate of Medical Sciences, Professor

The scientific program is approved by the protocol of the Coordinating Council of the Coordination Council on the directions of higher, secondary and vocational education in ___ of ___ _____.

I. The relevance of the subject and the role of higher education in vocational education

one of the main goals of the national personnel program is the education of a highly educated person in medicine, the formation of his scientific worldview. the purpose of the Scientific Program in "Neurosurgery in Surgery and Military Field Surgery" includes the study of the fundamentals of surgery and the fundamentals of the organization of surgical treatment. in this regard, he teaches nurses with a higher education in working with surgical patients in the field of nursing, etiopathogenesis, clinic and diagnosis of surgical diseases, emergency care for urgent and planned surgical care.

the "Nurse for Surgery and Military Field Surgery" program provides general information on surgical diseases, as well as surgery, hospitalization and medical care in the operating room. care in surgery and military field surgery is the science of clinical science and is of great importance for the study of all surgical processes, and this science connects theoretical knowledge with practice. in surgery and military field surgery, training nurses is a direct way to explain the surgical disease and the role of a nursing nurse in these situations and ensure the development of clinical thinking in this student. science directly focuses on fundamental physiology, pathological physiology and pathological anatomy. Depending on the requirements of the clinical sciences, surgical and military field surgery focuses on their needs in the study of nursing.

II. goals and objectives of the educational process

The goal of the course is to teach students the scientific knowledge, practical skills that they need in their work, as well to acquaint them with the scientific and technical achievements of modern surgery.

The mission of science is to provide a bachelor's degree in the subject of the curriculum:

- the organization of the nursing process, the diagnosis of nursing, the history of nursing care, the selection of surgical instruments and surgical sheets,

- methods of blood transfusion, types of injuries, treatment of primary trauma. the main stages, the main stages of the nursing process, the basis for the prevention of nephrologic infections. Know the types of surgical infections and their prevention;

The deontological basis of the main categories of intervention in nursing care, an understanding of the basic principles of monitoring patients before and after surgery, the basic principles of caring for a surgical patient;

Preparation of patients for surgical treatment and treatment, compliance with aseptic and antiseptic rules: hand washing, site treatment, sterility of sewing materials;

Detection of blood group, blood transfusion methods, complications of blood transfusion, methods of stopping hemorrhage; ☒

immobilization boards, primary surgical treatment of wounds, removal of sutures; ☒

Surgical treatment of facial inflammatory diseases, surgical treatment of acute injuries should have skills and abilities.

III. The main theoretical part (lecture)

Theme 1.organization of nursing practice in surgical practice

The main cycles of surgery: the experimental period; Anatomical period; Surgery of the XIX-XX and XXI centuries. Development of surgery in Uzbekistan. modern surgery, transplantology, preventive treatment in surgery and physiological basis.

Topic 2 Aseptic. Ways of infection. Care of patients in preventing air drops, congenital and implant infections.

Source of infection and ways of its spread. exogenous infection of the bone marrow. Endogenous infection of the duodenum. Implantation is contagious.

Measures to prevent the spread of airborne diseases in the surgical department and the surgical block. Methods of cleaning and cleaning the surgical room. Preventive measures for infections associated with respiratory infection during surgery. Intrahospital infection. plan of operation and principles of surgical and surgical department.

Theme 3. Antiseptic. The role of nurses in using modern types of antiseptic methods.

Waiting for an antiseptic. Antiseptic methods. Bactericidal and bacteriostatic perception. Drainage and buffers. Drain the tube. peculiarity and specificity of the drainage systems of Bülow and Redon. Ultraviolet lightning. Laser rays of great energy. Plasma light. Ultrasound. Managed

Theme 4. Desmurgiya. Adhesion rules. Types of connections.

Terminology. Type of contact materials. Sterile napkins, circular or bone screeds, hanging ties. Stratification of joints. Tubal ligaments. The role and importance of first aid in traumatic injuries. The peculiarity of vehicles for patients with traumatic stress. feature of bones to stop bleeding in the legs and hands.

Theme 5. The concept of wounds. Classification of wounds. Types of injuries, complications, complications.

Diseases and their complications. Originality. character, appearance, infection. Classification of injuries in places. Classification is simple and complex. concepts of "clean" wounds and purulent ulcers. Postoperative postoperative trauma. Transition to the process. Types of correction and correction. Types of seams. Guidelines for them. Principles of treatment of inflammation and pneumonia.

I am the environment of abortion.

Topic 6. Care for the patient in the preoperative period

General information. Classification of surgical operations. Prepare patients for surgery. Psychological preparation of patients. Physiotherapy of patients. Care of the patient before surgery. Purpose, purpose, function of the preoperative period. practical recommendations: absolute, relative, exaggerated. Dangerous factors in surgical patients Physical and analytical methods prior to the collection and use of objective and objective data. Determine and evaluate the patient's condition by a doctor and an anesthesiologist. algorithm of preoperative physiological preparation. Measures to prepare the patient and operational site before surgery. The task of the nurse is to check the patient. The nurse's duty is to prepare the patient for practice. The patient is in the operating room.

Topic 7. Tactics of nursing during surgery. the role of nursing in surgical operations.

The narcological process in practice. The notion of practice and practice. Type of treatment: bloody, bloodless, healing, diagnostic. Types of surgical intervention: fast, delayed and planned. importance of palliative and radical operations. Features of the work of a nurse during the period of validity and practice. Surgical procedures Risks: Bleeding, Disease, Infection. Operating phase: the patient's position on the practice table. Harmful and anti-inflammatory processes. cleaning the wound area and limiting it to bed linen, anesthesia, surgical treatment, practical style. Complete the operation.

Theme 8. The process of a postoperative nurse.

Care of the patient in the postoperative period. Definition, stages, periods of the postoperative period. xamshmralik investigation. General characteristics of the postoperative period, normal and complex course. Carbohydrates, protein metabolism, water-electrolyte balance, blood content and other postoperative changes. Preparing the patient, transporting the patient, receiving the patient according to the type operation and the anesthetics received by him. Observation of the patient during the operation. Control of pain. Prevention of thromboembolism. Control the mouthpiece, prevention of pulmonary edema. Provide assistance with swelling of the abdominal cavity, vomiting, dizziness, diarrhea and gas. Prophylaxis of pressure sores. monitoring of urinary incontinence, help with urine retention. Drainage and care. The use of parenting skills at home and at home with relatives.

Topic 9. Bleeding: causes, classification, diagnosis of clinical scales, determination of degrees. temporary and absolute cessation of bleeding. Blood burn. Care of the process of blood clotting.terminology: bleeding, loss of blood, hematoma, impulses or hematoma, aneurysm, false aneurysm, petexiya, ekximoz purpura, nasal, enteroragia, melena, gemoptoe, gemotemezis, hematuria, metrorrhagia, gemoperikard, gemotoraks, gemoperitoneum, gematotsele, gemartroz. classification of bleeding (physiological, pathological, anatomical, depending on the time and duration, depending on the course of the course). Bleeding in the body: hypovolemia, venous spasms, autohemodilusia, peripheral arteriospasm. Causes of death with bleeding. bleeding after surgery

Topic 10. Blood substitution and blood substitutes for blood. Instructions for blood transfusion and injection

Isoglion and blood group. Blood groups and their relationships. Determination of the intersection of the blood group. Standard isogemoglutinizing sera. Rh factor and methods for its determination (saline, polyglycine test). Blood donation, storage and availability.

Topic 11. Methods and methods of blood transfusion, the role of nurses in complications and their prevention

Recommendations for blood transfusion. Methods and methods of blood transfusion. Blood test. autogemotransfuziya. Complications of blood transfusion. Care of patients in the treatment of their abilities. Donor coordination. Alloys based on blood.

Topic 12. Types of injuries, injuries. Destruction and disassembly. Classification, clinic. The first care for injuries.

Appearance of open and closed injuries. Complications. Shock. Collapse. Bone and brain, chest injuries, fracture and evaluation. Clinic of classification and evaluation. Breastfeeding with trauma.

theme 13. Absorption, collapse, traumatic shock, clinic. Types of first aid.

Shock, collapse, confusion, coma, cerebral splash, traumatic shock, lung cancer, brain tumor, fracture, outbreak clinic. providing uninterrupted help in case of bumps, collapse, chest injuries, brain traumas, fractures and hand disorders.

Topic 14. Traumatic toxicosis, caring for a patient with prolonged syndrome.

Diagnostics. Help doctors. The volume of medical care at the stages of evacuation. traumatic shock, caring for a patient with long-term shock syndrome.

Topic 15. Hemorrhages: trauma, first aid, types of treatment, the role of nurses in the principles of treatment.

Classification of injuries of a closed type, general and local pathophysiological changes in the body. laboratory and instrumental research methods: coloureography, coloscopy, computed tomography, IVF, EEG and fluid monitoring. Nurse responsibilities during treatment.

Topic 16. Acne Tumors: Tanznifi, first aid, types of treatment, the role of nurses in the principles of treatment.

clinical diagnosis, treatment and treatment of open wounds. Childcare in primary and final care during open wounds.

Topic 17. Thermal trauma. Burn, classification, clinic. Definition of the burn zone. Cold swings. Elektrotravamlar.

Burns. Stages of burns. Methods for determining the burn zone. diagnostics of the depth of combustion. Evaluation of burnout. Burn disease. Cold blow. Electric trailers

Theme 18. Yarrochemical infection. Classification, clinic. Acute anti-inflammatory infection. Panarik, furuncle, carbuncle, abscess, phlegmon. The role of nurses in the principles of treatment.

Yarrochemical infection. Classification, clinic. Acute non-discriminatory inflammatory infection. pancreas, furuncle, carbuncle, abscess, phlegmon, clinical appearance, diagnosis, treatment and prevention.

Topic 19. Chronic surgical infections. sepsis, the role of nurses in the diagnosis of etiopathogenesis, bone marrow transplantation.

sepsis, etiopathogenesis of bone marrow tissue, the role of nurses in the diagnosis of clinical diseases and the care of patients with these diseases. General information about chronic surgical infections, principles of surgical treatment. Postoperative care.

Topic 20. Saramas, lymphadenitis, lymphangitis. mastitis. Clinical presentation, the process of care for patients in diagnosis and treatment.

Lymphadenitis, lymphangitis, clinical manifestation, diagnosis, treatment and prevention of erysipelas. Mastitis. Clinical presentation, the process of care for patients in diagnosis and treatment. measures to prevent mastitis after the postpartum period.

Topic 21. Acute specific and anaerobic infection. Tetanus, anthrax, gas gangrene. Organization of the nurse process.

Acute specific and anaerobic infections. care for patients with clinical manifestations, diagnosis, treatment and prevention

Topic 22. Osteomyelitis. Clinical presentation, the process of care for patients in diagnosis and treatment.

Osteomyelitis. Sources of infection in the bone. Clinical appearance. Diagnosis and treatment. Hematogenous osteomyelitis. chronic osteomyelitis. Traumatic osteomyelitis. Acute laxative arthritis: the process of feeding in clinical presentation, diagnosis, treatment and prevention.

Topic 23. Anaerobic infection. Gas gangrene. Organization of the nurse process.

The scientific program is approved by the Council of the Coordination Council on the directions of higher, secondary and vocational education in ___ of ___ _____.

I. The relevance of the subject and the role of higher education in vocational education

one of the main goals of the national personnel program is the education of a highly educated person in medicine, the formation of his scientific worldview. the purpose of the Scientific Program in "Neurosurgery in Surgery and Military Field Surgery" includes the study of the fundamentals of surgery and the fundamentals of the organization of surgical treatment. in this regard, he teaches nurses with a higher education in working with surgical patients in the field of nursing, etiopathogenesis, clinic and diagnosis of surgical diseases, emergency care for urgent and planned surgical care. the "Nurse for Surgery and Military Field Surgery" program provides general information on surgical diseases, as well as surgery, hospitalization and medical care in the operating room. care in surgery and military field study of all surgical processes, and this science connects. in surgery and military field surgery, training nurses is a direct way to explain the surgical disease and the role of nursing in these situations in this student. science directly focuses on fundamental physiology, pathological physiology and pathological anatomy. depending on the requirements of the clinical field, surgical and surgical field.

II. goals and objectives of the educational process

The goal is to teach students the practical knowledge that they need in their work, as well.

to acquaint them with the scientific and technical achievements of modern surgery.

The mission of science is to provide a bachelor's degree in the subject of the curriculum:

- the organization of the nursing process, the diagnosis of nursing, the history of nursing care, the selection of surgical instruments and surgical sheets,

- methods of blood transfusion, types of injuries, treatment of primary trauma. the main stages, the main stages of the nursing process, the basis for the prevention of nephrologic infections. Know the types of surgical infections and their prevention;

the deontological basis of the main categories of intervention in nursing care, an understanding of the basic principles of monitoring patients before and after surgery, the basic principles of caring for a surgical patient;

preparation of patients for surgical treatment and treatment, compliance with aseptic and antiseptic rules: hand washing, site treatment, sterility of sewing materials;

Detection of the blood group, blood transfusion methods, complications of blood transfusion, methods of stopping hemorrhage; ☐

immobilization boards, primary surgical treatment of wounds, removal of sutures; ☐

Surgical treatment of facial inflammatory diseases, surgical treatment of facial inflammatory diseases.

III. The main theoretical part (lecture)

theme 1. organization of nursing practice in surgical practice

The main cycles of surgery: the experimental period; Anatomical period; Surgery of the XIX-XX and XXI centuries. development of surgery in Uzbekistan. modern surgery, transplantology, preventive treatment in surgery and physiological basis.

Topic 2 Aseptic. Ways of infection. Care of patients in preventing air drops, congenital and implant infections.

source of infection. exogenous infection of the bone marrow. Endogenous infection of the duodenum. Implantation is contagious.

Course work in the subject is not provided for in the curriculum.

V. Independent Learning and Self-Employment

Recommended for self study:

- Duties of nurses in surgery.
- Contribution of TTA scientists to the development of surgery in Uzbekistan.
- Methods of research of surgical patients.
- Sterilization of optical devices.
- Rules for the transport of patients to patients
- Gastric lavage and gastric juice.
- Continuous bleeding.
- Rules for compliance with surgical patients.

Modern methods of diagnosing injuries.

- Caring for patients with pain in bed
- Structure of the surgical block.
- Methods of collecting the operating room.
- Care for patients after surgery
- Prevention of intestinal infections in the hospital
- Patient examination of patients with parenchymal dysfunction.
- Palliative care at the international level.
- Measures to prevent acute specific infection.
- The general picture of growth.

Students prepare essays and presentations on independent topics and make presentations.

VI. Basic and additional educational literature and sources of information

Basic Messages

1. Ergashev U., Y.Sattarov, "Care and military field surgery in surgery" Tashkent - 2018. School textbooks.
2. Kayumov TH Care in surgery. Tashkent. 2006 year.

3. Ergashev U. Yu., Sattarov IS, Sinazarov AM "Nursing in Surgery with Military Poise Surgery" Tashkent - 2018. Textbook.

additional literature

1. Oksanov AO, Tavasharov BN Fundamentals of the general Ukr-aza for hourguric bolts // Electronic textbook for students of medical universities. T., 2015

2. Tursunov B.S. Nursing. Tashkent. 2001.

3. Babadzhanov BD, Oksnov A.O. // What is surgery? // Toolkit. T, 2012 - 6 pp.

4. Babadzhanov BD, Okunov A. // Methods of examination of patients // Methodical instructions. T.-2012.- 29 p.

5. Oksanov AO, Stenarius and a collection for human rights, dedicated to the general sigurgey using modern methods of pedagogy techniques. educational and pedagogical manual for the teacher on the disciplines "General Surgery". T.-2012.-118 p.

6. Babadzhanov BD, Oksnov A.O. / General xirurgiya v modulyax - Electronic textbook in Russian - 2013 year.

7. Internet sites

8. book and textbooks on communication with the mortgage: <http://www.labirint.ru/books/570674/>

9. Nikolai Saveliev: Injections, droppers, dressings and other medical procedures and manipulations: <http://www.labirint.ru/books/570674/>

10. Shumilkin, Nuzdanova: Algorithm of meditation. Tutorial: <http://www.labirint.ru/books/569902/>

11. Alexienko, Sheludko, Morozova: Nursing and backyard. Study Guide: <http://www.labirint.ru/books/569744/>

12. Dmitrieva, Teplova: Sister's dream and hysterectomy: <http://www.labirint.ru/books/561702/>

13. Svetlana Filatova: Sister and her grandfather. Study Guide: <http://www.labirint.ru/books/558529/>

14. Malkova, Ryzhik, Pilyutina: Ergonomics when re-reading. Study Guide: <http://www.labirint.ru/books/553394/>

MINISTRY OF HIGHER AND MEDIUM-SPECIAL EDUCATION OF THE REPUBLIC OF
UZBEKISTAN AND MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE NAMED AFTER ABU ALI IBN SINO

CHAIR: FACULTY AND HOSPITAL SURGERY UROLOGY

FROM THE SIDE OF EDUCATIONAL "CONFIRMED"

PARTS REGISTERED BY EDUCATIONAL AND EDUCATIONAL

Thematic plan of the subject is Nursing in Surgery and Military Field Surgery

SCOPE OF KNOWLEDGE: 500,000 - SOCIAL SECURITY AND HEALTH CARE

SPHERE OF EDUCATION: 510000 - HEALTH CARE

DIRECTION OF EDUCATION: 5510700 - HIGHER NISTRESS

Faculty - Higher Nursing

Course - II

semester - III-IV

Volume of time - 128 h

Including -

Lecture - 10 hours

Practical training - 26 h

Clinical training - 36 h

independent work - 56 h

Reviewers:

Akramov V.R. Head of the Department of Traumatology, Orthopedics, Neurosurgery and General Surgery,
Ph.D. _____

(signature)

Teshaev Sh.J. Head of the Department of Anatomy and Human Disease, Ph.D., Professor _____

(signature)

Head of the Department: Akhmedov RM Doctor of Medical Science, Professor _____

(Signature)

Chairman FO: Associate Professor Ikhtiyarova GA _____

(Signature)

INTRODUCTION

.Within the framework of this program, nursing work in surgery and military field surgery was accepted as a curriculum for 2nd year students of the Faculty of Medical Sciences.

The relevance of teaching and the role of higher education in vocational education.

The main goal of the national curriculum is to educate a highly educated person in medical science and formulate his scientific worldview.

The purpose of the Scientific Program in "Neurosurgery in Surgery and Military Field Surgery" includes the study of the fundamentals of surgery and the fundamentals of the organization of surgical treatment. In this regard, he teaches nurses to nurses of higher education institutions to work with neurosurgical patients during their work, including etiopathogenesis, clinic and diagnostic methods of surgical treatment, emergency care in emergency and planned surgery.

The "Nurse for Surgery and Military Field Surgery" program provides general information on surgical diseases, as well as surgery, hospitalization and medical care in the operating room. care in surgery and military field surgery is the science of clinical science and is of great importance for the study of all surgical processes, and this science connects theoretical knowledge with practice. in surgery and military field surgery, training nurses is a direct way to explain the surgical disease and the role of a nursing nurse in these situations and ensure the development of clinical thinking in this student. science directly focuses on fundamental physiology, pathological physiology and pathological anatomy. Depending on the requirements of the clinical sciences, surgical and military field surgery focuses on their needs in the study of nursing.

II. goals and objectives of the educational process

The aim of the course is to teach students the scientific knowledge, practical skills necessary for them in their work, and also to acquaint them with the scientific and technical achievements of modern surgery.

The task of science is to provide a bachelor's degree in the subject of the curriculum:

- the organization of the nursing process, the diagnosis of nursing, the history of nursing care, the selection of surgical instruments and surgical sheets,

- methods of blood transfusion, types of injuries, treatment of primary trauma. Fundamentals of the prevention of anthrax. Know the types of surgical infections and their prevention;

- the main emphasis in the work of nursing, the main stages of the patient care process, the deontological foundations of the main categories of nursing intervention, the basic principles of preoperative and postoperative care of the patient, the basic principles of patient care;

- Preparation of patients for surgical treatment and treatment, observance of aseptic and antiseptic rules: hand washing, site treatment, sterility of sewing materials;

- Detection of blood group, methods of blood transfusion, complications of blood transfusion, methods of stopping hemorrhage;

Immobilization boards, primary surgical treatment of wounds, removal of stitches;

☒ Surgical treatment of facial inflammatory diseases, surgical treatment of acute injuries should have skills and abilities.

Knowledge of the students of science, skills and knowledge

Qualification requirements

in the course "Care of patients in surgery and military field surgery" bachelor:

- the organization of the nursing process, the diagnosis of nursing, the history of nursing care, the selection of surgical instruments and surgical sheets,

- methods of blood transfusion, types of injuries, treatment of primary trauma. Fundamentals of the prevention of anthrax. Know the types of surgical infections and their prevention;

- the main emphasis in the work of nursing, the main stages of the patient care process, the deontological foundations of the main categories of nursing intervention, the basic principles of preoperative and postoperative care of the patient, the basic principles of patient care;

- Preparation of patients for surgical treatment and treatment, observance of aseptic and antiseptic rules: hand washing, site treatment, sterility of sewing materials;

- Detection of blood group, blood transfusion methods, complications of blood transfusion, methods of stopping hemorrhage;

immobilization boards, primary surgical treatment of wounds, removal of stitches;

☒ Surgical treatment of facial inflammatory diseases, surgical treatment of acute injuries should have skills and abilities.

interdependence and methodological proximity of science to other disciplines in the curriculum

The work of nurses in surgery and military field surgery consists of two parts: the general subject of surgery, which is a clinical subject and is taught in 3 semesters. the curriculum curriculum requires sufficient knowledge and skills in the field of natural sciences (human anatomy, pathological anatomy, normal physiology, pathological physiology, clinical pharmacology, internal medicine).

part of hemorrhagic diseases is a medical and clinical science and is taught in the 6th semester. The program should have sufficient knowledge and skills in the clinical sciences (human anatomy, normal physiology, general pathology, internal medicine, clinical pharmacology).

the role of science in science and industryIn order to improve the ability of nursing bachelors trained for the health system, they eliminate problems such as improving the quality of care for primary school nurses in surgery and field military surgery, reducing the consequences of surgical diseases and improvingsanitary prevention among the population.one of the main duties of highly qualified nurses is to identify and take measures to improve the culture and quality of medical care, meet the needs of the population for medicines, care for patients, prevent diseases, form a healthy imagelife and prevention of bad habits.Modern information and pedagogical technologies in teaching science

It is extremely important for students to use modern and

modern teaching methods in the field of nursing care in surgery, and also to introduce new information and pedagogical technologies. the course focuses on textbooks, teaching and learning materials, lecture texts, distribution materials, computer programs, electronic materials and modern videocassettes. Successful advanced pedagogical technologies are used in lectures and practical exercises.

the following basic conceptual approaches are used in the development of the subject "Care of patients in surgery and military field surgery":

Person-oriented training. This education, as a matter of fact, provides all-round development of all participants of educational process. this means that in the design of education this does not necessarily mean the identity of a particular trainee, but primarily because of the specialization of the future profession for the purpose of training.

A systematic approach. Technology education must have all the features of the system: the logic of the process

An action-oriented approach. It describes the training aimed at the formation of the creative qualities of a person, the activation and intensification of the activity of the trainee, the discovery of all his abilities and opportunities in the learning process.

Dialogue approach. this approach requires the development of academic relations. As a result, creative activity increases, such as self-activation and self-esteem.

Creation of joint training. democracy, equality, education and training should be emphasized when formulating the content of the work and carrying out joint work to assess the results achieved.

Problem education. The way of solving problems in the content of education activates the activity of the trainee. At the same time, the objective contradiction of scientific knowledge and creative use of methods for its solution forms a dialectical phenomenon and as a result creates independent student creative activity.

application of modern information and communication methods - the introduction of new computer and information technologies in the learning process.

Teaching methods. lecture (introduction, subject, visualization), problematic learning, keystories and design methods, practical work., its consistency and integrity.

Forms of training: frontal, collective and group dialogue, multilingualism, dialogue and mutual learning.

in addition to the traditional forms of educational materials (textbook, lecture text), computer and information technology.

Methods of communication: direct interaction with readers, based on operational feedback.

methods and means of feedback: diagnostics of training on the basis of observations, blitz-interrogation, intermediate, current and final results of control.

methods and means of control: the planning of training courses in the form of a technological map that identifies the stages of training, the joint work of the teacher and the student in achieving the goals not only of the audience, but also the audience of independent works

Monitoring and evaluation: Regular monitoring of learning outcomes throughout the study. At the end of the cycle, evaluate the students' knowledge with OSI.

During the course "Care of patients in surgery and military field surgery" computer technologies, computer training programs are used, and materials of dissemination are prepared on topics. Assessment of students' knowledge is carried out in oral, computerized test forms.

the use of advanced and modern teaching methods and the introduction of new information and pedagogical technologies are crucial for students who acquire

care for patients in surgery and military field surgery. Textbooks, teaching aids, lecture texts, distribution materials, computer programs and electronic materials are used in science. Successful advanced pedagogical technologies are used in lectures and practical exercises.

I was worth it

In the class, students will have the opportunity to test their practical knowledge directly from the class. To quickly assess your knowledge gained in the course of the assignment, we propose the following: "I was worth it".

In this case:

- Students are divided into groups, based on their willingness to cook and distribute them. The one who recognizes himself is included in this group. "Good", "Good", "Satisfactory." if the student must score current points in 3 points in today's class, then the student will be assessed as excellent - 2,6-3 points, good 2,2-2,5 points, satisfactory - 1,7-2,1 points;
- there is a system of prepared questions for each group, initially engaged in an "excellent" rating group;
- A student who answers the question of this group, of course, will come up with an "excellent" account;
- asking all questions in the group, a student who could not answer any questions, but at the best price will be forced to join the group;
- The process does not wane, and the student, who does not answer questions from all groups, is considered to have failed to fulfill this task.

Expected results using the method:

- The student will have the opportunity to "independently evaluate" his potential;
- To qualify for the "same price", the student will work more intensively and will have to answer several more complex questions that will force him to gather more information and justify his ideas;
- The student seeks to become as "higher" a group as possible, which leads to continuous work;
- Each student must act for himself, which creates a sense of responsibility;
- It does not take much time to evaluate.

in general, as a result of the method, each student has the possibility of "growth", which provides an objective assessment of the validity of the assessment, which in turn leads to the exchange of ideas in the teacher as "these 3 students".

Creative Idea and Clinical Behavior

goal: To study and evaluate the creative thinking and clinical experience of students in accordance with the context of this case.

At the same time, students will distribute leaflets and topics related to the topic. the student carefully studies the contents of the case, analyzes the clinical signs and laboratory data daily, diagnoses and determines the treatment procedures.

Thoughtful thought

This pedagogical technology is used to help the audience learn how to improve their content. the opinions of listeners are analyzed. And the listener is invited to comment.

Method of incident

Basically, the problem is solved quickly and clearly. The "Request" method uses different stages of the learning process

Example: The purpose and objectives of the nursing process in surgery. students are given a short time. This case should be resolved within 0.5-1 minutes. This method will help improve the academic potential of students, and this method will require a quick and error-free solution. This method is used at different stages of the lesson.

The goals and objectives of Surgery and XDJ are that each student knows how to use research data, use literature, read and evaluate documents.

Round table

Everyone who writes a business document on the desk will write a response to another student. After completing all the answers, he is analyzed. Erroneous answers are deleted, correct answers are discussed and the level of knowledge of students is discussed and assessed. This can be done orally.

for example: in this method it turns out that a particular infection manifests itself in other sources. Students will discuss the concept of mutual asepsis, prevention of infection, and the teacher will fill the minds of students with supplements. Assessment of knowledge of students participating in this method is assessed by adding additional points.

Brainstorming

The teacher asks a group of questions, and at the end of each of them the opinion of each student is evaluated and evaluated. students will demonstrate their success and failure.

For example:

- Describe two causes of bleeding?
- Determine the level of lost blood?
- Read the conclusions and recommendations.

Thus, each student is given an idea, his achievements and shortcomings. This method lasts 40 minutes. the level of clinical and critical thinking of students is increasing. This method is discussed and evaluated in the lesson.

Bee-eater

Students of the group are divided into two groups. Each group is set separately. The student will answer the student's answer and explain the mistake. this method is not only oral but also written. For example:

- Ways to stop congestion.
- Ways to stop bleeding.
- Create a test plan.

This method will take about 20 minutes. The result is reviewed, analyzed and evaluated.

Bad hoop

Before the interactive method, 10-20 questions will be prepared on this issue. You need to quickly and clearly answer the question. Each student is asked one question. A student who does not answer a question will leave the game. Thus, at the end of the lesson there are several circles with one student.

- Classification of diseases
- Symptoms
- Diagnostics
- Laboratory testing methods
- Endoscopic and X-ray diagnostic methods
- Organization of nursing process

This method of thinking quickly and accurately reacts to the needs of the student and creates clinical thinking.

OF EDUCATIONAL MATERIAL ON SUBJECT "NURSING IN SURGERY AND MILITARY-FIELD SURGERY" STUDENTS OF II-COURSE FACULTY HIGHER NISTRESS

Amount of time	Distribution of the time of the training material according to the type of training	Independent
----------------	---	-------------

	Total	Lecture	Practice	Laboratory	work
128	72	10	26	36	56

THEMATIC PLAN OF LECTURES ON SUBJECT "NURSING IN SURGERY AND MILITARY-FIELD SURGERY"

2018-2019 EDUCATIONAL YEARS

№	НАЗВАНИЯ ТЕМ	Amount of time	Name last name of the lecturer	Technical methods of teaching	Application of modern teaching methods	Literature
1	The organization of the nursing process in surgical practice. Asepsis. Ways of spread of infections. The role of the nurse in the prevention of airborne, contact and implant infection. Antiseptic. The role of the nurse in the application of modern methods and types of antiseptic .	2hours	Prof.. Axmedov R. M. Ass. Norov F.X.	Tables	Discussion training electronic version	Каюмов Т.Х..Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. . Дарслик., С.А.Блинов. Сестринское дело в хирургии. Ростов н/Д, Феникс, 2006

2	Desmurgy. Rules for the imposition of bandages. Types of dressings. The concept of wounds. Classification of wounds. The course, types and complications of wounds. Nursing process in preparing the patient for surgery. Tactics of a nurse during an operation. The role of a nurse in surgical operations. nursing process in the postoperative period.	2hours	Prof.. Axmedov R. M. Ass. Norov F.X.	Tables	Discussion training electronic version	Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик., С.А.Блинов. Сестринское дело в хирургии. Ростов н/Д, Феникс, 2006
3	Bleeding: concept, causes, clinical picture, degree. Methods of temporary and complete stop of bleeding. Hemorrhage. The sister process in determining the blood group. Transfusion of blood and blood-liquids. Indications and contraindications for blood transfusion. methods and techniques of blood transfusion. Complications. The role of the nurse in the prevention of complications	2hours	Prof.. Axmedov R. M. Ass. Norov F.X.	Tables	Discussion training electronic version.	Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик., С.А.Блинов. Сестринское дело в хирургии. Ростов н/Д, Феникс, 2006

4	Trauma, types of traumas. Fracture and dislocation. Concept and clinic. Primary nursing care for trauma. Loss of consciousness, collapse, traumatic shock and their clinical picture. Types of primary care. Traumatic toxicosis. Closed trauma: concept, first aid, types, principles of treatment by a nurse. open trauma: concept, first aid, types, principles of treatment by a nurse. Thermal trauma. Burn: concept and clinical picture. Definition of burn area. Frostbite. Electrical trauma ..	2hours	Prof.. Axmedov R. M. Ass. Norov F.X.	Tables	Discussion training electronic version	Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик., С.А.Блинов. Сестринское дело в хирургии. Ростов н/Д, Феникс, 2006
5	Wounded inflammation. Concept, clinical picture. Acute nonspecific purulent infection. Panaritium, furuncle, carbuncle, abscess, phlegmon. The role of the nurse in the principles of treatment. Chronic surgical infection. Sepsis, tuberculosis of bones and joints their etiopathogenesis and clinical picture. saramas, lymphadenitis, and lymphangiitis. Mastitis. Clinical picture, diagnosis and treatment. Acute specific anaerobic infection. Plague, cholera, gas gangrene. Organization of nursing process. Osteomyelitis. Clinical picture, diagnosis and treatment. Anaerobic infection. organization of nursing process. Clinical picture of tumors. Nursing process for diagnosing tumors.	2hours	Prof.. Axmedov R. M. Ass. Norov F.X.	Tables	Discussion training electronic version	Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик., С.А.Блинов. Сестринское дело в хирургии. Ростов н/Д, Феникс, 2006
	BCEFO:	10 h				

For 2nd years students

№	№ lecture	Объём времен и		The name of practical training	Technical supplies	Literature
		Practice 3.	Clinic. 3.			
1	1	2	1	The examination and organization of the nursing history of the disease in the surgical department.	Slides and tables	Каюм Ergashev U. YU. Sattarov I. S. “Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi” Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. “Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией” Ташкент – 2018 й. Учебник
2	2	1	1	Primary medical care for patients in the dressing room of the surgical department.	Slides and tables	Каю Ergashev U. YU. Sattarov I. S. “Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi” Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. “Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией” Ташкент – 2018 й. Учебник
3	2	1	1	Disinfection of medical instruments by the rule of antiseptic in the surgical department. primary nursing care for wounds.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. “Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi” Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. “Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией” Ташкент – 2018 й. Учебник

4				Staging of soft and hard bandages in the surgical department.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
5	2	1	1	Primary surgical help for wounds.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
6	2	1	1	Preparation of the patient for surgical intervention.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
7		1	1	Preparation of the necessary tools and equipment for the operation.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник

8				The role of a nurse with a higher education in the postoperative period.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
	2	1	1			
9				The organization of the nursing process in stopping bleeding.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
	2	1	1			
				Determination of blood type and Rh factor.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
10				Transfusion of blood and blood-liquids.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
	1	1	1			

11				Indications and contraindications for blood transfusion. Organization of nursing process.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
2 12	1	1	2	Organization of the nursing process for injuries	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
13	1	1	2	Primary care with open trauma.	Slides tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
14	1	1	2	Nursing in acute vascular insufficiency	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник

15		1	2	Sister process with closed injuries.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Каюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
16		1	2	Nursing process with open trauma.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Каюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
17		1	2	Nursing process with thermal trauma.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Каюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
18 11 18		1	2	Organization of the nursing process for surgical infections	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Каюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник

19		1	2	Tactics of the nurse during the infusion therapy during the course of sepsis. Interim control work.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
20		1	2	The organization of the nursing process in purulent surgery	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
21		1	2	Organization of nursing process with anaerobic phlegmon.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
22		1	2	Organization of nursing process in purulent bone diseases.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й..Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник

23				Organization of the nursing process in case of traumatic shock. Care of the mammary gland.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
24		2	1	Organization of nursing process in the syndrome of long-term stress. Nursing process at the stages of evacuation.	Slides and tables	Ergashev U. YU. Sattarov I. S. "Xirurgiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala xirurgiyasi" Toshkent – 2018 y. Darslik. Қаюмов Т.Х. Хирургияда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик. Эргашев У. Ю., Саттаров И. С., Сайназаров А. М. "Сестринское дело в хирургии с военно - полевой хирургией" Ташкент – 2018 й. Учебник
25				Final test work.		
Total :	10	26	36			

THEMATIC PLAN OF PRACTICAL CLASSES ON THE SUBJECT "NURSING IN SURGERY AND MILITARY-FIELD SURGERY"

2019-2020 EDUCATIONAL YEARS

№	Theme	Amount time
1	Tasks of nursing staff in the surgical department.	3

2	The contribution of TTA scientists to the development of surgery in the Republic of Uzbekistan.	3
3	Methods of examination of surgical patients.	3
4	Sterilization of optical instruments.	4
5	Technique of transportation of surgical patients.	3
6	The technique of washing the stomach and taking gastric juice.	4
7	Complete stop of bleeding.	3
8	The technique of dressing surgical patients	3
9	Modern methods of diagnosing injuries.	3
10	Care for pressure sores in patients	3
11	Structure of the admissions department of surgery.	3
12	Methods of cleaning the operating room.	3
13	Care of patients in the postoperative period.	3
14	Prevention of nosocomial infection in the surgical department.	3
15	Examination of patients with surgical diseases of parenchymal organs.	3
16	Palliative medicine of international level.	3
17	Prevention of acute specific infection.	3
18	The general concept of tumors.	3
	Total :	56

1.3. Integration with other disciplines: human anatomy, pathological anatomy, normal physiology, pathological physiology, clinical pharmacology, internal medicine.

LIST OF APPLICATION PROGRAM:

- Airway transmission method

- Pleural cavity, maintenance of active and passive aspiration systems in wounds

Tired and complete methods of bleeding

Technique of blood filling and blood substitutes

- Method of connection to the hospital and infusion system

The technique of occlusion in the trauma of the cell

- wash all kinds of swollen, purulent and laxative wounds and apply stools

Care of wounds in electrical, radiation, chemical and thermal burns

- Impact absorption method
- Hemorrhoids transmission system connection
- Method of transfer of antibiotics to lymphatic pathways

enteroscope method

- set different types of links
- Implementation of transport immobilization in airplanes and exits
- Method of breathing

indirect urine massage

- Basic principles of surgical treatment
- Hygiene of feeding tuberculosis patients, Toxic nutrition
- Care for patients with ulcers on the knees, torch ulcers

7. Маъруза машғулоти, услубий ишланмалари ва кўрсатмалари:

7.1 Маъруза мавзуси № 1 , 2....

7.2 Таълим бериш технологиясининг модели

7.3. Маърузанинг технологик картаси

7.4 Маъруза баёни ва услубий кўрсатмалар

1. ТМИ мавзуси буйича реферат тайёрлаш (15-20 варақ) – 20 соат
2. ТМИ мавзуси буйича тайёрланган рефератни химоялаш – 10 соат
3. ТМИ мавзуси буйича жадвалларини ёки тематик альбом тайёрлаш (1 та) – 20 соат
4. Вазиятли масалалар мажмуини намойиш этиш ва ишлаб чиқариш (1 та) – 2 соат
5. ТМИ мавзулари буйича тестларни тузиш (1 та) – 2 соат
6. ТМИ мавзуси буйича интерактив уйинлар тузиш (1 та мавзу буйича) – 15 соат
7. Навбачилик 1 та (хисоботи билан) – 18 соат
8. Амалий кўникмалари буйича OSCE тузиш (1 та OSCE) – 2 соат

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТЛАРИНИНГ ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Мавзу: 1

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

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

1-МАВЗУ

Ҳамширалик ишини аниқлаш. Ҳамширалик иши фалсафаси (ҳамшира иши, шахс, атроф муҳит, соғлиқ). Ҳамширанинг асосий этик вазифалари: хулқий хусусиятлари, амалий кўникмалари ва бошқалар. Ҳамширалик ишининг

	асосий принципи: инсон ҳуқуқи ва кадр-қимматини хурматлаш. Тиббий ҳамшира ўзининг тутиш кодекси. Ҳамшира жараёни тушунчаси, унинг мақсадлари. Ҳамшира жараёни босқичлари. Ҳозирги замон жарроҳлигида ҳамширанинг ўрни, вазифаси ва жавобгарлиги.
Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 20 - 40 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ҳамширалик иши ҳақида дастлабки тушунчага эга булиш 2. Ҳамширалик иши фалсафаси ҳақида тушунчага эга булиш 3. Ҳамширалик ишини асосий принципи тушунчасига эга булиш 4. Ҳамширалик жараёни тушунчаси 5. Ҳамширалик жараёни босқичлари ҳақида билиш 6. Ҳозирги замон жарроҳлигида ҳамширанинг ўрни ва вазифалари ҳақида тушунчага эга булиш
Ўқув машғулотининг мақсади: “Хирургияда ва харбий-дала хирургиясида ҳамширалик иши” фанининг предмети ва билиш усуллари, ривожланиш тарихи бошқа фанлар билан алоқаси тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.	
<p>Педагогик вазифалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Хирургия ва умумий хирургик касалликлар ҳақида тушунчалар, иккиламчи асоратларнинг келиб чиқиши билан таништириш ва предметнинг вазифасини тушунтириш; - Умумий хирургия ва харбий дала хирургияси фанининг илк пайдо бўлиши ҳамда уларнинг намоёндалари билан таништириш; - тиббиётда умумий хирургия ва харбий – дала хирургияси фанининг бош масалаларинисини тавсифлаш; - Умумий қисмда кўриб ўтиладиган ташхис турлари систематикаси ва номенклатураси билан таништириш; - илмий билиш усулларини изохлаш ва тасаввур хосил қилиш. 	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Хирургияда ва харбий-дала хирургиясида ҳамширалик иши фанининг предмети изохлади; - Хирургияда ва харбий-дала хирургиясида ҳамширалик иши фанининг пайдо бўлиш босқичларини ҳамда уларнинг асосчиларини айтиб беради; - Хирургияда ва харбий-дала хирургиясида ҳамширалик иши фанининг бош масаласига тавсиф беради; - Хирургияда ва харбий-дала хирургиясида ҳамширалик ишига аҳамиятли бўлган текширишларни санайди - Ҳамширалик жараёнининг босқичларини изохлаб утади. - Ҳамширалик иши фалсафасида илмий билишнинг асосий усуллари санаб беради ва изохлади; - Ҳозирги замон жарроҳлигида ҳамширанинг ўрни ва вазифалари ҳақида санаб утади ва тушунчага эга булади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жиҳозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Ҳамширалик ишини аниқлаш. Ҳамширалик иши фалсафаси (ҳамшира иши, шахс, атроф муҳит, соғлиқ). Ҳамширанинг асосий этик вазифалари: хулқий хусусиятлари, амалий кўникмалари ва бошқалар. Ҳамширалик ишининг асосий принципи: инсон ҳуқуқи ва кадр-қимматини хурматлаш. Тиббий ҳамшира ўзининг тутиш кодекси. Ҳамшира жараёни тушунчаси, унинг мақсадлари. Ҳамшира жараёни босқичлари. Хозирги замон жарроҳлигида ҳамширанинг ўрни, вазифаси ва жавобгарлиги хақида тушунча, тасаввур ва куникма шакллантириш	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида қутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	<p>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказади.</p> <p>- Хирургияда ва ҳарбий - дала хирургиясида ҳамширалик иши фанига доир қандай атамаларни биласиз?</p> <p>- тиббий фанларни ўзлаштиришда хирургияда ва ҳарбий - дала хирургиясида ҳамширалик иши фанининг аҳамияти нимада деб уйлайсиз?</p> <p>- Хирургияда ва ҳарбий - дала хирургиясида ҳамширалик иши фани қайси фанлар асосида шаклланган?</p> <p>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади. 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>2.3. Хирургияда ва ҳарбий - дала хирургиясида ҳамширалик иши фанининг ривожланиши ва бу фан ривожланишида ўз ҳиссаларини қўшган олимларнинг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади.</p> <p>-фаннинг ривожланишида катнашган асосчи олимларни санаб утинг ва ишлари таништиринг;</p> <p>2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.</p>	<p>2.1. Эшитади.</p> <p>Навбат билан бир - бирини такрорламай атамаларни айтади. Ўйлайди. Жавоб беради ва тугри жавобни эшитади.</p> <p>2.2. Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади.</p> <p>Саволлар бериб, асосий жойларини ёзиб олади.</p> <p>2.3. Эслаб қолади, ёзади.</p> <p>Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади.</p> <p>Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
3-босқич. Яқуний (25 мин.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Ҳамширалик жараёни босқичлари” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

НАЗАРИЙ ҚИСМ.

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

Хамширалик жараёнининг максади бемор соглигини тиклаш, унинг организмини кувватлантиришга каратилган асосий тадбирларни уз вақтида бажаришдир. Хамширалик жараёни хамширадан факат беморни парваришда яхши техник тайёргарликни талаб килмайди, балки хамшира бу жараёнда уз билимини хам тулик намаён эта олиши зарур.

Хамширалик жараёни 5 та асосий боскичдан иборат:

1. Хамширалик текширувини утказиш ва беморнинг соглиги хакидаги маълумотларни йигиш. Бу иш субъектив ва объектив усулларда олиб борилади.

Субектив усулда – бемордан физиологик, психологик, ижтимоий атроф-мухит хакидаги маълумотлар йигилади, унинг шу давргача булган тиббий текшириш тугрисидаги маълумотлари билан танишилади.

Объектив усулда – беморнинг физиологик холати текширилиб, касалликка оид маълумотлар (ташки куриниши, ахволи, уриндлагги холати, тери ва шиллик пардаларининг ранги, холати ва х.к.) кайд килинади. Беморнинг буйи ва огирлиги, харорати, пульси ва АКБ улчаниб хужжатларидаги ва касаллик тарихи тулдирилади. Касаллик тарихи хамширанинг мустакил касбий юридик хужжати хисобланади.

2. Бемордаги мавжуд муаммолар асосида хамширалик ташхисини куйиш. Бемордаги муаммолар мавжуд ва келиб чикиши мумкин булган муаммоларга булинади.

Масалан, бемор ичагидан кон кетиш холати хамширалик ташхисини куйиш учун муаммо булса, унинг окибати кейи нчалик геморрагик шокка айланиши беморда хали юзага чикмаган, аммо вақт утиши билан пайдо булиши мумкин булган холат деб бахоланади. Бундай холларда кон кусиш, мелена, бош айланиши, ичакдан кон кетиши, кориндаги огрик каби ходисалар сезилса, хамширалик ташхиси куйилади.

Бемор касаллигини аниклаш ва уни даволашда хамшира ва шифокор ташхисининг ахамияти катта. Шифокор ташхисида бемордаги барча патологик холатлар мажмуаси бирлаштирилиб изохламса, хамшира ташхисида беморнинг баён килиш шикоятни клиник белги ва реакциялари асос килиб олинади.

3. Хамшира фаолиятини режалаштириш ва парваришлаш максадини аниклаш. Бунда хамширанинг дево режаси тезкор ва услубий максадларини уз ичига олиб, узок ва якин муддатларда бажаришга мулжалланади хамда бемор холатини яхшилашга каратилган булади. Бунинг учун хамшира дастлаб узининг барча имкониятлари даражасини хисобга олган холда, беморнинг тузалиш муддатини, даво натижаси ва шарт-шароитларини

чамалаб чикиб, беморни даволаш ва парваришлаш режаларини хамширалик касаллик тарихига лозим булади.

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

- Ишчи хамшира муолажаси – беморни даволаш шифокор назорати ва курсатмаси асосида бажарилади.
- Мустакил хамшира муолажаси – хамшира муолажани уз хохиши, тиклаши буйича шифокор курсатмасисизмустакил амалга оширади.
- Хамкорликдаги хамшира муолажаси – хамшира ва шифокор бошка мутахассислар билан биргаликда даволаш ишларини олиб боради.

5. Хамширалик парвариши даражасини бахолаш. Бу боскичда хамширанинг фаолияти беморда кузатиладиган динамик ҳолатлар натижаси билан аникланади. Бунда беморнинг хамшира даволсидан кейинги тузалиш натижаси, хамширалик парвариши максадидан келиб чиккан ютуқлари, хамшира ёрдамнинг фойдалилик даражаси ва беморни даволашдаги якуний муаммоларни ечувчи тадбирлар аниқ белгиланади.

Хамширалик ёзуви учун муҳим булган амаллар.

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

Хирургия ёрдами курсатишда хамширанинг тутган урни.

Тусатдан авж оладиган оғир касалликлар ва бахтсиз ҳодисалар (жароҳатланиш, захарланиш, қуйиш, қон кетиши, ҳушдан кетиш) ҳаётда доимо учраб туради. Бундай ҳолларда шошилиш тиббий ёрдам курсатиш олий маълумотли хамшира ва акушердан юқори малака талаб қилади. Фелдшер ва хамшира саломатлик марказларида, тез тиббий ёрдам машинасида, даволаш маскнларида мустакил даволаш-профилактика ишларини бажаришда, хамшира ташхисини утказишда,

бирламчи тиббий ёрдам беришда ва беморни тегишлди тиббий – даво муассасаларида юбориш каби асосий тиббий хизматларни бажаради.

Хамширанинг хирургик хизматни амалга оширишдаги умумий тадбирларига куйидагилар киради:

- Хавфли хирургик касалгурухларни аниклаш, оммавий ахборот воситалари ёрдамида ахоли уртасида тушунтириш ошларини олиб бориш, усма билан касалланган беморларни аниклаш. Хамшира куйидаги холлада беморни умумий амалиёт шифокори ёки мутахассисларга йуллайди: шикастлар, куйишлар, совук уриши, электр токидан шикастланиш, аэроб ва анаэроб инфекция, сепсис, сил, кон кетиши, уткир корин огриги, чурра кисилиши синдроми, ичак тутилиши, асцит, усмалар, гангрена, тромбоз, эмболия, яралар, окмалар, буйрак ва сийдик йуллари тош касалликлари, ковук шикастлари цистит, простатит, облитерацияловчи эндартрит, веналарнинг варикоз кенгайиши, тугма нуксон касалликлари ва х.к.

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

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

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

Хирургия хамширасининг мажбурияти ва вазифалари.

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

Хирургия хамширасининг шифохонада амалга оширадиган аник вазифалари куйидагилардан иборат.:

1. Согликни саклаш ва таъминлаш: бемор яхши кайфиятда даволаниши учун мухит яратиш; бемор муолажасини хавсиз, тез ва аник олишини таъминлаш, беморга сухбатдош булиш.

2. Бемор муолажаси ва текширувида шифокорга ёрдам бериш: беморнинг касаллик белгиларини куздан кечириш; монитorni (пульс, босим, харорат) ёзиб бориш; кузатилаётган аппаратларда тусатдан пайдо буладиган узгаришларни куриши билан шифокорга етказиш; аппаратларни тайёрлаш ва ишлатиш; туолажалар, текширувлар, операция максadini

беморга тушунтириш; дори ва шприцларни тайёрлаш; кабул килиш, тасдиқлаш ва ишлатилишини тушунтириш; қайта ишловда шифокорга ёрдам бериш.

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

Хирургия булимида ҳамшира юритадиган тиббий хужжатлар.

Тез ёрдам машинасида келтирилган беморнинг расмий хужжатлари билан келган беморларнинг расмий хужжатлари билан даволаш ташкилотлари кабулхонасида дастлаб ҳамшира танишади.

Кабул булимида касалларни руйхатга олиш хужжатлари куйидагича: касалхонага ёткизишни расмийлаштириш журнали; маслахатларни расмийлаштириш журнали; хар хил сабабларга кура касалхонага ёткизишдан бош тортган ёки ётиш ман килинган беморларни расмийлаштириш журнали.

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

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

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

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

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

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

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

Адабиетлар:

1. Галкин Р. А., Двойников С. И. Сестринское дело в хирургии. – Самара, 1998 г.
Кузнецова В. Сестринское дело в хирургии. Серия «Медицина для вас», Ростов на Дону., «Феникс» 2000 г.

1. Хегглин Юрг. Хирургическое обследование. Перевод с немецкого Говорунов Г. В., Москва «Медицина» 1991 г.

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

1. www.mediasphera.ru,
2. www.links.spinet.ru,
3. www.medlinks.ru,
4. www.medinform.net,
5. www.medlain.ru.

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Ҳамшира ишини фалсафаси нимадан иборат?
 1. Ҳамшира иши асосий принципи нима?
 2. Ҳамшира жараёни мақсади нима?
 3. Ҳамшира иши қадай босқичлари бор?
 4. Ҳозирги замон жарроҳлигида тиббий ҳамширалар ўрни қандай?

Маъзу: 2

Асептика ва антисептика. Антисептика усуларини ривожланиши (механик, физик, кимёвий ва биологик) ва куллаш коидалари. Ҳозирги замон антисептик препаратлари. Хаво–томчи, имплантацион ва контакт инфекциялаОперацион чойшаблар боғлов материаллар хирургик асбоблар оптик приборларни стериллаш усуллари. Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария- эпидемиологик тартибга солиқ тўғрисидаги документлар. Стерил инструментлари билан ишлаш кўникмаларини хосил қилиш. Қўлларни дезинфекция қилиш. Госпитал инфекция. ВИЧ инфекцини хирургияда урни

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

2-МАВЗУ	Асептика ва антисептика. Антисептика усуларини ривожланиши (механик, физик, кимёвий ва биологик) ва куллаш коидалари. Ҳозирги замон антисептик препаратлари. Хаво–томчи, имплантацион ва контакт инфекциялаОперацион чойшаблар боғлов материаллар хирургик асбоблар оптик приборларни стериллаш усуллари. Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария- эпидемиологик тартибга солиқ тўғрисидаги документлар. Стерил инструментлари билан ишлаш кўникмаларини хосил қилиш. Қўлларни дезинфекция қилиш. Госпитал инфекция. ВИЧ инфекцини хирургияда урни
----------------	---

--	--

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 20 - 40 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулоти шакли режаси	<ul style="list-style-type: none"> - Касалхона ичидаги хирургик инфекция профилактикасини ахамияти ва вазифалари билан танишиш; - Хаво – томчи инфекцияси профилактикаси билан танишиш; - Имплантацион ва контакт инфекциялари профилактикаси билан танишиш - Ҳозирги замон антисептик препаратлари билан танишиш ва унинг ахамияти; - Стерилизация ва унинг асосий усуллари билан танишиш ва амалий куникмалар ҳосил қилиш; - Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария- эпидемиологик тартибга солиқ тўғрисидаги ҳужжатлар билан танишиш; - Асептика асослари билан танишиш. - Антисептика асослари билан танишиш.
Ўқув машғулоти мақсади: “Хирургия ва харбий- дала хирургиясида хамширалик иши” фанининг предмети ва билиш усуллари, ривожланиш тарихи бошқа фанлар билан алоқаси тўғрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.	
<p>Педагогик вазифалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Талабаларга касалхона ичи инфекциясини профилактикасини мақсади, вазифалари ва ахамияти хақида тушунтиради; - Хаво- томчи, контакт ва имплантацион инфекцияларни тарқалиши, олдини олиш чора тадбирлари ва асосий антисептик препаратлар хақида изохлаш ва мисоллар билан тушунтириб ўтиш; - Стерилизация ва унинг асосий усуллари билан таништириш, гуруҳларини санаб бериш ва амалий куникмалар ҳосил қилдириш; - Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария- эпидемиологик тартибга солиш тўғрисидаги ҳужжатлар билан таништириш; 	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Касалхона ичидаги хирургик инфекция профилактикасини ахамияти ва вазифалари билан танишади, изохлайди ва айтиб беради; - Хаво – томчи инфекцияси профилактикаси мисоллар билан айтиб беради; - Имплантацион ва контакт инфекциялари профилактикасини бирма бир санаб ўтади, мисоллар келтиради - Ҳозирги замон антисептик препаратларини гуруҳлайди ва ахамиятини мисоллар билан айтиб беради; - Стерилизация ва унинг асосий усуллари билан танишади, санаб беради ва амалий куникмалар ҳосил қилади; - Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария- эпидемиологик тартибга солиш тўғрисидаги ҳужжатлар билан танишиш; - Асептика ва антисептика асослари билан, қонун қоидалари билан таништиради, антисептик моддаларни гуруҳлайди, санайди ва мисоллар

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

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Асептика ва антисептика. Антисептика усуллари ривожланиши (механик, физик, кимёвий ва биологик) ва куллаш коидалари. Хозирги замон антисептик препаратлари. Хаво–томчи, имплантацион ва контакт инфекцияла Операцион чойшаблар боғлов материаллар хирургик асбоблар оптик приборларни стериллаш усуллари. Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария- эпидемиологик тартибга солиқ тўғрисидаги документлар. Стерил инструментлари билан ишлаш кўникмаларини хосил қилиш. Қўлларни дезинфекция қилиш. Госпитал инфекция. ВИЧ инфекцини хирургияда урни. Қўлларни дезинфекция қилиш.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, ёзилади.
-босқич. Асосий (55 мин.)	<p>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Касалхона ичи инфекцияси профилактикасига оид қандай атамаларни биласиз? - Қандай замонавий антисептик препаратларни биласиз ва аҳамияти нимада деб уйлайсиз? - Стериллашнинг асосий босқичларини санаб беринг? <p>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади.</p> <p>Хирургия бўлимларида хаво томчи, контакт ва имплантацион инфекцияни профилактикасига доир тушунчалар мисоллар билан баён этилади. Уларнинг аҳоли саломатлигидаги ўрни, касалликлар профилактикаси учун аҳамияти тушунтирилади.</p> <p>2.3. Асептика ва антисептикани асосий усуллари ва замонавий антисептик препаратлар хақида тўхталиб ўтилади.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Операцион чойшаблар боғлов материаллар, хирургик асбоблар, оптик приборларни стериллашни узига хос усуллари тушунтирилади. - Хирургик бўлими ва унинг бўлмаларида санитария-эпидемиологик ҳолатни тартибга солиш тўғрисидаги ҳужжатлар тушунтирилади. - Стерил инструментлари билан ишлаш ва сақлаш коидалари тушунтирилади. - Қўлларни ювиш ва дезинфекция қилишда ишлатиладиган 	<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</p>

3-босқич. Яқуний (25 мин.)	<p>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</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 қисм. Антисептика - деб жароҳатдаги, паталогик тузилмадаги ёки умуман организмдаги патоген микроорганизмларни йукотиш ёки микдорини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар йигиндисига айтилади.

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

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

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

1. Операция хонасининг ҳавосини махсус аппарат ёрдамида қорбол кислота эритмасини пуркаш.

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

3. Операцион майдонни 2-3% ли қорбол кислота эритмаси билан ишлов бериш.

4. Операциядан сунг операцион жароҳатни 5% ли қорбол кислота шимдирилган махсус боғлама билан ёпиш.

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

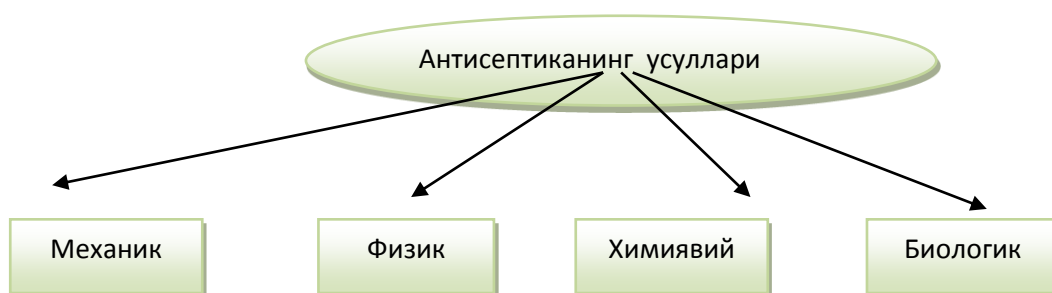
Бирок Листер антисептик усулининг ижобий томонлари билан бир қаторда салбий томонлари ҳам қузатилди, чунончи операция хонаси ҳавосидаги қорбол кислота бугларидан нафас олиш тиббий персонал ва беморнинг захарланишига, хирург қулини 2-3% ли қорбол кислота эритмаси билан қайта ишлаш терини қучли таъсирлантириши,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

Микробиологиянинг кейинги ривожланиши натижасида микроорганизмларни юқори ҳарорат таъсирида ҳам улдириш мумкинлигини исботлади. Хирурглар Субботин М.С. ва Э.Бергман хирургик инструментлар, операцион окликлар, боғлов ва чок материаллардаги микробларни қайнок сув ва буг билан юқотиш мумкинлигини исботлаб бердилар. Э.Бергман ва унинг шогирди Шиммелбуш

хирургияда асептик усулни ишлаб чиқишди. 1980 йилда Берлинда 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 окламади. Химиянинг ривожланиши билан кам захарли антисептик воситалар яратилди, бу эса асептикани турли антисептик воситалар билан бирга куллашга олиб келди.

Антисептиканинг куйидаги усуллари мавжуд:

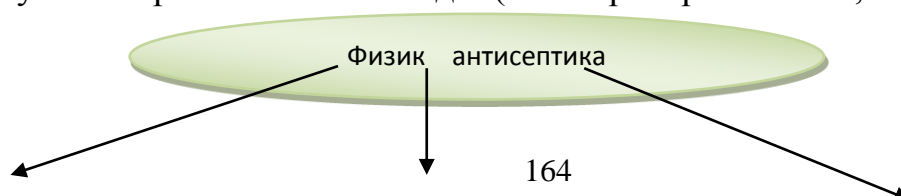
1. Механик антисептика;
2. Физик антисептика;
3. Химиявий антисептика;
4. Биологик антисептика.



Механик антисептика. Жароҳатда бактериялар ривожланишининг олдини олишда механик усуллар: микроблар учун озикли муҳит булиш мумкин булган некрозланган туқималарни, ёт жисмларни жароҳатдан олиб ташлашнинг ахамияти катта. Бунинг учун жароҳатга бирламчи актив хирургик ишлов берилди ва бирламчи хирургик чок куйилади: жароҳат кирралари ва деворлари тубиги кадар соғлом туқима чегарасида кесиб олинади ва туқима бутунлиги чок куйилиб тикланади.



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

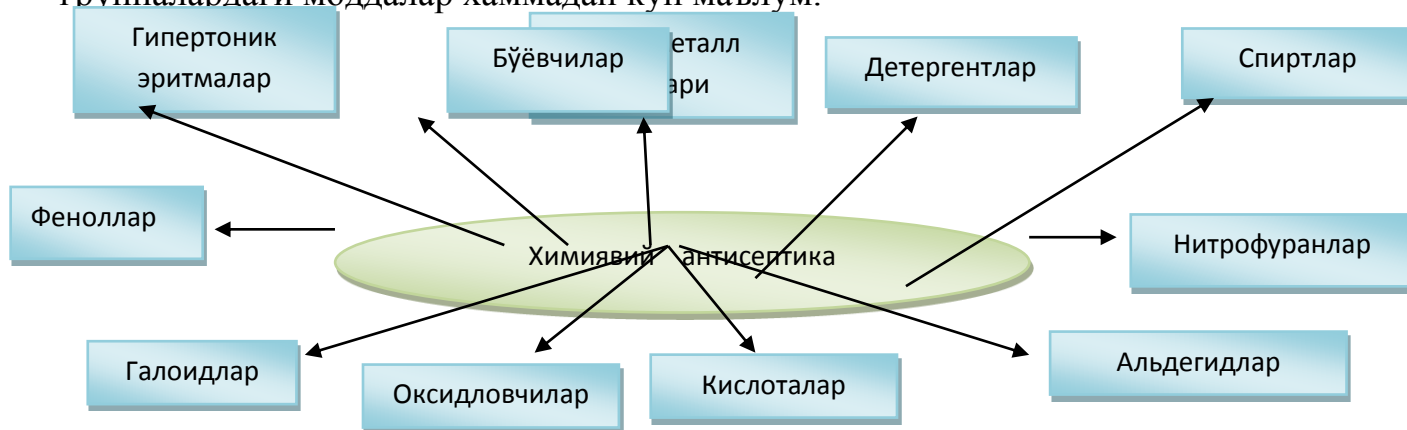


Докали тампонлар,

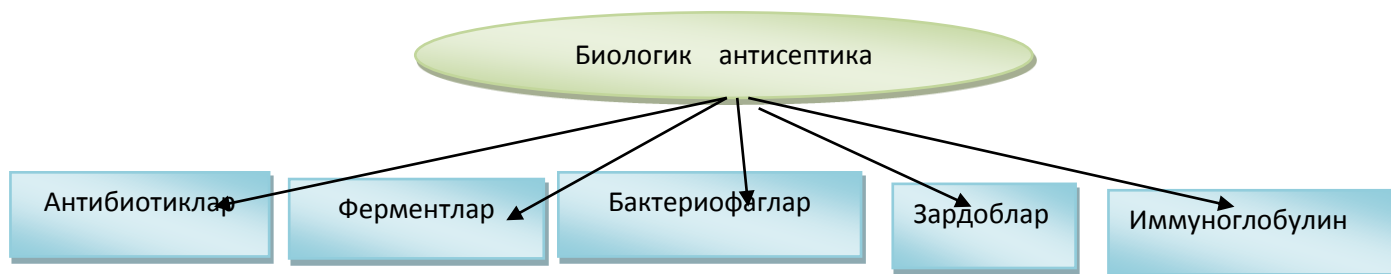
Дренаж найлар

Юқори энергияли лазер,
ультратовуш, ультрабинавша, кварц,
УВЧ шўнақари

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



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



Антисептиklarни қўллаш усуллари:

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

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

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

Асептиканинг асосини жароҳатга алоқаси булган асбоб ускуналарни, тикиш материалларини, окликларни стериллаш ташкил қилади. Ушбу конунларни амалиётга тадбик қилиш учун микроорганизмларнинг асосий манбаини билишимиз керак.

Хаётда 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 кон ҳамда лимфа суюқлиги орқали тушади.

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

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

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

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

Стериллизация - микроблар ва уларнинг спораларини йукотиш демақдир. Стериллизацияга турли хил усуллар: қудириш, қурук иссиқлик, қуглантириш, қайнатиш, автоклавлаш, қимёвий моддалар билан тозалаш туфайли эришиш мумкин.

Боглов материалларини, асбоб ускуналар ва қойшабларни стериллаш 4 босқичдан иборат бўлади:

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, қуп марта қулланиладиган қонни қуйиш системаларини механик тозалашдир.

Ишлатилган асбоблар шу захоти оқар илик водопровод сувида шётқа яхшилаб 5 дақиқа қобайнида ювилади, кейин 50⁰С даража иссиқликда махсус ювиш

эритмаларида 15-20 дакика ботириб куйилади. Шприцларни поршенини-цилиндрдан ажратиб ювиш керак.

Асбобларни ювиш учун турли таркибли эритмалар кулланилади:

А эритма-церкидрол-20г, ювиш кукуни –5г сувдан 975 мл ;

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

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

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

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

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

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

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

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

Асбобларни курук иссикли махсус шкафларда стериллашда уларни тик холатда металл идишларга терилиб куйилади. Шприцларга эса поршени цилиндран ажратилиб когоз халтачаларга солинган холда стерилланадилар.

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

Шпирецларни поршен ва цилиндрлари алохида холда салфеткаларга уралаиб жойлаштирилади.

3-боскич-стериллаш. Асбоб-ускуналар ва шпирецларни, нина ва шиша идишларни махсус курук исикли шкафларда стериллаш мумкин. Стерил учун тайёрланган буюмлар шкафнинг токчаларига жойлаштирилади ва харорати 80-85 даражага кутарилиб, 30 дакика куритилади, кейин шкаф эшиги ёпилиб 180⁰С даражага кутарилади ва шу даражада 60 дакика стерилланади. Стерилизация тугагач, шкаф электр токидан учирлиб 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 оқувчан буг ва босим остида автоклавларда стериллашдир. Стериллаш учун биксларга солиб тайёрланган асбоб-ускуна ва материаллар махсус стериллаш камерасига ёндеворидаги тешиклари очилган холда жойлаштирилади. Бикслар шундай жойлаштирилсинки, уларни оралари, ёнларидан бемалол ута олсин.

Хирургик асбоб-ускуналарни 2 атмосфера босим остида 20 дакика давомиде стериллаш мумкин. Стериллаш вақти атмосфера босими 2 атм. Исиклик даражаси 132⁰С га етгандан бошлаб белгиланиши керак, буг резина кулкоплар, дренажлар, (найча) 1, 1 атмосфера босим, 120⁰С исиклигида 45 дакика мобайнида 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 кунни, бикседа нима жойлаштирилгани ёзиб куйилади.

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

Кайнатиш йули билан шпирецлар, 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 чуқкан тузлар асбоблар юзига эмас, шу марлига ёпишади.

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

Йирингли яллигланиш касалликларини даволашда, ишлатиладиган ичак ахлатлари ёки газли гангрена чиқарувчи микроблар билан ифлосланган шпирцлар, асбоблар алохида кайнатгичларда 90 дақиқа 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 қушилмаган дистилланмаган сувда 15-20 дақиқа кайнатиш керак. Қуп марта кайнатиш резинали буюмларни чидамсиз қилади, кулкопларни эса катталаштириб юборади.

Гастродуоденоскоп, бронхоскоп, лапароскоп, цистоскоп, гемосорбция қилиш ва суний кон айлантурувчи аппаратлар ёки уларнинг айрим қисмларини иссиқлик 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 18⁰С даражали иссиқликда 16 соат тутилади, агар газлар аралашмаси, (этилонексиди билан метилен бромиди) кулланилса, иссиқлик даражасини 55⁰ С га кутариб 6 соат тутилади.

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

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

Уткир тигли асбоблар (қайчи, пичок, скальпель, ампутацион 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.

ЧОК МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УЛАРНИ СТЕРИЛЛАШ

Жароҳатни тикиш (чоклаш) учун жаррохлик тажрибасида ипак, лавсан, капрон, кетгут, аёллар сочи ва от қили кулланилади, булардан ташқари металлдан

тайёрланган Мишель кискичлари, танталдан ёки зангланмайдиган пулатдан ясалган симлар кулланилади.

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

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

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

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

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

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

КЕТГУТНИ ЙОД БУГЛАРИДА СИТКОВСКИЙ УСУЛИДА СТЕРИЛЛАШ.

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

Йод бугларида Ситковский усулида стериллаш куйидаги боскичларда олиб борилади.

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

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

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

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

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

6 – боскич - стериллаб булинган кетгутлардан бактериологик анализ олиниб, улар ишлатилгунча курук шиша банкаларда сакланади. Банкани хар куни у ён бу

ёнга кимирлатиб туриш зарур, чунки хосил булган йод буглари банка ичига тугри таркалиши керак.

КЕТГУТНИ ЛЮГОЛНИНГ СПИРТЛИ ЭРТМАСИДА А.П.ГУБАРЕВ УСУЛИДА СТЕРИЛЛАШ

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

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

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

КЕТГУТНИ ЛЮГОЛНИНГ СУВЛИ ЭРИТМАСИДА ГЕЙНАЦ - КЛАУДИУС УСУЛИДА СТЕРИЛЛАШ.

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

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

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

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

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

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

Капрон иплар кейинги пайтда кенг кулланилмокда, уларни 20 дакика мобайнида дистилланган сувда кайнатиш йули билан сериллаш керак. Капрон ипларнинг кулай томони шундаки, улар жуда махкам, тез тайёрланадиган, арзон, хамда тукумаларнинг унда сезгирлиги кам. Етишмовчилик томони шундаки, хосил булган тугун тез ечилиб кетиши мумкин, шунинг учун уни 3 та тугун билан боғлаш керак.

Лавсан - янгидан тайёрланган суний тикув материалдир. Лавсан боғлов материаллари сингари автоклавда ёки асбоблардек, кайнатиш йули билан стерилланади. Арзонлиги, мустахкамлиги ва организм тукумаларининг лавсанга сезгирлиги камлиги сабабли хирурглар уни куп куллашади. Лавсанни боғлашда 3 тугун килиш керак, акс холда ечилиб кетиши мумкин.

От ёлидан тайёрланган тикув материаллари пластик ва косметик операцияларни амалга ошириш учун фойдаланилади. От ёли илик оқар сувда совунлаб ювилади, куритилиб халкасимон килиб уралади ва тез ёгсизлантириш учун 7 сутка бензинда сакланади. Бензиндан олинган от ёли 40 дакика сувда кайнатилади, стерил сочик билан куритилиб 96% ли этил спиртига 7 сутка солиб куйилади. 7 суткадан сунг янгиси билан амаштирилади ва ишлатгунча сакланади.

Косметик ва эластик операцияларда от ёли сингари аёллар сочидан фойдаланиш мумкин, уни стериллаш юкорида кайд килиб утилгандек амалга оширилади.

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

Шуни унутмаслик керакки, кетгутдан тайёрланган тикув материаллари аллергик реакцияларга сабаб булмокда. Сунгги вақтда кетгут урнида ишлатиладиган, яъни синтетик материал полигликон кислоталарда сурилиб кетувчи иплар тайёрланмокда. Узини мустахамлиги жихатидан бу иплар кетгутдан қолишмайди.

Операцияда бевосита иштирок этадиган медицина ходими уз кулининг топ-тоза булишини кунт билан кузатиб бориши лозим. Кул терисида тирналган жарохатлар булмаслиги, тирноклар олинган булиши ва уларга лак суртмаслик лозим. Кулга ишлов беришнинг бир неча усуллари бор. Биз хирургия практикасида энг куп кулланиладиган усуллар ва сунги вақтларда тавсия этилган янги методлар хусусидагина тухталиб утамиз. Хозирги вақтда кулга ишлов беришнинг килишнинг купгина методларидан кейин кушимча равишда яна кулкоп кийилади.

Спасокукоцкий-Кочергин усули. Кулни ювиш учун мулжалланган курук тогорага 5 мл 96% ли спирт куйиб, ёкилади. Тогорани хар томонга кийшайтириб, унинг ички сатхи куйдирилади. Тогорага 1 л дистилланган сув куйилади ва 5 мл нашатир спирти (0,5% ли нашатир спирти эритмаси) куйилади. Шундай эритмада кулни 2 та тогорачада 3 минутдан ювилади. Кулни олдин чутка билан совунлаб ювиш шарт эмас. Кулни амалда тоза булишининг узи кифоя килади. Ювиш техникаси: 1) стерил салфетка билан аввал хар кайси бармокнинг кафт, сунгра чап панжанинг кафт ва кафт орка юзасини, сунгра унг кулники, шундан сунг чап, кейин унг кулнинг билак олди кисмини ва ниhoят билаклар ювилади, кейин кулларни худди шу тарика ва яна 3 минут мобайнида бошка тогорачада ювилади; 2) кул стерил сочик билан куритилади; 3) кулни 96% ли спиртга хуланган салфетка билан 5 минут мобайнида артилади; 4) тери бурмалари ва тирнок юзаларига йоднинг 5% ли спиртдаги эритмаси суртилади.

Кулни церигель билан ишлов бериш. Кулнинг курук терисига 3-4 г церигель туширилади ва препарат кафт оркаси юзларини, бармок ораларини ва билакнинг пастки учдан бир кисмини коплагунча 8-10 секунд мобайнида кунт билан ишканади. Сунгра кулни хавода ёки вентилятор тагида куритилади.

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

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

Эритма бир сутка мобайнида ишлатилиши мумкин, 5л ишчи эритмани эмаль копланган тогорачага куйилади. Кулни аввалги 1 мин кран остида совунсиз

(чуткасиз) ювилади, сунгра 1 мин тайёрланган эритма (салфеткасиз)да ювилади, стерил сочик билан куругунча артилади. Сунгра кулкоп кийилади.

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

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

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

Перформат кислота билан обработка килиш. Тайёрлаш усули юкорида баён килинган. Бу холда спирт ва йод кулланилмайди.

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Жаррохлик хизмати ва уни ташкил килиш?
2. Жаррохлик муассасаларининг турлари, вазифалари?
3. Аҳолига кечиктириб булмас ва режали жаррохлик ёрдами курсатишнинг асослари?
4. Жаррохлик хизматида хамширалик иши жараёнини ташкил килиш ва унинг боскичлари?
5. Бемор тугрисида маълумот йигиш ва х.амширалик ташхиси?
6. Хамширалик иши жараёни самараси ва уни баҳолаш асослари?
7. Касалхона ичи инфекцияси, унинг узига хос хусусиятлари, олдини олиш чоратадбирлари?
8. Жаррохлик булими ва даволаш муассасалари булинмаларидаги тиббиёт ходимлари диспансеризацияси?
9. Даволаш муассасаларидаги жаррохлик булимларига беморларни кабул килиш ва жойлаштириш хусусиятлари?

АДАБИЕТЛАР:

1. Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик.
2. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: Медицина, 2000.
3. Каримов Ш. И. Хирургик касалликлар. Ўқув адабиети. – Тошкент. «Ибн Сино», 1996 г.

Интернат маълумотлари:

1. www.mediasphera.ru,
2. www.links.spinet.ru,
3. www.medlinks.ru,
4. www.medinform.net,
5. www.medlain.ru.

Мавзу: 3

Қон кетишни ташҳислаш ва қон йўқотиш даражасини аниқлаш. Қоннинг ахамияти ва организмдаги нормал фаолиятини тушуниш. Организмнинг O_2 билан таъминланиши, химоялаш, моддалар алмашинувида қатнашиши. Қон кетишнинг таснифи. Қон оқишни батомом ва вақтинча тўхтатиш усуллари.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

(Маъруза – 2 соат)

3-МАВЗУ	Қон кетишни ташҳислаш ва қон йўқотиш даражасини аниқлаш. Қоннинг ахамияти ва организмдаги нормал фаолиятини тушуниш. Организмнинг O_2 билан таъминланиши, химоялаш, моддалар алмашинувида қатнашиши. Қон кетишнинг таснифи. Қон оқишни тўхтатиш усуллари.	
Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар	
Ўқув машғулотивининг шакли	Кириш, визуал маъруза	
Маъруза машғулотивининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Қон кетиш тушунчаси, таснифи; 2. Қон кетиш этиологияси; 3. Қон кетиш патогенези; 4. Қон кетиш клиникаси ва диагностикаси; 5. Қон кетишни тухтатиш усуллари; 6. Қон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш. 	
Ўқув машғулотивининг мақсади: “Қон кетиш ва қон тухтатиш” тушунчаси, таснифи, этиопатогенези, клиник белгиси, диагностика усуллари, қон кетишнинг асоратлари ва уларни даволаш усуллари тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.		
Педагогик вазифалар: - Қон кетиш тушунчаси, таснифи, этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси, қон кетишни тухтатиш усуллари, қон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш усуллари билан таништириш ва тушунтириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Қон кетиш тушунчаси, таснифи, этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси, қон кетишни тухтатиш усуллари, қон кетишнинг асоратлари ва уни даволаш усуллари билан таништиришади ва урганади, мисоллар келтиради.	
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси	
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.	

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

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Қон кетишни ташҳислаш ва қон йўқотиш даражасини аниқлаш. Қоннинг аҳамияти ва организмлаги нормал фаолиятини тушуниш. Организмнинг O ₂ билан таъминланиши, химоялаш, моддалар алмашинувида қатнашиши. Қон кетишнинг таснифи. Қон оқишни тўхтатиш усуллари.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотидан кутулаётган 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>- Қон кетиш деб нимага айтилади? - Қон кетишда умумий хирургия фанининг аҳамияти нимада деб уйлайсиз? - Қандай қон кетишларни биласиз?</p> <p><i>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади.</i></p> <p>Қон кетиш турлари, таснифи, клиник белгилари, диагностикасини мисоллар билан баён этилади. Уларнинг асоратлари тушунтирилади.</p> <p><i>2.3. Қон кетиш асоратлари, биринчи ёрдам курсатиш ва даволаш принципларига тўхталиб ўтилади.</i></p> <p>- Қон кетиш асоратлари; -вактинча ва батамом қон тўхтатиш усуллари санаб утинг ва таништиринг; -қон кетишни даволаш принциплари 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. Ҳар бир саволга жавоб беришга ҳаракат қилади.</p> <p>Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
3-босқич. Якуний (10 мин.)	<p><i>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i></p> <p>Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “консервланган қоннинг саклаш” мавзусида реферат ёзишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради.</p> <p>3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

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

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

Қон 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 якинида пайдо булиши яллигланиш, нурланишни киритиш мумкин. Бунга кон босимининг тез кутарилиб кетиши ва кон кимёвий таркибини (кон ивишининг пасайиб кетиши) узгаришига хам олиб келади. Кон окишининг сабаби биргина булмасдан, куп вазиятларда хам руёбга чикиши мумкин. Масалан, сепсис, ва холемиа холатларида кон кетиши мураккаб жараён булиб, бутун танадаги узгаришларни уз ичига олади. Томир деворларининг касаллик окибатида юпка тортиши учун енгилгина таъсир хам кон кетиш учун кифоя килади. Захм касаллигида томир деворининг кенгайиши турли тезкор кон босимининг кутарилиб кетиши аневризманинг ёрилиб кетишига сабаб булади. Кон кетиши факатгина жаррохликда учрамасдан, балки доячиликда, яъни бачадондан турли сабаблар таъсирида кон окиши, тирапевт ва невропатолог амалиётида кексаларда ва кон босими ошган беморларга бирданига мияга кон куйилиб фалаж булиб колиши холларда, окулистлар амалиётида куз тукумасига кон куйилиши бу масаланинг тиббиётда катта ахамияти борлигини курсатади.

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

КОН КЕТИШИНИНГ ТАСНИФИ. Кон кетишининг таснифи шикастланган кон томирларининг анатомик тузилиши, сабаблари, ва ташки мухитга алокадорлигини хисобга олган холда куйидаги гурухларга булинади:

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

Артериал кон кетиш бемор учун огир кечади. Бу холатда томир деворларидан кон юрак уришига мосланиб, махаллий рити билан тебранади. Кислородга туйинган булганлиги учун оч кизил рангда булади.

Артериал кон кетишнинг уз-узидан тухтаб колиш камдан-кам холда булганлиги учун беморни киска ваكت ичида камконликка мубтало килади ёки хаётини хавф остига куяди.

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

Бу кон окиши капиллярдан кон кетишига ухшаб кетади, бироқ уз-узидан тухтаб колмайди ва купинча жаррохлик усулини талаб килади, чунки бу органларда кон томирлари девори орган стромалари билан ёпишган холда булади. Шунинг учун

кон узлуксиз окади. Кон куйишнинг келтириб чиқарувчи сабаблар куйидагича: а) ташки таъсир натижасида кон кетиш. Бу ҳолда кон томир шикастланиш таъсирида уз бутунлигини йукотади ва кон окишига олиб келади; б) нейротрофик узгаришлар таъсирида кон кетиши. Унинг сабаблари кон томирлари девори утказувчанлигининг ошиб кетиши; организм химоя кучларининг пасайиб кетиши натижасида бузулиши асосида руёбга келади. Кон окишининг ташки ва ички муҳитга боғликлиги қараб ташки, ички ва яширин кон кетиш фарк қилади.

Ташки кон окиши кон тери сатҳидаги жароҳат натижасида, ташки муҳит билан боғлиқ булади. Ички кетишда кон туқималари, органларга йигилиб, қуйилиб қолади, бу ҳолат геморрагия деб аталади. Тана бушлиқларига кон йигилганда кон шу бушлиқлар номи билан аталади: корин йигилиши кукрак кафаси бушлигида кон йигилиши, перикард булишига кон қуйилиши, 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 қайд қилиш, сийдик йулақларидан кон окиш, аёлларнинг қуп хайз қуриши, аёллар таносил органларидан кон кетиши, орқа тешиқдан кон окиши, ахлатнинг қора келиши. Туқималарга кон кетганда бириктирувчи туқима, туқималараро бушлиқларга йигилиб, у ерда шиш-инфилтрат ҳосил қилади. Уларнинг қатта —ичиклигига, тарқалишига ва ҳосил қилган шаклига қараб, махсус ном билан аталади. Агар кон туқималарига булақ-булақ булиб қуйилса, туқималарни суриб, улар оралигини кенгайтириб, сунъий ва чекланган оккан билан тулган бушлиқлар ҳосил қилади, бундай кон кетишни гематома дейилади. Гематома икки хил булиши мумкин: туқималараро ва бушлиқ гематомаси. Гематоманинг қатта —кичик кон босимига ва туқиманинг эластик ҳолатига боғлиқ 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: қуйилган кон таъсирида атрофдаги туқималар таъсирида унинг қалин капсула билан чегараланиши мумкин, унда коннинг сурилиши секинлашади ва гематома кон кистасига айланади. Кон окиши давом этаверса, туқималарда 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 қуйиш натижасида ҳар хил асоратларга, анемияга олиб келади. Агар шу бушлиқлардаги гематома йирингласа плеврит, перитонит, ва шунга ухшаш йирингли жараёнларга сабаб булади ва бу қунгилсиз воқеаларга олиб қилиши мумкин. Айтилган бушлиқларга кон қамдан-қам уз-уздан тухтаб қолади, чунки шу бушлиқларни чегараловчи сероз парда кон ивишига қисман тусқинлик қилиши ҳусусиятига эга.

Ички кон кетиш уз навбатида аниқ ва яширин буқлиши 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 хасталикнинг аник белгиларини бермасдан сурункали асоратлар вужудга келтиради: бу холда камконлик белгилари намоян булади. Масалан меъда ёки ичак яраларидан яширин кон кетади.

Кон кетиш пайдо булиш даврига караб 3 га булинади:

А) бирламчи кон кетиш – шикастлангандан сунгт дарров кон томирларидан кон окиш холати белгиланади.

Б) иккиламчи эрта кон кетиш биринчи соатлардан икки суткагача булган даврни уз ичига олади, одатда шу давр орасида жарохатга инфекция тушган, йирингли жараён бошланмаган булади. Иккиламчи кон кетиш шикастланган томир ичини ивиган конга 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 дори-дармонлар, 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 кисилганда, каттик йуталганда пайдо булиб, унинг белгилари куз ва бошка шиллик каватларда кон куйилиши билан вужудга келади. Бундан ташкари, атмосфера босимининг бирданига пасайиб кетиши ҳам бурун, кулок, броих 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 намоеён 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 килдириб, кон кетишига тускинлик килади, 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 килиб келтирса булади, чунки уларда кон ивиши секинлашиши ёки бутунлай ивимаслиги мумкин.

Гемофилия-тугма 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 огир кон кетишидан нобуд буладилар. Кон кетишни тухтатиш учун беморларга коннинг етишмаган VIII факторини (куллайди) куйилади (криопреципит, антигемофилия плазма).

Уткир нур касаллиги хам кон кетишига мойиллик пайдо килади. Бу касалликда жарохатланишга жавобан булган вазомотор реакциянинг бузилиши натижасида шикастланган кон томир деворлари кискариб 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 узидан кон тухтатиш хусусиятларидан махрум булади ва хатто кон окишини тухтатувчи моддалар хам кучсизлик килади.

КОН КЕТИШ ДИАГНОСТИКАСИ ВА КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ.

Кон кетиш диагностика келиш учун кетиш жойини билиш билан бирга сабблари ва махсус белгиларини аниклаш лозим.

Ташки кон кетишда катта магистрал кон томирлар деворининг бутунлигига ишонч хосил килиш керак. Шунингдек кетаёрган коннинг ранги, окиш тезлигига хам 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 хам кириб, беморни кунгилсиз воқеага олиб келади.

Венадан кон кетиш, артериал кон томирдан кон кетишидан фарк килиб, оқайган 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 хам кон кетиш мумкин. Юракка якин булган вена томирлардан кон оқайган булса, ундан оқайган 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 тукумадан кон кетади. Агар коннинг иши бузилмаган булса, капилляр кон кетишини оддий ёки босиб турувчи бойлам билан тухтатиш мумкин.

Шикастланган орган ва бушликнинг вазиятига караб, ички кон кетишининг клиник белгилари хар хил булади. Баъзан хавф-хатар кетган коннинг микдорида эмас, балки шикастланган орган тукумаларининг шу кон хажми билан эзилгандан келиб чиқади. Шунини айтиш керакки хамма вақт хам ички кон кетиш сабабини кон кетиши кузга ташланиб турса хам аниклаб булавермайди. Масалан огиздан кон

кетишининг сабаблари упка ва нафас олиш аъзоларининг юкори кисмлари, халкум, кизилунгач, меъда, ун икки бармок ичак касалликлари булиши мумкин: сийдикда кон пайдо булса, хасталик белгилари буйракда, сийдик пуфаги ва йулларида булиши мумкин.

Ахлатга кон аралашган булса, меъда –ичак йулларининг хар бир кисмидан кон кетиш мумкин. Кон кетишини аниклашда коннинг ранги окиш тезлиги хам ахамиятидир.

Кип-кизил купирган, хаво заррачалари булган кон кетса, коннинг упкадан кетаётганидан далолат беради, кайд килганда меъдадан кон кетиш, «кофе куйкаси» ухшаш суюклик тушса, меъда ва ун икки бармок ичак хасталигидан булиб, бунинг сабаби: гемолобин билан хлорид кислота кунгир рангдаги гематик сульфат хосил килади. Аммо айтилган белгилар билан кон кетаётган жойни аниклаш кийин. Бунинг учун эндоскопик текширув утказиш талаб килинади. Ташки кон кетиш, корин бушлиги ёки 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 окаётган кон билан тукумаларга чегараланган жойга ёки кавак аъзолари ичига тупланади. Радиоактивликнинг ошиши радиометр аникланади. Шунингдек ички кон кетишини AI^{198} нинг коллоид суюклиги билан топиш мумкин, чунки юборилган изотоп нормадан жигарнинг ретикуло-эндотелиал системасида жойлашиб одатда $15^1 \times 20^1$ сунг кон томирларидан йуколади.

Агар изотоп жигардан бошка жойда аникланса, кон кетаётганлигидан дарак беради. Радиометрияни СПР –68-1 типдаги портатив аппарат ёки махсус сканли мосламалар билан аниклаш мумкин. Ички кон кетишнинг умумий симптомлари уткир кон йукотиш белгиларини беради. Бу ҳақда куйирокда фикр юритилади.

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

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

Нормал холатда кон айланиш хажми доимий бир микдорда булади ва юракдан отилиб чиқаётган кон хажми доимий бир микдорда булади. Организмга булган кушимча таъсирот унинг химёвий ва компенсатор механизмларини ишга солади,

улар эса туқималар ва тана аъзоларининг доимий перфузиясини ташкил қилади. Қон йукотиш шиддатли стресс агенти хисобланиб, симпатикоадренали системасини бевосита ишга солади. Бу реакциянинг таъсири асосан икки факторга қон йукотишнинг тезлиги ва ҳажмига боғлиқ. Экспериментал тадқиқотлар ва қўпгина клиник кузатувлар шуни курсатадики, ҳатто бир неча дақиқаларда умумий қон массасининг 10-15% йукотилганда ҳам киши танасида сезиларли гемодинамика ўзгаришлар пайдо бўлмайди.

Қон кетишида ҳамширалик жараёни.

Меъда-ичакдан қон кетганда ҳамшира жараёнини қўйидаги қуринишда ифодалаймиз.

МИКК нинг кечишига ҳос бўлган аломатларга қон қушиш, ахлатнинг қон аралаш бўлиши, заифлик, оғрик, диспепсик бузилишлар, ичак фаолиятининг бузилиши, узини парваришлай олмай қолиш ҳоллари қиради. МИКК да ҳамширалик жараёни қўйидаги босичлардан иборат: 1-беморни ҳамширалик нуқтаи назаридан текшириб чиқиш; 2-унинг ахволини ташхис қили шва муаммоларини аниқлаш; 3-аниқланилган талабларни қондиришга йўналтирилган ёрдамни режалаштириш; 4-зарурий ҳамширалик аралашувлари режасини бажариш ҳамда олинган натижаларни баҳолаш.

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

Гемотрансфузия бошиданок ҳамшира доимо беморнинг ёнида туриши, ҳол-ахволини, ноҳуш сезгилар бор-йўқлигини сураб туриши керак. Бемор ахволини кузатиши, пульс ҳамда нафас тезлигини аниқлаш зарур. Флакonda 5-10 мл қон қолганда беморга қон қўйиш тўхтатилади ва қолган қон совутгич музхонасига қўйилади. Флакondaги ёрлик олинадива касаллик тарихига ёпиштирилади. Гемотрансфузиядан кейин бемор 2 соат ётади. Ҳамшира бемордан олинган суюқликнинг биринчи порциясини шифокорга курсатади ва лабораторияга олиб боради. Беморнинг тана ҳарорати ва пульси ўлчанади. Ҳамшира 8 соат мобайнида диурезни назорат қилади. Эртаси қўни беморнинг сийдиги ва қон умумий анализи олинади. Ҳамшира ҳама маълумотларни Гемотрансфузия протоколга қиритиб қўяди.

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Қон кетишнинг турларини айтиш?
2. Артериал ва веноз қон кетишларининг фарқлари?
3. Қон кетишларнинг даражаларини аниқлаш?
4. Қон кетишларининг асоратлари?
5. Қон кетишларда клиник мазарасини кечиши?

АДАБИЕТЛАР:

4. Каюмов Т.Х. Хирургикда ҳамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик.
5. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: Медицина, 2000.
6. Каримов Ш. И. Хирургик касалликлар. Ўқув адабиети. – Тошкент. «Ибн Сино», 1996 г.

Интернет маълумотлари:

1. www.mediasphera.ru,
2. www.links.spinet.ru,
3. www.medlinks.ru,
4. www.medinform.net,
5. www.medlain.ru.

Мавзу: 4

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

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

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

(Маъруза – 2 соат)

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Инфекциянинг хирургиядаги ахамияти ; 2. Хирургик инфекциянинг таснифи тушунча; 3. Йирингли ўткир инфекциянинг асосий даво принциплари хақида тушунча; 4. Фурункул, карбункул, сарамас, эризипилоид, лимфаденит, лимфангоит, абсцесс, флегмона, мастит, парапроктит билан хасталанган беморларни а тушунча бериш; 5. Амалиётдан кейинги парварпиш қилиш усуллари; 6. Анаэроб ва ўткир специфик хирургик

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

МАЪРУЗА МАШЎУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

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

<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> - Инфекциянинг хирургиядаги ахамияти ? - Йирингли ўткир инфекциянинг асосий даво принциплари ? - Амалиётдан кейинги парварпиш қилиш ? 2.2. <i>Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</i> трансфузиология тарихи, кон гурухлари ва резус факторни аниклаш, турлари, таснифи, кон куйишни асосий босқичлари, синамалар батафсил ва мисоллар билан баён этилади. Кон куйишда учрайдиган асоратлар хавфи тушунтирилади. 2.3. <i>Хирургик инфекцияда даволаш принциплариға тўхталиб ўтилади.</i> - Хирургик инфекция асоратлари; пироген реакциялар, механик характердаги асоратлар , юмшок туқимани йирингли касалликлари санаб утинг ва таништиринг;</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 саволға жавоб беришға 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 масалаларға каратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазиға: “хирургик инфекция” сузига кластер тузишни вазиға қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниклаштиради. 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 касалликларға одатда, жаррохлик йули билан комплекс даъво қилади. Организмнинг физиологик функциясига, ташки таъсирға 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 организмға кириш дарвозаси деб аталувчи тери ва шиллик пардаларнинг шикастланиши туфайли ёки нафас олиш, меъда – ичак ва таносил йуллари орқали тушади. Организмға тушган микроорганизмлар микдори канчалик куп, улар канчалик вирулентли ва организмнинг ташки таъсирига қаршилиқ курсатиши нечоглик 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 бошка муаллифлар, 1984) эмас, балки йирингли жаррохликнинг алохида мустакил булим килиб ажратилиши (шу жумладан, хирургик касалликлардан махсус булимларнинг ташкил этилиши) билан ҳам таъкидланади. Шунини унитмаслик керакки, хирургик инфекция кенг тарқалган булиб, у хирургик касалликлар умумий микдорининг 1/3 дан купрогини ташкил этади.

Ахолининг моддий фароволик ва санитария-гигиена даражаси яхшиланганлиги, Улуг ватан урушидан сунг (1946-1955 й) йирингли касалликларни даволашда антибиотикларнинг кенг кулланилиши хирургик инфекциянинг купайиши даражасини сезиларли равишда камайтиришга имкон яратади. Чамаси, муаммо деярли хал килингандек эди. Аммо кейинги йиллардаги кузатувлар шунини курсатадики, антибиотикларни асосланмаган холда кенг куллаш, шунингдек кишлок хужалигини кимёлаштириш сабабли микроблар реактивлигининг узгариши антибиотикларнинг фойдали эканлигига булган ишончни окламади. Касаллик кузгатувчи инфекция янги, нокулай шароитларга мослашиб, антибиотикларга карши резистентликни анчагина тез вужудга келтиради. Антибиотикларга чидамли Янги микроблар штамлари пайдо булади. Натижада жаррохлик йули билан даволашни талаб килувчи йирингли яллигланиш касалликлари купайганлиги кайтадан эътиборни узига жалб килади. Шу сабабли хозирги кунда хамма худи илгарилари булганидек, хирургик инфекция клиникада энг мухим муаммолардан бири хисобланади.

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

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

Иммунологик фаоллик беморда утки рёки сурункали хирургик инфекция холати юз берган холларда одатда паст булади. Шунинг учун операциядан олдин ва жаррохлик йули билан даволанаётган йирингли асоратлар даражасини камайтиришда ёрдам берадиган гипериммун плазма, гамма-глобулин, пентоксил, продигозан ва бошка препаратларни куйиш билан иммунобиологик фаолликни ошириш мақсадга мувофиқдир. Т- лимфоцитлари етишмаганда (В – лимфоцитлари кам даражада булганда) куйилган 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 холда этиология (микроб флораси); 2) касалликнинг клиник холати; 3) касаллик жараёнининг чекланиб олиши буйича тавофут килинади.

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

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

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

1. Уткир хирургик инфекция.

1.1. Махаллий уткир хирургик инфекция:

а) уткир нопецифик йирингли инфекция;

б) уткир чирик (путрид) инфекция;

в) уткир носпецификанаэроб инфекция ёки Газли гангрена (корасон);

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

Уткир хирургик инфекциялар. Уткир носпецифик йирингли инфекция.

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

Этиологияси. Жарохатда УНЙИ нинг пайдо булишида муҳим урин (В.И. Стручков, 1978) стафило-, стрепто-, пневмококкларга тегишлидир, гнококклар бу борада хийла камрок рол уйнайди. Сунги йилларда хирургик инфекцияни

кузгатувчи сифатида (М. И. Кузин, 1985 тобора купрок грамманфий микрофлоранинг вакиллари (60-81% холатларда- ичак таёкчаси (*Escherichiacoli*), сапрофитлар (*Proteus vilgaris*) ва бошка шартли патоген грамманфий бактериалар (*Enterobakter aerogenes, klebsille pneumoniale,*) шунингдек, псевдомонадолар (*Pseudomonas atruginesa*) ва патоген замбуруглар яккол ажралиб туради. Касаллик аралаш инфекция тури буйича келиб чиккан булиши мумкин, шу билан бирга касалликнинг 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 мумкин), кимёвий ва термик омилларга анчагина чидамлилиги билан ажралиб туради. Стафилококклар коннинг муайян шаклдаги элементларини бузувчи токсинлар-стафилогемолизин, стафилолейколизин, шунингдек, оксил моддаларни коагуляцияловчи ва бузувчи фермент-плазмокоагулазани ажратиб чикаради. Стафилококкларнинг вирулентлиги йиринг йигилган жойлада ортади. Стафилококкли сепсис учун иккиламчи йиринги метастезларнинг пайдо булиши ва ривожланиши хосдир. Стафилококк инфекциясида саргиш-ок рангли куюк йиринг аникланади.

Стрептококклар. Гемолитик А-стрептококк асосан контакт йули билан юкади; гемолитик В – стрептококк (*Str. agalactice*) Янги тугилган чакалокларда (упка труктурасини узгартирадиган сепсис) ва бошка болаларда (менингитлар, остеомиелитлар) огир инфекцияларни келтириб чикаради; В – гемолитик С - стрептококк (*Str. equisimilis, str, Zooepidimii.*) асосан хайвонларда касаллик касаллик кузгатувчи хисобланади; В- гемолитик в- стрептококк (*Str. 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 эрамининг бошларига нисбатан камдан –кам учрайди; купрок сероз (зардобли) яллигланиш тури сифатида утади, бироқ огир интоксикацияни келтириб чикаради. Стрептококклар инфекциянинг махсус турларини, чунончи, сарамас яллигланиши, жарохатли кизилча ва бактериал эндокардитни келтириб чикариши мумкин; стафилококк инфекциясига нисбатан метастазлар (болалаш) бунда камдан – кам (15% гача) юз беради. стрептококк инфекциясида йиринг нимкулранг, куюк каймоксимон булади.

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

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

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

Протей турлари (*Proteus vulgaris*, *Pr. mirabilis*, *Pr. morgani*, *Pr. incontans*) ташки мухитда, шунингдек, оғиз бушлигида ва ичак йулларида кенг тарқалган. Мазкур кузгатувчилар келтириб чиқарган йирингли жараён юмшок туқималарнинг чириб жонсизланиши билан кечади. Сийдик чиқариш йуллари, жарохатларда аралаш инфекция кузгатувчилари булиши мумкин. (*Pr. incontans*) госпитал инфекциясининг энг хавфли кузгатувчиларидан бири булиб, антибиотикларга ута чидамлилиги билан ажралиб туради. *Klebsiella* – *Enterobakter* – *Serratia* туркуми меъда-ичак йулларида ва нафас йулларида пайдо булади. Кузгатувчилар упка яллигланиши (пневмонияси) ва йирингланишлари (абсцесслар)ни, холангитларни, сийдик чиқариш йуллар инфекциясини келтириб чиқаради. *Enterobakter. cloaque* холицисларда (ут пуфагининг яллигланиши), *Ent. species* сепсисда аниқланади. *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 таркатувчи), амма унинг таъсири остида туқималарнинг регенератив (тикланиш) қобилияти пасаяди. шилимшик ажралиб чиқиши (боғлам яшил-кук ранга буялади) касаллик кузгалувчи мавжудлигининг асосий белгисидир. Кук йиринг таёкчаси антибиотикларга чидамлилиги билан полимиксин, амикацин, карбеницилинмустаснодир. антисептик воситалардан сирка кислота унга унумли таъсир курсатади. У купрок куйганларни даволаш булимларида, жадал терапия ва реанимация булимларида учрайди.

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

Бу инфекция споралар хосил қилмайдиган кузгатувчи грам мусбат турлари (*Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *hacteroides*) ва грамманфий турнинг *Fuso bacterium* (*F. Nicrogenes*, *F. necrophorum*) вакиллари дидир. Спора хосил қилувчи грам мусбат анаэробларнинг вакили клостридиалар дидир (*Clostridium difficile* ва бошқалар).

Бу тукумаларнинг микроблари одатда хазм аъзолари йуллари учрайди. Уларни аъзолараро абсцесларда (фасод боглаган жрйларда), ичкарида жойлашган флегмонлар йирингида, жинсий органларнинг яллигланиши билан боглик касалликларда, сепсисда учратиш мумкин. Бактероидларни бактериоскопия билан аниклаш мумкин. Уларни устириш учун махсус ва мутлоко анаэроб шароит талаб килинади.

Махаллий Уткир Йирингли Касалликлар

1. тери ва тери ости ёг катламининг яллигланиши касалликлари

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

Клиник манзаралри. Соча асосан атрофида деярли огрик бермайдиган йирингли пуфак пайдо булади. Бу пуфак касалланган сочни юлиб олиб ташлагандан сунг бир неча кун ичида битиб кетади. Агар бир жойда зич жойлашган сочлар халтачалари яллигланган булса, у холда сурункали кечадиган шикастланишлар юз беради. Бундай касалликга ёркин мисол-соколдаги сикоздир.

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

Этиологияси ва патогенези. Чипкон тилларанг стафилококк ёки терида ёг безлари огизчаларида булган бошка касаллик кузатувчи микроблар туфайли келиб чикади. Терининг ифлосланиши, тери касалликлари, организмнинг умумий заифланиши, авитаминоз (витаминларнинг етишмалиги), моддалар алмашинувининг бузилиши (купгина канд касаллиги билан огриган беморларда)-чипкон чикишига имкон яратувчи асосий омиллардир. У кийим купрок ишкаланадиган жойларда-одамнинг буйни, елкаси, бели ва думбаларида булади.

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

Клиник манзараси. Аввлига тери кичишади, кейин билинар-билинемас оргик пайдо булади. Соч халтачаси ёки ёг бези атрофида кизариш уртача катталикида шиш пайдо булади. 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 тукумаларда некротик ук (узак) ривожланади. Биринчи хафтанинг охирида ичида йиринг тупланган пуфакча ёрилади, йиринг у билан бирга эса некротик ук хам чикиб кетади. Анна шундан сунг инфилтратия ва шиш пасаяди, аста-секин огрик хам колади. Чипкон купинча беморнинг огир холатда булиши билан кечмайди. Тана харорати одатда субфебрил булади, лекин 39-40 даражага хам кутарилиши мумкин.

Одамнинг юзига, айникса, устки лаби сохасига чиккан чипкон хатарлидир, чунки яллигланиш учогидан инфекция бош суягининг венос синусларига таркалиб кетиши, юз веналари тромбозини келтириб чикариши, мия пардаларини яллиглантириш ва охир окибатда беморни улим холатига олиб бориши мумкин. Юз веналарининг тобора купайиб борувчи 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 (40-41⁰С), 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 бармоқларнинг йирингли яллигланишдан (чипкон соч халтачалари булмаган ерда юз бермайди), тер безлари, тукумалар флегмонасидан, шунингдек, хазм, сил ва актиномикоздан фарк килиши лозим.

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

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

Фурункулёз Системали касаланиш булиб, у иммунологик реакциянинг бузилиши билан боғлиқдир, 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 кун 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 чиқишига куйидагилар сабаб булади: организмнинг умумий заифланиши, гиповитаминозлар, моддалар алмашинуви касалликлари «канд касаллиги, семириб ёки озиб-тузиб кетиш». Одатда карбункул билан катта ёшдаги кишилар касалланади. Карбункул купрок буйиннинг орка юзасида, энседа, оркада, белда, устки ёки пастки лабда пайдо булади.

Патологоанатомик манзараси. Тер ива тери остки клетчаткасида бир неча 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 чиқади. Кейин некрозга учраган тукималар бир-бири билан бирикиб, катта вулкон огзига ухшаш ёрик аста-секин грануляцияцион тукима билан тулиб боради.

Клиник манзараси. Карбункул хароратнинг сезиларли даражада кутарилиши ва каттик огрик билан бошланади. Кизариб шишиб чиккан жой тез катталашибборади (бошланишида бир неча инфилтратлар булиши мумикн, лекин улар тезда бир-бирига кушилиб кетади). Тери кукимтир-кизил ранга киради, яллигланган жой атрофида шиш ривожланиб, теридан буртиб чиқади. Инфилтрат устидаги тери, купрок жадаллик билан кизарган марказидаги тери (бу ердаги ранг аста-секин окариб боради, тери юпкалашиб ёрилади) тушиб кетади. Бир неча 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 дараэага кутарилади ва у эт увишиши, бехузур булиши, кайт килиш, бошнинг каттик огриши, уйкусизлик ва бехушланиш билан кечади. Карбункул одамнинг юзида, айникса юкори лабда 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 сулфаниламидлар 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 айлантириб ёки хочсимон килиб яра кесилади. Некротик тер ива юмшок тукумаларнинг хаммаси то соглом хойгача киркиб олинади. Гипертоник эритма, фурацилин билан йирингдан тозалангач Вишневский мази суртилган тампонлар хар 2 кеча-кундузда алмаштириб турилиши лозим. Протеолитик ферментлардан фойдаланилади. Некротик тукумалар. шунингдек, 25% салицил кислота кристаллари таъсири остида хам яхшигина тушиб кетади. Диабет билан огриган беморларга нисбатан бу даврда жадал инсулин билан даволаш кулланилади. Касаллик макбул тарзда кечаси, яра бир ой мобайнида битиб кетади.

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

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

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

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

Дифферинциал 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 – ампицилинлинли инфилтрацион блокадалар наф беради. Хул компресслари тугри келмайди, яллигланиш кушни тер безлари таркалади. Даво килишда кам дозалардаги рентгенотерапиядан фойдаланиш мумкин, антибиотиклар сульфаниламидла билан бирга кушилиб кулланилади. Абсцесси пайдо булган холларда кесиб, ёрилади (Инцизия

ва йирингли жарохатлар терапиясининг умумий кабул килинган принциплари асосида даво килиш давом эттирилади. Синтомицин эмульсиясидан богловдан фойдаланиш максадга мавофикдир.

Абсцесс (Хуппоз). Тукумаларда чекланган холда йиринг тупланиб туришига абсцесс (abscessus) дейилади. 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 тукимага тугридан-тугри, лимфоген ёки гематоген йуллар билан (метастатик абсцеслар), шунингдек, яллигланишнинг кушни тукималарга таркалиши билан утади, маслан бунга урта кулок йирингли яллигланганда мия абсцесси пайдо булишини мисол килиб келтириш мумкин. Касалликнинг авж олиши учун асосий омиллар гиповитаминозлар, модда алмалмшинуви касалликлари, организм резистентлигининг (микробларга нисбатан табиий чидамлилигининг) пасайиб кетишидир. Шунингдек, абсцеслар ёт жисмлар атрофида «мудраб ётган микроблар» деб аталувчиларнинг фаоллашуви натижасида ҳам пайдо булади.

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

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

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

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

Давоси. Дастлабки даволаш даврида абсцессни чегаралаш максатида: 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 жароҳатда то ундан йиринг бутунлай ажралиб чикмагунча 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 қилиб, йиринг бушлиги актив аспирацияси йулга қуйилади.

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

Тиббиётнинг ҳозирги қунига келиб қанчалик ривожланишига қарамадан хирургик инфекция ва уни даволашда қузатилаётган қуплаб муаммолар мавзунинг долзарблигидан далолат беради. Шу сабабли талабаларга хирургик инфекция, таснифи, турлари ҳақида тушунтириб, уткир специфик ва носпецифик йирингли инфекциялар уларнинг хиллар, клиникаси, диагностика ва даволаш йулларини талабаларга ургатиш қатта аҳамиятга эгадир. «Хирургик инфекция» (шу жумладан, жароҳат инфекция) тушунчаси қасал қузгатувчи аэроб ва анаэроб инфекциянинг специфик ҳамда носпецифик турлари қелтириб қикарадиган хирургик қасалликларни уз ичига олади; бу қасалликларга одатда, жаррохлик йули билан қомплекс даъво қилади. Организмнинг физиологик функциясига, ташқи таъсирга иммунобиологик жавоб беришқобилиятига ва қаршилиқ қурсатишига салбий таъсир қурсатувчи ташқи муҳитнинг турли-туман омиллари ёқи имқоният яратади. Қасалликнинг авж олишида қасаллик тугдирадиган микроблар қатта рол уйнайди. Хирургик инфекцияни қузгатувчи микроблар атров – муҳитда ҳам, инсон бадани сиртида ҳам, шунингдек, нафас олиш йуллари ва ичаклар бушлигининг шиллик пардасида ҳам мавжуд. Улар организмга қириш дарвозаси деб аталувчи тери ва шиллик пардаларнинг шикастланиши туфайли ёқи нафас олиш, меъда – ичак ва таносил йуллари орқали тушади. Организмга тушган микроорганизмлар микдори қанчалиқ қуп, улар қанчалиқ вирулентли ва организмнинг ташқи таъсирга қаршилиқ қурсатиши неқоглик заиф булса, хирургик инфекциянинг ривожланиш эҳтимоли шунчалиқ қуп булади.

Йирингли яллигланиш қасалликлари ва жароҳат инфекцияси неча-неча асрлардан буён умумий жаррохликнинг асосий муаммоларидан бири булиб қелади ва шундай булиб қолмоқда. муаммонинг муҳимлиги факат йирингли қасалликлар буйича яратилган асосий қулланмалардагина (В.Ф. Война-Ясенецкий, 1956; В. И. Стручков ва бошқа муаллифлар, 1984) эмас, балқи йирингли жаррохликнинг алоҳида мустақил булим қилиб ажратилиши (шу жумладан, хирургик қасалликлардан махсус булимларнинг ташқил этилиши) билан ҳам таъқидланади. Шунинг учун керакки, хирургик инфекция қенг тарқалган булиб, у хирургик қасалликлар умумий микдорининг 1/3 дан қупроғини ташқил этади.

Ахолининг моддий фароволик ва санитария-гигиена даражаси яхшиланганлиги, Улуг ватан урушидан сунг (1946-1955 й) йирингли касалликларни даволашда антибиотикларнинг кенг кулланилиши хирургик инфекциянинг купайиши даражасини сезиларли равишда камайтиришга имкон яратади. Чамаси, муаммо деярли хал килингандек эди. Аммо кейинги йиллардаги кузатувлар шуни курсатадики, антибиотикларни асосланмаган холда кенг куллаш, шунингдек кишлок хужалигини кимёлаштириш сабабли микроблар реактивлигининг узгариши антибиотикларнинг фойдали эканлигига булган ишончни окламади. Касаллик кузгатувчи инфекция янги, нокулай шароитларга мослашиб, антибиотикларга карши резистентликни анчагина тез вужудга келтиради. Антибиотикларга чидамли Янги микроблар штамлари пайдо булади. Натижада жаррохлик йули билан даволашни талаб килувчи йирингли яллигланиш касалликлари купайганлиги кайтадан эътиборни узига жалб килади. Шу сабабли хозирги кунда хамма худи илгарилари булганидек, хирургик инфекция клиникада энг мухим муаммолардан бири хисобланади.

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

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

Иммунологик фаоллик беморда утки рёки сурункали хирургик инфекция холати юз берган холларда одатда паст булади. Шунинг учун операциядан олдин ва жаррохлик йули билан даволанаётган йирингли асоратлар даражасини камайтиришда ёрдам берадиган гипериммун плазма, гамма-глобулин, пентоксил, продигозан ва бошка препаратларни куйиш билан иммунобиологик фаолликни ошириш мақсадга мувофиқдир. Т- лимфоцитлари етишмаганда (В – лимфоцитлари кам даражада булганда) куйилганлейкоцит массаси ижобий натижа курсатган; иммуномодуляторлар – левамизол (декрис) ва тимус препаратлари (Т- активин, тималин, тимозин ва бошкалар) аниқ рағбатлантирувчи таъсир курсатади. «Хирургик инфекция» (шу жумладан, жароҳат 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 беришқобилиятига ва

каршилиқ 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 ҳам, инсон бадани сиртида ҳам, шунингдек, нафас олиш йуллари ва ичаклар бушлигининг шиллик пардасида ҳам мавжуд. Улар организмга кириш дарвозаси деб аталувчи тери ва шиллик пардаларнинг шикастланиши туфайли ёки нафас олиш, меъда – ичак ва таносил йуллари оркали тушади. Организмга тушган микроорганизмлар микдори канчалиқ куп, улар канчалиқ вирулентли ва организмнинг ташки таъсирига каршилиқ курсатиши нечоглик заиф булса, хирургик инфекциянинг ривожланиш эхтимоли шунчалиқ куп булади.

Йирингли яллигланиш касалликлари ва жароҳат инфекцияси неча-неча асрлардан буён умумий жаррохликнинг асосий муаммоларидан бири булиб келади ва шундай булиб колмоқда. муаммонинг мухимлиги факат йирингли касалликлар буйича яратилган асосий кулланмалардагина (В.Ф. Война-Ясенецкий, 1956; В. И. Стручков ва бошка муаллифлар, 1984) эмас, балки йирингли жаррохликнинг алохида мустакил булим килиб ажратилиши (шу жумладан, хирургик касалликлардан махсус булимларнинг ташкил этилиши) билан ҳам таъкидланади. Шунини унитмаслик керакки, хирургик инфекция кенг таркалган булиб, у хирургик касалликлар умумий микдорининг 1/3 дан купрогини ташкил этади.

Ахолининг моддий фароволик ва санитария- гигиена даражаси яхшиланганлиги, Улуг ватан урушидан сунг (1946-1955 й) йирингли касалликларни даволашда антибиотикларнинг кенг кулланилиши хирургик инфекциянинг купайиши даражасини сезиларли равишда камайтиришга имкон яратади. Чамаси, муаммо деярли хал килингандек эди. Аммо кейинги йиллардаги кузатувлар шунини курсатадики, антибиотикларни асосланмаган холда кенг куллаш, шунингдек кишлок хужалигини кимёлаштириш сабабли микроблар реактивлигининг узгариши антибиотикларнинг фойдали эканлигига булган ишончни окламади. Касаллик кузгатувчи инфекция янги, нокулай шароитларга мослашиб, антибиотикларга карши резистентликни анчагина тез вужудга келтиради. Антибиотикларга чидамли Янги микроблар штамлари пайдо булади. Натижада жаррохлик йули билан даволашни талаб килувчи йирингли яллигланиш касалликлари купайганлиги кайтадан эътиборни узига жалб килади. Шу сабабли хозирги кунда ҳамма худи илгарилари булганидек, хирургик инфекция клиникада энг мухим муаммолардан бири хисобланади.

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

Корин ва кукрак бушликлари аъзолари томирлар операция килинганда, шунингдек, аъзолар кучириб утказилганда пайдо буладиган жароҳат асоратлари (худи бошка купдан-куп йирингли яллигланиш касалликлари каби) бемор хаётига тугридан –тугри ъавф солади. Худи манна шу уринда организмнинг иммун системаси холатини тадқиқ килиш, касалликнинг олдини олиш мухим рол уйнайди. Организмнинг иммунологик параметрларини бошкариш мураккаб жараён булиб, у махсус билимини талаб килади. Иммунологик химоя омилларини

фагоцитоз, комплемент-гавда тузилиши ва лимфоцитларнинг популяцияси ва субпопуляцияси, энг яхши натижа берадиган бир-бирига мос келган донор- реципиентни танлаш ва бошқаларни аниқлаш жуда муҳим ҳисобланади, бунинг учун эса ҳозирги замон клиникаларида мутахассис-иммунологларнинг ёрдамига таянилади.

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

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

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

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

АДАБИЕТЛАР:

1. Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик.
2. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: Медицина, 2000.
3. Каримов Ш. И. Хирургик касалликлар. Ўқув адабиети. – Тошкент. «Ибн Сино», 1996 г.

Интернет маълумотлари:

1. www.mediasphera.ru,
2. www.links.spinet.ru,
3. www.medlinks.ru,
4. www.medinform.net,
5. www.medlain.ru.

Мавзу: 5

Шикастланиш синдроми. Бош мия, умуртка поғонаси в суяк бугим тизими, кукрак ва корин бушлиги органларини шикасти. Шикастланганларни хафсиз траспортировка қилиш усуллари. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми. Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида хамширалик жараёни. Термик травма: куйиш, совуқ уриш, электр куйиш. Куйиш ва совуқ уришнинг таснифи. Махаллий ва умумий ўзгаришлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Куйиш қарахтлигини даволаш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Куйиш ва совуқ уришда парвариш қилиш бўйича хамширалик жараёни.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

(Маъруза – 2 соат)

6-МАВЗУ	Шикастланиш синдроми. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги. Травматик шок, . Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида хамширалик жараёни. Термик травма: куйиш, совуқ уриш, электр куйиш. Куйиш ва совуқ уришнинг таснифи. Махаллий ва умумий ўзгаришлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Куйиш қарахтлигини даволаш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Куйиш ва совуқ уришда парвариш қилиш бўйича хамширалик жараёни.
Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	1. Шикастланиш синдроми. тушунчаси, таснифи; 2. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги ; 3. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми ; 4 Термик травма: куйиш, совуқ уриш, электр куйиш клиникаси ва диагностикаси; 5. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари; 6. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг

	хажми ва даволаш.
Ўқув машғулотининг мақсади: “Кон кетиш ва кон тухтатиш” тушунчаси, таснифи, этиопатогенези, клиник белгиси, диагностика усуллари, кон кетишнинг асоратлари ва уларни даволаш усуллари тугрисида билимларни ҳамда тулик тасаввурни шакллантириш.	
Педагогик вазифалар: - Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида хамширалик жараёни. Термик травма: куйиш, совуқ уриш, электр куйиш. Куйиш ва совуқ уришнинг таснифи. Махаллий ва умумий ўзгаришлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Куйиш қарахтлигини даволаш уни даволаш усуллари билан таништириш ва тушунтириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Шикастланиш синдроми. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми. Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажмини таништиришади ва урганани, мисоллар келтиради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, тарқатма материаллар,
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	компьютер билан жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШЎУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Шикастланиш синдроми. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми. Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида хамширалик жараёни. Термик травма: куйиш, совуқ уриш, электр куйиш. Куйиш ва совуқ уришнинг таснифи. Махаллий ва умумий ўзгаришлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Куйиш қарахтлигини даволаш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Куйиш ва совуқ уришда парвариш қилиш бўйича хамширалик жараёни хақида тушунча.	
	Ўқитувчи	Талаба

1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутулаётган 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>- Шикастланиш синдроми. деб нимага айтилади? - Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги аҳамияти нимада деб уйлайсиз? - Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш қандай турларини биласиз?</p> <p><i>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</i> Куйиш ва совук уришнинг таснифи. Махаллий ва умумий ўзгаришлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Куйиш қарахтлигини даволаш. Куйиш ва совук уришда парвариш қилиш бўйича ҳамширалик жараёни хақида тушунча, мисоллар билан баён этилади. Уларнинг асоратлари тушунтирилади.</p> <p><i>2.3. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми, биринчи ёрдам курсатиш ва даволаш принципларига тўхталиб ўтилади.</i></p> <p>- Куйиш ва совук уришда парвариш қилиш бўйича ҳамширалик жараёни хақида тушунтириш ва таништириш; - кон кетишни даволаш принциплари нималарга асосланган.</p> <p><i>2.4. 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.</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.</p> <p>Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>
3-босқич. Яқуний (10 мин.)	<p><i>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i></p> <p>Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Тиббий эвакуация босқичларида юз ва жаг шикастлари булган беморларга курсатиладиган ёрдам.” мавзусида реферат ёзишни вазифа қилиб беради.</p>	<p>3.1. Эшитади, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.</p>

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

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

2. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ булган иш кастлар саноатда, кишлоқ хужалигида)
3. Кастдан килинган шикастланишлар (харбий ҳолатларда, уз –узини улдириш).
Механик, кимёвий, электр, термик нкрдан 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 хужаликда, ишлаб чиқаришнинг нузли соҳаларида, техник ва транспорт ҳаракатида эса йул ҳаракати коидаларига риоя этмаслик натижасида шикастланишлар кундан кун купайиб бормокда. Бу шикастланишлар оқибатида киши узок вақтгача иш қобилиятини йукотади, баъзан ногирон булиб 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 малақали 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 малақали ёрдамни махсус тайргарликка эга булган врач бақармоғи керак. Биринчи травматологик ёрдамни ташкил қилишда қуйидагиларга риоя қилиш керак. Шикастланган кишига иложи борича зудлик билан ёрдам бериш зарур. Биринчи малақали 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 усуллари кенг ва батафсил баён қилиши керак (бирламчи хурургик ишлаш, қокмолга қарши зардоб юбориш ва ҳоказолар). Хар бир киши шикастланиш юз берганда қаерга, қачон сураб муружаат билиши керак. Шикастланган кишининг тугри эвакуация қилишини травматологик

ёрдамнинг асосий бугинларидан бири ҳисобланади. Шаҳарларда тез ёрдам тиббий станциялари санитария мутахассислари булиб уларнинг асосий вазифалари беморни тез ва эҳтиётлаб адволаш муассасасига етказишдан иборат.

Травматологик беморларни текшириш ва даволаш хусусиятлари.

Шикаст олган беморларни текширишда худди хирургик беморларни текширишда кулланиладиган усуллар ишлатилади. Шунинг эътиборига эришилганда керакки, оғир травмалардан кейин беморда унинг симптомлари тез ривожланади, купинча ахволи оғир бўлади, шок асорати вужудга келади. Буларнинг ҳаммаси жароҳдан зудлик билан ҳаракат қилишни, диагноз қўйишни ва керакли ёрдам беришни талаб этади. Анамнез йиғиш ва травматологик беморларни текшириб қўриш, умуман хирургик касалларни текшириб қўришдан фарқ қилса-да аммо узига хос хусусиятлари бор.

Шикастланган жойнинг қўрилиши ҳамма вақт ҳам шикастланишнинг оғир-енгилигига тўғри келмайдими. Масалан унча катта бўлмаган кўкрак қафаси ёки қўрнинг бушлигига етказилган жароҳат ички органлар бутунлигининг бузулишига олиб келади. Қалла ва орқа миёнининг оғир шикастлари ҳам аниқ ташқи белгиларга эга бўлмаслиги мумкин. Симптомлари аниқ бўлган ҳар қандай травма ҳам инсон ҳаёти учун хавфли бўлмаслиги мумкин. Айтайлик катта травмаларда оғир асоратлар организмнинг бошқа қисмларига намоён бўлиши мумкин. Қўл – оёқнинг териси шилинган беморнинг жигар талок ёки бошқа ички органларнинг бутунлиги бузилган бўлиши мумкин.

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

Беморнинг оғир травма таъсирида ахволи ёмонлашганда унга тез ёрдам бера олиш керак. Масалан, қўн қўрилишига олиб келадиган артериал қўн қетаётган ёки нафас йўлларига ет моддалар тикилиб қолган бўлса аввало шу асоратларнинг олдини олишга даволашга интилиш керак, сўнгра анамнез йиғиш ва бошқа текширишларни бошлаш мумкин.

Беморнинг анамнезини тўплаш ва унинг шикастлари билан танишиш вақтида бериладиган саволлар аниқ, қисқа ва равшан бўлиши 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 қўрилганини аниқлаш муҳим аҳмиятга эга. Шу билан бирга беморнинг бошқа система ва аъзоларига бўлган шикастлари қўшимча ҳолатлик белгиларини ҳам суриштирмоқ лозим саволларга олинган жавоблар, зарарланган жойни чуқур қўриш ва текшириш диагноз қўшимча даволаш усуллари асоратларнинг олдини олишга ёрдам бермоғи лозим. Масалан суяқлар синиши нерв толалари ав магистрал қўн қўрилишининг шикастланишига кўкрак қафасидаги жароҳат плеврал бушлигига қўн қўрилиши ёки қўрак тамнонадасига сабабчи бўлиши мумкин.

Жароҳатга тўғриқўрилиши ёки ифлосланган қўйим- кечак қўқош, газли гангуллини олиб келиши мумкин. Ёки миё қўқолиб лат ёйиши вақтида бошнинг ишқастланиши билан бир қаторда киши ҳушидан қетади. Бундай беморларнинг 1,5 – 2 соатдан кейин ҳушдан қетиши миё ичидан қўн қўрилиб, унинг асосий марказлари оқётган қўн билан эзилишини билдиради. Шунинг учун травмадан (айниқса, бошқа касалликлар билан бирга қечётган бўлса) беморнинг анамнезини йиғиш уни текширишга қатъий эътибор бериш зарур. Бу борада қўқош, қўрак – қўн ва бошқа

хаётий системаларни текшириб чиқиш лозим. Шикастланган сокани куздан кечириш, ушлаб куриш нукуссия, аускультация каби текшириб куриш усулларидан фойдаланиш мумкин.

Травма таъсир килган сокани куздан кечиришда шу сокадаги терининг ранги, кул – оёкнинг калта – узунлиги, соханинг конфигурацияси, шаклининг узгариши, жарохатнинг Катта кичиклиги, чуқурлиги, характер ива бошка белгиларга ахмият берилади.

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

Аускультация оркали текширишда упка ёки кукрак кафаси, деворининг шикастланиши ковургаларнинг синиши натижасида кон тупланиб хаво утмай колиши, нафас шовкинлари, ичак харакатининг эшитилмаслиги маълум булади. Кушимча кулланадиган усуллар ичида ренген воситаси билан текшириб куриш 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 –оёк зарарланганда сантиметрли лента билан сог кул –оёкни улчаш лозим. Бу холда кул –оёкнинг анатомик, нисбий ва функционал кискаришини, уларнинг урта физиологик туришни хисобга олиш керак.

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

Травматик шок

а) механик таъсир натижасида жарохат шикастлар, жаррохлик муолажасида, туқималарнинг эзилиши.

б) куйиш шоки (термик, кимёвий куйишлар)

в) Электр таъсиридан 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, граманфий инефекция)

анафилактик шок.

Травматик шок Травматик шок дейилганда кучли шикастланиш натижасида руёбга келувчи тананинг умумий реакцияси тушунилиб унда тананинг хаётий

аъзоларининг фаолиятми киска муддат ичида бузилади. Бу фаза билан кечувчи паталогик жараён хисобланади.

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

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

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

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

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

ШИКАСТЛАНИШ ТАСНИФИ.

Шикастланишлар буйича қуйидаги классификация қабул қилинган.

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

Механик, кимёвий электр, терлик, нурдан буладиган рухий травмалар тафовут килинади. Очик ва ёпик шикастлар ажратилади. Очик шикастланишда тери ва шиллик каватининг бушлиги бузилади. Тери ва шиллик кават жароҳатларига микроблар тушиб, эрта ва кечиккан асоратларга сабаб булади. Ички органларнинг шикастланишига караб, юзаки ва чуқур шикастланишларда булинади.

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

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

ШИКАСТЛАНИШЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Травматизм профилактикасида корхона раҳбарлари, техника хавфсизлиги инженерлари, давлат, давлат автоинспекцияси, уй-жой эмплуатацияси, мактаб, болалар уйи ва бошқа ташкилотларнинг ходимлари тиббиёт муассалари ходимлари билан бирга фаол катнашдилар. Шикастланишлар купинча маст холда юз беришини ҳисобга олиб ичкиликбозликка қарши жиддий курашмок лозим. Транспорт хавфсизлиги тугри йулга куйилиш учун чорраҳаларни тартибига солиш, пиёда утиш жойлари ва тушларни қуриш, транспорт воситаларини доимо техник назорат қилиш. керак.

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

Республикамизда травматологик хизмат уч асосий звенодан иборат.

1. Шикастланиш руй берган жойда биринчи тиббий ёрдам курсатиш

2. Амбулатория-поликлиникада шикастланишга ёрдам курсатиш

3. Травматологик ёрдамни стационарда ташкил қилиш

Травма юз берган жойдаёқ, биринчи ёрдам курсатиш куйидаги мақсадларни кузда тутати.

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

Б) юқори малакали ёрдами махсус тайёргарликка эга булган врач бажармоғи керак.

ШИКАСТЛАНИШ ТРАВМАТИК КАСАЛЛИГИ

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

А) асоратсиз кечиш

Б) асоратсиз кечиш лекин янги натижа билан тугайди

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

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

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

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

Туртинчи давр- согайиш даври.

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

ТАСНИФИ:

1. 1. Ишлаб чикаришда боглик булган
2.Ишлаб чикаришда боглик булмаган
3.Касдан килинган
2. Сабабига кура
1)Термик
2)Химик
3)Рухий
4)Механик
5)Электр шикасти
6)Оперативон
3. Тукима зарарланишига караб
1)Очик
2)Ёпик
- 4.Бушликка нисбаттан
1)Тешиб куррувчи
2)Тешиб кирмовчи

ХАВФИ ВА АСОРАТИ

- 1)Шикастланиш пайтидаги
- 2)Якин орадаги (бир неча соатдан, бир неча хафтадан).
Купинча инфекция ривожланишига боглик
- 3) Кечиккан (остеомиелит окма контрактура ва бошкалар)

ШОК

Шок бу беморниг огир умумий холати булиб, марказий нерв системасиниинг чукур узгариши ва бутун органлар функциясининг бузилиш кузатилаби.

ПАТОГЕНЕЗИ

- 1) Невроген назаария – нерв системасиниинг чукур зарарлаши
- 2) Кон томирлар фунциясининг бузилиш (крайл). Периферия кон томирлар парялиги. КБ кескин тушиши

- 3) Ацидоз- акупния назарияси (Гиндерсон)
- 4) Захарланиш назарияси (Кенюю)
- 5) Микроцеркулясининг бузилиши (1954 йил Лабор- Югенари)

ТАСНИФИ

1. Артерия кон босимига караб (максималь) 1-90 мм юкори
2 -70-90 мм, 3- 50-70мм 4 -50 мм паст
2. Клиник утишига караб (максималь) 1-90мм юкори
2- 70- 90мм, 3-50 – 70мм, 4-50 мм паст
3. Вактига караб- эрта кечиккан
4. Сабабига кура-анафилактик, операция, термик, токсик ва бошкалар

ШОК ТУРЛАРИ

Шок деганда хаётгий системалар функциясининг тусатдан прогрессив пасайиб кетиши тушунилиб, унинг келиб чикишига микроциркуляция билан тукумаларнинг кислородга туйинишининг мутаносиблиги сабаб булади. Шокнинг куйидаги турлари тафовут килинади:

1. Травматик шок.

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

Б) куйиш шоки (терли, кимёвий куйишлар)

В) электр таъсиридан

буладиган шок

Г) совкдан буладиган шок

Д) Геморрогик шок ёки

гиполемик шок

Е) Кардиоген шок

Ё) Токсик-инфекцион шок

Ж) Анафилактик шок

ТРАВМАТИК ШОК.

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

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

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

Шокнинг 3 боскичи (огир формаси), тери сатхи ва куришиб турадиган шиллик каватлар оқарган ёки окиш- кукарганда бемор кора терга ботган, нафаси 30-40 марта, кон босими 70-50мм (40-30мл) симоб устини хисобида. Бемор ута суст, харорати пасайган. Тананинг хамма функционал белгилари жуда нотекис, реанимацион тадбирларни талаб килади.

Шокнинг 4 боскичи (агонал олди ва агонал холатлар). Нафас олиш жуда сийрак, периферик томирлар уриши ва кон босими аникланмайди. Бу холатни тиклаш огиррок.

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

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

Юмшок тукималарнинг лат ейиш.

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

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

КЛИНИК СИМПТОМЛАРИ. Лат ейиши характерли хисобланади шишнинг пайдо булиши, огрик, кон талашиш ва аъзонинг функция бузилиши. Шиш тукималарга кон, лимфа ва экссудат куйилиб шимилиши туфайли юзага келади. Шиш клетчаткага бой юмшок жойларда кучли ривожланади, масалан-юзда. Кон талаш 2-3 кун шикастлангандан кейин маълум булади, кукимитир догнинг пайдо булиши билан. Аста-секин кон сурилиб сарик дог пайдо булади. Огрик нерв рецепторларига бой жойларда кучли булади, корин деворида, мойкда ва бошкалар. Орган функцияларининг бузилиш айникса кул-оёқ лат ейишда аникрок куринади. Одатд лат ейиш одамнинг умумий холатига куп таъсир килмайди.

Даволаш. Лат ейиш даволаш уша захоти бошланади.

Осойишталик ,муз,совук компресс ва боғламалар куйилади. Кейинчалик иссик,укалаш,харакатланиш тавсия этилади.

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

Клиник белгилари худди лаи ейишникидек, огрик,шиш, кон талашиш вафунция бузилиши. Лекин бу симптомлар кучлирок ривожланган булади.

Даволаш. Осойишталик, боғлама куйиш,укалаш,физиотерапия. 1885 йилда Н.И.Пирогов «Махаллий травматик совук уриш», «Туқиманинг травматик таранглиги», «Махаллий асфиксия » ни баен килган эди. Купинча оек юмшоқтуқимасининг бирор катта қисми узок вақт қисилиб қолганда туқима ва бутун организмда узига хос узгаришлар юз беради. Биринчи марта унинг клиникасини Италияда ер кимирлашда руй бергна фожияга асосланган. Кейинчалик мамлакатимизда Улуг Ватан уриши оқибатларига асосланиб, Н.М.Еланский, М.И.Кузин унинг клиникасини кенг еритиб бердилар. Шунинг травматик токсикозни маълум белгиларини Ашхободда руй берган (1949 й) ер кимирлашида М.И.Кузин батафсил баен килди.

Патогенези. Травматик токсикоз ер кимирлаш, упирилиш,бомбардимон қилиш, темирйул халокати ва бошқалар вақтида кузатилади.

Бу синдром патогенезида травматик шокни икки фазалик кечишини эслатади ва факат босилган орган (оек-кул) озод этилгандан сунг синдромнинг характерли балгилари ривожланади.

Травматик токсикознинг характерли белгилари: травматик огриу,плазма йукотиш- жарохатланган жойда катта шишиш ва токсемия. Травматик огрик нерв толаларини узок вақт қисилиши ва орган трофикасини бузилиши натижасида келиб чиқиб, травматик шокнинг эректел фазасини келиб чиқишига олиб келади .Плазма йукотиш орган оксилларини парчаланиши ва кон томир утказувчанлиги оқибатида коннинг суюқ қисми жарохатланган органга утиб катта шишларни келтириб чиқаради.Бу эса травматик шокдагидек кон айланишининг бузилишига олиб келади. Токсемия некрозга учраган мушак махсулотлари (миоглабин калий, креатинин, фосфор,денатурацияланган оксиллар) ни конга тушиши натижасида хосил булади. Интоксикация бирдан буйрак фаолиятини бузиб олигурия, анурияга олиб келади.

Патологик узгаришлар. Зарарланган кул-оек, мушаклари консиз, кулранг некрозланган булади. Некроз популяция хилини ташкил килади. Шиш ва туқималарда кон билан имобилизация кузатилади. Вена ва артерия кон томирларида тромбоз, туқималарнинг хамма каватларида механик характердаги зарарланиш намоен булади. Шиш катталашиш билан куюклашади ва травматик шок белгилари пайдо булади. Эзилган туқималардан ва интерсициал кенгликдан плазма йуқолади, гематокрит тез баландлашади, гемоглобин, парчаланган оксиллар организмга сурилади. Буйруқларнинг хажми катталашади, туқимасининг бир қисми улади (некроз), мушак пигменти (миоглобин), оксил моддалар улиши ва кон куйилиши кузатилади.

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

Клиникаси. Огир эзилишларнинг маҳаллий белгиларидекомпрессиядан кейин, яъни босиб турган юк олиб ташлагандан кейин намоен булади. Биринчи соатни узидаёк кул-оёк хажми тез катталашади. Тукумалар ушлаб курилганда суюклик юборилгандай сезилади.

24 соат ичида шиш хаддан ташкари катталашади. Кул-оёк котиб оқаради, рангсизланиб, кукумтир доғлар пайдо булади, сузиш қобилияти йуқолиб, томир уриши аниқланмайди. Харакат қамайиб, кейинчалик уларга иложи булмайди. Бориб-бориб терида кукумтир доғлар ва пуфакчалар пайдо булиб, улар серроз ва геморрагик суюкликлар билан тулган булади. Тирноклари куқариб, муздай булиб қолади, тери сатҳида ёрилишлар, муматалок ва жарохатлар пайдо булади. Бу паталогияда суюк синишлари ҳам вжудга келиши мумкин. Умумий белгилари уч боскичдан -иборат. Эрта (бошлангич), оралик ва кечки, уларнинг ҳар бири узига ҳос белгиларга эга. Биринчи соатларда беморнинг аҳволи яхшидек қуринади ва у диагностика, даволашда турли ҳатоларга сасб булади. Шикастланган соҳади қучли огрик, кам харакатлик, дармонсизлик сезади. Қунгли айнийди, томир уриши қамаяди, унда қузғалиш эйфорияси қузатилади. Шиш катталашади билан умумий аҳволи огирлашади, бехол, бепарво булади. Бу шароитда травматик шок белгиси намоен булади. Травматик шок белгилари булган беморлар бошлангич боскичи 1-2 суткагача қузатилади. Унинг асосида мушаклар некрози ва миоглобин қикиши, буйрак найнайчаларининг берқилиши қузатилади. Сийдик қамаяди, ранги узгаради, оксил пайдо булади. Шу билан бирга утгир жигар етишмовчилигини юзага келтиради, юрактомир етишмовчилиги қучаяди. Бу боскичга тегишли булиб, унинг негизида тукумалар қириши етади.

Кечки боскичи жигар ва буйрак фаолиятини тикланиши билан ифодаланиб, тукумалар некрози, йирингли септик ҳолат олдинга қиқади.

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

Диурезни аник билиш учун сийдик пуфагига катетер куйилади.ю чикаетган сийдик соатига 1.5мл кг булиши керак. Агар ануриявужудга келса, беморда сунъий буйрак (гемодиализ) , гемосорбция аппаратлари кулланилади.

Ёлик шикастлар. Юмшок тукималарнинг ёпик зарарланиш куйидагиларга булинади. Чайкалиш, уриб олиш (лат ейиш) шикастланиш узулиши, ёрилиш ва эзилиш. Чайкалиш. Юмшок тукималарнинг чайкалиши уткир травмаларда кам учрайди ва купинча характерли белгилари булмагани туфайли бемор учун билинмай утади.

Сурункали чайкалиш, яъни тез- тез кайтариб турувчи чайкалиш – вибрация касаллигига мансуб булиб пневматик асбоб ва болгалар электр киркувчи ва турли аппаратларда меҳнат килувчи кишиларда учрайди.

Сурункали чайкалишда бемор бугимларида вақт утиши билан (тери, тери ости ёғ катламида бугимда нервда) склеротик узгаришлар пайдо булади, суяклардаа эксозтоз ёки кисталар пайдо булади, беморнинг асаблари таранглашган булади.

Даволаш – вибрацион касаллик физиотерапевтик ва больнеотерапевтик даволанади. Таъсир этувчи аинт йукотилади.

Бирор тумтук нарса билан урилиши натижасида тери бутунлигининг бузилмай зарарланиш лат ейиш дейилади. Одатда зарб текканида ёки бирор каттик нарса устига йикилиб тушганида бадани лат ейди. Унин белгилари тананинг зарарланган соҳасига таъсир килувчи буюмнинг тури, огирлигига хамда таъсир килиш тизимига боглик булади. Купинча баданнинг очик жойлари шикастланади: бош, калла, кул- оёқлар лат ейишига тери ости ёғ катлами, мушаклар ва паренхиматоз аъзолар ута сезгир булади, камрок сезгирлик – тери фасция, апоневроз ва пайлардадир.

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

Лат ейишнинг баъзи бир турларида, масалан катта куч таъсир этганда терининг катта бир кисми шилиниб кетиши, йирик нерв стволи уриб олинганда шок ривожланиши ва шикастланган нерв иннервация киилинадиган соҳанинг зарарланиши, бугим уриб олинганда унинг функцияси бузулиши, кукрак кафаси ёки упка лат еганда тери ости эмфиземаси ва шунга ухшашлар (икки карама - карши куч тортил) пайдо булади. Шикастланиш ва узилиш. Шикастланиш ва узулиш механизми бир хил тукималарнинг зарарланиши икки карама- карши куч тортилганда ёки котирилган тананинг кучли тортилиши кучидан ортирок куч ишлатилса, унда узилиш пайдо булади. Мушакларнинг кучли тортилиши натижасида хомиладор аёлларда, корин терисида йул – йул чизиклар пайдо булади ва хроник бугим чикишларида бугим анатомик соҳасини йукотади ва одатдаги харакатлар камаяди. Агар тукима ташки томонидан анатомик бир бутунликка эга булмаса унда шикастланиш дейилади, анатомик бутунлик йуколиб нофизиологик холатада булса унда узулиш дейилади. Узулиш кисман ва бутунлай узулиш формаларига эга. Бу холги травмалар кутилмаган таосдифларда югуришда,

йикилишда, юк кутарганда юзага келиши мумкин. Одатда шикастланиш вам узулиш бугин пайларида булиб унда купинча болдир, панжа бугими зарарланади. Шунингдек пайлар, мушаклар, фасциялар нерв толалари ва кон томирлари узилиб кетиши мумкин.

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

АДАБИЕТЛАР:

- 2 Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик.
2. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: Медицина, 2000.
3. Каримов Ш. И. Хирургик касалликлар. Ўқув адабиети. – Тошкент. «Ибн Сино», 1996 г.

Интернет маълумотлари:

1. www.mediasphera.ru,
2. www.links.spinet.ru,
3. www.medlinks.ru,
4. www.medinform.net,
5. www.medlain.ru.

Мавзу: 6

Ўсмалар синдроми. Таснифи. Ўсмаларни шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллари. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташҳис”, “ўсма олди касалликлари”», “узини текшириш” хақида тушунча. “Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” хақида турли. Усмаларни умумий даволаш принциплари.

МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

(Маъруза – 2 соат)

6- МАВЗУ	Ўсмалар синдроми. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллари. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташҳис”, “ўсма олди касалликлари”», “узини текшириш” хақида тушунча. “Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” хақида турли хил тушунчалар.
Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ўсмалар синдроми хақида тушунчаси; 2. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи ; 3. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари хақида тушунча ; 4. Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллар хақида тушунча ; 5. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташҳис”, “ўсма олди касалликлари”», “узини текшириш” хақида тушунча; 6. Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” хақида турли хил тушунчалар.
Ўқув машғулотининг мақсади: “ Ўсмалар синдроми. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллари. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташҳис”, “ўсма олди касалликлари”» тугрисида билимларни ҳамда тулиқ тасаввурни шакллантириш.	
Педагогик вазифалар: - “Онкологик мойиллик”, “ўсма олди касалликлари”», “Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” хақида тушунча ва беморларда кузатиладиган хавфли омилларни таништириш ва тушунтириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Ўсмалар синдроми. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усулларини таништиришади ва урганади, мисоллар келтиради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, проектор, тарқатма материаллар, график органайзерлар.
Ўқитиш шакли	Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Проектор, (ёки компьютер) билан жихозланган аудитория

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Ўсмалар синдроми. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари. Ташҳиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллари. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташҳис”, “ўсма олди касалликлари”», “узини текшириш” ҳақида тушунча. “Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” ҳақида турли хил тушунчалар.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кутулаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (55 мин.)	<p><i>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиши ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ўсмалар синдроми деб нимага айтилади? - Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги аҳамияти нимада деб уйлайсиз? - Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари, мақсади, вазифалари ни қандай турларини биласиз? <p><i>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади.</i></p> <p>Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташҳисининг усуллари ҳақида тушунча беради, мисоллар билан баён этилади ва тушунтирилади.</p> <p><i>2.3 Онкологик мойиллик, “ўсма олди касалликлари” тўхталиб ўтилади.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи ни тушунтиринг ва таништиринг; - Ўсмалар ташҳисининг усуллари нималарга асосланган. <p><i>2.4. 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.</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.</p> <p>Таърифни ёзиб олади, мисоллар келтиради.</p>

3-босқич. Яқуний (10 мин.)	3.1. <i>Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга каратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустакил иш учун вазифа: “Онкологик мойиллик ” мавзусида реферат ёзишни вазифа қилиб	3.1. Эшитади, аниклаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.
----------------------------------	---	---

Назарий қисм. Усмалар патологик махсулот бўлиб, хозиргача номаълум сабабларга кура, полиморфизм ва тез ривожланиб, чекланмасдан узиши билан фарқ киладиган хужайралардан ташкил топган булади. Усманинг тузилиши узи пайдо булган тукима ёки орган тузилишига ухшаса-да, шу билан бирга улардан фарқ килади. Усма хужайралари етилган ёки етилмаган булади. Тузилишининг характерли атипизми булган, полиморфизми яқкол ифодаланган ва метастаз бериш қобилияти булган усмалар етилмаган хавфли турларига тааллуқлидир. Иктисодий жихатдан ривожланган мамлакатларда инсон умри-нинг узайиши хавфли усмалар билан касалланишнинг купайишига олиб келди. Бундан ташқари, бу тенденция, теварак-атрофдаги мухитнинг канцероген моддалари, ахоли сонининг узиши, диагностика-канинг яхшиланиши ва бошқалар оқибатида кейинчалик ҳам сакланиб қолиш эҳтимоли бор.

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

Текширилган маълумотларга кура (1986), бизнинг мамлакати-мизда рақ билан оғриганлар ҳар 100 000 кишига нисбатан 274,4 кишини ташкил этади, 1иунда"н 65 фоизи вафот этади (100000 кишига нисбатан 178 киши). Куп учрайдиган упка рақи (42,6 фоиз) биринчи уринда, меъда рақи иккинчи уринда (29,9 фоиз) ва ниҳоят, тери рақи учинчи уринда туради. Онкологиянинг тиббиёт ва биологиянинг мустикал соҳаси сифатида ажралиб чиқиши ҳам муаммоларнинг долзарблигидан далолат беради.

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

Этиологияси ва патогенези. Усмаларнинг келиб чиқиш сабаблари тугрисида хали бирорта яғона назария йуқ.

Усмаларнинг келиб чиқиши вирусга боғлиқ деган назария тарафдорлари усмаларни специфик вируслар келтириб чиқаради, деб Хисоблайдилар. Усмаларнинг табиатан вирусга боғлиқлиги х,айвон-лар устида утказилган онкологик тажрибалардан маълум. Ушбу назарияга кура, канцероген моддалар факат иккинчи даражали аҳамиятга эга булади, холос: улар тукималарда узгаришларни вужудга келтириб, вирусга алоқадор касалликларнинг ривожланишига имкон беради. Онкология соҳасида вирус билан боғлиқ назария асосчиси олим Л. А. Зильбер (1894—1966) хисобланади. У рақ иммунологиясининг асосчиси ҳамдир. Л. А. Зильбер умрининг охириги дақиқаларида усмаларнинг келиб чиқишига оид вирус-иммуногене-тик назарияни кашф этиб, асослаб берди.

Полиэтилогик назарияга кура, усманинг ривожланишига бирор-бир муайян физик кимёвий ёки биологик таъсирот эмас, балки уларнинг организмга умумий таъсири сабаб булади, деб хисобланади. Тукималарнинг патологик узгариши салбий таъсиротларнинг такрорланиши натижаси асосий сабаб килиб курсатилади. По-

ли.Этиологик назария тарафдорлари канцероген моддалар ёки агентлар (катрон, анилин буёклари, асбест чанги ва бошк.) айрим хавфли усмаларни келтириб чиқаришга қодир, деб ҳисоблайдилар. Таникли немис патологоанатоми Р. Вирхов таъсирот назариясининг асосчиси ҳисобланади.

Усмаларнинг ривожланишида тугма ва конституцион омиллар (ирсий мойиллик), эндокрин бузилишлар, эмбрион туқима қолдиқла-ри ва бошқалар муайян аҳамиятга эга.

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

УСМАЛАР ТАСНИФИ

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

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

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

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

Хавфсиз усмалар ҳосил бўлган туқималари номи билан аталиб, суз охирига «ома» қушимчаси қушилади, масалан, *myoma* — мускул усмаси; *chondroma* — тогай усмаси; ёг туқималари усмаси — *lipoma*. Усмалар бир пайтнинг узида турли туқималардан ҳам пайдо бўлиши мумқин. Айрим хавфсиз усмалар баъзи бир. органлар ёки уларнинг вدمлари ҳисобланган тератомалардан иборат бўлади.

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

Хавфли усмалар бутун орга"низмга тез ва қаттиқ таъсир курсатиб, қахексия, анемияни келтириб чиқаради. Улар моддалар алмашинуви-га ҳам салбий таъсир курсатади, диссеминация ҳолатларида аутоинтоксикацияга — уз токсинлари билан захарланишга сабаб бўлади. Бундай ҳолат купинча даволаш вақти кечиктириб юборилган ҳолларда, айникса метастазлар юзага келганда қузатилади. Усмалар олиб ташлангандан кейин купинча рецидивлар — усманинг уз жойида янгитдан ҳосил,булиши қузатилади. Хавфли усма хужайра- • лари тузилишига кура қуп

шаклда булиб, она хужайралари^деб аталадиганлардан анчагина фарқ килади. Купинча бундай усма хужайралари ва тукумалари емирилиши (некроз булиши) ва яралар пайдо булиши кузатилади.

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

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

Усмаларнинг Клиник Манзараси ва Диагностикаси

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

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

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

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

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

Халқаро, шунингдек собиқ Иттифокда қабул қилинган клиник таснифга мувофиқ усиш даражасига қараб 4 боскичга ажратилади ва улар TNM системаси бўйича (T — tumor, N — nodus, nodulus, M — metastasis) тасниф қилинади; қушимча равишда қавак орган деворидаги усманинг қанчалик усганини характерловчи гистологик

критерий «Р» дан хам фойдаланилади: P_1 — рак факат шиллик -парданигина инфильтрация килади; P_2 —шиллик ва шилликоети пардаларига таркалади; P_3 — субсероз катламигача таркалади; P_4 — усма сероз пардаларни инфильтрация килади ёки орган деворидан ташкарига чиқади. «Т» белгиси бирламчи усманинг хусусиятини (мавжудлигини, хажмини) курсатади; T_0, T_Q, T_{1-4} бос-кичлари тафовут килинади (T мезони шикастланган органга боғлиқ холда муайян тафовутга эга); T_0 — бирламчи усма аникланмаган; T_Q — чекланган усма ички эпителиал боскичда; T — усманинг клиник боскичлари (1,2 — радикал операция килиниши мумкин; 3 — айрим холларда кенгрок куламда операция килиниши мумкин; 4 -факат симптоматик даво килиш мумкин, зарурият турилганда паллиатив операция килинади).

«N» белгиси регионар лимфа тугунларини билдиради ва уларнинг кай даражада шикастланганини характерлайди. N_0, N_{1-3}, N_x тафовут килинади. '

N_0 — лимфа тугунларида метастаз йуқ лимфа тугунлари пальпа-ци'я килинганда билинмайди;

N_{1-3} — лимфа тугунлари метастазланиш боскичда (N_1 — регионар лимфа тугунларида; N_2 — иккинчи катордаги лимфа тугунларида; N_3 — олисдаги лимфа тугунларида метастазлар борли-гини билдиради);

N_x — регионар лимфа тугунларининг катталашгани тугрисидаги маълумотлар етарли эмас.

«M» белгиси олисдаги метастазларни билдиради; M_0, M_1, M_x тафовут килинади.

M_0 — олисдаги метастазларнинг белгилари йуқ;

M_1 — олис органларда метастазлар бор;

M_x — олис органларда метастазларнинг мавжудлиги тугрисидаги маълумотлар етарли эмас.

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

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

0. Хавфли булмаган усма.

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

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

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

Мисол тарикасида куйида сут беzi ракининг клиник боскичлари-даги белгилари келтирилган:

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

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

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

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

Диагнознинг тугрилиги кулланилган текшириш усулларй ёрдамИ-да „С" омили билан ифодаланади: C_1 — касалликка бахо факат текширишнинг клиник усулларй асосида берилганини, C_2 — диагнос-Тйканинг махсус усулларй, масалан, меъда фиброскопияси кулланилганЛиги натижасида; C_3 — жаррохлик йули билан куйилган диагнос-тикадан кейинги ахволни; C_4 — усма радикал тарзда олиб ташлангандан ва уни гистологик жихатдан текшириб курилгандан кейинги ахволни, Q — патологик-анатомик текширувдан кейинги ахволни билдиради. Усмалар атроф тукумаларидагй бошка этиологияга хос узгаришлардан фарк килади. Агар махаллий шиш яллигланиш ёки паразитар инвазия туфайли пайдо булган булса, этиологик омил бартараф этилгач, тукумалар ва органлар шиши йуколиб кетади. Усмалар мавжудлигида эса этиологик омил бартараф этилганДа (канцероген моддалар, рентген билан нурлантириш, радий билан нурлантириш ва б.) усманинг усишига таъсир курсатмайди, чунки усма хужайралари организмда мустакилдир. Айникса бу атипик Хужайралар ва уларнинг полиморфизми пайдо булганда, атрофдаги тукумалар ва органларнинг усиб чикиши кузатилганда аник билинади. Усма хужайраларининг биологик хусусияти ва уларнинг патологик моддалар алмашинуви усманинг морфологик белгилари билан янги хужайраларнинг пайдо булишига сабабчидир; LQu сабабдан бу янги хужайралар ташхис куйишда ёрдам беради.

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

Хавфли усмалар биринчи ёки иккинчи боскичда ($T_1—2 ; N_0$) аникланса, бу талайгина беморларни хали операция йули билан даволаса булади.

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

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

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

Биопсия (туқималарнинг бир булакчасини (биоптат) микроскопик текшириш учун олиш) — усма характерини аниқлаш учун жуда муҳим усул ҳисобланади. Биоптатни операция вақтида тез текшириб куриш купинча усманинг хажмини, жаррохлик муолажани тугри аниқлашга имкон беради.

Усманинг атипик полиморф хужайраларини аниқлаш учун меъда ювилганидан сунг олинган шира ва сувии, бушликлар экссудатини, балгамни, кий ёки сут безидан ажралиб чиққан суюқликни, олисдаги яралардан олинган суртмани цитологик йул билан текшириш ҳам катта аҳамиятга эга.

Рентгенологик усуллар — усмаларнинг ҳозирги замон диагностикаси усуллари билан бирмунча эски ва анъанавий характерга эгадир, улар дозир катта узгаришларга учраган. Рентгенография ва томография усуллари билан бир каторда туқималар ва органларни кимография йули билан текшириш, томирларни текшириб куришнинг контраст усуллари (кавография ва аортография, селектив ангиография ва бошқ-) кулланилади. Рентгендиagnostик текширишлар усмалар диагностикасида ҳам катта аҳамиятга эга; бундай текширишлар ёрдамида усманинг локализацияси ва канчалик тарқалганлиги, туқималар ёки органларнинг емирилиши, кавак органлар деформацияси ва функциясининг узгариши аниқланади.

Радиоизотоп диагностика паренхиматоз органлар, ичақ эндокрин безлар, кон томирлар усмалари диагностикасида муҳим аҳамиятга эга. Организмга юборилган радиоактив изотоплар ва улар асосида тайёрланган препаратлар (масалан, технеций, альбумин, таллий) туфайли нурланиш даражасини аниқлаш учун сцинтиляция камера-лари кенг кулланилади.

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

Диагностиканинг иммунологик усуллари эндигина кулланила бошланди. Улар усмага алоқадор антигенлар макромолекулаларини (альфа-фетопротеин, альфа-2Н-фетопротеин ва канцероэмбрионал антиген), эктопик гормонларни, (АКТГ, АЛГ),

изоферментларни (ишкорли ва нордон фосфатазалар, амилазалар ва бошк.), хужайра ичидаги, хужайра юзасидаги ёки организмнинг заиф мухитидаги моноклонал иммуноглобулинларни (М-оксил) аниклашга мулжал-ланган. Кукрак корин бушликлари органларидаги усмаларни аниклашда торакоскопия, лапароскопиядан хам фойдаланилади.

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

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

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

Усмаларни Даволашнинг Умумий Қоидалари

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

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

Агар усма операцияга қадар аникланмаган булса, операция вақтида зудлик билан гистологик текшириш утказиш лозим, усма" Хажми ва операция характери билан боғлиқ масалалар шу тарика \ал этилади. Усма олиб ташлангач, уни гистологик йул билан текшириб куриш талаб қилинади.

Хавфли усмаларни даволаш усма қайси боскичда эканлигига боғлиқ шу сабабли даволаш комплекс равишда олиб борилади: даволашнинг операция билан боғлиқ ва комбинацияланган усуллари, нур ва дори-дармонлар (гормонлар билан даволаш, химиотерапия, иммунотерапия) билан даволаш кулланилади. Оқибат-натижа организмнинг иммунологик хусусиятига жудаям боғлиқдир.

Операция нули билан даволаш. Хавфли усмаларда зудлик билан операция қилиш учун мутлок курсатқичлар мавжуд булади. Радикал операциялар купрок I ва II

клиник боскичда, камдан-кам холларда III боскичда бажарилади. Радикал операция вақтида куйидаги талабларга риоя қилинади:

1. Операциянинг абластлиги (атипик рақ хужайраларисиз): СОРЛОМ туқималар доирасидаги усма (зарарланган орган)ни регионар лимфа тугунлар билан бирга экстирпация қилинади; усманинг шикастланишига йул қуйиб булмади, усма хужайраси СОРЛОМ туқималарга имплантация қилинишига йул қуймаслик лозим. Операция вақтида кулқоп ва жаррохлик асбоб-усқуналарини алмаштириб туриш зарур. Операция муайян бир изчиллик асосида амалга оширилади (операция усмадан олисроқда бошланади, лимфа ва кон томирлар боғланади ва х- к.).

2. Антибластик (атипик рақ хужайраларининг тарқалишига қарши) тадбирлар операция пайтида куйидагича утқазилади: а) физик антибластика — электр пичоқдан, криоген терапиядан, лазер ва ультратовушдан фойдаланилади; б) актинистик антибластика — усма жойлашган соҳа операциядан олдин ва кейин рентген нури билан нурлантирилади; в) кимёвий антибластика — операция давомида усма хужайрасини 96 % ли этил спирти, формальдегид эритмаси билан, регионар перфузия ва артерияга антибластик препаратлар юбориш йули билан бузиб, йуқ қилинади.

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

1. Усма сабабли келиб чиккан асоратни бартараф этувчи, бироқ усманинг узига таъсир курсатмайдиган операция. Масалан, меъда-нинг пилорус қисми усма сабабли тула торайганда гастроэнтероанас-томоз, ичак тутилиб қолганда энтероанастомоз ёки қолостома — райритабий орқа тешиқ қуйилади — *anus praeternaturalis*.

2, Онқологик талабларга риоя қилмаган холда органни резекция қилиш (масалан, метастазлар ёки- регионар лимфа тугунлари олиб ташланган холда) бироқ кейинчалиқ нур билан даволаш ва химиотерапия утқазилади.

Нур билан хавфли усмаларни даволашда алоҳида ёки операция билан бирга (операциядан олдин ва кейин нурлантириш), химиотерапия ва гормонлар билан бирга даволаш кулланилади. Нур билан даволаш усуллари орқали усма хужайрасига ёки зарарланган органга таъсир курсатилади. Нур билан даволаш усулини куллаш ра-диацияга ута сезгир, интенсив равишда булинувчи, дифференциал-лашган майда хужайраларда (шу жумладан, рақ хужайралари ҳам) *иши* жараёнини тухтатишга асосланган. Ионлаштирувчи нур сувнинг радиолизлашини келтириб чиқаради, бу эса усма хужайрала-рида моддалар алмашинувини издан чиқаради. Бунинг натижасида HO^{\cdot} , H^+ ва Hg Og ионлари юзага келади ва улар усма хужайрасида-ги хромосомаларни, хужайра мембранасини ва энергетика системаси-ни бузади. Нур билан даволашга хавфли лимфомалар (лимфосарко-малар) ва кон яратиш системасидаги усмалар (миеломалар), шунингдек эпителиал усмаларнинг айрим турлари (семиномалар) айникса сезгир булади. Бироқ росмана ифодаланган

метастазлар-нинг вужудга келганлиги ва каиталанишлар нур билан даволашнинг мазкур хавфли усмаларга таъсир кучини камайтиради. Нур билан даволашни купинча операция килиб даволашга кушиб кулланилади. Масалан, уни сут бези, бачадон, упка, турри ичак остеоген саркомасида операциядан олдин ва кейин кулланилади.

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

Нур билан даволашда рентген нурлари, гамма нурлар (кобальт изотоплари билан биргаликда, цезий, иридий), бета-терапия (радиоактив олтин, фосфор билан), электронлар ва протонларнинг оддий заррачалари окими кулланилади. Нур билан даволашнинг таъсири турли усмаларда хар хил ва бир хил касалларга хам турлича наф беради. Бериладиган нур дозасини онколог-радиолог билан бирга аник-лайди. Нур бериш курсини купинча бир неча марта такрорлашга турри келади. Нур билан даволашнинг дастлабки кушимча активлиги ва асорати реактивлик ва иммунитетнинг пасайганлиги, кон ишлаб чикарувчи органлар фаолияти суствлашгани билан боглик- Кейинги даврда теридаги узгаришларни (яллигланиш, эритема), трофик яраларни, остнекррозларни кузатиш мумкин. Нур билан куп дозаларда даволаш нур касаллигини (бекувватлик кунгил айниши, иштаханинг йуклиги, уйкуйинг ёмонлиги, юракнинг гупиллаб уриб кетиши, лейкопенияни) келтириб чикаради. Нур берилган сохадаги терини яхшилаб парваришлаш, дермопротекторларни (терини химоя килув-чи воситаларни) куллаш лозим. Сеанслар оралигида кон манзараси-ни текшириб бориш керак.

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

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

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

1. Алкилловчи бирикмалар: а) ипритсимон моддалар (хлорэтила-минлар). Эмбихин (Embichinum, мустарген), новэмбихин (Novembic-hinum), допан (Dopanium) лимфогранулематоз, лимфолейкоз, лимфосаркома, ретикулосаркомада кулланилади; сарколизин (sarcolysinum) семиномада (айникса, метастазлар булганда), рети-кулосаркома, Юинг саркомасида, миелома касаллигида, хавфли ангиоэндотелиомада кулланилади; циклофосфан (Cyclophospha-num) сут бези, тухумдонлар ва упка ракида, лимфогранулематоз-ларда ва лимфосаркома юз

берганда кулланилади. Циклофосфен усмаларга карши нисбатан катта наф берса-да, узига ухшаш препаратлар билан таккосланганда, тромбоцитопозга таъсири анчагина камдир; б) этилениминлар. Тиофосфамид (Thiophosphamidum). ТиоТЭФ (Thiotepum, ТЕРА), бензотепф (Benstephum) сут беzi, тухумдонлар ва упка ракида кулланилади; дипин (Dipinum) тиодипин (Thiodipinum) лейкозда, лимфогранулематозда ва гипернефромада кулланилади.

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

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

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

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

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

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

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

5. Алкалоидлар (ва келиб чикишига кура усимликларга оид бошка бирикмалар); *винбластин* (Vinblastinum), *розевин* (Rosevinum) лимфогранулематозда, лимфосаркомада, ретикулосаркомада, миеломада кулланилади; *винкристин* (Vincristinum) уткир лейкозда, ретикулосаркомада, нейробластомада, Вильяме усмасида кулланилади, шунингдек лимфогранулематоз, меланома, сут беzi ракини ва бошкаларни комплекс даволашда ишлатилади; *колхамин* (Colchaminum, Demo

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

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

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

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

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

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

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

Фиброма (fibroma) бириктирувчи тукуманинг етилган усмасидир, у толаларнинг айрим тутамларидан иборат булиб, уларнинг орасида бириктирувчи тукума х,ужайралари жойлашган. Бириктирувчи тукума х,ужайралари канчаликкатта булса, фиброма, консистенцияси шунчалик юмшокдир. Қаттик фибромалар купинча тери билан битиб кетган, сугал ёки тугунча куринишйда булади; юмшок фибромалар юпка, бурушган тери.билан тортишган булади. Купинча аралаш тури учрайди, ул.ар.нинг пайдо булишида бошка тукумалар ҳам иштирок этадй; фибролипОмалар, нейрофибромалар, фибромиомалар шулар жум'ласидандир. Фибромалар яккам-дуккам ёки куплаб учраши мумкин;. агар улар жуда куп булса, бу фиброматоздан дарак беради. Давоси — операция килипади: купинча улар тери билан бирга кесиб ташланади.

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

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

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

Давоси— радикал операция қилиб, усмани олиб ташлашдир.

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

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

Остеосаркомалар купрок узун найсимон суякларда, чанок ва бош суягида ривожланади. Улар иликда (марказий ва миелоген) ёки суяк усти пардаси — периостда (периферик периостал, остеоген саркомалар) ривожланиб боради. Остеосаркомалар жуда тез ривожланиб, кенг куламда ва киска вақт ичида метастазлар беради.

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

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

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

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

Давоси — асосан оператив, баъзан босқичма-босқич кесиб олиб ташланади. Шунингдек рентгенотерапия, криотерапия, боғлаш ёки томирларни тикиш кулланилади.

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

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

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

Невринома (neurinoma; син.: леммобластома, леммома, неврилe-нома) —периферик нервлар усмаси булиб, орка мия томирида ҳам жойлашиши мумкин; Шванн пардаси хужайрасидан ривожланади.

Давоси — жаррохлик йули билан олиб ташлаш. **Ганглионеврома** (ganglionnevrone; син.: ганглиома (симпатико-цитома) — хавфсиз усма булиб, симпатик нерв чигалларидан (ганглийларидан), купрок уларнинг корин ва кукрак сохасида жойлашган элементларидан келиб чиқади. **Давоси**— жаррохлик йули билан олиб ташлаш.

Папиллома (papilloma син: гуддача, усма) ясен эпителий хужайраларида пайдо булиб, унинг юзасига гудда шаклида туртиб чиқади. Купрок бошда, оркада, чов сохасида, орка. тешиқда кузатилади. Папилломалар ковукда ва ичакда ҳам пайдо булиши мумкин, бунда купинча кон кетиши мумкин.

Давоси — операция; усмани кесиб олиб ташлаш соғлом тукима-лар доирасида утказилади. Операциядан аввал папилломаларни албатта гистологик йул билан текшириш лозим, чунки малигнизация булиши мумкин.

Аденома (adenoma) —фиброэпителиал тукималардан иборат усма. Олган урнига караб, папилляр, кистоз, тубуляр ва альвеоляр аденомалар тафовут килинади. Аденомалар купрок сут безида, тухумдонларда, буйракларда, камдан-кам холларда тери ҳамда шиллик пардаларда учрайди.

Давоси — жаррохлик йули билан олиб ташланади. Малигнизация бошланиши мумкин.

Дермоид (dermoid;син.: дермоид киста, кистоз тератома) —бу усма эмбрионал эктодерма колдикларидан иборатдир, одатда, ичида ёғ массалари ва бошка эпидермал колдиклар булган бушлиқ юзага келади. Купинча кош устида, бурун ёнида, буйинда ва думгаза сохасида учрайди; баъзида дермоид кисталар олдинги кукс оралиги-да ҳам булиши мумкин. Дермоид кисталар купинча йиринглаб, абсцесслар ва узок вақтгача битмайдиган окма яралар хосил килади.

Давоси — жаррохлик йули билан олиб ташлаш.

Рак (carcinoma, cancer; син.: хавфли эпителиома)—**энг** куп учрайдиган хавфли эпителиал усма. Купрок коплама ёкй без эпителийсидан ривожланади. Усма

кон лимфа томирлари ва эпителиал хужайралардан паренхималари булган бириктирувчи тукима стромасидан. иборат. Агар усма йирик эпителиал катакчалардан иборат булса, у **медулляр рак деб** аталади, бириктирувчи тукима стромаси устун холларда скирроз рак (скирр), без хужайралари устунлик килганда эса аденокарцинома деб аталади. Рак барча тукималарда ва органларда ривожланиши мумкин, бироқ у купрок меъдада, бачадонда, сут безида, терида ва упкада учрайди. Рак атипик эпителиал хужайралар пайдо булиши билан юзага келади, шундан сунг бириктирувчи тукима стромаси элементлари хам купаяди. Рак тез орада атрофидаги тукималарга утади, лимфа тугунларига метастазлар беради. Метастазлар одатда лимфоген йул билан таркалади. **Клиник манзараси** рак жойлашган жой ва жараён боскичига боглик. Меъда ракини куп холларда **рак олди касалликлари**— анацид гастрит, каллез яралар, меъда полипозии келтириб чикаради. Дастлаб-ки симптомлар умумий характерга эга булади — иштаха йуколади, дармонсизлик кузатилади. Аввалига, одатда, огрик булмади ёки билинар-билинемас кечади, кейинчалик у кучайиб боради, кунгил айниши, кайт килиш, озиш бошланади. Касаллик утказиб юборилган холларда кон кетиши юз беради, кайт килинган нарсаларга, нажасга кон аралашган булади.

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

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

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

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

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

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

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

АДАБИЕТЛАР:

- 3 Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик.
2. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: Медицина, 2000.
3. Каримов Ш. И. Хирургик касалликлар. Ўқув адабиети. – Тошкент. «Ибн Сино», 1996 г.

Интернет маълумотлари:

1. www.mediasphera.ru,
2. www.links.spinet.ru,
3. www.medlinks.ru,
4. www.medinform.net,
5. www.medlain.ru.

Мавзу: 7

Корин олд девори ва чов чурралари. Куп учрайдиган чурраларда хамширалик жараёни, ташхиси ва парвариш килиш хусусиятлари. Меъда ва 12 бармокли ичакни яра касаллиги ва уларни асоратлари. Клиникаси, замонавий текшириш усуллари. Консерватив ва оператив даволаш усуллари, хамширалик жараёнини узига хослиги.

7-мавзу	Корин олд девори ва чов чурралари. Куп учрайдиган чурраларда хамширалик жараёни, ташхиси ва парвариш килиш хусусиятлари. Меъда ва 12 бармокли ичакни яра касаллиги ва уларни асоратлари. Клиникаси, замонавий текшириш усуллари. Консерватив ва оператив даволаш усуллари, хамширалик жараёнини узига хослиги
----------------	---

5. Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	7. Корин девори чурралари, анатомияси, таснифи ,клиникаси текширув усуллари, оператив даволаш усуллари хақида тушунча; 8. Меъда ва 12 бармокли ичакни яра касаллиги, этиологияси ва патогенези, клиника ва диагностикаси, яра асоратлари хақида тушунча, операцияга

	курсатма ва капши курсатма, консерватив ва оператив дово усуллари хакида тушунча.
<p>Маъруза мақсади: талабаларни чурралар ва яра касаллиги билан таништириш. Чурралар ваяра касаллиги этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, симптоматикаси ва умумий даволаш усуллари кўллаш билишни ўргатиш.</p>	
<p>Педагогик вазифалар: -маъруза давомида талабаларда чурра касаллиги билан оғриган беморлар билан мулоқат қилиш, тўғри диагностика усуллари бажариш, даволаш усуллари билан танишиш, этика ва инсоний хурмат, эътиборни шакиллаштириш талаб этилади</p>	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: Талабаларни чурралар ва яраларни пайдо бўлиши тарихи билан таништириш. Герниология ва яра касаллигини клиник манзарасига, диагностика ва даволаш усуллари ривожланишига катта хисса қўшган олимлар фаолияти билан таништириш. Талабаларни қорин чурралари ва меъда ва 12 бармокли ичакни яраларни пайдо бўлиш этиология ва патогенези, таснифи, клиник манзаралари, диагностика усуллари билан таништириш. Чурра ва яра касаллиги билан беморларни операциядан олдинги тайёрлаш муолажалари билан таништириш. Чурра ва яра касаллиги билан беморлардаги бажариладиган даволаш операциялар ва уларга операциядан кейинги даволаш усуллари билан таништириш.</p>
<p>Ўқитиш услуби ва техникаси</p>	<p>Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "ха-йук" техникаси</p>
<p>Ўқитиш воситалари</p>	<p>Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.</p>
<p>Ўқитиш шакли</p>	<p>Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.</p>
<p>Ўқитиш шарт-шароити</p>	<p>Мультимедия, компьютербилан жихозланган аудитория</p>

Маъруза машгулотининг технология: картаси (5-машгулот)

Босқичлар , вақти	Фаолият мазмуни	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	<i>1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машгулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.</i>	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.
2-босқич. Асосий (70 мин.)	<p><i>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкор савол-жавоб ўтказилади.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - корин чурралари қанака турларини биласиз? - Чов чурраларини таснифи ва оператив усулларини айтиб беринг? - меъда ва 12 бармоқли ичакни яра касаллигини этиологияси ва патогенезини муҳим омиллари айтинг. - меъда ва 12 бармоқли ичакни асоратлари ҳақида нималарни биласиз? <p><i>Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишда давом этади.</i> Хозирги пайтда чурралар ва меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги аниқ анатомик маълумотларга ва катта практик тажрибага эга. Йил давомида мамлакатимизда минглаб чурра кесиш ва меъда резекцияси операциялари бажарилади. Хамма бажарилган операциялар ҳам яхши натижага олиб келавермайди. Юқорида қайд қилиб ўтилганлар чурралар классификацияси, этиологияси, симптомлари, клиникаси ва оператив даволаш турларини муқаммал ўзлаштиришни талаб қилади</p> <p><i>2.3. Корин девори чурраларини ва меъда ва 12 бармоқли яра касаллигини урганишда ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади.</i></p> <p><i>2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.</i></p>	<p>2.1. Эшитади. куради 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-босқич. Якуний (10 мин.)	<i>3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади.</i> Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради. Мустақил иш учун вазифа: “Чурра” ва “Яра асоратлари” сузига кластер тузишни вазифа қилиб беради.	3.1. Эшитади, куради, аниқлаштиради. 3.2. Топширикни ёзиб олади.

Қорин чурраси (hernia) деб, қорин бўшлиғидан ички органларнинг қорин деворидаги табиий ёки сунъий тешик орқали унинг ташқарисига, қорин пардасининг уларни қоплаб турадиган девор олди варағи билан бирга чиқишига айтилади.

Қорин чурралари ташқи ва ички бўлади.

Ташқи чурраларда ички органлар қориннинг олдинги деворидаги, чаноқ, бел ёки думба соҳасидаги тешик орқали ташқарига чиқади.

Қориннинг ички чурраси қориндаги ички органларнинг қорин пардаларига ва қорин бўшлиғидаги ичак халталарига (bursa omentalis, foramen Winslow, flexura duodenalis junalis, recessus subcolicis ileocolis, intersigmoidicus), шунингдек диафрагманинг табиий ёки орттирилган тешикларига чиқишидан иборат.

Қориннинг ташқи чурралари — кўп учрайдиган хасталик, чурра билан ҳамма аҳолининг 3-4 фоизи оғрийди. Энг кўп чов чурралари (75%), сўнгра сон (8%), киндик (4%), операциядан кейинги чурралар (14%) кузатилади, чурраларнинг қолган формалари 1 фоизни ташкил қилади. Эркакларда кўпроқ чов чурралари, аёлларда сон ва киндик чурралари бўлади.

Қорин ташқи чурралари классификацияси.

А. Келиб чиқишига кўра:

I. Туғма чурралар.

II. Орттирилган чурралар.

1. Зўриқишдан бўладиган чурралар.

2. Дармонсизликдан бўладиган чурралар.

3. Операциядан кейинги чурралар.

4. Травматик чурралар.

5. Патологик чурралар.

Б. Анатомик жойлашувига кўра: чов, сон, киндик, эпигастрал, ханжарсимон ўсик чурралари, қориннинг ён чурралари, бел, куймиш, ёпқич тешик, оралик чурралари.

В. Клиник кечишига кўра:

1. Асоратланмаган (тўғриланадиган) чурралар.

2. Асоратланган чурралар (тўғриланмайдиган, қисилган, копростаз, чурра яллиғланиши).

Г. Ривожланиш босқичлари бўйича:

1. Нотўлиқ (бошланғич, канал, уруғ тизимчаси чурраси).

2. Тўлиқ.

Чурранинг таркибий элементлари — чурра дарвозаси, чурра қопчаси, чурра ичидаги нарса, чурра пардаларидир.

Чурра дарвозалари — қорин деворининг чурра чиқадиган кучсиз жойларидир (чов чуқурчаси, киндик халқаси, қориннинг оқ чизиғи, диафрагмадаги тешик). Нормада бу тешиклар орқали у ёки бу анатомик тузилмалар ўтади (уруғ тизимчаси, бачадоннинг юмалоқ, бойлами, томир-нерв дасталари ва х, к.). Травматик ва операциядан кейинги чурраларда қорин шикастланганда мускуллар ва апоневрозларда ёки хирургик операцияда ҳосил бўлган тешиклар чурра дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин. Чурра дарвозалари операциядан кейинги вертикал чурраларда ёриқ кўринишида ёки катта ўлчамли бўлиши мумкин. Дарвозаларининг ўлчамларига кўра чурра дарвозаси кичик (диаметрда 2 см гача), дарвозаси ўртача (2 дан 4 см гача) ва чурра дарвозаси катта чурралар (4 см дан кўп) фарқ қилинади.

Чурра дарвозаси — қорин пардасининг чурра дарвозалари орқали чиқадиган ички органларни қоплаб турадиган париетал варағидир. Туғма чов чурраларида қорин пардасининг ўсиб етилмаган қин ўсимтаси (processus vaginalis peritonei) чурра қопчаси бўлиб ҳисобланади.

Чурра қопчасида: оғзи, бўйинчаси, танаси ва туби фарқ қилинади. Чурра халтачаси турли ўлчамда ва шаклда бўлиши мумкин.

Халтача қорин бўшлиғи билан туташадиган жой оғзи дейилади. Бўйинчаси — чурра халтачасининг оғзи билан туташадиган энг тор участкадир. Бўйинчада аксарият чурра қисилиши рўй беради.

Асоратланмаган чурраларда халтача девори қорин пардасининг силлиқ юпқа варағидан иборат бўлади, унинг юзасида ёғ қатламлари бўлиши эҳтимол. Асоратланган чуррада халтача

девори доимо шикастланиб туриши натижасида у қалин тортади, бириктирувчи тўқима ривожланиши ва халтача ичида битишмалар борлиги ҳисобига дағал бўлиб қолади. Чурра қопчаси ички юзаси халтача ичидаги нарса билан ёки деворларининг бир-бири билан битиб қолиши оқибатида чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Чурра халтачасининг тўлиқ облитерацияси деярли бўлмайди. Аксарият халтача икки ёки уч бўшлиқли тузилмага айланади, ёки «қум соат» кўринишини олади, унинг деворида кисталар пайдо бўлмайди.

Чурра халтачаси эмбрионал киндик чурраларида бўлмаслиги мумкин, улардаги тушган ички органлар амнион билан қопланган. «Сирпанувчи» чурраларда ҳам халтачаси қисман бўлмайди. Бу қорин бўшлиғидан ташқарида жойлашган орган (кўричак, ковуқ) чиққанда ва қорин пардаси ёрилган сохта травматик чурраларда кузатилади. Н. В. Антелави маълумотларига кўра сирпанувчан чурралар 4,6% ҳолларда учрайди.

Парда чурралари чурра билан бирга чиқадиган ва чурра халтачасини қоплаб оладиган қорин деворининг ҳамма қатламларини ҳосил қилади. Уларга қорин пардаси олдидаги клетчатка, фасция пластинкалари, мускул толалари (масалан, *m. cremaster*), уруғ тизимчаси элементлари киради.

Чурра халтачасида қорин бўшлиғидаги органлардан ҳар қайсиси бўлиши мумкин. Ички органлардан айримлари қуйидаги тартибда учрайди:

а) ингичка ичак қовузлоғи; б) чарви; в) ичак тутқич билан таъминланган йўғон ичак бўлимлари; г) чувалчангсимон ўсимта ва йўғон ичакнинг ёғ қўшимчалари; д) бачадон найчалари ва тухумдон, баъзан бачадон; е) ичак тутқич; ж) қорин пардаси билан қопланган органлар (сийдик пуфаги, чамбар ичакнинг юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи бўлими, кўричак); з) қорин пардаси ортида жойлашган органлар (буйрак, сийдик йўли, меъда ости беши, простата беши фиксацияси бузилганда); и) меъда, талоқ, ўт пуфаги, Меккель дивертикули.

Бўртиб чиқадиган халтача чурра ичидаги орган ва чурра дарвозалари вазияти ўртасидаги нисбатни ҳисобга олиш амалий жиҳатдан аҳамиятлидир. Халтача қорин деворининг юқорисига кирган, бироқ унинг қатламлари орасига сурилиб улгурмаган бошланғич чурра; канал чурраси ва тери остига ўтган тўлиқ чурра фарқ қилинади.

Баъзан чурра халтачаси айрим мускул ва фасциал қатламлар орасидан оралиқ ёки интерстициал чурра кўринишида йўл солади, тери остидан эмас, балки мускул ёки апоневроз остидан чиқади.

Қорин чурралари этиологияси ва патогенези. Чурралар маҳаллий ва умумий характердаги сабаблардан ҳосил бўлиши мумкин, мойил қиладиган ва келтириб чиқарадиган турларга бўлинади.

Чурралар ҳосил бўлишининг мойиллик қиладиган сабабларига чурра энг кўп ҳосил бўладиган жойларда қорин девори тузилишининг маҳаллий анатомик хусусиятлари киради. Бу кучсиз жойлар ёки «чурра нуқталари» қуйидагилардир: а) чов канали зонаси; б) сондаги овал чуқурча зонаси; в) қорин оқ чизиғи апоневрозининг киндик устидаги ва киндик олдидаги бўлими; г) Спигели чизиғи зонаси; д) Пти учбурчаги зонаси; е) Грюнфельд — Лесгафт тўртбурчаги зонаси; ж) ёпқич тешик зонаси.

Қорин девори тузилишининг анатомик хусусиятлари аёлларда ва эркекларда турли хил чурраларнинг тақсимланишига ҳам таъсир кўрсатади. Сон чурраларининг кўп учраши аёлларда чаноқ ҳалқаси энининг сербарлиги билан боғлиқ. Эркекларда сон чурраларининг кўп учраши уларда чов ҳалқасининг бирмунча кенглиги билан изоҳланади. Эмбрион даврида у орқали тухум ёрғоққа тушади ва уруғ каналчаси (тизимчаси)дан ўтади, шунингдек чов ёриғи тузилишининг ҳам ўзига хос хусусияти (учбурчак) бор. Аёлларда чов оралири ёриқсимон шаклга эга.

Умумий мойиллик қиладиган омилларга: ирсият, ёш (умрининг биринчи ёшидаги болаларда кўкрак девори кучсиз, кексаларда қорин девори тўқималари атрофияга учраган бўлади), жинс (аёлларда чаноқ ва сон ҳалқасининг тузилиш хусусиятлари, эркекларда човнинг кучсизлиги), гавда тузилишининг хусусиятлари, семиз-ориклик, тез-тез туғиш, қорин девори шикастлари, операциядан кейинги чандиқлар, қорин девори нервлари фалажини киритадилар.

Бу умумий омиллар қорин деворининг маҳаллий заифланиб қолишига олиб келади.

Келтириб чиқарадиган омиллар. Бу қорин ичида босимни оширадиган омиллардир, чунончи: оғир жисмоний меҳнат, туғруқнинг қийин ўтиши, жуда оғир юкларни кўтариш ёки оғир нарсани тутиб туриш учун кўп куч сарфлаб зўриқиш шулар жумласига киради. Чурранинг шу тахлитда ҳосил бўлишига «зўриқишдан бўладиган чурра» дейилади.

Қорин девори мускуллари сустрлашганда ва етишмовчилигида чурралар аста-секин ва бемор учун сезиларсиз, бирор жисмоний куч ишлатмай ва зўриқмай ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Уларни «ҳолсизликдан пайдо бўладиган чурра» дейилади (масалан, умуртқа поғонаси, орқа мия ва нервлар шикастлангандан кейин тўқималар трофикаси пасайганда, тез ориқлаб кетишда).

Чурралар келиб чиқишида аҳамиятли бўлган бошқа омиллардан мусиқа асбобларини чалгандаги зўриқиш, эмфизема ва ўпка сили, кўкйўталдаги йўталиш, қабзият ва уретра стриктурасидаги, простата беши аденомасида бузилишлар, такрорий ва қийин туғруқлар, асцит ва бошқаларни эслатиб ўтиш мумкин.

Чурраларнинг ҳосил бўлиш механизми уларнинг келиб чиқишига боғлиқ холда (туғма ёки орттирилган) ҳар хил бўлади.

Туғма чуррада чурра дарвозалари ва чурра халтачаси аввал шаклланади, сўнгра жисмоний зўриқиш натижасида ички органлар чурра халтачасига киради. Орттирилган чурраларда эса қорин ичидаги босим ошганда ички органлар қорин девори қатламларини суриб, париетал қорин пардасини чўзиб юборади ва чурра халтачаси шаклланади.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИНИ АНИҚЛАШ СИМПТОМЛАРИ.

Симптомлари бўйича асоратланмаган чурралар (тўғриланадиган, жойига солинадиган), хроник асоратланган (тўғриланмайдиган) ва ўткир асоратланган чурраларни фарқ қилиш лозим.

Асоратланмаган ташқи чурралар субъектив турли-туман намоён бўлади. Баъзан улар умуман бўлмайдди. Аксарият беморлар чурра соҳасида жойлашган симиллаган қаттиқ, оғриқдан нолийдилар, оғриқ, масалан, тўш ости соҳасини бошланғич чов чуррасида — моякка, жинсий лабга ва бошқа соҳаларга берилади. Оғриқ жисмоний зўриқишда, оғир юк кўтаришда, вертикал вазиятда кучаяди. Диспептик шикоятлар: кекириш, жиғилдон қайнаши, кўнгил айниши, баъзан қусиш, дизурия, қабзиятлар ҳам бўлиб туради.

Беморларни тик турганда ва ётганда (горизонтал холатда) текширилади.

Асоратланмаган ташқи чурраларнинг асосий объектив белгилари:

- а) чурра жойлашуви учун хос зонадаги бир оз шиш
- б) чурра ичидагини қорин бўшлиғига киритишга боғлиқ бўлган шиш кўриниши ва ҳажмининг тез ва осон ўзгарувчанлиги;
- в) қорин бўшлиғига киритилган жойда қорин деворининг бўртиб чиқиш нуқсони — «чурра дарвозаси» борлиги
- г) «йўтал турткиси» феномени борлиги.

Тўғрилашдан кейин, эҳтимол, пайпаслаш ёрдамида чурра дарвозаси ва каналининг кўринишини, ўлчамларини уларнинг атрофидаги тўқималар сифатини, чурра дарвозасининг чурра пардаси ва чурра халтачаси билан ўзаро муносабатини, сурилувчанлигини, битишмаларини аниқлаш мумкин:

— чуррада ичак қовузлоғи борлиги бўртма юзасининг силлиқлиги ва эластик юмшоқ консистенциясидан, перистальтиканинг тери орқали билинишидан, перкуссияда тимпанит пайдо бўлишидан аниқланади;

— чуррада кўп ичак қисми борлиги (айниқса сирпанувчан чурра кўринишида) пайпаслашдан ташқари, йўгон ичакни рентгенография қилишда аниқланади;

— чуррадаги қовуқ, деворини (сирпанувчан чурра) дизурия борлигидан ва қовуқни цистоскопия ёки рентгенография қилиш ёрдамида (сергозин) аниқлашга муваффақ, бўлинади;

— чуррада аёл ички органлари борлигини баъзан ҳайз кўриш даврида бўртманинг шишиб чиқишидан билса бўлади.

Сирпанувчан чурралар. Бу чурра халтачасининг деворларидан бири қорин пардаси билан қисман қопланган (масалан, қовуқ, юқорига кўтариладиган ва пастга тушадиган ичак) чурралардир. Чурра халтачаси камдан-кам холларда батамом бўлмайдди.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чурралари аксарият қийшиқ чов чурраларида, қовуқники эса — тўғри чов чурраларида бўлади. Сирпанувчан чурралар ҳамма чов чурраларининг 1—1,5 фоизини ташкил қилади. Улар туғма ва орттирилган бўлиши мумкин.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чуррасининг патогномоник симптомлари бўлмайди. Одатда бу ёши улғайган ва кекса одамлардаги чурра дарвозаси кенг катта чуррадир.

Диагностикасига йўғон ичакни рентгенда текшириш ёрдам беради.

Қовуқнинг сирпанувчан чурраларида сийдик чиқариш бузилади ёки сийдик икки бўлиб чиқарилади (аввалига бемор қовуғини бўшатади, кейин чурра бўртмасини босганидан кейин қайтадан сийдик чиқариш майли пайдо бўлади ва бемор яна сия бошлайди).

Қовуқнинг сирпанувчан чуррасига шубха қилинганда қовуқни катетерлаш ва цистография қилиш зарур.

Асоратланмаган чурраларни даволаш. Чурраларни фақат операция усули билан радикал даволаш мумкин. Чурраларнинг ҳамма турларида операция қилиш принципи бир хил. Унинг вазифаси:

а) чурра халтачасини чурра пардаларидан ажратиш;
б) халтачани очиш, битишмадан чурра ичидаги аъзони озод қилиш ва қорин бўшлиғига киритиш;

в) чурра халтачасини тортиб олиш, уни оғзи сатхида — бўйнида тикиш ва қирқиб ташлаш;

г) чурра дарвозаларини чоклар билан ёпишдан иборат.

Чурра деворларини маҳаллий бир хил турдаги тўқималар тикиш йўли билан ёпиш усуллари лозим бўлган.

Операциядан кейинги даврда йўтал, бронхит, зотилжам, қорин дам бўлишининг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга — нафас гимнастикаси, эрта ўриндан туриш (2—4 кун), 2—3 hafta мобайнида дам олиш, 2—3 hafta мобайнида профилактик дам олиш мақсадга мувофиқ.

Операцияга монелик қиладиган холлар: юрак ва нафас етишмовчилиги бўлган жуда кексалик, кон айланиши декомпенсация бўлган юрак нуқсони, III боскичдаги ўпка сили, жигар ва буйракнинг оғир касалликлари ва бошқа тузалмайдиган касалликлар.

Асоратланмаган чурраларни консерватив даволаш бандаж тақишни тайинлашдан иборат. Бандаж корсет ва белбоғлар шаклида бўлади ёки қоринга маҳкам қилиб тасма боғланади.

Бандаж тақиш чурра ичида чандиқлар, битишмалар ҳосил бўлишига сабаб бўлади, баъзан терини таъсирлантиради ва ички органларни чиқиб қолишдан ва чуррани қисилишдан ҳаммиша ҳам сақлаб қола олмайди.

Қорин чурралари профилактикаси қуйидагича ўтказилади:

1) қорин девори мускуллари мустаҳкамланади, бунинг учун гимнастика машғулоти, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш тавсия этилади;

2) ишда чуррага сабаб бўладиган ортиқча жисмоний зўриқишлардан сақланиш лозим, шу мақсадда меҳнатни механизациялаш, уни муҳофаза қилиш, ишчиларни жисмоний ишларга тўғри танлаш лозим;

3) хомиладор аёллар хомиладорликнинг охирига ойларида белбоғ-бандаж тақиб юришлари керак, туғруқдан кейин эса қоринни массаж қилиш ва қорин мускулларини мустаҳкамлаш учун махсус машқлар тавсия этилади;

4) болаларнинг гигиена, овқатланиш қоидаларига риоя қилиши, уларда ичак фаолияти, нафас органлари ва сийдик чиқаришнинг нормал ўтишини кузатиб бориш, қорин деворидаги нуқсонларни аниқлаш мақсадида уларни кунт билан синчиклаб текшириш, борди-ю, чурра аниқланса, болаликда операция усулида олиб ташлаш;

5) ёғ босишга ва айниқса ундан кейин қаттиқ ориқлаб кетишга қарши курашиш;

6) операциядан кейин чурраларнинг профилактикаси жароҳат йирингланишининг профилактикасидан иборат, бунинг учун қорин жароҳати тампонада қилинади, лапаротомияни бошдан кечирган шахсларга 2—4 hafta муддатга дам олиш берилади.

Жисмоний ишга қайтишда аста-секинлик принципига амал қилиш ва қорин девори мускулларини чиништириш зарур.

меъда ва 12 бармоқли ичакни яра касаллиги

Анатомик - физиологик маълумотлар

Меъда чап ковурағалар остида ва қориннинг чап ярмида жойлашган, унинг чиқиш қисмигина ўрта чизикдан ўнга ўтади. Меъда тўлганда унинг катта эгрилиги киндик соҳасида проекцияланади. Меъдада кардиал бўлим, туби, танаси, антрал бўлим, пилорик канал фарк қилинади. Пилорик қисқич меъда билан 12-бармоқли ичак ўртасидаги чегара ҳисобланади.

12-бармоқли ичак меъда ости беши бошчасини тақа кўринишида букиб, Трейц бойлами олдида дуоденоюнал букилма ҳосил қилади. 12-бармоқли ичакда 4 қисм қайд қилинади: юқори горизонтал, пастга тушадиган (унга умумий ўт йўли ва меъда ости беши йўли қуйилади), пастки горизонтал ва юқорига кўтариладиган қисм.

Меъда танаси билан антрал бўлим ўртасида бурчак кемтигига мувофиқ келадиган оралик эгат чегара бўлиб ҳисобланади. Меъдани шу тарзда бўлиш меъданинг гистологик тузилишига ва физиологик хусусиятларига мувофиқ, келади.

Меъда қон билан қорин аортаси тармоқларидан таъминланади. Томир-ларнинг аъзолар ичидаги катта алоқалари, уларнинг анастомозлари қон таъминотининг мўллигини келтириб чиқаради. Бу ҳол эрозиялардан ва яралардан қон оққанда қон кетишини тўхтатишни қийинлаштиради. Меъда веналари артерияларга мос келади ва қопка вена тармоғи ҳисобланади. Меъда кардиал бўлимининг шиллиқ, пардаси остидаги қаватда веноз чигаллар портал системани юқори ковак вена системаси билан туташтиради, бу портал гипертензияда веналарнинг варикоз кенгайишини диагностика қилишда ва даволашда ғоят муҳим.

Меъдадан лимфа оқиб кетадиган йўллар меъдада онкологик жараён сабабли ўтказиладиган радикал операцияларда муҳим аҳамиятга эга. Асосан томирлар йўли бўйлаб жойлашадиган асосий лимфатик соҳалар сони 3 та:

1) чап меъда артерияси соҳаси; 2) талоқ артерияси бўйлаб ўтган лимфатик томирлар; 3) жигар артерияси бўйлаб жойлашган лимфатик тугунлар.

Бу учала асосий артериялар тармоқлари бўйлаб жойлашган тугунлар биринчи тартибдаги лимфатик тугунлар, бу артерияларнинг ўз тутами бўйлаб жойлашгани - иккинчи тартибдаги тугунлар, қорин артерияси бўйлаб жойлашгани эса учинчи тартибдаги лимфатик тугунлар деб аталади. Меъдани интрамурал нерв чигаллари, адашган нервлар ва қуёш чигалидан симпатик нервлар иннервация қилади.

Меъда функциясини идора қилишда олдинги ёки орқа, баъзан эса ҳам олдинги, ҳам орқадаги қўшимча тутамлар кўринишидаги адашган нервлар, ўнг тутамдан чиқадиган ва қизилўнғачнинг орқа чап юзаси бўйлаб меъда тубига Гис бурчаги соҳасида борадиган Грасси қўшимча тармоғи муҳим аҳамиятга эга. Бу қўшимча тармоқлар ваготомиядан кейин яра касаллигининг қайталанишида муҳим роль ўйнайди. Адашган нерв тутамлари секретор фаолиятини бошқарадиган Латарже олдинги ва орқа тармоғи билан тугалланади, унинг охириги 2-4 тармоқлари эса мотор функциясини бошқаради. Олдинги ва орқа Латарже тармоқлари орасида антрал бўлим соҳасида ҳам, танаси ва ҳатто кардия соҳасида ҳам коллатераллар бўлади.

Меъда секрецияси бутун ҳазм қилиш даври мобайнида ўзаро таъсир қиладиган нейрогуморал механизм билан амалга оширилади. Адашган нервлар I фаза деб аталадиган нейроген фазани таъминлаб беради, у ўрта ҳисобда тахминан ярим соат давом қилади ва секрециянинг гўё иш солиш механизми ҳисобланади. Айни вақтда адашган нервлар овқатнинг меъдадан 12-бармоқли ичак моторикасини ва эвакуациясини таъминлаб беради. Охириги маълумотларга кўра овқат ейилгандан кейин меъдани бўшашиши ноандренергик тормозланиш нерв толалари томонидан амалга оширилади.

Меъда секрециясининг (II фаза) гуморал рағбатлантиришни 1905 йил Эдкинс кашф этган ва 1964 йилда Грегори ва Траси соф ҳолда ажратиб олган гастрин воситасида амалга оширилади. Гастрин меъданинг антрал бўлими шиллиқ пардасида жойлашган хужайралар (уларнинг 90%гача), 12-бармоқли ва оч ичакларнинг проксимал қисмларида, ҳатто меъда ости бешидаги хужайралар томонидан синтез қилинади. Физиологик шароитларда С-хужайралар оксили овқат, пептонлар, аминокислоталар, адашган нерв кабилар билан рағбатлантирилади ва энди унинг ўзи ички омил

ишланиши, хлорид кислота, пепсин, меъда ости беги ферментлари секретиясини рағбатлантиради, меъда ва оч ичак перистальтикасини кучайтиради.

Ичак фазаси (III фаза) механизми унчалик равшан эмас: айрим муаллифлар ингичка ичакнинг юқори бўлимларида меъда секретиясини рағбатлантирадиган энтерогастрон ҳосил бўлади деб ҳисобласалар, бошқалари ингичка ичакда оксил парчаланишида гистамин ҳосил бўлади деб ҳисоблайдилар. Маълумки, ингичка ичак секретияни фақат кўзғатиш таъсирига эмас, балки тормозлаш таъсирига ҳам эга. Бирок, бу вагус иннервацияси сақланиб қолган тақдирдагина шундай бўлади.

Меъдада 3 та секретор безсимон соҳалар фаркланади:

1. Кардиал - овқат лукмаси учун қулай шароит яратадиган шиллик ажратади.
2. Фундал безлар, ҳужайраларнинг 4 туридан ташкил топган: бош ҳужайралар пепсиноген ажратади, париетал (ёки қоплама) ҳужайралар хлорид кислота ва Кастрл ички омилини ажратади; қўшимча ҳужайралар буфер хоссаларга эга шиллик ишлаб чиқаради; дифференциацияланмаган ҳужайралар - улардан қолган ҳужайралар ривожланади.
3. Антрал безлар ҳужайрадан ташқари суюқлик рН ига яқин бўлган рН ли эрийдиган шиллик, ва гастрин гормони ажратади.

Меъданинг цилиндрсимон эпителий билан қопланган бутун шиллик пардаси шиллик пардани ўз-ўзини хазм қилишдан ҳимоя қиладиган ва уни парда кўринишида бекитиб турадиган асосий восита ҳисобланган шиллик ажратади.

12-бармоқли ичак шиллик пардасида эндокрин ҳужайралар жойлашади: гастрин ишлаб чиқарадиган С-ҳужайралар, S-ҳужайралар - секретин, J – ҳу-жайралар - панкреозимин.

Бир сутка ичида меъдада 1 л гача меъда шираси ҳосил бўлади. Овқатда хлорид кислота, пепсиногендан ҳосил бўладиган пепсин томонидан хлорид кислота таъсири остида ишлов берилади. Овқатнинг 12-бармоқли ичакка порция-порция бўлиб тушишини пилорус ва меъданинг антрал бўлими функцияси таъминлаб туради.

Диагностик текшириш усуллари

Меъда шираси анализи. Текширув наҳорда ўтказилади. Меъда ингичка зонд билан зондланади ва йиғилган суюқлик аспирация қилинади. Сўнгра 1 соат мобайнида суюқликни доимий аспирация қилиб, кислотанинг базал ишланиши текширилади. Кислотанинг базал ишланиши кўрсаткичлари бўйича вагус тонуси ва унинг секретор аппаратга таъсири тўғрисида билвосита ҳулоса чиқариш мумкин.

Максимал гистамин (пентагастрин) тести — секретияни ўрганишнинг энг аҳамиятли усуллари: меъда ширасининг ажралиши бўйича шиллик парда патоморфологияси ҳолатига баҳо бериш мумкин. Гистаминнинг қўшимча таъсири бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, олдиндан антигистамин препаратлар юборилади. Меъда суюқлиги 1 соат ичида (0,024 мг/кг дозада гистамин юборилгандан кейин 30 минут ўтгач) аспирация қилинади. Секретия ҳажми, умумий кислоталик ва озод хлорид кислота титрлаш бирликларида, хлорид кислота дебити ммоль/соат ҳисобида қуйидаги формула бўйича аниқланади:

$$\text{НС1 дебити} = \frac{\text{меъда шираси ҳажми(мл)} \times \text{НС1 титр бирлиги}}{1000}$$

Максимал гистамин (пентагастрин) тестларининг қуйидаги норматавлари фарқ қилинади: соатлик ажралиши – соатига 180 - 220 мл; кислотанинг базал ишланиши –соатига 18 - 20 ммоль; ёши улғайган ва кекса одамлар учун улар бирмунча паст - соатига 15 - 20 ммоль. Нормада базал секретия кўрсаткичлари: соатлик ажралиши - соатига 50 - 100 мл; кислотанинг базал ишланиши - соатига 4,5— 5,5 ммоль.

Меъда ярасида секретия кўрсаткичлари нормоцид ёки гипоацид, 12- бармоқли ичак ярасида - гиперацид (соатига 40 - 45 ммольгача), секретиянинг бирмунча юқори кўрсаткичларида (гиперсекреторлар) Золлингер - Эллисон синдроми бўлиши мумкинлиги ҳақида ўйлаш лозим (бундай ҳолларда зардоб гастринини ўрганиш зарур).

Холландер инсулин тестини қўлланишда 10 кг тана оғирлигига 2 ТБ хисобидан венага инсулин юборилади, унда меъда ширасини 2 соат ичида йиғилади (ҳар 15 минутда 8 порция). Тест кондаги канд миқдорини назорат қилган ҳолда ўтказилади. Бу тестни қўлланиш адашган нервнинг меъда секрециясига таъсирини тадқиқ қилиш имконини беради. Бироқ, у Кей тестига қараганда кам маълумот беради, уни ҳозирги вақтда ҳам қўлланилади. Ёши улгайган ва кекса одамларда меъда секрециясини текиришда Кей тести билан чегараланиш лозим.

Радиотелеметрия ва рН-метрия. Биринчи усулда меъдага рН муҳити ўзгаришини қайд қиладиган митти капсула - радиоузатгич ўрнатилади, у маълумотни қабул қилиб қайд этадиган мосламага узатади ва лентага эгри чизик кўринишида ёзилади.

Бернар зонди (1968) билан рН ни интрагастрал аниқлаш усули ҳам бор. Бу усул беморлар учун оғирроқ бўлсада, бироқ рН ни танада ҳам, антрал бўлимда ҳам бирданига аниқлашга имкон беради.

Аспирацион усул билан меъда ширасида рН ни аниқлаш ўртасидаги муҳим фарқ шундаки, биринчи ҳолда НС1 текширилади, иккинчисининг ёрдамида эса рН нинг ҳақиқий қийматлари бевосита меъда деворида унинг турли бўлимларида бир вақтнинг ўзида аниқланади. Бу усуллар бир-бирига рақобатчи эмас, балки бири иккинчисини тўлдиради. Ёши улгайган ва кекса одамларда, шунингдек оғир ётган ва заифлашган беморларда бу усуллардан биттасини қўллаш мумкин.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги патологиясидаги режали ва шошилишч хирургияда текширишнинг рентгенологик усуллари - обзор рентгенография (озод газ борлигини аниқлашда яра тешилганига шубҳа бўлганда ёки яра перфорациясида), пневмогастрографияга (шубҳали ҳолларда меъдага 2—3 л газ инсуфляция қилиниб такрор рентгенографияда) катта аҳамият берилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакни контраст рентгенологик текшириш наҳорда ўтказилади. Бунда барий сульфат қабул қилишдан олдин меъдада эвакуация ёки гиперсекреция бузилишлари содир бўлганидан далолат берадиган талай миқдордаги суякликни аниқлаш мумкин, уни зонд билан чиқариш керак. Озроқ миқдордаги барий аралашмаси қабул қилингандан сўнг шиллик парда рельефи аниқланади, сўнгра “тиғиз” тўлдиришда шакли, жойлашиши, катта-кичиклиги, контурлари, сўрилувчанлиги, бўшалишнинг бориши ва бошланиш муддатлари, патологик ўзгаришлар (тўлиш нуқсонлари, «токча» симптоми), газ пуфаги ҳолати, унинг деформацияси, оғриқ нуқталари аниқланади. Динамик, флюорографик, кинематографик текширув электрон-оптик ўзгартиргичдан фойдаланиб олиб борилганда меъда моторикасини, унинг турли бўлимларини ва эвакуация муддатларини қайд қилиш мумкин.

Қатор ҳолларда икки ва уч марта контрастлашдан фойдаланилади. Икки марта контрастлаш иккита вариантда қўлланилиши мумкин:

- 1) меъдага контраст аралашма ва газ киритиш;
- 2) меъдага газ киритиш ва пневмоперитонеум ҳолатида билан томография ўтказиш.

Уч марта контрастлаш - бу меъдага газ киритиш, пневмоперитонеум ва контраст аралашма ичиришдан иборат.

Дуоденография 12-бармоқли ичак ҳолатини батафсил ўрганиш учун (асосан панкреатобилиар соҳаси ҳолатини ва жараёнини ўрганиш учун) ўтказилади.

Гастродуоденофиброскопия — меъда ва 12-бармоқли ичак томонидан патологияни аниқлашнинг энг кўп маълумот берадиган усули бўлиб, фибротолали оптика ёрдамида ўтказилади. Эрталаб наҳорда бажарилади, бироқ шошилишч ҳолларда зарурат бўлганда сутканинг ҳар қандай вақтида меъда бўшалишидан сўнг ўтказилиши ҳам мумкин.

Текширишнинг бу замонавий турлари ёрдамида шиллик пардада бўлган ҳар қандай арзимаган ўзгаришлар: эрозия, йиртилиш, яра, бошланғич босқичдаги ўсмалар аниқланади, биопсия қилиш имконияти борлиги хавфли ўсмалар ва меъда ярасини дифференциал диагностика қилишда бу усулнинг ниҳоятда қимматли эканлигини кўрсатади. Бу усул операция қилинган меъда шиллик пардаси, чоклар, ингичка ичак ҳолати тўғрисида етарлича аниқ тасаввур беради. Бу усул меъдада кам шикастлайдиган альтернатив операциялар қилишга, операциядан кейинги эрта

даврда даво тадбирлари (қон кетишини тўхтатиш, тўсиқ, соҳасига зондлар киритиш ва бошқалар) ўтказишга имкон беради.

Лапароскопия шубҳали ҳолларда яра перфорациясини қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари патологиясидан дифференциация қилади, хавфли жараённинг тарқалганлигини аниқлаб беради, биопсия олишга имкон беради.

МЕЪДА ВА 12- БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИ

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшлиқда унинг дуоденал формаси, кексалиқда меъда яраси учрайди. Эрак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улғайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан яра касаллиги 2 - ўринни эгаллайди (юрак-томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги этиологияси мураккаб ва ҳал қилинмаган масала ҳисобланади. Ҳозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи: нерв, гуморал ва маҳаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташқи муҳит шароитлари муайян роль уйнайди. Меъда яралари шиллиқ пардага химиявий ва физик омиллар, дори препаратлари таъсиридан, қон айланишининг бузилиши, гипоксия ва бошқалардан пайдо бўлади, бу шиллиқ парда бутунлиги бузилишига олиб келади.

Ульцероген омилларга (М. И. Кузин бўйича, 1986) қуйидагилар: туғма (париетал хужайралар массаси ошиши, нерв системаси реактивлиги хусусиятлари, О/І (қон группаси); стресс ҳолатлар (касбкорга оид ва руҳий зўриқишлар, шикастлар, куйиш, сепсис); кислотали-ишқор мувозанат ҳолатининг бузилиши, антродуоденал дисмоторика; овқатланишнинг нотўғри мароми; сурункали оч қолиш; дори-дармонлар (ацетилсалицилат кислота, индометацин, глюкокортикоидлар); эндокрин безлар таъсирлари (гипокалиемиа, сурункали панкреатит ташқи секретор функциянинг пасайиши билан, Золлингер - Эллисон синдроми; калқонсимон олди беши, гипофиз, буйрак усти беши аденомаси); жигар, буйрак, ўпканинг сурункали касалликлари, қон айланишининг ўткир ва сурункали бузилишлари.

Меъда ва 12-бармоқли ичакда яра дефекти ҳосил бўлишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллиқ парда шикастлари, овқатланиш омиллари ва ташқи муҳит таъсирлари) ва ҳимоя омиллари (шиллиқ парда резистентлиги, ишқорий секреция, антродуоденал кислота «тормози», овқат характери ва бошқалар ўртасидаги динамик мувозанатнинг бузилиши имкон беради.

Яра касаллиги пайдо бўлиш механизмининг мураккаблиги ҳисобига олинадиган бўлса, консерватив даволашнинг ҳам, операция усулини танлашнинг ҳам қийинлиги ўз-ўзидан равшан бўлади.

Патологик анатомияси. Меъда ва 12-бармоқли ичак шиллиқ пардаси ва бирмунча чуқур жойлашган деворларининг дефекти (нуқсон) яра дейилади, унинг ўлчамлари ва чуқурлиги ҳар хил бўлиши - юза ярадан (шиллиқ парда чегарасида), то унинг ҳамма қатламларини қамраб оладиган чуқур (перфоратив ва пенетрация қиладиган) яраларгача, бир неча миллиметрдан, то «гигант» яраларгача (3-5 см ва ундан катта) бўлади. Меъда яралари асосан кичик эгриликда, камроқ - танасида ва катта эгрилигида, 12-бармоқли ичакда - унинг пиёзча қисмида, камроқ - постбульбар қисмида жойлашади. Яра битгандан кейин меъда пиёзча қисми шаклини бузадиган чандиқ қолдиради, баъзан чиқиш қисми торайишига - стенозига олиб келади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги одатда навқирон ва ўрта ёшда бошланади, бироқ 60 дан ошган одамларда пайдо бўлиши ҳам мумкин («кечиккан» яралар). Кечишининг даврийлиги, мавсумий (бахор-кузда) кўзиши, кундузги мароми, тунги оғриқлар ва овқат ейилгандан кейин тинчийдиган оч оғриқлар, жиғилдон қайнашига хос бўлади. Оғриқ мароми ифодаланган: очликда - оғриқ бошланади, овқат ейилганда - енгиллашади, очликда - яна оғриқ бошланади. Бу «уч фазалилик» жараённинг яққол 12- бармоқли ичакда жойлашганидан дарак берадиган асосий диагностик-анамнестик белги ҳисобланади. Оғриқ характери, доимийлиги ўзгарганда, орқа, елка, куракка ўтганда яра пенетрацияси ҳақида ўйлаш лозим.

Одатда жараён кўзиган даврда пайдо бўладиган қусиш беморга бирмунча енгилик беради, у нордон, унда овқат аралашмаси бўлмаслиги мумкин. Қусуқда овқат бўлиши, айниқса қусишдан бир мунча олдин ёки қусиш олдидан овқат ейилган бўлса, бу ҳолда стеноз билан боғлиқ бўлган эвакуация бузилиши тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг умумий ҳолати, одатда, кам ўзгаради ёки умуман ўзгармайди. Беморда озиб кетиш кузатилмайди, бу аксарият беморнинг оғриқни йўқотиш учун овқат еб туришига интилиши билан боғлиқ бўлади. Стеноз пайдо бўлганда ва овқат ўтказувчанликнинг бузилишларида озиб кетиш қайд қилинади, холос.

Дуоденал яра диагностикасида, умумий қабул қилинган текширишлардан ташқари, меъда секрециясини текширишга қатъа аҳамият берилади. Кислоталиликнинг юқорилиги (бу меъданинг бошқа касалликларида ҳам учрасада) базал даврда ҳам, гистамин ва инсулин билан рағбатлантиришдан кейин ҳам 12-бармоқли ичак яраси учун хос.

Рағбатлантирилган кислоталилик кўрсаткичларининг юқорилиги – гиперсекреция (соатига 40 ммолдан юқори) яра тешилиши (перфорация) ёки қон кетиши каби асоратлар бўлиши мумкинлигини кўрсатади, КБИ (кислотанинг базал ишланиши) нинг юқори кўрсаткичлари Золлингер - Элиссон синдроми борлиги мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда қондаги гастрин микдорини текшириш керак.

МЕЪДАНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИ

Меъда ярасининг 3 тури фарқ қилинади (Jonson, 1965):

I тури - меъда кичик эгрилиги яралари - мезиогастрал яралар;

II тури - меъда ва 12-бармоқли ичакнинг кўшма яралари;

III тури - препилорик яралар. Кўпинча (60% ҳолларда) I типга оид яралар ва 20% да II ва III типларга оид яралар учрайди.

Меъда яраларининг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабчиларидан бири меъдадан пассажни бузилиши натижасида рўй берадиган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги етишмовчилик ҳисобланади. 12-бармоқли ичак ичидаги моддалар (лизолецитин, ўт кислоталари) меъда шиллиқ пардаси ҳимоя барьерини бузади, водород ионларининг жадал тесқари диффузияси эса шиллиқ парданинг бевосита жароҳатига, атрофик гастрит бошланишига олиб келади. Микро- ва макроциркуляция бузилишлари, шиллиқ парда остидаги қават чигали бўлмаслиги, кичик эгрилик соҳасидаги шиллиқ парда томирларининг тугалланиш характери меъда ярасининг энг кўп жойлаша-диган жойини изоҳлаб беради. Меъда яраларида хлорид кислота микдорининг паст кўрсаткичлари водород ионларининг тесқари диффузланиши, қоплама ҳужайралар массаси камайиб кетган атрофик гастрит билан тушунтирилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг кўшма яралари бирламчи дуоденал яра, пилоростеноз ва эвакуация бузилишлари натижасида антрал стаз рўй бериши билан боғлиқ, бу антрал бўлимнинг чўзилишига, гастрин ажралиб чиқишига, гиперсекрецияга ва кейинроқ, меъда яраси ҳосил бўлишига олиб келади.

Препилорик яралар (III тури) пайдо бўлишининг патогенетик механизмлари 12-бармоқли ичак яраларининг пайдо бўлишига ўхшашдир.

Меъда яра касаллигининг клиник манзараси кўп жиҳатдан яра жойлашган жойга, дастлабки умумий статусга, ёшга, асоратлар пайдо бўлишига боғлиқ.

Кардиал оғриқлар ханжарсимон ўсиқ соҳасидаги оғриқ билан кечади, у бел соҳасига, чап елкага, юрак соҳасига ўтади, шу сабабли бу оғриқни стенокардиядаги оғриқ деб ўйлайдилар. Оғриқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлади, овқат ейишдан 20-30 минут ўтиши билан пайдо бўлади.

Медиагастрал яралар аксарият 40 дан ошган кишиларда пайдо бўлади. Асосий белгиси - овқат ейилгандан кейин 30-60 минут ўтгандан кейин оғриқ пайдо бўлишидир. Оғриқ пайдо бўлиш муддатининг яранинг жойлашувига бевосита боғлиқлиги қайд қилинади. Оғриқ одатда 1-1,5 соат, яъни овқат меъдадан чиқиб кетгунча давом қилади. Оғриқ характери, пайдо бўлиш муддати, кучи ва давомлилиги овқатга, унинг микдорига, сифатига боғлиқ, кейинчалик эса оғриқ овқат характеридан қатъи назар, ҳар гал овқат ейилгандан кейин пайдо бўлади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллигидан фарқли равишда меъда яраларидаги оғриқлар «икки фазали» бўлади: овқат - оғриқ, тинч шароит - енгиллашув.

Катта эгриликдаги яралар кам учрайди, кўпинча хавфли бўлади, чарвига, йўғон ичакка, талок ва жигарнинг чап бўлагига ўтади.

Пилорус яралари (III тури) клиник жиҳатдан 12-бармоқли ичак яраларига ўхшаш, бироқ малигнизацияланишга мойил (2-3% ҳолларда).

Ёши улғайган ва кекса одамларда яралар атурик, кўпинча асоратлар ривожланиши билан ўтади. 60 ёшдаги беморларда пайдо бўлган яралар «эски», бу ёшдан кейин пайдо бўлган яралар «кечиккан» яралар дейилади. Меъда яралари учун «қарилик» яралари хос, улар ўткир бошла-нади, ясси, йирик бўлади, ярадан қон кетишига мойил бўлади, уларнинг сабаби - атрофик жараён, томир патологияси.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги симптоматикаси кекса кишиларда кам ифодаланган - кучли оғриқ, бўлмайти (диаметри 3 см дан катта «гигант» яралардан ташқари), циклилик, мавсумийлик йўқ, камқонлик, озиб кетиш ифодаланган. 12- бармоқли ичакнинг «кечиккан» ва «эски» яраларида меъда шираси кислоталигининг кўрсаткичлари сақланиб қолган ёки ҳатто юқори рақамларда бўлади.

Ўсмирларда яра касаллиги оғриқ, қусиш, дуоденал яранинг бир ёки бир неча асоратлари ривожланиши: яра тешилиши, пенетрация, стеноз, қон кетиши ҳолатлари кузатилади.

Яра пенетрацияси

Бу перфорациянинг секин кечадиган турларидан бири бўлиб, пенетрациянинг 3 босқичи фарқ қилинади: I-деворнинг ҳамма бўлимлари орқали ўтиши - девор ичи пенетрацияси, II-қўшни аъзо билан фиброз қўшилиб кетиш босқичи; III-пенетрациянинг тугалланиш ва қўшни аъзо - кичик чарви, меъда ости беши, жигар, кўндалангчамбар ичак ёки унинг ичак тутқичи, диафрагма, талокқа кириши.

Пенетрациянинг ўзига хос симптомлари оғриқнинг кучайиши, унинг доимийлиги, бел соҳасига, куракка, бўйинга (пенетрация рўй берган аъзога кўра) тарқалиши, қаттиқ, тунги оғриқлар, консерватив даволашнинг фойдаси йўқлиги ёки кам наф беришидан иборат. Умумий ўт йўлига пенетрация бўлиши эҳтимол, у ўт пуфагига камдан-кам киради. Бу ҳолда билиодигестив оқма яра ҳосил бўлади.

Меъда ости бешига пенетрация орқага ўраб оладиган оғриқ билан ўтади, меъда ости беши бошчасига пенетрация бўлганда сариқлик пайдо бўлиши мумкин, меъда яраси без танасига тешилганда оғриқ, куракка, юракка тарқа-лади.

Ковак аъзога пенетрация оқма ҳосил бўлиши билан тугалланиши мумкин, йўғон ичакка пенетрация бўлганда ахлатда овқат, ахлат аралашган, ахлат ҳиди келадиган қусиш билан ўтади.

Пенетрацияли яраларда, айниқса оқма пайдо бўлганда жарроҳлик амалиётлари қийинчилик билан кечади.

Яра малигнизацияси

Меъда яралари 15-20 фоиз ҳолларда малигнизацияга учрайди. Бу айниқса катта эгриликда ва меъда пилорик бўлими зонасида жойлашган яраларга таалукли. Малигнизацияга аксарият каллёз яралар ва асосан 40 ёшдан ошган одамлардаги яралар учрайди. Меъда яраси диаметри 1,5 см дан катта бўлса, уни хавфли яра сифатида баҳолаш керак.

Меъда ярасининг малигнизациясида беморларда қайд қилинадиган белгилар касаллик бошланган ҳолларда учрайди. Меъда яраси катта эгриликда, пилорик ва кардиал қисмларда, диаметри 1,5 см дан катта бўлса, унинг малигнизацияга учраганлиги мумкинлиги ҳақида уйлаш лозим; меъда шираси кислоталигининг пасайиши, яра анамнезининг давомлилиги; бемор учун одатдаги оғриқ характерининг ҳар қандай ўзгариши; 4-6 ҳафта мобайнида комплекс консерватив даволашнинг наф бермаганлиги ҳам шундан дарак беради.

Эҳтимол малигнизация диагностикаси унга шубҳа туғдирган дастлабки белгилардаёқ ўтказилади (меъда яраси бўлган беморлар ҳар 3-6 ойда мунтазам текширилиб туришлари лозим). Рентгенологик белгилар одамда кеч пайдо бўлади (тўлиш нуқсони, четлари ўйиклиги, инфилтрация ва бошқалар). Асосий текшириш усули гастрофиброскопия қилиб, яранинг бир неча

соҳасидан биопсия олиш ҳисобланади. Манфий гистологик жавоб малигнизация йўқ, деган маънони билдирмайди, чунки биопсия зонасига малигнизация бўлган қисм тушмай қолиши мумкин. Ҳар қандай шубҳалар бўлганда такрорий текширув ўтказилиши лозим. Айни вақтда малигнизацияга шубҳа бўлганда беморни операция қилиш керак. Меъда резекцияси асосий операция тури ҳисобланади. Бунда гастроэнтеро - ёки бўйича гастродуоденоанастомоз қўлланилади. Унинг сабаби меъданинг секрет чиқарадиган қисмини олиб ташлаш ва пилорик қисм механизмини тугатиш, шунингдек дуоденал пассажни йўқотиш бўлиши мумкин.

Пилородуоденал стеноз

Унинг сабаби кўпинча 12-бармоқли ичак ёки пилорик бўлими, ёки пилорик каналидаги ярада периульцероз инфильтрат, шиш, спазм ва чандиқданиш бўлишидир. Ярали анамнез одатда давомлиги, бироқ, ёши улғайган ва кекса одамларда касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1-3 ой ичида стеноз ривожланган ҳоллар маълум.

Эвакуациянинг бузилиш даражасига кўра стенознинг 3 асосий босқичи фарқ қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз ўтади: овқатнинг торайган участка орқали қийинлик билан ўтиши меъданинг кучайган перистальтикаси билан қопланади, яъни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касал-лигининг одатдаги симптомлари фониде меъданинг тўлиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса кўп овқат ейилгандан кейин оғирлик пайдо бўлади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон ҳидли қайт қилиш энгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда ўлчами нормал, бироқ гипермоторика, барийнинг ўртача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада тўлиқлик ҳисси палағса бўлган тухум ҳиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиксимон оғрик, қорин қулдираши билан ўтади. Қусиш кўпроқ бўлади, беморлар ўзларини қусишга мажбур этадилар, у энгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ейилган овқат қолдиқлари бўлади. Беморларнинг аҳволи ёмонлашади, ҳолсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Объектив текширишда эпигастрийда «чайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентгенологик наҳорга меъдада суюқлик, унинг перистальтикаси сустлашган, торайган пилородуоденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6-12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат ўтгач меъдада барий бўлмайди.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан ўтади. Меъдада суюқликнинг туриб қолиши меъданинг чўзилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача бадбўй суюқлик тўпланиб қолади, палағса бўлган тухум ҳиди келадиган кекириш пайдо бўлади. Атайин кўзғатилган қусишдан кейин бемор аҳволи вақтинчалик энгиллашади, бироқ тез-тез қайт қилиш, кўп миқдорда суюқлик, хлоридлар, калий ионлари йўқотиш дегидратацияга, қоннинг қуюклашувига, хлоридлар камайишига, алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, улар озиб кетади, тери қопламанинг эластиклиги пасаяди, адинамия бўлади. Қорин деворининг турткисимон чайқалишларида «чайқалиш шовқини», меъдада кўзга кўринадиган қисқариш аниқланади.

Рентгенологик текширувда қабул қилинган контраст аралашмаси пастга тушади ва меъда косача кўринишини олади, бунда меъданинг пастки қутби тароқсимон чизикдан 6-10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюқлик эвакуацияси бўлмайди, меъда перистальтикаси секин ёки бўлмайди, меъдада барий 24 соат ва бундан кўп вақт тутилиб қолади.

Декомпенсация босқичида беморда кескин сувсизланиш, қахексия ривожланиши эҳтимол, буйракдан қон оқими пасаяди, диурез камаёди, нордон маҳсулотлар сийдик билан чиқарилмайди, алкалоз ацидозга ўтади, оғир ҳолларда гастроген тетания ривожланади (талваса, тризм, «акушер кўли»- Труссо симптоми).

Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцияни қунт билан ўтказиш, беморларни реанимацион бўлимга ётқизишни тақозо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция йўли билан даволаш. Операциянинг мақсади бир томондан ўтказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тугатиб юбориш учун шарт-шароитлар яратишдан иборат. Ҳозирги вақтда пилородуоденал зона стенозларини даво-лашнинг кўп сонли усулларида асосан 3 тури кулланилади: 1- радикал операциялар -

декомпенсацияланган стенозда меъданинг 2/3 қисмини резекция қилиш гастродуоденоанастомоз Бильрот- I (расм 1,2,3) ёки гастроэнтеро- анастамоз Бильрот- II усулида бажарилади (12-бармоқли ичак- нинг стенозловчи яраси ва меъда ярасининг қўшилиб келиши; дуоденостаз бўлганда ҳам), икки томонлама ствол ваготомияси билан антрумэктомия (ўша кўрсатмалар бўлганда ва кислоталиликнинг юкори рақамларида); II- паллиатив операциялар-меъдани дренажлашнинг ҳар хил турлари (гастроэнтероанастомоз, гастродуоденоанастомоз, пилоропластика). Бирок операцияларнинг бу турлари алоҳида вариантда жуда оғир ётган, ҳолсизланган ва кекса беморлардагина қўлланилиши мумкин, чунки сақланиб қолган кислота ҳосил қиладиган ва секретор функциялар пептик яралар пайдо бўлишига олиб келади; III-аъзони сақлаб қоладиган операциялар ваготомиянинг турли вариантлари (ствол, селектив, селектив проксимал, ваготомиянинг бошқа ҳар хил вариантлари) билан бирга ўтказиладиган меъдани дренажловчи операциялар

АДАБИЕТЛАР:

- 4 Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик.
2. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: Медицина, 2000.
3. Каримов Ш. И. Хирургик касалликлар. Ўқув адабиети. – Тошкент. «Ибн Сино», 1996 г.

Интернет маълумотлари:

1. www.mediasphera.ru,
2. www.links.spinet.ru,
3. www.medlinks.ru,
4. www.medinform.net,
5. www.medlain.ru.

Мавзу: 8

Корин бушлигини уткир хирургик касалликлари (уткир аппендицит, уткир холецистит, уткир панкреатит, Клиникаси, текширув усуллари. Оператив даволаш тактикаси . Киёсий ташхиси. Операцияга курсатма ва карши курсатмалар.

Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Ахборот, визуал маъруза, биргаликда ўқиш усули ва “Б.Б.Б” жадвали график органайзеридан фойдаланган ҳолда.

Маъруза машғулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уткир аппендицит, уткир холецистит ва уткир панкреатит ҳақида тушунча; 2. этиологияси; 3. Патогенези; 4. Классификацияси; 5. Клиник кечишини; 6. Текшириш усуллари; 7. Дифференциал диагностикаси; 8. Замонавий даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни уткир аппендицит, уткир холецистит ва уткир панкреатит ҳақида тушунчаси билан таништириш. Бу касалликнинг этиологияси, патогенези, классификацияси, клиник кечиши, симптоматикаси тўғрисидаги билимларни чуқурлаштириш ва умумий даволаш усуллари кўллаш билишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: - Уткир аппендицит, уткир холецистит ва уткир панкреатит ҳақида тушунча бериш; - Бу касаллик этиологияси, патогенези билан таништириш; - классификацияси билан таништириш; - Касаллик симптоматикаси ёритиб бериш; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўргатиш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Уткир аппендицит, уткир холецистит ва уткир панкреатит тўғрисида тушунча олади; - Бу касалликлар этиологияси, патогенези билан танишади; - Классификациясини ўрганишади; - Касаллик симптоматикаси ёритиб беришади; - диагностика усуллари тўғри бажаришни, даволаш усуллари тўғри танлашни ўрганишади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, инсерт, блиц-сўров, презентация, аниқ ҳолатларни ечиш, “Б.Б.Б”.
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар, доска, бўр.
Ўқитиш шакли	Индивидуал, фронтал, умумжамоа ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, компьютер билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (1-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Уткир аппендицит, уткир холецистит ва уткир панкреатит этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотида кўрилатилган натижалар маълум қилинади. Мазкур машғулот муоммоли тарзда ўтишни эълон қилади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.

<p>2-босқич. Асосий (70 мин.)</p>	<p>2.1. Талабалар эътиборини режадаги саволлар ва улардаги тушунчаларга қаратади. Блиц-сўров ўткази.</p> <p>2.2. Билимларни янада аниқлаштириш мақсадида Б.Б.Б. жадвалини дафтарга чизишни таклиф этади (1-илова). Доскага чиқаради.</p> <p>2.3 . Муаммоли саволларни ўртага ташлайди ва уларни биргалликда ўқишга чорлайди:</p> <p>1. Уткир аппендицитни асосий симптомлари айтиб беринг..</p> <p>2. Уткир холециститни асосий симптомларини таърифлаб беринг?</p> <p>2. Уткир панкреатитни асосий симптомларини таърифлаб беринг?</p> <p>Бу саволларга жавоб бериш учун аввал чувалчангсимон усимтани, ут пуфаги ва меъда ости безини нормал анатомияси, физиологияси эслатади.</p> <p>2.4. Муаммони ҳал қилиш учун кўйидаги саволларга аниқлик киритади.</p> <p>1. Уткир аппендицитнинг кандай деструктив турларини биласиз?</p> <p>2. Уткир аппендицитнинг кандай атипик локализацияси деганда нимани тушунасиз?</p> <p>3. Уткир холециститни симптомлари кандай аниқланади?</p> <p>4. Уткир панкреатитни паталогоанатомик куриниши кандай?</p> <p>2.5. Уткир аппендицитни, уткир холециститни ва уткир панкреатитларни оператив даволашдан мақсад нима?деган саволни ўртага ташлайди.</p>	<p>2.1. Талабалар жавоб берадилар, дафтарларига чизадилар, жадвалнинг 1 ва 2 устунларини тўлдирадилар.</p> <p>2.2. Муаммога эътиборни қаратадиларва ёзиб оладилар.</p> <p>2.3. Ёзиб оладилар ва ўз билимлари билан солиштирадилар.</p> <p>2.4. Муаммо юзасидан ўз ечимларини таклиф қиладилар. Мунозара қиладилар. Жавоб берадилар.</p> <p>2.5. Оптимал ечимлар юзасидан таклифлар берадилар. Б.Б.Б. жадвалнинг 5-устунини тўлдирадилар.</p>
<p>3-босқич. Якуний (10 мин.)</p>	<p>3.1. Мавзуга хулоса қилади.</p> <p>3.2. Режадаги натижаларга эришишда фаол иштирокчиларни рағбатлантиради.</p> <p>3.3.Мустақил иш учун вазифа беради. “Уткир аппендицит клиник кечиши, уткир холециститни деструктив формалари ва панкреонекроз” мавзусида эссе ёзишни топширади.</p>	<p>Эшитадилар, ўзларини тўғрилайдилар. Ёзиб оладилар.</p>

ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши - ўткир аппендицит жарроҳлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. МДХда йил мобайнида ўткир аппендицит туфайли 1 млн дан ортиқ операциялар қилинади. Юртимизда 1 йил мобайнида 500 мингдан дан

ортиқ бемор бу касаллик бўйича шифохоналарга ётқизилган ва улардан 89% бемор аппендэктомия операциясини бошидан ўтказган.

Операциядан кейинги ўлим даражаси Россиянинг ривожланган клиникаларида 0,2-0,3% ни, бизда эса ўрта ҳисобда 0,2% ни ташкил қилади. Ўлим кўрсаткичининг асосий сабаблари: беморларнинг шифохонага ётқизилишидан олдинги даврдаги қўйилган диагностик хатолар, баъзида шифохонага кеч ётқизиш сабабли йўл қўйилган асоратлардир.

Ўткир аппендицит асосан ёшларда (14-20) ва 30-40 ёшда кўпроқ учрайди - бунда аёллар эркакларга нисбатан 2 марта кўп касалланадилар. Улуғ рус жарроҳларидан бири И.И. Греков: “Чувалчангсимон ўсимта яллиғланиши хамелеонсимон касаллик, у кутган жойда бўлмай кутилмаган ҳолларда кузатилади”, - деб таъриф беради. Аппендэктомия, жарроҳлик амалиётида энг осон бажарилади-ган ва шунинг билан бирга энг мураккаб амалиётларидан бири ҳисобланади.

Анатомик-физиологик маълумотлар

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6-16 см, диаметри эса 5-9 мм бўлган ёпиқ цилиндр шаклига эга бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кичраяди, деворлари склеротик ўзгаришларга учрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимта одатда ўнг ёнбош соҳасида жойлашиб, қорин бўшлиғида пастга ва медиал томонга йўналади, баъзан эса кичик чаноқ соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта кўричакдан медиал ва латерал йўналишда юқорига ҳам кўтарилиши мумкин, баъзан эса ўт пуфагигача етади. Аксарият ҳолларда, чувалчангсимон ўсимта кўричак орқасида ва ҳатто ретроперитонеал жойлашган бўлади. Баъзида, ўсимтани юқорида – жигар остида, ёки пастда – кичик чаноқ бўшлиғида – жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда кўричак париетал қорин парда билан ҳар томонлама ўралган бўлади, лекин баъзи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган бўлиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда бўлади. Баъзида чувалчангсимон ўсимтанинг туғма бўлмаслик ҳоллари ҳам учрайди, лекин бу турдаги ҳодисалар камдан кам ҳолларда бўлади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашиши, 9-25 % ҳолатларда кузатилади. Ретроцекал ўсимта жойлашишининг 3 тури фарқланади: Қорин парда ичида жойлашиши; Қорин девори ичида жойлашиши; Қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта, кўпчилик ҳолларда узун бўлиб, ўзининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқли ичак, умуртқа поғонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик пуфагигача бориши мумкин. Бундай ҳолатларда яллиғланиш жараёни юқоридаги санаб ўтилган аъзоларга ўтиб, ўткир аппендицит ташхисини аниқлашни мушкуллаштиради.

Эмбриогенез жараёнида кўричак эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳасига тушади. Эмбрионал ривожланишдаги нуқсонлар натижасида эмбрионал ичак ва чувалчангсимон ўсимта жигар остида бўлиши мумкин. Чувалчангсимон ўсимтанинг қон билан таъминланиши аппендикуляр артерия (а. appendicula-ris) орқали амалга оширилади, у ўз навбатида ёнбош-чамбар артериядан бошланади. Қон ёнбош-чамбар венага қуйиладиган аппендикуляр вена бўйлаб оқиб кетади.

Чувалчангсимон ўсимта иннервацияси симпатик ва парасимпатик нерв чигаллари томонидан амалга оширилади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ўзида лимфоид тўқима тугган кўп сонли солитар фолликулалар бўлиб, бу тўқима тўсиқ фаолиятини бажаради.

Бугунги кунгача, чувалчангсимон ўсимтанинг функционал хусусиятлари охиригача тўлиқ ўрганилмаган. Бу рудиментар, ҳеч қандай вазифани бажармайдиган аъзо, деган баъзи олимларни тушунчаси ҳозирги кунда асоссиз ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимта фаолияти:

- Шиллик қаватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.
- Таркибида кўп миқдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, химоя вази-фасини бажаради.
- Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувал-чангсимон ўсимта ҳолати рефлектор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда куйидаги ҳулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмда маълум вазифани бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Этиологияси ва патогенези.

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғла-ниши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзгатувчиси бўлиб одатда стафилококклар, ичак таёқчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Ўткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекцион, кортико-висцерал, аллергик, нейроген ва қон томир назариялари. Қатор ҳолларда организмда бошқа локализацияли яллиғланиш ўчоқлари мавжуд ҳолда, чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши пайдо бўлади, бу ҳол унинг лимфоид тўқимага бойлиги билан боғлиқ бўлади. Ўткир аппендицитнинг ривожланишида кўпроқ овқат ейиш, овқатлар таркибида ичак атониясига ва бижғиш жароёнларига таъсир кўрсатувчи оқсилли маҳсулотларнинг устунлик қилиши маълум аҳамиятга эга бўлади.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, ёш улғайганда ва кексаларда ўткир аппендицитга кўпроқ а. appendicularis тромбози сабаб бўлади. Гўдаклик ёшида эса, ўткир аппендицит гижжа инвазияси (острицалар) сабабли вужудга келиши эҳтимоли бор.

Замонавий тушунчаларга кўра, чувалчангсимон ўсимта соҳасидаги патологик жараён силлик мушаклар ва қон томирлар спазми ҳодисаларидан бошланиб, шиллик парда озиқланишининг локал бузилишига ва яллиғланишга олиб келади. Айни вақтда, чувалчангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу эса микрофлорани чувалчангсимон ўсимта бўшлиғига осонликча киришини таъминлайди. Шу вақтдан бошлаб йиринглаш жараёни бошланади.

Классификацияси. Мураккаб ва турлича клиник ва патологоанатомик кўринишга эга бўлган касалликни маълум бир тизимга солиш анчагина мушкул ҳисобланади. Шунинг учун турли хил классификациялар таклиф этилган бўлиб, ҳозирги кунда қўлланиладиган классификациялар ичида В.И. Колесов таклиф этган классификация бюирмунча қулай ҳисобланади. Қуйида шу турлашни келтирамыз:

1. Аппендикуляр санчик (колика).
2. Оддий (юзаки, катарал) аппендицит.
3. Деструктив аппендицит: а) флегмоноз; б) гангреноз; в) гангреноз-перфоратив;
4. Асоратланган аппендицит: а) аппендикуляр инфилтрат; б) аппендикуляр абсцесс; в) тарқалган йирингли перитонит; г) пилефлебит (ичак тутқич веналари септик тромбофлебети); д) сепсис.

Клиник манзараси ва диагностикаси.

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради, бу ҳол касалликнинг туригагина эмас, балки чувалчангси-мон ўсимтанинг жойланиш хусусиятларига ҳам боғлиқ бўлади.

Одатдаги ҳолларда, касаллик ўнг ёнбош соҳасидаги ўртача оғрик билан бошланади, бу оғрик секин-аста кучая боради. Оғриқлар бутун қорин бўйлаб ёки киндик атрофида бошланиб, кейин ўнг ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда оғрик эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғрик доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғрик унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғрик, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиғи клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Кўпчилик беморларда, оғрик ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёққа узатилади. Оғрик кўнгил айниши ёки 1 - 2 марта қайт қилиш, тана ҳароратининг 38-39°С гача кўтарилиши билан ўтади.

Бемор қайт қилганида, баъзи хирургик касалликларидеги каби қусгандан сўнг енгиллик сезмайди ва бу белги ўткир аппендицитга хос бўлган белгилардан ҳисобланади.

Қоринни пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида мушакларнинг таранглашиши ёки ригидлиги ва оғриқ белгиси аниқланади. Пайпаслашни соғ тараф - чап ёнбош соҳасидан бошлаб, аста-секин ўнг ёнбошга ўтиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Қоринни умумий текширувидан сўнг махсус текширувга ўтилади, ўткир аппендицит учун хос бўлган белгиларни аниқлаш лозим бўлади. Бугунги кунда, ўткир аппендицитда учраши мумкин бўлган 100 дан ортиқ белгиларга таъриф берилган. Бирок, уларнинг қуйидаги еттитасини аниқлаш, кўпинча тўлиқ ташхис қўйиш учун етарли ҳисобланади:

Шчеткин – Блюмберг белгиси; Воскресенский (“кўйлак сирпаниши”) белгиси; Образцов белгиси; Ситковский белгиси; Бартомье-Михельсон белгиси; Ровзинг белгиси; Иванов белгиси.

Ўткир аппендицитнинг деструктив турларида мушаклар таранглашуви-дан ташқари қорин пардасининг таъсирланиш симптоми, Шчеткин-Блюмберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

Кўйлак сирпаниши белгиси фақат ўткир аппендицит учун хос бўлган белги ҳисобланади. Бу белги 1940 йил, В.М. Воскресенский томонидан таклиф этилган. Бемор кўйлаги билан қорин девори ёпилади, сўнг ўнг қўл бармоқлари учи билан ўнг ёнбош соҳасидан чапга юзаки ва кескин ўтказилса, оғриқ кучаяди (Воскресенский симптоми, “кўйлак сирпаниши”).

Ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушаклари-нинг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суягининг олдинги юқори ўсимтаси орасидаги масофа кичрайиши кузатилади. Бу белги, Иванов белгиси дейилади.

Образцов белгиси – бемор юқорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида энг оғриқли нуқта топилади. Шу соҳада қўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёғини, бумаган ҳолатда 90° га кўтариш илтимос қилинади. Бунда, оғриқнинг кучайиши кузатилади. Оёқ туширилганда оғриқ камаяди. Айниқса, чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади, бундай ҳолат Ситковский белгисига хос. Қуйидаги белги, кўричак ва чувалчангсимон ўсимта тутқичини чўзилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайишига асосланган.

Бартомье-Михельсон белгиси. Кўпчилик беморларда, чап ёнбош соҳасида ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасини пальпация қилганда оғриқларнинг кучайиши кузатилади.

Ровзинг белгиси - чап ёнбош соҳасини бир қўл билан босиб туриб, иккинчи қўл билан енгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳаракат қилинганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ (йўғон ичак ичидаги газ ҳаракати натижасида) пайдо бўлиши, бу белгининг мусбатлигидан дарак беради.

Ўткир аппендицит касаллиги бўлган беморни физикал текширишда ректал ва вагинал текширишнинг катта аҳамияти бор, бунда аксарият тўғри ичак-бачадон чуқурчаси (Дуглас кенглиги) соҳасида оғриқ аниқланиб, бу яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанинг яқин жойлашганидан ёки у ерда эксудат йиғилгандан далолат беради. Бу текширув усуллари қуйидаги ҳолатлардан дарак беради:

- чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашувини аниқлаш учун;
- кичик чанок инфилтратларини аниқлаш учун;
- ўткир аппендицитни, аёллар жинсий аъзолари патологиясидан дифференциал диагностика қилиш учун.

Ўткир аппендицит диагностикасида сийдик ва қон таҳлиллари муҳим ҳисобланади. Диагноз қўйишда қон таркиби лаборатория текшируви – юқори лейкоцитоз: 10×10^9 – 18×10^9 л (10 000 – 18 000) гача ортиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, ЭЧТ нинг ошиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади ва ташхис қўйишда ёрдам бериши мумкин. Касалликнинг айниқса деструктив турларида ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар индекси) ошишига аҳамият берилади.

Баъзан эса (ареактив ҳолатларда), ўткир аппендицитнинг деструктив турларида ҳам лаборатор таҳлилларда ўзгаришлар минимал бўлиши мумкин. Шунинг учун, ташхис кўйишда ва амалиётга кўрсатма бўлиб, фақатгина қон ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар асос бўла олмайди.

Дифференциал диагностика. Ўткир аппендицит касаллигининг дифференциал диагностикасида барча касалликларни 5 гуруҳга бўлинади:

1. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан: меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг баъзи турлари, ўткир панкреатит, ўткир энтерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ичак тугилиши, ўткир токсоинфекциялар, тифопаратифоз инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

2. Кичик чанок бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллиғланишлари ва асорат-лари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жинсий аъзоларининг хавфсиз ва хавfli ўсмалари ва бошқалар.

3. Қорин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликлари билан – буйрак санчиғи, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

4. Плевра бўшлиғи аъзолари касалликлари билан – ўнг томонлама эксудатив плеврит ва пневмониянинг баъзи турлари, ўпка туберкулези ва бошқалар.

5. Юрак ва қон томир касалликлари билан – юрак миокарди инфаркти-нинг абдоминал тури ва бошқалар.

Ўткир аппендицитнинг атипик кечиши.

Яллиғланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейинчалик ўнг чов соҳасига ва сон соҳасига иррадиация қилади (беради). Ўсимтанинг кўричак орқасида жойлашганлиги ҳисобига беморларда мушак тарангланиши белгиси, ҳатто гангреноз ўсимтада ҳам умуман намоён бўлмайди. Пти учбурчагида оғриқ қайд қилинади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлиши мумкин. Яллиғланиш жараёнига қорин орқасидаги клетчатканинг тортилиши оқибатида сийдикда кўпинча эритроцитлар топилади ва дизурик ҳодисалар билан ўтиши мумкин. Ўнг оёқнинг букилган контрактураси каби белгилар билан ўтади ва оёқ ёзилганда Пти учбурчаги соҳасида оғриқ қайд қилинади (Коуп симптоми).

Чувалчангсимон ўсимта чанокда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ унчалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ҳодисалар билан ўтади. Аксарият ҳолларда, ич кетиш, тенезмлар кузатилади, мушакларнинг химоя тарангланиши ҳам баъзан ифодаланган бўлади. Чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида оғриқ ва инфилтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади.

Чақалоклар ҳаётининг биринчи йилларида ўткир аппендицит касаллиги камдан кам ҳолларда учрайди ва унинг юзага келишида қуйидаги факторлар сабаб бўлади:

- Кўричак ва чувалчангсимон ўсимта шаклининг конуссимон бўлиши ва унинг таркибидаги моддалар эвакуациясини тезлашиши;
- Ўсимта лимфоид аппаратининг яхши ривожланмаганлиги;
- Овқатланиш хусусиятларига кўра (одатда бу ёшда болалар дағал озуқа истеъмол қилмайди).

Бироқ, ўткир аппендицит касаллиги ёш болаларнинг барча ёшида кузатилиши мумкин. Болалик ёшида ўткир аппендицит касаллигининг кечиши, улар чувалчангсимон ўсимтасида деструктив жароёнларнинг тез ва шиддат билан ривожланишидан кўпинча перитонит асорати келиб чиқади. Клиник манзарасида эса, асосан қуйидаги симптомлар: ўқтин-ўқтин оғриқ бўлиши, кўп марта қайт қилиш, ич кетиш устунлик қилади. Тана ҳарорати кўпинча юқори (39-40°C) даражаларга кўтарилди ва оғир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинча шиддат билан кечади, баъзан эса ўткир захарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади.

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг ҳажми кичраяди, лимфоид аппаратининг хусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча суст ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни қориндаги оғриқ камроқ безовта қилади, мушакларнинг химоя таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиққади ёки умуман бўлмайди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар миқдори оз даражада ошган, лейкоци-тар формуланинг чапга сурилиши ҳам кам сезиларли даражада қайд этилади.

Демак, ёши улуг ва кекса беморларда ўткир аппендицит анчагина фарқ билан ўтади ва чувалчангсимон ўсимта томирларининг склерози натижасида, унинг деструкцияси бирмунча тезроқ ривожланади. Беморлар кўпинча клиникага кечиккан муддатларда, асоратлар ривожланиб бўлгандан кейингина келтири-ладилар.

Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кечуви ҳомиладорликнинг биринчи ярми мобайнида одатдаги (типик) кечувдан деярли фарқ қилмайди. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида эса, хомиласи бор бачадоннинг катталашгани, юқори ва ён тарафланга кенгайганлиги ҳисобига, умуман қорин бўшлиғи аъзоларининг, жумладан кўричак ва чувалчангсимон ўсимтанинг юқорига сурилиши кузатилади ва шу сабабли касалликнинг клиник кечиши анчайин ўзгаради. Оғриқлар ўнг ёнбош соҳасидан юқорироқда жойлашган бўлиши мумкин. Бачадон катталашганлиги сабабли Ситковский, Бартомье-Михельсон, Ровзинг симптомлари яхши аниқланмаслиги ёки манфий бўлиши мумкин. Аксарият ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги тез ва шиддат билан ривожланиб, одатдагидан илгарироқ асоратларга олиб келиши мумкин. Шу сабабли, ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги белгилари қайд этилганда, барвақтроқ жарроҳлик амалиётини ўтказиш зарур бўлади. Албатта, бу беморлар амалиёт жароёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, хомирани сақлаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

Даволаш.

Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси ошиғич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфилтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриқсизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйича инфилтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

Ўткир аппендицитда яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш операцияси учун қулай кесма, кўпчилик жарроҳлар томонидан тан олинган Мак-Бурней ёки Дьяконов-Волкович кесмаси ҳисобланади. Бу кесма, ўнг ёнбош соҳасида киндик ва ёнбош суягининг ташқи юза ўсимтаси орасидаги ўтказилган чизик 3 қисмга бўлиниб, унинг пастки 1/3 қисмига перпендикуляр, икки томони баравар кесма қилинади. Қорин бўшлиғи очилгач, кўричак гумбази чувалчангсимон ўсимта билан бирга жароҳат соқасига чиқарилади. Яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанининг чарвиси (таркибидаги ўсимта артерияси билан) қирқилади ва чок қўйиб боғланади. Чувалчангсимон ўсимта асосидан боғланиб, қирқилади. Унинг чўлтоғига эса кесет ва Z-симон чоклар қўйиш орқали тубига чўктирилади. Гемостазга синчиклаб текширилгач, жароҳатга қаватма-қават чоклар қўйилади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган йирингли перитонит асорати юзага келганда, уни даволашнинг умумий қоидалари бўйича тактика қўлланилади: аввало перитонит манбаи бартараф этилади (аппендэктомия), кейин қорин бўшлиғи яхшилаб тозаланади (санация) ва антисептик эритмалар билан ювилади (лаваж) ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғини мунтазам ювиш имкониятини берувчи усул бўйича дренажлар қўйилади. Шу жумладан, ичак парезини олдини олиш мақсадида ингичка ичак тутқичининг блокадаси (новокаиин юбориш) ва ичак декомпрессияси ўтказиш учун ингичка ичакни трансанал интубация қилиш қўлланилади.

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррекция қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ичак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйича энтерал зонд орқали билан озучалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлиқ тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Ҳозирги кун жарроҳлик амалиётига, янги технологиялар: тежамкор ва кам инвазив усул камда услублар шиддат билан кириб келмоқда, уларга алоҳида аҳамият берилмоқда. Жарроҳлик амалиётида уларни қўллаш, нафақат операциялар жароёнида юзага келадиган жароҳат даражасини камайтиришга, бу билан бирга унинг самарадорлигини оширишга ва асоратлар сонини кескин камайтиришга олиб келади. Шунинг учун, ушбу касалликда, бугунги кунда тобора кенг қўлланилаётган усул – лапароскопик аппендэктомияга тўхталиб ўтамиз .

Лапароскопик аппендэктомияни бажариш учун, киндик ва унинг атрофини пункция қилиб, қорин бўшлиғига CO₂ гази юборин орқали пневмоперитонеум вужудга келтирилади. Махсус троакарлар орқали қорин бўшлиғига мужазгина видеокамера ва эндохирургик асбоблар киритилиб, чувалчангсимон ўсимта олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

Ўткир холецистит. Ўт пуфагининг ўткир яллиғланиши калькулез холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан биридир. Ўт пуфаги деворида ўткир яллиғланиш жараёни пайдо бўлишининг асосий сабаблари: пуфак бўшлиғида микрофлора бўлиши ва ўт суюқлиги оқиб кетишининг бузилиши ҳисобланади. Ўткир холециститнинг клиник формалари: катарал, флегмонали, гангренали (ўт пуфаги тешиладиган ва тешилмайдиган).

Тана харорати субфебрилгача кўтарилади. Минутига 100 мартагача ўртача тахикардия, қорин нафас олиш актида катнашади, қорин девори ўнг ярмининг нафас олиш актида бир оз орқада қолиши қайд қилинади, қоринни пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, Айникса ўт пуфаги проекцияси соҳасида кескин оғриқ пайдо бўлади. қорин девори мушаклари таранглашган ёки бу унчалик юзага чиқмаган, Ортнер - Греков, Мюсси - Георгиевский симптомлари мусбат. Баъзан катталашган, ўрта даражада оғриб турадиган ўт пуфагини пайпаслаб кўрса бўлади. Таҳлилларда лейкоцитоз уртача: 10000-12000.

Флегмонали холециститнинг клиник симптоматикаси бирмунча ифодаланган бўлади. Оғриқ, касалликнинг катарал формасига қараганда кучлироқ. Оғриқ нафас олишда, йўталишда, гавда вазиятини ўзгартиришда кучаяди. Кўпинча кўнгил айнийди, бемор кўп марта қайт қилади, умумий аҳволи ёмонлашади, гавда харорати субфебрилгача етади, тахикардия минутига 100-120 гача ошади. Ичаклар парези ҳисобига қорин бирмунча кепчиган, ичак шовқинлари сустлашган. Пайпаслаб кўрилганда қориннинг ўнг қовурғалар остида кескин оғриқ пайдо бўлади, инфильтрат ёки катталашган ва оғрийдиган ўт пуфагини аниқлаш мумкин. Ўнг юқори квадратиди Щеткин-Блумберг симптоми мусбат. Ортнер - Греков, Мюсси - Георгиевский симптомлари мусбат. Таҳлилларда лейкоцитоз 20000- 22000 гача, лейкоцитар формуласи чапга сурилган. Морфологик текширганда пуфак ўлчами катталашган, унинг девори қалинлашган, тўқ, қизил-кўкимтир рангда, уни қоплаб турган қорин пардаси фибринли парда, бўшлиғида йирингли экссудат бўлади. Гангренали холецистит клиник жихатдан жадал кечади, одатда флегмонали босқичдаги яллиғланишнинг давоми ҳисобланади, бунда организмнинг ҳимоя кучлари вирулент микроб флораси билан кураша олмайди. Интоксикация симптомлари билан маҳаллий ёки тарқалган йирингли перитонит ходисалари биринчи ўринни эгаллайди. Яллиғланишнинг гангренали формаси туқималарнинг регенератив хусусиятлари пасайиб кетган, организмнинг реактивлиги пасайган ёши катта ва кекса ёшдаги одамларда кўпроқ кузатилади. Пуфак ёрилганда тарқалган перитонит симптомлари тез ривожланади. Беморларнинг аҳволи оғир бўлади, улар бўшашган, кам ҳаракат, тили қуруқ, қорни ичак парези ҳисобига кепчиган, унинг ўнг бўлимлари нафас актида катнашмайди, ичак перистальтикаси кескин пасайиб кетган, қорин пардасининг олдинги девори ушлаб кўрилганда таранглашади, қорин пардасининг кўзгалиш симптомлари бор. Лаборатория анализларида: юқори лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга кескин силжигани, СОЭ ошиши, қон электролит таркиби ва кислота-ишкор ҳолатининг бузилиши, протеинурия, цилиндрурия бузилиши аниқланади. Агар ўтдаги микроб флорасининг вирулентлиги кам бўлса ва ўт пуфаги

бўйни ёки пуфак йўли окклюзияси Сақланиб қолган бўлса, ўт пуфаги истисқоси ўткир холецистит хуружи тугагандан кейин ривожланади.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беши йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян аҳамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво замида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узоқ давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллари яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган микдорда берилиб, фақат ишқорий суяқликлар ичишга руҳсат этилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1к2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш замида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилиш хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Ўткир панкреатит куп учрайдиган касалликлар қаторига киради. Қорин бушлиги хасталикларининг 5-10% ташкил қилади. Жаҳондаги махсус клиникаларнинг курсатгичларига караганда (10-15%) улим ҳолатлари куп учрайди, хар 4 та касалдан биттасида нейротик панкреатит ривожланади. Ушбу ҳолатларнинг асосий сабаблари кеч ёки хато диагностика: беморнинг умумий аҳолини тугри баҳоламаслик, консерватив ва хирургик чора тадбирларини тугри танлай олмаслигидадир.

Ўткир панкреатит буйича (1992 й) утказилган халқаро сempoзиум ва бутун Россия хирургларининг IX съезди экспертларини (2000 й) фикрича, ЎП - ошқозон ости безининг яллиғланиши булиб, унинг асосида аутоферментатив нейробиоз процесси, некроз ва эндоген инфекциянинг атроф туқималардан, қорин парда орқа соҳасига утиши; қорин бушлиги ва қорин парда орқа аъзолар системасида жойлашиши.

АНАТОМИЯ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ.

Меъда ости беши қорин парда орқа соҳаси аъзоси ҳисобланиб 1-2 бел умурткалари сатҳида қундаланг жойлашган булиб, умурткадан унг томонда бош ва

бироз тана кисми, тананинг колган кисми ва дум кисми чап томонда булади. Без улчами 16,0X 4,0X2,5см булиб, огирлиги 60-70гр булади.

Меъда ости беги бошчаси 12 бармокли ичакнинг орасига кириб, дум кисми эса талок дарвозасигача етиб боради. Меъда ости беги truncus coeliacus тармоклари булмиш бошчаси а pancreaticoduodenalis дан, танаси ва дум кисми а. lienalis дан ко билан таъминланиб, вена конини копко вена сестимасига олиб боради.

Меъда ости безининг ташки секрецияси фаолиятида, 24 соат мобайнида 1200-2200 мл панкреатик шира ишлаб чикаради. Меъда ости безида куйидаги фермендлар ишлаб чиқарилади:

- оксилларни парчалайдиган протеазалар (трипсиноген, пептидаза, коллагеназа, ребодезоксирибонуклеаза)

- 2турдаги актив амилаза (альфа, бетта).

Улар углеводлар ва липазани парчалайди, ёгларни ёг кислоталари ва глицерингача парчалайди. Меъда ости безининг ички секретор фаолияти Лангерганс оролчалари ишлаб чиқарадиган гормонлар хисобига руёбга чиқади. Бунда гипогликемик гормон- инсулин ишлаб чиқарадиган В-хужайралар катта ахамиятга эга булади (инсулин етишмаслиги кандли диабет ривожланишига олиб келади). Бундан ташқари, меъда ости беги яна 2 турдаги гормон ишлаб чиқаради:

- жигарда ёг алмашинувига таъсир киладиган-липокаин.
- 12 бармокли ичакда активланадиган, гипотоник таъсири булган-каликреин (падутин).

Этиологияси.

Уткир панкреатит – полиэтиологик касаллик. Статистик маълумотларга асосан, 75-80% беморларда касаллик сабаби аниқланар экан. Ушбу касалликни 140 та сабаблари маълум. Энг куп учрайдиганлари, куйидаги таблицада келтирилган.

Уткир панкреатит этиологик факторлари.

Этиологик фактор	Таъсиф
I.Биллиар йуллари патологияси	1.холедохолитиаз 2. папиллит, дивертикул ёки катта дуоденал сургичнинг стенози 3. ут йуллари тугма аномалияси.
II. Токсик холат	1. алкоголь 2. фосфор органик моддалар. 3. тетрабор кислотаси тузлари
III. Травма	1. абдоминал 2. операциядан кейин, эндобиллиар ёнда- шишлардан сунг.
IV. Ошқозон ичак йуллари касалликлари	1. 12 бармок ичак яраси пенетрацияси 2. ошқозон ости беги усмалари. 3. дуоденал утказмаслик.
V. Метаболизм бузилишлари	1. гиперлипидемия 2. кандли диабет 3. гиперкалциемия 4. гиперпаратиреоз.

Панкреатит ривожланиши сабаблари ичида бир-бирига боглик 3 гурух шикастланиш факторлари мавжуд:

- 1) механик (ошқозон ости беги йулидан без суюклиги утиши бузилиши)
- 2) нейро-гуморал (турли сабабли жигар,ошқозон ости безининг ментаболик функциясининг ва иннервациясининг бузилиши)
- 3) токсик (захарли экзо- ва эндоген метаболитларнинг мавжудлиги)

Уткир панкреатит ривожланишида асосий этиологик факторлардан ут йуллари касалликлари 45% ташкил этади.

Панкреатобилиар системанинг анатомик ва функционал жихатдан бирлиги ут тош касаллиги, холедохолитиаз, катта дуоденал сургичнинг стриктураси, спазми ёки яллигланишларида, ут йулларининг усмалар билан босилишида, турли табиатли ут йуллари дискинезиялари уткир панкреатитнинг келиб чиқишини таъминлайди. Бу ҳолда «биллиар» панкреатит ривожланади, унинг патогенезида куйидаги асосий факторлар катнашади: панкреатит суюкликнинг жигардан ташқари ут йуллари ва ошқозон ости беши йулларида окишининг бузилиши: биллиар- панкреатик ёки дуоденал – панкреатик рефлюкснинг пайдо бўлиши: йуллар ичи гипертензиясининг ривожланиши.

Иккинчи уринда (35%) уткир панкреатит ривожига олиб келувчи сабаблар: сурункали алкоғолизм, алкоғолли процесс ёки алкоғол суррогатларини истеъмол қилиш. Бу факторлар панкреатик ва ут йуллари дренаж функциясининг бузилишига олиб келади, чунки алкоғол билан стимулланган секреция панкреатик секретнинг ёпишқоклигини оширади ва йуллар ичида босим ошади. Ошқозон ости безининг токсик шикастланишлари, панкреатик ферментлари синтези ва жигарнинг метаболлик функцияси бузилиши алкоғолизм билан боғланади.

Кориннинг тумтоқ травмалари, хирургик аралашувлар, эндоскопик ретроград панкреатохолангеография, папиллотомия, ут йуллари стректурасини протезлаш ва кенгайтиришлар натижасида ошқозон ости безини шикастланиши уткир панкреатит ривожланишининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Куп кузатувларнинг курсатишича гепатопанкреатодуоденал зоналардаги операциялардан кейинги панкреатитлар жуда оғир кечади. Асосий патогенетик механизм бу шароитда йуллар тугридан – тугри шикастланиши ёки улардаги гипертензия билан яқунланади.

12 бармоқ ичакнинг касалликларидан 12 бармоқ ичак яра касаллиги (яранинг ошқозон ости беши бошига пенетрацияси), дуоденостаз, дуоденал дивертикуллар ошқозон ости безининг яллигланишига олиб келади. Бу сабаблар 12 бармоқ ичакда эвакуациянинг бузилиши, бушлик ичи босимининг ошиши сфинктер аппарати дискинезияси, дуоденал панкреатик рефлюкс ва йуллар ичи гипертензиясига олиб келади.

Системали метаболлизм, нейро- гуморал ва висцерал алокалар бузилиши билан боғлиқ, уткир панкреатит ривожланиши: гиперлепидемия, кандли диабет, вирусли гепатит, СПИД, турли этиологияли васкулитлар, жигар касалликлари, калконолди беши касалликлари, шокнинг турли хиллари:

Химиявий бирикмалардан, уткир панкреатитнинг сабабларига доривор препаратлар қиради-омнопон, фуросемид, индометацин, ранитедин, салицелат антибактериал препаратлар гуруҳларидан: эритромицин, метронидазол, тетрациклин.

Панкреатит патоморфологияси.

Уткир панкреатит патоморфологияси асосида бир – бирига утувчи яллигланиш, некробиоз, некроз ва инфекцияланиш жараёнлари мавжуд. Купинча ошқозон ости беши алохида қисмларининг комбинацияланган шикастлари учрайди. Морфогенез вариантлари ошқозон ости беши учокли некрози ва интерстициал шишдан, то ёғли ва гемморагик панкрео- некрозигача боради. Бу жараён корин парда орқа клетчаткаси (парапанкреал, параколон, паранефрал, кичик чанок) ва корин бушлигигача боради.

Усиб борувчи уткир панкреатитда касалликнинг инфекциян фазасигача яллигланиш ва некротик узгаришлар ошқозон ости беши, корин парда орти клетчаткасининг турли қисмларида, корин пардада (ферментатив перитонит), катта ва кичик чарвида (оментит), чарви халтасида (оментобурсит), ут пуфагида (ферментатив холецистит) аниқланади. Ацинар секретнинг қайси ферменти куп ишлаб чиқаришига қараб ошқозон ости беши туқимасининг протеолизи (“хул”коллеквацион ёки геморрагик некроз) ёки ликолизм (“курук” коагуляциян ёки ёғли некроз) баъзан бирдан ошқозон ости беши ва корин парда орти клетчаткасининг қушма некрози.

Шишли (интерстициал) панкреатит.

Морфологик ва гистологик жихатдан ошкозон ости безида уртача шиш ва каттиккланиш ҳамда кичик учокли ёгли некроз билан характерланади. Органнинг булакчалари сақланади, корин бушлигида геморрогик кон куйилиш учоклари ва экссудация булмайди. Ошкозон ости бези атроф тукумасида баъзан стеатонекроз учоклари аникланади.

Ёгли панкреонекроз.

Ошкозон ости бези булаклари аникланмайди, шишади, улчамлари катталашади. Унда геморрагик учоклари пайдо булади. Ошкозон ости бези, корин парда орти тукумаси, ичак туткичи, тери ости тукумаси ва иуке оралигида стеатонекроз учоклари пайдо булади. Корин бушлигига тиник сероз экссудат йигилади. Микроскопияда шиш, кон куйилиш, ёгли некроз, лейкоцитлар инфильтрацияси, микротромбоз учоклари алмашилиб келади.

Геморрагик панкреонекроз яккол номоён булади. Ошкозон ости бези ва атроф тукумасида катта майдонли кон куйилишлар, геморрагик имбибиция кора ва кул ранг некроз зоналари аникланади. Бу узгаришларга баъзан «пилакчали» ёгли стеатонекроз ҳам кушилади. Корин бушлигида катта хажмли геморрагик суюклик булиб, унда ферментлар ва токсин субстинциялар активлиги юкори булади.

Ошкозон ости безидаги некротик жараённинг таркоклигига кура, касалликнинг инфекцион фазасига булган даврида корин парда орти, тукумасининг турли сохаларида панкреонекрознинг таркок ва чегараланган шакллари учрайди. Таркок панкреонекрозда ошкозон ости безининг катта қисми зарарланишидан ташқари, жараёнга ошкозон ости бези ва корин парда орти тукумалари (параполон, паранефрал, кичик чанок) ҳам кушилади. Чегараланган панкреонекрозда ошкозон ости безида кичик (1см гача) ва катта (1 см ортик) учоклар пайдо булиб, улар ошкозон ости безининг маълум сохалари ва шу жойга тугри келувчи парапанкреал тукумани шикастлайди.

Некротик панкреатитда ошкозон ости бези ва корин парда орти тукумасида некроз ва панкреонекрознинг турли патоморфологик вариантлари учрайди. Агар инфекция кушилмаса, постнекротик асратларнинг бошка вариантлари учрайди. Ошкозон ости бези ёки корин парда орти тукумасининг бирор жойида жойлашган стерил некроз атрофида инфильтрат шаклланади, унинг структурасига қушни органлар (12 бармок ичак, ошкозон) ингичка ва йугон ичак ковузлоклари қиради. Ошкозон ости безида поропанкреатик инфильтрат, парополон ва паранефрал тукумаларда асептик некротик флегмоналар ривожланади. Ошкозон ости бези паренхимаси чуқур некрозда йуллар системаси деструкцияга учрайди. Панкреатик суюклик қучли протео – ва ленолитик таъсир этиб, корин парда орти тукумасида некроз чиқаради ва шу сохада турли органлар билан чегараланган суюкликлар йигилади (оментобурсит). Потоморфологик вариантларидан бири, қачонки корин парда ортидаги суюклик шу сохадаги некротик элементлардан қуп булса, у «хажмий суюклик бушлиги» дейилиб, псевдокисталардан фарқли равишда, каттик, қалин бириктирувчи тукумали девори булмайди. Даволаш натижасида 30 дан 50 % гача суюклик йигилган бушликлар қамайган. Бу бушликлар ошкозон ости безлари йуллари билан алоқа қилганда, жараён абактериал ҳолда кечганда ҳам, бирор ойлاردан сунг шу жойда панкреонекрознинг «кечки» асратларидан – псевдокиста пайдо булади.

Некроз қупайишининг патоморфологик вариантларидан бири, микроорганизмларсиз улик тукуманинг тушиши ва корин парда орти тукумасида турли катталиқдаги секвестрларнинг ҳосил булишидир. Кейинчалик кичик некроз учоклари ва секвестрлар абактериал шароитда макрофақлар томонидан ютилади. Агар некроз ва секвестрация зоналари катта ва таркок булса, улар инфекцияга мойил булади ва панкреатоген инфекция ривожланади.

Панкреатоген инфекциянинг патоморфологик шакллари қуйидагиларга булинади:

1. инфекция қушилган панкреонекроз
2. панкреатоген абсцессли инфекцияланган панкреонекроз
3. панкреатоген абсцесс.

Инфекцияланган панкреонекрозда беморларда касалликнинг биринчи ҳафтасиданок патоморфологик белгилар бошланади: кул ранг, кора рангдаги некроз, унинг ошкозон ости безининг никобсимон қопламаси, қундаланг қамбар ичак туткичларини, параректал ва корин парда орти тукумаларини қопламаси; «гушт ювиндиси» ёки йирингли лойка экссудат пайдо

булади, корин парда орти клетчаткасида некротик флегмоналар ривожланади. Бу жараёндаги некротик учок суюқлигидан устунлиги учун кенг куламли секвестрация ривожланади.

Баъзан касалликнинг 2-3 хафталарида ошқозон ости беши ва парапанкреал клетчаткасининг 1-2 жойида жойлашган некроз ва секвестрация фонида чарви халтасида абсцесс ривожланади, унинг таркибида детрид ва йиринг булади. Бу патоморфологик картина айнан таркок панкреатоген абсцессли инфекцияланган панкреатонекрозга тугри келади.

Кичик ёки катта учокли чегараланган панкреонекроз, инфекция кушилгач панкреатоген абсцессга утади (ошқозон ости беши абсцесс чарви халтаси абсцесси, парда орти туқимаси бирор сохаси абсцесси). Бу касаллик бошланишидан сунг 3-4 хафтада йирингли бушлик ривожланади ва кушни органлар деворини некроз ёки секвестрацияга олиб келади.

Патогенези.

Уткир панкреатит патогенези асосида панкреатик ферментлар ва турли табиатли цитокининларнинг махаллий ва умумий таъсири ётади. Ацинус ичида панкреатик секрет активланиш ва ошқозон ости беши аутокаталитик емирилиши асосий урин тутати. Хозирги тасаввурларга кура трипсин огир патобиохимик реакцияларнинг бирламчи активатори хисобланади, патологик жараённинг юзага чиқиши ва ошқозон ости беши барча ферментлари бирга иштирок ётади. (трипсин, химиотрипсин, липаза, фосфолипаза А₂, эластаза, карбонсипентидаза, коллагеназа ва бошқалар).

Агрессиянинг бирламчи омиллари ошқозон ости беши активланган ферментлардир, улар корин парда орти бушлиги, корин бушлиги, дарвоза вена оркали жигарга, лимфалар буйлаб кон узанига тушиб махаллий ва умумий таъсир ётади. Фосфолипаза А₂ хужайралар мембранасини бузади ёки триглецидларини ёг кислоталаргача гидролизлайди, ёг кислоталар калций билан бирикиб, ошқозон ости беши, корин парда орти туқимаси ва корин пардада ёг (лептолитик) некроз чиқаради. Трипсин ва химотрипсин туқима оксилларини парчалайди; эластаза томирлар девори ва туқималараро бириктирувчи туқимани бузади, бу геморрагик (протеолитик) некрозга сабаб булади. Ошқозон ости беши ва корин парда орти бушлигидаги хосил булган демаркацион зонали некроз ва некробиоз учоклари бирламчи асептик яллигланиш чақиради.

Агрессиянинг иккиламчи омиллари – брадикинин, кинин, серотониндир. Булар уткир панкреатитда асосий звенони эгаллаб трипсиннинг калликреин – кинин системасини активлашдан хосил булади. Айнан кининларнинг активланиши томирлар утказувчанлигини ошишига, микроциркуляциянинг бузилишига сабаб булади ва ошқозон ости беши, корин парда орка бушлигида шишлар, корин бушлигида экссудация пайдо булади.

Агрессиянинг учинчи катор омилларига – моноклеар хужайралар, макрофаklar ва нетрофиллар, яллигланишнинг турли медиаторлари (citoкининлар): интерлейкинлар – 1,6,8,10,11; тумор - некротик фактор, тромбоцитлар активатори фактори, фосфолипидаза А нинг нопанкреатик шакли, простогландинлар, тромбоксанлар, литиотрипенлар киради. Улар микроциркуляцияни ва гемодинамикани бузади, миокардиал ва нафас етишмовчиликларига олиб келади. Яллигланиш цитонинлари – тумор – некротик омил, интерлейкин 1 В ва 6: яллигланишга карши citoкининлар – интерлейкин 1 ва 10. Касалликнинг бошлангич вақтида ошқозон ости беши, жигар, упка, толок ва микроциркуляция системасида хамма яллигланиш медиаторлари ошади, бунда орган ва система даражасидаги яллигланиш реакцияси кечади. Уткир панкреатит касалида ошқозон ости беши, корин парда орти бушлиги, корин бушлиги ва ошқозон ичак трактида хосил булган ферментлар, цитонинлар ва турли табиатли метаболитлар портал системага ва лимфа системасига тушиб панкреатоген токсинемия беради. Биринчи нишон органлар – жигар, упка, юрак ва буйракдир. Уткир панкреатитнинг бошлангич даврларида бу биохимик бирикмалар панкреатоген шоккача олиб бориш мумкин, бу билан касалликнинг даражаси аникланади. Йирингли асоратлар бошлангунча системалардаги бузилиш патогенези асосида. Гр (–) бактерия липопъолисахиридли хужайра девори ахамияти катта. Улар ичак ичига эндоген микрофлора ишлаб чиқаради. Ошқозон ичак трактидан эндоген микрофлоранинг ошқозон ости беши ва корин парда орти туқимасига транслокацияси деструктив панкреатит учун калит звено хисобланади. У узига хос

бошлангич «эрта» (инфекциягача) ва кейинги «кечги» (инфекцион) фазалар учун «боглолчи звено» булиб хисобланади.

Уткир панкреатит патогенизида 2 та асосий фаза ажратилади.

Биринчи фаза – бунда касаллик ривожланишининг 1 чи суткасига тугри келиб, ошкозон ости беши, корин парда орти клетчаткасининг аутолизи, некробиоз ва некрози абактериал кечади. Бу шароитда касаллик кечишининг биринчи хафтасиданок потоморфологик бузилишлар даражасига кура уткир панкреатитнинг куйидаги шакллари булади:

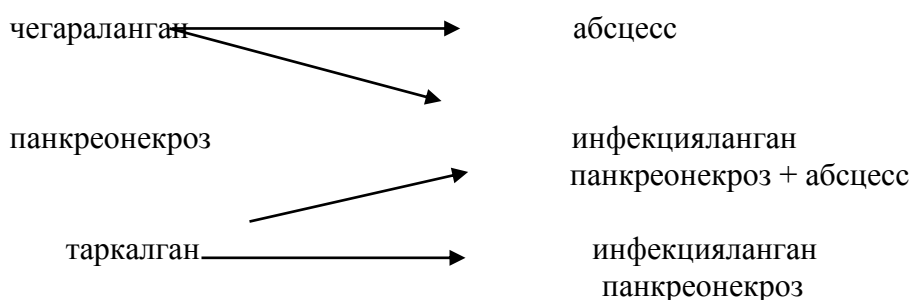
1. некробиоз, яллигланиш элементларининг чегараланиш натижасида интерстициал (шишли) панкреатит ривожланади;
2. ёгли ёки геморрагик некрозда – стерил панкреонекроз (некротик панкреатит) ривожланади.

Уткир панкреатитда огирлик даражаси панкреатоген токсемия, панкреатоген шок ва турли даражадаги полиорган етишмовчилигига караб куйилади. Замонавий даволаш тадбирлари касалликнинг интерстициал панкреатит боскичида ёрдам бериши мумкин, акс холда жорий панкреонекрозга утади. Стериал панкреонекрознинг инфекцион фазасигача бемор органларида бузилишлар булгса, улим – 11% дан 30% гача булади.

Касаллик кучайганда ва панкреонекроз окибати сифатида уткир панкреатит **иккинчи фазага** утади. Бунда турли зонадаги некрозда постнекротик «кечки» йирингли асоратлар ривожланади. Некроз зонасида микроорганизмлар токсинлари натижасида яллигланиш медиаторлар активланиб купаяди. Касалликнинг инфекцион фазаси, патологик жараёнлардан септик шок (инфекцион - токсик) ва органларнинг септик куплаб етишмовчилигидан иборат. Инфекцияланган панкреонекрознинг турли шаклларида стерил панкреонекрозга караганда улим 2-3 баравар (40 дан 60% гача) ошади.

Патологик учокнинг таркалиши, даволашнинг бошланиши ва хирургик даволаш характерида кура панкреонекрозда уртача инфекция кушилиш частотаси 40 –70% гача булади. Панкреонекрозда инфекциянинг ривожланиши патоморфологик узгаришлар жойида асосий рол уйнайди. Инфекцияланиш эхтимоллиги ва некротик зарарланишларнинг таркатиш даражаси орасида узвий богликлик бор. Чегараланган панкреонекрозда инфекция кушилиши билан абсцесс ривожланади, таркок некротик жараёнда таркалган инфекцияланган панкреонекроз ривожланади.

Турли шаклдаги панкреонекрознинг эволюцияси.



Некрознинг инфекцияланган шокли касалликнинг 1 чи хафтасида хар 4 чи беморда, панкреонекроз билан огриган беморларнинг ярмида 2 чи хафтада; деструктив панкреатит билан огриган хар 3 чи беморда касалликнинг 3 чи ва 4 чи хафталарида учрайди. Операция натижасида олинган некротик тукимада Гр (-) бактерия топилган. Панкреатоген инфекциянинг кузгатувчилари асосан: ичак таёкчаси (26%), кук йиринг таёкчаси (16%), стафилококлар (15%), клеписиллар (10%), стрептококк (14%), энтеробактериялар (3%) ва анаэроблар хисобланади. Замбуруг инфекцияси касаллик бошланишидан 2 хафта ва ундан купрок фурсат мобайнида ривожланади, чунки антибактериал терапия узоклиги шароит яратади.

Стерил панкреонекроз зоналарининг инфекцияланиши эндоген (ичак) шартли патоген микрофлора ва экзоген (операция килинган беморларда тампон ва дренажлардан) контакт асосида келиб чиқади.

Классификация.

Уткир панкреатит клиника – морфологик классификацияси касаллик шакли, ошкозон ости беги, корин парда орти клечаткасидаги некротик жараён таркоклигига, корин ичи ва системаси асоратларига, яллигланиш ва некроз жараёнларининг абактериал фазадан инфекцион фазага утишга каралади.

Касаллик шакллари.

I. Шишли (интерстициал) панкреатит.

II. Стерил панкреатонекроз.

- шикастланиш таркалишига караб. чегараланган ва таркалган
- шикастланиш характериға кура:
- ёгли
- геморрагик
- аралаш

III. инфекцияланган панкреонекроз.

Махаллий асоратлар.

Инфекциягача булган фазасида:

1. Парапанкреатик инфильтрат (оментобурсит, хажмий суюклик туплами, корин парда орти бушлигида).
2. Корин парда орти бушлиги некротик (асептик) флегмонаси (парапанкреал, паранефрал, паракол, чанокдаги ва бошкалар).
3. Перитонит: ферментатив (абактериал).
4. Псевдокиста (стерил).
5. Аррозив кон кетиш (корин ичи ва ошкозон ичак трактидан).

Инфекцияланган фазада.

1. Корин орти парда тукумасининг септик флегмонаси: парапанкреал, паракол, паранефрал, чанок.
2. Панкреатоген абсцесс (корин парда орти бушлик тукумаси ёки корин бушлиги).
3. Фиброз – йирингли (махаллий, таркалган) перитонит.
4. Инфекцияланган псевдокиста.
5. Ички ва ташки панкреатик, ошкозон ва ичак окмалари.
6. Арразив кон кетишлар (корин ичи ва ошкозон ичак трактидан).

Системали асоратлар.

1. Стерил панкреатонекроз ва унинг корин ичи асоратларидаги панкреатоген шок.
2. Инфекцияланган панкреонекроз ва унинг корин ичи асоратларидаги септик (инфекцион – токсик) шок.
3. Стерил ва инфекцияланган панкреонекроз хамда унинг асоратларидаги полиорган етишмаслиги.

Уткир панкреатит конференциясининг (1992 йил) халкаро экспертлари клиник амалиётдан келиб чиккан холда панкреатит кечишини огир ва урта огир шаклларга булишган. Уткир панкреатитнинг «огир» шаклига полиорган бузилишлар ва локал шакллари хос (стерил ва инфекцияланган панкреонекроз, абсцесс, псевдокиста). Уз навбатида «Урта огир»(mild) кечишда органлар ва кичик бузилишлар булиб, бу айнан уткир шишли (интерстициал) панкреатитга хос.

Клиник семиотика.

Уткир панкреатитнинг асосий симптоми огрик, кушиш ва метеоризм (Мондор триадаси). Огрик бирдан асосан кечки пайтда - диета узгариши биланок бошланади (ковурилган ёки ёгли овкатлар истеъмол килганда). Улар интенсив ва ораликсиз (танаффуссиз) булади. Баъзан беморлар хушини юкотади. Унинг локализацияси ошкозон ости безининг жойлашувига мос равишда, киндикдан юкори, эпигастрал сохада. Огриклар баъзан бутун коринга таркалади. Огриклар купинча оркага белга, кукрак ва ичга хамда, чап- ковурга умуртка бурчагига берилади. Купинча огрик белбогсимон характерда булиб, кисувчи камарни эслатади. Ошкозон ости безининг бошчаси зарарланганда огрик жойи уткир холециститни, танаси шикастланганда – ошкозон думи

шикастланганда юрак ва буйрак касалликларини эслатади. Бирдан огрик синдроми баъзан коллапс ва шокга оид белгиларини юзага келтиради: куп терлаш, АКБ пасайиши, P_s кучсизланиб, ТК ривожланиши.

Огрик билан бирга куп марталаб ва енгиллик келтирмайдиган кусиш юз беради. Бу сув ва овкат ичганда юз беради. Кусиш куп марталаб булса хам кусик массалари хеч қачон фекал характерли булмади. Ошқозон ости беши экзокрин етишмовчилиги натижасида купинча диарея кузатилади.

Харорат касаллик бошлангич даврида субфебрил характерда булади. Стерил ва инфекцияланган панкреатитнинг таркок шаклларида иситма гектик характерда булади. Системали яллигланиш реакцияларнинг якколлигига караб, деструктив панкреатитнинг деструктив шакли ва характерини аниқлаш мумкин. Касаллар нотинч, огриксизлантирувчилар сурашади. Уткир панкреатитнинг асосий ва эрта диагностик белгиси – юз ва кул – оёқларининг цианози. Бинафша ранг доғлар юзда жойлашса **Мондор симптоми**, кориннинг ён томонларида цианоз булса («киндик атрофи экхимози»)- **Грей- Гернер симптоми**, киндик атрофи цианози – **Грюнвальд симптоми**. Касалликнинг кечки вақтларида юз очик гиперемия билан алмашинади – «калликринли юз». Саналган белгилар асосини ошиб борувчи гемодинамика ва микроциркуляция бузилишлар, гиперферментемия ташкил этади.

Корин куздан кечирилганда асосан юкори қисмлари дамлаган. Огир холларда бутун корин дамланиб, юза пальпацияда хам огрикли. Бел соҳаси асосан чап коворга-умуртка бурчаги, пайпаслаганда огрик сезилади. (**Мейо- Робсон симптоми**). Пальпацияда огрик аниқланган соҳаларда корин олди девори мускуллари ригидлиги сунади. Мускуллар таранглиги корин бушлигида панкреатоген суюклик борлиги ва панкреатоген перитонитдан далолат беради. Купинча кундаланг огрик булиб, корин олд девори резистентлиги хам ошқозон ости беши проекцияси булади. (**Керте симптоми**).

Уткир панкреатитда учрайдиган белгилардан бири корин пульсациясининг йуқолиши чунки ошқозон ости беши катталашади ва корин парда орти туқимаси шишади.

Воскресенский симптоми.

Агар жараён чарви халтасида жойлашган булса, мускуллар таранглиги асосан эпигастрал соҳада булади; агар жараён атрофга тарқалган булса-парболон ва чанок туқимаси, хамда корин парда- бунда мускуллар таранглиги яккол ва Шёткин Блюмберг симптоми мусбат булади. Агарда некротик жараён ошқозон ости беши дум қисмида жойлашган булса, корин парда таъсирланиш белгилари суст булади, чунки жараён корин парда орти бушлигида жойлашади ва перитонит клиникасини беради.

Бош зарарланганда сариклик ва гастродуоденал парез белгилари ривожланади.

Уткир панкреатитнинг огир даражасида корин бушлигида суюклик тупланишидан коринда тумтоқлик аниқланади. Панкреатоген перитонит ва динамик ичак параличидан аускультацияда ичак шовқинлари кучсизланган ёки умуман йуқолган.

Панкреонекроз турли фазаларида клиник белгилари турлича булади.

Панкреонекротик инфильтрат (оментобурсит) – узок огрик синдроми, субфебрил температура $37,5 - 38,0^0$ С: гастродуоденал тутилишдан дарак берувчи, корин бушлиги юкори қисмида пайпаслагандиган огрикли инфильтрат аниқланади.

Корин парда орти некротик флегмонаси.- стерил ва инфекцияланган панкреонекроз билан бирга учрайди. Панкреонекрознинг бу асорати системали яллигланиш реакциялари, перитонеал симптомлар, тургун ичаклар парези, панкреатоген ёки инфекция токсик шок ва полиорган етишмовчилик белгиларини юзага келтиради. Некрозланган туқима инфекцияланса корин парда орти туқимаси флегмонаси ривожланади. Белда шиш ва огрик, динамик ичак тутилиши ва метаболитик бузилишлар юзага келади.

Инфекцияланган панкреонекроз – таркок характерда булиб, касалликнинг илк давларида (1-2 хафта) учрайди. Бунда панкреонекрозга хос клиник ва лаборатор белгилар билан бирга системали яллигланиш реакциялари (гектик харорат, ваража, гипотензия) ва полиорган бузилишлар учрайди. Огир холларда ва септик шок ривожланиши инфекцияланган

панкреонекрознинг критик даражага етганини билдиради. Бундай ҳолларда касалликнинг патогноманик белгилари: акроциноз, тери копламларидан «мармарсимонлиги», теридаги «экзим доғлари», гипергидроз, упка-юрак, жигар-бўйрак етишмовчилиги ҳисобланади.

Клиникаси. Касалликнинг 2-3 ҳафтасида, некротик компонент йирингли некротик учокка айланиб, суюклик билан тулади, бунда касални ахволи интенсив терапия натижасида стабил ёки яхшиланган бўлади. Панкреотоген инфекциянинг бошқа шакллари панкреотоген абсцессли инфекцияланган панкреонекроз ривожланиши мумкин. Касаллик бу шаклининг асосий клиник белгилари – бемор ахволини стабил оғирлиги, гектик хароратни сакланиши, варажалар, уртача ТК, корин юкори қисми ва мезогастрал инфилтрат ҳосил бўлиши характерли.

Панкреотоген абсцесс (ошқозон ости беши, чарви халтаси, корин парда орти туқимаси абсцесслари) – панкреонекрознинг типик «кечки» асоратлари бўлиб, касалликнинг 3-4 ҳафтасида ривожланади. Бундан олдин парапанкреал инфилтрат ривожланиб, бемор ахволи нисбатан кониқарли бўлиши мумкин. Инфекцияланган панкреонекроздаги каби яққол полиорган бузилишлар ва септик шок ривожланиши кам учрайди. Абсцесс ошқозон ости беши бошчасида жойлашганда гастродуоденал парез ривожланиб, қусиш юз беради. Абсцесс ошқозон ости беши танаси ва думида жойлашганда оғрик бел соҳасида бўлиб, чап томонга берилади ва баъзан чап томонлама плеврит ривожланиши мумкин.

Плеврокиста – панкреонекроз билан оғриган беморларда касалликнинг 1-чи ойидан сунг, жараён асептик кечганда ривожланади. Киста морфологик жиҳатнинг бошқа органларидан капсула билан ажратилган панкреатик секрет йигилган бушлик. Хажмли суюкликли ҳосила касалликнинг илк даврларида 30 – 50 % беморларда учрайди. Клиник-псевдокистада эпигастритда чузик оғрик, дуоденал тутилиш белгилари, пальпацияда айлана каттик эластик ҳосила кориннинг юкори қисмида аниқланади.

Лобаратор диагностика.

Уткир панкреатитнинг асосий белгиси – ошқозон ости беши функционал бузилиши, гиперферментимия феномени. Уткир панкреатитнинг патогенезини бу асосий белгисидан касаллик диагностикасида фойдаланилади, кон плазмасида ошқозон ости беши ферментлари (амилаза, липаза, трипсин, эластаза) активлиги аниқланади, бу диагностик стандарт бўлиб ҳисобланади. Анъанага кура ошқозон ости беши ҳамма ферментлари: индикатори (амилаза, трансаминидаза) ва патогинетик (липаза, трипсин) гуруҳларга бўлинади.

Клиник амалиётда купинча кондаги 2-амилаза ва липазалар активлиги аниқланади. Умумий ва панкреатик амилазанинг 3 марта ва липазанинг 2 марта кон зардобиди нормага нисбатан ошиши панкреостаздан далолат бериб, клиник симптомлар билан бирга уткир панкреатит диагнози қушилишига асос бўлади. Зардоб амилазасининг максимал микдори бўлиб, касаллик бошланишининг 1-чи суткаларида бу беморни стационарга уткир панкреатит билан госпитализация қилишга тугри келади. Шунингдек кондаги липазанинг касаллик кечки мудатларида ошиши ҳам уткир панкреатит учун асосий диагностик тест ҳисобланади, чунки кондаги липаза амилаземияга караганда узок муддат сакланади. Бу ҳолатда амилаза тестига караганда липаза тестида юкори сезгирлик ва спецификлик аниқланади. Конда умумий амилаза активлиги спецификлигининг пастлиги, корин бушлиги бошқа куплаб ургент касалликларида гиперамилаземия бериши билан боғлиқ. Бошқа касалликлардан уткир панкреатитни дифференцировка қилиш учун конда панкреатик (изоферментни Р-типи) амилаза аниқланади. Шуни ҳам айтиб утиш керакки Р-типли изоамилаза диабетик кетоацидозда ҳам аниқланади. Кондаги

трипсин ва эластаза активлигини аниклаш юкори сезгирликка эга булса хам клиник амалиётда булар активлигини аниклаш кам кулланилади чунки уни аниклаш кийин ва бу метод киммат.

Клиник амалиётда купинча сийдикдаги амилаза аникланади. Бу тестга кушимча лапороскопияда перитонеал экссудатдаги амилаза аникланади. Вольгемут методи (сийдикдаги суммар аминолетикактивлик аникланади) буйича, сийдикдаги амилаза микдори 16-64 ЕД; бунда 128 дан 1024 гача ва ундан хам ошади. Бу тест панкреатик 2- амилазага караганда хам ахборот беради. Чунки суммар гемолитик ферментлар булади.

Куп сонли текширишлар шуни курсатадики, амилаземия (амилазурия) ва ошкозон ости беши зарарланиш шакли (интерстициал, ёгли геморрагик) орасида тугри богликлик булмади. Касалликнинг биринчи кунларидаги гиперамилаземия (гепирамилазурия) ошкозон ости беши функциясининг панкреостазда сакланганидан далолат беради ва интерстициал панкреатитда учрайди. Панкреонекробизда дисферментемия - (кондаги амилаза ва липаза орасидаги богликлик) ривожланади. Амилаза микдорининг конда нормаллиги ва пасайиши (баъзан аферментемия) панкреонекрозга хос булиб, ошкозоности беши деструкцияси булиб, экскретор функцияси бузилади.

Шуни эса тутиш керакки, хамма курсатилган специфик ферментлар лаборатор диагностикаси (амилаза, лепаза, эластаза, трипсин,) беморларнинг огир холати ва уткир панкреатит шакллари орасида дифференцировна килишга ёрдам беролмайди. Кон фермент анализини уткир панкреатитнинг клиник лаборатор ва инструментал методлар асосида натижаси аникланади.

Уткир панкреатитда умумий кон анализиди узига хос узгаришлар булмади. Шунинг учун асептик ва инфекцияланган панкреонекроз дифференцировкаси кийинчилик тугдиради. Инфекцияланган панкреонекрозда даволаш ва динамикада лейкоцитлар ошгани аникланади. Купинча лейкоцитоз $12-15 \times 10^9/\wedge$ гача булади, лекин таркалган панкреонекрозда, асосан септик асоратлар ривожланади, лейкоцитоз сегмент ядроли ва таёкча ядролилар хисобига ошади. Инфекцияланишнинг билвосита белгиларидан бири тромбоцитопения, анемия ва ацидоз хисобланади.

Бу фактларни клиник ва инструментал маълумотлар билан бирга билиш керак.

Уткир панкреатитнинг деструктив шаклида беморлар госпитализацияси вақтида гематокрит 47%дан ошик булиб, 24 соатлик интенсив терапия натижасида хам камаймайди, бу панкреонекроз ривожланишини билдиради. Деструктив панкреатитда кон биохимик анализиди буладиган узгаришлар гепир ва дисметаболизм синдромлари ривожланади. Бу холда кон биохимик спектридаги узгаришлар: диспротенемия, гипопротенемия, гипоалбуминемия, гипиразотемия ва гипергликемия курунишида булади. Кон липид спектрида гепиртриглицеридемия, гипохолестеринемия, зичлиги юкори липопротедлар дефицити, ёг кислоталарининг концентрацияси ошади. Тургун гипергликемия ошкозон ости беши таркок некрозидан далолат беради. Унинг микдори 125 мг \dл (6.9 ммоль\wedge) дан ошганда ёмон прогноздан далолат беради. Панкреонекроз пайтида жигар хужайра етишмовчилиги булади, уткир панкреатитда беморларда жигар ферментлари текширилганда аланин ва аспарагин (АлАТ, АсАТ) аминотрансфераза микдори

ошади. Лактатдегидрогеназининг конда ошиши- (ЛДГ) панкреатитларнинг чуқур шикастланишидан дарак беради.

Шуни эсда саклаш керакки, аналогик лаборатория узгаришлари уткир инфаркт миокардига ичак инфарктининг кенгайишига, гепатитларнинг турли хил этиологиясига тегишли булади.

Биллиар панкреатитда холедохолитиаз натижасида, ҳамда ошқозон ости безининг боши шикастланишда холестаза синдроми шаклланади, бу синдром гипербилирубинемия, аспартатаминотрансферазининг юкори активлиги ва ишқорли фосфоротаза билан характерланади.

Сув – электролит балансининг узгаришини куйдагилар тасдиқлайди: гемоконцентрация, К, Na, Са дефицити. Панкреонекрознинг таркок формасида, кон плазмасида Са концентрациясининг пасайиши, унинг стеатонекроз учокларида ут кислотаси тузлари сифатида деполанишидадир.

Кушимча лаборатор методларга, конда с-реактив оксилининг концентрациясини ва прокальцитонин микдори, аниқлашлар киради.

С – реактив оксил гаптоглобулин ҳамда альфа –1- антитрипсин билан биргаликда яллигланишнинг уткир фазасидаги оксиллари деб хисобланади. Унинг кондаги микдори уткир панкреатитда яллигланиш ва некротик жараёнларнинг даражасини аниқлайди, бу курсаткичдан дифференциал диагностик тест сифатида фойдаланиш мумкин, бир томондан шишли панкреатит ва панкреонекрозни иккинчи томондан – стерил ва инфекцияланган панкреонекроздан . ошқозон ости беги некротик шикастланганда С- реактив оксил микдори 120 мг/л дан баланд булади.

Яллигланишнинг уткир фазасида, бошка реактивлар орасида – 1 – антитрипсин 4- 5 г/л дан ошиқ альфа – 2- макроглобулин 1, 3 г/ л ошиқ концентрацияси некротик панкреатитнинг лаборатор критерик хисобланади.

Сунги йиллардаги изланишлар шуни курсатадики, кондаги прокальцитонин концентрацияси 1,8 нг / мл дан ошиқ булса, некротик деструкциянинг бактериал инфекцияланиш учогининг асосий лаборатор маркери хисобланади.

ИНСТРУМЕНТАЛ ДИАГНОСТИКА

Хозирги замон босқич тараккиети,хирургияда кассаликларни янада яхширок

Диагностикалаш учун, иниструментал усуллардан фойдаланилади- ультратовуш текшириш (УТТ) лапараскапия, компьютер томография,(КТ), эндоскопик ретроград паниреато хонангиография.

УТТ-кулай ва кам инвазив усул булиб, визуал диагностика дейилади. Яъни уткир панкреатитга гумон килинганларнинг сининг усулидан фойдаланилади.УТТ ошқозон ости безини, бемор системани корин ва плеврал бушликни холатини бахолашда ишлатилади.УТТ уткир панкреатитни аниқ диагнозини 40-86%холатларда аниқлайди, лекин хар доим ҳам эмас, айрим холларда клиника-марфологик холатини характерлашда кийинчилик тугдириши мумкин.Бу усулни камчилиги ошқозон –ичак трактини парези хакида аниқ маълумот беролмаслиги, лекин бу холат уткир панкреатитда 25-30% холларда учрайди.

Уткир панкреатитнинг УТ белгилари – боши, танаси ва думи катталашини, эхоструктура ва кирраларининг нотекис булиши, корин бушлик ва парапанкреал зонада визуал суюкликнинг булиши

Улчови усул ёрдамида висцирал томирлардаги гемодинамикани, ошқозон ости беги зичлигини, унинг спецификлигини ошириш ва таъсирчанлигини аниқлашда талайдир.

Бу усул ёрдамида корин бушлигидаги абсцесс ва псевдокисталарни катта хажмдаги суюкликларни аниқлашда кулайдир. Лекин КТ караганда диагностик сурати пастрок. УТ диагностикада корин бушликдаги ва плеврал бушликдаги суюкликларни аниқлашда кулайдир.Лекин бу усулни асосийлигини уткир панкреатит, уткир холецистит, аорта аневризмаси

ва сийдик чикариш йуллари касалликлари билан асоратланганда дифференциал диагностикаси кийин бахоланади.

Лапароскопия – кенг куламда кулланиладиган ва дефференциал диагностикада, яъни панкреоцезозга гумон килинганда кулланиладиган усулдир. Замонавий эндовидеоскопик асорат даво манипуляцияларини аниқлашда яъни уткир панкреатит бор беморларни аниқлашда жуда кулай усулдир.

Видиолапароскопик аниқлашнинг икки асосий вариантлар ишлатилади.

1. «газли» («ёпик») видиолапароскопия .

3. «газсиз» («очик») лапароскопия.

Ёпик лапароскопия ошқозон ости безини хамма хусусиятларини аниқлашни яратиб беролмайди.

Лапароскопия: 1.панкреонекрозни кандай характердалигини- ёгли, геморрагик, аралашма.

2.панкреатоген перитонитни таркалган ёки характерини бахолашни (бактериал, инфицирланган).

3. кушимча деструктив холициститни диагностика килишни

4. бошка этиологиядаги перитонитда оператив кушимчаларни талаб килувчи жинсий органлар перфарациясини,ички кон кетишларни, корин аортанинг йиртилишини, ичак инфарктини, уткир холециститни

5. ут пуфагини гепиртензиясини

6. панкреатогин ва абактериал перитонитни санация ва корин бушлигини дренажлашни. Лапароскопияда амилаза ва микрабиология анализга суюклик олиб текшириши шарт.

Корин бушлиги лапароскопияда панкреатит окмасига куйилади,ошқозоннинг силжиганлиги, ичак-чамбар боғламини шишганлиги, панкреатит ён боғламларини шишасимон шиши юкори ва пастки корин бушлигини гепиремияси.Агарда париетал ва висцерал кават чарвини атрофини стеаринсимон доғлар, яъни ёг некрози окимтир-сарик рангодаги, сероз экссудат топилса унда ёгли панкреанекрозга диагностика килинади. Геморрагик панкреанекроз учун характерли: катта ва кичик чарвининг геморрагик имбибицияси , кундаланг чамбар ичак ковузлоги корин бушлиги латерал каналлари, ут пуфагини ортиши, ошқозон парези . маълум микдордаги корин бушлигидаги геморрагик модда булиши.

«Газли» ва «газсиз» лапароскопиян усуллари ут пуфаги (холецистэктомия) депоитрессив операциялар бажарилишни ёки ёг сумкаси ва панкревал тукималарда гепир- ва секвестрэктомияни , корин бушлиги санацияси ва панкреатит перитонитда операция бажарилиши кулланилади.

Компьютер томография. Энг сезувчан усул булиб, везуал текшириш хисобланади. «актив диагностик стандарт панкреатология» ошқозон ости безини кенг куллашдаги информацияловчи ва корин бушлигини хамда аниқ диагностика берувчи усул булиб хисобланади.

КТ, УТТ, дан фарқи, зич некротик массаларни аниқлашда (некротик флегмона) суюкликларни хосил булган, абцесс, псевдокиста, хар хил жойлашиш, уларни жойлашуви хакида ут чикариши йулларининг некротик яллигланиш процессларини аниқлашда кулай усулдир.

КТ-га корин бушлиги кассаликлари аниқлашда ва даволашда, хирургик аралашиларда , дренажлашда ва панкреонекроз, унинг асоратларини аниқлашда кулай усул булиб хисобланади.

КТ панкреонекрозни таркалганлиги ва патологик процесслари ва асоратларини аниқлашда кулай усулдир .Энг кулай усул булиб ,ошқозон ости беги касалликлари, унинг аниқлашда контраст усул булиб хисобланади. Бундан ички юбориш булиб 100-120мм йод эритмаси контраст препаратидан инфузолит 3-4 мм\сек билан юборилади.

Контраст моддани айрим жойлардан утмаслиги унинг зарарланишидан далолат беради.яъни асосий патологик симптоми булиб. КТ га визуализация газларни ва чегараланган суюкликларни мавжуд булиши хисобланади.КТ буйрак етишмовчилигига ва контраст моддага аллергик реакцияси бор беморлага нисбаттан карши курсатма булиб хисобланади.

КТ ва УТТ суюк махсулотларни зич яллигланиш некротик массалардан фарқ килишда кулланилади, лекин процесснинг стерил ёки инфицирланган характерини билишни айтиб бера олмайди. Шунинг учун уларни аниқлашда УТТ ва КТ ёрдамида транспутан пункция усули

кулланилади. Бундан олинган материал бактериологик текширилади, Гр усулда бактерияни экиш учун турли ва антибиотикларга сезгирлиги аникланади.

Эндоскопик ретрарад панкреатохолан география ва эндоскопик попиллотомия курсатма: уткир панкреатит, механик сариклик синдроми билан, УТТ буйича ут йулларилинг кенгайишида ёки холангитда.

Магнит резонанс томография (МРТ) – охириги вақтларда панкреатология асосий йуналиши булиб хисобланади. МРТ ни КТ дан фарқи, яхшироқ дифференцировка килинишида каттик ва суюқ хосилаларни хосил булишини, ошқозон ости безни жойлашуви ва корин бушлиги характерида. Медперсоналга ҳам нур таъсир килиши билан характерланади. Асосан бу икки усул – хирургик стационарда ва реанимацияси булимларида кулланилади.

Рентгенологик -1 чи уринда уткир панкреатитни аниклашда кулланилиши хозирга йукотилгани йук. Асосан уткир панкреатитни, бушликли органлар перфарациясидан ва ичакнинг механик утказмаслигидан диф- диагностикасида катта ахамиятга эга. Корин бушлигини носпецефик симптомларини рентгенографияда уткир панкреатитнинг симптомлари булиб, кундаланг чамбар ичак пневмотизацияси ингичка ичакдаги суюклик булиши бундан далолат беради. Диагфрагма купайишининг кутарилиши корин характерларини каршилигини курилади.

Дифференциал диагноз

Уткир панкреатит дифференциал диагностикаси кийин клиник масала каби намойиш килинади, чунки дарднинг пайдо булиши, деструкцион формасининг усиши, плеврит, перитонит, перфоратив ошқозон яраси ёки 12 бармок яраси, уткир ичак тугилиши, уткир холецистит, уткир окклюзия артерияси ёки венаси, уткир инфаркт миокарди кабилардан тез-тез дифференциация килинади.

Уткир панкреатит. **Ошқозон** ёки 12 бармокли ичак перфоратив **ярасидан** куйидагилар билан фаркланади, «Ханжар» симон огрикларнинг тусатдан пайдо булиши. Шунингдек беморларни кузгатмасдан ёткизишига харакат килади, панкреатитда беморлар одатдагидек хотиржам булмайдилар. Панкреатитдан фарк килган холда факатгина кусиш характерли симптом булиб хисобланмайди. Корин бушлигини обзор рентгенография килганда, диафрагма остидаги газ, диагностик гумониарни бартараф килади. Уткир панкреатитни, ошқозон орка деворининг перфоратив ярасидан дифференцирлаш кийин, қачонки ошқозон таркибидаги суюклик ёгли суммага тушса ёки кичик эгрилиги яраси кичик салпинга утса. Шунини айтиш керакки, конда ва сийдикдаги амилаза микдори, перфоратив ярада муҳим ахамиятга эга эмас, чунки у 12 бармок ичак суюклиги билан ортикча микдорда корин бушлигига тушади, кейин эса конда резорбция килинади. УТТ ва лапароскопия ёрдамида сунги бор диагностикалаш мумкин.

Уткир панкреатитни, **ошқозон ёки 12 бармок ичак пенетратив яраси** симуллаши мумкин. Бундай холларда яра касаллиги кузгалиши симптомларга ахамият бериш керак. Лекин амилаза микдори конда ёки сийдикда купайса ва уткир панкреатитга ҳам шундай булса, уни учуриш мутлақо мумкин эмас.

Уткир ичак утказмаслиги, уткир панкреатит каби огрикли синдром, куплаб кусиш билан характерланади. Лекин панкреатитга фаркли равишда, уткир ичак утказмаслиги – огрикнинг дардсимон булиши, корин деворида ичакнинг перистальтикаси кучиниши, уларнинг жарангли ва резонирли булиши билан характерланади. Ундан ташқари, ичак утказмасликда амилазурия булиши мумкин, шунинг учун лаборатор тестлар муҳим ахамиятга эга эмас.

Холициститни уткир панкреатитдан дифференцировка килиш жиддий муаммо хисобланади. Яъни тарқалган перитонит симптомлари булганда, асосан улар қари ёшидагиларда ккуп учрайди. Бунда унги ковулга томонда огрик сезилади. Унги курак ва унги елкага огрик берилади, каттарган ут пуфаги палпация килинади, огриклар асосан чап елкага берилади. Диагностик муоммолар ферментатив диагностикасида ва УТТ, лапароскопияда каралади.

Холедохада клиник кучинишлар уткир холецистопанкреатитга тугри келади: огриктан бемор чарчайди, мажбурий холатда булади, узига жой тополмайди, огриклар кориннинг тепа қисмида хосил булади. Куп марталаб кусиш, сариклик синдроми ривожланади, холангит ва динамик ичак етишмовчилиги ривожланади. Бунда мускуллар таранглиги ва Щёткин- Блумберг симптоми кориннинг тепа қисмида мусбат булади. Оптимал алгоритм диф-диагностика билурибин ва унинг

фракцияси аникланади. Ишкорли фосфатазининг АлАТ Ас АТ, УТТ эндоскопик ретроград холангиографияни бажариш, экстракт конкремент папиллома ривожланиши.

Уткир оклюзия (тромбоз, эмболия) мезентерал томирларда УТТ уткир панкреотитдагига нисбатан ёши утганларда ривожланади, яъни юрак касалликлари, мерцал аритмия касалликлари булганда. Бунда коринда огрик тез ривожланади, гастродуоденал яра перфарациясидагидек, бунда огрик ва мушаклар таранглиги хар хил булиши мумкин. Лейкоцитоз $20-30 \times 10^9$, стулда (ахлатда) кон аралаш шиллик топилади.

Анимазурия ва ЛДГ активлиги диф-диагностикада ичак некрозидагидек ошади. Диагностик гумонлар лапароскопия ёки ангиографик текшириш натижасида йуколади.

Йиртилишлар (таркалишлар) корин аортаси аневризмасида, ўткир панкреотитдан фарқи, касалликнинг уткир бошланиши билан фарк килинади. Ички кон кетиш симптом билан характерланади ва геморрагик шокдагидек шароитидагидек: хушининг йукотиши, бош айланиши, тургар гипотония, уткир анемия билан кузатилади. Корин бушлигида катта хажмдаги пульсация сезилади. Бунда систомик шовкин сезилади

Аналогик характердаги шовкин, сон артериясида хам эшитилади. Диагностик гумонлар- УТТ аорта катнашуви билан, корин бушлиги, ангиографик кузатувлар билан гумон рухсат берилади.

Диф-диагнознинг миокард инфаркти ва уткир панкреатитда ЭКГ анализи, биохимик изланишларга биноан килинади.

Шуни эсда саклаш керакки, панкреонекрознинг огир формаларида ЭКГ да узгаришлар кузатилиши мумкин.

Панкреонекрозда ЭКГда юрак мушакларида функционал узгаришлар булади (Т тишчани 2 ва 3 учларидан депрессиялар.) Агар диогностика, гумонлар очилмаса УТТ ёки лапароскопия килинади. Овкат токсикоинфекциясидан фаркли равишда гастроэнтероколит симптомлари юзага чикади, ичаклар парези, гипотензия ва энцефалапатит панкреонекроз борлигидан далолат беради. Охирги текширишлар фермент диогностикаси, УТТ ва лапароскопия утказилади.

Якунловчи аник диагнозни, корин бушлигини органларини обзор рентгенографиясини килганда куйиш мумкин (ичакда куплаб суюклик микдорини аниклаш.)

Уткир панкреатитда йугон ичак пневматизацияси «клойберг косача» лари йуклиги, характерлидир. Дифференциал диагностиканинг кийин дамлари бу уткир панкреатитни (шишли формаси) уткир аппендицитдан фарклаш касаллик симптомлари яхши намоён булмаган, ёки чувалчангсимон усимтанинг оркада – бел сохасида ёки ут пуфаги ёнида жойлашуви.

Бу холларда УТТ, лапороскопия ва лаборатор ферментатив диогностика мухим рол уйнайди.

УТКИР ПАНКРЕАТИТ ОГИРЛИГИНИ БАХОЛАШ

Объектив текшириш билан беморларни уткир панкреатит огирлигини албатта тугри ва аник даво ташхиси куйилиши керак.

Кечиш огирлигини бахолашда уткир панкреатитда касалликнинг клиник дифференциациясини панкреонекроздан корин бушлигини ва бошка органлар бузилишларини (юрак, упка, жигар-буйрак, церебрал, метаболит етишмовчиликларида) фарк килинади.

Асоратланган (объектив) уткир панкреатитнинг кечиши бунда яккол яллигланиш симптомлари характерли эмас, системали гемодинамикасининг бузилиши органлар системасини кам микдорда зарарланиши кузатилади, беморни консерватив даволаганда бемор ахволи 12-24 соатда яхшилана боради. Огирлашганда эса ошкозон ости безини шиши кузатилади. Бу формаси учун перитонит белгилари хос эмас, бунда беморларнинг ярмида гастродуоденал белгилари куринади. Шишли формасида яккол огрик ва енгил бузилишлар аник даражада тугри кела олмайди. (Кам микдорда ТХ, нормотензия, кон анализлари нормал курсаткичлари, гиперамилаз ва липоземия, диастазуриядаги коннинг биохимик анализи). Куп кузатишлар шуни курсатадики, чегараланган панкреонекроз (кичик ёки катта учокли) паранкреал тукумани умумий эгалламаганда клиника интерстицион панкреатитга хос булади. Давом этувчи алкоголь интоксикацияси, сурункали гепатит, кандли диабет, жигар циррози, юрак етишмовчилиги фонида ривожланадиган уткир интерстициал панкреатит, огрик синдроми ва ошиб борувчи полиорган етишмовчилиги билан характерланади, бу диагностик хатоликга ва хирург тамонидан шошилиш операция утказилишга сабаб булади.

Панкреонекрозда касал ахволи урта огир ва огир булиб, системали яллигланишлар гемодинамик ва полиорган бузилишлар, «уткир корин» симптомлари : таркалган перетонит, ошкозон-ичак тракти тургун парези кузатилади. Фаркланувчи симптомлари: хушнинг карахтлиги, эйфория, демерий, юз гиперемияси, тери ва шиллик пардалар куруклигининг ошиши, хинсираш, НХЧ-20та мин-га, ЮКЧ 90 зарбдан ортик мин-га, гипертермик 37,6 °Сдан юкори, гипотения, олиго ёки анурия.

Куйидаги шишнинг синдромлар чукур гемостатик бузилишлар ва бемор ахволи огирлиги орасида богликлик яратади:

1.Респиратор_НХЧ 26 тадан юкори мин-га, Ра О_х 65 сим. уст.паст, рентгенда катталар респиратор дистресс-синдроми (упка шиши)ва экссудатив панкреатоген плеврит белгилари.

2.Гемодинамик НХЧ 110 мин/ зарбдан юкори, систолик АКБ 90сим. Ус паст. Вазопрессорлар кулланилиши талаб клинади; ОЦИ нинг 1,5 л дан ортирокка камайиши (N 4-4, 5л), Нв-150г\л ва гематапритнинг 50%(N 45 %) дан ошиши.

3.Динамик ичак тутулиши куп марталик кусиш ичак шовкиннинг (йуклиги) сусайиши, рентгенда кундаланг чамбар ичак пневматози ва диафрагма харакатининг чегараланиши.

4.Перитониал: корин олд девори мускуллари регидлиги ёки таранглиги, лапороскопияда корин парда орти тукимаси ферментатив (ёки йирингли)перитонити ёки геморрагик имбибицияси.

5.Септик:лейкоцитоз $16 \times 10^9/\wedge$ дан юкори, гинертермия 38°С дан балад, таёкча ядроллар хисобига чапга силчиш 10% дан ортик.

6.Гипер ёки дисферментемия: гиперамилазлипоземия.

7.Жигар: ЛДГ ,АсАТ, АлАТ, умумий билирубин микдорини ошиши, гипопратеинемия.

8.Метаболик: гипокальциемия: асослар камлиги билан келувчи метаболик ацидоз.

9.Буйрак:олегоурия, азотемия, гиперкреатинемия.

10.Гемокоагуляция: гипер-/гипокоагуляция, ДВС –синдром.

Панкнеонекроз клиник симптомлари орасида ахамиятлилари: полиорган бузилишлар панкреатоген шок, перитонит, динамик ичак тутулиши, дис-ва аферментемия, гипергликемия, гипокальциемия ва гемоконцентрациядир.

Касалликнинг бахоланишида **иккинчи этапни** клиника-лабаратор критериялар ташкил этади, уткир панкреатитлар физиологик холати хакида билиш шкалада бахоланади.

Уткир панкреатитдаги бемор умумий ахволи баллик системада бахолаш учун купгина лаборатор критериларни жойлаган балли система шкала ишлатилади. Куп таркалган системалардан бири Ranson ва Urmie, Glasqow шкалаларидир.

Уткир панкреатидаги бемор огирлик даражасини бахолаш учун Ranson (1974 йил) шкаласи.

ганда	питализациядан 48 с кейин
шдан юкори	токритнинг 10% дан оширок камайиши
да глюкоза >11 миколь/л	икдори 2миколь /л дан ошиши
>350 I V /л	г, мочевино концентрацияларининг 1,8ммоль /лдан ошиши.
T >250 IV />	клик ушланиши >Са
	2 СеО мин. сим. Уст. Дан паст
социтоз > 16x10 ⁹ /^	лар дефицити Н мэвн /^

Изох: IV – халкаро бирликлар.

Ranson ва Urmie шкаласи буйича 3 ва ундан юкори балл панкреонекроз учун характерли.

Бу системалар стандартланган шкалалар булиб панкреатологияда клиник чегараланиш билан кулланилади, чунки касал госпитализациясининг 48 соатдан кейин кон биохимияси тахлиллари кийинчилик тугдиради ёки умуман маълумот беролмайди. Уз навбатида АРАСНЕ II шикаласи узининг аниклиги ва прогностик ахамиятга кура клиникада кенг кулланилади. АРАСНЕ II буйича 6 балда ошик белгиларда уткир панкреатитнинг огир шакли (панкреонекроз) ривожланади, 13 баллдан юкори булганда касаллик фетал ривожлангани аникланади.

I mgie (Glasqow) (1984) шкаласи. Уткир панкреатит билан огриган беморнинг огрилик даражасини бахолаш учун.

гериялар	сатгичлар
	ёш
коцитоз	$\times 10^9/\wedge$
глюкозаси	ммоль / \wedge
мочевина	ммоль / \wedge
2	мм. см. уст.
	ммоль / \wedge
	0 IU / \wedge
Г /АлАТ	0 IU / \wedge
умин	г/ \wedge

Касалликнинг огирлик даражасини характерлаш учун биохимиявий курсатгичлар булиб, С – реактив оксил концентрацияси, АДГ ва кон прокалцитонин концентрацияси хисобланади.

Учинчи этап ошкозон ости бези, корин парда орти клетчаткаси ва панкреанекрозда корин буцлигининг зарарланишнинг таркалиш даражаси (чегараланган, таркалган) ва характери (стерил, инфекцияланган инструментал диагностика методлари УТТ, лапороскопия, КТ, МРТ) тахлили натижаларига асосланган.

Купчилик кузатувчилардан стерил ва инфекцияланган панкреанекроз уртасида клиник чегара йуколган (асосан ошкозон ости безининг таркалган характерли зарарланиш ва корин парда орти клетчаткасининг зарарланиши), бу эса барвакт, касалликнинг инфекцион фазасигача булган даврда асосланган операцияларни хамма вақт бажариб булмаслиги ёки панкреотоген инфекцияни уз вақтида ташхис куймаслик оқибатида кечикиб операция қилишга сабаб булади. Бу вақтда корин парда ортида локолизациясида суюкликни пункцион биопсия қилинади, УТТ ёки КТ назорати остида-кечиктирилмасдан ва бактериологик кейинчалик материал текширилади. Методнинг сезувчанлиги ва спецификлиги УТТ назорати остида 88% ва 90% ни ташкил қилади. Бу кам инвазив ва хавфсиз (асоратлари минимал).

Даволаш

Уткир панкреатит билан огриган беморларни даволаш тактикаси касалликнинг клинко-морфологик шакли, яллигланиш ва некротик жараёнининг ривожланиш фазаси бемор ҳолатининг огирлик даражаси билан аникланади.

Уткир интерстициал панкреатит паталогик процесснинг абортив шакли булиб, хирургик даво талаб қилинмайди. Инфекцион фазагача интерстициал панкреатит ва стерил панкреанекроз даволаш босқичлари интенсив консерватив терапиянинг умумий принциплари асосида тузилган, бу қуйидагилардан иборат:

- 1) ошкозон ости бези, ошкозон, 12 бармокли ичак секрециясини пасайтириш,
- 2) ферментли токсиномияни сусайтириш,
- 3) гиповалемия, сув-электролит, метаболик бузилишларни ликвидация қилиш,
- 4) ут чиқарув ва панкреатит йуларнинг гипертензиясини йукотиш,
- 5) коннинг реологик хусусиятини яхшилаш ва микроциркулятор бузилишларни камайтириш,
- 6) гипоксемияга қарши кураш,
- 7) ошкозон-ичак тракти парезини даволаш,
- 8) огрик синдромини бартараф этиш.

Бемор ҳолатини хисобга олган ҳолда, ифодаланган системали яллигланиш реакцияларини ва полиорган етишмовчилигига асосланган, деструктив панкреатит билан огриган беморларда комплекс терапия қилинади, интенсив терапия ва реанимация булимларига олиб қелинади.

Даволаш сув-электролит балансини мувозанатлаштиришдан бошланади, изотоник эритма, гипокалиемияда К С1 препаратлари қуйилади. Дезинтоксикация мақсадида инфузион терапия форсирланган диурез режимида олиб борилади. Уткир панкреатитда коннинг плазмаси йукотилган

хисобига ЦКХ, (ОЦК)дефицити келиб чиқади, бунда табиий оксилларни киритиш муҳим (янги музланган плазма, альбумин препаратлари).Инфузион моддани адекват хажмининг критерияси ЦКХ ва гематокрит курсаткичининг марказий веноз босимининг нормаллашиши бўлиб хисобланади. Микроциркуляция ва кон реологиясининг тикланишга реополиглукин билан трентал тавсия қилиш билан эришилади. Ошқозон ости беги функциясини сусайтиришга йуналтирилган даво параллел олиб борилади . Биринчи навбатда «физиологик тинчлик » яратиш 5-7 сутка. Овқат емаслик билан эришилади. Панкреатит секрециянинг эффектив пасайиши назогастрал зонд орқали ошқозон-таркиби аперацияси,ошқозонни совуқ сув билан ювиш орқали эришилади (локал гипотермия). Ошқозон секретари кислоталилигини пасайтириш мақсадида ишкорий ичимлик ва ошқозон секрециясининг H₂- блокаторлари (фамотидин, ранитидин) ёки омепразол препаратлари тавсия қилинади.,Гастропанкреатодуоденал зоналар органлари секретор активлигини пасайтириш учун самотостатиннинг синтетик аналан антреотид ацетат кулланилади, бу препарат базал ва стимулланган ошқозон ости беги , ошқозон, ингичка ичак секрецияси кучли ингибитори цитокиногенез,спланхнитик кон айланиши регулятори (препаратининг цитапротектив эффектига асосланган холда панкреонекрозни патогенетик даволашда кулланилади) хисобланади. Онкреотид ацетатнинг суткалин дозаси 300-600 мг/суткада 3 марта т/о ёки в/и га юборилади. Терапия давомийлиги 5-7суткани ташкил қилади (актив гиперферментемияга мос қоида).

Биринчи 5-7 суткаларда энзим токсинемияни ликвидациясида протеаз ингибитерлари: атропинин (контрқал) в/и томчилатиб қуйилади, бошланғич дозаси 350000 АтрЕ (трипсин инактивацияси бирлиги), кейинчалик 140 000 АТрЕ хар 4 соатда: атропинин (Гордекс) в/и томчилатиб, бошланғич дозаси

500 000 ED, 50 000 ED тезлик билан кейин хар соат қушимча 50 000 ED бемор холатини яхшилаш учун 3 кундан кейин суткалик доза 300 000-500 000 ED ни ташкил қилади.

Системали дезентоксикация мақсадида экстракорпорал методлар: кон плазмафорези, ультрафильтрацияси кулланилади.

Панкреонекрознинг инфидирланган асоратининг касаллик ривожланишининг кечки фазалари юқори леталликнинг асосий сабаблари бўлиб қолади. Шунинг учун панкреатоген инфекцияларда рационал антибактериал профилактика ва терапияни утказиш (асосий)етақчи патогенетик ахамиятга эга. Паралитик ичак тутилишига қарши эффектив кураш (назогастраласпирация, ичак моторикасининг медикаментоз ва электрик стимуляцияси)профилактикасининг одатий тадбирларидан хисобланади ,лекин асосий ахамияти антибактериал препаратни тугри танлаш ва уни критик режими хисобланади.

Микробиологик текшириш курсаткичлари панкреонекрозда антибактериал препаратларни танлашнинг асоси хисобланади., қайсиқим панкреатоген инфекция кузгатувчилари –Гр (+) Гр(-) аэроб ва анаэроб микроорганизмларига қарши курашади. Бу панкреонекрозда антибактериал профилактика ва терапияга мос келади. Антибиотекларнинг эффектив таъсирининг зарурий детирменанти бўлиб уларнинг гемапанкреатик барьердан ошқозон ости беги тукимасига селектив кириш хусусияти хисобланади.

Панкреанекроз, диагнози антибактериал препаратларни тавсия қилишни талаб этади, кузгатувчилар зарарланган зонада эффектив бактерицид концентрация яратувчи бўлиши керак. Шишли панкреатитда антебактериал профилактика қарши курсатма.

Антимикроб воситаларни танлаш ҳам профилактик, ҳам даволаш мақсадида кулланилади, карбапенеллар, цефалоспоринлар (III,IV) метронидазол цефилоспоринлар, ингибиторлардан химояланган пенициллинлар (пинерациллин / тазобиктал, тинарциллин /клавулант).

Метаболик дистресс- синдром, гиперметаболик реакциянинг ривожланиши сифатли порентерал озикланишни (глюкоза эиртмалари ,аминокислоталар эритмалари) узок вақт утказиш учун асос хисобланади. Ошқозон ичак тракти функциясини танлашда панкреанекроз билан огриган касалларда назоеюнал зонд орқали (эндоскопик йул билан) ёки хирургик операция вақтида энтерал озиклантириш (озик аралашмалари) қулай

Панкреонекрознинг хирургик давоси.

Панкреонекроз билан огриган беморларни хирургик даволашнинг принципи касаллик ривожланишининг фазасига, унинг клиникоморфологик даражасига ва касалликнинг давомийлигига мос равишда операцияни танлашга асосланган.

Ошқозон ости беши ва корин парда орти клетчаткасининг турли қисмларининг некротик зарарланиши тарқалишининг турли даражаси хирургик тактиканинг куп қиррали вариантлари билан аниқланади. Бу операцияга курсатма, операциянинг давомийлиги, транскутал ва лапаратом методикаларини кетма-кет куллаш хирургик дастурлар, ошқозон ости беши ва ут чиқарув системаси операцияларининг турлари, корин бушлиги ва корин парда орти бушлиги дренажлаш, қайта некрва секвестэктомия режимига тааллуқлидир.

Панкреонекрознинг **инфицирланган формаси** полиорган зарарланишларнинг даражасига қарамадан оператив даволашни талаб қилади. Акс ҳолда касаллик летал оқибат билан тугаши эҳтимолидан холи эмас.

Стерил панкреонекрозда, асосан чегараланганда, операция мажбурий тадбир ҳисобланади, яъни консерватив дезинтоксикацион тадбирлар ёрдам бермаган ҳолларда. Шунинг учун консерватив ва хирургик даволаш тактикасининг асосий принципи кузат ва кутиш пазицияси ҳисобланади.

Стерил панкреонекрозда **операцияга курсатма** булиб комплекс консерватив даволаш фонида полиорган етишмовчилигининг ривожланиши ёки сақланиб туриши, корин бушлигини лапораскопик дренажлаш ёки УТТ ёки КТ контроли остида корин парда ортида суюқликларни трансудат дренажлаш ҳисобланади.

Ферментатив перитонит ривожланиши билан асоратланган уткир интерстициал панкреатит ва стерил панкреонекроз лапораскопик санация ва корин бушлигини дренажлашга курсатма ҳисобланади. Лапоратомия операция ферментатив перитонитда касалликнинг инфекция фазасигача булган даврда шошилиш равишда асосланган даволаш тадбири ҳисобланади.

АДАБИЕТЛАР:

- 5 Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик.
2. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: Медицина, 2000.
3. Каримов Ш. И. Хирургик касалликлар. Ўқув адабиети. – Тошкент. «Ибн Сино», 1996 г.

Интернет маълумотлари:

1. www.mediasphera.ru,
2. www.links.spinet.ru,
3. www.medlinks.ru,
4. www.medinform.net,
5. www.medlain.ru.

Мавзу: 9

Жигар ва ут халтасини хирургик касалликлари. Жигарни паразитар ва нопаразитар хирургик касалликлари. Таснифи. Жигар функционал ҳолатини бузилишида (цитоллиз синдроми, холестаза синдроми, жигар хужайраларини етишмовчилик синдроми, яллигланиш синдроми). Даволаш принциплари. Хамширалик парвариши.

2-мавзу	Уткир холецистит ва унинг асоратлари. Этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.
----------------	---

2.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Ахборот, визуал маъруза, “Инсерт”, “Венна” диаграммаси техникасини қўллаган ҳолда.
Маъруза машғулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1.Уткир холецистит ва унинг асоратлари ҳақида тушунча; 2.Этиологияси; 3.Патогенези; 4.Классификацияси; 5.Клиник кечишини; 6.Текшириш усуллари; 7.Дифференциал диагностикаси; 8.Замонавий даволаш усуллари.
Маъруза мақсади: Талабаларни уткир холецистит ва унинг асоратлари билан таништириш. Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, классификацияси, клиник кечиши, симптоматикаси тўғрисидаги билимларни чуқурлаштириш ва умумий даволаш усулларини қўллай билишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: <ul style="list-style-type: none"> - Уткир холецистит ва унинг асоратлари ҳақида тушунча бериш; - Бу касалликлар этиологияси, патогенези билан таништириш; -Уткир холецистит ва унинг асоратлари классификацияси билан таништириш; - Клиник кечишини ёритиб бериш; - диагностика усулларини тўғри бажаришни, даволаш усулларини тўғри танлашни ўргатиш. 	Ўқув фаолиятининг натижалари: <p>Талаба:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Уткир холецистит ва унинг асоратлари ҳақида тушунча оладилар; - Бу касалликлар этиологияси, патогенези билан танишадилар; - Уткир холецистит ва унинг асоратлари классификациясини билиб оладилар; - Клиник кечишини тушунадилар; - диагностика усулларини тўғри бажаришни, даволаш усулларини тўғри танлашни ўрганадилар.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Визуал маъруза, инсерт,

	блиц-сўров, презентация, аклий хужум.
Ўқитиш воситалари	Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар, доска, бўр.
Ўқитиш шакли	Индивидуал, фронтал, гуруҳий ва жуфтликда ишлаш.
Ўқитиш шарт-шароити	Мультимедия, компьютер билан жихозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологик картаси (2-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Уткир холецистит ва унинг асоратлари. Этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (5 мин.)	1.1. Дарснинг аввалида талабаларга маърузалар матни ва ўқув топшириқларини тарқатади (1-илова). 1.2. Машғулот мавзусини эслатади ва	1.1. Эшитадилар ва маъруза матнини оладилар.
2-босқич. Билимларни и фаоллашти риш (10 мин)	2.1. Жуфтликка ажралишларига топшириқ беради. Маъруза матн ва ўз нуқтаи-назаридан, буйрак усти беги анатомияси, бўйича жуфтликларда муҳокама қилиш ва саволларга жавоб беришни таклиф этади. Блиц-сўров ўтказилади.	2.1. Топшириқларни бажаради, муаммоларни жуфтликда муҳокама қилади, саволларга жавоб беради.
3-босқич. Асосий (65 мин.)	3.1. Маъруза матнидан келиб чиққан ҳолда қуйидаги саволни ўйлаб кўришни тавсия этади. – Ут пуфаги ва жигардан ташкари ут йуллари анатомияси? 2 киши бўлиб саволни муҳокама қилишни тавсия этади. 3.2. Уткир холецистит касаллиги туғрисида фикр юритишни таклиф этади. Бу савол бўйича камчиликларни тўлдиради, хатоларни тўғрилайди ва хулоса чиқаради. 3.3. Уткир холецистит касаллигининг қандай классификацияси бор? 3.4. Уткир холецистит касаллигининг қандай текшириш усулларини биласиз? Саволига мисоллар ёрдамида жавоб беришни сўрайди.	3.1. Маъруза матнидаги белгиларга эътибор берадилар. 3.2. Саволга жавоб берадилар. “Инсерт” жадвалини тўлдирадилар. 3.3. Саволни муҳокама қиладилар ва жавоб берадилар. 3.4. Мисоллар келтирадилар.
4-босқич. Яқуний (10 мин.)	4.1. “?” белгиси қўйилган ноаниқ қолган саволларга жавоб беради. 4.2. Мавзуга хулоса қилади ва фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.	Эшитадилар, ёзиб оладилар.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чикиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан кўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади.

Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарк қилинади: ўн икки бармоқ ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармоқ, ичак юкори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости бези бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармоқ ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармоқ, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармоқ ичакларига боғлиқ эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сизими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандиқли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиқсимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўўткир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилиқ, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилиқ пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилиқ парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бурмалар Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 - 2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айни вақтда Одди сфинктерининг бўшашишини вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишкорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайдди, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўлларининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар қуйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, сарикликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариклик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усуллари билан беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оксил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъий назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўлларининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўллари рентген контраст текширишдан иборат. Хозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сурғичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўллари пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сариқликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўллари манометрик текшириш - холангиоманометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобиляти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўллари ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги ҳосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўллари эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сариқликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сурғич ҳолатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар ҳисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида ҳосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғриқ аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғриқ хуружи пайдо бўлишига ўт пўфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб

қолиши сабаб бўлади. Оғриқ, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал сохада жойлашган бўлса, бел сохасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айнаши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечиришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфағи проекциясида кескин оғриқ пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализида лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлиқ ва симиллаган оғриқ бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандиқли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфағи истисқоси, ўт пуфағи эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфағидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтағи сохасида яра бўлиб, ўт пуфағи билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандиқли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандиқли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқшининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегестив оқмалар. Ўт пуфағида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфағи билан перихолециститга узвий боғланган яқин жойлашган қавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфағи билан меъда ўртасида ёки ўт пуфағи билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегестив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфағининг меъда ости беши йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфағига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян ахамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заминида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи ахамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ульטרатовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллари ульטרатовуш яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1қ2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин каторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилиш хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариклик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариклик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариклик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сарикликнинг учта асосий типни фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариклик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариклик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариклик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тугилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариклик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сарикликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўллари бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сарикликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типни бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо

бўлади, баъзан сариқлик ўткир холецистит заминда вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариқлик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат очик рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса ахолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сариқликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сариқликни кўзғатган касаллик характерига боғлиқ. Бу хол сариқлик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сариқликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сариқликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларига катта ўрин берилади.

Механик сариқлик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариқлик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал қолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сариқликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг ахволини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариқлик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал қолатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисидан радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариқлик, холангит ходисаларини қамайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўллари ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариқлик хавфли касалликларга боғлиқ, бўлса, хатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сариқликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар ахволининг ниҳоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоегуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишкор қолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характерига кўра ўт йўллари катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки

тиқилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташки дренажлаш бажарилади: катетер обструкция сохаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледохда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташки-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш хосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ҳодисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташки-ички катетернинг ташки учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга утказилади. Хар куни ўтни бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сурғич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминиде тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодесоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Хозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жахон амалиётида экстракорпорал лиготрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлқинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сариқликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли хисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

Эхинококкоз — оғир паразитар касаллик булиб, куп сонли беморлар ва емик учоклар бор булган купчилик мамлакатларда хозирги вақтда ҳам дий тиббий ва халк хужалиги муаммоси булиб колмоқда.

Ўзбекистон эхинококк буйича эндемик учок хисобланади ва ахолининг нококк билан касалланиши даражаси хар 1000 кишига 6-9 киши тугри келиб хозирги вақтда бу курсаткичнинг камайиши кузатилгани йук. Ресликада эхинококк буйича операциялар микдори йилига 1-1,5 минггач

Эхинококк кузгатувчиси тасмии чувалчанг-*Echinococcus grwulosus olphi* булиб, эндопаразитлар хисобланади. Жинсий жихатдан етуклик Кишида бу чувалчанглар Йирткич хайвонлар Итлар бурилар нинг ингичка ичагида яшаса, личинка-пуфакча боскичида эса йирик найда шохли хайвонлар ва одам организмиде паразитлик килади.

Эхинакокк пуфаги киста шаклида булиб, фиброз капсула билан уралган була- ди. Фиброз капсула паразитнинг доимий узиши туфайли организм тукумасида буладиган реактив узгаришлар хисобига ривожланади. Паразитнинг узи эса 2 та каватдан иборат — ички (герминатив) ва ташки хитин { еки кутикуляр) каватлар. Фиброз капсула хитин кават билан мустахам боғланмаган. Эхинококк кистасининг бушлиги озиклантирувчи суюклик билан тулган булиб, унда киз пуфакчалар, сколекслар, чиқарувчи капсулалар сузиб юради. Баъзан чиқарувчи элементлари булмаган жинссиз эхинококклар ҳам учрайди.

Эхинококк кистаси ривожланишида атроф тукумани сиқиб, унинг бирор юзасига буртиб чиқади, бу эса орган тукумасининг атрофиясига олиб келади. Кистанинг яшаш вақти уртача 10-20 йил хисобланади.

Йирик ва майда шохли хайвонларнинг касалланиши одамларнинг касал- ланиши дилан бир хил кечади. Итлар, бурилар ва шакаллар эса органлари эхинококк кисталари билан касалланиб улган еки суйилган хайвонлар орқали утади.

Эхинококкоз юкадиган асосий гуруҳдаги одамлар, уй хайвонлари би- лан муносабатда буладиган шахслардир. Бу гуруҳга уй бекалари, кишлак болалари, сут соғувчилар, мол боқувчилар, чупонлар, гушт комбинати иш- чилари, тери шилиш ва кайта ишлаш сохасидаги ишчилар қиради. Еупинча бу патология аелларда кузатилади.

Эхинококкознинг кечиши хар хил. Баъзан симптомлари кам холда кеч- са, бошка холларда киска вақтларда прогрессив шикоятлар пайдо булиб ривожланади, башка 3 чи холларда эса кучли ривожланган уткир холатлар билан кечади. Эхинококкоз кечишининг А.Б.Мельников буйича 3 та боскичи кузатилюди.

Биринчи - латент боскичи. Паразитнинг организмга инвазиясидан кейин 5 йилгача булган давр булиб, бу вақтда ҳеч қандай шикоятлар ва касаллик белгилари Кузатилмайди. Бу боскичда касаллик профилактик тек- ширувларда, бошка касаллик буйича мурожаат қилганда еки операция пай- тида аникланади.

Иккинчи — клиник белгилари намоен булган боскич; бу: давр касал- ликнинг биринчи белгилари намоен булган пайтдан бошлаб, то у еки, бу асоратлар келиб чиққнгача булган даврни уз ичига олади.

Учинчи — асоратлар даври; Энг куп учрайдиган асоратлар жуьласи- га кистанинг бирон эркин бушликка еки ковак органларга ерилиши кира- ди.Баъзи холларда кистанинг асорати, унинг клиник жихатдан биринчи

унинг суюклигининг корин еки плевра бушлигиги, бронхларга, ут йул- ларига, кон томирлари ва бошкаларга куйилиб тарқал>ппи хисобланади. Шу ки айтиш керакки, кистанинг ерилиши купли аллергия реакция билан намоен булади, яъни титрок, каварчик, анафилактик шок белгилари хосил булади.

Эхинококк киста ерилишининг энг хавфли томони шундан иборатки, таркибида сколекс ва онкосфералар саклаган киста суюклиги корин еки плеврал бушликка тарқалиб кетти еки кон томирлари орқали башка орган ва туқималарга етиб боради. Натижада организмда унлаб, юзлаб ва минг- лаб эхинококк кисталар ривожланиб беморнинг касаллиги оғирлашади.

Киста ичидаги махсулотнинг улиши еки шамоллаши энг куп учрайдиган асоратлардан хисобланади. Кистанинг халок булиши хар доим хам касал- ликнинг тузалишига олиб келмайди, балки оғир асоратлар кузатилиши мум- кин.Баъзан бу асоратлар — паразитнинг улиши, кистанинг йиринглаши ва ерилиши биргаликда кушилиб беморнинг ахволини оғирлаштиради.

Эхинококк диагностикасида куйидаги усуллар мавжуд: Умумий клиник лаборатория, рентгенологик, изотоп, ултратавуш ва махсус инструментал, серологик текширувлар.

Кон томонидан узгаришлар Доимий ердамчи, тулдирувчи усул сифатида кулланади.Энг куп учрайдиган узгаришлар жумласига эозинофил- лар микдорининг ошиши, ЭЧТ (СОЭ) нинг ошиши, лейкоцитлар микдорининг кутарилиши, асосан эхинококкнинг асоратларида кузатилади.

Эхинококк диагностикасида иммунологик текширувлар катта ролни уй- найди. Хозирги вақтгача шу мақсадда 1912 йилда Кацони тавсия қилган, тери орасига куйиладиган синамадан фойдаланилар эди.Аммо бу усул кул- ланилганда анафилактик шок каби ножуя реакцияларнинг кузатилиши бу усулдан воэ кечишга олиб келди. 1960 йилда А.Fischmans зоооааз тавсия қилинган латекс аггютинация усули организм учун зарарсиз ва зффек; тив булиб, 9БХ холларда аниқ маълумот беради.Эхинококкда иммунологик диагностиканинг ишончлилиги икки хил серологик реакцияларни биргаликда олиб борганда ошади. Буларга латекс-агглютинация ва 'билвосита гемаггю- тинация реакциялари киради.

Эхинококкозда, айниқса упкалар зарарланишида рентгенологик текши- рув усули энг асосий ва зарурий усуллардан хисобланади. Шу мақсадда куп позицияли рентгенскопия ва графия, томографиядан аникланади. Аҳолини профилактик мақсадда еппасига флюорографиядан утказиш хам кимматли усул хисобланади.

Ультратавуш сканирлаш усули юкори аниқлик берадиган ноинвазив усул булиб, кейинги йилларда корин бушлиги органлари эхинококкоги ди- агностикасида жуда кенг кулланилади. Жигар ва талок эхинококкозида ахамияти буйича 1 чи уринда туради. Ультратавуш усули пайдо булгандан кейин радиоизотоп текширув усуллари уз ахамиятини йукотди.

Компьютер томография ядро-магнитли резонанс усуллари энг замонавий ва энг куп информация бериши билан нафакат эхинококкоз, балки ор- ган ва туқималарнинг башка хажмий хосилаиари (объемные образования) диагностикасида жуда хам самаралидир. Аммо бу замонавий аппаратуралар жуда кимматлилиги туфайли бизнинг республикамизда кенг тарқалмаган.

Эхинококкоз кайси <-охала булишидан катъий назар, уни даволаш усули хирургик усул хисобланади ва у эхинококки олиб ташлаб, орган ва тукималардаги колдик бушликни хар хил йуллар билан ликвидация килишдан иборатдир. Эхинококкозда операция канчалик эрта амыга оширилса, унинг нат-иаси шунча яхши булади. Бу постулатдан шу келиб чиқадики, эхино-кокк эрта аниклашнинг ахамияти жуда катта.

Кейинги вақтларда адабиётларда эхинококкозни консерватив даволашга оид маълумотлар босилиб чиқапти. Бу мақсадда Мебендазол (Вермокс) катта дозаларда ишлатилади. Бу даволаш усули куплаб эхинококки хирургик йул билан олиб ташлашнинг иложи булмаганда кулланилади.

Одамлар ва уй хайвонлари орасида эхинококкозни камайтириш ва йукотишда профилактика хал килувчи ролни уйнайди. Ахали орасида санитария ишларини — таркалиш йулларини, уй хайвонлари ит — одам зағжирини, шахсий гигиена коидаларини тушунтириш ишларини олиб бориш жуда зарурдир. Бундан ташкари зарур тадбирлар жумласига куйидагилар киради Эхинококкоз учокларини аниклаш ва бу зоналарнинг санитария-гигиена хо-латларини урганиш, .гушт комбинатларида ва кассобхоналарда тозаланиш саклаш, шахсий молларни суйишда ветеринария — санитария назорати, итларни систематик равишда паразит ташувчанликни аниклаш учун текшириб туриш ва уларни режали равишда дегельминтизация килиш, дайди имтларни йукотиш, эндемик учокларда аҳолини ультратовуш сканирлаш, флюорография ва серологик усуллар билан профилактик куриклардан утказиб,. турин.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ хар хил орган ва тукималарнинг эхинококк билан касалланиши орасида энг куп холларда учраб, баъзи авторларнинг маълумоти караганда 44 дан 88 гача кузатилади. Жигар эхинококкози асосан 20 — 50 ешларда энг куп (65) учраб, аёлларда эркакларга нисбатан куп 68.- 58. . Эхинококк кистаси купинча жигарнинг унг булагига учрайди.

Жигар эхинококкозининг клиник куриниши хилма хилдир. Бирламчи белгилар киста улчами катташиб, атроф тукимани сиқиб, кон томирлари ва ут йулларини эзиб куйсагина келиб чиқади. Баъзи холатларда эса бу касаллик эхинококк кистасининг асорати келиб чиқкандагина аникланади.

Симптомлар пайдо булгандаги шикоятлар: унг ковурагалар ейи остида утмас, интенсив оғриklar, оғирлик , эзилиш ва сиқилп сезгиси була- ди.Баъзан шу шикоятлар эпигастрал сохада, унг куракнинг паски кисмла- рида кузатилади. Юкоридаги шикоятлар билан бирга умумий холсизлик, иш- тара пасайиши, тез чарчаш ва хансираш кушилади. Баданда тез — тез кай- тарилувчи каварчиклар, ич кетишлар ва кайт килиш, кунгил айнаши кури- нишида аллергик реакциялар кузатилади. Объектив курилганда жигарнинг маълум бир булагига еки барча улчамлари катталашган булади. Киста жигарнинг олдинги пастки юзасида жойлашганда корин деворининг буртиб туришини, латерал сохларда жойлашганда эса ковурагалар ва ковурагалар ейининг букрга ухшаб буртиб туришини аниклаш мумкин. Пальпацияда жигар катталашган, консистенцияси зичлашган. Унинг юзасида одатда зич эластик консистенцияли еки тахтасимон зичликдаги юмалок косила пайпасланади. Баъзан флюктуация симптоми аникланади.

Жигар эхинококкозида рентгенологик текширувларнинг информативлиги кистанинг локализацияси ва холатига боглиқдир.Агар киста жигарнинг олдинги юкори юзасида еки диафрагмаости сохасида жойлашган булса, рент- генологик текширувда диафрагма унг гумбазининг юкори турганлиги, унинг харакати чегараланганлиги ва баъзи холларда унинг деформацияси аникланади. Жигарнинг охакланган эхинококк кисталари одатдаги умумий рентгенграфия ва рентгенскпия оркали аникланиши мумкин Сунъий равишда пневмоперитонеум яратиб,рентгенологик текширувда жигарнинг диафрагмал юзасида жойлашган эхинококк кисталарини диафрагма релаксацияси ва унг упка пастки буоаги усмаларидан фарклаш мумкин. Киритилган эркин газ жигар билан диафрагма орасида окиш йул куринишида булиб,унда улчами катталашган жигардан хосил булган овал — юмалок буртма оркали диафрагма манинг кутарилиб тургани аникланади.

Ультратовуш сканирлаш — жигар эхинококкозида ахамияти буйича1-чи уринда туради. Жигар паренхимасида улчами 1 см булган кисталарни хам аниклаб, унинг локализацияси, жойлашиш чукурлиги ва улчамлари, киста ичидаги махсулотнинг характери хакида тулик маълумот

беради. Компьютер томография текширувида жигар эхинококклари жигарда паст коэффициентли абсобицияли юмалок зоналар борлиги, жигар улчамларининг катталашганлиги, контурларининг деформацияси, анатомик тузилмаларининг четга сурилиши, ут йуларининг кенгайиши аникланади.

Жигар эхинококкиннинг энг куп учрайдиган асорати кистанинг йиринг-лашидир. Беморда бирдан жигар сохасида кучли огриклар пайдо булиб, жигар пальпацияда огрикли, катталашган, тана хароратининг 40-41 С гача кутарилиши гектик характерда булади. Калтираш ва куп терлаш билан интоксикация белгилари сшиб боради. Кейин септик холат кузатилиши мумкин. Бошка холатларда йиринглик ерилиб, корин еки плевра бушли-гиги йириншг таркалиб кетиши мумкин. Жуда кам холларда йиринглаган киста ташкарига еки бирон — бир ковак органнинг бушлигига ерилади (ошкозон, ичак ва бронхларга). Жигар эхинококкозининг ута хафвли асо-рати хали инфекция тушмаган тирик кистанинг ерилиши хисобланади (69%). Кистанинг ерилиб кетишига енгил травмамалар сабаб булади. Бунда киста суюклиги корин бушлигига тукилади ва анафилактик шок белгилари ривожланади : АБ пасайиб етиши, тахикардия, тери копламларининг окариши, хушдан кетиш.

Эхинококк кистаси жигар ут йуларига ерилиши хам мумкин. Бунда хи-тин кобиги ва киз пуфакчалар ут йуларига тикилиб колиб, механик сариклик келиб чиқади.

Жигар эхинококкозида дифференциал ташхис куйишда жигарнинг усма касалликлари ва кистоз хосильларни ажратиб олиш зарур: бирламчи ва метастатик рак, гепатома, ангиома, алвеококкоз, дермоид ва эпителиал кисталар, амебали ва бацилляр абцесслар. Бундан ташкари бошка бир канча жигар атрофидаги органлар — диафрагма (релаксация диафрагма ости абс-цесси), унг упка булаклари (усмалар, нопаразитар кисталар. эхинокок-коз), Унг буерак ва буйракусти бези, ут пуфаги касалликларидан ажратиб олиш зарур булади.

УПКА ЭХИНОКОККОЭИ жигардан кейин иккинчи уринда туради. Упкада битта якка киста билан бирга куплаб, икки томонлама эхинококк кисталар хам учрайди. Упка эхинококки билан бирга башка органларда айникса жигарда эхинококк учраши холатлар оз эмас.

Упка эхинококкози куп холларда симптомсиз кечади. Кейинчалик куйи-даги симптомлар пайдо булади : кукрак-кафасида хар хил интенсивликдаги ва характердаги невралгияга ухшаш огриклар булиши еки кукрак кафасида огирлик сезгиси. Упка эхинококкозида хансирашнинг пайдо булиши, улчами катта кистанинг бош бронхларни сикиб туриши еки у уканинг куплаб эхинококклари билан богликдир.

Йутал — эрта пайдо буладиган ва ахамиятли симптомлардан хисобланади, у купинча курук булади. Агар шамоллаш кушилса, унда шилимшик-йи-рингли бога ажралади. Баъзан озмикдорда кон туфлаш булиши мумкин.

упка эхинококкиннинг обьектив белгилари унинг локализацияси ва ул-чамларига богликдир. Ташки томондан бемор терисининг бироз окарганлиги, нафас олиш ритми ва чукурлигининг узгариши узатилади. Катта таранглашган периферик киста кукрак деварининг буртиб чикишига, кобургалар орасининг текисланиши ва уша соханинг нафас харакатларида кам иштирок етишига олиб келади. Киста сохасида перкутор товушларнинг бугиклашиши, нфафсининг сусайиши, агар шакалам кушилса унда упкада крепитацияланувчи хул майда пуфакчали хириллашлар эшитилади.

Упкадаги эхинококк киста рентгенологик текширувда юмалок гомоген аник контурли соя сифатида булиб, унинг атрофидаги тукима асосан узгармаган булади. Бирок, агар киста атрофидаги зичрок тукималарга тегиб турса, нотугри шаклда булиши хам мамкин. Упка эхинококкиннинг характерли белгиси — нафас олиш актида киста соясининг узгариши — Неменов симптоми дейилади. Паразит халак булиши туфайли рентгенологик текширувда эхи-нококкнинг кутикуляр кобигининг ажралиши кузатилади.

АСОРАТЛАР

Упка эхинококк кистаси йиринглаганда йуталнинг кучайиши, шилимшик йирингли балгам ажралиши, хароратнинг кутарилиши белгилари пайдо булади. Упка эхинококкиннинг бронхларга ерилиши куккидан нафас олишнинг кийинлашиб калиш ва куп микдорда тиник, шуррок суюкликнинг йутал оркали чикиб кетиши билан характерланади. Барзан бу суюкликда киз

пуфакчалар хитин кобигининг булакчалари булиши мумкин.Киста бронхга ерилгандан кейин мустакил равишда битиб кетиши камдан — кам холларда кузатилади. Хосил булган колдик бушлик инфекция тушиши туфайли йиринглаб, упка абцессига айланади.Сколексларнинг бронхиал йуллар оркали таркалиши туфайли иккиламчи эхинококкоз ривожланади.

Упка эхинококкининг плевра бушлигига ерилиши айникса огир кечади. Бунда упка коллапси булиб, коапанли пневмоторакс ривожланиши мум- кин.Киста плевра бушлигига ерилганда кукрак кафасининг уша томонида бирдан кучли огрик ва беморни кийнайдиган йутал хамида хансираш пайдо булади.Нафас ниhoятда тезлашади ва юзаки булиб, бемор совук тер билан капланади.Шу билак бир вахтда беморни хатто улимга олиб келувчи анафи- лактик реакция кузатилиши мумкин.

Объектив курилганда беморнинг ахволи ута огир, цианоз, тахикардия, паст курсаткичли АБ кузатилади. Кукрак кафасининг киста жойлашган томони нафас олишда иштирок этмайди. Перкуссияда тимпанит товуш булиб, аускультацияда везикуляр нафаснинг бутунлай йуклиги еки узига хос характерли ута суст нафас эшитилади.Рентгенологик текширганда киста ерилган тарафда холатида,плевра бушлигида хаао ва суклик даражаси аникланади, барзан хитин кобиклари хам куриниши мумкин.

Плевра бушлигини пукция килинганда хаво ва эхинококк паразитлари билан ифлосланган суюклик ажрагади.Эхинококкознинг асоратсиз ва асо- ратли шаклларининг барчаси хирургик усулда даволанади.

АДАБИЕТЛАР:

- 6 Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й.Дарслик.
2. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: Медицина, 2000.
- 3.Каримов Ш. И. Хирургик касалликлар. Ўқув адабиети. – Тошкент. «Ибн Сино», 1996 г.

Интернет маълумотлари:

1. www.mediasphera.ru,
2. www.links.spinet.ru,
3. www.medlinks.ru,
4. www.medinform.net,
5. www.medlain.ru.

Мавзу: 10

Калконсимон без ва сут бези касалликлари. Букок хакида тушунча., учраши, этиопатогенези, диагностика ва давоси.

Сут безининг дисгорманал касалликлари. Сут бези усмалари. Тушунчаси, учраши, этиопатогенези, клиник белгилари, диагностика ва даволаш

принциплари.

Фан буйича маъруза дарслар уқитиш технологияси.

18-мавзу	Кизилунгач касалликлари этиологияси, патогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, давоси, реабилитацияси.
-----------------	--

5.Маъруза машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти – 2 соат	Талабалар сони: 36 - 48 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Кириш, визуал маъруза
Маъруза машғулотининг режаси	9. Кизилунгач анатомияси; 10.Кизилунгач касалликлари(чурралари ва релаксацияси); 11.Классификацияси; 12.Клиникаси ва диагностика усуллари; 13.Беморларни консерватив оператив даволаш усуллари.

Маъруза мақсади: Талабаларга кизилунгач касалликлари келиб чиқишининг этиологик ва патогенетик омиллари тугрисида маълумот бериш, клиник манзараси, диагностикаси ҳамда дифференциал диагностикаси тугрисида тушунча ва амалий курсатмаларни ургатиш.

<p>Педагогик вазифалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Кизилунгач касалликлари ҳақида тушунча бериш; - Кизилунгач нинг анатомио- физиологик тузилиши; - Кизилунга касалликлари этиопатогенезини тушинтириш; - маъруза давомида талабаларга диафрагма касалликлари билан огриган беморлар билан мулоқат қилишни ўргатиш; - диагностика усулларини тўғри бажаришни, даволаш усулларини тўғри танлашни ўргатиш. 	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари:</p> <p><i>Талаба билиши керак:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Кизилунгач касалликлари ҳақида тушунчани; - Кизилунгач нинг анатомио- физиологик тузилишини; - Кизилунгач касалликлари классификациясини; - Бу касалликларнинг этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, клиникаси, диагностикаси, даволаш усулларини консерватив ва жаррохлик йулларини ўрганади.
<p>Ўқитиш услуби ва техникаси</p>	<p>Визуал маъруза, блиц - сўров, баён қилиш, кластер, "хайук" техникаси</p>
<p>Ўқитиш воситалари</p>	<p>Маърузалар матни, мультимедия, тарқатма материаллар, график органайзерлар.</p>
<p>Ўқитиш шакли</p>	<p>Жамоа, гуруҳ, ва жуфтликда ишлаш.</p>
<p>Ўқитиш шарт-шароити</p>	<p>Мультимедия, билан жихозланган аудитория</p>

Маъруза машғулотининг технологик картаси (18-машғулот)

<p>Босқичлар, вақти</p>	<p>Фаолият мазмуни</p>	
	<p>Ўқитувчи</p>	<p>Талаба</p>

1- босқич. Кириш (10 мин.)	1.1. Мавзу, унинг мақсади, ўқув машғулотидан кутилаётган натижалар маълум қилинади.	1.1. Эшитади, куради ва ёзиб олади.
2- босқич. Асосий (70 мин.)	<p>2.1. Талабалар эътиборини жалб этиш ва билим даражаларини аниқлаш учун тезкорсавол-жавобўтказади.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Кизилунгачнинг анатомио- физиологик тузилиши - Кизилунгач касалликлари нима? - Кизилунгач ахалазияси қандай касаллик? - Кизилунгач касалликларида асосий рентгенологик белги ? <p>2.2. Ўқитувчи визуал материаллардан фойдаланган ҳолда маърузани баён этишида давом этади Кизилунгач касалликлари ҳозирги пайтдаги долзарб муоммолари ҳақида гапиради. Кизилунгач касалликларининг патанатомияси, патофизиологияси, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақида гапиради.</p> <p>2.3. Кизилунгач касалликларини урганишида ўз ҳиссаларини қўшган олимларининг ишлари тугрисидаги тўхталиб ўтилади.</p> <p>2.4. Талабаларга мавзунинг асосий тушунчаларига эътибор қилишни ва ёзиб олишларини таъкидлайди.</p>	<p>2.1. Эшитади, кўради 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.)	3.1. Мавзуга яқун ясайди ва талабалар эътиборини асосий масалаларга қаратади. Фаол иштирок этган талабаларни рағбатлантиради.	<p>3.1. Эшитади, кўради, аниқлаштиради.</p> <p>3.2. Топшириқни ёзиб олади.</p>

НАЗАРИЙ ҚИСМ.

Калконсимон без касалликлари

Калконсимон без одам организмида энг йирик эндокрин без ҳисобланади. Лотинча номи *gl. thyroidea*, бу ном биринчи бўлиб инглиз олими Уортон томонидан 1656 йили берилган (без шакли калконни эслатгани учун грекча «Thyreos» сўзидан олинган).

Анатомияси. Калконсимон без кўриниши жихатидан капалак шаклига ўхшайди ва унинг хажми ҳамда огирлиги бир неча факторларга боглик бўлади, булар: организм жинси, ёши, климатик шароитлар, овқатланиш тури, ҳар хил эндоген ва экзоген факторлардир. Вояга етган катта одамда калконсимон без катталиги, яъни огирлиги ўртача олганда 25-30 граммни ташкил қилади.

Ўзбекистонда 40-50 г ни ташкил этади. Аъзо ўзининг энг юкори вазнига жинсий етилиш вақтида ва постпубертат даврида (25-30 ёшгача) этади, 50 ёшдан сўнг без аста - секин инволюцияга учрайди. Калконсимон без кон билан ўта кўп таъминланган аъзолар каторига киради. Чуевский номли олим томонидан шу нарса аниқланганки, 1 минутда 100 г без тўкимасидан 560 мл кон ўтади, шу вақтни ўзида бу кўрсаткич буйрак тўкимаси учун 100 мл ни, скелет мушаклари учун 12 мл ни ташкил килади.

Калконсимон без ток аъзо бўлиб, бўйин соҳасида хикилдокнинг калконсимон тогайи билан кекирдокнинг юкоридаги 3-4 тогай халкалари олдида жойлашган. Калконсимон безни шакли анча ўзгарувчан бўлиб, у кўпинча 3 та асосий бўлакдан ташкил топган. Икки ёнбош бўлаги трахея ва халқумнинг ён томонларида жойлашади. Ўнг бўлинмаси (lobus dextra) ва чап бўлинмаси (lobus sinistra) бир-бири билан туташган оралик хосил килади. Агарда оралик учрамасада, иккала бўлинмача бир-бирига зич боғланмайди. Ёнбош бўлақларининг юкори кутблари калконсимон тогайнинг ўрта кисмигача боради, бу ёнбош бўлақлар ўзаро безнинг бўйинбоги бўлган 3 чи бўлаги орқали бирикишади. 50 % холларда калконсимон безнинг 4 чи бўлаги пирамидал ўсимтаси хам бўлиб, безнинг бўйинбоғ ёки ёнбош бўлақларидан бирининг ички кисмидан бошланади. Бундан ташқари кўпинча калконсимон безнинг бу шаклидан четга чиқишлар хам бўлади. Калконсимон без зич, кизгимтир рангли аъзо бўлиб, ташки томонидан безнинг паренхимаси билан интим кўшилиб кетган фиброз капсула билан копланган. Бу капсула устида Шевкуненко буйича бўйин IV-фасциясининг висцерал варагини хосил килувчи фасциал вараг (ташки капсула) жойлашади.

Ташки ва ички капсула варақлари орасида безнинг томирлари нервлари ва калконсимон без орти безлари жойлашади. Калконсимон без олдидан ва кисман ён томонларидан фасция гилофларига эга бўлган мушуллар билан тўсилган. Энг юза жойлашган бўйиннинг тери ости мушули(m.platysma)дир.

Чукуррокда тўш тил ости мушуллари (m. sternohyoideus), орқада ва латерал томонда тўш калконсимон мушули (m. sternothyroidea) жойлашади. Калконсимон безнинг 3 та юзаси бор: ташки юзаси – бу юзасида бўйиннинг юзаки мушуллари ётади.

Ички юзаси - трахея ва кекиртакка кадалиб туради, орқа юзаси –бўйиннинг катта томирларига кадалиб туради.

Кон билан таъминланиши – калконсимон без 4 та асосий томирлар орқали кон билан таъминланади, бир жуфт юкори (aa. Thyroidea superior., dextra et sinistra) калконсимон без артериялари ташки уйку артериясидан тармокланади., бир жуфт пастки калконсимон без артериялари (aa. Thyroidea inferior dextra et sinistra) ўмров ости артериясидан тармокланади. Калконсимон без артериялари 10 % холларда калконсимон безнинг 5- ток томири (a. ima) номсиз атрерия хам бўлиши мумкин, бу томир тўгри аортадан тармокланади. Калконсимон без артериялари бир бири билан ўзаро анастомозлар хосил килади.

Веналари – ушбу калконсимон без веналари бошка аъзо веналарига ўхшаб клапанларга эга эмас, шу боисдан операция махалида веналар устидан калтис харакат килинса, дархол кўп кон йўқотишга олиб келинади. Юкори калконсимон без веналарининг юкори (v. Jugularis) венасига ёки умумий юз венасига куйилади. Пастки ва ўрта веналари ички ковак (v. Jugularis interna) венага ёки номсиз венага куйилади.

Иннервацияси – калконсимон без иннервацияси симпатик ва парасимпатик нерв тармоқлари орқали бошқарилади. Калконсимон безнинг олдинги ён ва орқа медиал юзаларидан бўйин нерв томирлари тўплами ўтади. Калконсимон безнинг нервлари 3та ганглиядан: truncus sympathicus – gangl. cervicalis superior, medium et inferior, ва адашган нерв – n. Laryngeus sup. хамда калконсимон безнинг орқа медиал юзасидан кайтувчи халқум нерви ўтади Laryngeus inf. (n. recurrens), шунингдек nn. Cardiaci ва nn. glossopharyngici шохларидан иннервацияланади. Бу нерв шохлари калконсимон без ичида хар бир томир йўли бўйлаб фолликулалар хужайраларигача етиб боради. Калконсимон без шунингдек организмнинг бошка эндокрин аъзолари каторида гипофизни тиреотроп гормон ишлаб чиқарувчи олдинги бўлаги таъсири остида бўлади ва бу бошқарув гипоталамик марказлар орқали бош мия пўстлогига алоқадор бўлади, яъни ТРГ ва ТТГ тизимида. Бу хол калконсимон безни нейрогуморал бошқарув тизими хисобланади. Гипофизни олди бўлаги гормони ТТГ калконсимон безни функциясини стимулятори хисобланади, шунинг билан бирга

буйрак усти беги пўстлоги эса без фаолиятини пасайтириб турувчи гормон ишлаб чиқаради. Калконсимон беги бошқарилишини бу мураккаб тизими беги хар хил экзо- ва эндоген таъсирларга эга бўлган ўзига хос ўзгаришларини таъминлаб туради.

Этиологияси. Кўриб чиқилганда бир канча назариялар бор: *Сув назарияси* – бу эски назария бўлиб, сувнинг ифлосланишидан ва сувдаги минераллар таркибини кўплигидан деб қарашади. Бўқокнинг келиб чиқишида минераллар бевосита таъсир кўрсатмасида, лекин билвосита таъсир кўрсатади деб қаралади.

Тупрок назариясида – тогли ўлкаларда бўқок кўп учрайди, сабаби сув пастга йўналгани учун минералларга камбағал бўлади.

Токсик-инфекцион назария – эндемик бўқок микроб агентлари ёки токсинлари билан қақирлади, яъни бевосита эмас балки билвосита равишда. Бунда калконсимон беги энзим жараёнларини билвосита бузиб, тутувчи йод протеинларини синтези бузилади. Бу эса организмда дархол йодни ўзлаштиришни пасайтиради.

Йод етишмовчилиги – алиментар йодни ташки мухитда етишмовчилиги сабабли бўқок келиб чиқади. Stanbury (1953 йил) ўзини таджикотларида радиоактив йодни калконсимон безда тўланишини исботлаб берди. Бу билан калконсимон беги йодга тўймаслигини кўрсатиб ўтган. Prevost ва Chatin-лар эндемик бўқокни келиб чиқишида нафакат йодни етишмаслиги, балки иккиламчи экзоген омиллар: маиший-турмуш шароитини ёмонлашуви, бой махсулотларга эга бўлмаган овқатланиш, инфекция, интоксикация ва бошқалар.

Струмиген моддалар – охириги махалда овқат махсулотларида алиментар струмиген таъсири бор омилларнинг борлиги аниқланган. Бундай моддалар денгиз қарамида, гулдор қарамда, соеда, кизилчада, ёнгоқда ва бошқаларда аниқланган. Бу моддалар организмга кириб калконсимон безга йодни бириқишини қийинлаштиради, бу билан тиреоид гормонларни синтезини чегаралайди. Калконсимон без гормонларини продукциясини жуда ҳам қамайиб кетиши сабабли, паренхимасини компенсатор гиперплазиясига қақиради ва бўқокни намоён бўлиши кузатилади. Яна струмиген моддалар таркибда тўйинган нитритлар, тиоционатлар, урохромлар ва бошқа бирикмаларни сувда, тупрок ва ўсимликларда кўп бўлиши калконсимон без гормонлари синтезини блокировка қилиши натижасида келиб чиқади.

Эндоген факторлар – маълум бир мухитда, жамиятда, оилада ҳамма ҳам қасалланмайди ва бир хил даражада ривожланмайди. Демак, бу организмга ва компенсатор механизмларга мойиллик борлиги, ёки калконсимон беги ташки мухитни турли хил кўзгатувчиларига бўлган таъсири. Асосий эндоген омиллар: 1) жинсий етилиш, хомиладорлик ва климактерик даврида организмни калконсимон без гормонларига талабчанлигини ошиши йод етишмовчилигини чуқурлаштиради, 2) ошқозон ва ичакни турли хил қасалликларида овқат ва сув махсулотлари билан қирган йод сўрилишини пасайиши ва тақсимланишини бузилиши, 3) жинсий етилиш, хомиладорлик ва турли хил эндокрин бузилишлар таъсирида организмдан йодни чиқиб кетишини ортиши, 4) марказий нерв тизимини бошқарув механизмларини мойиллиги (бош мия пўстлоги, гипоталамус ва гипофиз), 5) *ирсий роль* – калконсимон без биохимизмасида индивидларга турли хил экзоген струмиген омилларнинг таъсирлари натижасида генетик асосланган аномалияларининг келиб чиқиши кузатилади.

Патогенези. Йод етишмовчилиги натижасида калконсимон безда тиреоид гормонлар махсулотини қамайишига олиб қелади. Калконсимон без тиреоид гормонларининг қамайиб кетиши натижасида ва гипофиз таъсирида қайтувчи боғлиқлик механизмини бошқарилиши туфайли тиреотроп гормонларини кўпайишига қақиради. Йод етишмовчилиги ва гипофизар тиреотроп стимуляциясининг доимий равишда бўлиб туриши, нафакат калконсимон беги функциясини оширибгина қолмай, балки тиреоид паренхимасини гиперплазиясига ҳам олиб қелади. Калконсимон беги компенсатор гиперплазияси хисобига тиреоид гормонларни махсулоти ортиб бораверади, қачонки без функцияси меъёрига етмагунча ва ўзаро калконсимон без билан гипофиз тенглашмагунча. Калконсимон без билан гипофизни орасидаги корреляцияга калконсимон без билан бош мия пўстлоги орасида ўзаро боғлиқлик бор. Патологик ўзгарган без паренхимасидан интеррецепторлар орқали бош мия пўстлогига узлуксиз патологик импульслар қиради, яъни кўзгалган доминант ўчоғини қосил қилади. Ушбу ўчодан марказий йўл орқали

калконсимон безга импульслар келади. Шу тарика без паренхимасини гиперпластик ва дистрофик ўзгаришларга чакириш мумкин. Бош мия пўслоги билан калконсимон безни ўзаро богликлиги бўқокни ривожланишида бўлган ахамиятга эга. Калконсимон безни турли хил иннервацияси турли хил функционал ҳолатга асосланган алохида майдонларга эга, шунингдек, трофик функциясини ўзгариши эндемик бўқок тугунли шаклини келиб чиқишини ҳамда дегенератив ўзгаришларни ривожланишини тушунтириш мумкин. Бош мия пўстлогига патологик ўчоғидан келган ва жавобан кўзгалган импульс калконсимон безни ҳамма висцерал нервларига бевосита эмас, балки айрим шохлари оркали етиб келади. Узлуксиз келиб турган импульслар таъсирига бир хилда жавоб кайтара олмайди. Шунинг учун ҳам гиперплазияни ривожланишида безнинг айрим майдонларида тугунли бўқок ҳам ривожланиш мумкин.

Гистологик тузилиши. Калконсимон безни ўраб турувчи фиброз капсуладан безнинг ички юзаларига кетувчи бириктирувчи тўкима тўсиклари ўтган бўлиб, безнинг стромасини ҳосил килади. Бу бириктирувчи тўкима тўсиклари калконсимон безнинг ички юзасида бирикмайди. Шунинг учун ҳам безни ёлгон бўлинмачалар ташкил килади. Безнинг гистологик тузилишини кўриб чиқадиган бўлсак, у ажратиб чиқарувчи протоқлардан ҳолисдир. Хар бир функционал бирлиги кон томир тизими билан боглик. Калконсимон безнинг структура бирлиги юмалок ёки овал ўралган пуфаксимон фолликула. Унинг девори секретор эпителий билан копланган. Калконсимон без паренхимасида ҳам тузилиши жихатидан, ҳам функционал жихатдан бир-биридан фаркланувчи уч хил тоифадаги хужайралар А, В ва С учрайди. Паренхиманинг асосини тироцит хужайралар (А) ташкил килиб, улар тиреоид гармонларни ишлаб чиқаради. Калконсимон безнинг функционал ҳолатига қараб тиреоцитлар ясси, кубик ёки цилиндрик кўринишга эга бўлади. Функционал фаоллик паст бўлган ҳолларда тиреоцитлар ясси, юқори фаоллик ҳолларда бўлганда цилиндрик кўринишга эга бўлади. А-хужайралар асосий фолликуляр хужайралар ҳисобланади ва коллоид ишлаб чиқарув хусусиятларига эга. Фолликула гомоген масса кўринишдаги коллоид билан тўлдирилган. Коллоид электрон микроскопда кўрилганда, зич ва дондор тузилмалардан иборат эканлиги намоён бўлади. Тиреоцитларнинг секретари ҳисобланган тиреоглобулин коллоид массанинг асосини ташкил килади. У йодни фаол тутиб қолади.

В-хужайралар, яъни Ашкинази хужайралари бўлиб ўзида биоген аминларини тўплайди, В-хужайралар тиреоцитларга нисбатан йирик эозинофил цитоплазмага ва марказда жойлашган юмалок ядрога эга. Цитоплазмасида серотонин секрецияси мавжуд. В-хужайра биринчи марта 14-16 ёшда пайдо бўлади. Кўпроқ 50-60 ёшлардаги шахсларда учрайди.

Учинчи тоифадаги С-хужайра, яъни парафолликуляр хужайралар тиреоцитлардан йод тутиб қолмаслиги билан фаркланади. С-хужайралар кальцитонин моддасини синтез қилувчилардир. Парафолликуляр хужайралар фолликуланинг ташки юзасида жойлашган бўлиб, коллоид билан алоқада бўлмайди, яъни тиреоцит цитоплазмаси билан ажратилган.

Калконсимон безни фаолиятлари. Калконсимон без организмда энг катта эндокрин без ҳисобланиб, у 2 хил йодланган гормонлар – тироксин (Т4) ва трийодтиронин (Т3) ва йодланмаган тиреокалцитонин гормонини ишлаб чиқаради. Трийодтиронин тироксинга нисбатан 5-10 баробар актив гормон бўлиб, унинг микдори ҳам нисбатан камроқ бўлади. Безнинг бу гормонлари организмда модда алмашинувида энергия ҳосил қилиш ва уни қучайтиришда катта асосий ўрин тутаяди ва терморегуляция жараёни бошқаради. Гормонларни ҳосил бўлиши учун асосий компонентлар бу – йод моддаси ва тирозин аминокислотасидир. Йод организмга овқат, сув, ҳаво билан органик ва ноорганик ҳолда қиради. Сўрилган йод моддаси конда натрий ва калий йодидларга айланиб безда тўпланади. Калконсимон безда йодидлар пероксидаза ва цитохромоксидаза ферментлари таъсирида оддий йодга айланади ва ўзига оксил бириктириб моно- ва дийодтирозин ҳосил бўлади. Бу моддалар гормонал фаоллиги бўлмасда, лекин тиреоид гормонлар ҳосил бўлишида субстрат ҳисобланади. Калконсимон без гормонлари организмда қатор фаолиятларга эга бўлади: - тўқималарда кислород сарфини бошқаради, тўқималарда углекислотани ажралиб чиқишини бошқаради, сув – электролит алмашинувини бошқаради, оксил синтезида алохида ўрин тутаяди, - ичакларда глюкоза ва галактозани парчаланишини бошқаради, - жигарда гликогенни парчаланишини таъминлайди, - углеводлар ва ёғ алмашинуви жараёнини

бошкаради. Калконсимон безни тиреокальцитонин гормони паратиреоид гормонлар билан бирга организмда кальций ва фосфор алмашинувини бошкаради.

Текшириш усуллари. Калконсимон безни кўздан кечирилганда – уни жойлашиши, катталашувини турлари (диффуз, тугунли ёки аралаш), шакли, ютунишдаги харакати сакланганлиги, компрессия белгиларини кўриш мумкин. Кўздан кечирилганда калконсимон безни фаолиятини бузилганлигини баъзи белгиларини хам кузатиш мумкин (беморни ўта харакатчанлиги, кўз симптомлари, калтирашлар, кўп терлашлар, соч тўкилишлари ва бошкалар).

Пайпаслаб кўрилганда: пайпаслаш икки усулда ўтказилади, олдиндан ва оркадан. Бунда безни консистенцияси, огрик бор йўқлигини, харакатчанлигини, кўшни аъзолар билан алокасини ва без чегараларини аниклаш мумкин. Булардан ташкари калконсимон без фаолияти ва тўкимаси лаборатор – инструментал усулларида текширилади.

Асосий модда алмашинувини аниклаш – бу усул богликсиз колориметрия усулида килинади. Асосий алмашинув – бу организмда маълум бир вақт ичида, тўла тинчлик шароитида сутка давомида организмни фаолиятини натижасида ажралиб чиккан иссиқлик энергиясидир. Бу энергия организмда ишлатилган кислород ва чикарилган углекислотани хисоблаш йўли билан каллорияларда ўлчанади. Нормада организмда асосий модда алмашинуви $\pm 10\%$ га тенг.

Организмда оксилга кўшилган йод моддасини аниклаш – Бу текширишда безнинг фаолиятини энг асосий кўрсаткичи аникланади ва нормада 4-8 мкг % ёки 315-670 нмоль/л га тенг.

Кондаги холестерин микдорини аниклаш – тиреоид секрециясини даражасига карама карши равишда холестеринни микдорини ўзгариши аникланган. Микседемада гиперхолестеринемия кузатилиб, 500-600 мг % гача кўтарилади. Гипертиреоидизмда эса холестерин микдорини 150 мг % дан пасайиб кетиши кўрилади.

Кон зардобиди радиоиммунологик усулда тироксин, трийодтиронин ва ТТГ гормонлар концентрациясини аниклаш. Бу усул махсус тест – наборлар билан ўтказилади, нормада тироксин концентрацияси кон зардобиди 60 дан 160 нмоль/л гача, трийодтиронин 1,2 дан то 2,8 нмоль/л гача, тиреотроп гормони эса 0,17 дан 4,05 мМ/Л гача бўлади. Клиника маълумотларига кўра Фаргона водийси ахолиси учун нормал кўрсаткичлар куйидагича, тироксин – ўртача микдори $75,5 \pm 3,32$ нмоль/л, трийодтиронин – ўртача $1,45 \pm 0,112$ нмоль/л ва ТТГ – ўртача $3,57 \pm 0,112$ мМ/Л га тенг.

Иммунологик текширишлар – иммунологик статуснинг меъерий тебранма йигмалари: ТРО-га нисбатан антитела – 20 дан 100 мЕ/мл гача, Тg-га нисбатан антитела – 60 дан 190 нмоль/л гача ва Тгаб-га нисбатан антитела кўрсаткичларга эга. Хамда лимфоцитлар (шакллари: Т-лимфоцит, Т₀-лимфоцит ва В-лимфоцитлар)ни нисбатларини аниклаш.

Калконсимон безни радиометрик текшируви безнинг ўзида радиоактив йод (I131) моддасини тўплаш хусусиятига асосланган. Бунда бемор оч коринга 1-2 мКю радиоактив йод моддасини 50 мл дистилланган сув билан ичади ва хар 2, 4, 24, 48, ва 72 соатлардан сўнг махсус радиоактив датчиги бўлган гамма камера ёрдамида калконсимон безда РФП ни канча % микдори тўпланганлиги аникланади. Нормада 2 соатдан сўнг 8-13 %, 4 соатдан сўнг 18-20, 24 соатдан сўнг эса 24-30 % РФП безда тўпланади. Кейинги соатларда тўпланиш аста - секин камайиб боради. Бу тўпланиш микдори % ларда камайиши ёки ортиши безни фаолияти хакида ахборот беради.

Калконсимон безни сканерлаш – бу без тўкимасида РФП ни тўпланиш хусусиятини яъни радиоиндикациясини аниклаб берадиган усулдир. Бунда безда «иссик» ва «совук» ўчоклар деб номланувчи белгиларни аниклаш мумкин.

Электрокардиограмма – текшируви ёрдамида беморларнинг юрак кон томир тизимида кечаётган ўзгаришларни аниклаш мумкин.

Рефлексометрия – магнит узатгичли аппарати («АЛОК-011») ёрдамида ахилла пай-толаларидаги рефлекс тўлкинининг узатилиши аникланади. Магнит тўлкин узатгичли аппаратини ахилла пайи ва товон олдида кўйиб, толалардан чиккан рефлекс тўлкинининг узунлиги (мм/сония) магнит тортиб олувчи узатгич ёрдамида электрокардиографга узатилиб, чизиб чикарилади. Меъерида 0,26-0,28 мм/сонияга тенг килиб олинган. Агарда ўтказгич узунлиги меъерий 0,26-0,28 мм/сониядан чўзилиб кетса бунда гипотиреоидизмни, агарда уни акси бўладиган бўлса, бунда гипертиреоидизмни авж олиб бораётганлигидан далолат беради.

Эхостеометрия – бу усулдаги текширувда остеопароз асоратини, суякларни кай даражада емираляётганини кўрсатиб беради.

Тиреолимфография – бу усул калконсимон безга тўғридан - тўғри сувда эрувчи рентгенконтраст моддаларни юбориб рентген экранида кўриш ёки рентгенграфия килишдан иборатдир. Бу билан жаг ости ва бўйиннинг чукур лимфа тугунлари аниқ кўринади. Бунда ёмон сифатли ўсма ва метастазларда контраст (олтин- Au^{198}) кам тўпланади, ҳамда безни катталиги, жойлашуви, тугунлар бор йўқлиги, безни кўшни аъзоларга таъсири хақида маълумот олинади.

Ультратовушлар билан текшириш – бу усулда безни хажми, Тўкимани зичлиги, кўшни аъзоларга алоқаси, тузилиши, шакли, турлари, автоном аденома билан ўсма ва кисталарни диф. диагностикаси, ҳамда регионар лимфа тугунларни ҳолатини баҳолайди.

Ларингоскопия – бўқок билан огриган ҳар бир беморда операция олди тайёргарликда, ҳатто овоз товуши йўқ бўлганда ҳам ўтказилади. Бу билан кайтувчи нервни патологик жараёнларга кўшилганлиги туфайли, овоз бойламларининг яширин фалажи аниқланади.

Ангиография – ўмров ости ёки ташки уйқу артериясига контраст моддани киритиш туфайли бўйин йирик томирларини ўсма билан боғлиқлиги бор ёки йўқлиги тўғрисида аниқ маълумот беради.

Калконсимон безни рентгенологик текшируви – бу усулда текшириш қачонки безда кальцификатлар бор бўлгандагина ютинтириш орқали безни ҳаракатларини илгаб олишга ва унинг контурларини, чегараларини ҳамда тузилишини аниқлашга ёрдам беради. Яна барий ичириб ҳам компрессион белгиларини кай даражада эканлигини аниқлашга имконият яратади.

Биопсия – нафакат раққа шубҳа тугилганда, балки калконсимон без касалликларини ҳар бирида ўтказилиши лозим. Буни операция олди тери орқали безни пункция қилиш (УТТ ёрдамида янада аниқроқ ҳулосага эга бўлиши мумкин) йўли билан амалга оширилади, керак бўлса интраоперацион маҳалда ҳам амалга ошириш мумкин. Биопсияни натижаси диф. диагностикани аниқлаш билан биргаликда қолдириш керак бўлган калконсимон без хажминини ҳам аниқлаб беради. Шу қаторда катталашган регионар лимфа тугунларни пункция қилиш зарурдир. Чунки олинган пунктатда ўсма хужайраларининг бўлмаслиги, калконсимон безни ўсма билан зарарланганлигини инкор қилишга шубҳа тугдирмайди.

Морфологик текширув – операция вақтида олиб ташланган калконсимон без тўқимасининг бўлақларини гистологик текшириб кўрилади.

Калконсимон без касалликларининг синфланиши.

Пенчев бўйича Калконсимон без касалликларининг синфланиши.

Калконсимон безни тугма касалликлари:

А. Калконсимон безни аплазияси ёки гипоплазияси (кўпинча гипотиреоз ҳолат билан кечади ёки микседема бўлади);

Б. Калконсимон безни эктопияси ва аберрант безлар;

В. Тил - калконсимон йўлни очик қолиши (бу ҳол бўйинни ўрта кистаси ва окмалар ҳосил бўлишига олиб келади).

II. *Эндемик бўқок.*

1). Калконсимон безни катталашшига қараб беш даражага бўлинади.

I-даражада – без кўринмайди, бироқ бўйинда қўлга уннайди ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II-даражада – калконсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III-даражада – без кўздан кечирилганда билинади, бўйин контури ўзгариб унга «йўгон бўйин» кўринишини беради.

IV-даражада – бўйин контурини бузиб турадиган аниқ юзага чиккан, конфигурацияси бузилган бўқок.

V-даражада – без ўлчамлари жуда ката, гигант бўлиб, бу кўпинча кизилўнғач, трахеяни босиб, ютинишни ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

2) Турига қараб: диффуз, тугунли, аралаш.

3) Функционал ҳолати бўйича: эутиреоид, гипертиреоид, гипотиреоид.

4) Дистрофик ўзгаришлар билан кечувчи (кретинизм, ва бошқ.)

III. *Спорадик бўқок* – худди эндемик бўқок каби синфланади.

IV. *Гипертиреоидизм:*

А. Калконсимон безни автоном аденомасига таълуқли гипертиреоз (компенсация ва декомпенсация босқичлари).

Б. Диффуз токсик бўкок – Безедов касаллиги.

В. Иккиламчи гипертиреоз (гипофиз олдинги бўлаги аденомаси таъсирида келиб чиқади).

Г. Артерициаль гипертиреоз (йод ёки калконсимон без гормонларини кўп истеъмол килиши натижасида келиб чиқади).

Тиретоксикозни оғирлик даражаси бўйича 3 даражага бўлинади: енгил, ўрта оғир ва оғир даражаси.

Гипотиреозидизм:

А. Бирламчи (тиреогенли): Келиб чиқиши бўйича,

- 1) тугма,
- 2) орттирилган,
- 3) операциядан сўнгги,
- 4) радиоактив модда билан даволашдан сўнгги турлари.

Б. Иккиламчи.

VII. *Гипотиреознинг оғирлик даражаси бўйича:* енгил, ўрта ва оғир даражалари.

VIII. *Калконсимон безни ялликланиш касалликлари:*

А. ўткир йирингли тиреозидит ёки струмит,

Б. яримўткир тиреозидит (Де Кервен гранулематоз бўкоги),

В. сурункали тиреозидит (Хасимато бўкоги – аутоиммунли тиреозидит)

Г. Фиброзли тиреозидит (Ридель бўкоги)

Калконсимон безни жароҳатланиши: очик ёки ёпик..

Калконсимон безни кам учрайдиган ялликланиш касалликлари (сифилис, туберкулёз, эхинококкоз ва бош).

Калконсимон без ўсмалари:

А. Яхши сифатли:

- 1) аденомалар.
- 2) бошка яхши сифатли ўсмалар.

Б. Ёмон сифатли

- 1) карциномалар.
- 2) бошка ёмон сифатли ўсмалар.

Гипотиреознинг кечиши (ВОЗ) бўйича:

- 1) *Субклиник гипотиреоз* (Клиник белгиларсиз кечиши ёки носпецифик белгилар, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₄ гормонини ўзгармаганлиги ва ТТГ нинг меъёридан ортиши),
- 2) *Манифестли гипотиреоз* (Гипотиреознинг характерли клиник белгилари, ҳамда тез-тез носпецифик клиник белгилар билан кечиши ёки клиник белгиларсиз ҳам кечиши, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₄ гормонини пасайиб бориши ва ТТГ нинг меъёридан ортиши),
- 3) *Асоратланган гипотиреоз* (Гипотиреознинг кенгайтирилган клиник белгилари кузатилади. Оғир асоратлари кузатилади: кўп серозли, юрак етишмовчилиги, кретинизм, микседематозли кома, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₄ гормонини пасайиб бориши ва ТТГ нинг меъёридан ортиши).

Тиреотоксикознинг кечиши (ВОЗ) бўйича:

- 1) *Субклиник тиреотоксикоз* (Клиник белгиларсиз кечиши, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₃, Т₄ гормонларининг ўзгармаганлиги ва ТТГ нинг меъёридан тушиши),
- 2) *Манифестли тиреотоксикоз* (Тиреотоксикознинг характерли клиник белгилари, ҳамда тез-тез носпецифик клиник белгилар билан кечиши ёки клиник белгиларсиз ҳам кечиши, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₃, Т₄ гормонларини ортиб бориши ва ТТГ нинг меъёридан тушиши),
- 3) *Асоратланган тиреотоксикоз* (Тиреотоксикознинг кенгайтирилган клиник белгилари кузатилади. Оғир асоратлари кузатилади: тиреотоксик юрак, юрак ва ўпка етишмовчилиги, токсик жигар, буйрак усти етишмовчилиги, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₃, Т₄ гормонларининг ортиб бориши ва ТТГ нинг меъёридан тушиши).

Калконсимон без ўсмаларининг синфланиши (ВОЗ).

Калконсимон без ўсмалари:

А. Эпителиал ўсмалар:

- 1) яхши сифатли (аденома),

2) ёмон сифатли: фолликулярли рак, папиллярли, ясси хужайрали, дифференциалланмаган (ипсимон хужайрали, гигант хужайрали, майда хужайрали), медуляр раки.

Б. Ноэпителиал ўсмалар:

1) яхши сифатли (фиброма, гемангиома, невринома ва бошк.).

2) ёмон сифатли (фибросаркома ва бошк.).

В. Турли хил ўсмалар (ёмон сифатли лимфома, карциносаркома, тератома). Ёмон сифатли гемангиоэндотелиома.

Г. Метастаз туфайли келиб чиккан иккиламчи ёмон сифатли ўсмалар.

Д. Синфланмайдиган.

Эндемик ва спорадик бўқок. Эндемик бўқок – биосфераси йодга танқис географик худудларда яшайдиган аҳолида учрайдиган касалликдир. Организмда йод моддасини етарлича тушмаслиги тиреоид гормонларни ишланишини пасайишига олиб келади, бу калконсимон безни компенсатор гиперплазияси билан ўтади ва буқок ҳосил бўлишига олиб келади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганлигини тўлдирди. Рўйроқ бошланган бўқок эндемиясида эркалар ва аёллар ўртасида касалланиш деярли бир хил бўлади.

Спорадик бўқок – бўқок эндемияси бўлмаган районларда яшовчи кишиларда, йоднинг ичакда етарлича сўрилмаслиги, гормонал бузилишлар ва шу кабилар натижасида пайдо бўлади. У аёлларда эркаларга нисбатан 8-10 марта кўпроқ бўлади.

Клиникаси. Беморлар бўйнини кимирлатганда, ёқанинг тугмасини қадаётганда бўйин соҳаси «ўнгайсизлик» сезади, охири белгилар кўпроқ трахеомалация билан боғлиқ, бу трахея ва хиккилдоқда нерв бошқарилишини бузилиб, бўқокни муттасил босиб туриши нуктасида трахея деворининг юпка тортиши билан изоҳланади. курук йўтал бўлади, товуши бўғилади, нафас олиши кийинлашади. Гипотиреоз белгилари ривожланади: хотиранинг пасайиши, уйқувчанлик, тана вазнининг ошиши, ҳаракатчанликнинг пасайиши, суяклардаги огрик, кабзият, потенциянинг камайиши, иштаҳанинг пасайиши, юракнинг секин уриши, терининг куруклашиши, терининг калинлашиши, юкори ва пастки ковок болишларининг шиши, артериал босимнинг пасайиши, соч толаларининг тўкилиши каби шикоятлар авж олади.

Нафас бузилиши – тўш ортидаги бўқокнинг энг кўп учрайдиган симптомидир. Жойлашувига қараб: оддий жойлашуви, тўш ортида жойлашуви, қисман тўш ортида жойлашуви, халқасимон жойлашуви, кизилўнғач ортида жойлашуви ва абераңт бўқоклар бўлади.

Эндемик бўқок клиник кўринишга кўра 3 хил турда бўлади: булар диффуз катталашган, тугунли катталашган ва аралаш катталашган турлари. Эндемик бўқок касаллигининг клиник кўриниши ана шу безни жойлашувига ва катталашувига қараб ўз хусусиятларига эга бўлади. О.В.Николаев фикрича бўқок деб калконсимон безни III, IV, V даражасигача катталашувига айтилиши лозим. Калконсимон безни I- ва II-даражада ўзгариши эса эндемик катталашув деб аталиши лозим.

Диагностикаси. Эндемик бўқок диагностикаси касалликнинг клиник кўриниши ва беморни шикоятлари, касаллик анамнезига асосланади (бўқок билан кўпчилик аҳолини касалланиши, беморни шу районда истикомат қилиши). Калконсимон безни функционал фаолиятини радиоюддиагностика, қон зардобиди тиреоид ва ТТГ гормонларини миқдорини аниқлаш, холестерин ва асосий модда алмашинувини ҳисоблаш, ЭКГ, рефлексометрия ва эхостеометрияни ўтқизиш ҳамда калконсимон безни сканерлаш усуллари билан аниқланади.

Эндемик бўқокни дифференциал диагностикаси, аутоиммун тиреоидит, диффуз токсик бўқок ва калконсимон без ўсмаси билан ўтқазилади.

Даволаш. Эндемик бўқокни даволаш усули касалликнинг кечиши, яъни клиник кўринишига қараб танланади, безни катталашини даражаси ва турига, жойлашувига эътибор берилади.

Консерватив даволаш калконсимон безни диффуз ва бошланғич катталашувида, касалликни янгилигида маъқул бўлади, айниқса ёш болаларда ва ўсмирларда консерватив давони самараси яхши бўлади.

Гипотиреозни даволашда (1 кг вазнга 1,64 мкг.) йодни микродозалари берилади, яъни кунига тиреоид гормонлар («L-тироксин» -25, -50, -100 мкг.)дан ва йод препаратлари («йодид 100», -200 мкг; «эутирокс» -25, -50, -100 мкг; Йодомарин 100», -200 мкг.)дан фойдаланса бўлади. Гипотиреознинг енгил шакли билан огриган беморларга 25 мкг.-дан 50 мкг.-гача L-тироксин, гипотиреознинг ўрта шакли билан огриган беморларга 50 мкг.-дан 75 мкг.-гача, гипотиреознинг оғир шакли билан огриган беморларга 75 мкг.-дан 125 мкг.-гача ва шундай оғир шакл мавжуд булган беморларга препаратнинг таъсир килишига караб комбинация холида, тиреоид гормонига йод препаратларини кўшиб тавсия килиш мумкин (йодид ёки йодомарин 25 мкг.-дан 75 мкг.-гача). Хомиладор ва эмизикли аёлларга 100 мкг.-дан 150 мкг.-гача L-тироксин препарати ҳамда баъзиларига комбинация килиб 25 мкг.-дан 50 мкг.-гача йодидни қўллаш мумкин.

Баъзи беморларни операцияга тайёрлашда Люголь эритмасидан 1% лигини 7-10 томчидан бериб тайёрланади. Консерватив даволашга мухтож бўлган беморларни даволаш Люголь эритмасидан 1% лигини 1-2 томчидан бериб тайёрланади. 5 кун давом этиб 2 кун дам берилади ёки 20 кун давом этиб 10 кун дам берилади ва умумий даволаш курси 6-12 ой давом этади. Агарда бўқок эутиреоид ёки гипотиреод турда кечадиган бўлса йодид, йодомарин ва микродид препаратлари билан даволаш яхши наф беради. Даволаш 0,02-0,05 г дан бошланиб 20-25 кундан сўнг дозани 0,2 граммгача кўтариш мумкин. Даволаш 6 ойдан 1 йилгача давом эттирилади.

Агарда бўқокни тугунли, аралаш ва III-V даражалари бўлиб, кўшни аъзоларни босиш белгилари бўлса, бу холларда албатта оператив даволаш кўрсатилган, чунки тугунли бўқокларда 10-11 % холларда малигнизация асорати кузатилади.

Операция олди тайёргарлик эндемик бўқокда беморни йўлдош касалликларини даволаш, инфекция ўчоқларини бартараф этиш (айниқса огиз бўшлигида) ва психопрофилактикадан иборатдир. Шуни алохида айтиб ўтиш лозимки, ўта катта бўқокларда беморларни операцион столдаги холатини тушинтириб машк килиш лозимдир.

Операция турлари:

Тугунли бўқокларда:

– тугун юза ёки чуқурроқда жойлашса тугунни атроф соғ тўқималар билан кесиб олиш бажарилади,

– агар тугун бир нечта ва катта хажмларда бўлса ўнг ёки чап томонлама гемиструмэктомия бажарилади.

– агар тугун кўп бўлиб иккала бўлакда ҳам таркок бўлса, унда тотал струмэктомия бажарилади.

– агарда тугун безнинг юзасида бўлса тугунни энукляцияси бажарилади.

Диффузли бўқокларда:

Катта диффуз бўқокларда ва аралаш бўқокларда О.В.Николаев ва Б.В.Петровскийлар усулида субкапсуляр субтотал струмэктомия бажарилади ва соғ калконсимон без тўқимасида 2-3 грамм микдорда хар иккала томондан колдирилади.

Операциядан сўнгги асоратлар:

– операциядан сўнгги гипотиреоз,

– операциядан сўнгги доимий ва транзитор гипопаратиреоз,

– касалликнинг хақиқий ва ёлгон кайталаниши,

– овоз бойламларининг нимшоли ва фалажи кузатилиши мумкин.

Эндемик бўқокни профилактикаси. Эндемик бўқокни олдини олиш: эндемик районларда умумлашган профилактика ишлари олиб борилади. Булар йодланган нонлар ёпиш, ахолини йодланган туз билан таъминлаш, йодланган ёғ махсулотларини ишлаб чиқиш, ичимлик сувларига йод кўшиш кабилар килинади.

1996 йилда ВОЗ, ЮНИСЕФ ва йод танқислиги бўйича халқаро кенгаш раҳбариятлари йоднинг кунлик истеъмол нормативларини куйидаги тартибда киритди.

Кўкрак ёшидаги болалар (1 ёшгача бўлган) – 50 мкг;

Кичик ёшдаги болалар (1-6 ёшгача бўлган) – 90 мкг;

Кичик мактаб ёшдагилар (6-12 ёшгача бўлган) – 120 мкг;

Катта мактаб ёшдагилар ва катталар учун – 150 мкг;

Хомиладор ва эмизувчи аёллар – 200 мкг.

Йод ва йодланган тузни саклаш учун, зудлик билан намлик ўтказмайдиган материаллар(полиэтилен ва полипропилен)дан ясалган герметик каробкалар ва пакетлар ёрдамида кобикламок зарур. Яна ушбу пакетчаларга герметикланган тузларни куёш нуридан, киздириб юборишдан, нам ва чангдан саклаш даркор. 6 ойгача герметик бекилган идишларда йоланган тузларни саклаганда ўртача 50% га камайгани аниқланган.

Америка Кўшма Штатлари хисобида 1 кишини 1 йиллик давомида йодланган туз билан таъминлаши 20 центга тўғри келар экан. Йодланган туз билан халқни таъминлаш давлат учун аъло даражада фойда келтиради. Давлатни маиший ва социал иқтисодиётини кўтаради. Сабаби меҳнаткашларни ақлий ривожланишини, фикрлашни оширади.

Эндемия ўчоқларида вактинча яшаётган кишиларга шу йўсинда профилактика ўтказилади.

МАСТОПАТИЯ. Жаҳон Соғлиқни Саклаш Ташкилотининг маълумотларига кўра, кейинги йилларда сут безлари раки билан касалланиш анча кўпайиб бормоқда. Бунга сут безларининг рак олди касалликларини ўз вақтида аниқламаслик ва етарли даволамаслик сабаб бўлмоқда. Ўсма олди касалликларининг келиб чиқишида аёллар жинсий аъзоларида рўй берган ўзгаришлар ва касалликлар, уларни ўз вақтида даволатмаслик катта роль ўйнайди. Бунинг натижасида сут безлари эпителийсига касалликка чалинади. Кам туғиш, сут келишининг қисқа муддатли бўлиши, кўп маротабалаб аборт қилдириш, яъни бола олдириш, аёллар жинсий аъзолари, қалқонсимон безлар, жигарнинг касалланиши бунга сабаб бўлади. Мастопатиянинг пайдо бўлишида руҳий изтироблар ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Сут бези – нормал ҳайз фаолиятидаги циклик ўзгаришларга боғлиқ равишда эндокрин тизими томонидан бош-қарилиб туради. Ҳайз олди даврида сут бези ҳажми бироқ катталашади ва дағаллашади, бу ўзгаришларнинг ҳайз бошланиши билан ўтиб кетиши нормал циклик ўзгаришлар натижасидир. Сут безида кескин оғриқ ёки шиш ҳиссиёти ва унинг ҳажми катталаниши ҳайз бошланишидаёқ бир неча кун олдин юз беради ва бу "сут безининг ҳайз олди таранглашиши" синдроми дейилади. Сут безининг хомиладорлик ва лактация даврида ҳажмининг катталаниши, гиперпигментацияси, томирлар суратининг катталаниши нормал физиологик жараён ҳисобланади.

Унинг хавфсиз ўсмаси сут бези саратонига қараганда 3-4 марта кўп учрайди. Статистик маълумотларга кўра, сут бези саратони сут бези хавфсиз ўсмаси билан касалланганлардан 3-5 марта кўпроқ бўлади. Бу касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш сут бези саратонининг олдини олиш имконини беради. Масалан, сут бези эпителийсининг кескин ўсиб кетиш аломатлари билан кечадиган мастопатиянинг тугунли шаклида сут бези саратони 30-40 марта кўпроқдир. Мастопатия билан кўпинча бола туғадиган ёшдаги аёллар касалланади. Юзага келган хавфли жараённи ва унга мойил бўладиган касалликларни ўз вақтида аниқлаш жуда муҳим аҳамиятга эга. Бунда абортлар, бола эмизишни вақтидан олдин тўхтатиб қўйиш ва мастопатия ўртасида алоқадорлик бор-йўқлигини кўриб чиқиш керак.

Маълумки, сут безлари тўқимасининг тузилиши ва унинг иши аёл кишининг ёшига, бўйида бўлишига, болага кўкракни бериб эмизишига қараб ўзгаради. Бу ўзгаришлар ички секреция безлари, аввало тухумдонлар ишлаб чиқарадиган гормонларнинг бевосита таъсирида рўй беради. Аёл кишининг бўйида бўлганда гормонлар таъсирида безсимон тўқима шишади, сут безлари бўлақлари катталашади. Бола туғиладиган вақтга келиб, безсимон бўлақлар анча катталаниб, оғиз сути, кейинчалик эса сут ишлаб чиқара бошлайди. Одатда бола туғилгандан кейин 10-12 ойгача она кўкрагидан сут келиб туради. Ана шу муддат охирига келиб, сут безлари бўлақлари энди кичрая бошлайди, сут ишланиб чиқиши камайди. Шу вақтда она боласини кўпинча эмизмай кўяди, натижада сут безлари асли ҳолига келади. Лекин шуни унутмаслик керакки, аёл киши боласини олдирса ёки болани туғиб, уни кўкрак сути билан боқмаса сут безларидаги ўзгаришлар шу хилда аста-секинлик билан аслига қайтмайди ва оқибат-натижада сут безларида оғрийдиган қаттиқ тугунлар пайдо бўлади. Ана шулар мастопатиянинг асосий аломатлари

ҳисобланади, сут безларининг безсимон ва бирлаштирувчи тўқимаси зўр бериб ўсиб кетади. Ҳалиги қаттиқ тугунлар вақт ўтиши билан катталашиб кетиши мумкин. Хусусан, ҳар сафар бола олдиргандан кейин бу жараён оғирлашаверади. Гинекологик касалликлар, асосан гормонлар мувозанатининг бузилишига олиб борадиган тухумдонлар ишининг бузилиши ҳам мастопатияга сабаб бўлади. Бунинг натижасида одатда ҳайз кўриш цикли ўзгаради. Шуни унутмаслик керакки, гинекологик касалликлари бор аёлларда сут безларида касаллик жараёнлари кўпроқ учрайди. Мастопатия узок кечади ва бу турли кўринишларда намоён бўлади. Баъзан тўқималарнинг катталашиши хавфли бўлмайди. Бошқа ҳолларда эса хавфли ўсмага айланиб кетиши мумкин. Фақат онколог касалликнинг қандайлигини аниқлай олади. Шунинг учун ҳам кўкрагингизда ўзгариш пайдо бўлиши биланок, онкологга мурожаат қилинг. Сут безларининг шишиши касаллик аломати бўлиши мумкин. Дастлаб бундай ўзгаришлар ҳайз кўришингиздан олдин сезилади, кейинчалик эса, бунга алоқаси бўлмаган ҳолда ҳам пайдо бўлаверади.

Кўкрагингиз учидан рангсиз кўнғир, кулранг-кўкимтир ажралма чиқиши ҳам бу касалликнинг аломати бўлиши мумкин. Баъзи аёллар мастопатия билан оғриб қолсалар менда рак борга ўхшайди, деб ваҳимага тушадилар. Шуни унутмангки, мастопатиянинг ҳамма тури ҳам рак олди касаллиги бўлавермайди. Мастопатия билан оғриб қолган ҳар бир аёл ваҳима қилмасдан онкологга бориб учраши ва даволаниши керак. Диффуз мастопатия дори-дармонлар билан тузалиб кетади. Гинекологик касалликларни даволатишда асаб бузилмаса, мастопатия тезроқ тузалади. Касаллик бепарволик оқибатида ўтиб кетган бўлса дори-дармонлар ва гормонлар билан даво қилинади. Диффуз мастопатия мавжуд ҳолда қаттиқ тугунлар бўлса, албатта операция қилиш керак. Мастопатияси бор беморлар, албатта, онкологик диспансер ҳисобида назоратда бўлиб, бир ойда бир марта сут безларини текширтириб туришлари лозим.

Бир йилда 2 марта гинекологга бориб, гинекологик касаллиги бор-йўқлигини текширтириши, мабодо бирор дард бўлса даволаниши керак. Булар хавфли ўсманинг олдини олишнинг энг яхши йўли ҳисобланади. Бироқ, мастопатия билан оғримаган аёлларда ҳам хавфли ўсмалар пайдо бўлиши мумкин. Сут безларининг қаттиқлашиши, ажралма чиқиши, шиш устидаги тери рангининг ўзгариши (лимон пўчоғига ўхшаб қолиши), кўкрак учининг ичига кириб кетиши сут безларининг хавфли ўсмаси аломати бўлиши мумкин. Шу аломатлардан бирортасини сезгудек бўлсангиз зудлик билан онкологга учрашинг. Ўз билганингизча ёки таниш-билишларнинг маслаҳатлари билан даволанманг. Мабодо аёл кишида чиндан ҳам рак касаллиги топилса, беморни нур, кимёвий гормонлар воситасида даволаш керак бўлади. Хирургик йўл билан даволаш масаласини шифокор ҳар томонлама текширишлар ўтказиб, ҳал қилади.

Сут беzi саратонини ташхислашда икки асосий йўналиш мавжуд:

биринчидан, сут беzi саратонининг дастлабки (пайпаслаб бўлмайдиган хавфли ўсмаларни) фақат маммография (сут безини рентген тасвири) орқали аниқлаш мумкин. Шунинг учун 35 ёшдан ошган соғлом аёллар доимий равишда икки йилда бир марта маммографик текширувдан ўтиши шарт. Ўсмирлар, ҳомиладор ва эмизикли аёлларга маммография фақатгина қатъий кўрсатмалар бўлгандагина буюрилади. 50 ёшдан кейин бу текширувни йилда бир марта ўтказиш тавсия қилинади. Барча ривожланган мамлакатлардаги аёллар бундай текширувдан ўтади. Бу текширишда нурланиш даражаси юқори эмас ва аёллар соғлигига хавф туғдирмайди;

иккинчидан, аёллар ўз-ўзини текшириш усулини ўзлаштирганда сут беzi саратонининг илк даврида аниқлаш ва тўла соғайиш имконини беради.

Сут беzi саратонини келтириб чиқарадиган омилларга: наслий (она томонидан қариндошларда сут беzi хавфли ва хавфсиз ўсмаларининг мавжудлиги), ҳайзнинг эрта бошланиши (12 ёшгача), менопаузанинг кеч бўлиши (55 ёшдан кейин), бепуштлик, кўп марта аборт, боласини эмизган аёллар, сурункали гинекологик касалликлар, эндокрин без касалликлари ионли радиация таъсири ва канцерогенлар киради. итга сут беziда саратон бўлганда иккинчисида ҳам бўлиш эҳтимоли ортади. Сут беziда доимий циклик

Ўзгаришлар бўлиб туради, шунинг учун текширишда қулай пайт ҳайз бошланганидан кейин 6-12-кунлари.

Ҳайз циклидан ташқари аёл ҳаёти мобайнида сут бези тўқимасида турли хил ўзгаришлар кузатилади; то ривожланишдан етилиш давригача сурилиш (инволюция) 35 ёшгача туғмаган аёллар сут бези тўқимаси юқори зичлиги билан характерланади, рентген нурларини ёмон ўтказгани сабабли маммография кам маълумот беради. Бу даврда УТТ асосий текширув усули ҳисобланади. Ёш ўтиши билан ва туғруқдан кейин, кўкрак билан эмизганда тўқима зичлиги камаяди. Бу эса сут бези маммография текширувига қулай бўлади. Сут бези тўқимасидан олинган пункция, сут йўлларида олинган суртмани цитологик текшириш касаллик характерини аниқлаш имконини беради. Секторал резекция – ўзгарган тўқимани тўлиқ олиб ташлаш, ҳам хирургик даво ва ташҳислаш усулидир.

Мастопатия (фиброз кистоз касаллиги) гормонал ўзгаришлар фониди келиб чиқадиган касаллик. Икки хил шаклда намоён бўлади: диффуз мастопатия – сут бези ҳамма тўқимасининг катталашиши, оғриқ бўлиши ва сўрғичлардан ажралма ажралиши билан кечади (оқиш, сарғиш ёки кўкимтир):

- тугунли мастопатия – сут безида битта ёки бир нечта нотекис шаклли ва чегаралари ноаниқ тугунлар пайдо бўлиши билан кечади. Бу касаллик маммографияда, УТТ ва пункцион биопсияда аниқ ташҳисланади. Тугунли мастопатиянинг баъзи турлари хавфли ўсмага айланиши мумкин, шу сабабдан хирургик йўли билан олиб ташланади.

Фиброаденома – хавфсиз ўсма, сут бези тўқимасидан келиб чиқади. Юзаси силлиқ, чегаралари аниқ, кўпинча юмалоқ шаклда пальпацияда ҳаракатчан, терига ёпишмаган. Агар сиз сут безида қандайдир ўзгариш сезсангиз, иложи борица тезроқ маммологга мурожаат этинг.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР:

1. Калконсимон без хақида тушунча ?
2. Калконсимон без анатомияси ва физиологияси?
3. Калконсимон без гармонлари ?
4. Букокларни клиникасидаги асосий белгиларни санаб беринг ?

АДАБИЕТЛАР:

- 7 Каюмов Т.Х. Хирургикда хамширалик иши. Тошкент. 2006 й. Дарслик.
2. Гостищев В.К. Общая хирургия. – М.: Медицина, 2000.
3. Каримов Ш. И. Хирургик касалликлар. Ўқув адабиети. – Тошкент. «Ибн Сино», 1996 г.

Интернет маълумотлари:

1. www.mediasphera.ru,
2. www.links.spinet.ru,
3. www.medlinks.ru,
4. www.medinform.net,
5. www.medlain.ru.

6. АМАЛИЁТ

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №1

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

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти – 5 соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш буйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	-Хирургияда ва харбий – дала хирургиясида ҳамширалик иши фанидан беморни клиник текшириш усуллари чуқурроқ урганиш лабораторияларни ташкил қилишни, ишлаш қоидаларини куриб чиқиш. - Ҳамширалик иши фалсафаси (ҳамшира иши, шахс, атроф муҳит, соғлиқ) хақида тушунчага эга бўлиш. - Ҳамширалик жараёни босқичлари схемаси хақида тушунчага эга бўлиш; - Ҳамширанинг асосий этик вазифалари: хулқий хусусиятлари, амалий кўникмаларга эга бўлиш; - Тиббий ҳамшира ўзининг тутиш кодекси хақида тушунчага эга бўлиш. - Беморнинг асосий шикоятлари билан текшириш усуллари:
Ўқув машғулотининг мақсади: талабаларга ҳамширалик ишини аниқлаш. Ҳамширалик иши фалсафаси (ҳамшира иши, шахс, атроф муҳит, соғлиқ). Ҳамширанинг асосий этик вазифалари, ҳамширалик жараёни хақида тушунча ва тасавурларни шакллантириш: Бу амалиёт машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий ҳужум”	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш кўникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Хирургияда ва харбий – дала хирургиясида ҳамширалик иши фанидан беморни клиник текшириш усуллари чуқурроқ урганиш лабораторияларни ташкил қилишни, ишлаш қоидаларини куриб чиқади. - Ҳамширалик иши фалсафаси (ҳамшира иши, шахс, атроф муҳит, соғлиқ) хақида тушунчага эга бўлади. -Ҳамширалик жараёни босқичлари схемаси хақида тушунчага эга бўлади; - Ҳамширанинг асосий этик вазифалари: хулқий хусусиятлари, амалий кўникмаларга эга бўлади; - Тиббий ҳамшира ўзининг тутиш кодекси хақида тушунчага эга
Ўқитиш услуби ва техникаси	Блиц-суров, биргалликда ўқиймиз, “ҳамширалик жараёни” сўзига кластер, мунозара.
Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув қулланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлар.
Ўқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория

**СЕМИНАР МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК ХАРИТАСИ
(1-машғулот)**

Машғулотнинг давомийлиги 5 соат

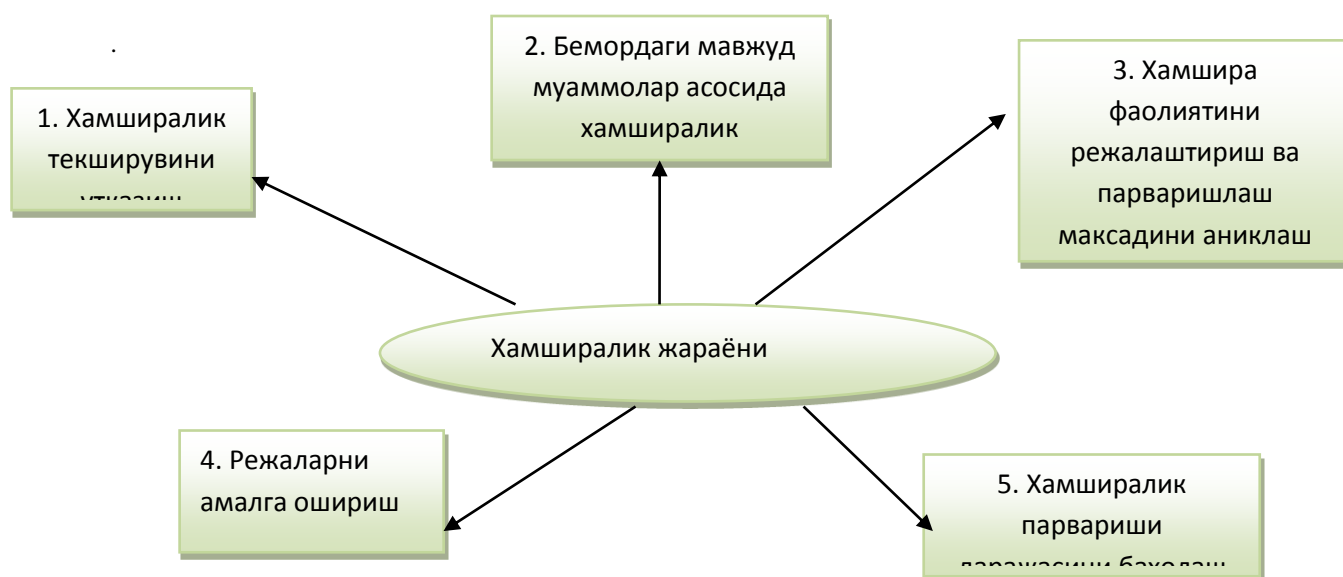
Босқичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
	<p>Фаолият мазмуни. Ҳамширалик ишини аниқлаш. Ҳамширалик иши фалсафаси (ҳамшира иши, шахс, атроф муҳит, соғлиқ). Ҳамширанинг асосий этик вазифалари: хулқий хусусиятлари, амалий кўникмалари ва бошқалар. Ҳамширалик ишининг асосий принципи: инсон ҳуқуқи ва кадр-қимматини</p>	
<p>1-босқич. Кириш (15 мин)</p>	<p>1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Хирургияда ва харбий – дала хирургиясида ҳамширалик иши фанини ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласиз? Уларнинг мазмунларига изоҳ беринг? Мазмунининг</p>	<p>1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.</p>
<p>2-босқич Асосий (195мин)</p>	<p>2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, хар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув кўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳдарда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. Беморларни сураб – суриштириш ва умумий куздан кечиришни амалга оширишини назорат этади, ҳамда бирламчи таъсуротларини баён этишига кўмаклашади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга инсерт, кластер усули буйича ифодаланган жадвални намойиш қилади, тест, вазиятли масала ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб кайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.</p>	<p>2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тулдиради. 2.4. Жадвал устунларини тулдиради ва муҳокамада иштирок этади.</p>
<p>3-босқич Яқуний (15 мин)</p>	<p>3.1. Машғулотни яқунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Талабаларга Б. Б. Б усули буйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. 3.3 мустақил иш учун вазифа қилиб “Ибн Сино ва Ал Розий лаврилагги асептика ва антисептика” реферат ёзишни айтади</p>	<p>3.1. Эшитадилар. 3.2 Топширикни оладилар.</p>

Такдимот материаллари

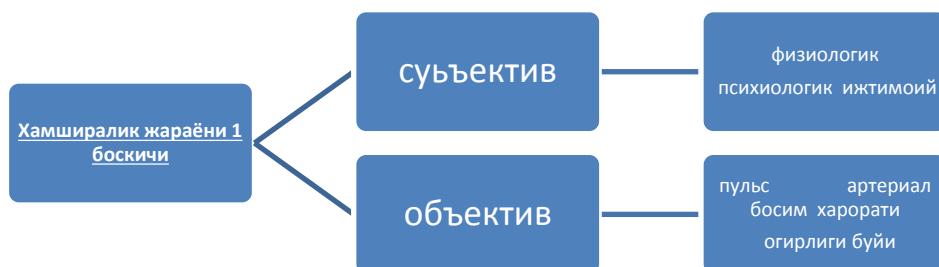
1. -илова	➤ Хамширалик жараёнини боскичлари
2. -илова	➤ Хамширалик жараёнини биринчи боскичи
3. -илова	➤ Хамширалик жараёнини иккинчи боскичи
4. -илова	➤ Хамширалик жараёнини учинчи боскичи
5. -илова	➤ Хамширалик жараёнини тўртинчи боскичи
6. -илова	➤ Хамширалик жараёнини бешинчи боскичи
7. -илова	➤ Хамширалик ёзуви учун муҳим амаллар
8. -илова	➤ Тест саволлари
9. -илова	➤ Назарий қисм

Мавзу материалларининг схематик қуриниши.

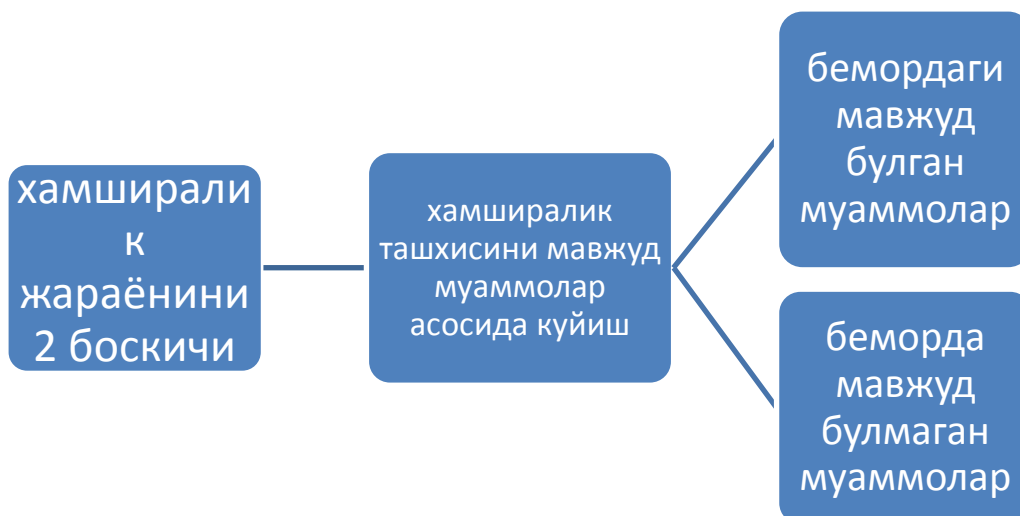
Илова 1. Хамширалик жараёнини боскичлари



Илова 2. Хамширалик жараёнини 1-боскичи



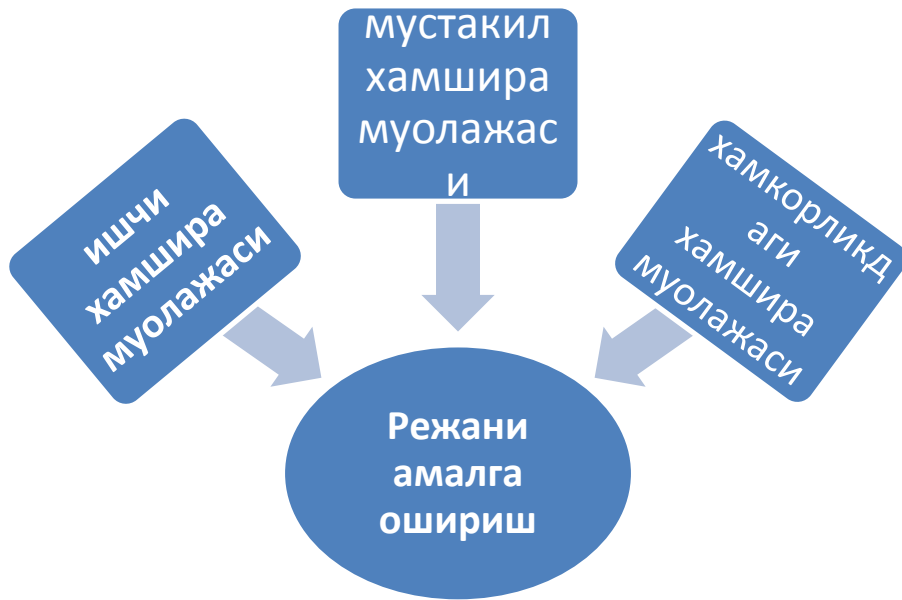
Илова3. Хамширалик жараёнини иккинчи боскичи



Илова 4. Хамширалик жараёнини учинчи боскичи



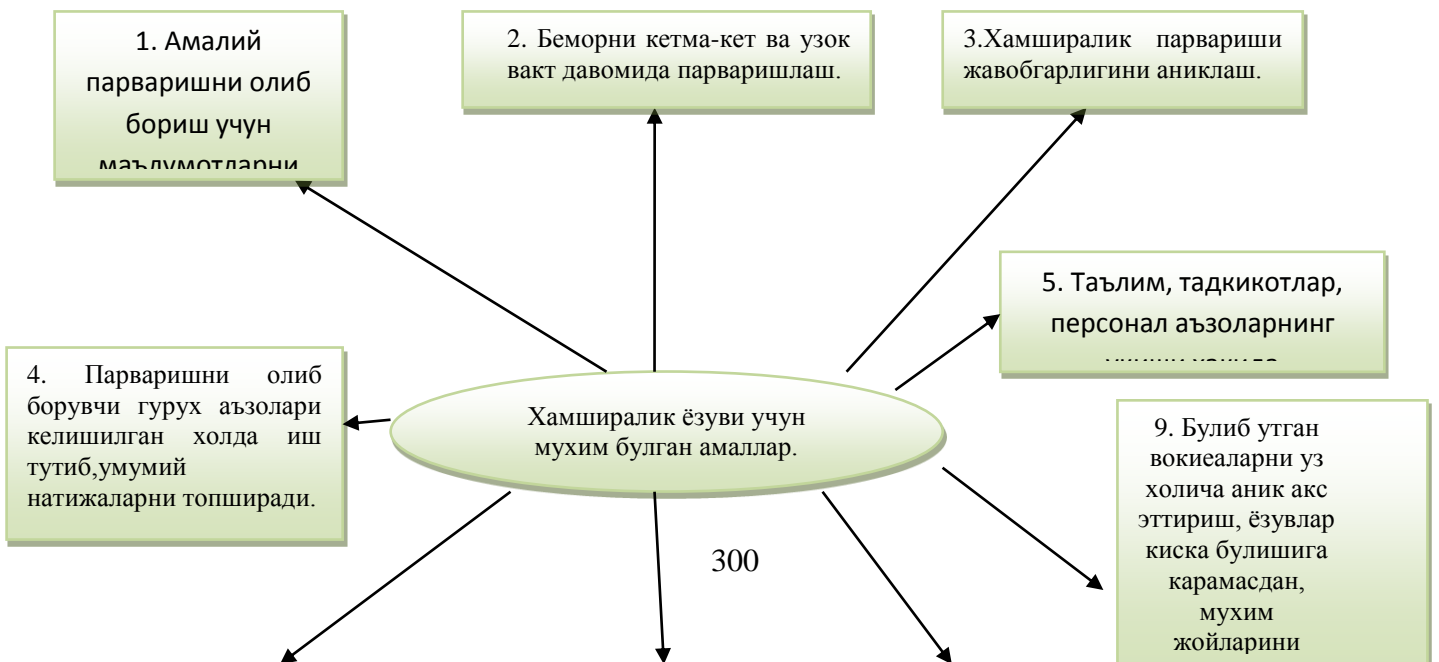
Илова 5. Ҳамширалик жараёнини туртинчи босқичи



Илова 6. Ҳамширалик жараёнини бешинчи босқичи



Илова7 . Ҳамширалик ёзуви учун муҳим булган амаллар.



6. Парвариш натижасини баҳолаш учун хамшира томонидан килинган парваришга баҳо бериш ва келажакда уни янада такомиллаштиришни яхшиловчи маълумотлар туплаш.

7. Бошқарув учун маълумотлар тайёрлаш, яъни беморга берилаётган дори-дармонлар, ишлатилган

8. Юридик органларига оид муаммолар пайдо булса, ёзувларни исботловчи хужжатларни курсатиш ва уларнинг шахсий хавсизлигини таъминлаш.

17-Илова. Назарий қисм.

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

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

Хамширалик жараёни 5 та асосий босқичдан иборат:

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

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

Объектив усулда – беморнинг физиологик ҳолати текширилиб, касалликка оид маълумотлар (ташки қуриниши, аҳоли, уриндлагги ҳолати, тери ва шиллик пардаларининг ранги, ҳолати ва х.к.) қайд қилинади. Беморнинг бўйи ва оғирлиги, ҳарорати, пульси ва АКБ улчаниб хужжатларидаги ва касаллик тарихи тулдирилади. Касаллик тарихи хамширанинг мустақил касбий юридик хужжати ҳисобланади.

2. босқич- Бемордаги мавжуд муаммолар асосида хамширалик ташҳисини қуйиш. Бемордаги муаммолар мавжуд ва қелиб чиқиши мумкин булган муаммоларга бўлинади.

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

кон кетиши, кориндаги огрик каби ходисалар сезилса, хамширалик ташхиси куйилади.

Бемор касаллигини аниклаш ва уни даволашда хамшира ва шифокор ташхисининг ахамияти катта. Шифокор ташхисида бемордаги барча патологик холатлар мажмуаси бирлаштирилиб изохланса, хамшира ташхисида беморнинг баён килиш шикоятни клиник белги ва реакциялари асос килиб олинади.

3. боскич - Хамшира фаолиятини режалаштириш ва парваришлаш максadini аниклаш. Бунда хамширанинг дево режаси тезкор ва услубий максadларини уз ичига олиб, узок ва якин муддатларда бажаришга мулжалланади хамда бемор холатини яхшилашга каратилган булади. Бунинг учун хамшира дастлаб узининг барча имкониятлари даражасини хисобга олган холда, беморнинг тузалиш муддатини, даво натижаси ва шарт-шароитларини чамалаб чикиб, беморни даволаш ва парваришлаш режаларини хамширалик касаллик тарихига лозим булади.

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

- Ишчи хамшира муолажаси – беморни даволаш шифокор назорати ва курсатмаси асосида бажарилади.
- Мустакил хамшира муолажаси – хамшира муолажани уз хохиши, тиклаши буйича шифокеор курсатмасисизмустакил амалга оширади.
- Хамкорликдаги хамшира муолажаси – хамшира ва шифокор бошка мутахассислар билан биргаликда даволаш ишларини олиб боради.

5. боскич- Хамширалик парвариши даражасини бахолаш. Бу боскичда хамширанинг фаолияти беморда кузатиладиган динамик холатлар натижаси билан аникланади. Бунда беморнинг хамшира давосидан кейинги тузалиш натижаси, хамширалик парвариши максadидан келиб чиккан ютуклари, хамшира ёрдамнинг фойдалилик даражаси ва беморни даволашдаги якуний муаммоларни ечувчи тадбирлар аник белгиланади.

Хамширалик ёзуви учун мухим булган амаллар.

1. Амалий парваришни олиб бориш учун маълумотларни жамлаш.
2. Беморни кетма-кет ва узок вакт давомида парваришлаш.
3. Хамширалик парвариши жавобгарлигини аниклаш.
4. Парваришни олиб борувчи гурух аъзолари келишилган холда иш тутиб, умумий натижаларни топширади.
5. Таълим, тадқиқотлар, персонал аъзоларнинг укиши хакида маълумотлар туплаш.
6. Парвариш натижасини бахолаш учун хамшира томонидан килинган парваришга бахо бериш ва келажакда уни янада такомиллаштиришни яхшиловчи маълумотлар туплаш.
7. Бошқарув учун маълумотлар тайёрлаш, яъни беморга берилаётган дори-дармонлар, ишлатилган асбобларни руйхатга олиш ва касалхонада бошқарувни олиб бориш.
8. Юридик органларига оид муаммолар пайдо булса, ёзувларни исботловчи хужжатларни курсатиш ва уларнинг шахсий хавсизлигини таъминлаш.
9. Булиб утган воқеаларни уз холича аник акс эттириш, ёзувлар киска булишига карамасдан, мухим жойларини унутмаслик, объектив ва субъектив муаммоларни

ёзиб бориш, ёзувлар тушунарли ва мантикий булиши, ёзув олиб боришда жавобгнарликни аниклаш учун парваришда катншувчи икки киши булган холда хар доим имзо куйиш керак.

Хирургия ёрдами курсатишда хамширанинг тутган урни.

Тусатдан авж оладиган огир касалликлар ва бахтсиз ходисалар (жарохатланиш, захарланиш, куйиш, кон кетиши, хушдан кетиш) хаётда доимо учраб туради. Бундай холларда шошилишч тиббий ёрдам курсатиш олий маълумотли хамшира ва акушердан юкори малака талаб килади. Фелдшер ва хамшира саломатлик марказларида, тез тиббий ёрдам машинасида, даволаш маскнларида мустакил даволаш-профилактика ишларини бажаришда, хамшира ташхисини утказишда, бирламчи тиббий ёрдам беришда ва беморни тегишлди тиббий – даво муассасаларида юбориш каби асосий тиббий хизматларни бажаради.

Хамширанинг хирургик хизматни амалга оширишдаги умумий тадбирларига куйидагилар киради:

- Хавли хирургик касалгурухларни аниклаш, оммавий ахборот воситалари ёрдамида ахоли уртасида тушунтириш ошларини олиб бориш, усма билан касалланган беморларни аниклаш. Хамшира куйидаги холлрада беморни умумий амалиёт шифокори ёки мутахассисларга йуллайди: шикастлар, куйишлар, совук уриши, электр токидан шикастланиш, азроб ва анаэроб инфекция, сепсис, сил, кон кетиши, уткир корин огриги, чурра кисилиши синдроми, ичак тутилиши, асцит, усмалар, гангрена, тромбоз, эмболия, яралар, окмалар, буйрак ва сийдик йуллари тош касалликлари, ковок шикастлари цистит, простатит, облитирацияловчи эндартет, веналарнинг варикоз кенгайиши, тугма нуксон касалликлари ва х.к.

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

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

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

Хирургия хамширасининг мажбурияти ва вазифалари.

Хирургия хамшираси – бу хирургик беморларни парвриши буйича умумий курсни тугатган, уз мамлакатида амалий парваришни амалга ошириш учун хукук ва ваколатлари булган мутахассисдир.

Хирургия хамширасининг шифохонада амалга оширадиган аник вазифалари куйидагилардан иборат.:

Согликни саклаш ва таъминлаш: бемор яхши кайфиятда даволаниши учун мухит яратиш; бемормуолажасини хавсиз, тез ва аник олишини таъминлаш, беморга сухбатдош булиш.

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

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

Хирургия булимида хамшира юритадиган тиббий хужжатлар.

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

Кабул булимида касалларни руйхатга олиш хужжатлари куйидагича: касалхонага ёткизишни расмийлаштириш журнали; маслахатларни расмийлаштириш журнали; хар хил сабабларга кура касалхонага ёткизишдан бош тортган ёки ётиш ман килинган беморларни расмийлаштириш журнали.

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

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

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

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

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

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

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

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №2

Мавзу: **Антисептика. 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.**

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти - 5соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш буйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	- Антисептика. Антисептика усулларининг ривожланиши. - 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
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу амалиёт машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин ҳамда тест ва вазиятли масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни тахлил қилиш куникмаларини ривожлантириш	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Антисептика. Антисептика усулларининг ривожланиши. - 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
Ўқитиш услуби ва техникаси	Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “антисептика” сўзига кластер, мунозара.
Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув қуланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.

Ўқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (микроскоп, бактерияларнинг соф культуралари, бўёқлар, спиртовка.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

	Фаолият мазмуни Жаррохлик фани унинг тиббиётда тутган урни, жаррохлик фанининг ривожланишида муҳим ахамиятга эга булган кашфиётлар. 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.	
Босқичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот хамкорликда ишлаш технологиясини куллаган холда утишни маълум қилади. 1.2. Аклий ҳужум усулидан фойдаланган холда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Умумий хирургия фанини ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласиз? Уларнинг мазмунларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (195мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, хар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қондаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини хам намоиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. Беморларни сураб – суриштириш ва умумий куздан кечиришни амалга оширишини назорат этади, хамда бирламчи таъсуротларини баён этишига кўмаклашади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга инсерт, SWOT-тахлил жадвали, тоифали жадвал усули буйича ифодаланган жадвални намоиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тулдиради. 2.4. Жадвал устунларини тулдиради ва муҳокамада иштирок этади.

3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Талабаларга Б. Б. Б усули буйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади.(3-илова)	3.1. Эшитадилар. 3.2 Топширикни оладилар.
--------------------------------	---	--

Такдимот материаллари.

10. -илова	Гуруҳларда ишлаш коидалари
11. -илова	Гуруҳлар учун топшириклар
12. -илова	Касалхона ичи инфекцияси профилактикасига оид атамаларга инсерт ва SWOT-тахлил жадвалини тузиш
13. -илова	Замонавий кимёвий антисептикларга оид тоифали жадвални тузиш
14. -илова	Имплантицион инфекцияси хақида тушунча? Боглов материалларини, ипакли ипларни ва кетгутни стериллаш атамаларига оид кластерлар тузинг
15. -илова	Тест назорат саволлари.
16. -илова	НАЗАРИЙ ҚИСМ.

Ўқув топшириклар

1- илова

Гуруҳ аъзоларининг ҳар бири (гуруҳда ишлаш коидалари)

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириклар буйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сурашлари мумкин;
- ёрдам сураганларга кумак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чукамиз ёки бирга кутиламиз” коидасини яхши билишлари лозим.

Назорат саволлари.

- 1.Касалхона ичи инфекцияси профилактикасига қандай йўллар орқали амалга оширилади?
- 2.Замонавий антисептикларни қандай гуруҳларини биласиз ?
- 3.Стерилизацияни қанака босқичларда амалга оширилади?

Ушбу тушунчаларнинг мазмунини ёритинг.

Асептика, антисептика, стерилизация усуллари, имплантицион инфекция, эндоген ва экзоген, хавотомчи инфекцияси сўзларига таъриф беринг.

Гуруҳлар учун топшириклар. **2 - илова.**

1 - гуруҳ. (3 илова)

Касалхона ичи инфекцияси профилактикасига оид атамаларга инсерт ва SWOT-тахлил жадвалини тузинг

2 - гуруҳ.(4 илова)

Замонавий кимёвий антисептикларга оид тоифали жадвални тузинг

3 - гуруҳ.(5 илова)

Имплантицион инфекцияси хақида тушунча? Боглов материалларини, ипакли ипларни ва кетгутни стериллаш атамаларига оид кластерлар тузинг.

Текшириш эталонлари (намуналар):

1 - гуруҳ. Инсерт жадвали

Тушунчалар	V	+	-	?
Хирургияда ва харбий -дала хирургиясида хамширалик				
Тиббиётдаги ўрни ва вазифалари				
Фаннинг бош масаласи				
Хамширалик жараёни боскичлари				
Хамширалик ёзуви				
Хирургияда ва харбий -дала хирургиясида хамширалик иши фанининг йуналишлари				
Бу фанини ўрганиш кетма - кетлиги				
Урганиш услублари				
Диспансеризация				
Реабилитация				

<p>S Йоднинг спиртдаги эритмаси (Solutio iodi spirituosa) –5-10% ли эритмаси операцион майдонга, жароҳат четларига суртиш, дезинфекция киладиган восита сифатида кулланилади.</p>	<p>W Кекса ва ёш болаларда купинча кулланилмайди.</p>
<p>O Кучли бактериостатик таъсирга эга. Сезгирлик чакирмайди.</p>	<p>T Йод терига тушса тери куйиши кузатилади.</p>

Текшириш эталонлари (намуналар):

1 -гуруҳ. SWOT-тахлил жадвали

Текшириш эталонлари (намуналар):

2 - гуруҳ. тоифали жадвали

Вертикал буйича - такқолаш талаб этиладиган нарсалар (карашлар, назариялар) жойлаштирилади	Горизонтал буйича - таққослашни амалга оширишдаги ҳар ҳил тавсифлар жойлаштирилди. (Тавсифлар, тоифалар, ажралиб турадиган белгилар ва шу кабилар)						
	хид	консистенцияси	ранги	намлиги	Сакланиши	Ишлатилиши	асорати
Йод	Узига хос хид	кукун	Тук кизгиш	курук	Кора, берк идишда	Кетгутни сериллашда	куйиш

хлоргексидин	хидсиз	эритма	рангси 3	эритма	берк идишда	Кулга, жарохатга ишлов бериш.	Асоратсиз
В одород пероксид	хидсиз	эритма	рангси 3	эритма	берк идишда	жарохатга ишлов бериш.	куйиш
Бриллиант яшил	хидсиз	эритма	яшил	эритма	берк идишда	жарохатга ишлов бериш.	Асоратсиз
Фурациллин	хидсиз	эритма	сарик	эритма	берк идишда	жарохатга ишлов бериш.	Асоратсиз
Калий перманганат	хидсиз	эритма	кизил	эритма	берк идишда	жарохатга ишлов бериш.	куйиш
Сулема	аччик	эритма	рангси 3	эритма	берк идишда	парвариш буюмлари, кулкопларни дезинфекция килиш	Кучли захар

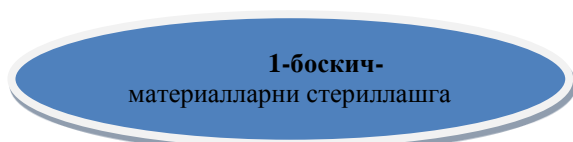
**Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари
(барчаси 100 баллик тизимда)**

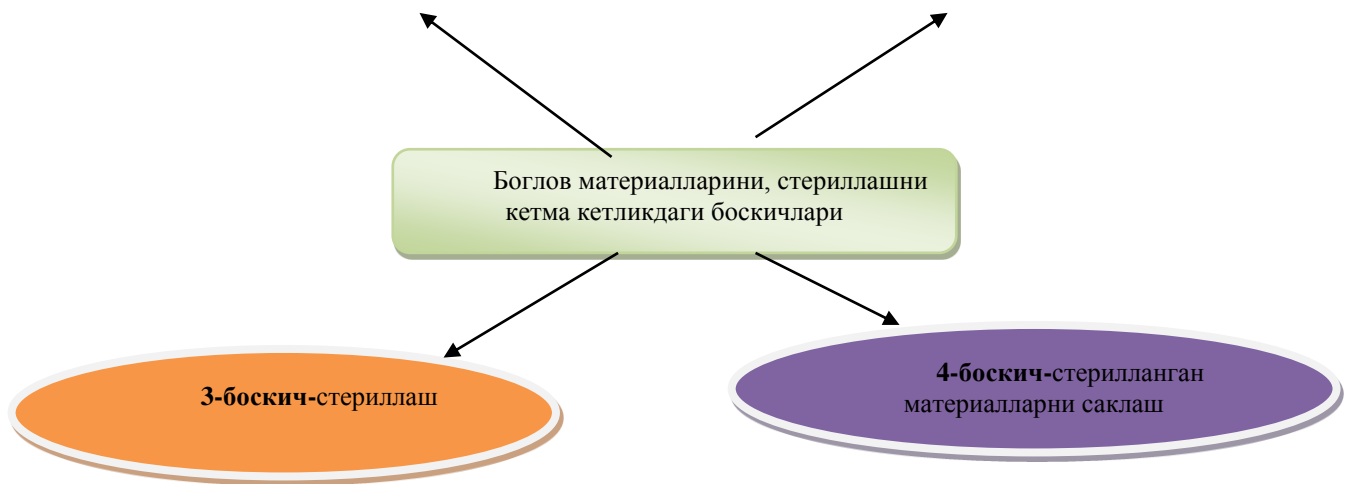
Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентацияда иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					
3 – гуруҳ					

3- гуруҳ.

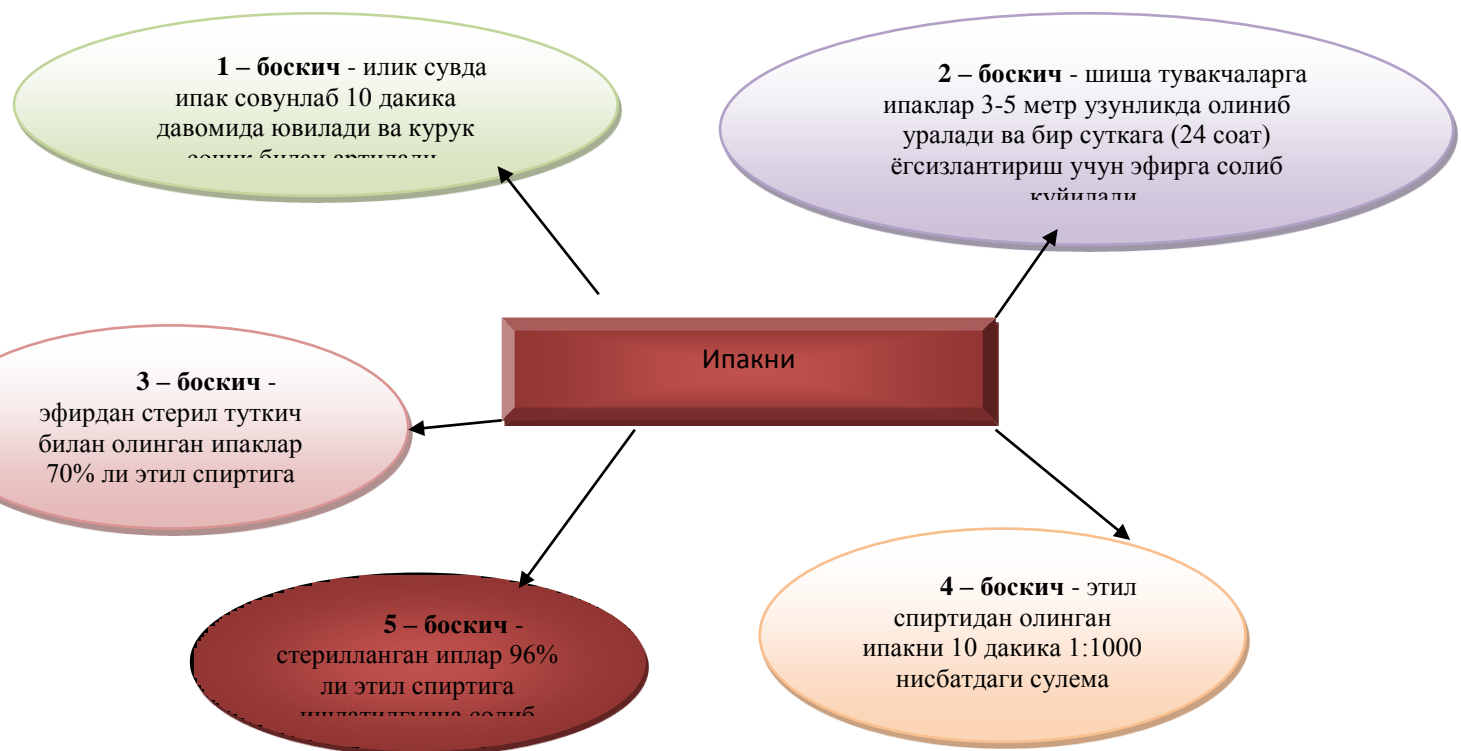
Имплантацион инфекцияси хақида тушунча? Боғлов материалларини, ипакли ишларни ва кетгутни стериллаш атамаларига оид кластерлар тузинг.

Текшириш эталонлари (намуналар):



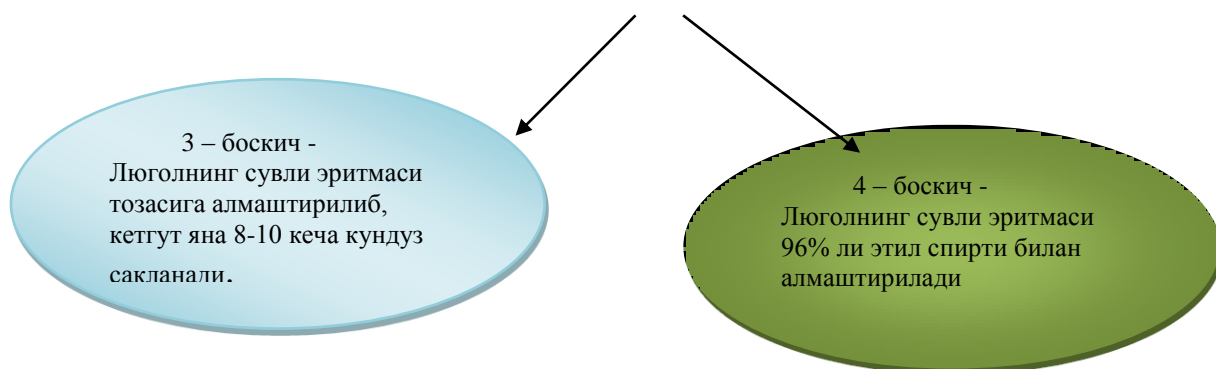


Текшириш эталонлари (намуналар):



Текшириш эталонлари (намуналар):





3-илова

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқтма материаллар

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим“-”.
Антисептика		
Асептика		
Антибиотиклар		
Стерилизация		
Кулга ишлов бериш		
Хаво – томчи инфекцияси		
Имплантацион инфекция		
Ипакни стериллаш		
Кетгутни стериллаш		
Механик антисептика		
Физик Антисептика		
Кимёвий антисептика		

Назарий қисм. Антисептика - деб жароҳатдаги, паталогик тузилмадаги ёки умуман организмдаги патоген микроорганизмларни йукотиш ёки микдорини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар йигиндисига айтилади. XIX асрнинг ярмига қадар операция қилинган беморларнинг 80% -90% дан ортиги операция жароҳатнинг йирингли, чиритувчи ва гангреноз асоратларидан ҳалок булар эди, уша даврда бу асоратларнинг сабаби номаълум булган. Луи Пастер томонидан чириш ва бижгиш ходисаларига микроорганизмлар сабабчи эканлиги кашф қилинган микробиология ва хирургия жадал ривожланди. Венгер врачлари И.Ф.Земмелвейс 1847 йилда тугруқдан кейинги сепсиснинг сабаби булиб туккан аёлни кул билан бачадон ичи текшириши вақтида врачнинг «мурда захрини» қиритилиши ҳисобланади деб тақидланган эди. У акушерлар қулини хлорли оҳак эритмаси билан ювишини тақлиф қилди ва асоратлар сонини бирмунча камайтирилди. Инглиз хирурглари Джордж Листер операциядан кейинги беморлар улимнинг сабабларини урганар экан, бу асоратларга операция жароҳатга тушган бактериялар сабабчи деган ҳулосага келади ва антисептика усулини ташкил қиладиган чора-тадбирлар тузилишини ишлаб чиқади (1867й):

1. Операция хонасининг хавосини махсус аппарат ёрдамида қорбол кислота эритмасини пурқаш.

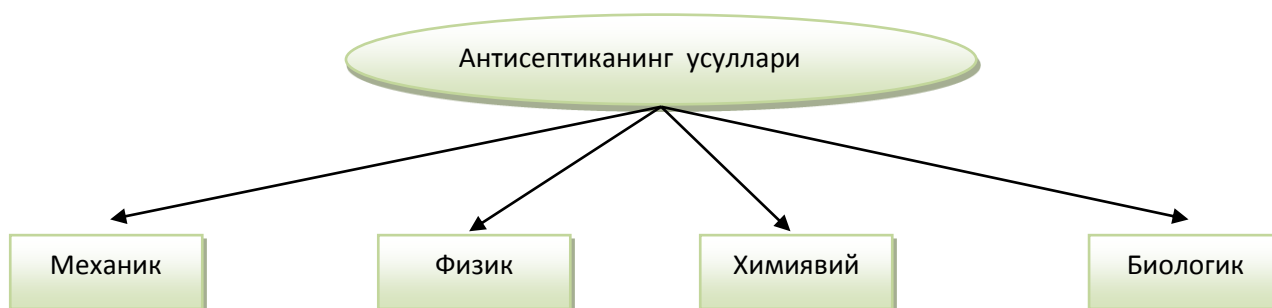
2. Хирургик инструментлар, чок ва боглов материали, шунингдек хирург кули 2-3% ли карбол кислота эритмаси билан юкумсизлантириш.

3. Операцион майдонни 2-3% ли карбол кислота эритмаси билан ишлов бериш.

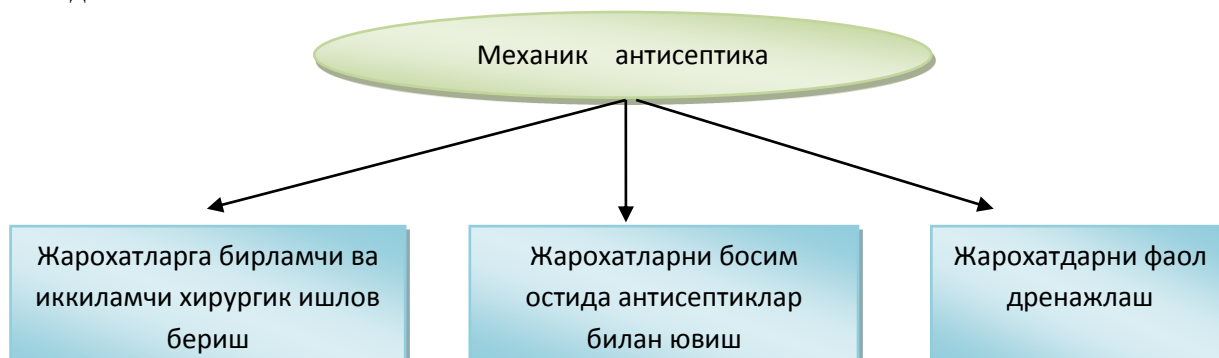
4. Операциядан сунг операцион жароҳатни 5% ли карбол кислота шимдирилган махсус боғлама билан ёпиш. Листер усулининг амалиётга татбиқ этилиши билан хирургия ривожланишининг антисептик даври номи билан аталувчи янги босқичга утди. Бирок Листер антисептик усулининг ижобий томонлари билан бир каторда салбий томонлари ҳам кузатилди, чунончи операция хонаси хавосидаги карбол кислота бугларидан нафас олиш тиббий персонал ва беморнинг захарланишига, хирург кулини 2-3% ли карбол кислота эритмаси билан қайта ишлаш терини кучли таъсирлантириши, операцион жароҳатга қуйилган карбол кислота эритмаси шимдирилган боғлама микробларни улдириши билан бир каторда туқималарнинг кенг некрозига ҳам сабабчи бўлди. Микробиологиянинг кейинги ривожланиши натижасида микроорганизмларни юқори харорат таъсирида ҳам улдириш мумкинлигини исботлади. Хирурглар Субботин М.С. ва Э.Бергман хирургик инструменлар, операцион окликлар, боғлов ва чок материаллардаги микробларни қайноқ сув ва буг билан юқотиш мумкинлигини исботлаб бердилар. Э.Бергман ва унинг шогирди Шиммельбуш хирургияда асептик усулни ишлаб чиқишди. 1980 йилда Берлинда 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 окламади. Химиянинг ривожланиши билан кам захарли антисептик воситалар яратилди, бу эса асептикани турли антисептик воситалар билан бирга куллашга олиб келди.

Антисептиканинг қуйидаги усуллари мавжуд:

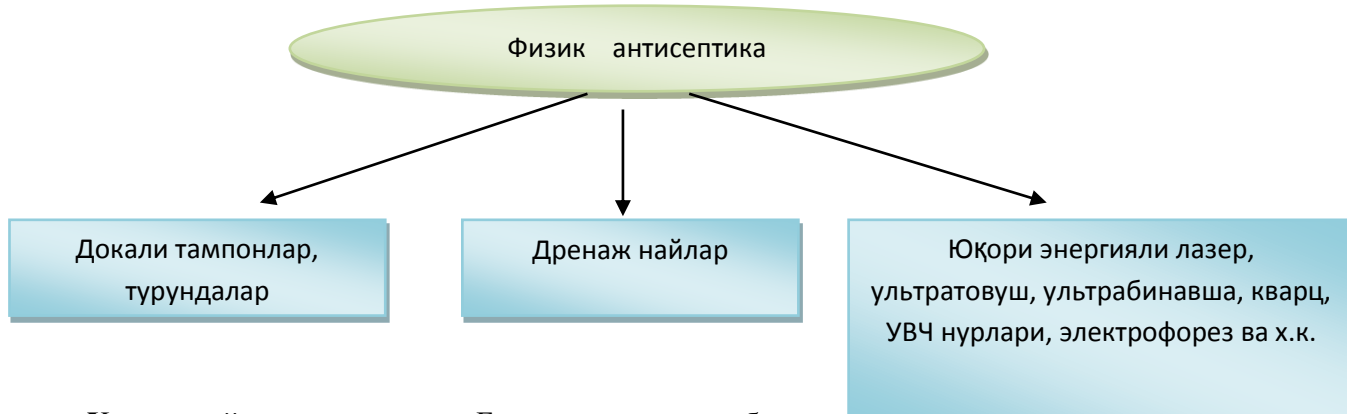
1. Механик антисептика;
2. Физик антисептика;
3. Химиявий антисептика;
4. Биологик антисептика.



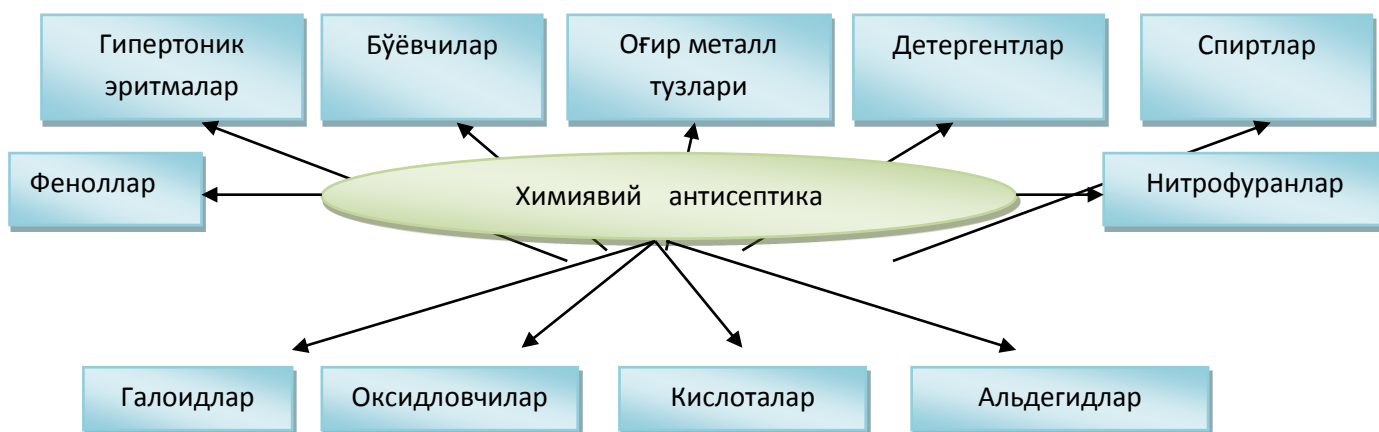
Механик антисептика. Жароҳатда бактериялар ривожланишининг олдини олишда механик усуллар: микроблар учун озикли муҳит бўлиш мумкин бўлган некрозланган туқималарни, ёт жисмларни жароҳатдан олиб ташлашнинг ахамияти катта. Бунинг учун жароҳатга бирламчи актив хирургик ишлов берилди ва бирламчи хирургик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



Физик антисептика. Жарохатда бактериялар ривожланишига нокулай шароитлар тугдириш, уларнинг токсинлари ва тукималар парчаланиш махсулотлари сурилишни камайтиришга каратилган физикавий омилларни куллаш физик антисептикани ташкил килади. Физик антисептиканинг асосий вазифаси-жарохат ажралмасининг богламага чикиши ва сурилиши гигроскопиклик ходисага асосланган, бу тиббий доканинг узича жарохат ажралмасини (экссудат) ни шимиб олиш хусусияти оркали амалга ошади. (М.Я.Преображенский, 1894).



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



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



Антисептикларни қўллаш усуллари:

- Энтерал қўллаш-антисептик моддалар меъда - ичак тизими орқали юборилади.
- Ташқи (юзаки) қўллаш - антисептик моддалар жароҳатларга кукун, мазли ва эритмали шаклда қўлланилади.
- Бўшлиқларга юбориш- антисептик моддалар буғим, қорин ёки плевра бушлиғига юбориш орқали.
- Парентерал қўллаш-вена ёки артерияга юбориш йўли билан.
- Эндоскопик қўллаш - ўпка абсцесси бўшлиғига бронхоскоп орқали, қизил ўнғач, меъда ва ўн икки бармоқ ичакга фиброгастроскоп орқали.
 - Эндолимфатик қўллаш - перитонит ёки йирингли жараёнларда антисептик моддалар (антибиотик, фермент) лимфатик тугун ёки томирларга юбориш

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №3

Мавзу: 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. Госпитал инфекция, ВИЧ инфекцияни хирургиядаги ўрни.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти – 5 соат	Талабалар сони: 10-12 нафар
Ўқув машгулотининг тури	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. Госпитал инфекция, ВИЧ инфекцияни хирургиядаги ўрни.
Ўқув машгулотининг режаси	<ol style="list-style-type: none">1. Мавзуга кириш қисми:<ol style="list-style-type: none">а) Асептика турлари ва усуллари тугрисида тушунча.б) Антисептик воситаларни таъсир механизми тугрисида тушунча.с) Инфекция манбалари тугрисида тушунча.д) Эндоген ва экзоген инфекция профилактикаси тугрисида тушунчае) Госпитал инфекция, ВИЧ инфекцияни хирургиядаги ўрни.ф) Замонавий асептика ва антисептикани муаммолари.2. Мавзунинг моҳиятини асослаш. График органайзерлар ёрдамида маълумотларни намоиши ва тахлили.3. Кичик гуруҳларда вазиятли масалалар билан мавзунинг муҳокамаси ва муаммони ҳал қилиш.4. Мавзунинг мустақамлаш учун техник намоишлар.<ol style="list-style-type: none">а) Жадвал, слайд ва видео фильмлар намоиши.5. Хулоса. Кичик гуруҳлар ва ҳар бир талабанинг дарс жараёнидаги фаолиятини баҳолаш. Ҳар бир талабанинг мавзунинг узлаштириш даражасини аниқлаш.<ol style="list-style-type: none">а) Мавзу бўйича интерактив усуллар ташкил қилиш ва кичик

	<p>гурухларда уларнинг фаолиятини баҳолаш.</p> <p>b) Амалий куникмаларни бажариш ва баҳолаш.</p> <p>c) Тест усули ва вазиятли масалалар билан талабалар билим даражасини аниклаш.</p>
<p><u>Ўқув маишулотининг мақсади:</u> 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. Госпитал инфекция, ВИЧ инфекцияни хирургиядаги ўрни ва профилактикаси вақтида хамширалик жараёнини ургатиш.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Билимларни таҳлил қилиш ва мустахкамлаш. 2. Маълумотларни реал вазиятга яқинлаштирган ҳолда ишлаб чиқиш ва кичик гурухларда таҳлил қилиш. 3. Амалий куникмаларни кетма-кетликларини тугри бажара олишни мақсад қилган. 	
<p><u>УКИТУВЧИНИНГ ВАЗИФАЛАРИ</u> Талабага ургатиш керак:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Асептика турлари ва усуллари тугрисида тушунча бериш. 2. Асосий антисептик моддалар тугрисида тушунча бериш. 3. Инфекция манбалари тугрисида тушунча бериш. 4. Эндоген ва экзоген инфекция турлари ва профилактика чора тадбирларини ҳақида тушунча бериш. 5. Госпитал инфекция ва ВИЧ инфекция профилактикасида хамширалик жараёнини ахамияти тугрисида тушунча бериш. 6. Замонавий антисептикларни қуллашда хамширани урни ва вазифалари тугрисида тушунча бериш. 	<p><u>Ўқув фаолиятининг НАТИЖАЛАРИ:</u> Талаба:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Талабалар асептика ва антисептика турлари ва усулларини, қуллаш қоидаларини билиб олади. ✓ Шошилиш ва режали равишдаги операцияларга жарроҳларни ва беморларни тайёрлашни, стерилизация усулларини, антисептикларни танлашни, қуллаш усулини, стерилизация усули ва стерилликни назорат қилиш усулларини тугрисида тушунчага эга бўлади.
<p>Талаба қуйидаги асос билимларни билиши лозим:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Инфекцияни организмга тарқалиш йулларини билиш. 2. Экзоген ва эндоген инфекция турларини билиш.. 3. Стационар ва поликлиника шароитида хирургия бўлимларини тузилиши, жиҳозланиши ва ишини ташкил қилинишини билиш. 4. Контакт , имплантацион ва хаво томчи инфекциясини олдини олиш чораларини билиш; 5. Инструментлар, тикув материаллари, боғлов материаллари ва чойшабларни стериллаш усулларини билиш. 6. Стерилизация сифатини текшириш усулларини билиш 7. Хирургик беморларни парваришда хамширалик жараёни этапларини билиш.
<p>Талаба қуйидаги амалий куникмаларни эгаллаши шарт:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Беморларни текширувларга, операцияга гигиеник ва тиббий тайёрлашни билиш. - Стерилизация усулларини ва қуллаш техникасини билиш ва стериллаш учун инструментларни , тикув материалларини тайёрлаш. - Стерилизация сифатини назорат қилишни билиш. - Қулларни операцияга тайёрлашни билиш.

	<ul style="list-style-type: none"> - Операцион майдонни операцияга тайёрлашни билиш - Антисептиклар билан ишлашда, автоклав билан ишлашда техника хавфсизлигини билиш.
Ўқитиш услуби ва техникаси	Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида савол-жавоб, дискуссия шаклида ўтказилади. Бу дарсда интерактив усуллардан <u>«Ручка стол ўртасида»</u> усулини ҳам қўлланилади. Узлаштириш жараёнида турли хил жадваллар, схемалар, диаграммалар шунингдек Кластер, «Т» - схемаси, Венн диаграммаси ишлатилади. Шунингдек, тест ва вазиятли масалалари тахлил қилинади.
Ўқитиш воситалари. Машғулот учун керакли кургазмали куроллар ва асбоб-анжомлар.	Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, доска, компьютер, проектор. а. Антисептика ва асептикага таълуқли жадваллар намунаси. б. Антисептика ва асептикага мавзусидан слайдлар; в. Антисептика ва асептикага оид видео лавха; г. Антисептик воситалар мажмуаси; д. Стерилизация қилиш учун ускуналар, автоклав, пастер печи шиммелбуш бикслари, асбобларни қайнатиш учун стерилизатор, инструментлар, тикув материаллари ва боғлов материаллари;
Ўқитиш шакли	Коллектив билан, индивидуал ва кичик гуруҳлар ва гуруҳ бўйича ўқитиш шакллари фойдаланилади.
Ўқитиш шароитлари .	Маъруза ва ўқув хонаси, операция олди ва операция хонаси, хирургия булимидаги операциядан кейинги интенсив терапия хоналари, боғлов ва муолажа хоналари.
Мониторинг ва баҳолаш	Кузатув, блиц - суров, презентация, амалий куникмалар намойиши, вазиятли масалалар тахлили, тест синови.

Мавзунинг (фанлараро боғлиқлик) интеграция режаси

№	Мавзунинг қисмлари	Муаммолар	Фанлар интеграцияси
1.	Антисептик препаратлари	Таъсир механизми, фармакодинамикаси ва – кинетикаси.	Клиник фармакология
2.	Кимёвий антисептиклар	Таъсир механизми, молекуляр тузилиши ва – кинетикаси.	Биохимия
3.	Антисептикларни парэнтерал периферик томирлар ва умров ости венаси катетеризацияси.	Умров ости венаси топографияси.	Анатомия ва топографик анатомия
4.	Жарохатларни антисептиклар билан ювиш	Органлар топографияси	
5.	Стериллаш учун ишлатиладиган аппаратлар	Юкори ва паст харорат таъсири, гамма нурлари	Биофизика

СЕМИНАР МАШЎУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК ХАРИТАСИ (3-машғулот)

Машгулотнинг давомийлиги 5соат

Боскич-лари	<i>Фаолият боскичлари ва хронологияси</i>		Вакти
	<u>Укитувчи</u>	<u>Талаба</u>	
Тайёрлов кисми	<p>Эрталабки конференция. Эрталабки врачлар конференциясида асосан янги келган беморлар, огир беморлар ва утказилган операциялар кискача мухокама килинади. Талабаларга мавзуга мос беморлар мухокама килинаётганда дарс вакти мухокама килиш учун дафтарларига ёзиб олишларини уктирилади. Гурух талабаларини йуклама килиш.</p>	Тинглайди, ёзиб олади.	8 ³⁰ -8 ⁴⁰
I.Мавзуга кириш кисми (5дак)	<p>1.1. Кечаси навбатчиликда турган талабани хисоботини тинглаш ва мухокамаси. 1.2. Ассистент талабаларга мавзунинг максоди, долзарблигини, талабалар бажариши лозим булган ишлар билан кискача таништириб чикилади.</p>	Тинглайди, ёзиб олади. Саволлар бериб тушинмаган саволларга аниклик киритади.	8 ⁴⁵ -8 ⁵⁵
II.Мавзунинг асосий кисми (20дак)	<p>2.1. Мавзунинг узлаштириш. Мавзунинг режасини, асосий эътибор килиш лозим булган куникмаларга ургу беради. Антисептика ва асептика турлари, куллаш усуллари «Мия хужуми усули» билан мухокама килинади.</p>	Эшитади ва берилган саволларга кетма-кет жавоб беради.	8 ⁵⁵ -9 ¹⁵
	Танаффус	5-дакика	
25 дак	<p>1.Асосий антисептик воситалар ва стериллаш боскичлари блиц-суров усули билан ёритада ва кискача равишда хар бир антисептик воситаларни гурухлари, куллаш усуллари , организмга таъсирига, эътибор каратади. Илова №</p>	Хар бир талаба саволларга жавоб беради ва намоиш маълумотларини ёзиб олади.	9 ²⁰ -9 ⁴⁵
15 дак	<p>2.Боглов хонасида ,операция хоналарида беморлар жарохатларини антисептиклар билан ювишни, муолажа хоналарида антибиотиклар ва кимётерапевтик воситаларни парэнтерал юборишлар хакида тушунчага эга булади.</p>	Кичик гурухлар вазифани олишади ва уз жавобларини ёзишади.	9 ⁴⁵ -10 ⁰⁵
	Танаффус	15 дак	
10 дак	<p>Буг билан, курук исиклик билан, нур билан, кимёвий усулларда инструментларни, тикув ва боглов материалларини стериллаш этаплари ва саклаш усуллари хакида маълумот бериш ва хамширалик боскичларини тушунтириш.</p>	Схема ва жадвалларни мазмунини мухокама килади. Саволлар бериб асосий жойларини ёзиб олади	10 ²⁰ -10 ³⁰

10 дак	Стериллашни назорат килиш усуллари , кимётерапевтик моддалар, антибиотиклар ва энзимотерапия ни хирургик амалиётда куллаш коидалари, дозалаш тугрисида маълумот бериш.	Эштади ва асосий жойларини ёзиб олишади.	$10^{30} - 10^{40}$
10 дак	Хирург кулига ишлов бериш усуллари ва операцион майдонга ишлов бериш усуллари хакида маълумот бериш, хамширалик боскичларини тушунтириш.	Эштади ва асосий жойларини ёзиб олишади.	$10^{40} - 10^{50}$
15 дак	Операцион блокада бактериологик ва эпидемиологик назорат усуллари. Хирургик беморларни парваришлашда хамширалик жараёни.	Эштади ва асосий жойларини ёзиб олишади.	$10^{50} - 11^{05}$

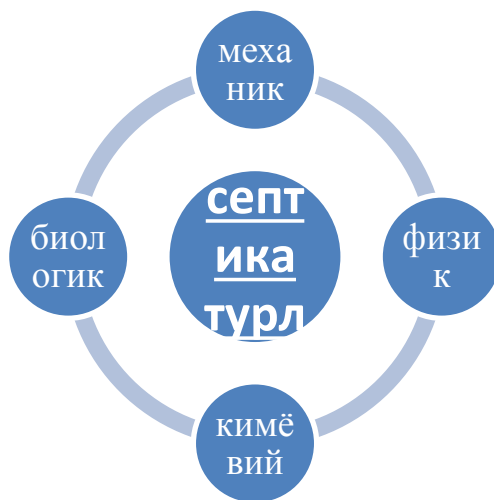
Такдимот материаллари.

17. -илова	Антисептика турлари
18. -илова	Антисептик моддаларни кулланилиши
19. -илова	Антисептикларни кимёвий гурухлари.
20. -илова	Анорганик моддалар гурухлари
21. -илова	Оксидловчилар турлари
22. -илова	Антибиотиклар гурухлари.
23. -илова	Табиий антибактериал препаратлар
24. -илова	Инфекцияни организмга таркалиш йуллари.
25. илова	Термик усулда стериллаш фазалари
26. -илова	Ипакни стериллаш боскичлари
27. -илова	Кетгутни стериллаш усуллари.
28. -илова	Тест саволлари.
29. -илова	Назарий кism.

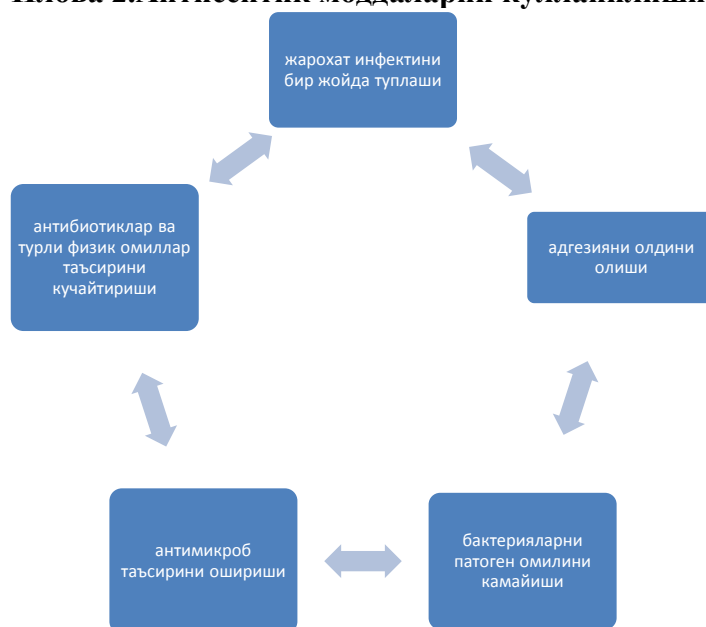
Назарий саволлар.

1. Антисептика тушунчаси, турлари ва усуллари.
2. Асептика тушунчаси, турлари ва усуллари.
3. Антисептикларни таъсир механизми ва куллаш коидалари.
4. Кимётерапевтик моддалар ва антибиотиклар куллаш коидалари, дозалаш ва нотугри куллаганда келиб чикадиган асоратлар.
5. Экзоген ва эндоген инфекция хакида тушунча ва организмга юкиш йуллари.
6. Стериллаш усуллари ва боскичлари хакида тушунча.
7. Стериликни назорат килиш усуллари.
8. Хирургик беморни парваришлашда хамширалик жараёни хакида тушунча.

Илова 1. Антисептика турлари



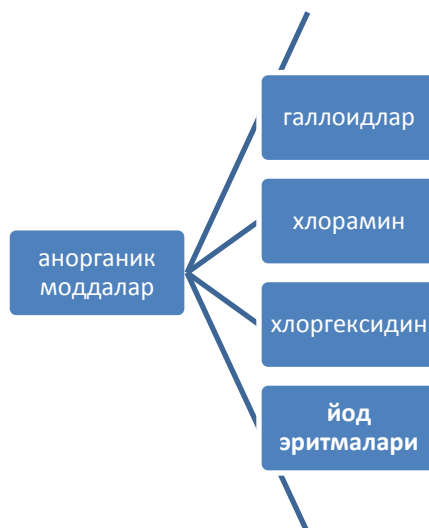
Илова 2. Антисептик моддаларни кулланилиши.



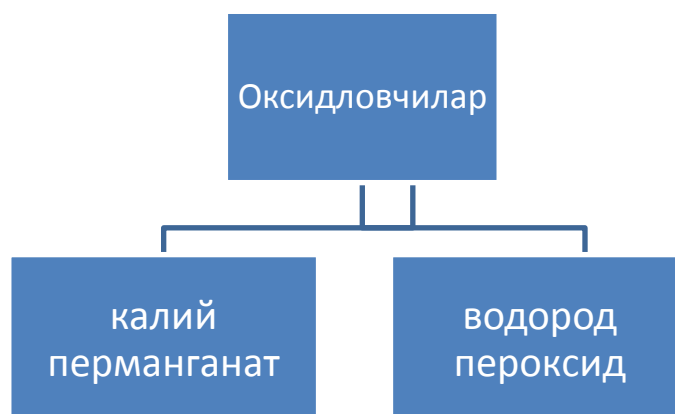
Илова 3. Антисептикларни химёвий гуруҳлари



Илова 4. Анорганик моддалар.



Илова 5. Оксидловчилар турлари.



Илова 6. Антибиотиклар гуруҳлари



Илова 7. Табiiй антибактериал препаратлар

1.Новоиманин	<ul style="list-style-type: none"> сарикчой ўсимлигидан олинади, абсцесс, флегмона, инфекция тушган жароҳатларни даволашда маҳаллий қўлланилади.1%ли 10мл чиқарилади
2.Хлорофилпт	<ul style="list-style-type: none"> Эвкалипт баргидан олинган хлорофиллар йиғиндиси.Хирургияда маҳаллий ва парентерал усулда 0,2% ли эритмаси куйган ва трофик яраларда, 0,01-25% ли эритмаси йирингли бушиқларни ювиш учун ишлатилади. 0,25% ли эритмаси 2мл дан чиқарилади.
3. Эктерицид	<ul style="list-style-type: none"> Балиқ мойнинг оксидлиниши натижасида ҳосил бўлган сувда эрувчан модда. Куйиш, трофик ва йиринглаган яра, фурункул ва карбункул, секвестрэктомиядан сунг препаратни суюлтирмасдан қўлланилади. Флаконларда 100 ва 250 мл дан чиқарилади.
4.Бализ	<ul style="list-style-type: none"> Баъзи бир сахаромицеларни ферментация қилиш натижасида олинган препарат.Стафилококкга нисбатан антибактериал активлига эга.Жароҳатларни репаратив жараёнларни яхшилайди, некротик массаларни кучишига ёрдам беради.Флаконларда 400 мл дан чиқарилади ва салфеткаларни ҳуллаб жароҳатга қуйилади.

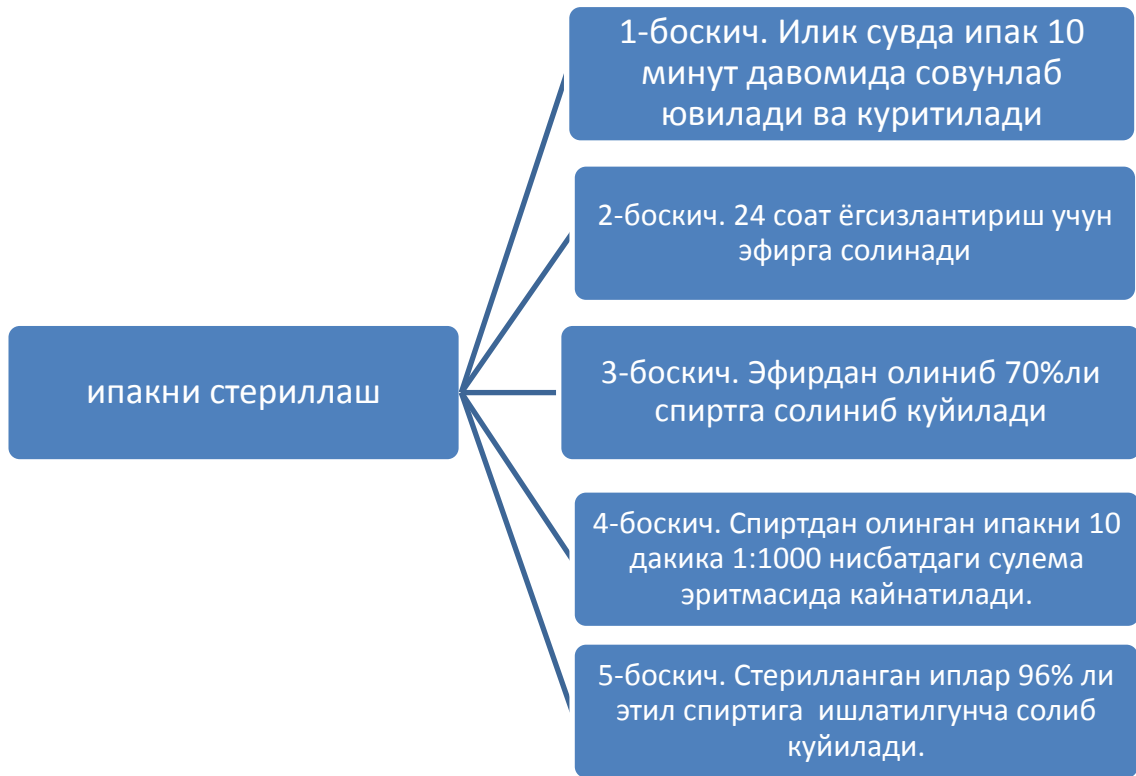
Илова 8 .Инфекцияни организмга тарқалиш йуллари



Илова 9. Термик усулда стерилизацияникуйдаги боскичларда амалга оширилади.

1. кизитиш фазаси	<ul style="list-style-type: none">• киздириш бошланишидан то керак булган харорат хосил булгунча давом эттирилади
2. тенглаштириш вакти фазаси	<ul style="list-style-type: none">• стерилизация килинадиган ишчи камерада стерилизация учун керак булган харорат
3. стериллаш фазаси	<ul style="list-style-type: none">• курук исиклик шкафида инструкция буйича курсатилган микробларни улдиришга лозим булган вакт
4. совутиш фазаси	<ul style="list-style-type: none">• кизитиш вакти тугагандан кейин то курук исиклик 80⁰ с гача, автоклавда стерилизация килингандан кейин 60⁰ с гача тушириш учун кетган вакт

Илова 10. Ипакни стериллаш боскичлари.



Илова 11. Кетгутни стериллаш усуллари.



Илова № 13. НАЗАРИЙ КИСМ.

Асептика. Жарохатга микроорганизмлар ёки улар спораларининг тушушини олдини олишга қаратилган муолажалар йигиндиси асептика дейилади.

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

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

Эндоген инфекциялар тана терисиди, шиллик пардаларда, ошқозон ичак йулида ва юкори нафас йулларида учрайди. Улар жарохатга 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 вақтинчалик қолдирилган тикув материали, дренажлар орқали /имплантация-қучиб утган/ юқиши мумкин.

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

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

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

Стерилизация - микроблар ва уларнинг спораларини йукотиш демакдир. Стерилизацияга турли хил усуллар: қудириб, қурук иссиқлик, қуглантириш, қайнатиш, автоклавлаш, қимёвий моддалар билан тозалаш туфайли эришиш мумкин.

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

1 босқич-материалларни стериллашга тайёрлаш

2 босқич-материалларни жойлаштириш

3 босқич-стериллаш

4 босқич-стерилланган материалларни сақлаш

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

Ишлатилган асбоблар шу захоти оқар илик водопровод сувда шётқа яхшилаб 5 дақиқа мобайнида ювилади, кейин 50⁰С даража иссиқликда махсус ювиш эритмаларида 15-20 дақиқа ботириб қуйилади. Шприцларни поршенини-цилиндрдан ажратиб ювиш керак.

Асбобларни ювиш учун турли таркибли эритмалар қулланилади:

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

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

Асбобларни юкорида тақидланган эритмаларда сақлангач, уларни шу эритмани узида шётқа билан яхшилаб ювиш керак, шундан сунг оқиб турган сувда ювиш ва дистилланган сувда қайиб 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 қуйилади. Шундан сунг юкорида қайд қилинган усулда ювилади.

Анаэроб микроорганизмлар чақирган касалликларни операция қилишда фойдаланилган асбобларни 6% ли водород пероксиди, 0,5% ли ювиш эритмасидан иборат суюқликда 1 соат тутиш, сунг эритмада яхшилаб ювиш ҳамда 90 дақиқа мобайнида қайнатиш тавсия этилади. Шу вазибаларни амалга оширгач асбобларни юкорида қурсатилган усулда ювилади.

Дори моддаларни қуритишда фойдаланилган игналарни ювиш бир мунча мушқулдур. Игналар шприцларга олинган иссиқ сувда ювилади., кейин 1 % ли содда эримасида ва 0,5 % ли нашатир спирт ҳамда тоза сувда ювилиши керак. Игналар ичига мандренлар қуйилиб 30 дақиқа 2% ли

бикорбонат натрий эритмасида кайнатилади. 8-12 соат утгач эса дистилланган сувда 40 дакика кайнатилади., хамда куритилади.

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

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

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

Асбобларни курук иссиқли махсус шкафларда стериллашда уларни тик холатда металл идишларга терилиб куйилади. Шпирцларга эса поршени цилиндрдан ажратилиб 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 180⁰С даражага кутарилади ва шу даражада 60 дакика стерилланади. Стерилизация тугагач, шкаф электр токидан учирилиб даражаси 50-60 даражагача тушмагунча эшигини очиш ярамайди, даража пасайгач шкаф эшиги очилади ва 10-15 дакикадан кейин асбобларни олиш мумкин.

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

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

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

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

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

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

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

Гастродуоденоскоп, бронхоскоп, лапароскоп, цистоскоп, гемосорбция килиш ва суний кон айлантнувчи аппаратлар ёки уларнинг айрим кисмларини иссиқлик 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 гази билан тулдирилади ва 18⁰С даражали иссиқликда 16 соат тутилади, агар газлар аралашмаси, (этилонексиди билан метилен бромиди) кулланилса, иссиқлик даражасини 55⁰ С га кутариб 6 соат тутилади.

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

Зудлик билан стериллаш лозим булганда, юкоридаги усулларни куллаб булмади. Шунинг учун қўйдириш усулини куллаш мумкин. Металл лаганга ёки ликопчага 15-20 мл. спирт солинади ва асбоблар жойлаштирилиб спирт ёкилади. Бу усулда стериллаш мақсадга мувофик келмайди, чунки иссиқлик 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, ампутицион арра) иссиқлик таъсирида стерилланганида утмас булиб қолади, шунинг учун уларни ҳам «совук» усулда стериллаш керак. Бунинг учун 96 даражали спиртга 30 дакика ботириб қўйиш, учламчи эритмада 3 соат тутиш керак булади.

4-боскич стерилланган материалларни саклаш.

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

булади.

чок материаллари ва уларни стериллаш

Жарохатни тикиш (чоклаш) учун жаррохлик тажрибасида ипак, лавсан, капрон, кетгут, аёллар сочи ва от кили кулланилади, булардан ташкари металлдан тайёрланган Мишель кискичлари, танталдан ёки зангланмайдиган пулатдан ясалган симлар кулланилади.

И п а к – пишитилган ёки тукилган иплар куринишида кулланиладиган тикув материали пилладан тайёрланади. Ипак иплар турли йугонликларда 00 дан 16 гача

булган ракамлари ишлатилади. Ипакларни стериллаш асосан Кохер усулида стерилланади, у куйидаги боскичларда олиб борилади:

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

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

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

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

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

кетгутни йод бугларида ситковский усулида стериллаш.

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

Йод бугларида Ситковский усулида стериллаш куйидаги боскичларда олиб борилади.

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

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

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

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

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

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

кетгутни люголнинг спиртли эртмасида а.п.губарев усулида стериллаш.

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

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

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

кетгутни люголнинг сувли эритмасида гейнац -клаудиус усулида стериллаш.

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

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

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

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

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

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

Капрон иплар кейинги пайтда кенг кулланилмокда, уларни 20 дакика мобайнида дистилланган сувда кайнатиш йули билан сериллаш керак. Капрон ипларнинг кулай томони шундаки, улар жуда махкам, тез тайёрланадиган, арзон, хамда туқималарнинг унда сезгирлиги кам. Етишмовчилик томони шундаки, хосил булган тугун тез ечилиб кетиши мумкин, шунинг учун уни 3 та тугун билан боғлаш керак.

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

От ёлидан тайёрланган тикув материаллари пластик ва косметик операцияларни амалга ошириш учун фойдаланилади. От ёли илик окар сувда совунлаб ювилади, куритилиб халкасимон килиб уралади ва тез ёгсизлантириш учун 7 сутка бензинда сакланади. Бензиндан олинган от ёли 40 дакика сувда кайнатилади, стерил сочик билан куритилиб 96% ли этил спиртига 7 сутка солиб куйилади. 7 суткадан сунг янгиси билан амаштирилади ва ишлатгунча сакланади.

Косметик ва эластик операцияларда от ёли сингари аёллар сочидан фойдаланиш мумкин, уни стериллаш юкорида кайд килиб утилгандек амалга оширилади.

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

Шуни унутмаслик керакки, кетгутдан тайёрланган тикув материаллари аллергик реакцияларга сабаб булмокда. Сунгги вақтда кетгут урнида ишлатиладиган, яъни синтетик материал полигликон кислоталарда сурилиб кетувчи

иплар тайёрланмоқда. Узини мустахкамлиги жихатидан бу иплар кетгудан қолишмайди.

Операцияда бевосита иштирок этадиган медицина ходими уз кулининг топ-тоза булишини кунт билан кузатиб бориши лозим. Кул терисида тирналган жароҳатлар булмаслиги, тирноклар олинган булиши ва уларга лак суртмаслик лозим. Кулга ишлов беришнинг бир неча усуллари бор. Биз хирургия практикасида энг куп кулланиладиган усуллар ва сунги вақтларда тавсия этилган янги методлар хусусидагина тухталиб утамиз. Хозирги вақтда кулга ишлов беришнинг қилишнинг купгина методларидан кейин кушимча равишда яна кулкоп қийилади.

Спасокукоцкий-Кочергин усули. Кулни ювиш учун мулжалланган курук тоғорага 5 мл 96% ли спирт қуйиб, ёкилади. Тоғорани хар томонга қийшайтириб, унинг ички сатхи қуйдирилади. Тоғорага 1 л дистилланган сув қуйилади ва 5 мл нашатир спирти (0,5% ли нашатир спирти эритмаси) қуйилади. Шундай эритмада кулни 2 та тоғорачада 3 минутдан ювилади. Кулни олдин чутка билан совунлаб ювиш шарт эмас. Кулни амалда тоза булишининг узи қифоя қилади. Ювиш техникаси: 1) стерил салфетка билан аввал хар қайси бармоқнинг қафт, сунгра чап панжанинг қафт ва қафт орқа юзасини, сунгра унгу кулники, шундан сунгу чап, кейин унгу кулнинг билак олди қисмини ва ниҳоят билаклар ювилади, кейин кулларни худди шу тарика ва яна 3 минут мобайнида бошка тоғорачада ювилади; 2) кул стерил сочик билан куритилади; 3) кулни 96% ли спиртга хуланган салфетка билан 5 минут мобайнида артилади; 4) тери бурмалари ва тирнок юзаларига йоднинг 5% ли спиртдаги эритмаси суртилади.

Кулни церигель билан ишлов бериш. Кулнинг курук терисига 3-4 г церигель туширилади ва препарат қафт орқаси юзларини, бармоқ ораларини ва билакнинг пастки учдан бир қисмини коплагунча 8-10 секунд мобайнида кунт билан ишқаланади. Сунгра кулни хавода ёки вентилятор тагида куритилади.

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

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

Эритма бир сутка мобайнида ишлатилиши мумкин, 5л ишчи эритмани эмаль копланган тоғорачага қуйилади. Кулни аввалги 1 мин қран остида совунсиз (чуткасиз) ювилади, сунгра 1 мин тайёрланган эритма (салфеткаси)да ювилади, стерил сочик билан куругунча артилади. Сунгра кулкоп қийилади.

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

Филончиков-Гроссих усули. 5-10% ли йод эритмасини 4 марта албатта қуйидагича суртишдан иборат: 1) операцион майдонни стерил оклик билан бекитилгунга қадар қенг миқийсда обработка қилиш; 2) стерил оклик билан бекитилгандан сунгу обработка қилиш (қесишдан олдин); 3) чок солишдан олдин жароҳат четларини обработка қилиш; 4) чок солишдан кейинги обработка. Агар тери нозик булса ва болаларда қуйишни олдини олиш учун йод эритмасини спирт билан қисман артиб олинади.

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

Перформат кислота билан обработка қилиш. Тайёрлаш усули юқорида баён қилинган. Бу холда спирт ва йод кулланилмайди.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №4

Мавзу: организмлаги нормал фаолиятини тушуниш. Организмнинг O_2 билан таъминланиши, химоялаш, моддалар алмашинувида қатнашиши. Қон кетишнинг таснифи: анатом- физиологик, сабаби бўйича, келиб чиқиши, вақти билан пайдо бўлиши бўйича. Артериал ва веноз қон кетиш клиник формалари. Бирламчи ва иккиламчи қон кетиши ва қачон улар бўлади. Артериал ва паренхиматоз қон кетишда кузатиладиган кўрқинчли асоратлар. Капилляр қон кетишга кирадиган хавфли асоратлар. Қон кетиши, қон қуйилиши, гематома тушунчаларини фарқлаш. Қон қуйилиши номлари: бўшлиқларда, бўғимларда, органларда. Қон кетишда гемоглобин, эритроцит ва гемокрит кўрсаткичларининг тушиб кетиш механизми. Артериал, веноз, капилляр ва паренхиматоз қон кетишларнинг характеристикаси. Ташқи ва ички, ўткир ва сурункали, эрта ва кеч қон кетиш хусусиятлари. Қон кетиш оғирлиги бўйича таснифи. Махаллий ва умумий белгилари, қон кетиш асоратлари

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти - 5соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	-Қон кетиш ва уни тўхтатиш тушунчасига эга булиш. - Қон кетиш ва уни тўхтатиш татиш усулларини чуқуррок урганишни ташкил қилиш. -Қон йўқотиш хажмини аниқловчи факторлар ва қон йўқотишни натижаси тушунчага эга булиш. -Организмга қон йўқотишни таъсири, химоя компенсатор реакция тушунчага эга булиш.
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга Қон оқишни тўхтатиш усуллари, вақтинчалик қон кетишни тўхтатишни усуллари. Эсмарх жгути, импровизионли жгут, жгут қўйилишининг қонун ва қоидалари хақида тушунча бериш .Бу амалиёт машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий хужум” усулини ҳам қўллаш мумкин ҳамда тест ва вазиятли масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: -мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. -дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; -янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини ривожлантириш	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Қон кетиш ва уни тўхтатиш тушунчасига эга булишади. - Қон кетиш ва уни тўхтатиш усулларини чуқуррок урганишади. -Қон йўқотиш хажмини аниқловчи факторлар ва қон йўқотишни натижаси тушунчага эга булишади. -Организмга қон йўқотишни таъсири, химоя компенсатор реакция тушунчага эга булишади. -Қон кетишда қўлланиладиган комплекс терапия хақида тушунчага эга булишади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргалликда ўқиймиз, “қон кетиш” сўзига кластер, мунозара.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув кулланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, бўйича ўқитиш.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория</i>

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ (4-МАШГУЛОТ)

Машгулотнинг давомийлиги 5 соат

Босқичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
	Фаолият мазмуни. Қон кетиш ва уни тухтатиш, қон ва унинг урнини босувчи эритмаларни куйиш. Изох бериш. Таснифи. Қон йўқотиш хажмини аниқловчи факторлар ва қон йўқотишни натижаси. Ташхиси. Клиник белгилар. Уткир қон йўқотиш. Ташқи ва ичак қон кетиш. Организмга қон йўқотишни таъсири. Химоя компенсатор реакция. Қон кетишни тухтатиш. Иккиламчи қон кетиш. Қон кетишда қулланиладиган комплекс терапия.	
1-босқич. Кириш (20 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машгулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини қуллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий хужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Қон кетиш ва уни тухтатишни ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласиз? Уларнинг мазмунларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (55 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Қутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5.Талабаларга кластер усули буйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради. Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.	2.1. Ўқув натижаларини тақдим қиладилар. 2.2.Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тулдиради. 2.4.Жадвал устунларини тулдиради . 2.5 Мухокамада иштирок этади.
3-босқич Яқуний (15 мин)	3.1. Машгулотни яқунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида ре	3.1. Вазифани езиб олади; 3.2. Жадвал тулдиради. 3.3 Мустақил иш учун топширикни оладилар

Ўқув топшириқлар

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари
<p><u>Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим; - берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим; - ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин; - ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим; - гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим; - “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим

Ўқув топшириқлари

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳ аъзоларининг ҳар бири

1 - илова.

- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқдар буйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сурашлари мумкин;
- ёрдам сураганларга кумак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чуқамиз ёки бирга қутиламиз” қондасини яхши билишлари лозим.

Назорат учун саволлар.

1. Кон кетиш деб нимага айтилади?
2. Кон кетиш ва уни тухтатиш хақида тушунчани ифодаланг.
3. Кон кетиш ларни таснифини ёзиб беринг.
4. Геморрагия, ички ва ташқи кон кетиш, гемоторакс, гемоперитониум, гематома, гемоартроз, мелена сўзларига таъриф беринг.
5. Аутогемодиллюция мазмунини ёритинг ?

2 - илова.

Гуруҳлар учун топшириқлар.

1 - гуруҳ.

Жугутни куйиш қондаларига доир кластер тузинг.

2 - гуруҳ.

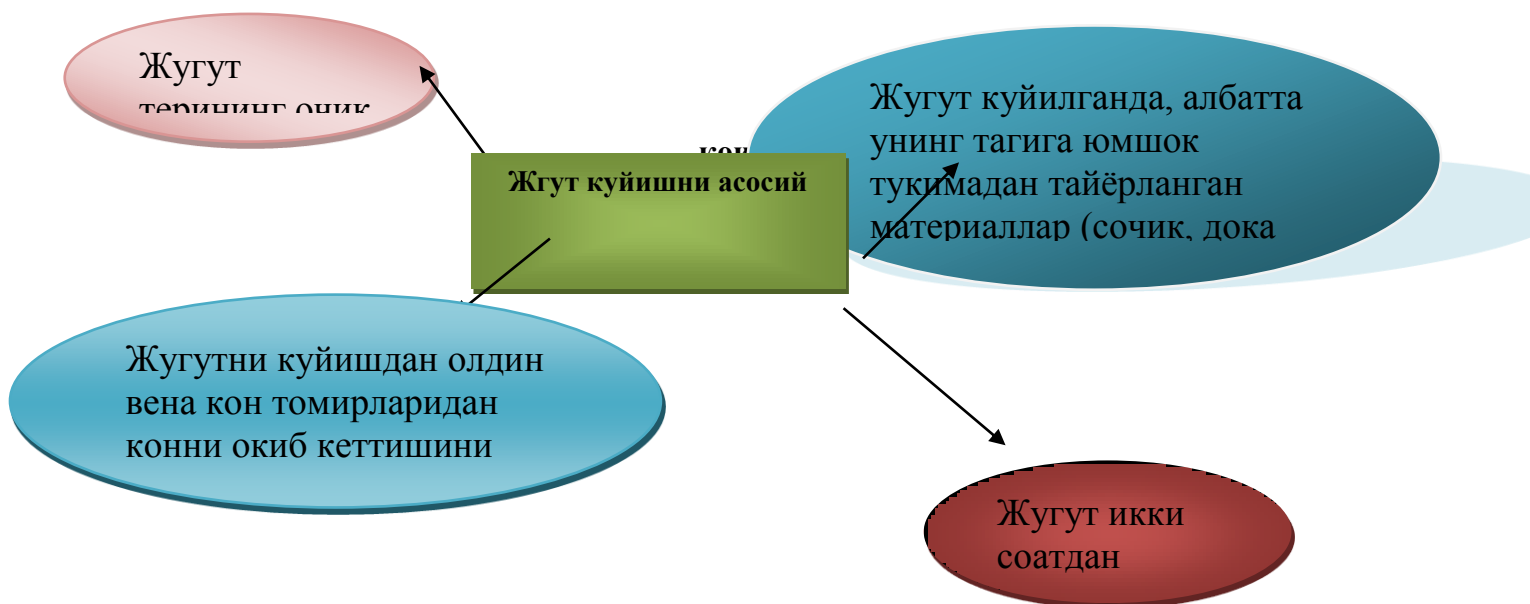
Кон кетиш таснифига доир кластер тузинг.

3 - гуруҳ.

Иккиланмчи кон кетишни сабабларига доир кластер тузинг.

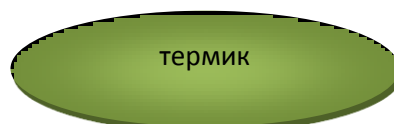
Текшириш эталонлари (намуналар):

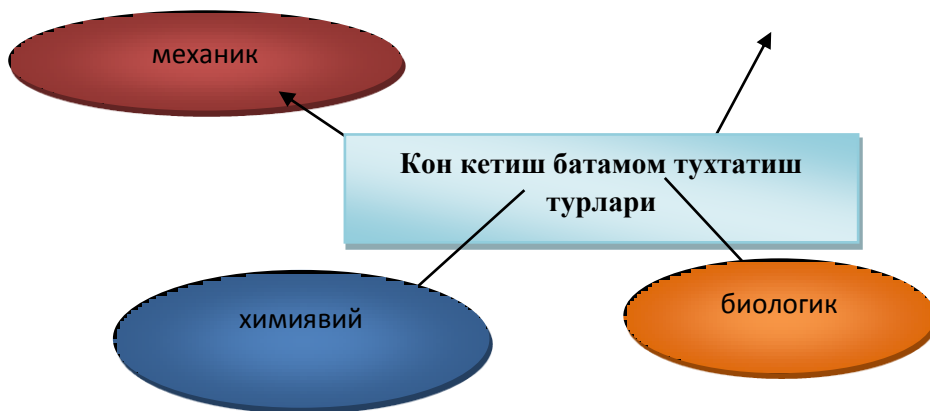
1 - гуруҳ. “Жугут куйишни асосий қондалари” доир кластер намунаси



Текшириш эталонлари (намуналар):

2 - гуруҳ. “Кон кетиш батамом тухтатиш турлари” оид кластер намунаси





Текшириш эталонлари (намуналар):
3 - гуруҳ. “Иккиламчи кон кетиш сабабларига” оид кластер намунаси



Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари
(барчаси 100 баллик тизимда)

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентацияда иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					
3 – гуруҳ					

3-илова

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “–”	Билдим “+”, Била олмадим “–”
Бинар номенклатура:		
Кон кетиш		
Этиопатогенези		
Клиник белгилари		
Диагностикаси		
Кон кетиш асоратлари		
Даволаш принциплари		
Кон кетишда биринчи ёрдам		
Вактинча кон кетишни тухтатиш усуллари		
Батамом кон кетишни тухтатиш усуллари		
Жгут куйиш техникаси		

НАЗАРИЙКИСМ. Кон кетиш деб, кон томирлар деворларнинг шикастланиши, бирор касаллик оқибатида емирилиши ёки утказувчанлигининг ошиб кетиши сабабли, улардан кон оқишига айтилади. Кон кетишининг келиб чиқишига қараб икки турга бўлинади. Улардан бири шикастланиш (травматик) тури бўлиб, у ташки кучнинг таъсирида томир деворларининг бутунлиги бузулганда (жаррохлик усули қулланилганда ҳам) вужудга келади. Кон кетишининг иккинчи тури шикастланишга эмас, балки унинг сабаблари томир деворларининг зарарланишига (патологик узгариш) боғлиқ бўлади. Бу сабабларга томир деворлари утказувчанлигининг ошиши, хавфли усмаларнинг томир деворлари яқинида пайдо бўлиши яллиглиниш, нурланишни киритиш мумкин. Бунга кон босимининг тез кутарилиб кетиши ва кон кимёвий таркибини (кон ивишининг пасайиб кетиши) узгаришига ҳам олиб келади. Кон оқишининг сабаби биргина булмасдан, куп вазиятларда ҳам рўёбга 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 қилади. Захм 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 миёга кон куйилиб фалаж бўлиб қолиши холларда, окулистлар амалиётида куз туқимасига кон куйилиши бу масаланинг тиббиётда катта ахамияти борлигини курсатади. Кон кетишнинг механизмга қараб куйидаги турларга бўлинади: ёрилиш таъсирида кон кетиш, томир девори емирилганда кон кетиш эрозия натижасида кон кетиши. Коннинг кон томирларидан ташқарига чиқишига, 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 чиқишига ёки бирор туқимага, тана аъзосига, унинг ичига тупланишига айтилади. Кон куйилиш деганда туқималарга кон шакли элементларининг сингиши. Йиғилиши тушунилади.

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

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

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

Артериал кон кетишнинг уз-узидан тухтаб қолиш камдан-кам ҳолда булганлиги учун беморни киска вақт ичида камқонликка мубтало қилади ёки ҳаётини хавф остига қуяди.

Веноз кон томирларидан кон кетиши, артериал кон кетишидан ранг билан фарқ қилади (оқаётган кон ранги қорамтир бўлади томирда кон босими пастлиги сабабли, секин, томчилаб оқади. Коннинг босими остида узлуксиз вена томиридан оқиш факатгина тананинг йирик томирлари шикастланганда руй бериши мумкин. Капилляр кон томирларидан кон кетиш купинча аралаш бўлиб, майда артерия ва вена томирлари шикастланганда пайдо бўлади. Паренхиматоз кон оқиши паренхиматоз органлар шикастланганда руй 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 қилади, чунки бу органларда кон томирлари девори орган стромалари билан ёпишган ҳолда бўлади. Шунинг учун кон узлуксиз оқади. Кон куйишининг келтириб чиқарувчи сабаблар куйидагича: а) ташки 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 утказувчанлигининг ошиб кетиши; организм химоя кучларининг пасайиб кетиши натижасида бузулиши асосида рўёбга келади. Кон оқишининг ташки ва ички муҳитга боғлиқлиги қараб ташки, ички ва яширин кон кетиш фарқ қилади.

Ташки кон окиши кон тери сатхидаги жароҳат натижасида, ташки муҳит билан боғлиқ булади. Ички кетишда кон туқималари, органларга йигилиб, қуйилиб қолади, бу ҳолат геморрагия деб аталади. Тана бушлиқларига кон йигилганда кон шу бушлиқлар номи билан аталади: корин йигилиши кукрак кафаси бушлиғида кон йигилиши, перикард булишига кон қуйилиши, бугим бушлиғига кон йигилиши, бачадон бушлиғига кон йигилиши. Агар кон тана бушлиғидан руёбга келса, улар ҳам махсус ном билан юритилади: бурундан кон окиши: меъдадан кон окиш, кон аралаш балгам ташлаш, кон аралаш қайд қилиш, сийдик йулақларидан кон окиш, аёлларнинг қуп хайз қуриши, аёллар таносил органларидан кон кетиши, орқа тешиқдан кон окиши, ахлатнинг қора келиши. Туқималарга кон кетганда бириктирувчи туқима, туқималараро бушлиқларга йигилиб, у ерда шиш-инфилтрат ҳосил қилади. Уларнинг қатта — ичкилиги, тарқалишига ва ҳосил қилган шаклига қараб, махсус ном билан аталади. Агар кон туқималарига булақ-булақ булиб қуйилса, туқималарни суриб, улар оралигини кенгайтириб, сунъий ва чекланган оккан билан тулган бушлиқлар ҳосил қилади, бундай кон кетишни гематома дейилади. Ички кон кетиш уз навбатида аниқ ва яширин бўлиши 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 намоён булади. Масалан меъда ёки ичак яраларидан яширин кон кетади.

Кон кетиш пайдо бўлиш даврига қараб 3 га бўлинади:

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

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

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

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

4) Кон қимёвий тузилишининг бузилиши, кон ивишининг чузилиши. 5) Беморда вужудга келган септик ҳолат (анаэроб, йирингли инфекцияни таъсири). б) томир бушлиғидаги тромб ёки ҳавфсиз усманнинг емирилиши. Кон кетишга кон ва атмосфера босимининг таъсири. Кон босимининг қутарилиб кетиши ҳам кон окишига олиб келиши мумкин. Бу вазият бугилганда, кукрак кафаси бирданига қисилганда, қаттиқ йуталганда пайдо булиб, унинг белгилари қуз ва бошқа шиллик қаватларда кон қуйилиши билан вужудга келади. Бундан ташқари, атмосфера босимининг бирданига пасайиб кетиши ҳам бурун, қулоқ, буюк ва бугимларда кон окишга олиб келиши мумкин, бу ҳолат сув ости ишлари (кессон) билан шугулланувчи аквалангистларда учраши мумкин. Вена кон томирларда (бавосилда) ёки кенгайган оёқ вена томирларида намоён булиши мумкин. Шунингдек кон кетиш қатта ҳажмдаги шиш, эхинококк кистаси (айниқса жигардан) жароҳлик йули билан олиб ташланганда ҳам пайдо булиши мумкин.

Кон кетиши тухтатишда кон ивиш хусусиятининг ахамияти. Қоннинг физиологик ивиш хусусияти томир қаватида тромб ҳосил қилдириб, кон кетишига тусқинлик қилади, аммо ҳосил булиш учун организмда кальций тузлари, фибриноген, протромбин, протромбин, ва бир неча факторлар (13 та) фактор булиши шарт. Бирок шу факторларнинг организмда бўлмаслиги ёки етишмаслиги қоннинг ивишига ҳалакит беради. Бундай қасаллик ҳолатларига гемофилия ва холемияларни мисол қилиб келтирса булади, чунки уларда кон ивиши секинлашиши ёки бутунлай ивмаслиги мумкин.

Гемофилия-туғма қасаллик булиб, бунда беморларда кон кетишига мойиллик булади. Бу қасаллик асосан эркакларга учраб, қонда VIII фактор етишмаслиги сабабли келиб чиқади. Қупинча гемофилия қасаллиғига мубтало булган беморлар ёшлиғидаёқ оғир кон кетишидан нобуд буладилар. Кон кетишни тухтатиш учун беморларга қоннинг етишмаган VIII факторини (қуллайди) қуйилади (криопреципит, антигемофилия плазма).

Кон кетиш диагностика келиш учун кетиш жойини билиш билан бирга сабаблари ва махсус белгиларини аниқлаш лозим.

Ташки кон кетишда қатта магистрал кон томирлар деворининг бутунлиғига ишонч ҳосил қилиш керак. Шунингдек кетаётган қоннинг ранги, окиш тезлиғига ҳам ахамият бериш лозим.

Артериал томирлардан кон кетганда, унинг ранги оч қизил булиб, отилиб чиқади. Артериал томирларда кон кетиш беморни қиска вақт ичида камқонликка олиб келади, томир уриши тезлашиб қуз олди қоронғилашади ва боши айланаб, қунгли айниди. Чунки кон босими қамайиб кетади. Бу клиник белгилар бош мианинг уткир камқонлиғидан юз бериб, унинг фаолияти инг бузилганлигини билдиради. Бу асоратга юрак томирлар фаолиятининг бузилиши ҳам қириб, беморни қунгилсиз воқеага олиб келади.

Венадан кон кетиш, артериал кон томирдан кон кетишидан фарқ қилиб, оқётган кон қорамтир рангда булади, бир маромда оқади. Венадан кон окиш қупинча шикастланган томирнинг периферик учидан булади. Аммо шуни ислатиб утиш керакки, агар вена қлапанлари қасаллик таъсирида қучсизланган булса (атония) томирнинг шикастланган марказий учидан ҳам кон кетиш мумкин. Юракка яқин булган вена томирлардан кон оқётган булса, ундан оқётган қонга қараб 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 миқдориди эмас, балки шикастланган орган тукималарининг шу кон хажми билан эзилгандан келиб чиқади. Шунни айтиш керакки хамма вақт хам ички кон кетиш сабабини кон кетиши кузга ташланиб турса хам 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 оқиш тезлиги хам ахамиятидир.

Кип-кизил купирган, хаво заррачалари булган кон кетса, коннинг упкадан кетаётганидан далолат беради, кайд килганда меъдадан кон кетиш, «кофе куйкаси» ухшаш суюклик тушса, меъда ва ун икки бармок ичак хасталигидан булиб, бунинг сабаби: гемолобин билан хлорид кислота кунгир рангдаги гематик сульфат хосил килади. Аммо айтилган белгилар билан кон кетаётган жойни аниқлаш кийин. Бунинг учун эндоскопик текширув утказиш талаб килинади. Ташки кон кетиш, корин бушлиги ёки курак кафаси шикастланганда ички кон кетиши бирга намоён булиши мумкин. Баъзан кон кетиши ва ташки булиши мумкин. Масалан. Меъдада ички кон кетганда кон ичкалар, тугри ичак оркали чиқиши ёки бош суяги шикастланганда мия асосига кон куйилганда кулоқдан кон оқиши мумкин. Ички кон кетишнинг диагностикасида радиоизотоплардан фойдаланилади. Томир ичига юборилган радионуклид модда оқаётган кон билан тукималарга чегараланган жойга ёки кавак аъзолари ичига тупланади. Радиоактивликнинг ошиши радиометр аниқланади. Шунингдек ички кон кетишини АИ¹⁹⁸ нинг коллоид суюклиги билан топиш мумкин, чунки юборилган изотоп нормадан жигарнинг ретикуло-эндотелиал системасида жойлашиб одатда 15¹х 20¹сунг кон томирларидан йуқолади.

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

КОН КЕТИШИНИНГ ОҚИБАТИ ВА ХАВФ –ХАТАРЛАРИ. Кон ва кон айланиш системаси киши танасининг бир бутунлигини ташкил килиб, улар модда алмашинувчининг хар бир боскичини бошкаради. Шу боскичлардан бирортасининг бузилиши тукима ва органларнинг ҳаётига таъсир курсатади. Кон томирдан бирданига кон оқиш, яъни уткир кон йукотиш, кон томир деворларининг шикастланиши, хасталик ёки операиялардан 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.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №5

Мавзу: Қон оқишни тўхтатиш усуллари. Вақтинчалик кон кетишни тўхтатишни усуллари. Эсмарх жгути, импровизионли жгут, жгут қўйилишининг қонун ва қоидалари. Бармоқ билан кон томирни суякка босиш, йирик кон томирларни суякка босиладиган майдонлари кандай ҳолатларда қўлланилади. Паренхиматоз кон кетишнинг умумий ва маҳаллий белгилари, бундай кон кетишда тўхтатиш усуллари. Босувчи боғлаш кандай кон кетишларда фойда беради. Қон кетишни бутунлай тўхтатишни механик асослари. Қон кетишни бутунлай тўхтатишни химик усуллари. Химик препаратлар уларнинг таъсир механизми. Физик методлар уларнинг таъсир механизми. Қон кетишни тўхтатишни биологик усуллари. Шу методга кирувчи препаратлар, таъсир механизми. Паренхиматоз меъда ичакдан кон кетганда барча усуллардан комплекс қўллаш. Қон кетишни тўхтатишнинг эндоскопик усуллари, унинг оғир кон кетишда ва оғир ахволдаги бемордаги роли. Қон кетишда биринчи ёрдам ва врач тактикаси.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти - 2соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш буйича амалий машғулот.

Ўқув машғулотини режаси	-Қон кетиш ва уни тухтатиш тушунчасига эга булиш. - Қон кетиш ва уни тухтатиш татиш усулларини чуқурроқ урганишни ташкил қилиш. -Қон йўқотиш хажмини аниқловчи факторлар ва қон йўқотишни натижаси тушунчага эга булиш. -Организмга қон йўқотишни таъсири, химоя компенсатор реакция тушунчага эга булиш.
Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга Қон оқишни тўхтатиш усуллари, вақтинчалик қон кетишни тўхтатишни усуллари. Эсмарх жгути, импровизионли жгут, жгут қўйилишининг қонун ва қоидалари хақида тушунча бериш .Бу амалиёт машғулотини жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин	
Педагогик вазифалар: -мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. -дарслик билан ишлаш қуниқмаларини ҳосил қилиш; -янги ахборотларни таҳлил	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: -Қон кетиш ва уни тухтатиш тушунчасига эга булишади. - Қон кетиш ва уни тўхтатиш усулларини чуқурроқ урганишади. -Қон йўқотиш хажмини аниқловчи факторлар ва қон йўқотишни натижаси тушунчага эга булишади. -Организмга қон йўқотишни таъсири, химоя компенсатор реакция тушунчага эга булишади. -Қон кетишда қўлланиладиган комплекс терапия хақида
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргалликда ўқиймиз, “қон кетиш” сўзига кластер, мунозара</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув қуланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория</i>

СЕМИНАР МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ (5-МАШҒУЛОТ)

Машғулотнинг давомийлиги 3 соат

	Фаолият мазмуни. Қон кетиш ва уни тухтатиш, қон ва унинг урнини босувчи эритмаларни қуйиш. Изох бериш. Таснифи. Қон йўқотиш хажмини аниқловчи факторлар ва қон йўқотишни натижаси. Ташхиси. Клиник белгилар. Уткир қон йўқотиш. Ташқи ва ичак қон кетиш. Организмга қон йўқотишни	
Босқичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (20 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини қуллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Аклий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: Қон кетиш ва уни тухтатишни ўзлаштириш учун зарур	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.

2-босқич Асосий (55 мин)	2.1. Талабаларни 3 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намоиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳдарда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабаларга кластер усули бўйича ифодаланган	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тулдиради. 2.4. Жадвал устунларини тулдиради . 2.5. Мухокамада
3-босқич Яқуний (15 мин)	3.1. Машғулоти яқунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Мустақил иш сифатида реферат мавзусини беради; 3.3. Талабларни амалий машғулотдан олган билминини назорат этиш учун Б.Б.Б. усулини куллайди. (3-илова)	3.1. Вазифани езиб олади; 3.2. Жадвал тулдиради. 3.3. Мустақил иш учун топширикни оладилар

ЎҚУВ ТОПШИРИҚЛАР

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шериклари , билан мавзу тугрисида фикрларини билдириб хулоса қилишлари лозим;
- берилган топшириклар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чўкамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим

Назорат саволлари.

1. Қон гуруҳлари ва резус фактор тушунчасини ифодаланг ?
2. Замонавий қон урнини босувчи эритмаларни таърифланг.
3. Қон қуйишда учрайдиган асоратларни тушунчасини ифодалаб беринг.
4. Ушбу тушунчаларнинг мазмунини ёритинг

Қон гуруҳлари ва резус фактор, пироген реакциялар, қон компонентлари индивидуал ва биологик мослик сўзларига таъриф беринг.

2 - илова.

Гуруҳлар учун топшириклар.

1-гуруҳ.

Қон қуйишдаги асоратларга доир кластер тузинг.

2- гуруҳ.

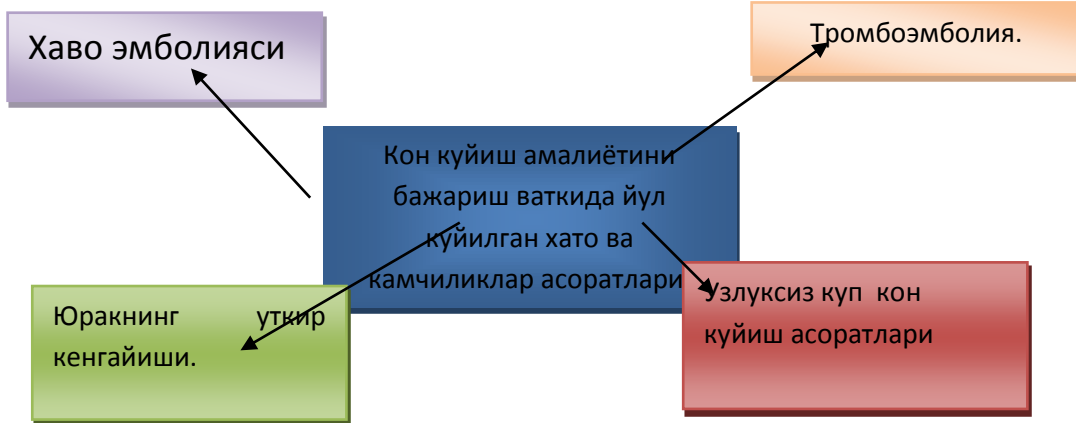
Қон қуйишда амалга ошириш шарт бўлган ишларга доир кластер тузинг.

3- гуруҳ.

Қон орқали утадиган юкумли касалликларга доир кластер тузинг.

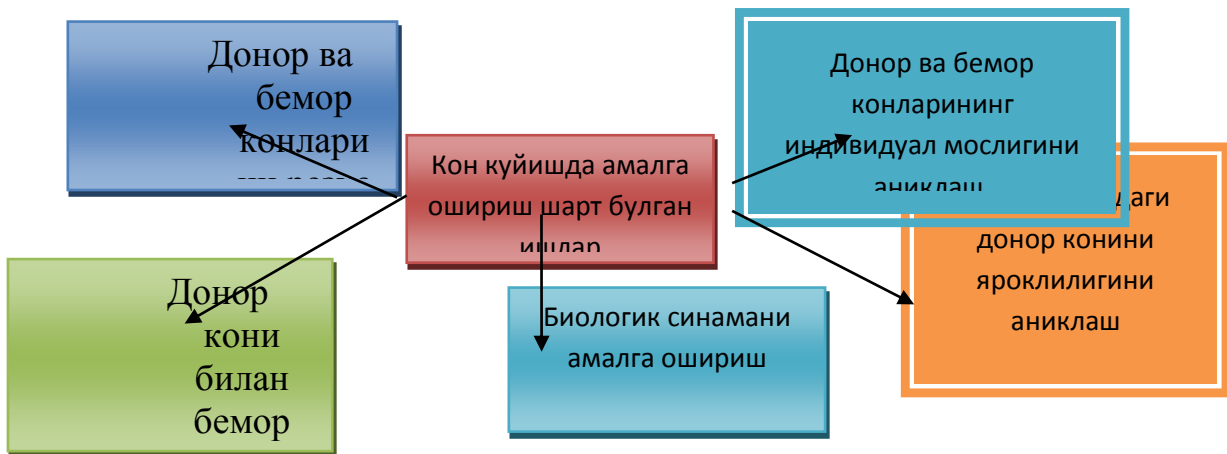
Текшириш эталонлари (намуналар):

1- гуруҳ. “ Кон гуруҳини аниқлашни замонавий усуллари ” оид кластер намунаси



Текшириш эталонлари (намуналар):

2- гуруҳ. “ Кон куйишда амалга ошириш шарт булган ишлар ” га оид кластер намунаси



Текшириш эталонлари (намуналар):

3 - гуруҳ. “ Кон оркали утадиган юкумли касалликлар ” га оид кластер намунаси



**Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари
(барчаси 100 баллик тизимда)**

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентацияда иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					
3 – гуруҳ					

Илова НАЗАРИЙ ҚИСМ

Хар бир одам маълум миқдорда қон йўқотганда ўз организмнинг фаолиятигаша қараб турлича реакция беради, яъни киши организмда ташқи муҳит таъсирига қарши умумий қимёвий ва компенсатор механизмлар борқи, уларни билиш, уткир қон йўқотишни тез аниқлашда ва тугри даволашда ёрдам беради.

Нормал ҳолатда қон айланиш ҳажми доимий бир миқдорда бўлади ва юракдан отилиб чиқаётган қон ҳажми доимий бир миқдорда бўлади. Организмга булган қушимча таъсирот унинг қимёвий ва компенсатор механизмларини ишга солади, улар эса туқималар ва тана аъзоларининг доимий перфузиясини ташқил қилади. Қон йўқотиш шиддатли стресс агенти ҳисобланиб, симпатикоадренали системасини бевосита ишга солади. Бу реакциянинг таъсири асосан икки факторга қон йўқотишнинг тезлиги ва ҳажмига боғлиқ. Экспериментал тадқиқотлар ва қўпгина клиник кузатувлар шуни курсатадики, ҳатто бир неча дақиқаларда умумий қон массасининг 10-15% йўқотилганда ҳам киши танасида сезиларли гемодинамика ўзгаришлар пайдо бўлмайди.

Қон кетишга қарши ишлатиладиган усуллар тугрисида гапириш вақтинча ва батамом тўхтатиш. Вена ва артериал қон томирларидан қон кетишнинг вақтинча тўхтатиш усулларини курсатиш ва гапириб бериш. Қон кетишини вақтинча тўхтатиш. Қон кетишини вақтинча тўхтатиш усуллари: қисувчи боғлам, қўл ёқи оёқни қўтириб қўйиш, қанок-қон бугимини қўқиш ва у ердан утадиган қон томирларини босиш, бармоқлар билан қисиш, жугут (тасма, қилвир) қўқиш, бундан ташқари жароҳатдаги томирга қисқич қўқиш. Қон кетишини тўхтатиш усулларидан энг муҳими жугут қўқиш, шуни таъқидлаш қеракки, жугут қанат артерия қон томиридан қон қетгандагина қўлланилади. Жугут қўқиш қоидалари:

Жугут терининг очик юзасига қўйилади;

Жугут қўйилганда, албатта унинг тагига юмшоқ туқимадан тайёрланган материаллар (қочик, доқа ва ҳоказолар) қўйилади.

Жугутни қўйишдан олдин вена қон томирларидан қонни оқиб қеттишини яхшилаш учун қўл ва оёқлар юқорига қўтарилади.

Жугут икки соатдан ортиқ боғланмайди.

Жугутни куйидаги камчиликлари бор – кул ва оёк (дистал) охирги кисмларига кон келишини батамом тухтатилиши, нерв стволларининг кисилиши.

Юкоридаги коидаларга асосланган холда талабалар томонидан уқитувчи назорати остида жугут куйиш усулларини узлаштириш.

Кон кетишини батамом тухтатиш усуллари хакида гапириш (механик, термик, биологик). У ёки бу усулнинг устунлик томонларига эътибор бериш. Кон кетишнинг батамом тухтатиш усули. Энг мухим нарсалар куйидагилар:

- а) томирни ярада боглаш;
- б) яраланган томирга томир чокини куйиш;
- в) кон кетаётганаъзони олиб ташлаш;
- г) томирни яраланган жойининг юкорисидан боглаш;
- д) томирни икки томондан кесмасдан боглаш.

Паренхиматоз кон кетишини тикиш ва дока томпон куйиб куйишусуллари ёрдамида тухтатиш (механик ва биологик усуллар). Кузнецов – Пенский буйича чок куйиш.

Кон кетишини суякнинг говвак моддаси ёрдамида ва стерилланган воск (асалари муми) ни суртиш ёрдамида тухтатиш. Термик, биологик ва дори-дармонлар ёрдамида кон кетишини тухтатиш усуллари. Кон кетишида организмнинг кон кетишига карши хиоя реакциялари ва кон кетишининг уз- узидан тухтатишга олиб келувчи факторлар хакида гапириш.

Гемостаз – бу организмнинг физиологик химоя килиш реакцияси булиб, жарохатланган кон томирларидан кон кетишини тухтатишга каратилган. Шундай килиб гемостазреакциясига уч таркибий кисмлари катнашади. Кон ивишининг Шмид буйича шакли 1861 йил (ферментатив) куйидаги схема буйича келтирилган:

фазаси: протромбин+тромбокиназа+СА = тромбин;

фазаси: фибриоген+ тромбин = Фибрин.

Кон кетишни батамом тухтатиш.

Кон кетишни механик, термик, химиявий биологик усуллари билан батамом тухтатиши мумкин.

Кон кетишнинг тухтатишни механик усули.

Кон кетаётган жойда босиб турувчи бойламлар куйилади.кон томирини бузмаслик учун бойлам томирни эзмаслиги лозим, чунки бу айникса 2-ламчи кон кетишларда туқиманинг жонсизланишига олиб келади.

Кон кетаётганда томирни босиб туриш учун яра орасига ёки корин бушлигига дока тампон тикиб куйилади.

Томирни яраланган жойдан юкорига боглаш.

Кон тухтатишни иложи булмаса, кон кетаётган томирни юкорисидан богланади. Баъзан томини яраланган жойдан юкорида боглаш операциядан олдин куп кон юкотилмаслиги учун купинча усул сифатида бажарилади. Бу усулни камчилиги катта артериал кон томир богланганда, каслатериал кон айланиши етишмовчилигидан оёк ва кулнинг пастки кисмида жонсизланиши юзага келади.

Кискични томирларда кисиб колдириши.

Бу усул чукур жойлашган катта томирлардан кон кетганда кулланилади. Бу холда одатда кисилган томирни лигатура билан боглаш имкони булмади, шунинг учун кискични ярада колдиришига тугри келади.

Бу усул ишончсиз булиб, ноилож холларда, 4-7 кундан кейин кискич олинганда хом кон кетиши мумкин.

Кон кетишни батамом тухтатишнинг асосий усули кон кетаётганда органни хирургик йул билан олиб ташлаш, масалан талок ёрилганда, уни олиб ташлаш хисобланади.

Томир чоки хозирги хирургиянинг катта ютикларидан хисобланади. Кон кетаётган томир богланса, у кон айланиши системасидан холи килинади, томир чоки эса томр бутунлини тиклашга имкон беради.

Кон кетишнинг тухтатишнинг термик усули.

Паст хароратдан конни тухтатиш учун фойдаланиш коидалардан маълум; купинча резина идишга совук сув, кор ёки муз тулдириб шикастланган сохага куйилади. Паст харорат томирлар деворини торайтиради, тромб хосил килишни тезлаштиради шунинг учун кон тухтатишда ижобий роль уйнайди. Юкори харорат эса кон окиминикоагуляция килади ва кон ивишини тезлаштиради. Илгари кон кетишни тухтатиш учун киздирилган металл билан куйдириши кенг таркалган. Хозир махсус диатермия (электр пичок ёки пинцепт) кулланилади. Яна кон кетишини батамом тухтатиш учун хозир лазерлар кенг кулланилмоқда.

Кон кетишни тухтатишнинг химиявий усуллари.

Хозирги кунда конни ивишини оширадиган моддалардан куйидагилар ишлатилади: 10%. Калбий хлорид, калций глюконат эритмаси, 3%ли эритмаси ва кальция хлориднинг 1% ли эритмаси – гемофибин, гиёхлардан ташкил топган кон ивишининг тезлаштирадаиган моддалар- лагохилус, буймадарон, сув гармдориси, капина пустлоги эритмалари ва бошкалар. Капиллярлардан кон кетганда, уларни деворини мустахкамловчи моддалардан 12,5% этампизат, 0,025% ли адронсан ишлатилади. Коннинг фибринометик активлиги ошганлиги натижада кон кетиши руй берган булса, шунингдек, упка, ошкозон ости ва буккок безлар, гепопластик анемия, операцияларидан олдин, йулдош тушганда, жигар пастда фибринолизни камайтирувчи Е аминоклоц К-та юборилади.

Кон кетишнинг тухтатишнинг биологик усули.

Кон кетишини тухтатишнинг биологик усуллари кенг кулланилиб улар куйидаги группаларга булинади.

Тирик тукумаларни кон оқаётган жойга етказиш (чарви, мушак, факция) ёг тукумаси.

Конга концентрланган, яъни тайёр плазма, зардоб куйиш.

Витаминлар юбориш.

Одам ёки хайвон зардобини мушак орасига юбориш.

1. Кондан тайёрланган моддаларни махаллий ишлатиш.

Кон ва кон урнини тулдирувчи суюкликларни куллаш тарихи нотекис ривожланиб, яшин тезлигида ривожланишлар секинлашиш билан алмашилиб турган. Кон куйишнинг даволаш учун асосий ахамияти хақидаги фикрлар эрамыздан бир нча йиллар олдин баён этилган эди.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №6

Мавзу: Десмургия хақида тушунчани аниқлаш. Боғловлар классификацияси. Боғлов материал турлари. Боғлов материалларни махкамлаш усуллари. Юзга боғлам қўйиш техникасини ўргатиш, бошга, бўйинга, куракга, ораликларга, қоринга. Турли хил боғлов материаллари ва уларни махкамлаш усуллари (елимли, лейкопластерли, эластик бинтлар қўллаш). 7 хил асосий боғлов турлари. Юмшоқ бинт боғлам қўйиш тўғрисида умумий коидалар. Боғламлар қўйиш техникаси ва усуллари. Тананинг хар хил жойларига боғлам қўйиш техникаси. Гипсли боғламлар қўйиш ва уни олиш учун керакли бўлган асбоблар. Гипсли боғлам турлари ва гипсли боғлам қўйиш коидалари.

Вақти - 2соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш буйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	<ul style="list-style-type: none"> - Десмургия фани хақида маълумотга эга булиш. - Боғловлар классификацияси тушунчасига эга булиш - Боғлов материал турлари. хақида тушунчага эга булиш. - Боғламлар қўйиш техникаси ва усуллари хақида тушунчага эга булиш. - Гипсли боғлам турлари ва гипсли боғлам қўйиш коидалари хақида тушунчага эга булиш. - Репозиция, иммобилизация, шина, суякдан тортиш каби даволаш

Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга боғламлар хақидаги фан ва боғлам қўйишни умумий принциплари хақида тушунча бериши. Бу амалиёт машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин ҳамда тест ва вазиятли масалалар ечиш мумкин.	
Педагогик вазифалар: -мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. -дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; -янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини ривожлантириш	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Десмургия фани хақида маълумотга эга булади. - Боғловлар классификацияси тулик маълумотга эга булади, мисоллар келтиради. - Боғлов материал турлари санаб утади, мисоллар келтиради. - Боғламлар қўйиш техникаси ва усуллари хақида тушунчага ва амалий куникмага эга булади. - Гипсли боғлам турлари ва гипсли боғлам қўйиш қоидалари хақида дастлабки тушунчага эга булади. -- Репозиция, иммобилизация, шина, суякдан тортиш каби даволаш
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “десмургия” сўзига кластер, мунозара.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув кулланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория</i>

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

	Десмургия хақида тушунчани аниқлаш. Боғловлар классификацияси. Боғлов материал турлари. Боғлов материалларни маҳкамлаш усуллари. Юзга боғлам қўйиш техникасини ўргатиш, бошга, бўйинга, куракга, ораликларга, қоринга. Турли хил боғлов материаллари ва уларни маҳкамлаш усуллари (елимли, лейкопластерли, эластик бинтлар қўллаш). 7 хил асосий боғлов турлари. Юмшоқ бинт боғлам қўйиш тўғрисида умумий қоидалар. Боғламлар қўйиш	
Боскичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
1-боскич. Кириш (20 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машгулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган холда утишни маълум қилади. 1.2. Аклий ҳужум усулидан фойдаланган холда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: десмургияни ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласизми? Уларнинг мазмунларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.

боскич Асосий (55мин)	2.1. Талабаларни 2 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намоёниш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув кўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар ҳақида ҳулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга инсерт, кластер жадвали, тоифали жадвал усули	2.1. Ўқув натижаларини тақдим қиладилар. 2.2.Саволлар беради. 2.3.Жавобларни тулдиради. 2.4.Жадвал устунларини
3-боскич Якуний (15 мин)	3.1. Машгулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Талабаларга Б. Б. Б усули буйича ифодаланган жадвални намоёниш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади.(3-илова) 3.2 Мустақил иш учун “жароҳатларни боғлашда шахсий боғлов пакети” мавзусида реферат беради	3.1. Эшитадилар. 3.2 Топширикни оладилар.

ўқув топшириклари

1 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳ аъзоларининг ҳар бири

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириклар буйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сурашлари мумкин;
- ёрдам сураганларга кумак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чуқамиз ёки бирга кутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

Назорат учун саволлар.

1. Боғламлар ҳақидаги фаннинг таснифини ифодаланг ?
2. Десмургия фанига оид атамаларни таърифланг?
3. Юмшоқ ва атиқ боғламларга қуйиладиган талаблар?
4. Иммунизация, шина, репозиция, юмшоқ ва каттик боғламлар сўзларига таъриф беринг?

2 - илова.

Гуруҳлар учун топшириклар.

1- гуруҳ.

Боғлам турлари атамасига оид кластер тузинг?

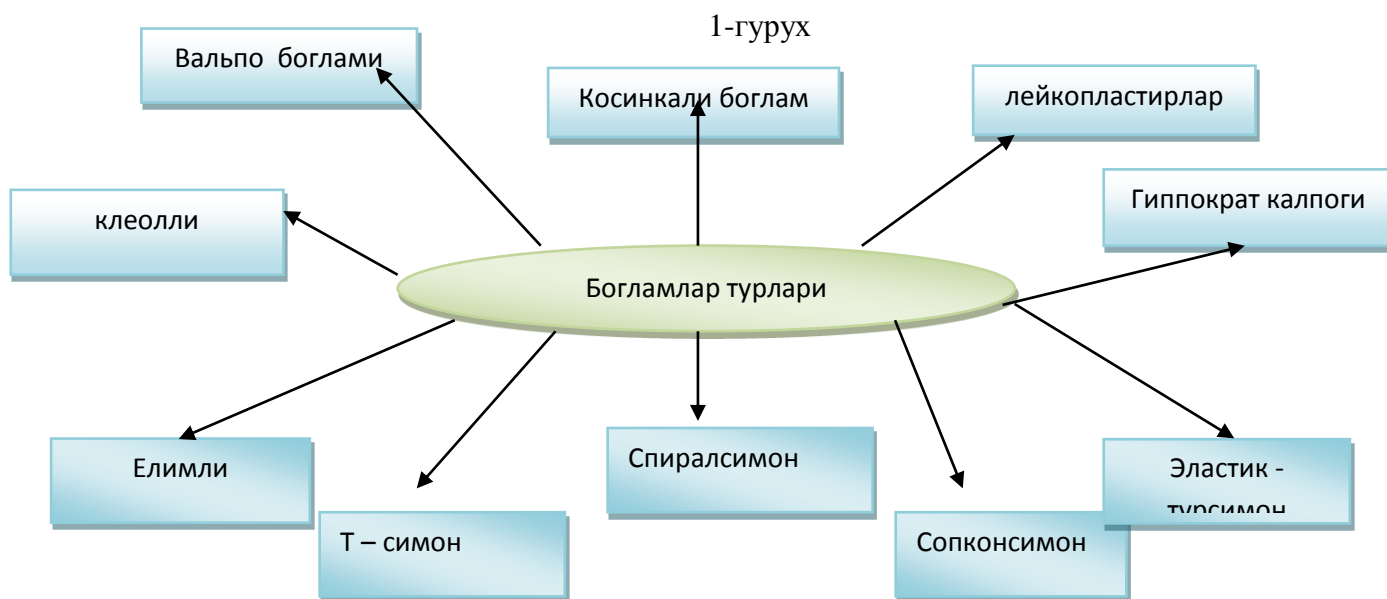
2-гуруҳ.

Десмургияга оид атамаларга инсерт жадвалини тузинг?

3-гуруҳ

Каттик ва юмшоқ боғламларга оид тоифали жадвал тузинг.

Текшириш эталонлари (намуналар):



Текшириш эталонлари (намуналар):

2- гуруҳ. Инсерт жадвали

Тушунчалар	V	+	-	?
Десмургия тушунчаси				
Десмургия таснифи				
Елимли богламлар				
Т-симон богламлар				
Сипиралсимон богламлар				
Сопконсимон богламлар				
Эластик-турсимон богламлар				
Вальпо боглами				
Гиппократ боглами				
Чепец боглами				
Косинкали боглам				
Клеолли боглам				
Лейкопластирли боглам				
Транспорт иммобилизацияси				

Текшириш эталонлари (намуналар):

3 - гуруҳ. тоифали жадвали

Вертикал буйича - такқолаш талаб этиладиган нарсалар (карашлар, назариялар) жойлаштирилади	Горизонтал буйича - такқолашни амалга оширишдаги ҳар ҳил тавсифлар жойлаштирилади. (Тавсифлар, тоифалар, ажралиб турадиган белгилар ва шу кабилар)		
	Кесилган жароҳатда	Суяк синишда	Лат ейишда
Юмшок боглама	Кулланилади	Кулланилмайди	Кулланилади

Каттик боглама	Кулланилмайди	Кулланилади	Кулланилмайди
Шиналар	Кулланилмайди	Кулланилади	Кулланилади
Косинкали боглама	Кулланилмайди	Кулланилади	Кулланилмайди

Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари
(барчаси 100 баллик тизимда)

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентацияда иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					
3-гуруҳ					

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқатма материаллар

3-илова

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим“-”.
десмургия		
Богламлар таснифи		
Каттик богламлар		
Юмшок богламлар		
Шиналар		
Иммуобилизация		
Елимли богламлар		
Т-симон богламлар		
Сипиралсимон богламлар		
Сопконсимон богламлар		
Эластик-турсимон богламлар		
Вальпо боглами		
Гиппократ боглами		
Чепец боглами		
Косинкали боглам		
Клеолли боглам		
Лейкопластирли боглам		
Транспорт иммуобилизацияси		

НАЗАРИЙ КИСМ. Десмургия – богламларни боглаш ва кулланиш коидалари тугрисидаги таълимот. Боглом деганда бемор танасига даво мақсадида маҳкам

ураб боғланган боғлов материали тушинилади. Жарохатга ёки тананинг бошка кисимларига даво максадида куйиладиган материалга боғлов материали дейилади. Боғламни алмаштиришга кайта боғласи дейилади. Материалнинг кулланишига кура боғламлар икки группага юмшок (пластирли, клеолли, косинкали, бинтли) ва каттик (декетринли, крахмалли, гипсли) боғламларга булинади.

Юмшок боғламларнинг турлари.

Юмшок боғламлар куйидаги турларга булинади. Ёкимли, лейкопластирли, коллаули, клеолли, БФ – 6 елими ёпиштирилган, косинкали ва бинтли.

Елимли боғламлар: асосан кичикрок шикастларда ва жойлашган еридан катъий назар операцион жарохат соҳасида кулланилади.

Лейкопластирли боғлам: жарохатга куйилган боғлов материалини бир неча тили ёпишкок пластирь билан терининг соғлом кисимларига маҳкамланади. Лейкопластирли боғламнинг камчилиги шуки, унинг остидаги тери операцияланади ва унголик маҳкам ушлаб турмайди.

Клеолли боғлам: Клеол карагай елимининг барабар микдорда олинган спирт ва эфирдаги эритмасидир. Жарохат боғлам билан бекитилади. Боғлам атрофидаги тушга клеол суртилади ва оз – моз куритиб куйилади. Боғламни ва клеол суртилган тери соҳаларини дока билан бекитилади. Салфетка четларини терига маҳкам босилади. Камчилиги – етарли даражада каттик ёпишмайди ва тери котиб колган клеолдан ифлосланиб қолади.

Коллоидли боғламларнинг олдинги боғламдан фарқи шундаки, бунда докани терига клеол билан эмас, балки коллодий билан ёпиштирилади. Боғлам куйиш техникаси: боғламга салфетка ёпилади ва салфетка четларига коллодий суртилади. Коллодий котгандан кейин салфетканинг ортикчаси киркилади. Коллодийни шпатель билан суртиш тавися этилади. Бундай боғлам 7-8 кунгача тушиб кетмайди. Камчилиги – кам кайишкокклиги ва терини таъсирлантириши.

Косинкали боғламлар: бу мақсад учун учбурчак шаклидаги бирорта боғлов материали (дока, буз ва х.) парчаси ишлатилади. Бундай боғламнинг энг узун томони косинканинг асоси, унинг рупарасидаги бурчаги – тепаси, колган иккита бурчаги – учлари дейилади.

Косинка купинча кул ёки умров суяги шикастлаганда, кулни осиб куйиш учун кулланилади. Косинканинг уртасига тугри бурчак хосил килиб букилган билакни буйилади, косинканинг тепаси тирсакка йуналтирилган. Косинка учларини буйинга боғланади. Бошни боғлаганда косинка асосини энса соҳасига куйилади, тепаси юзга туширилади, учлари пешанадан боғланади, тепасини боғланган учлари оркали бош тепасига кайирилади ва шу жойга тугнаб куйилади. Сут безини косинка билан боғлашда косинка асосини сут беzi остига жойлаштирилади, тепасини касал томонда оркадан елка устига, бир учини иккинчи учини эса касал томондаги култикка туширилади. Косинканинг иккала учини эса касал томондаги култикка туширилади. Косинканинг иккала учини ва тепасини оркада боғланади.

Чанок – сон бугимига иккита косинка билан косинка боғлам боғланади. Битта косинкани белбоғ куринишда гавдани айлантйриб боғланади. Иккинчиси тепасини косинка бел бокка маҳкамланади, унинг асоси билан чанок – сон бугимини бекитилади, учларини сон атрофидан уралади ва боғланади.

Эластик турсимон – гавак бинтлар. Бинт боғламлар. Бу боғламлар бинтнинг бир парчасидан, битта бутун бинтдан ёки бинтнинг бир неча урамларидан боғланади. Оёк, кул панчасини бармоқларини боғлаш учун камбар бинтлар (эни 3-5-7см); бош панжа билак, болдирни боғлаш учун эни уртача (10-20см) бинтлар, кукрак кафаси, сут беzi ва сонни боғлаш учун ишлатиладиган сербар (14-18см) бинтлар фарк килинади.

Бинтлаш коидалари ва боғламларнинг типлари. Бемор бинтланадиган кисм учун кулай вазиятда булиши керак. Гавданинг тегишли соҳасига берилган вазият бинтлардан кейин сакланиб қолиши керак. Шу мақсадда турли хил болишлар, тиргаклар ёки маҳсус столлардан фойдаланилади.

Сопконсимон боглам. Бинтнинг бир парчасидан тайёрланади. Бинтнинг иккала учини уртасига йуналтирилган холда узунасига кесилади, лекин уларнинг уртаси кесмай колдирилади.

Т – симон боглам. Уртасига бошка бинт тикилган ёки унинг учи ташлаб куйилган бинт парчасидан иборат. Энг куп ораликка боғланади; горизонтал кисмини тана теварагида белбокка ухшаб айлантрилади, вертикал кисми эса бел – богдан оралик оркали утказилади ва уша белбокка тананинг бошка томонидан боғланади.

Спиралсимон боглам. Бинтнинг навбатдаги хар бир урами аввалги урамнинг ярамини ёки бундан каттарок кисмини беркитади. Богламнинг бу тури икки хил: юкорига кутарилувчи бинтласи пастдан юкорига, пастга тушувчи бинтлаш эса унинг аксича булади. Крестсимон боглам богламнинг бу турида бинт урамлари бир – бири билан кесиштирилади.

Бошини боғлаш турлари. Гиппократ калпоги. Боглам боғлаш учун икки бошчали бинт ёки иккита бинт кулланилади, унг кулдаги бинт бошчаси билан циркуляр урамлар килинади ва бинтланаётган урамлар махкамланади. Улар таркалиб ёки тупланиб, аста секин калла гумбазини беркитади.

Калпокча – чепец шаклида бошлаш. Тахминан 1м узунликдаги бинт парчасини бош тепасига кундаланг йуналишда куйилади, иккала учини эса кулок супрасининг олдидан пастга тушириладива таранг килиб тортиб турилади. Бинт билан бош атрофидан биринчи циркуляр урам килинади. Кейинги урамда богга етгач бинтни шу бог атрофида айлантрилади ва бир оз кийшик йуналишда энсани беркитиб юргизилади. Иккинчи томонда бинтни бог атрофида карама – карши томонга айлантрилади ва кийшикрок йуналишда бошининг пешона кисмига олиб борилади. Бинтнинг кейинги урами билан энса сохаси беркитилади.

Кулни боғлаш. Битта бармокка боғлаш. Боглов кафт усти атрофида мустахкамлайдиган доира урамлар килишдан бошланади. Сунгра бинтни кул панжасининг оркаси оша бармок учигача кийшик холда йуналтрилади ва шу ердан пастдан юкори томонга бармок асосигача спиралсимон боглам килинади, кейин кул панжасининг оркаси оша кафт устига келтрилади, бу ерда мустахкамловчи циркуляр урамлар килинади.

Кулкоп симон боглам. Битта бармокни бинтлаш принципдан фойдаланиб, панжанинг хамма бармокларини бирин – кетин «кулкоп» шаклида бинтлаш мумкин. Чап кулни бинтлашни кулайлаштиришни максадида богламни жимжилокдан, унг кулни бинтлашда бош бармоқдан бошлаш керак.

Кукрак кафасини боғлаш. Спирал симон боғлаш. 2м узунликдаги бинт булагини унг ёки чап елкага бинтнинг эркин учлари кукрак кафасининг олдинги ёки орка томонидан тушиб турадиган килиб ташлаш куйилади. Богламни кукрак кафасининг пастки кисмидан, бинтнинг шу булагини беркитишдан бошланади. Бинтнинг спирал урамлардан аста – секин то култикка етказиб уралади.

Хочсимон боглам гавданинг орка кисимларни бинтлаш учун кулланилади. Боглам бир елка теварагини махкамловчи циркуляр урашдан бошланади, олд томондан елкага олиб чикилади. Оркага утказилади ва бинтни карама – карши томондаги култик сохасига кийшик холда йуналтрилади. Бинт йуларини шу тарика такрорлаб, уларни иккала елка устига аста – секин кутариб ва кукрак кафаси буйича пастга тушириб, оркани беркитилади.

Сут безини боғлаш. Дезо боглами олдин култикка пахта ёстикча куйилади. Билакни тирсак бугимида тугри бурчак остида букилади ва кукракка куйилади. Елкани биринчи доира урам билан кукрак кафасига куйилади. Елкани биринчи доира урам билан кукрак кафасига бинтланади. Иккинчи урамни карама – карши томондаги култиқдан касал томондаги елкага йуналтрииб, елкадан оркага оширилади ва пастга туширилади. Кейин бинт тирсак бугимини эгаллайди ва уни билакни ушлаб турган холда юкорига, соғлом томондаги култикка кийшик

Сунгра кукрак кафасининг орка сатхи буйлаб утказиб, касал елкага йуналтрилади, пастга тушириб, билакка айлантрииб утказилади ва кукрак кафасининг орка сатхига, соғлом томонидаги култикка йуналтрилади.

Вальпо боглами. Касал кул панжасининг соглом елкага куйилади. Бинтнинг айланма урами билан касал кулни кукрак кафасига махкамланади. Кейин бинтни соглом томондаги култиқдан утказиб, оркадан касал томонлаги елкага кийшайтириб юритилади, пастга вертикал туширилади, тирсак ортига утказилади ва кукрак кафасини айлантирилиб горизонтал ураб, кулни кайта махкамланади. Бинт урамлари такрорланади. Горизонтал урамлар бундай олдинги урамлар пастига тушади, вертикал урамлар эса олдинги урамлар ичига тушади.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №7

Мавзу: Оператив хирургик техникаси. Жаррохлик асбоблари: умумий ва махсус турлари. Қўлланилиш тартиби бўйича асбобларни тақсимлаш: тўқималарни кесиш учун асбоблар, қон тўхтатиш учун, тўқималарни бириктириш учун қўлланиладиган ва ёрдамчи асбоблар. Кўкрак кафаси, қорин бўшлигида, суякларда, тўғри ичакда ўтказиладиган операцияларда қўлланиладиган асбоблар тўплами. Асбобларни узатиш усуллари: қўлдан қўлга, столга. Скальпел, қайчи, қон тўхтатувчи қисқичлар, иглодержател нинаси билан ва бошқа асбобларни қўлдан қўлга узатиш қоидалари. Амалиёт хамшираси хатолари: новакаин ўрнига бошқа эритмани бериб қўйиши, ёрилган шприцни бериши, занглаган нинани бериши ва бошқалар. Амалиёт вақтида тиббиёт хамширасининг мажбуриятлари.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти – 5 соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	- Жаррохлик асбоблари: умумий ва махсус турлари хақида тушунча эга бўлиш - Кўкрак кафаси, қорин бўшлигида, суякларда, тўғри ичакда ўтказиладиган операцияларда қўлланиладиган асбоблар тўплами хақида тушунчага эга бўлиш - Асбобларни узатиш усуллари: қўлдан қўлга, столга тушунчасига эга бўлиш.
Ўқув машғулотининг мақсади: талабаларга хирургик асбоблар уни турлари, қўлланилиш тартиби бўйича асбобларни тақсимлаш, амалиёт хамшираси хатоларга йул куймасдан ишни ташкил қилишни ургатиш	
Педагогик вазибалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Жаррохлик асбоблари: умумий ва махсус турлари хақида тушунчага эга бўлади. - Кўкрак кафаси, қорин бўшлигида, суякларда, тўғри ичакда ўтказиладиган операцияларда қўлланиладиган асбоблар тўплами тушунчасига эга бўлади - Асбобларни узатиш усуллари: қўлдан қўлга, столга тушунчасига эга бўлади. - Амалиёт вақтида тиббиёт хамширасининг мажбуриятлари тушунчасига эга бўлади ва амалиёт вақтида хатоларга йул
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргалликда ўқиймиз, “Жаррохлик асбоблари” сўзига кластер, мунозара.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув кулланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуру бўйича ўқитиш.</i>

Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория, операцион блок
-------------------	---

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

	<p>Фаолият мазмуни Оператив хирургик техникаси. Жарроҳлик асбоблари: умумий ва махсус турлари. Қўлланилиш тартиби бўйича асбобларни тақсимлаш: тўқималарни кесиш учун асбоблар, қон тўхтатиш учун, тўқималарни бириктириш учун қўлланиладиган ва ёрдамчи асбоблар. Кўкрак кафаси, қорин бўшлигида, суякларда, тўғри ичакда ўтказиладиган операцияларда қўлланиладиган асбоблар тўплами. Асбобларни узатиш усуллари: қўлдан қўлга, столга. Скальпел, қайчи, қон тўхтатувчи қисқичлар, иглодержател нинаси билан ва бошқа асбобларни қўлдан қўлга узатиш қоидалари. Амалиёт хамшираси хатолари: новакаин ўрнига бошқа эритмани бериб қўйиши, ёрилган шприцни бериши, занглаган нинани бериши ва бошқалар. Амалиёт вақтида тибиет хамширасининг мажбуриятлари билан хасталанган беморларни парвариш қилиш. таъсир этиш усуллари.</p>	
Босқичлар,	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (20 мин)	<p>1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот хамкорликда ишлаш технологиясини қўллаган ҳолда утишни маълум қилади.</p> <p>1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: Хирургик асбобларни ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласизми? Уларнинг мазмунларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.</p>	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (55мин)	<p>2.1. Талабаларни хар бирига хирургик инструментларни булиб берилади. Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади.</p> <p>2.2. Талабаларга хирургик инструментлар билан таништиради Баҳолаш мезонларини хам намойиш қилади.</p> <p>2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади.</p> <p>Талабаларга иш бошлашни таклиф этади.</p> <p>2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. Хирургик асбобларни турларга ажратишни, қандай қулдан қулга узатишни, хамшира хатоларини атайтади ва амалга оширишини назорат этади, ҳамда бирламчи таъсуротларини баён этишига кўмаклашади.</p> <p>2.5. Талабалар хирургик инструментларни турлари хақида</p>	<p>2.1. Ўқув натижаларини тақдим қиладилар.</p> <p>2.2. Саволлар беради.</p> <p>2.3. Жавобларни тулдиради.</p> <p>2.4. Жадвал устунларини тулдиради ва муҳоқамада иштирок этади.</p>
3-босқич Яқуний (15 мин)	<p>3.1. Машғулотни яқунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради.</p> <p>3.2 Мустақил урганиш учун хирургик инструментлар талабаларга булиб берилади.</p>	<p>3.1. Эшитадилар.</p> <p>3.2 Топширикни оладилар.</p>

Ўқув топшириклари

1 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳ аъзоларининг ҳар бири

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар буйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сурашлари мумкин;
- ёрдам сураганларга кумак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чукамиз ёки бирга қутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

Назорат учун саволлар.

1. Оператив хирургик техникаси хақида тушунча ?
2. Қўлланилиш тартиби бўйича асбобларни тақсимланг?
3. Кўкрак кафаси, қорин бўшлиғида, суяқларда, тўғри ичакда ўтказиладиган операцияларда қўлланиладиган асбоблар тўпламларини хақида тушунча?
4. Амалиёт ҳамширасини йўл қуйиши мумкин булган хатоликлари хақида нималарни биласиз?
5. Амалиёт вақтида тиббиёт ҳамширасининг мажбуриятлари хақида нималарни биласиз ?

2 - илова.

Гуруҳлар учун топшириқлар.

1-гуруҳ.

Қўлланилиш тартиби бўйича асбобларни тақсимлашга оид кластер тузинг?

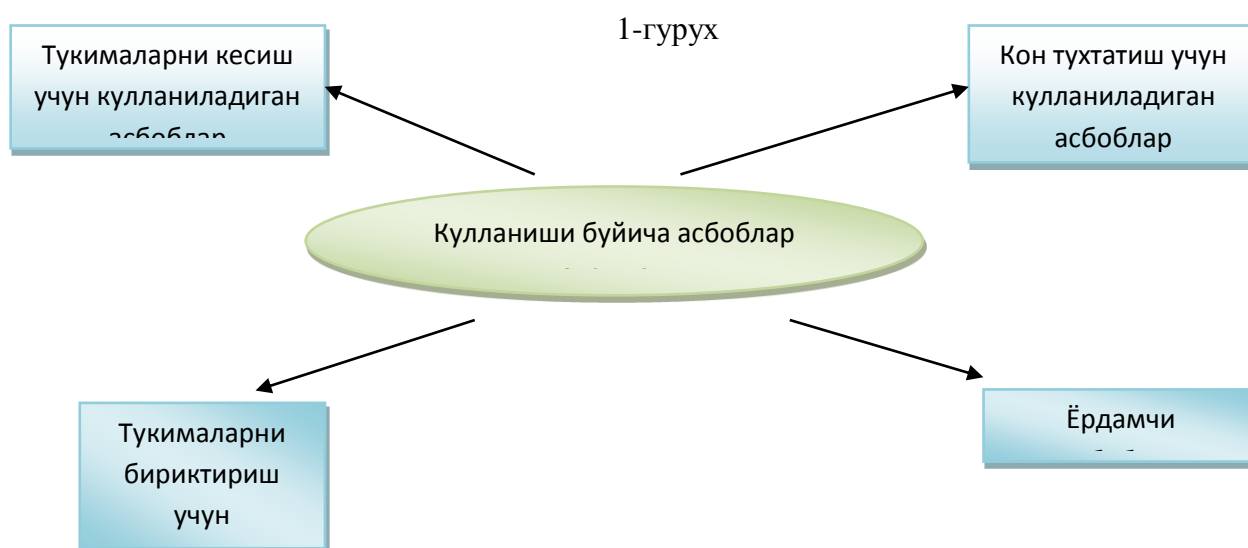
2-гуруҳ.

Оператив хирургик асбобларга оид атамаларга инсерт жадвалини тузинг?

3-гуруҳ

Асбобларни тақсимлашга оид тоифали жадвал тузинг.

Текшириш эталонлари (намуналар):



Текшириш эталонлари (намуналар):

2- гуруҳ. Инсерт жадвали

Тушунчалар	V	+	-	?
------------	---	---	---	---

Скальпеллар				
Кайчилар				
Кискичлар				
Игналар				
Шпателлар				
Игнаушлагичлар				
Пинцетлар				
Болгалар				
Жарохат кенгайтиргичлар				
Арралар				
Кошикчалар				
Илмоклар				

Текшириш эталонлари (намуналар):

3 - гуруҳ. тоифали жадвали

Вертикал буйича - такқолаш талаб этиладиган нарсалар (карашлар, назариялар) жойлаштирилади	Горизонтал буйича - таққослашни амалга оширишдаги ҳар ҳил тавсифлар жойлаштирилди. (Тавсифлар, тоифалар, ажралиб турадиган белгилар ва шу кабилар)		
	Кесилган жарохатда	Очик суяк синишида	Лат ейиш енгил даражасида
Кесувчи асбоблар	Кулланилмайди	Кулланилади	Кулланилмайди
Кон тухтатувчилар	Кулланилади	Кулланилади	Кулланилмайди
Тукима бириктирувчилар	Кулланилади	Кулланилади	Кулланилмайди
Ёрдамчи асбоблар	Кулланилмайди	Кулланилади	Кулланилмайди

Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари

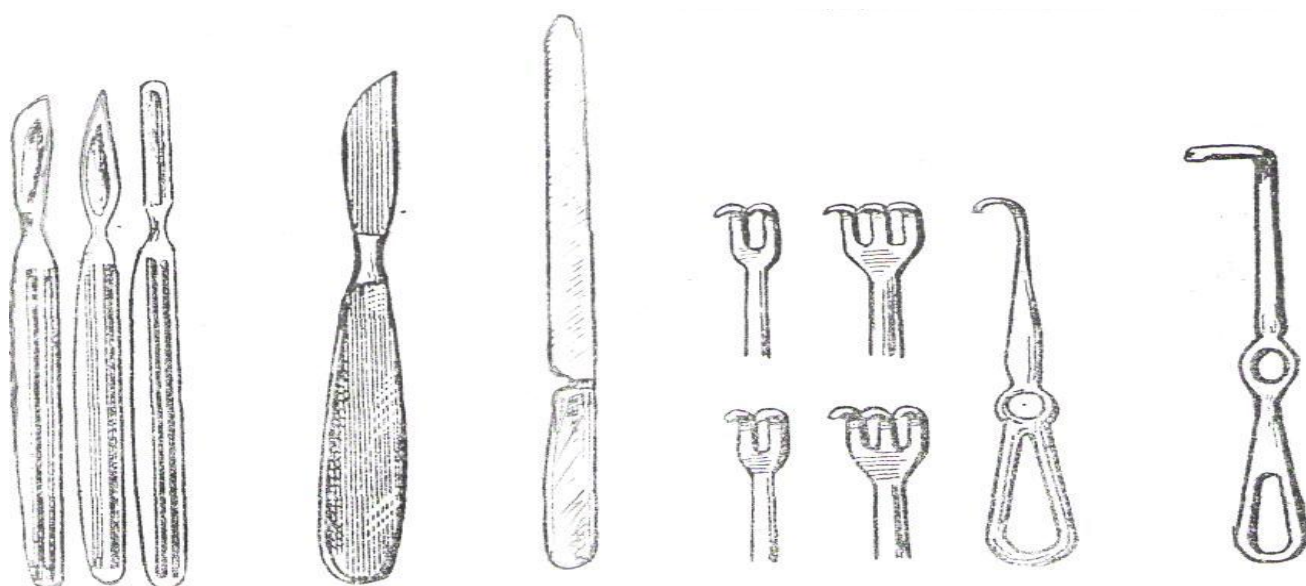
(барчаси 100 баллик тизимда)

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентацияда иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					
3-гуруҳ					

3-илова

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқатма материаллар

Скальпел ва турлари		
Кайчи ва турлари		
Пинцет ва турлари		
Кискич ва турлари		
Шпателлар		
Игнаушлагичлар		
Игна ва турлари		
Жарохат кенгайтиргичлар		
Илмоклар		
Болгалар ва турлари		
Арралар		
Лапороскоп		
Цистоскоп		
Торакоскоп		
Эндоскоп		

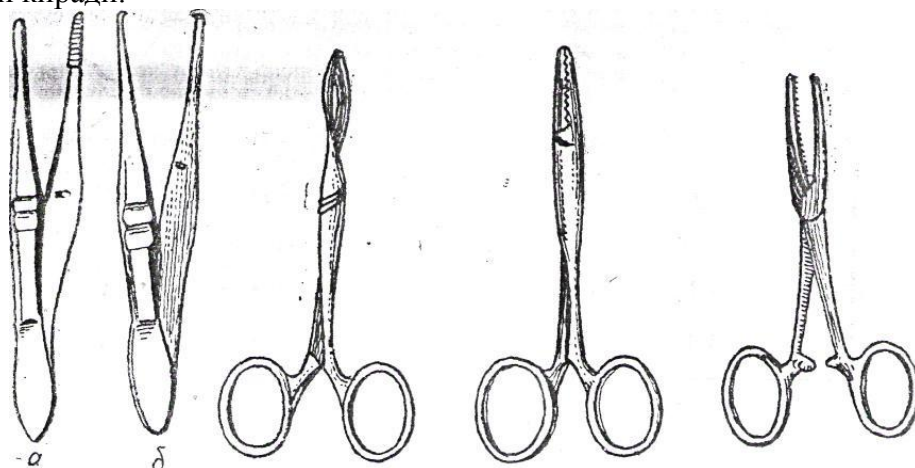


Юмшок туқималар операциялари учун асбоблар. 1. К е с а д и г а н а с б о б л а р. Буларнинг каторига хар хил тип ва размердаги скальпеллар—учи (тор юзли) ва кенг юзли (43-расм., тугмали скальпеллар киради. Улар асосий кесувчи асбоблар ҳисобланади шунинг учун уларнинг уткирлиги хирург учун жуда муҳимдир. Скальпеллар юмшок туқималарни кесиш учун ишлатганга караганда уларни яхши сақламаслик натижасида тезроқ утмасланади, дами кайтади, масалан, улар асбоблар билан бирга булиб, учи пахтага уралмаган буса, ёки уларни эътиборсизлик билан асбоблар устига ташласа, улар ишдан чиқади.

Операциядан илгари 2—3 тугри келадиган (етарли даражада уткир) скальпелини танлаб олиш ниҳоятда муҳимдир, бунинг учун скальпел билан дағи майда жунларни кесадиганлигини ёки уларнинг устидан сирганидиганлигини куриш керак. Учли скальпел учининг уткир булиши, кенг скальпелнинг эса—урта жойининг уткир булиши айниқса муҳим. Операция ходимларининг вазифаларига фақат скальпелларни пайкаб туришгина эмас, балки уларни кайраш ҳам киради. Скальпелларни кайрашни урганиб олиш жуда осон. Кайрашни урганиш учун эски, унчалик қимматли булмаган асбобдан фойдаланиш керак. Кайраш учун юмшок, кайроқ (бунда кайралади) ва уткирликни синайдиган кайроқ тош булиши лозим. Скальпелни кайраганда кайроқ сув билан хулланади ёки вазелин ёғи суртилади, уткирликни синайдиган кайроқка эса вазелин ёғи суртилади.

Кайрашда асосий харакат бир оз куч билан скалпелни кайрокда суркашдан иборат булиб, бунда скалпелнинг хамма ён сатхи кайрокнинг сатхида булиши лозим. Кайрок тошга скалпелнинг бир дам бир томони, бир дам иккинчи томонини суркаганда скалпелни уткир томони оркали эмас, балки утмас томони оркали айлантириш лозим.

Кесадиган асбоблар .каторига яна резекция киладиган пичоклар (44-расм) киради, булар бугимлар ёнидаги каттик. пай тукималарини кесиш учун ишлатилади ва оёк кулларни кесиб ташлаш операцияларида ишлатиладиган ампутация пичоклари киради. Бир томонламаси (45-расм) сон ва елка учун ва икки томонламаси болдир хам билак учун к улланадн. Ундан ташқари, асбобларнинг бир группасига ампутация вактида «ямокни» кесиш учун «ямок.» пичоги ва пластика пичоги киради.



2. Ярани очиш учун куп микдорда хар хил илмоклар — бир, икки ва уч тишля {46-расм) ва пластинка илмоклар ишлатилада (47расм). Тукималар зич булган ва кон томирларини шикастлаш ёки тукималарни травмалаш хавфли булмаган жойда хамда терини очиш зарур булганда уткир илмоклар кулланилади чукуррок, тукималарни очганда айникса катта томирларнинг ёнидаги тукималарни керганда, учсиз, купинча пластинкали илмоклар ишланади. Танланган

48-расм. Пинцетлар.

a - анатомик пинцет.

б — хирургик пинсет.

49-расм. Пеаннинг кон тухтатадиган

диган кискичи.

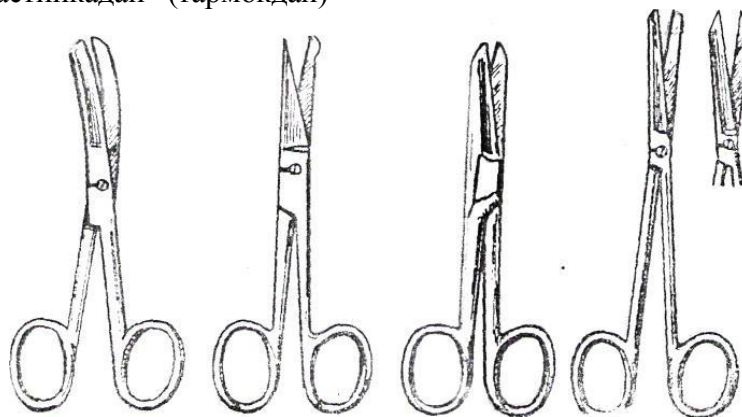
50-расм. Кохернинг кон тухтата-

51-расм. Бильротнинг кон

Тухтатадиган

илмокларнинг размери ва формаси одатда операция яраси узунлигига ва унинг чукурлигига боглик булади.

3. **Пинцетлар** анатомик ва хирургик булади (48-расм). Материал ва тукималарни кисиб олиш учун пинцетлар, яъни кичик кискилар кулланилади, булар таранглик кучи натижасида очиладиган икки пластинкадан (тармокдан)



52-расм. Купернинг эгилган кайчилари ва тугри цайчилар.

иборат. Учида тишлари булмаган анатомик пикцет юмшокрок. (бушрок.) тугади, учида тишлари булган хирургик пинцет куполрок лекин яхши тутиб туради.

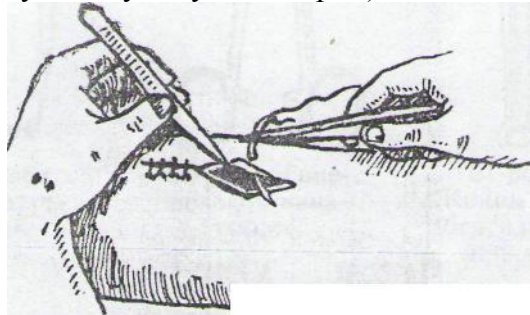
Нозик тукумаларни операция килиш учун, айникса кон томирлари деворларини, ичакларни тутиш учун анатомик пинцетлар кулланилади, каттикрот тукумаларни ичакларни тутиш учун, айникса, ярани тикканда терининг четларини тутиш учун. хирургик пинцет керак булади. Операция хамширасида ипакни олиб бориш учун айрим анатомик пинцетлар булиши лозим.

4. Кон тухтатувчи к и с к и ч л а р (49- ва 50-расмлар) энг куп кулланиладиган ва зарур асбоблар каторига киради. Пеан кискичи овал шаклида кенг кураксимон учли булиб, уларнинг тугри кесилган излари булади; Кохер кискичлари—Ингичкарот булиб, учларида тишлари булади, (бир учида—икки, иккинчисида— бир тиш булади). Кон тухтатувчи пинцетларнинг. мухим кисми унинг замогидир, у тугайли куйилган асбоб тушиб кетмасдан тукумаларда туради. Кон тухтатувчи пинцетларнинг сони операция вактида 5 дан 10—15 тагача булиши мумкин. Каттик тукумалардаги кон томири кесилган жойда (бош суяги копламлари, тери) тишли кискични ишлатиш кулайрок, чунки у чикиб кетмайди: тукумалар нозик ва юмшок булган жойда, масалан, вена кон томирлари чигалларида, тишсиз кискичлардан фойдаланиш яхширок булади, чунки улар тукумаларни камрок кесади.

Бошқа системадаги кон тухтатувчи кискичлар (51-расм) юкорида ёзилганлардан куп афзал эмас. Кон томирларини якин жойлашган тукумалар билан бирга боглаш учун кулланиладиган кучлирок. кискичлар тугрисида айтиб утиш лозим. **5. К а й ч и л а р** (52-расм) операция вактида чукур жойлашган тукумаларни

кесиш учун кулланади

(апоневрозларни, фасция, мускул ва шунга ухшашларни).



Бунинг учун тугри учи тумток кайчилар энг кулай хисобланади. Тукумаларни, масалан, усмаларни кесишга (уларни ажратиб чикарганда) сатхи буйича эгилган кайчилар (Купер кайчилари энг яхши хисобланади).

Купер кайчиларининг унгай очилиши ва ёпилиши хамда учи кисми яхши кесиши жуда мухим. Нихоят, богламларни кесиш учун боглам кайчлари ишлатилади. Операцияларда Кулланиладиган хамма кайчилар икки Кисмга ажрайди.

58-расм. Тикиш.

6. Зондлар тугмалик ва тарновли булади одатда операциялар вактида тешик йулининг йуналишини текшириш учун кулланади. Усмаларни ажратиш учун Кохир зонди йуналишни кулай булади (54-расм).

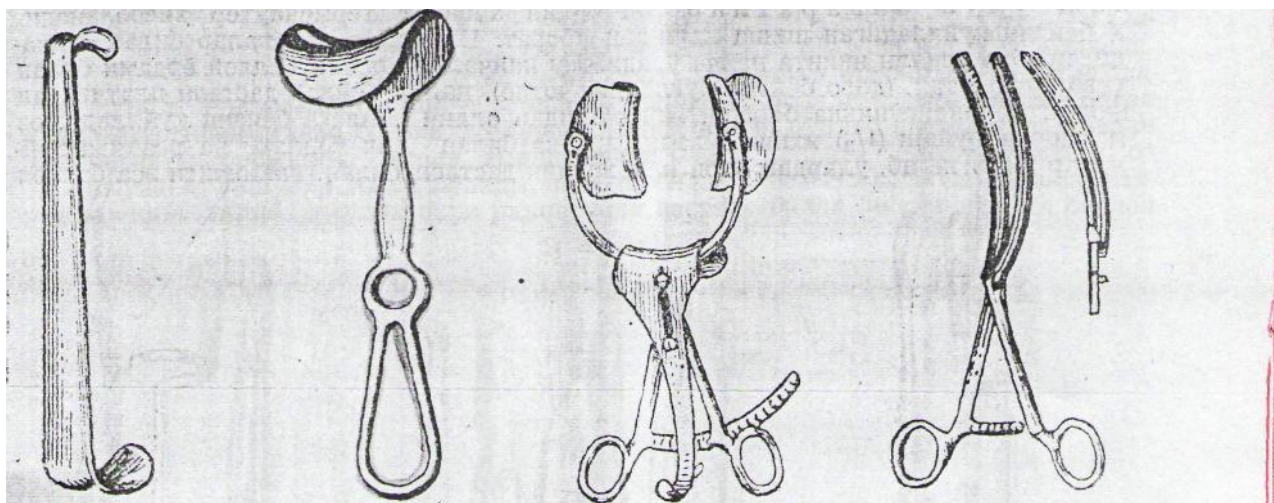
7. Операциялар вактида хар хил размердаги ва йугонликдаги н и н а л а р ишлатилади: катта номерлилари (энг ингичка) ва кичик номерлилари (энг йугон) булади. Ундан ташқари, чукур жойлашган тукумаларни куп эгилган ниналар билан тикиш (55-расм), айникса кулайдир, юзаки жойлашган тукумаларни терини тикиш учун эса сал эгилган ниналардан фойдаланиш мумкин.

Нихоят ниналар узларининг кесилиш формаси буйича фаркланади Купрок, уч киррали ниналар кулланади. Уларнинг четлари кесадиган булади шунунинг учун хатто каттик тукумаларни хам (апоневрозлар, пайлар ва тери) унгай тешади. Нозикрот тукумаларни, масалан, бирор органлар паренхимасини, кон томирларининг, ичакларининг деворларини тикиш учун юмалок (силлик) ниналар кулланилади.

Ниналар яна тешигига караб хам фаркланади. Кийим тикадиган ниналарга ухшаш одатдаги ниналар кам кулланилади. Куш механик тешикли ниналар куллайроқдир, бу куш тешик оркали ип утказиш осон булади (56-расм).

Нихоят, турли дастали ниналар тугтрисида эслатиб утиш лозим. Улардан энгоддийси—кон томирларини боғлаш учун белгиланган Дешан нинасидир (57-расм). У кон томирларининг узларини, шунингдек тукумаларни кон томирлари биланбирга боғлашда кулланилади.

Бу нинани беришда унга ипни олдинроқ утказиб куйиш керак. Эгилишига караб нина унг ва



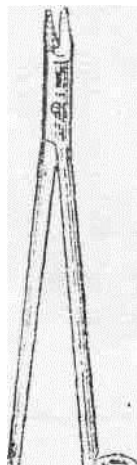
чап кул учун белгиланган булиши мумкин.

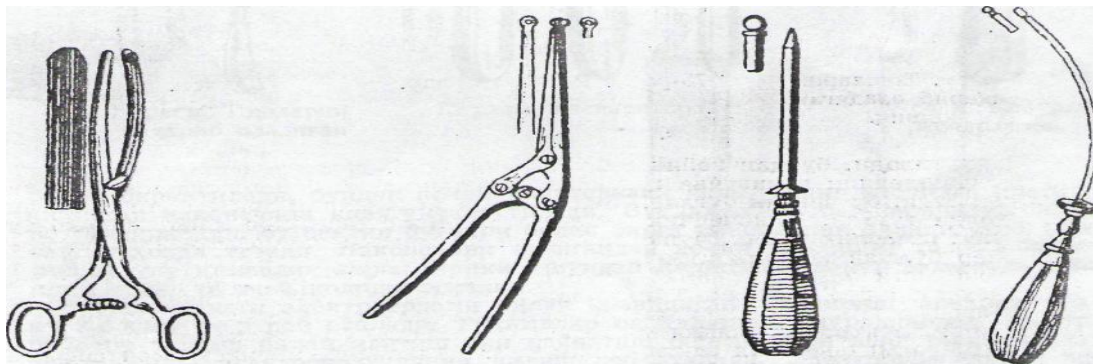
8 Иглодержателлар. Тиқиш учун хар хил иглодержателлар мав-жуддир (58-расм) булар асосан нинани тутишда ва кишишда кишиш механизми ва формаси билан бир-бирвдан фаркланади. Энг кулайларидан бири 59-расм? брашиаси кисилганда нинани мустахамк ушлайди. Иглодержатель нинани куийб юбориши учун пуружинани босиш керак: бунда кискичнинг тишлари бир биридан чикиб кетади ва иглодержатель нинани куйиб юборади. Бошка иглодержателлар хам масалан, гинекологияда ишлатиладиганлари хам булади (60-раом).

9. Яранинг атрофидаги салфеткаларни тутиб туриш учун цапкалар (61-расм), корин деворидаги ярани ёпиб турувчи салфеткаларни корин пардаси билан бирга тутиш учун эса корин пардаси учун белгиланган кискичлар (62-расм хизмат килади.

10 Терига скобаларни куйиш учун скоба пинцетлари булиши зарур Скобаларни теридан чикариб олиш учун махсус илмоклар ишлатилади, лекин одатдаги пинцетлардан фойдаланса хам булади.

Шприцлар ва уларнинг ниналари. Хирургик ишда купрок «Рекорд» шприци ишлатилади, у шиша цилиндрдан, металл поршень ва олинади-





Агар ниналарни эфир билан ювиш яхши натижа бермаса, уларнинг ички томонини махсус баллон ёки шприц ёрдами билан пуфлаб тозалаб куритиш керак. Бундан кейин ниналарга сим (мандрен) киритилади, бу мандренларни занглатмай яхши саклаш лозим. Тугри ишлатилганда ниналар ниho ятда узок, хизмат килиши мумкин, ammo яхши сакланмаган такдирда улар тезлик билан ишдан чиқади.

Ифлослашган ниналар дезинфекция килувчи эритмаларда асбоблар сингари ювилади ва кайнатилади.

12. Аспирация килиш учун аппарат. Бушликлардан куп микдорда суюклкни тортиб олиш учун аспиратор кулланилади . (64-расм). У резинка пробка билан зич ёпиладиган шиша идишдан, кранлар билан ёп

Лапаротомия учун асбоблар. 1. Корин бушлиги операциялари учун мулжалланган асбоблардан (бунинг олдидаги булимда айтилиб утилган эди) тацкари, яна корин деворидаги яраларни кенгайтирувчи асбоблар (ойналар) зарур. Энг кулай ва оддийлардан бири — бу С-симон илмоклардир (66-расм). Киндикдан паст жойларни операция килганда яна бурчакли ойна ишлатилади (67-раем).

Нихоят, яраларни узлари тутадиган хар хил кенгайтирувчи асбоблар баъзида кулланилади (68-расм).

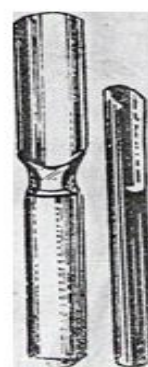
2. Ошкозон ёки ичакларни кесишдан илгари уларнинг ичйдаги нарсаларнинг окиб чикишидан кочиш учун ошкозон ва ичакларга махсус кискичлар куйилади. Ошкозон-ичак кискичларини икки группага булиш мумкин. Биринчи группага ичак деворларини шикастламайдиган кискичлар киради . Ошкозон-ичак кискнинг яна бир группаси шунинг билан фарк, кила-дики, ичак ва ошкозонни кисганда кискичлар уларни эзади (71-расм). Тушунарлики, бундай кискичларни ошкозон ёки ичакнинг факат кесилиб ташланадиган кисмигагина ёки уларнинг кесилажак жойига куйиш мумкин.



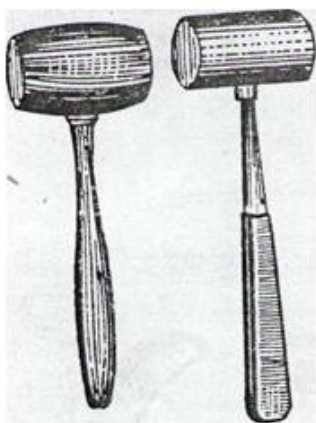
77-расм. 78-расм. Турри
Элеватор. искана.



79-расм.
Остеотом.

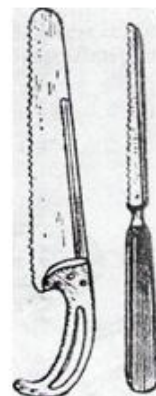


80-расм. Тур-
новли искана.



81-расм Болгалар.

82-расм Уткир
кошиқ...



84- расм Пичок- ар-
ралар.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №8

Мавзу: Жароҳат ва жароҳат инфекциялари. Жароҳатлар тарифи, ахамияти, асоратлари. Узига хослиги. характери, пайдо бўлиши, инфицирланиши. Бўшлиқларга нисбатан жароҳатлар таснифи. Оддий ва асоратлари бўйича таснифи. "Тоза" яра ва йирингли яралар тўғрисида тушунчалар. Хирургик операциядан кейинги жароҳатлар. Жароҳат жараёнини кечиши. Жароҳатлар тузалиш турлари ва тузалиш жараёни. Чоклар турлари. Уларга кўрсатмалар. Жароҳатлар яллиғланганда ва йиринглаганда даволаш принциплари. Қоқшол ва анаэроб инфекцияларга қарши актив ва пассив иммунизация. Яллиғланиш синдроми, хирургик инфекция билан хасталанган беморларни парвариш қилиш. таъсир этиш усуллари.

Вакти - 5соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	<ul style="list-style-type: none"> - Жароҳатларда беморни клиник текшириш усулларини чуқурроқ урганиш лабораторияларни ташкил қилишни, ишлаш қоидаларини куриб чиқиш. - Жароҳат тушунчасига эга бўлиш -Жароҳатланган беморнинг асосий шикоятлари билан текшириш усулларида: куздан кечириш. - жароҳатлар таснифи,клиникаси, битиш турлари, бирламчи хирургик ишлов бериш тушунчасига эга бўлиш; - жароҳатларда организмдаги ўзгаришлар.
Ўқув машғулотининг мақсади: талабаларга жароҳатлар уни турлари , диагностикаси ва жароҳатлар яллиғланганда ва йиринглаганда даволаш принциплари, биринчи ёрдамни	
Педагогик вазифалар: <ul style="list-style-type: none"> - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини 	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: <ul style="list-style-type: none"> -Жароҳатланган беморларнинг клиник текшириш усулларини чуқурроқ урганади -беморнинг асосий шикоятлари билан текшириш усулларида: куздан кечириш, даражасини аниқлаш хақида тушунчага эга бўлади; - жароҳатларда организмдаги ўзгаришлар хақида тушунчага эга бўлади -Инфицирланган жароҳат хақида тушунчага эга бўлади - Яллиғланиш синдроми, хирургик инфекция билан
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргалликда ўқиймиз, "Жароҳат" сўзига кластер, мунозара.</i>

Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув кулланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.
Ўқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

	<p>Фаолият мазмуни Жароҳат ва жароҳат инфекциялари. Жароҳатлар тарифи, ахамияти, асоратлари. Узига хослиги. характери, пайдо бўлиши, инфицирланиши. Бўшлиқларга нисбатан жароҳатлар таснифи. Оддий ва асоратлари бўйича таснифи. ”Тоза” яра ва йирингли яралар тўғрисида тушунчалар. Хирургик операциядан кейинги жароҳатлар. Жароҳат жараёнини кечиши. Жароҳатлар тузалиш турлари ва тузалиш жараёни. Чоклар турлари. Уларга кўрсатмалар. Жароҳатлар яллиғланганда ва йиринглаганда даволаш принциплари. Қоқшол ва анаэроб инфекцияларга қарши актив ва пассив иммунизация. Яллиғланиш синдроми, хирургик инфекция билан хасталанган беморларни парвариш қилиш. таъсир этиш усуллари.</p>	
Босқичлар,	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (20 мин)	<p>1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот хамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади.</p> <p>1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: Очик жароҳатларни ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласизми? Уларнинг мазмунларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.</p>	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (195мин)	<p>2.1. Талабаларни 2 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади.</p> <p>2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади.</p> <p>2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади.</p> <p>2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. Жароҳатланган беморларни сураб – суриштириш ва умумий куздан кечиришни амалга оширишини назорат этади, ҳамда бирламчи таъсуротларини баён этишига кўмаклашади.</p> <p>2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади.</p> <p>2.6. Талабаларга кластер, инсерт, тоифали жадвал усули бўйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади.</p> <p>2.7 Тест ва вазиятли масалалар ечишни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради.</p>	<p>2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар.</p> <p>2.2. Саволлар беради.</p> <p>2.3. Жавобларни тулдиради.</p> <p>2.4. Жадвал устунларини тулдиради ва муҳокамада иштирок этади.</p>

3-босқич Якуний (10 мин)	3.1. Машғулотни яқунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Талабаларга Б. Б. Б усули буйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади.(3- илова)	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.
--------------------------------	--	---

гурuhlар учун топшириклар.

Назорат учун саволлар

1. Жароҳат ва жароҳат инфекциялари хақида тушунча.
2. Бушликларга нисбатан жароҳатлар таснифи.
3. Тоза ва йирингли жароҳатлар тугрисида тушунча.
4. Жароҳатларни тузалиш турлари ва тузалиш жараёни.
5. Жароҳатлар яллигланганда ва йиринглаганда даволаш принциплари.

1- гуруҳ.

Очик жароҳатлар хақида тушунча? Инсерт жадвалини тузинг.

2- гуруҳ.

Очик жароҳатлар таснифи. Тоифали жадвал тузинг

Текшириш эталонлари (намуналар):

1 - гуруҳ. Инсерт жадвали

Тушунчалар	V	+	-	?
Очик жароҳат тушунчаси				
Очик жароҳат таснифи				
Очик жароҳатни аниклаш				
Очик жароҳат асоратлари				
Очик жароҳат огирлик даражасини аниклаш				
Очик жароҳатларда организмдаги узгаришлар				
Шок , хушдан кетиш , коллапс				
клиникаси				
Очик жароҳатларда биринчи ёрдам				
Бирламчи хирургик ишлов				
Шок даври,килиникаси				
Коллапс даври,килиникаси				
Даволаш				

Текшириш эталонлари (намуналар):

2 - гуруҳ. тоифали жадвали

Вертикал буйича - такқолаш талаб этиладиган	Горизонтал буйича - таққослашни амалга оширишдаги ҳар хил тавсифлар жойлаштирилали. (Тавсифлар, тоифалар, ажралиб турадиган белгилар ва шу кабилар)
---	--

нарсалар (карашлар, назариялар) жойлаштирилади	сабаби	кечиши	Асорат
Чопилган	Тумток жисмлар	Шикастланиш даражасига боглик	Кон кетиш ва йиринглаш
Санчилган	Найза , пичок	Ички аъзоларнинг шикастланиши	Кон кетиш , ички аъзолар шикастланиши
Кесилган	Уткир жисмлар	Енгил , огир , урта огир	Кон кетиш
Тишланган	Хайвонлар	Хар хил	Кутириш
Эзилган	Тумток жисмлар	Утган вақтга боглик	Анайроб инфекциялар
Ук текган	Ук отар куроллар	Огир	Купинча улим

**Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари
(барчаси 100 баллик тизимда)**

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентация да иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					

Б.Б.Б. ўсули асосида билимларни синаш учун тарқатма материаллар 3-илова

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим“-”.
Бинар номенклатура:		
Жарохатни гидратация фазаси		
Жарохатни дегидратация фазаси		
Жарохатни эпителизация фазаси		
Бирламчи тортилиб битиш		
Иккиламчи тортилиб битиш		
Чопилган жарохатлар		
Кесилган жарохатлар		
йиртилган жарохатлар		
Беморларни текширишда ишлатилаётган усуллар:		
Тишланган жарохатлар		

Н
аза
рий
кис
м
Жа
рох
ат
дег
анд
а
тер
и

ёки шиллик каватларнинг ва ички аъзоларни ураб турган махсус пардалар бутунлигини бузилиши билан кечадиган шикастланишларга **жарохатлар** дейилади.

жарохатлар классификацияси

1. Жарохат етказадиган жисмнинг хусусиятига кура : санчилган, кесилган, чопилган, лат еган, юлинган, ук теккан, ва тишланган жарохатлар фаркланади.

2. Шикастланиш даражасига караб юзаки ва чукур жароҳатлар учрайди.
3. Инфекция тушган ёки тушмаганлигига караб тоза ва ифлосланган жароҳатлар фаркланади.
4. Тана бушликларига нисбатан тешиб кирган ва тешиб кирмаган жароҳатлар учрайди.
5. Захарланган (хайвон – хашорот тишлаганда , илон, чаён чакканда, радиацион нурлар, захарли моддалар таъсир этганда) жароҳатлар ҳам учрайди.

Жароҳатланган нарсанинг характери буйича куйидаги жароҳатлар тафовут килинади.

Кесилган жароҳатлар туқималарга бирорта кесгир нарса (пичок, шиша, темир ва хоказо) таъсир килганда пайдо булади. Жароҳатнинг теридаги чети текис, остидаги туқималарга одатда кам шикаст етади, жароҳат очик булади, конаб туради. Бошка жароҳатларга караганда бирмунча яхши тузалади.

Шилинган жароҳатлар – кесилган жароҳатнинг бир тури, бунда тер ива тери ости клетчаткаси остида ётган туқималардан кучиб чиккан булади. Бундай жароҳатлар урнима чизик буйича харакат килаётган кесувчи предметдан шикастланиш ёки терининг тери ости клетчаткаси билан кучиши оқибатида юз бериши мумкин.

Чопилган жароҳатлар утки рва огир (болта, килич) билан урилганда хосил булади. Остида ётган туқималарнинг анчагина шикастланиши кузатилади. Бирмунча секин битади.

Санчилган жароҳатлар санчадиган уткир буюмлар (бигиз, мих, найза ва хоказолар) санчилишдан хосил булади. Жароҳатлар терига озрок шикаст етиши ва ичкарида ётган органлар ҳамда туқималар (йирик кон томирлар, упка, юрак, жига рва хоказолар) нинг купрок шикастланиши билан характерланади. Ташкарига кон кам чиқади, бироқ чукур жойлашган туқималардан куп микдорда кон оқиши мумкин. Бундай жароҳатлар гоятда хавфлидир. Даво килишда ички органларга шикаст етган-етмаганлигини аниқлаш максадида жароҳат каналини кенг куламда ревизия килиш талаб этилади.

Чопилган-кесилган жароҳатлар-чопилган ва кесилган жароҳатларнинг кушма тури. Ҳам ташки, ҳам ички томондан анчагина кон оқиши билан характерланади. Даволаш тактикаси чопилган жароҳатлардаги кабидир.

Урилган жаолхатлар бирорта тумток буюм (Таек, то шва хоказолар) билан урилганда пайдо булади. Улар юмшок туқималарнинг анчагина мажакланиши ва озрок конаши билан харктерланади. Туқималарнинг огир мажагланиши сабабли жароҳат четларининг жонсизланиши кузатилади. Инфекция осонликча кушилади, йиринглиниш юз беради. Жароҳатни хирургик тозалашда яшаб кетмайдиган туқималарни батамом олиб ташлаш талаб килинади.

Юлинган жароҳатлар уриб олинган жароҳатларга якин туради. Одатда машиналар ва механизмларнинг харакатланадиган қисмларидан вужудга келади. Улчамлари катта, четлари нотекис булади, осонликча инфекция тушади. Узок муддат мобайнида турли асоратлар билан битади.

Тишланган жароҳатлар одам ёки хайвонларнинг тишлашидан содир булади. Тери ва остида жойлашган туқималарга анча шикаст етади. Жароҳат хамиша инфекцияланган булади. Кеч ва куп асоратлар билан битади.

Ук тегишдан юз берган жароҳатлар-ук отадиган курулдан зарарланиш натижасидир. Ук, сочма ук, снаряд парчаси кабилардан юз бериши мумкин. Жароҳатлайдиган снаряд, масофага ва хоказоларга кура турли-туман характерда булади. Ук ёки снаряд парчасидан руй берган жароҳатлар айниқса огир кечади. Бу жароҳатлар тешиб утган, бунда жароҳатловчи буюмтана қисмидан тешиб утиб, кириш ва чиқиш тешиклари булади (кириш тешиги чиқиш тешигидан кичик) ва берк булади, Бунда фақат кириш тешиги булиб, жароҳатловчибуюм туқималарда қолади.

Ук тегишидан вужудга келган жароҳатда куйидагилар фарк килади: 1) жароҳат канали зонаси, унда некротик туқималариук парчаси, кийим парчалари ваш у кабилар булади; 2) шикастланган некроз зонаси, туқималарнинг механик ёки температура таъсирида шикастланиши натижасида хосил булади; 3) молекуляр силкиниш зонаси. Кузга куринадиган узгаришлар кузатилмайди, бироқ шу участкада туқималар қаршилигини пасайтирадиган некробиотик узгаришлар учрайди.

Захарланган жароҳатлар – жароҳатнинг захарловчи модда (иприт, люизит ва бошкалар) тушган хар қандай туридир. Захарловчи модда жароҳат тешиги орқали организмга тез сурилиб,

огир окибатларга олиб келади. Даволаш – ювиш, антидотлар кулланиш, 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) жароҳатлар булиши мумкин.

Тасодифан юз берадиган хамма жароҳатлар, жумладан ук теккан жароҳатлар хам бирламчи инфекцияланган хисобланади. Ук теккан жароҳатлар, бундан ташкари тукумаларга куп шикаст етиши билан утади. бу эса уларнинг битиш шароитларини кийинлаштиради.

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

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

Жароҳатлар якка-якка ва куп сонли булиши мумкин.

жароҳатларнинг клиник манзараси

Очик жароҳатнинг клиник манзараси огрик, четлари очилиб туриши, кон окиши ва гавданинг шу кисмларида юз берадиган функционал бузилишлар билан характерланади.

Жароҳатларнинг битиши

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

Гидратация фазаси бевосита травмадан сунг юз беради бир неча сутка давом этади. Яллигланиш аломатлари билан утади. Жароҳат суюклигининг окиб чикиши учун шароитлар (жароҳатни кесиш, дренажлаш, гипертоник эритмалар кулланиш) вужудга келтириш зарур.

Дегитрация фазаси. Жароҳатнинг тозаланиш, яллигланишнинг камайиши, яшаб кетмайдиган тукумалар ва фибрин инвидиларининг лизиси, грануляциялар хосил булиши руй беради. Грануляцион тукума хосил булиши учун шароитлар (антисептик эритмалар, мазь боғламлар, боғламни кам янгилаш) яратиш зарур.

Эпителизация фазаси жароҳат нуксонини беркитадиган эпителиал тукума хосил булиши билан характерланади. Айни вақтда грануляцион тукумадан чандикли тукума хосил булади. Актив харакатлар, иссик муолажалар, мазь боғламлар кулланилади. Хар бир фазанинг давом килиш муддати жароҳат характерига, даволаш методларига, организмнинг умумий холатига ва инфекция борлигига боғлиқ.

Жароҳат битишининг куйидаги турлари фарк килинади.

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

Иккиламчи тортилиб битиш жароҳат очик, унда йирингланиш булганда руй беради. Жароҳатнинг яшаб кетмайдиган тукумалардан тозаланиш, яллигланишнинг йуқолиши, грануляциялар пайдо булиши, чандикли тукума хосил булиши ва эпителизация кайд килинади.

Иккиламчи тортилиб битиш-узок давом этадиган процессдир. (бир неча хафтага чузилади). Бунда дагал чандик қолади. У бурушганда бугим контрактураси юз бериши (жароҳат бугим сохасида жойлашганда) ва гавданинг шу сохаси деформацияга учраши мумкин.

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

Жароҳатнинг микробдан ифлосланиши. Хар кандай тасодифий жароҳатланишда жароҳатга микроблар тушиб ифлосланади. Микробли флора жароҳатга жароҳатловчи курул, кийим парчалари, тери чеккаларидан тушади.

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

Жарохатнинг йиринглиши. Жарохатдаги йирингли процесс муайян клиник манзара: жарохат чеккаларининг кизариши, уларнинг шишуви, каттиклашиши. махаллий 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 тукумалараро бушликлар буйича таркалиб, катта йирингли камгаklar 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 (боглам, жугут) ва инфекция тушишининг олдини олиш (боглам куйиш олдидан жарохат чеккаларига йод эритмаси суртиш) принципи ташкил этади.

Жарохата боглам куйишда индивидуал боғлов пакетидан фойдаланиш тавсия килинади.

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

Врач келгунча бериладиган ёрдами медицина хамшираси ёки фельдшер курсатади. Ходиса юз берган жойдан биринчи ёрдам тугри берилган булса, уни такрорлаш тавсия этилмайди ва беморни ихтисослашган даволаш муассасасига олибборилади. Борди-ю, биринчи ёрдам берилмаган ёки нотугри бажарилган булса, жарохат зонасини кенгрок очиш, жарохат чеккасидаги жунларни кириш ваш у ерга йод суртиш, куришиб турган ёт жисмларни олиб ташлаш, жугутни кайта боғлаш ва асептик боглам 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 эксқориацяси) 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 эксқориацяси булса, асептик боглам куйилади. Бундай холларда бактериацид таъсирга эга булган БФ- 6 елими ишлатилади ва боглам куймаса хам булади.

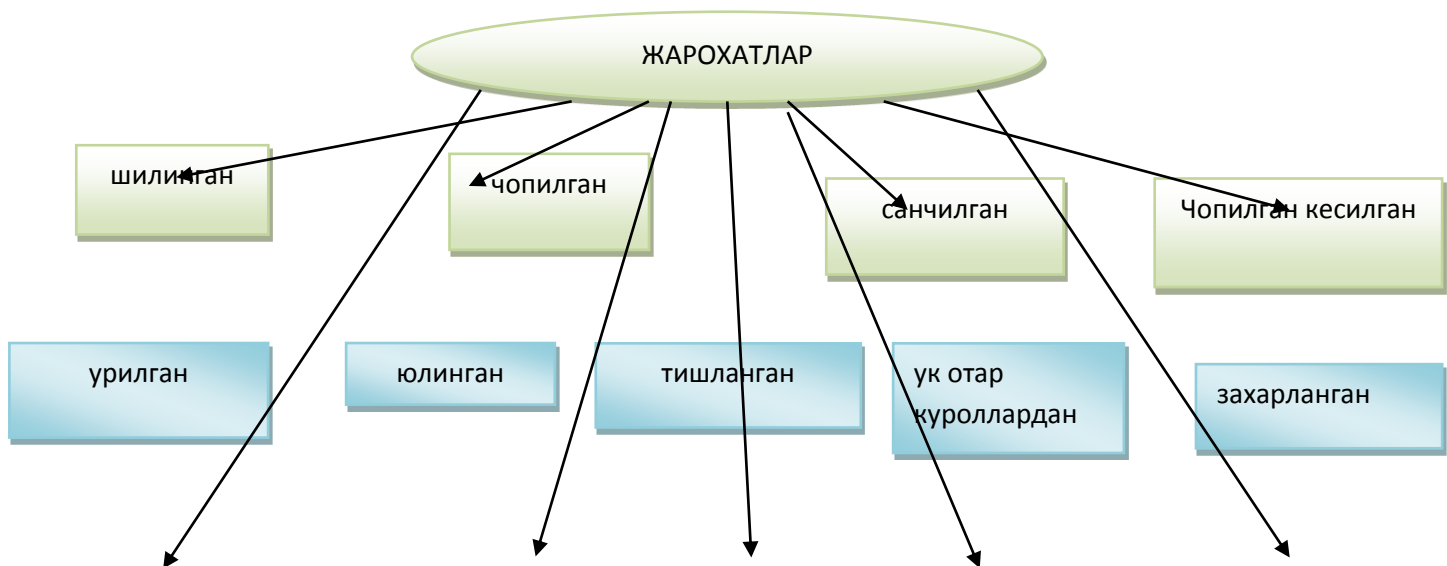
Жарохатни бирламчи хирургик тозалаш. Жарохатни юирламчи хирургик тозалаш ососида жарохат чеккалари, деворлари ва тубини соғлом тукумаларгача кесиш хисобига уни асептик жарохатга айлантириш принципи ётади.

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

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

Йирингли жарохатларни даволаш. Жарохатларни хирургик тозалаш ва уз вақтида килинмаса ёки етарлича сифатли утказилмаса, йирингланиш бошланади. Клиник жихатдан у жарохат чеккаларининг кизариши, хам махаллий, хам умумий температуранинг кутарилиши, беморнинг умуман лохас булиши, жарохат зонасининг росман огриши билан характерланади

(гидратация фазаси). Шу мақсадда, илгари чоклар солинган булса, уоарни сугириб олинади ва йирингли камгаклар кесилади.



АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №9

Мавзу: Шикастланиш синдроми. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги. Ёпик шикастланиш ҳақида билимлар мажмуи. Асоратлари. Шок. Коллапс. Бош суяги ва мия, кўкрак қафаси шикастлари, синиш ва чиқишлар. Бош суягининг таркибий тузилиши ва структураси. Ёпик турдаги шикастланишлар, шок, коллапс, бош суяги ва мия шикасти, чиқишлар ва суяк синишларида организмдаги умумий ва маҳаллий патофизиологик ўзгаришлар. Кўкрак қафаси ёпик шикастланиши, мия чайқалиши, лат ейиши, қисилиши, миядаги шишлар, қўл-оёқ синишларидаги шок ва коллапс клиник кўриниши. Лаборатория ва асбоб ускуналар билан текшириш усуллари: рентгенография, рентгеноскопия, компьютер томография, ЭХО, ЭЭГ ва суюқликларни текшириш методлари қўлланиши.

Вақти - 5соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	<ul style="list-style-type: none"> - Шикастланиш синдроми тушунчаси ва таснифи ҳақида тушунча - Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги ҳақида тушунча - Травматик шок ҳақида тушунча - Юмшок туқималарни лат ейиши ҳақида тушунчага эга булиш - Травматологик беморларни текшириш усуллари ҳақида тушунча - Травматологик беморларни даволашни умумий принциплари - Биринчи ёрдам ҳақида тушунча - Ёпик шикастларда беморни клиник текшириш усуллари чуқурроқ урганиш лабораторияларни ташкил қилишни, ишлаш қоидаларини куриб чиқиш. - Ёпик шикастлар тушунчасига эга булиш. - Ёпик шикастларда беморнинг асосий шикоятлари билан текшириш усуллари: куздан кечириш, пальпация, перкуссия
Ўқув машғулотининг мақсади: : талабаларга шикастланиш синдроми, ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги. Травматик шокни диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг ҳажми. шикастланиш ва уни турлари , организмдаги узгаришлар, уларни диагностикаси ёпик шикастланиш уни турлари ёпик шикастланишда организмнинг умумий реакциясини, хушдан кетиш, коллапс, шок ҳолатларини уларни диагностикасини олдини олишни ва биринчи ёрдамни ташкил	

<p><i>Педагогик вазифалар:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини ривожлантириш 	<p><i>Ўқув фаолиятининг натижалари:</i> Талаба:</p> <ul style="list-style-type: none"> Шикастланиш синдроми тушунчаси ва таснифи хақида тушунча эга булади - Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги хақида тушунча эга булади - Юмшок туқималарни лат ейиши хақида тушунчага эга булиш эга булади - Травматологик беморларни текшириш усуллари хақида тушунча эга булади - Травматологик беморларни даволашни умумий принциплари эга булади - Биринчи ёрдам хақида тушунча га эга булади - Травматик шок хақида тушунча - Ёпик шикастларда беморларнинг клиник текшириш усуллари чуқуррок урганиш лабораторияларни ташкил қилишни, ишлаш қоидаларини куриб чиқади.
<i>Ўқитиш услуби ва усуллари</i>	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “шикаст” сўзига кластер, тизимлаш.</i>
<i>Ўқитиш воситалари</i>	<i>Маъруза матни, ўқув қуланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.</i>
<i>Ўқитиш шакли</i>	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
<i>Ўқитиш шароитлари</i>	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория</i>

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

	<p>Фаолият мазмуни Шикастланиш синдроми. Ҳамширалик жарёнини ўзига хослиги. Ёпик шикастланиш хақида билимлар мажмуи. Асоратлари. Шок. Коллапс. Бош суяги ва мия, кўкрак кафаси шикастлари, синиш ва чиқишлар. Бош суягининг таркибий тузилиши ва структураси. Ёпик турдаги шикастланишлар, шок, коллапс, бош суяги ва мия шикасти, чиқишлар ва суяк синишларида организмдаги умумий ва маҳаллий патофизиологик ўзгаришлар. Кўкрак кафаси ёпик шикастланиши, мия чайқалиши, лат ейиши, қисилиши, миядаги шишлар, қўл-оёқ синишларидаги шок ва</p>	
Босқичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (20 мин)	<p>1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг аҳамиятини ва долзарблигини асослайди.</p> <p>Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини қуллаган ҳолда утишни маълум қилади.</p> <p>1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди:</p> <p>Ёпик шикастларни ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий</p>	<p>1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.</p>

2-босқич Асосий (55мин)	<p>2.1. Талабаларни 2 гуруҳга булади, хар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади.</p> <p>2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади.</p> <p>2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади.</p> <p>2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. Шикастланган беморларни сураб – суриштириш ва умумий куздан кечеришни амалга оширишини назорат этади, ҳамда бирламчи таъсуротларини баён этишига кўмаклашади.</p> <p>2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниклик киритади.</p> <p>2.6. Талабаларга тест ечиш, инсерт, тоифали жадвал усули</p>	<p>2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар.</p> <p>2.2. Саволлар беради.</p> <p>2.3. Жавобларни тулдиради.</p> <p>2.4. Жадвал устунларини тулдиради ва муҳокамада иштирок этади.</p>
3-босқич Якуний (15 мин)	<p>3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради.</p> <p>3.2. Талабаларга Б. Б. Б усули буйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади.(3-илова)</p>	<p>3.1. Эшитадилар.</p> <p>3.2. Топширикни оладилар.</p>

гуруҳлар учун топшириклар.

Назорат учун саволлар.

1. Шикастланиш синдромида ҳамширалик жарёнини ўзига хос томонларини тушунтириб беринг
2. Ёпиқ турдаги шикастланишларда организмдаги умумий ва маҳаллий патофизиологик ўзгаришларни изохлаб ёзиб беринг
3. Мия чайқалиши, лат ейиши, қисилиши, миядаги шишлар, қўл-оёқ синишларидаги шок ва коллапс клиник кўринишларини ёзиб беринг.
4. Беморлар учун лаборатория ва инструментал қандай текширишлар утказилади.
5. Шикастланиш синдромида беморларга биринчи ёрдам бериш принциплари нималардан иборат.

1- гуруҳ.

Шикаст хақида тушунча? Шикастланиш турлари. Инсерт жадвалини тузинг.

2- гуруҳ.

Травматик шок босқичлари. Тоифали жадвал тузинг

Текшириш эталонлари (намуналар):

1- гуруҳ. Инсерт жадвали

Тушунчалар	V	+	-	?
Шикаст тушунчаси				
Шикаст таснифи				
Шикаст клиникаси				
Шикаст диагностикаси				
Шикаст асоратлари				
Шикаст хавфи				
Тешиб кирувчи				
Тешиб кирмовчи				
Очик шикаст				

Ёпик шикаст				
Термик шикаст				
Химик шикаст				
Рухий шикаст				
Электр шикаст				
Механик шикаст				
Операцион шикаст				
Травматик шок				

Текшириш эталонлари (намуналар):

2 - гуруҳ. тоифали жадвали

Вертикал буйича - такқолаш талаб этиладиган нарсалар (карашлар, назариялар) жойлаштирилади	Горизонтал буйича - таққослашни амалга оширишдаги ҳар ҳил тавсифлар жойлаштирилди. (Тавсифлар, тоифалар, ажралиб турадиган белгилар ва шу кабилар)		
	Умумий ахволи	Пульс, АД.	Окибати
I-боскич	Нисбатан коникарли	Ps-90, АД-100/60.	Ижобий
II-боскич	Уртача огирликда	Ps-110, АД-90/50.	Даволашга боглик.
III-боскич	Огир холда	Ps-150, АД-40/20.	Салбий
IV-боскич	Агонал холат	Ps, АД-аникланмайди	Тиклаш кийин, огир.

**Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари
(барчаси 100 баллик тизимда)**

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илгаб олиши	Презентация да иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқатма материаллар 3-илова

Тушунча	Биламан “+”, билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим “-”.
Шикаст тушунчаси		
Шикаст таснифи		
Шикаст клиникаси		
Шикаст диагностикаси		
Шикаст асоратлари		
Шикаст хавфи		

Тешиб кирувчи		
Тешиб кирмовчи		
Очик шикаст		
Ёпик шикаст		
Термик шикаст		
Химик шикаст		
Рухий шикаст		
Электр шикаст		
Механик шикаст		
Операцион шикаст		
Шикаст тушунчаси		
Шикаст таснифи		
Шикаст клиникаси		
Шикаст диагностикаси		
Шикаст асоратлари		
Шикаст хавфи		
Тешиб кирувчи		

НАЗАРИЙ КИСМ. Ташки мухитнинг киши организмга таъсири натижасида тукима ва органларда органик ва функционал узгаришлар пайдо булиши шикастланиш дейилади. Организмга таъсир агентларга механик, электр термик, химийвий ва нур таъсиротлари киради. Шунингдек маълум бир гуруҳни рухий шикастлар ташкил килади. Шикастланишларда маҳаллий узгаришлар билан бир каторда оғир умумий асоратлар ҳам мавжуд булади. Очик ва ёпик шикастланишларнинг мавжудлиги, беомр организмда хар хил оғир ҳолатларни юзага келтиради.

Шикасланиш таснифи. Шикастланишлар буйича куйдаги классификация қабул қилинган:

1. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ булмаган транспортда (темир йул, автомобиль, трамвай), пиёда катаётганда, спорт билан шугулланганда, табиий офатлар таъсирида ер кимираш, сел келиши), турмушда руй берадиган травмалар.

2. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ булган иш қастлар саноатда, кишлок хужалигида)

3. Қастдан қилинган шикастланишлар (харбий ҳолатларда, уз –узини улдириш). Механик, кимийвий, электр, термик нқрдан буладиган рухий травмалар тафовут қилинади. Очик ва ёпик шикастлар ажратилади. Очик шикастланишда тери ва шиллик қаватнинг бутунлиги бузилади. Тери ва шиллик қават жароҳатларига микроблар тушиб, эрта ва кечиккан асоратларга сабаб булади. Ички организмнинг шикастланишига қараб юзаки ва чуқур шикастланишларга булинади. Шикастланишларнинг олдини олиш ва уларда ёрдам қурсатишни ташкил қилиш.

Саноатда кишлок хужалиқда, ишлаб чиқаришнинг нури соҳаларида, техник ва транспорт харакатида эса йул харакати қоидаларига риоя этмаслик натижасида шикастланишлар қундан қун қупайиб бормоқда. Бу шикастланишлар оқибатида киши узок вақтгача иш қобилятини йукотади, баъзан ногирон булиб қолади. Профилактика ишлари яхши йулга қуйиши учун травматизмни аниқ ҳисобга олиш керак. Бунинг учун зарарланишнинг қуп ёки қам 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 тиббийёт муассасалари ходимлар билан бирга фаол қатнашадилар. Шикастланишлар қупинча маст қолда юз беришини ҳисобга олиб, ичкиликқозликка қарши қиддий қурашмоқ қозим. Травмадан зарарланишлар умумий хирургик қасалликларнинг 30-35 қоизини ташкил этади. Шикастланишда биринчи ва юқори малақали ихтисослашган ёрдамни ташкил қилиш керак. Республикамизда травматологик қизмат учун асосий звенодан иборат. Шикастланиш руй берган жойда биринчи тиббий ёрдамни ташкил қилиш. Амбулатория – поликлиникада шикастланишга ёрдам қурсатиш. Травматологик ёрдамни стационарда ташкил қилиш. Травма юз берган жойдаёқ биринчи ёрдам қурсатиш қуйидаги мақсадларни қузга тутати. а) Шифокор қелқунича булган биринчи оддий ёрдам. Бу қупинча маҳсус қасби булмаган қишилар уз – узига ва бир- бирига ёрдам) қомонидан қурсатилади.

б) Юқори малақали ёрдамни маҳсус тайргарликка эга булган врач бақармоқи керак. Биринчи травматологик ёрдамни ташкил қилишда қуйидагиларга риоя қилиш керак. Шикастланган қишига

иложи бориша зудлик билан ёрдам бериш зарур. Биринчи малакали ёрдам тезроқ курсатиши учун, аввало оддий тиббий ёрдамдан сунг бемор махсус даволаш муассасасига олиб борилиши зарур. Кейинги боскичда ёрдам берувчи травматология ходимларига хар бир килинган даволаш усулларини кенг ва батафсил баён килиши керак (бирламчи хурургик ишлаш, кокмолга карши зардоб юбориш ва хоказолар). Хар бир киши шикастланиш юз берганда каерга, качон сураб мурожаат билиши керак. Шикастланган кишининг тугри эвикуация килишини травматологик ёрдамнинг асосий бугинларидан бири хисобланади. Шахарларда тез ёрдам тиббий станциялари санитария мутахассислари булиб уларнинг асосий вазифалари беморни тез ва эхтиётлаб аволаш муассасасига етказишдан иборат.

Травматологик беморларни текшириш ва даволаш хусусиятлари.

Шикаст олган беморларни текширишда худди хирургик беморларни текширишда кулланиладиган усуллар ишлатилади. Шунинг эсдан чикармаслик керакки, огир травмалардан кейин беморда унинг симптомлари тез ривожланади, купинча ахволи огир булади, шок асорати вужудга келади. Буларнинг хаммаси жарохдан зудлик билан харакат килишни, диагноз куйишни ва керакли 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 хамма вақт хам шикастланишнинг огир- енгиллигига тугри келавермайди. Масалан унча катта булмаган курак кафаси ёки корин бушлигига етказилган жарохат ички органлар бутунлигининг бузулишига олиб келди. Калла ва орка миянинг огир шикастлари хам аниқ ташки белгиларга эга булмаслиги мумкин. Симптомлари аниқ булган хар кандай травма хам инсон хаёти учун хавфли булмаслиги мумкин. Айтайлик катта травмаларда огир асоратлар организмнинг бошка кисмларига намоён булиши мумкин. Кул – оёкиннинг териси шилинган беморнинг жигар талок ёки бошка ички органларнинг бутунлиги бузилган булиши мумкин.

Айниқса хушсиз ётган, калла суяги шикастланган унинг устига спиртли ичимликлар ичган шок холатига тушган булса, диагноз куйиши кийин булади. Травма олган беморда огир кушимча холатлар, шок, кон кетиши, травматологик токсикоз, булиши мумкинки, улар хам вазиятни аниқлашга ёрдам беролмайди.

Беморнинг огир травма таъсирида ахволи ёмонлашганда унга тез ёрдам бера олиш керак. Масалан, камконликка олиб келадиган артериал кон кетаётган ёки нафас йулларига ет моддалар тикилиб колган 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 берилладиган саволлар аниқ, киска ва равшан булиши керак. Зарарланган киши ёки уни олиб келган одамлар оркали шикастланиш вақти сабаблари, кандай шароитда юз берганлиги беморнинг травма олишдан олдин ва кейинги холати качон ва каерда биринчи ёрдам курсатилганини аниқлаш мухим ахмиятга эга. Шу билан бирга беморнинг бошка система ва аъзоларига булган шикоятлари кушимча хосталик белгиларини хам суриштирмок лозим саволларга олинган жавоблар, зарарланган жойни чукур куриш ва текшириш диагноз кушимча даволаш усуллари асоратларнинг олдидини олишга ёрдам бермоги лозим. Масалан суяклар синиши нерв толалари ав магистрал кон томирларининг шикастланишига курак кафасидаги жарохат плеврал бушлигига кон куйилиши ёки юрак тамнонадасига сабабчи булиши мумкин.

Жарохатга тупроқ тушиши ёки ифлосланган кийим- кечак кокшоп, газли ганулнани олиб келиши мумкин. Ёки мия чайкалиб лат ейиши вақтида бошнинг ишкастланиши билан бир каторда киши хушидан кетади. Бундай беморларнинг 1,5 – 2 соатдан кейин хушдан кетиши мия ичидан кон куйилиб, унинг асосий марказлари окаётган кон билан эзилишини билдиради. Шунинг учун травмадан (айниқса, бошка касалликлар билан бирга кечаётган булса) беморнинг анамнезини йигиш уни текширишга катъий этибор бериш зарур. Бу борада упка, юрак – томир ва бошка хаётий системаларни текшириб чикиш лозим. Шикастланган сокани куздан кечириш, ушшлаб куриш нукуссия, аускультация каби текшириб куриш усулларидан фойдаланиш мумкин.

Травма таъсир килган сокани куздан кечиришда шу сокадаги терининг ранги, кул – оёкнинг калта – узунлиги, соханинг конфигурацияси, шаклининг узгариши, жарохатнинг Катта кичиклиги, чукурлиги, характер ива бошка белгиларга ахмият берилади.

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

Аускультация оркали текширишда упка ёки кукрак кафаси, деворининг шикастланиши ковургаларнинг синиши натижасида кон тупланиб хаво утмай колиши, нафас шовкинлари, ичак харакатининг эшитилмаслиги маълум булади. Кушимча кулланадиган усуллар ичида ренген воситаси билан текшириб куриш 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 фикрлашмок зарур.

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

Кул –оёк зарарланганда сантиметрли лента билан сог кул –оёкни улчаш лозим. Бу холда кул – оёкнинг анатомик, нисбий ва функционал кискаришини, уларнинг урта физиологик туришни хисобга олиш керак.

Шок Шок деганда хаётий системалар функциясининг тусатдан прогрессив пасайиб кетиши тушунилиб, унинг келиб чикишига микроциркуляция билан тукумаларнинг кислородга туйинишининг номутаносиблиги сабаб булади. Шокнинг турлари.

Травматик шок

а) механик таъсир натижасида жарохат шикастлар, жаррохлик муолажасида, тукумаларнинг эзилиши.

б) куйиш шоки (термик, кимёвий куйишлар)

в) Электр таъсирдан буладиган шок

г) совукдан буладиган шок.

2. Геморагик ёки гиповоммик шок (кон кетиши сувсизланишдан)

Кардиоген шок (миокард инфаркти, аритмия уткир юрак етишмовчилиги)

Токсик – инефекцион шок (грамусбат, граманфий инфекция)

анафилактик шок.

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

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

Бемор хушини юкотмаган булсада, атроф мухитни англай олмайди Тери сатхи окарган, совук совук терга ботган булади. Корачиги уртача катталашган пай ва мушак тонуслари кучайган. Кон босими нормада ёки ошган. Томир уриши 100-110, нафас олиши тезлашган. Эректил фазаси канча кучли булса торпид фаза шунчалик огир утади. Торпид фаза хам маълум баркарорлик кузатилади: унда даврни фарк килса булади. Бошлангич баркарорлашган давр ва охири давр.

Шокнинг I боскичи (ёник) беморнинг умумий ахволи нисбатдан ёмон эмас. Томир уриши 90-100. Кон босими 100-95 /60-55 мм симоб устуни хисобида, енгил мумак титраш эшитилади. Шокнинг II боскич уртача огирликда, тери ва куриниб турган шиллик каватлар ута окарган нафас олиши юзаки, минутига 30-32 марта, пульс 110-120 марта. Шокнинг III боскич огир формаси) тери сатхи куриниб турадиган шиллик каватлар окарган ёки оокиш кукарганда бемор кора терга ботган нафаси 30-40 марта, кон босими 70-50 мм.сим. устуни хисобида. Беомр ута суст харорати пасайган. Тананинг хамма функционал белгилари жуда нотекис, реанимацион тадбирларни талаб килади.

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

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

ШИКАСТЛАНИШ ТАСНИФИ.

Шикастланишлар буйича қуйидаги классификация қабул қилинган.

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

Механик, кимёвий электр, терлик, нурдан бўладиган рухий травмалар тафовут қилинади. Очик ва ёпик шикастлар ажратилади. Очик шикастланишда тери ва шиллик қаватининг бушлиги бузилади. Тери ва шиллик қават жароҳатларига микроблар тушиб, эрта ва кечиккан асоратларга сабаб бўлади. Ички органларнинг шикастланишига қараб, юзаки ва чуқур шикастланишларда бўлинади. Агар туқиманинг маълум бир тури шикастланса, содда ёки оддий шикаст дейилади. Шикастланишга битта омил сабабчи бўлса, у бир турдаги шикаст бир неча омиллар сабабчи бўлса: мас, механик шикастланиши қуйиш билан, унда номбикацияланган дейилади. Шунингдек, шикастланиш бирданига бир неча системани таъсирласа, унда бирга қушилган шикаст дейилади. Шикастловчи қуч (таъсир) теккан жойда ҳосил бўлган туқима зарарланиши тугри, узок соҳада ҳосил бўлгани воситали шикастлар номини олади.

Шикастланиш характери хисобга олиб, шикастлар яқка-яқка ва қуп (политравмалар) бўлади. Уткир шикастланиш ёки бу қучли таъсир этувчи агент таъсиридан келиб чиқади. Биргина шикастловчи агент тананинг муайян бир жойига қуп марта таъсир қилса, у сурункали шикастланиш. Бу шикастлар қупинча қасб-қорға боғлиқ бўлади.

ШИКАСТЛАНИШЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Травматизм профилактикасида қорхона раҳбарлари, техника ҳавфсизлиги инженерлари, давлат, давлат автоинспекцияси, уй-жой эмплуатацияси, мактаб, болалар уйи ва бошқа ташкилотларнинг ходимлари тиббиёт муассалари ходимлари билан бирга фаол қатнашдилар. Шикастланишлар қупинча маст ҳолда юз беришини хисобга олиб ичкиликбозликка қарши жиддий қурашмоқ лозим. Транспорт ҳавфсизлиги тугри йулга қуйилиш учун қорраҳаларни тартибига солиш, пиёда утиш жойлари ва тушларни қуриш, транспорт воситаларини доимо техник назорат қилиш. керак.

Травмадан зарарланишлар умумий хирургик қасалликларни 30-35 фоизини ташкил этади. Шикастланишда биринчи ва юқори малақали ихтисослашган ёрдамни тугри йулга қуйиш керак.

Республикамизда травматологик хизмат уч асосий звенодан иборат.

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

Травма юз берган жойдаёқ, биринчи ёрдам қурсатиш қуйидаги мақсадларни қузда тутуди.

А) шиқокор қелғунича бўлган биринчи оддий ёрдам. Бу асосан қупинча маҳсус қасби бўлмаган қишилар томонидан қурсатилади.

Б) юқори малақали ёрдами маҳсус тайёрғарликка эга бўлган врач бақармоғи керак.

ШИКАСТЛАНИШ ТРАВМАТИК ҚАСАЛЛИГИ

Шикастланиш қасаллиги деб, травма таъсирида организм ҳаёт фаолиятининг бузилиши ва ундан қелиб қикадиган гомеостазнинг номини ноаниқлигига айтилади. Клиник узгаришлар ва оқибатини хисобга олганда, травматик қасалликнинг қуйидаги шакилари қайд қилинади:

А) асоратсиз кечиш

Б) асоратсиз кечиш лекин янги натижа билан тугайди

В) ёмон окибат билан тугайдиган асоратларнинг кечиши

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

Бу давр аденогипофиз ва буйрак усти беши кобига гормоннинг купайиши билан белгилайди. Иккинчи давр тиббий адантация, даври ва асоратларнинг эрта пайдо булиши 1суткага давом этиб, гипоксиянинг камайиши ва жарохатланган одамнинг умумий ахволи нисбатан баркарорлиги билан утади. Дастлабки 2суткада беморни шокдан чикаришда гомеостаз критик вазиятда булади, ва бу интенсив коррекцияни талаб килади. Кейинчалик шикастланиш хар хил кечиши мумкин: маълум бир соха шикастланган 85-80% ва бир неча соха аъзолари шикастланганда 60-65% беморларнинг ахволи аста секин яхшилана боради. Колганларида эса хар хил асоратлар пайдо булиши мумкин.

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

Туртинчи давр- согайиш даври.

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

Т А С Н И Ф И:

3. 1. Ишлаб чикаришда боглик булган
2.Ишлаб чикаришда боглик булмаган
3.Касдан килинган
4. Сабабига кура 4)Механик
1)Термик 5)Электр шикасти
2)Химик 6)Оператион
3)Рухий
3. Тукима зарарланишига караб
1)Очик 2)Ёпик
- 4.Бушликка нисбаттан
1)Тешиб куррувчи
2)Тешиб кирмовчи

ХАВФИ ВА АСОРАТИ

- 1)Шикастланиш пайтидаги
- 2)Якин орадаги (бир неча соатдан, бир неча хафтадан).
Купинча инфекция ривожланишига боглик
- 3) Кечиккан (остеомиелит окма контрактура ва бошкалар)

ШОК

Шок бу беморниг огир умумий холати булиб, марказий нерв системасиниинг чукур узгариши ва бутун органлар функциясининг бузилиш кузатилаби.

ПАТОГЕНЕЗИ

- 6) Невроген назаария – нерв системасиниинг чукур зарарлаши
- 7) Кон томирлар фунциясининг бузилиш (крайл). Периферия кон томирлар парялиги. КБ кескин тушиши
- 8) Ацидоз- акупния назарияси (Гиндерсон)
- 9) Захарланиш назарияси (Кенюю)
- 10) Микроцеркулясининг бузилиши (1954 йил Лабор- Югенари)

ТАСНИФИ

- 1.Артерия кон босимига караб (максималь) 1-90 мм юкори
2 -70-90 мм,3- 50-70мм 4 -50 мм паст
- 2.Клиник утишига караб (максималь) 1-90мм юкори
2- 70- 90мм, 3-50 – 70мм, 4-50 ммпаст
- 3.Вактига караб- эрта кечиккан
- 4.Сабабига кура-анафилактик, операция, термик, токсик ва бошкалар

ШОК ТУРЛАРИ

Шок деганда хаётий системалар функциясининг тусатдан прогрессив пасайиб кетиши тушунилиб, унинг келиб чиқишига микроциркуляция билан тукумаларнинг кислородга туйинишининг мутаносиблиги сабаб булади. Шокнинг куйидаги турлари тафовут қилинади:

1. Травматик шок.

- А) механик таъсир натижасида (жароҳат, шикастлар, жарроҳлик муолажасида)
- Б) куйиш шоки (терли, кимёвий куйишлар)
- В) электр таъсиридан буладиган шок
- Г) совқдан буладиган шок
- Д) Геморрогик шок ёки гиполемик шок
- Е) Кардиоген шок
- Ё) Токсик-инфекцион шок
- Ж) Анафилактик шок

ТРАВМАТИК ШОК.

Травматик шок дейилганда кучли шикастланиш руёбга келувчи тананинг умумий реакцияси тушунилиб унда организмнинг хаётий аъзоларнинг фаолияти киска муддат ичида бузилади. Бу фаза билан кечувчи патологик жараён хисобланади. Травматик шокнинг икки фазаси тафовут қилинади: электр ва торпид электр фаза шок реакциясининг бошланишида пайдо булади. Бу фаза одатта киска булсада, унда травматик шокда руй берувчи узгаришлар камоён булади. Унинг клиник белгилари кенг ёритилган: беморнинг нурки ва ҳаракат кузгалиши кучли номоён булади, эмоционал белгиларга бой. Бемор хушини йукотилган булсада, атроф муҳитни англай олмайди. Тери сатҳи оқарган, совук терга ботган булади. Корачиги уртача катталашган, пай ва мушак тонуслари кучайган. Томир уриши 100-110, нафас олиши тезлашган. Торпид фазада ҳам маълум барқарорлик кузатилади: унда уч (жараён) даврни фарқ қилса булади: бошлангич, барқарорлашган давр ва охириги давр. Бу фаза умумий реакциянинг кескин пасайиши, локайдлик, сустлик, тери сатҳининг оқариши, оғрик, термик сезгирликнинг пасайиши ва пай рефлексларининг намоён булиши билан кечади. Артериал ва веноз босимнинг камайиши, пульснинг тезланиш ва беҳоллик нафас олишнинг тезлашиб, унинг юзаки булиши билан ифодаланади. Клиник белгиларнинг оғирлигига қараб шок 4-босқичга булинади:

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

Шокнинг 2 босқичи (уртача оғрикликда), тери ва қуришиб турган шиллик қаватлар ута оқарган, нафас олиш юзаки, минутига 30-32 марта пульс 110-120 марта, Бузилган аъзолари фаолиятини уз холига келтириш учун шокка қарши кунт билан даволаш утказилади. Керак.

Шокнинг 3 босқичи (оғир формаси), тери сатҳи ва қуришиб турадиган шиллик қаватлар оқарган ёки оқиш- куқарганда бемор қора терга ботган, нафаси 30-40 марта, кон босими 70-50мм (40-30мм) симоб устини хисобида. Бемор ута суст, харорати пасайган. Тананинг ҳамма функционал белгилари жуда нотекис, реанимацион тадбирларни талаб қилади.

Шокнинг 4 босқичи (ағонал олди ва ағонал ҳолатлар). Нафас олиш жуда сийрак, периферик томирлар уриши ва кон босими аниқланмайди. Бу ҳолатни тиклаш оғиррок.

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

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

Ёпик шикастлар. Юмшок тукумаларнинг ёпик зарарланиш куйидагиларга булинади. Чайқалиш, уриб олиш (лат ейиш) шикастланиш узулиши, ёрилиш ва эзилиш. Чайқалиш. Юмшок тукумаларнинг чайқалиши уткир травмаларда кам учрайди ва купинча характерли белгилари булмагани туфайли бемор учун билинмай утади.

Сурункали чайкалиш, яъни тез- тез кайтариб турувчи чайкалиш – вибрация касаллигига мансуб булиб пневматик асбоб ва болгалар электр киркувчи ва турли аппаратларда меҳнат килувчи кишиларда учрайди.

Сурункали чайкалишда бемор бугимларида вақт утиши билан (тери, тери ости ёғ катламида бугимда нервда) склеротик узгаришлар пайдо булади, суяклардаа эксозтоз ёки кисталар пайдо булади, беморнинг асаблари таранглашган булади.

Даволаш – вибрацион касаллик физиотерапевтик ва больнеотерапевтик даволанади. Таъсир этувчи аинт йукотилади. Бирор тумтук нарса билан урилиши натижасида тери бутунлигининг бузилмай зарарланиш лат ейиш дейилади. Одатда зарб текканида ёки бирор каттик нарса устига йикилиб тушганида бадани лат ейди. Унинг белгилари тананинг зарарланган соҳасига таъсир килувчи буюмнинг тури, огирлигига ҳамда таъсир килиш тизимига боглик булади. Купинча баданнинг очик жойлари шикастланади: бош, калла, кул- оёқлар лат ейишига тери ости ёғ катлами, мушаклар ва паренхиматоз аъзолар ута сезгир булади, камрок сезгирлик – тери фасция, апоневроз ва пайлардадир.

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

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

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

Бош суяги, кукрак ва корин бушлигидаги ёпик шикастлар.

Миянинг ёпик зарарланиши мия шикастлари ичида куп учрайди. Унинг асосий сабаблари куча транспортда фожиларидир. 1986 Мамлакатимизга бош мия лат ейишини янги класификацияси ишлаб чикилди.

- 1) Мия лат ейиши.
- 2) Мия шикастланиши, енгил формаси.
- 3) уртача формаси.
- 4) огир формаси.
- 5) Мияшикастланиш билан унинг эзизилиши.

б) Мия шикастланмасдан унинг кисилиши. Миянинг чайкалиши.

Ёпик шикастлар ичида куп учрайдиган мия чайкалиш хисобланади. Бу холда мия тукумаси кай зарарланади ва патагоанатомик узгаришлар кам булади. Уатописяда 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 – энгилишига кура бухушлик киска ва узок давом эттиш мумкин. Бу вазиятда бемор хеч нарсага ахмият бермайди, атрофдагиларга бефарк булади. Ранги окариб, боши айланади, огрийди, кунгли айнийди, кулогига шувуллаган товуш эшитилад, 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 шикастлари йуколгая туришга рухсат этилади. Калла ичи босимини мия шишини камайтириш учун хар куни дори эритмалари (30-50 мл 40% ли глюкоза) 20-50 мл 10% ли Nасе, 10 мл 40% уратронин, 5-10 мл 25 % магний сульфат эритмалари юборилади, ишига карши ва микроциркуляцияни яхшиловчи моддалардан реополиглюкин (10 мл/кг) дизретикуляр (лазикс, фурсемид 2 –60мл) клинади. Агар бир неча кунда сезиларди узгариш булмаса, орка мия суюклигини (любал пункция) олиш тавсия клинади, у калла ичи босимини камайтиради ва беморнинг субъектив холатини яхшилади. Субарахноидал пардага дексимитазон (4 мл) юборилади.

Мия урулиши. Мия урилиш огир шикаст хисобланиб, бунда мия моддаси зарарланади, баъзан мия тукумаси шикастланган сатк проекциясида булмасдан балки, карама – карши мия сатхида вужудга келади, бу холатни карши урилиш белгиси дейилади. Мия урулишида бемор узок 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 симptomлари 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 тармоқларини 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 узиди – мия ичида (интракраниал) иматома хам 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 вакт 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 кисилиши томир уруши белгиси кузатилади. Мия кисган томонда корагич катталашади. Карама- карши томонда эса рефлекслар йуколиб фалажлик пайдо булиши мумкин. Баъзида фалажлик олдидан киска вакт 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 богланади, 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 рагбатланитирилади.

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.

Пневматорокс деб упка йиртилганда хавонинг плевра бушлигида тупланган хаво упкани ва куке оралигини сог томонга силжитади. Пневматорокс 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 пневматорокс вужудга келади. Пневматорокс очик, ёпик ва кларанли турларга булинади. Плевра бушлигида хаво (йигилган) кукарк деворининг жарохати ёки йирик бронх оркали атмосфера хавоси билан туташган булса очик пневматорокс дейилади.

Ёпик пневматороксда плевра бушлигига йигилган хаво ташки мухим алокада булмайти хамда стерил булади. Упканинг парчаланиб ёрилиши одатда клапанли пневматорокс ёрилишига сабаб булади. Нафас олиш вактида хаво плеврага криб упка парчаси кукарк деворининг жарохатланган жойини нафас чикаришда беркитиб куйиши натижасида кайтиб чиколмайти.

Шундай килиб, клапанли пневматорокс вактида хар нафас олишда плевра бушлигидаги хавонинг микдори борган сари купайиб унинг босими ошиб кетади. Даволаш ёпик певматороксда кукарк кафаси пункция килиниб плевра бушлигидан хаво тортиб олинади. Пункция даволаш усули клапанли пневматороксда 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 гемоторак дейилади. У очик ва ёпик шикастларда ҳам вужудга келиши мумкин.

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

Агар суткасида куйилган дренаждан 1 л кон кетса, бу кон кетиш белгиси хисобланади унда бемор зудлик билан 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 ҳамда ковак органларининг тулиб турушига ҳам 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 шошилнч суръатда операция килиниши 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 оқариб 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 ҳам 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.

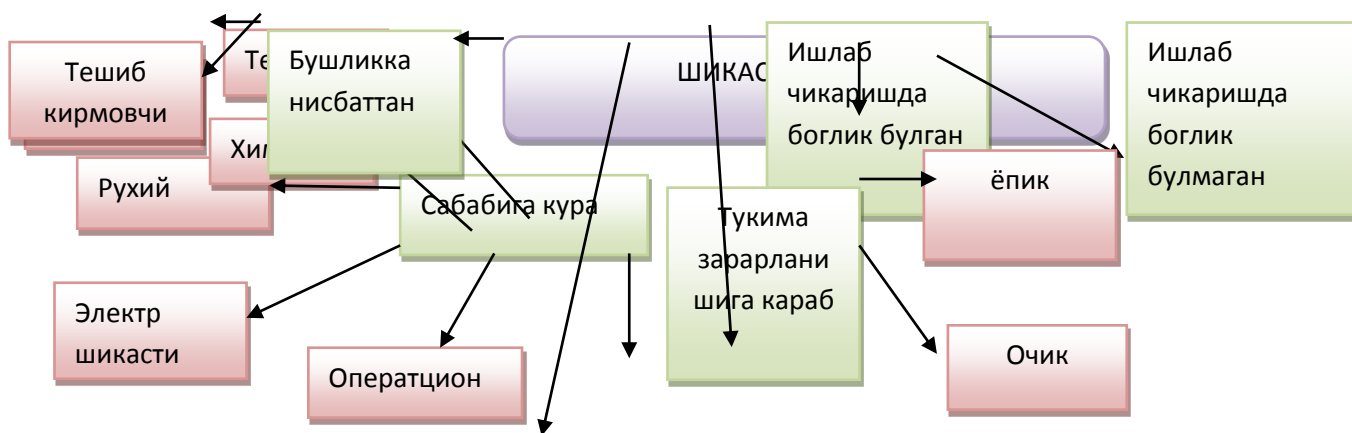
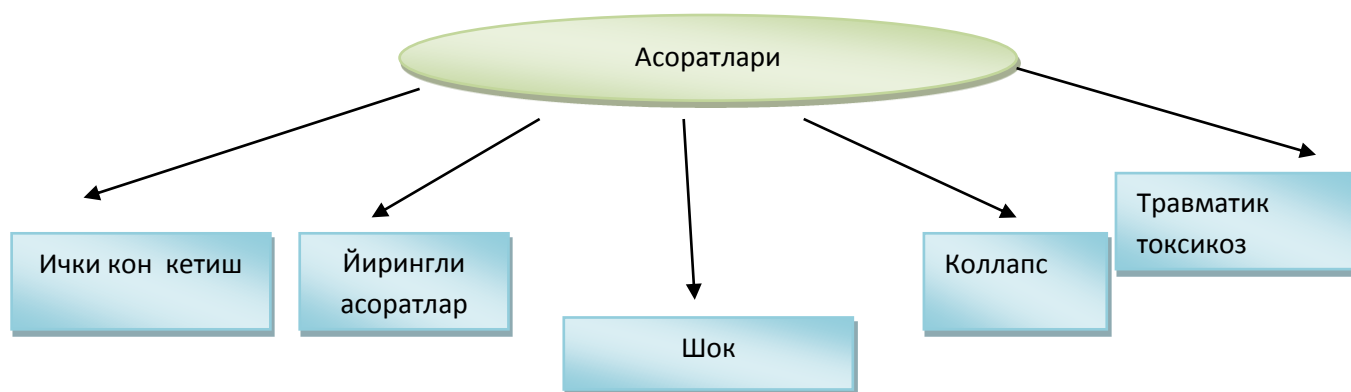
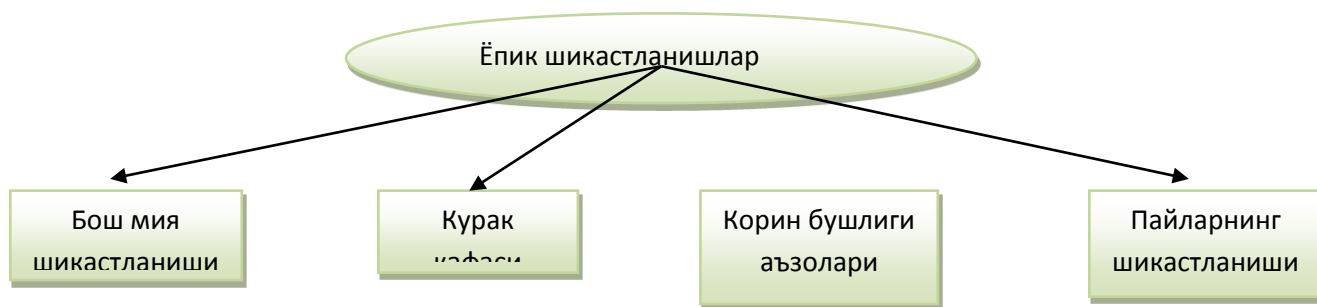
Даволаш тезкорлик билан операция килинади. Буйрак емирилиб кетганда кон кетиши корин парда орка кисмидан паренефрал сахтга таркалади. интраперитонеал – корин бушлигига таркалади. Ундан ташкари, йерилган буйракдан кон аралаш сийдик, ретроперитоеал юзага ёки корин бушлигида тушади. Унча катта булмаган 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 пасти 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 ҳам вужудга келади.

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

Бош миянинг ёпик шикастларида беморга биринчи ёрдам курсатиш. Беморга бош мия жарохати булганда касалхонага ёткизилади. Агар асоратлар булмаса, аналгетиклардан фойданланади.

Кокшолга карши профилактика чора-тадбирлар утказилади. Бемор ёток-режимда даволанади. Бунда хамшира беморнинг овкатлантириши, ётиш-туриши ва хожатга чикишида ёрдамлашиб туриши лозим.



АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №10

Мавзу: Хирургик аралашувида хамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги даврда хамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги давр таърифномаси, мақсади, вазифалари. Амалиётга кўрсатмалар: мутлоқ, нисбий, кечктирилган. Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари. Субъектив ва объектив маълумотларни йиғиш ва амалиётдан олдин физикал текшириш усуллари. Бемор аҳволини врач ва анестезиолог томонидан аниқлаш ва баҳо бериш. Амалиётдан олдинги физиологик тайёрлаш алгоритми. Амалиётдан олдин беморни ва операцион майдонни тайёрлаш тадбирлари. Беморни текширишда хамширанинг вазифаси. Беморни амалиётга тайёрлашда хамширанинг вазифаси. Беморни операцион хонага обориш

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти – 5 соат	Талабалар сони: 12 нафар
----------------	--------------------------

Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш буйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	<ul style="list-style-type: none"> - Амалиётдан олдинги даврда беморни клиник текшириш усулларини чуқуррок урганиш лабораторияларни ташкил қилишни, ишлаш қодаларини куриб чиқиш. - Амалиётдан олдинги давр тушунчасига эга бўлиш. - Амалиётдан олдинги даврда беморнинг асосий шикоятлари билан текшириш усулларидан: куздан кечириш, пальпация, перкуссия хақида тушунчага эга бўлиш. - Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари хақида маълумотига эга бўлиш. - Субъектив ва объектив маълумотларни йиғиш ва амалиётдан олдин физикал текшириш усуллари билан танишиш. - Бемор аҳолини врач ва анестезиолог томонидан аниқлаш ва баҳо беришни урганиш. - Амалиётдан олдин беморни ва операцион майдонни тайёрлаш тадбирлари билан танишиш.
Ўқув машғулотининг мақсади:	<p>талабаларга амалиётдан олдинги даврда ҳамширалик жараёни, хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллар, субъектив ва объектив маълумотларни йиғиш ва амалиётдан олдин физикал текшириш усуллари, бемор аҳолини врач ва анестезиолог томонидан аниқлаш ва баҳо бериш, амалиётдан олдин беморни ва операцион майдонни тайёрлаш тадбирларини ургатиш.</p> <p>Бу амалиёт машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Бу дарсда “аклий ҳужум” усулини ҳам қўллаш мумкин ҳамда тест ва вазиятли масалалар ечиш мумкин.</p>
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини ривожлантириш	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: <ul style="list-style-type: none"> - Амалиётдан олдинги даврда беморни клиник текшириш усулларини чуқуррок урганиш лабораторияларни ташкил қилишни, ишлаш қодаларини куриб чиқади. - Амалиётдан олдинги давр тушунчасига эга бўлади. - Амалиётдан олдинги даврда беморнинг асосий шикоятлари билан текшириш усулларидан: куздан кечириш, пальпация, перкуссия хақида тушунчага эга бўлади. - Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари хақида маълумотига эга бўлади. - Субъектив ва объектив маълумотларни йиғиш ва амалиётдан олдин физикал текшириш усуллари билан танишади. - Бемор аҳолини врач ва анестезиолог томонидан аниқлаш ва баҳо беришни урганади. - Амалиётдан олдин беморни ва операцион майдонни тайёрлаш тадбирлари билан танишади.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргалликда ўқиймиз, “операция” сўзига кластер, мунозара.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув қўлланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория</i>

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

	Фаолият мазмуни. Хирургик аралашувида ҳамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги даврда ҳамширалик жараёни. Амалиётдан олдинги давр таърифномаси, мақсади, вазифалари. Амалиётга кўрсатмалар: мутлоқ, нисбий, кечктирилган. Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари. Субъектив ва объектив маълумотларни йиғиш ва амалиётдан олдин физикал текшириш усуллари. Бемор аҳволини врач ва анестезиолог томонидан аниқлаш ва баҳо бериш. Амалиётдан олдинги физиологик тайёрлаш алгоритми. Амалиётдан олдин беморни ва операцион майдонни тайёрлаш тадбирлари. Беморни текширишда ҳамширанинг вазифаси. Беморни амалиётга тайёрлашда ҳамширанинг вазифаси. Беморни операцион хонага обориш	
Босқичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (20 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини қўллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: Хирургик амалиётни ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласизми? Уларнинг мазмунларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (55мин)	2.1. Талабаларни 2 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намоиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. Хирургик амалиётдан олдин беморларни сураб – суриштириш ва умумий куздан кечирини амалга оширишини назорат этади, ҳамда бирламчи таъсуротларини баён этишига кўмаклашади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга вазиятли масалалар, инсерт, тоифали жадвал	2.1. Ўқув натижаларини тақдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тулдиради. 2.4. Жадвал устунларини тулдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-босқич Якуний (15 мин)	3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Талабаларга Б. Б. Б усули буйича ифодаланган жадвални намоиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади.(3-илова)	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

**гуруҳлар учун топшириклар
назорат учун саволлар.**

1. Амалиётдан олдинги даврдаги ҳамширалик жараёни тушунчасини изохлаб беринг ?
2. Амалиётдан олдинги давр таърифномаси, мақсади ва вазифаларини курсатиб беринг?
3. Хирургик беморларда кузатиладиган хавфли омиллари хақида нималарни биласиз ?

4. Беморни текширишда ҳамширанинг вазифаси нималардан иборат ?
 5. Беморни амалиётга тайёрлашда ҳамширанинг вазифаси нималардан иборат ?

1- гуруҳ.

Хирургик операция хакида тушунча? Операциядан кейинги асоратлар профилактикаси? «хирургик операция» атамасига кластер тузинг.

2- гуруҳ.

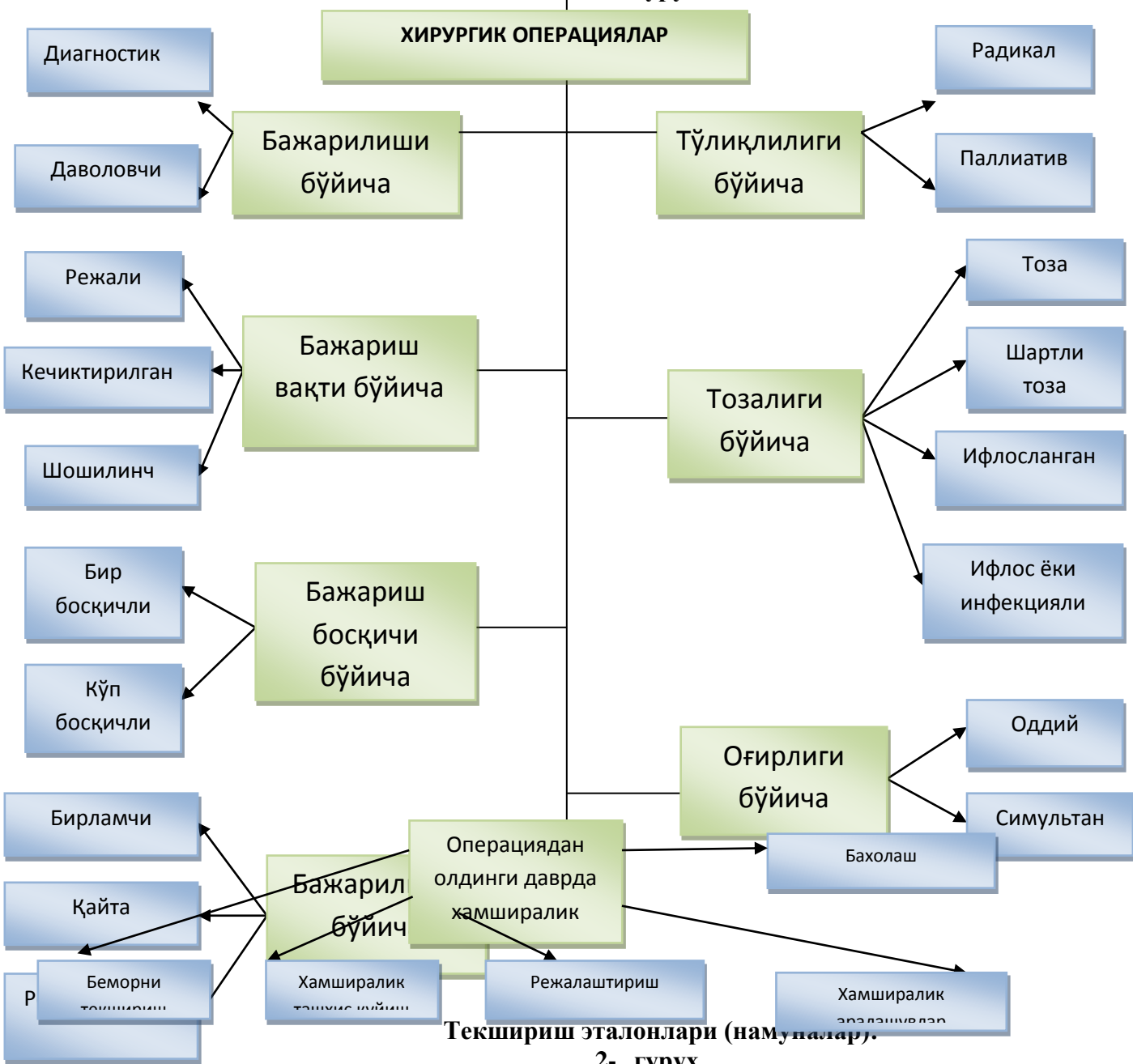
Хирургик операциялар хакида тушунча? Инсерт жадвалини тузинг.

3- гуруҳ.

Шошилинч операция турлари. Тоифали жадвал тузинг

Текшириш эталонлари (намуналар):

1- гуруҳ



Текшириш эталонлари (намуналар):

2- гуруҳ

Операциядан кейинги даврда операцион жароҳатдаги асоратлар

Флегмона

Операциядан кейинги чурралар

Инфилтрат

Эвентрация

Қон кетиш

Гематома

Йиринглаш

Серома

Текшириш эталонлари (намуналар):
3- гуруҳ. Инсерт жадвали

Тушунчалар	V	+	-	?
Хирургик операциялар				
Беморларни текшириш усуллари				
Операциядан олдинги давр				
Объектив курик				
Хирургик операциялар турлари				
Шошилинч операция				
Операциядан олдинги таёргарлик				
Операциядан олдинги даврдаги асоратлар ва касалликлар				
Операция даври				
Операция даврдаги асоратлар				
Эрта ва кечки асоратлар				
Операция майдонидаги эрта асоратлар				
Шошилинч операцияларга курсатма ва карши курсатмалар				
Режали операцияга курсатмалар				
Кечиктирилган операция сабаблари				
Операцион майдонга ва кулларга ишлов бериш усуллари				

SWOT-таҳлил жадвали

“Шошилинч операция”

S Уткир хирургик касалликларда шошилинч операциялар кулланилади Беморларни операцияга тайёрлашда кам вақт талаб этилиди.	W Ағонал ҳолатда шошилинч операциялар кулланилмайди.
---	--

<p>О Шошилинч операциялар уз вақтида ва курсатмага асосан бажарилса килинса яхши самара беради.</p>	<p>Т Купинча беморлар касалхоналарга кеч мурожаат қилганликлари учун шошилинч операциялардан кейин асоратлар ва леталлик бошқа операцияларга нисбатан юкори булади.</p>
--	--

SWOT-таҳлил жадвали

<p>S Хаётий курсатмалар булганда травма ёки уткир хирургик касалликларда бемор хаёти учун хавф тугирган холларда утказилади.</p>	<p>W Агонал ва агонал олди холатларда шошилинч операция бажарилмайди.</p>
<p>О Беморни уткир касалликдан даволашда абсолют курсатма ҳисобланади.</p>	<p>Т Шошилинч операцияларда операциядан кейинги даврда асоратлар учраши мумкин.</p>

**Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари
(барчаси 100 баллик тизимда)**

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентацияда иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					
3 – гуруҳ					

3-илова

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун таркатма материаллар

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим“-”
Бинар номенклатура:		
Клиника		
Деонтология		

Симптом		
Синдром		
Касаллик		
Касаллик тарихи		
Амбулатор карта		
Иситма		
Инфекция		
Ташхис		
Шишилинч операция		
Режали операция		
Кечиктирилган операция		
Операцияга абсолют курсатма		
Операцияга нисбий курсатма		
Операцияга карши курсатма		
Операциядан кейинги эрта асоратлар		
Операциядан кейинги кечки асоратлар		
Беморларни текширишда ишлатилаётган усуллар:		

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

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

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

Беморни планли операцияга тайёрлаш. *Юрак томирлар системаси.*

Юрак томирлар системасини текширишда бирор хил касаллик (юррак пороги, гипертония касаллиги) аникланади. Беморларда артериал босим (айрим ҳолларда веноз босим ҳам), пульс албатта улчанади, электр кардиография, оксигемометрия (қоннинг қислородга туйинишини аниқлаш) ва умумий қон анализи қилинади. Бирорта патология аниқланганда врач қеракли дори-дармонлар буюради.

Нафас органлари: Нафас органларини текширишда юқори нафас йуллари қатари, бронхит, упқа яллиғланиши бор-йуқлигини аниқлаш ва булар булса, операциядан олдинги даврда бу яллиғланиш процессларини йуқотиш қерақ

Оқрикқизлангириш турини танлаш УТС (упқанинг тириклик қигими; нормада 3500-4500мл) аникланади. Штанге қинамаси (бемор максимал нафас олганида қанча вақт нафасини тутиб тура олиши; нормада 40-50 секунд) ва Сообразе (ушанинг узи, бироқ максимал нафас қикарганда; нормада 15-20 секунд) қилиб курсатилади. Муракқаб операцияларга, айниқса юрак ва упқа операцияларига тайёрлашда спиринография, юрак бушлигини зондлаш ва бошқа текширувлар қилиш шарт.

Хазм органлари: Оғиз бушлигини соғломлаштиришга (санация) милқнинг яллиғланиши процессларини, қиринган тишларни олдиришга қатта ахамият берилади. Меъда-ичақ йулларида бирорта патология (гастрит, меъда ва ун иққи бармоқ ичақнинг яра қасаллиги, қолит, бавосил) топилганда, улар дори-дармонлар билан даволанади. Операция умумий наркоз оқтида олиб қориладиган ҳолларда қигар функциясини текшириб қуриш зарур (зардобнинг умумий оқили ва унинг фракциялари, Тақата-Ара, тимол ва формол қинамалари).

Сийдик-таносил системаси; Сийдикнинг умумий анализи, Зимницкий синамаси киланиди, азот аникланади. Керак булганда махсус урологик текшириш утказилади (вена ичи пиелографияси, цистоскопия). Аёллар операциядан олдин албатта гинекологик текширилади. Патология топилганда тегишли даво олиб борилади. Операция вақтида ва операциядан кейинги даврда кон кетиш хавфининг кучайиши сабабли хайз куриш даврида операция қилинмайди.

Кон ва кон яратувчи органлар; Операциядан олдин коннинг умумий анализидан ташқари, кон оқиш ва кон ивиш вақти аникланади. Мураккаб операциялардан олдин коагулография ва тромбоеластография қилинади.

Операция вақтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам беморда кон ивиши пасайганда бемор ҳаёти учун хавфли қуп кон кетиши (масалан, гемофелияда) кузатилиши мумкин. Коннинг ивиш хусусияти ошганда тромбозлар ва эмболиялар пайдо бўлиш эҳтимоли бор. Конда юз берган узгаришларни назарда тутиб, операциягача тегишли коррекция қилинади.

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

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

Медицина ходимининг вазифаси беморни тинчлантиришдир. Унга булажак операциянинг нечоғли зарурлигини яхшилаб тушунтириш, операциянинг яхши натижа билан тугашига ишонтириш, мисол тариқасида шундай операцияни бошдан кечирган беморлар тугрисида сузлаб бериш керак. Медицина ҳамшираси бирор ҳолатни тушунтиришда даволовчи врачнинг гапларига асосланиши лозим. Маълумотлар бир-бирига тугри келмаган ҳолларда бемор медицина ходимига ишонмай қуяди. Касаллик тарихининг бемор қулига тушиб қолишига асло йул қуйиб бўлмайди. Махсус билими бўлмаган бемор ундаги маълумотларга тушунмай, узича нотугри ҳулоса чиқариши мумкин.

Тери копламлари; Тери копламларини куздан кечирганда йиринг бойлаган жой, яллигланган инфилтратлар борлигига аҳамият бериши лозим. Теридаги ҳамма яллигланиш процессларини тугатиш зарур, чунки операциядан кейинги даврда бу касалликлар инфекция манбаи бўлиб қолиши ва ҳатто йирингли процессни авж олдириб, оғир асоратлар келтириб чиқариши мумкин.

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

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

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

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

Бемор илик душ хонасида санитария обработқасидан утказилади. Ваннага тушиши буюрилган бўлса, сув температураси 36-37°Cдан ошмаслиги керак. Организмнинг қаршилак қучи қамайганлигини ҳисобга олиб беморларни совқотишдан саклаш лозим.

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

танлаш гоят кийин. Морфин нафаснинг бузилишига сабаб булгани учун уни юбориш тавсия килинмайди. Пантопон ва промедол кулланган маъкул.

Холсизланган беморларни операцияга тайёрлаш;

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

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

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

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

Операция килиш муддати касаллик характерига боглик. Операциянинг хар кандай ёшда, хатто чакалокларда хам утказиш мумкин.

Болаларда кушимча текширишлар сонини камайтиришга харакат килинади.

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

Кабулхона булимида бемор ахволининг огир-енгиллигига ва операцияларнинг нечоги шошилинич суратда утказилишига караб, тулик ёки кисман санитария обработкаси килинади. Шошилинич холларда беморнинг кийимлари ечилади, танасининг ифлосланган сохалари нам губка билан артилади, тук (жун) лари кириб ташланади. Меъдаси тулиб кетган такдирда ундаги мода зонд билан чиқарилади. Клизма килинмайди. Сийдик ажратиш кийинлашган булса, катетер билан чиқарилади, одатдаги холларда эса беморнинг мустикал сийиши кифоя килади.

Операциядан олдинги даврда хамширалик жараёни. Хирургия амалиётида хамширалик жараёни-хамширанинг беморни операциягача, операция даврида ва операциядан кейинги даврдаги беморга булган муносабати ва парваришlash тушинилади. Хамширалик жараён 5-боскичда олиб борилади: 1-боскич. беморни текшириш. Хамшира касалликнинг илк симптомларини ва шу касалликка боглик булмаган соглигини бошқа муамоларини хакида суриштирилади. 2-боскич. хамширалик ташхиси куйиш. 3-боскич. режалаштириш. 4-боскич. хамширалик аралашувлари. 5-боскич. бахолаш.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №11

Мавзу: Ўсмалар синдроми. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқи. Хавфсиз ва хавфли ўсмаларнинг белгилари. Ўсма ўлчамининг омиллари. Ўсмалар ташхисининг усуллари. Ташхиснинг инструментал ва бошқа текшириш усуллари. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташхис”, “ўсма олди касалликлари”», “узини текшириш” хакида тушунча. “Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” хакида турли хил тушунчалар. Келиб чиқиши бўйича ўсмалар таснифи. Хавфли ўсмаларнинг сабаблари: физикавий, кимёвий, эндоген, ирсий, озик-овкат омиллари.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ЎКТИШИ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вакти – 5 соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	<ul style="list-style-type: none"> - Усмалар ва усма турлари хакида тушунча. - Хавфли ва хавфсиз усмалар хакида тушунча. - Усмалар таснифи ва клиникаси, “Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” хакида турли хил тушунчалар - Рак олди касалликлари тушунча. - Усмаларда клиник рентгенологик, эндоскопик, гистологик усулларда диагностикаси тушунчасига эга булиш; - Ўсмаларнинг умумий даволаш принциплари ва даволашнинг хирургик усули ва унинг ахамияти. Нур терапияси,
<p>Ўқув машғулотининг мақсади: Талабаларга усмалар ва уни турлари. Умумий маълумотлар. Хавфли ва хавфсиз усмалар. Клиникаси ва диагностикаси. Клиник рентгенологик, эндоскопик, гистологик усуллар билан диагностикаси. Хавфли усмаларни эртанги диагностикаси. Рак олди касалликлари. Ўсмаларнинг умумий даволаш принциплари. Даволашнинг хирургик усули ва унинг ахамияти. Нур терапияси, химиотерапия, гормонотерапия ва бошқалар. Ўзбекистонда онкологик ёрдам хизмати. Ўсмаларнинг боскичи бўйича таснифи (1956 йил) ва раkning жахон TNM системаси</p>	
<p>Педагогик вазифалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини хосил килиш; - янги ахборотларни тахлил килиш куникмаларини 	<p>Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Усмалар ва усма турлари хакида тушунчага эга булади. - Хавфли ва хавфсиз усмалар хакида тушунчага эга булади. - Усмалар таснифи ва клиникаси, “Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” хакида турли хил тасаввурга эга булади. - Рак олди касалликлари хакида тушунчага эга булади. - Усмаларда клиник рентгенологик, эндоскопик, гистологик усулларда диагностикаси тушунчасига эга булади; - Ўсмаларнинг умумий даволаш принциплари ва даволашнинг хирургик усули ва унинг ахамияти. Нур терапияси,
Ўқитиш услуги ва техникаси	Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “усма” сўзига кластер, мунозара.

Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув кулланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.
Ўқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жихозланган аудитория

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

	Фаолият мазмуни. Усмалар. Умумий маълумотлар.Хавфли ва хавфсиз усмалар.Клиникаси ва диагностикаси. Клиник рентгенологик, эндоскопик,гистологик усуллар билан диагностикаси. Хавфли усмаларни эртанги диагностикаси. Рак олди касалликлари.	
Боскичлар,	Ўқитувчи	Талаба
1-боскич. Кириш (20 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машгулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган холда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий хужум усулидан фойдаланган холда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: Усмани ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласизми? Уларнинг мазмунларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-боскич Асосий (195мин)	2.1. Талабаларни 2 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш коидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намоиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар ҳақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга инсерт, кластер жадвали, тоифали жадвал усули буйича ифодаланган жадвални намоиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб кайтарали.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тулдиради. 2.4. Жадвал устунларини тулдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-боскич Якуний (15 мин)	3.1. Машгулотни яқунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Талабаларга Б. Б. Б усули буйича ифодаланган жадвални намоиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади.(3-илова)	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

гуруҳлар учун топшириклар.

назорат учун саволлар

1. Ўсмалар синдроми тушунчаси. Ўсмалар, уларнинг шишлардан фарқли томонларини курсатиб беринг.
2. Ўсмалар ташҳисининг қандай усулларини биласиз.
3. “Онкологик мойиллик”, “эрта ташҳис”, “ўсма олди касалликлари”», “узини текшириш” ҳақида тушунчаларга изоҳ беринг.
4. Метастаз”, “рецидив”, “имплантация” ҳақида турли хил тушунчаларга изоҳ беринг.
5. Келиб чиқиши бўйича ўсмалар таснифини ёзиб курсатинг .

1- гуруҳ.

Усма ҳақида тушунча? Усмалар турлари. Инсерт жадвалини тузинг.

2- гуруҳ.

Хавфли ва хавфсиз усмалар диагностикаси. Тоифали жадвал тузинг

Текшириш эталонлари (намуналар):

1- гуруҳ. Инсерт жадвали

Тушунчалар	V	+	-	?
Усма тушунчаси				
Усма таснифи				
Усма клиникаси				
Усма диагностикаси				
Усма асоратлари				
Усма хавфи				
Хавфли усмалар				
Хавфсиз усмалар				

Текшириш эталонлари (намуналар):

2 - гуруҳ. тоифали жадвали

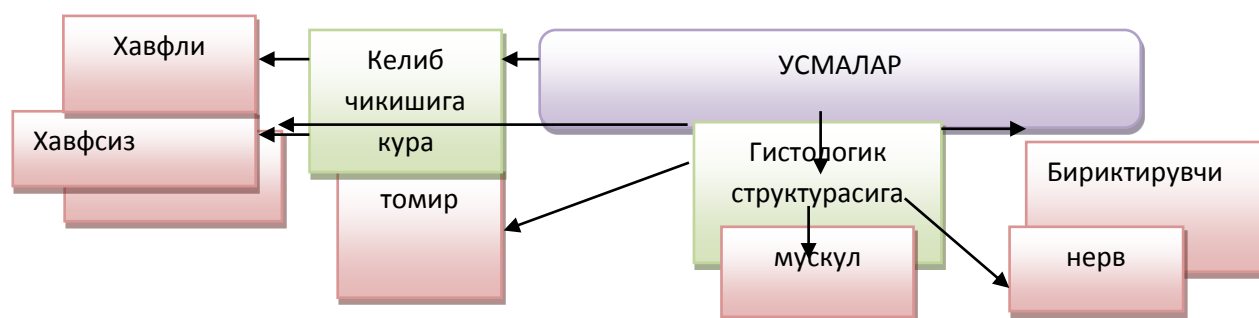
Вертикал бўйича - такқолаш талаб этиладиган нарсалар (қарашлар, назариялар) жойлаштирилади	Горизонтал бўйича - таққослашни амалга оширишдаги ҳар хил тавсифлар жойлаштирилди. (Тавсифлар, тоифалар, ажралиб турадиган белгилар ва шу кабилар)			
	ҳажми	ушиши	метастаз	окибати
Хавфли усмалар	чекланган	секин	бермайди	ижобий
Хавфсиз усмалар	чекланмаган	тез	беради	салбий

Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари
(барчаси 100 баллик тизимда)

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентация да иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқтма материаллар 3-илова

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим “-”.
Бинар номенклатура:		
Хафли усмалар		
Хафсиз усмалар		
Рак олди касалликлари		
Химиотерапия		
Онкологик хушёрлик		
Метастаз		
Радиоизотоп диагностика		
Алкалоидлар		
Усмаларга карши антибиотиклар		



НАЗАРИЙ ҚИСМ. Усмалар патологик махсулот булиб, хозиргача номаълум сабаб-ларга кура, полиморфизм ва тез ривожланиб, чекланмасдан узиши билан фарқ киладиган хужайралардан ташкил топган булади. Усманинг тузилиши узи пайдо булган тукима ёки орган тузилишига ухшаса-да, шу билан бирга улардан фарқ килади. Усма хужайралари етилган ёки етилмаган булади. Тузилишининг характерли атипизми булган, полиморфизми яккол ифодаланган ва метастаз бериш қобилияти булган усмалар етилмаган хавфли турларига тааллуқлидир. Иктисодий жихатдан ривожланган мамлакатларда инсон умрининг узайиши хавфли усмалар билан касалланишнинг купайишига олиб келди. Бундан ташқари, бу тенденция, теварак-атрофдаги мухитнинг канцероген моддалари, ахоли сонининг узиши, диагности-канинг яхшиланиши ва бошқалар оқибатида кейинчалик ҳам сақланиб қолиш эҳтимоли бор.

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

Текширилган маълумотларга кура (1986), бизнинг мамлакати-мизда рак билан огриганлар хар 100 Q00 кишига нисбатан 274,4 кишини ташкил этади, 1иунда"н 65 фоизи вафот этади (100000 кишига нисбатан 178 киши). Куп учрайдиган упка раки (42,6 фоиз) биринчи уринда, меъда раки иккинчи уринда (29,9 фоиз) ва нихоят, тери раки учинчи уринда туради. Онкологиянинг тиббиёт ва биологиянинг мустакил сохаси сифатида ажралиб чикиши хам муаммоларнинг долзарблигидан далолат беради.

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

Этиологияси ва патогенези. Усмаларнинг келиб чикиш сабаблари тугрисида хали бирорта ягона назария йук.

Усмаларнинг келиб чикиши вирусга боглик деган назария тарафдорлари усмаларни специфик вируслар келтириб чикаради, деб Хисоблайдилар. Усмаларнинг табиатан вирусга богликлиги х,айвон-лар устида утказилган онкологик тажрибалардан маълум. Ушбу назарияга кура, канцероген моддалар факат иккинчи даражали ахамиятга эга булади, холос: улар тукималарда узгаришларни вужудга келтириб, вирусга алокадор касалликларнинг ривожлани-шига имкон беради. Онкология сохасида вирус билан боглик назария асосчиси олим Л. А. Зильбер (1894—1966) хисобланади. У рак иммунологиясининг асосчиси хамдир. Л. А. Зильбер умрининг охириги дакикаларида усмаларнинг келиб чикишига оид вирус-иммуногене-тик назарияни кашф этиб, асослаб берди.

Полиэтилогик назарияга кура, усманинг ривожланишига бирор-бир муайян физик кимёвий ёки биологик таъсирот эмас, балки уларнинг организмга умумий таъсири сабаб булади, деб хисобланади. Тукималарнинг патологик узгариши салбий таъсиротларнинг такрорланиши натижаси асосий сабаб килиб курсатилади. По-ли.этилогик назария тарафдорлари канцероген моддалар ёки агентлар (катрон, анилин буёклари, асбест чанги ва бошк.) айрим хавфли усмаларни келтириб чикаришга кодир, деб хисоблайдилар. Таникли немис патологоанатоми Р. Вирхов таъсирот назариясининг асосчиси хисобланади.

Усмаларнинг ривожланишида тугма ва конституцион омиллар (ирсий мойиллик), эндокрин бузилишлар, эмбрион тукима колдикла-ри ва бошқалар муайян ахамиятга эга.

Усмаларнинг эмбрион сабабли келиб чикиши деган назария тарафдорлари усмалар узок вақт «мудрок» холатида булган эмбрион Хужайраларидан келиб чикади, деб хисоблайдилар. Эмбрион ривожланишида бу хужайралар ёки уларнинг тудаси органик туз'йлишида иштирок этмайди. Хужайралар кимёвий ёки механик таъсирот натижасида бетухтов купая бошлайди ва усмани пайдо килади.

УСМАЛАР ТАСНИФИ

Усмалар уз асосий белгиларига кура тасниф килинади: 1) усма ривожланадиган тукималар характери; 2) морфологикхусусиятлари.

Гистологик структурасига кура, эпителиал усмалар, бириктирувчв тукима усмалари, мускул, томир, нерв усмалари ва аралаш усмалар тафовут килинзди.

Хавфсиз усмалар (tumor benignus) хажмига нисбатан чекланган булиб, секин усади, атрофидаги тукималардан чекланган булади, нормал тукималардан унинг капсуласи ажратиб туради. Бундай усмалар организмнинг умумий холатига камдан-кам таъсир курсата-ди, кон манзарасида ва моддалар алмашинувида узгаришлар келтириб чиқармайди, олиб ташлангандан сунг кайта пайдо булмайди, метастазлар бермайди; одатда, радикал операция батамом согайиб кетишга имкон беради. Хавфсиз усмаларнинг хужайралари

узлари пайдо булган тукималарнинг хужайраларига ухшаш булади. Айрим холларда хавфсиз усмалар хавф турдиришй мумкин, масалан, менингеома (мия пардалари усмаси) мияни сикиб куйиши мумкин.

Хавфсиз усмалар хосил булган тукималари номи билан аталиб, суз охирига «ома» кушимчаси кушилади, масалан, туома — мускул усмаси; chondroma — тогай усмаси; ёг тукималари усмаси — lipoma. Усмалар бир пайтнинг узида турли тукима-лардан хам пайдо булиши мумкин. Айрим

хавфсиз усмалар баъзи бир. органлар ёки уларнинг вадмлари хисобланган тератомалардан иборат булади.

Хавфли усмалар (tumor malignus) инфильтратив усади, яъни-і атрофдаги тукумаларга кириб бориб, улар билан боглик холда усади. Бундай усмалар тез усади, шу билан бирга бу усмаларнинг Хужайралари лимфа йуллари ва кон томирлар оркали бошка органларга таркалиб, усманинг тури ва ривожланишнинг қандай боскичдалигидан қатъи назар, метастазларни келтириб чикариши мумкин. Усманинг имплантацион йул билан таркалиши хам кузатилади.

Хавфли усмалар бутун орга"низмга тез ва каттик таъсир курсатиб, кахексия, анемияни келтириб чикаради. Улар моддалар алмашинуви-га хам салбий таъсир курсатади, диссеминация холатларида аутоинтоксикацияга — уз токсинлари билан захарланишга сабаб булади. Бундай холат купинча даволаш вақти кечиктириб юборилган холларда, айникса метастазлар юзага келганда кузатилади. Усмалар олиб ташлангандан кейин купинча рецидивлар — усманинг уз жойида янгитдан хосил булиши кузатилади. Хавфли усма хужайра- • лари тузилишига кура куп шаклда булиб, она хужайралари^деб аталадиганлардан анчагина фарқ килади. Купинча бундай усма хужайралари ва тукумалари емирилиши (некроз булиши) ва яралар пайдо булиши кузатилади.

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

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

УСМАЛАРНИНГ КЛИНИК МАНЗАРАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

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

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

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

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

Диагнознинг тугрилиги кулланилган текшйрйш усулларй ёрдамИ-да „С" омили билан ифодаланади: Сі — касалликка бах,о факат текширишнинг клиник усулларй асосида берилганини, Сг — диагнос-Тйканинг махсус усулларй, масалан, меъда фиброскопияси кулланил-ганЛиги натижасида; Сз — жаррохлик йули билан куйилган диагнос-тикадан кейинги ахволни; С4 — усма радикал тарзда олиб ташлан-гандан ва уни гистологик жихатдан текшириб курилгандан кейинги ах,волни, Q — патологик-анатомик текширувдан кейинги ах,волни билдиради. Усмалар атроф тукумаларидагй бошка этиологияга хос узгаришлардан фарқ килади. Агар махаллий шиш яллигланиш ёки паразитар инвазия туфайли пайдо булган булса, этиологик омил бартараф этилгач, тукумалар ва органлар шиши йуқолиб кетади. Усмалар мавжудлигида эса этиологик омил

бартараф этилганДа (канцероген моддалар, рентген билан нурлантириш, радий билан нурлантириш ва б.) усманинг усишига таъсир курсатмайди, чунки усма хужайралари организмда мустакилдир. Айникса бу атипик Хужайралар ва уларнинг полиморфизми пайдо булганда, атрофдаги тукумалар ва органларнинг усиб чикиши кузатилганда аник билинади. Усма хужайраларининг биологик хусусияти ва уларнинг патологик моддалар алмашинуви усманинг морфологик белгилари билан янги хужайраларнинг пайдо булишига сабабчидир; LQu сабабдан бу янги хужайралар ташхис куйишда ёрдам беради.

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

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

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

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

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

Биопсия (тукумаларнинг бир булакчасини (биоптат) микроскопик текшириш учун олиш) — усма характерини аниклаш учун жуда мухим усул хисобланади. Биоптатни операция вақтида тез текшириб куриш купинча усманинг хажмини, жаррохлик муолажани тугри аниклашга имкон беради.

Усманинг атипик полиморф хужайраларини аниклаш учун меъда ювилганидан сунг олинган шира ва суви, бушликлар экссудатини, балгамни, кии ёки сут безидан ажралиб чиккан суюкликни, олисдаги яралардан олинган суртмани цитологик йул билан текшириш хам катта ахамиятга эга.

Рентгенологик усуллар — усмаларнинг hozirgi замон диагностикаси усулларида бирмунча эски ва анъанавий характерга эгадир, улар дозир катта узгаришларга учраган. Рентгенография ва томография усуллари билан бир каторда тукумалар ва органларни кимография йули билан текшириш, томирларни текшириб куришнинг контраст усуллари (кавография ва аортография, селектив ангиография ва бошқ-) кулланиляпти. Рентгенодиагностик текширишлар усмалар диагностикасида х.али х.ам катта ах.амиятга эга; бундай текширишлар ёрдамида усманинг локализацияси ва канчалик таркалганлиги, тукумалар ёки органларнинг емирилиши, кавак органлар деформацияси ва функциясининг узгариши аникланади.

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

Сунгги йилларда диагностиканинг инвазив булмаган махсус усуллари — компьютерли **томография** (инвазив булмаган куп қат-ламли томография), ЯМР ва ультратовуш билан скеннирлаш кенг кулланилмоқда; булардан тукумалардаги турлича зичликни тафовут килишда

фойдаланилади. Бу усуллар, айикса паренхиматоз органлар, бош мия ва юрак жигар, буйраклар усмаларини аниклаш учун катта ахамиятга эга.

Диагностиканинг иммунологик усуллари эндигина кулланила бошланди. Улар усмага алокадор антигенлар макромолекулаларини (альфа-фетопротеин, альфа-2Н-фетопротеин ва канцероэмбрионал антиген), эктопик гормонларни, (АКТГ, АЛГ), изоферментларни (ишкорли ва нордон фосфатазалар, амилазалар ва бошк.), хужайра ичидаги, хужайра юзасидаги ёки организмнинг заиф мухитидаги моноклонал иммуноглобулинларни (М-оксил) аниклашга мулжалланган. Кукрак корин бушликлари органларидаги усмаларни аниклашда торакоскопия, лапароскопиядан хам фойдаланилади.

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

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

Илк ва уз вактида аникланган диагноз хавфли усмаларни муваффакиятли даволаш гаровидир. Онкологик касалликларни дастлабки боскичида аниклаш учун бизнинг мамлакатимизда ахолини профилактик куриктан утказиш ва рак олди касалликлари билан огриган беморларни диспансеризация килиш ва даволаш йулга куйилган. Мажбурий ва факультатив рак олди касалликлари тафовут килинади. Биринчисида касалликнинг ракка айланиши тез-тез учраб турадиган ходиса булса, иккинчисида бу хол хали охиригача ноаникдир.

УСМАЛАР ТУРЛИ ФОРМАЛАРИНИНГ КЛИНИК ТАЪРИФИ БИРИКТИРУВЧИ ТУКИМА УСМАЛАРИ

Хавфсиз усмалар

Фиброма (fibroma) бириктирувчи тукиманинг етилган усмасидир, у толаларнинг айрим тутамларидан иборат булиб, уларнинг орасида бириктирувчи тукима хужайралари жойлашган. Бириктирувчи тукима хужайралари канчаликкатта булса, фиброма, консистенцияси шунчалик юмшокдир. Каттик фибромалар купинча тери билан битиб кетган, сугал ёки тугунча куринишда булади; юмшок фибромалар юпка, бурушган тери билан тортишган булади. Купинча аралаш тури учрайди, ул.ар.нинг пайдо булишида бошка тукималар хам иштирок этади; фибролипОмалар, нейрофибромалар, фибромиомалар шулар жум'ласидандир. Фибромалар яккам-дуккам ёки куплаб учраши мумкин; агар улар жуда куп булса, бу фиброматоздан дарак беради. Давоси — операция килипади: купинча улар тери билан бирга кесиб ташланади.

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

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

Хондромалар (Chondroma) тогайнинг етилган хужайраларидан

508

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

Давоси— радикал операция қилиб, усмани олиб ташлашдир.

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

ХАВФЛИ УСМАЛАР

Саркома (Sarcoma)—бириктирувчи тукиманинг етилмаган хужайраларидан таркиб* топган. Саркома тукимаси кесиб курилганда рангеиз булади ва балик гуштига ухшаб кетади. Атрофидаги тукималарни инфильтрация килиб ва зарарлантириб, жуда тез усади. Дархол метастазлар беради,

операциядан сунг кайта пайдо булади. Метастазлар купрок кон оркали таркалади, шу сабабли хам улар тананинг олис кисмларида ва органларида пайдо булиши мумкин. Думалоқ дуксимон, катта хужайрали ва бошка саркомалар фарк килинади. Саркомалар купрок ёшларда учрайди.

Остеосаркомалар купрок узун найсимон суякларда, чанок ва бош суягида ривожланади. Улар иликда (марказий ва миелоген) ёки суяк усти пардаси — периостада (периферик периостал, остеоген саркомалар) ривожланиб боради. Остеосаркомалар жуда тез ривожланиб, кенг куламда ва киска вақт ичида метастазлар беради.

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

МУСКУЛ, ТОМИР ВА НЕРВ УСМАЛАРИ

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

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

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

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

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

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

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

Невринома (neurinoma; син.: леммобластома, леммома, невриле-мома) —периферик нервлар усмаси булиб, орка мия томирида хам жойлашиши мумкин; Шванн пардаси хужайрасидан ривожланади. Невриномалар бошка хавфсиз усмалардан фарк килиб, купинча орик беради.

Давоси — жаррохлик йули билан олиб ташлаш. **Ганглионеврома** (ganglionnevrone; син.: ганглиома (симпатико-цитома) — хавфсиз усма булиб, симпатик нерв чигалларидан (ганглийларидан), купрок уларнинг корин ва кукрак соҳасида жойлашган элементларидан келиб чиқади. **Давоси**— жаррохлик йули билан олиб ташлаш.

ЭПИТЕЛИАЛ УСМАЛАР ХАВФСИЗ УСМАЛАР

Папиллома (papilloma син: гуддача, усма) ясен эпителий хужайраларида пайдо булиб, унинг юзасига гудда шаклида туртиб чиқади. Купрок бошда, оркада, чов соҳасида, орка. тешиқда кузатилади. Папилломалар ковуқда ва ичакда хам пайдо булиши мумкин, бунда купинча кон кетиши мумкин.

Давоси — операция; усмани кесиб олиб ташлаш СОРЛОМ тукима-лар доирасида утказилади. Операциядан аввал папилломаларни албатта гистологик йул билан текшириш лозим, чунки малигнизация булиши мумкин.

Аденома (adenoma) — фиброэпителиал тукумалардан иборат усма. Олган урнига караб, папилляр, кистоз, тубуляр ва альвеоляр аденомалар тафовут килинади. Аденомалар купрок сут безида, тухумдонларда, буйракларда, камдан-кам холларда тери хамда шиллик пардаларда учрайди.

Давоси — жаррохлик йули билан олиб ташланади. Малигнизация бошланиши мумкин.

Дермоид (dermoid; син.: дермоид киста, кистоз тератома) — бу усма эмбрионал эктодерма колдикларидан иборатдир, одатда, ичида ёг массалари ва бошка эпидермал колдиклар булган бушлик юзага келади. Купинча кош устида, бурун ёнида, буйинда ва думгаза сохасида учрайди; баъзида дермоид кисталар олдинги кукс оралиги-да хам булиши мумкин. Дермоид кисталар купинча йиринглаб, абсцесслар ва узок вактгача битмайдиган окма яралар хосил килади.

Давоси — жаррохлик йули билан олиб ташлаш.

ХАВФЛИ УСМАЛАР

Рак (carcinoma, cancer; син.: хавфли эпителиома) — энг куп учрайдиган хавфли эпителиал усма. Купрок коплама ёкй без эпителийсидан ривожланади. Усма кон лимфа томирлари ва эпителиал хужайралардан паренхималари булган бириктирувчи тукума стромасидан иборат. Агар усма йирик эпителиал катакчалардан иборат булса, у **медуляр рак деб** аталади, бириктирувчи тукума стромаси устун холларда скирроз рак (скирр), без хужайралари устунлик килганда эса аденокарцинома деб аталади. Рак барча тукумаларда ва органларда ривожланиши мумкин, бироқ у купрок меъдада, бачадонда, сут безида, терида ва упкада учрайди. Рак атипик эпителиал хужайралар пайдо булиши билан юзага келади, шундан сунг бириктирувчи тукума стромаси элементлари хам купаяди. Рак тез орада атрофидаги тукумаларга утади, лимфа тугунларига метастазлар беради. Метастазлар одатда лимфоген йул билан таркалади.

Клиник манзараси рак жойлашган жой ва жараён боскичига боглик.

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

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

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

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

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

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

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

Рак асосан жаррохлик нули билан даволанади. Айни пайтда даволашнинг бошка методларидан хам фойдаланилади. Радикал операцияни, абластика ва антибластикага риоя кидган холда, факат ракнинг I в II клиник боскичларидагина амалга ошириш мумкин, III боскичда мушкул, IV

боскичда эса иложи йук. Бундай холларда нур билан даволаш ва химиотерапия курсаткичлари буйича кушимча равишда симптоматик даволаш утказилади.

АРАЛАШ УСМАЛАР

Аралаш усмаларнинг пайдо булиши (tumor mixtus: син: полиморф аденома) эмбрионал ривожланишнинг бузилиши билан борлиқ-Ушбу усмалар бир нечта хар хил тукималардан иборат. Бу кулок ёни сулак безида купрок кузатилади; безда аста-секин катталашиб бо-рувчи, огрик бермайдиган каттик нарса аникланади. Вақт утиши билан бу усмалар хавфли усмаларга айлана бошлаши мумкин.

Давоси — оператив, ундан сунг нур билан даволанади.

Тератомалар (theratoma, син.: эмбриоцитоме)—турма булиб, факат турли тукималардангина эмас, балки шаклланган органлар-нинг кисмлари, сочлар, суяклар ва хоказолардан иборат булади. Тератомалар чот орасида, юзда ёки буйинда, камроқ олдинги кукс оралигида жойлашади. Жаррохлик йули билан даво килинади.

Усмаларнинг морфологик тузилиши ва классификацияси патоло-гик анатомия курсида, усмаларнинг клиник манзараси ва даволаш усуллари эса онкология ва хирургик касалликлар куреларида бирмунча муфассал ёритилган.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №12

Мавзу: Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми. Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида хамширалик жараёни. Термик травма: куйиш, совуқ уриш, электр куйиш. Куйиш ва совуқ уришнинг таснифи. Махаллй ва умумий ўзгаришлари. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Куйиш карахтлигини даволаш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Куйиш ва совуқ уришда парвариш килиш буйича хамширалик жараёни.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти - 2соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш буйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	<ul style="list-style-type: none"> - Травматик шок ва босқичлари хакида тушунча. - Травматик шокни клиник фазалари хакида тушунча. - Травматик шокда реанимацион тадбирлар, хамширалик жараёни хакида тушунча. - Узок вақт эзилиш синдроми тушунчаси ва таснифи хакида тушунча; - Узок вақт эзилиш синдроми клиник кечиши ва диагностикаси хакида тушунча - Узок вақт эзилиш синдроми умумий даволашнинг асосий принциплари инфекциянинг олдини олиш усуллари
Ўқув машғулотининг мақсади: талабаларга травматик шок ва узок муддат босилиш синдроми тушунчаси, клиник кечиши, асоратлари даволашни умумий принциплари, реанимацион тадбирлар, организмдаги узгаришлар, эвакуация босқичларида тиббий ёрдамни ташкил килишни ургатиш	

<i>Педагогик вазифалар:</i> - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини ривожлантириш	<i>Ўқув фаолиятининг натижалари:</i> Талаба: Травматик шок ва боскичлари хақида тушунчага эга булади, айтиб беради. - Травматик шокни клиник фазаларини изохлаб мисоллар келтиради . - Травматик шокда реанимацион тадбирлар, хамширалик жараёнини тизимлаштиради. - Узок вақт эзилиш синдроми тушунчаси ва таснифи хақида тушунчага эга булади; - Узок вақт эзилиш синдроми клиник кечиши ва диагностикаси
<i>Ўқитиш услуби ва техникаси</i>	<i>Блиц-суров, биргалликда ўқиймиз, “Травматик токсикоз” сўзига кластер, мунозара.</i>
<i>Ўқитиш воситалари</i>	<i>Маъруза матни, ўқув кулланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.</i>
<i>Ўқитиш шакли</i>	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>
<i>Ўқитиш шароитлари</i>	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория</i>

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

	Фаолият мазмуни. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдроми. Диагностика. Шифокорларга қадар ёрдам кўрсатиш. Эвакуация боскичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Травматик шок, узок вақт эзилиш синдромида хамширалик	
Боскичлар,	Ўқитувчи	Талаба
1-боскич. Кириш (20 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машгулот хамкорликда ишлаш технологиясини куллаган холда утишни маълум қилади. 1.2. Аклий хужум усулидан фойдаланган холда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди: Травматик шок ва травматик токсикозни ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласизми? Уларнинг мазмунларига изоҳ бериш? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.

2-боскич Асосий (55мин)	2.1. Талабаларни 2 гуруҳга булади, ҳар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қоидаси билан таништиради (1-илова). Баҳолаш мезонларини ҳам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳдарда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади. 2.6. Талабаларга кластер, инсерт ва тоифали жадвал усули буйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади. Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тулдиради. 2.4. Жадвал устунларини тулдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-боскич Яқуний (15 мин)	3.1. Машгулотни яқунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Талабаларга Б. Б. Б усули буйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади.(3-илова)	3.1. Эшитадилар. 3.2 Топширикни оладилар.

ўқув топшириклари

1 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳ аъзоларининг ҳар бири

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириклар буйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сурашлари мумкин;
- ёрдам сураганларга кумак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чукамиз ёки бирга кутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

назорат учун саволлар.

- 1.Травматик шок боскичлари тушунчасини ифодаланг ?
2. Узок вақт босилиш синдроми тушунчасини таърифланг ?
3. Травматик шок ва узок вақт босилиш синдромида эвакуацияда тиббий ёрдам хажми тушунчасини ифодалаб беринг.
4. Травматик шок фазалари, узок вақт босилиш синдромида биринчи ёрдам ва даволаш принципларини хақида тушунча беринг ?

2 - илова.

Гуруҳлар учун топшириклар.

1- гуруҳ.

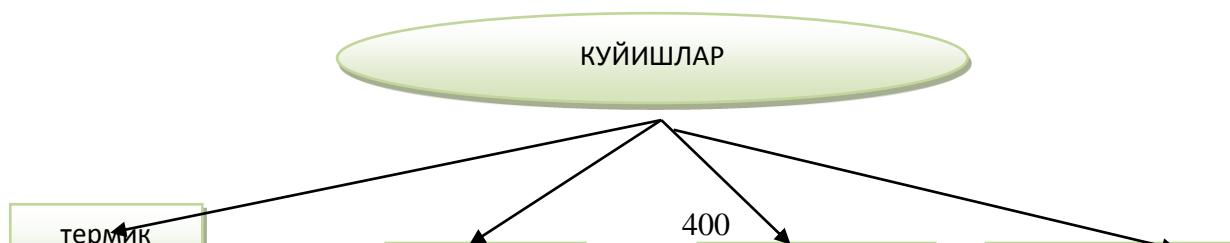
Узок муддатли босилиш синдроми клиник даврларига оид кластер тузинг?

2-гуруҳ.

Травматик шок ва узок вақт босилиш синдромига оид атамаларга инсерт жадвалини тузинг?

3- гуруҳ.

Узок вақт босилиш синдромида огирлик даражаларига оид тоифали жадвал тузинг?



гурӯҳлар учун топшириқлар.

Назорат учун саволлар

1. Куйиш ва совук уришнинг таснифи ёзиб изохлаб беринг.
2. Куйишда ва совук уришларида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари.
3. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажмини тушунтириб беринг.
4. Куйиш ва совук уришида маҳаллий ва умумий ўзгаришларини моҳиятини тушунтириб беринг.
5. Куйиш ва совук уришда парвариш қилиш бўйича хамширалик жараёнининг асосий принциплари.

1- гурӯҳ.

Куйиш шикасти хақида тушунча? Куйиш шикасти таснифи? Инсерт жадвалини тузинг.

2- гурӯҳ.

Куйишда биринчи ва юқори малакали ёрдам кўрсатиш. Тоифали жадвал тузинг

Текшириш эталонлари (намуналар):

1- гурӯҳ. Инсерт жадвали

Тушунчалар	V	+	-	?
Куйиш шикасти тушунчаси				
Куйиш шикасти таснифи				
Куйиш даражасини аниқлаш				
Куйиш шоки				
Куйиш майдонини аниқлаш				
Куйиш натижасида организмдаги ўзгаришлар				
Шок,токсикоз,плазморрея				
Куйишнинг клиникаси				
Куйишда биринчи ёрдам				
Куйиш касаллиги				
Шок даври,клиникаси				

Токсемия даври,килиникаси				
Септикотоксемия даври,клиникаси				
Роконвалесценция даври,клиникаси				
Куйиш касаллигини даволаш				
Куйиш шикасти асоратлари				

Текшириш эталонлари (намуналар):

2 - гуруҳ. тоифали жадвали

Вертикал буйича - такқолаш талаб этиладиган нарсалар (карашлар, назариялар) жойлаштирилади	Горизонтал буйича - таққослашни амалга оширишдаги ҳар ҳил тавсифлар жойлаштирилди. (Тавсифлар, тоифалар, ажралиб турадиган белгилар ва шу кабилар)		
	сабаби	кечиши	Асоратлар
Термик	Иссиклик	Даражасига боглик	Кон кетиш
Химиявий	Химиявий моддалар	Даражасига боглик	Захарланиш
Электрик	Электр токи	Даражасига боглик	Юрак дефибрилизацияси
Нур энергияси	Чакмок , куёш уриши	Даражасига боглик	Нур касаллиги

Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари (барчаси 100 баллик тизимда)

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентация да иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					

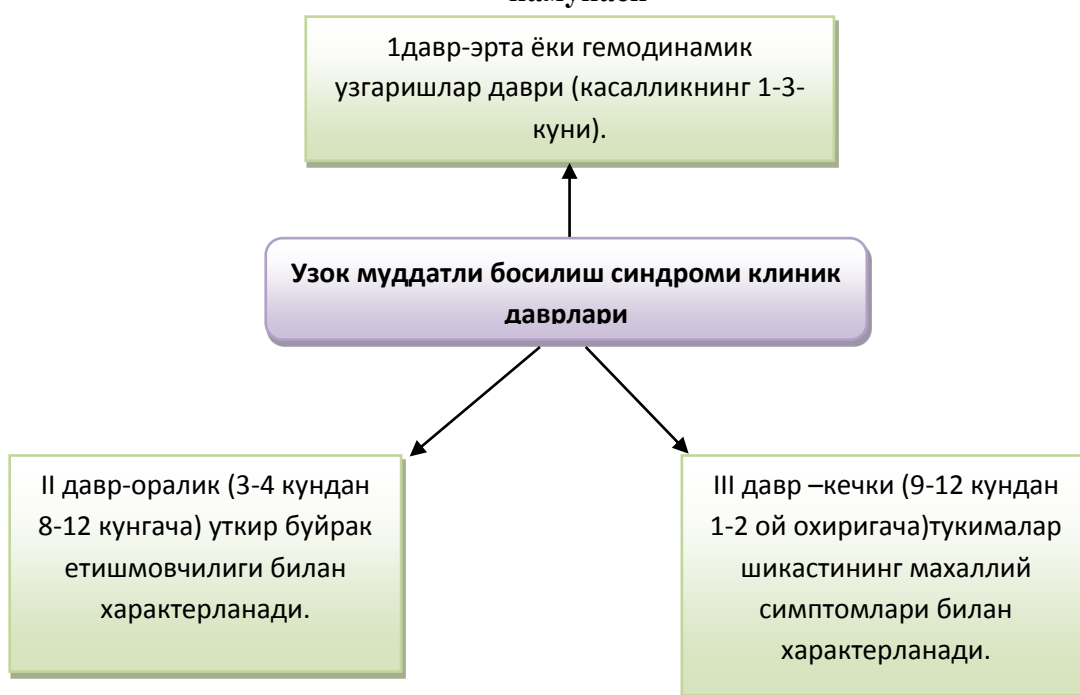
Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқатма материаллар 3-илова

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “_”	Билдим “+”, Била олмадим“-”.
Химиявий		
Термик		
Электр		
Нур		
Шок,токсикоз,плазморрея		
Куйишнинг клиникаси		

Куйишда биринчи ёрдам		
Куйиш касаллиги		
Шок даври,килиникаси		
Токсемия даври,килиникаси		
Септикотоксемия даври,клиникаси		
Роконвалесценция даври,клиникаси		
Куйиш касаллигини даволаш		
Куйиш шикасти асоратлари		

Текшириш эталонлари (намуналар):

1- гуруҳ. “ Узок муддатли босилиш синдроми клиник даврларига ” оид кластер намунаси



Текшириш эталонлари (намуналар):

2- гуруҳ. Травматик шок ва узок вақт босилиш синдромига оид атамаларга оид инсерт жадвали

Тушунчалар	V	+	-	?
Травматик шок				
Травматик шок боскичлари				
Травматик шок фазалари				
Травматик шок диагностикаси				
Травматик шокда реанимацион тадбирлар				
Узок вақт босилиш синдроми				
Узок вақт босилиш синдроми клиник				
Узок вақт босилиш синдроми клиник				
Узок вақт босилиш синдроми				

Эвакуацияда тиббий ёрдам хажми				
Травматик шокда хамширалик жараёни				

Текшириш эталонлари (намуналар):

3 - гуруҳ. Узок вақт босилиш синдромида огирлик даражаларига оид тоифали жадвали

Вертикал буйича - такқолаш талаб этиладиган нарсалар (карашлар, назариялар) жойлаштирилади	Горизонтал буйича - таққослашни амалга оширишдаги ҳар ҳил тавсифлар жойлаштирилди. (Тавсифлар, тоифалар, ажралиб турадиган белгилар ва шу кабилар)			
	Умумий ахволи	Пульс, АД.	Буйрак функцияси	Окибати
I- енгил формаси (кул ёки оёкнинг сегментларидан бирининг босилиши 4 соатдан ошмаган))	Нисбатан коникарли	Ps-90, АД-100/60.	Буйрак функцияси узгармаган	Ижобий
II- урта формаси (кул юки оёкнинг бутунлигича босилиши 6 соат)	Уртача огирликда	Ps-110, АД-90/50.	Буйрак функцияси бироз узгарган	Даволашга боғлиқ.
III- огир формаси (кул ёки оёкни бутунлай босилиши 7-8 соат)	Огир холда	Ps-150,АД-40/20.	Буйрак етишмовчилиги ва гемодинамик узгаришлар симптоми яққол намоён булган.	Салбий
IV- ута огир формаси (иккала кул ва оёни 6 соат ва ундан ортик мобайнида эзилиши)	Агонал холат	Ps,АД-аникланмайди	Беморлар 2-3 суткада уткир буйрак етишмовчилигидан халок буладилар.	Тиклаш кийин,огир.

Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари (барчаси 100 баллик тизимда)

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентация да иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар
1- гуруҳ					
2 – гуруҳ					

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқатма материаллар 3-илова

Тушунча	Биламан “+”, билмайман “_”	Билдим “+”, Била олмадим“-”.
Травматик шок		
Травматик шок боскичлари		
Травматик шок фазалари		
Травматик шок диагностикаси		

Травматик шокда реанимацион тадбирлар		
Узок вақт босилиш синдроми		
Узок вақт босилиш синдроми клиник даврлари		
Узок вақт босилиш синдроми клиник формалари		
Узок вақт босилиш синдроми хамширалик жараёни		
Эвакуацияда тиббий ёрдам хажми		
Травматик шокда хамширалик жараёни		

НАЗАРИЙ КИСМ. ТРАВМАТИК ШОК. Травматик шок дейилганда кучли шикастланиш руёбга келувчи тананинг умумий реакцияси тушунилиб унда организмнинг хаётий аъзоларнинг фаолияти киска муддат ичида бузилади.

Бу фаза билан кечувчи патологик жараён хисобланади.

Травматик шокнинг икки фазаси тафовут килинади: электр ва торпид электр фаза шок реакциясининг бошланишида пайдо булади. Бу фаза одатта киска булсада, унда травматик шокда руй берувчи узгаришлар камоён булади. Унинг клиник белгилари кенг ёритилган: беморнинг нурки ва харакат кузгалиши кучли номоён булади, эмоционал белгиларга бой. Бемор хушини йукотилган булсада, атроф мухитни англай олмайди. Тери сатхи окарган, совук терга ботган булади. Корачиги уртача катталашган, пай ва мушак тонуслари кучайган. Томир уриши 100-110, нафас олиши тезлашган.

Торпид фазада хам маълум баркарорлик кузатилади: унда уч (жараён)даврни фарк килса булади: бошлангич, баркарорлашган давр ва охирги давр. Бу фаза умумий реакциянинг кескин пасайиши, локайдлик, сустлик, тери сатхининг окариши, огрик, термик сезгирликнинг пасайиши ва пай рефлексларининг намоён булиши билан кечади. Артериал ва веноз босимнинг камайиши, пульснинг тезланиш ва бехоллик нафас олишнинг тезлашиб, унинг юзаки булиши билан ифодаланади.

Клиник белгиларнинг огирлигига караб шок 4-боскичга булинади:

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

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

Шокнинг 3 боскичи (огир формаси), тери сатхи ва куриниб турадиган шиллик каватлар окарган ёки окиш- кукарганда бемор кора терга ботган, нафаси 30-40 марта, кон босими 70-50мм (40-30мл) симоб устини хисобида. Бемор ута суст, харорати пасайган. Тананинг хамма функционал белгилари жуда нотекис, реанимацион тадбирларни талаб килади.

Шокнинг 4 боскичи (агонал олди ва агонал холатлар). Нафас олиш жуда сийрак, периферик томирлар уриши ва кон босими аникланмайди. Бу холатни тиклаш огиррок.

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

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

Травматик токсикоз

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

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

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

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

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

Шундай қилиб мушак туқималарида қенг некрозлар еки оғир дистрофик узғаришлар қодир булади. Бу ҳолат туқималарнинг узок босилиш синдроми (М.И.Кузин), травматик токсикоз (Н.Н.Еланский) еки қраш синдроми деб юритилади.

Клиникаси. Оғир эзилишларнинг махаллий белгилари декомпрессиядан кейин, яъни босиб турган юк олиб ташлагандан кейин намоён булади. Биринчи соатни узидеъ қул-оёқ ҳажми тез қатталашади. Туқималар ушлаб қурилганда суюқлик юборилгандай сезилади.

24 соат ичида шиш қаддан ташқари қатталашади. Қул-оёқ қотиб оқаради, рангсизланиб, қуқимтир доғлар пайдо булади, сузиш қобилияти йуқолиб, томир уриши аниқланмайди. Харакат қамайиб, кейинчалик уларга иложи булмайди. Бориб-бориб терида қуқимтир доғлар ва пуфакчалар пайдо булиб, улар қерроз ва геморрагик суюқликлар билан тулган булади. Тирноқлари қуқариб, муздай булиб қолади, тери сатҳида ёрилишлар, муматалок ва жароҳатлар пайдо булади. Бу патологияда суяқ синишлари ҳам вжудга қелиши мумкин. Умумий белгилари уч босқичдан -иборат. Эрта (бошланғич), оралик ва қечки, уларнинг хар бири узига ҳос белгиларга эга. Биринчи соатларда беморнинг аҳволи яхшидек қуринади ва у диагностика, даволашда турли ҳатоларга қасб булади. Шикастланган соҳади қучли оғриқ, қам харакатлик, дармонсизлик сезади. Қунгли айнийди, томир уриши қамаяди, унда қузғалиш эйфорияси қузатилади. Шиш қатталашини билан умумий аҳволи оғирлашади, бехол, бепарво булади. Бу шароитда травматик шок белгиси намоён булади. Травматик шок белгилари булган беморлар бошланғич

боскичи 1-2 суткагача кузатилади. Унинг асосида мушаклар некрози ва миоглобин чиқиши, буйрак найнайчаларининг беркилиши кузатилади. Сийдик камаяди, ранги узгаради, оксил пайдо булади. Шу билан бирга утгир жигар етишмовчилигини юзага келтиради, юрактомир етишмовчилиги кучаяди. Бу боскичига тегишли булиб, унинг негизида тукумалар чириши этади.

Кечки боскичи жигар ва буйрак фаолиятини тикланиши билан ифодаланиб, тукумалар некрози, йирингли септик холат олдинга чиқади.

Даволаш: Эзилган органи босиб турган юк олингач, уни каттик боғлам билан боғлаш, тахтакачлаш, баъзида жгут куйиш керак. Зараланган сохага муз куйилади, махсус аппаратлар билан (криоэлектроника 4,7 гипотерм) совутилади, новокаин блокадаси бажарилади. Агар шиш катталашиб, ишемия ва эзилиш белгилари йуқолса, тукумаларга енгил бериш учун кенг фасция очилади.ю некроэктомия еки ампутация бажарилади. Бу харакатлар умумий даволаш билан бирга олиб борилади. Беморларга наркотик, антигистамин препаратлар (димедрол,промедол) юборилади, гемодез, полиглюкин, неополиглюкин куйилади. Гемодинамика бузилса норадреналин, мезатон, допамин, добутамин, кон ва плазма, синтетик кон урнини босувчи моддалар венага юборилади. Интоксикация давом этаверса, диурез тезлаштиради .3-4 литрдан ортик суюкли томир ичига юборилади (0.9% хлорид натрий изотоник эритмаси.ю 5% глюкоза эритмаси). Улар каторида 2-5% натрий гидрокарбонат эритмаси (400-500мл), витаминлар, антибиотиклар.ю томирни кенгайтирувчи препаратларини куллаш мумкин.

Диурезни аниқ билиш учун сийдик пуфагига катетер куйилади.ю чикаетган сийдик соатига 1.5мл кг булиши керак. Агар ануриявужудга келса, беморда сунъий буйрак (гемодиализ) , гемосорбция аппаратлари кулланилади.

Травматик шок даврида тиббий кучириш боскичларида даволаш тадбирлари

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

Агар бемор мустакил нафас олса,унга ярим утирган холат берилар. Огрик синдромини камайтириш максатида шприс- тубик билан наркотик ёки аналгетик еритма юборилади, Жабрланганни уриш майдонидан агар у«хушсиз булса» ошкозон таркиби,кон ва шилликлар аспирациясининг олдини олиш максатида корин билан ёткизиб,бошини чап томонга кишайтирилган холда олиб чиқилади.

2.Врачгача булган ёрдам.Юкорида санаб утилганлардан ташкари куйидаги шокка карши тадбирлар килинади стандарт шиналар билан транспорт имобилизацияси, кон тухтатиш учун жгут ва боғламларни куйиш,аналгетиклардан ташкари юрак ва нафас фаолиятини тикловчи препаратлар юбориш.ADR-2 ёки DP-10 аппаратлари юрдамида упка сунъий вентиляцияси,огиз кенгайтиргич ват ил ушлагич ёрдамида огизни,юкори нафас юлларини очиш.Яраланганни иситиш чоралари иссиқ суюкликлар ичириш, алкоголь аналгезиясини куллаш.

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

1- гурух: бу ерга келганда хаётга хавф солувчи жарохат ва узгаришлар нафас тухташи,юрак тухташи, А/В нинг критик тушиши (70 мм. сим.уст.раст), тухтатилмаган ташки кон кетиш булса, уларни боғлов хонасига биринчи булиб юборилади.

2- гурух: хаётга бевосита хавф солувчи узгаришлар йук,2-3-даражадаги шок холати.Уларни боғлов хонасига иккинчи булиб юборилади.

3- гурух: ички кон кетиш белгилари булган шок холатидаги яраланганлар.Уларга тиббий ёрдам (огриксизлантириш,иситиш) саралаш майдонида курсатилади ва улардан бирини навбатда малакали тиббий ёрдам пунктига юборилади.

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

БрТП боглов хонасидаги шокка қарши ҳажми. Энг аввал нафас етишмовчилигини бартараф қилиш буйича тадбирлар: юқори нафас юллари утказувчанлигини тиклаш, трахея ва бронхлардан қон ва шилликларни чиқариб ташлаш, тилни тикиб қуйиш ёки ҳаво олғич киргазиш, трахея интубацияси “Лада”, “пневмат -1” аппаратлари ёрдамида упка сунъий вентиляцияси, окклюзион боғлами қуйиш, қучли клапанли пневмоторакс бўлса, плевра бушлигини дренажлаш, вақтинчалик қон тухтатиш айланиб юрувчи қон ҳажмини (АҚН) плазма урнини босувчилар билан тулдириш (вена ичига полиглюкин, 0,9% ли натрий хлорид 5% ли глюкоза ва б. суюқликлардан 1-2-1. қуйиш) агар қон юқотиш III даражада бўлса о (I) гуруҳдаги қон қуйиш вагосимпатик, паранефрал ва маҳаллий травматик учокли новокаин блокадалар қилиш, кортикостероидлар, огриксизлантирувчи ва юрак препаратлари юбориш, қул ва оёқлар транспорт имобилизацияси.

БрТПда шокка қарши тадбирлар комплекси қилинади. Даволаш натижасида қатъи назар яраланганларни ихтисослашган тиббий ёрдам босқичига юборилади.

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

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

1-гурух :—ҳаётий муҳим орган шикасти ва тухтамаган ички қон кетиши. Уларни дарҳол операция ханасига юборилади ва лапаротомия, торақотомия қилинади, шикастланган аъзода операция қилинади ва бир вақтнинг узида шокка қарши терапия утказилади.

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

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

Консерватив даволашга қуйидагилар қиради:

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

2. Диурезни ҳар соатда улчаб туриш учун сийдик қопага катетер қуйиш.

3. Ошқозонга зонд қуйиш.

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

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

2. 1,5-2,5 л қон юқотганда плазма урнини босувчилар ва қон 1.1 нисбатда

3. 2,5 литрдан қон юқотганда 2 ҳажм қон 1 ҳажм рлазма урнини босувчи суюқликлар ва қушимча тузли эритмалар.

Қонни трансфузия қилиш қондаси.

1. Иложи борица бир хил гуруҳдаги қонни қуйиш.

2. 3. суткадан ортиқ бир хил гуруҳдаги қонни қуйиш.

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

Марказий нерв сестемаси узгаришларини яхшилаш.

1. Синган жойда новокаинли блокада қилиш.

2. Аналгетикларни антигистаминлар билан бирга буюриш.

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

Газ алмашинувини яхшилаш:

1. Юқори нафас юллари утказувчанлигини текшириш, оғиз бушлиғи ва ютқинни тозалаш.
2. Қовургалар синган жойга спирт-новокаин блокадаси.
3. Нафас олиш кескин сусайганда-упка сунъий вентиляцияси.
4. Қоннинг реологик хусусиятларини нормаллаштириш ва тромбогеморрагик синдромни даволаш.
5. Плевра бушлигини пунксия қилиш ва қон ҳавони суриб олиш.
6. Юқори нафас юллари узоқ санациясида трахеостомия қилиш.
7. Ошқозон-ичак системаси парезларига қарши чоралар.

Узок муддатли босилиш синдроми ва уни тиббий кучириш босқичларида даволаш

Узок муддатли босилиш синдроми-куп учрайдиган ва уруш, офатларнинг кочиби булмас хамрохи хисобланади.

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

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

Гарчи Кеню Улим сабабини аниқ курсатмаган булса ҳам, (чунки улим сабаби шок эмас, балки организм босилишидан озод булган оёқларнинг юмшок туқималари эзилиш учоқлари интоксикацияси сабаб булган) этиологик сабаблари юмшок туқималарнинг узок муддатли босилиш ва улар томонидан маҳаллий узгаришлар булишини аниқ курсатган. Шундай қилиб узок муддатли босилиш синдроми этиологияси булиб қул ва оёқларнинг узок эзилиши хисобланади.

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

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

1. Марказий нерв системасида қузғалиш ва тормозланиш жараёнларининг бузилишини юзага келтирувчи оғрик хисси.

2. Шикастланган мушаклардан парчаланган маҳсулотларнинг сурилиши натижасида травматик токсемия.

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

Оғрик хисси туқима парчаланиш маҳсулотлари ва плазма юкотиш билан биргаликда нафас аъзоларининг фаолиятини ва қон айланишини қоннинг қуюқлашиши қон юкотишга чидамсизлик ривожланади.

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

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

УМБСнинг клиник кечишида 3 давр фарқланади:

I давр-эрта ёки гемодинамик узгаришлар даври (қасалликнинг 1-3-қуни).

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

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

УМБС нинг турли даврларидаги клиникаси.

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

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

III давр. Кечки давр.Биринчи уринга махаллий симптомлар чикади.Мушак тукумаси улиб, урнига бириктирувчи тукума усади,тукималар атрофияси, бугимларда харакат чекланиш, контрактуралар ривожланади.

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

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

2.Урта:кул юки оёкнинг бутунлигича босилиши6 соат.Буйрак функцияси унчалик узгармаган.

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

4. Ута огир :иккала кул ва оёни 6 соат ва ундан ортик мобайнида эзилиши.Беморлар 2-3 суткада уткир буйрак етишмовчилигидан халок буладилар.

УМБСни тиббий кучириш боскичларида даволаш

Биринчи тиббий ёрдам. Жабрланганни босилишдан бушатишдан олдин сог тукума чегарасидан юкорирок сохада жгут куйиш,бушатиб булгандан кейин эса шу сог тукумаларни бинт билан сикиб боглаш керак.Бу шишни камайтиради ва эзилган тукумалардаги парчаланув махсулотларини сурилиб кетишига ёрдам беради. Кейн жгутни ечиш ва гиперкалимия тукумаларни гипоксияга сезувчанлигини камайтириш максадида совук (муз,кор, сув) куллаш керак. Кейн кул-оёклар иммобилизацияси,огрик колдирувчилар, антибиотиклар килиш керак.

Врачгача юрдам. Биринчи тиббий ёрдам хажми кенгайтирилади.Агар кул оёклар сикиб богланмаган булса богланади ва совутиш чоралари кулланади,юрак-кон томир ва огриксизлантирувчи воситалар кулланади,юрак-кон томир ва огриксизлантирувчи воситалар кулланади. Ишкорли эритмалар ичишга берилади. Биринчи врачлик ёрдамига тезликда кучирилади.

Биринчи врачлик ёрдами (БрТП). Саралаш вактида 2 гурух УМБСдан жабрланганлар ажратилади:

I гурух:УМБСнинг енгил ва урта даражалари билан жабрланганлар.Тиббий ёрдам саралаш майдонида курсатилади. Бунда 0,5 мл кокшолга карши анатоксин,100000 Ед.пенициллин,1% ли 2мл промедол эритмаси юборилади, транспорт иммобилизацияси кучайтирилади, ишкорли суюкликлар ичишда берилади, ихтисослаштирилган врачлик юрдами этапига юборилади.

II гурух :УМБСнинг огир формасидаги жабрланганлар. Тиббий ёрдам боглов хонасида курсатилади. Эзилган кул ёки оёкка новокаиннинг 0,25% ли 400- 500 мл илик уритмаси билан футляр новокаин блокада килинади.Вишневский буйича икки томонлама паранефрал блокада килинади,вена ичига 1000 мл 10% ли глюкоза эритмаси, 24 ед инсулин ва 200 мл 4%ли натрий бикарбонат эритмаси юборилади. Наркотик ва антигистамин препаратлар (1 мл-2% ли промедол эритмаси,2мл- 2%ли димедрол эритмаси),юрак-кон томир воситалари (2мл 10% ли кофеин эритмаси) буюрилади. Стандарт транспорт шиналари юрдамида иммобилизация килинади. Ичишга ишкорли суюкликлар,иссик чой берилади.Ихтисослаштирилган врачлик юрдами ёки махсуслаштирилган хирургик ёрдам боскичларига кучирилади.

Ихтисослаштирилган врачлик ёрдами тиббий саралашда 2 гурух жабрланганлар ажратилади.

I гурух –енгил ва урта огир формадаги УМБС.Гемодинамик узгаришлар йук,ёки кам намоён булган.Оёк-кулларда шиш,буйраклар функцияси унчалик узгармаган. Периферик

артерияларда пулсация сусайган.Беморларни дархол махсулаштирилган хирургик боскичига юбориш мумкун.

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

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

Ампутация бажариш коидаси:1)тукиманинг сог кисмидан шу билан бирга тежаган холда кесиш; 2) ампутациялар миопластик характерга эга булиши керак эмас; 3) чулток доим очик колиши керак.

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

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

Жарохат инфекцияси асоратларини даволаш максатида шикастланган кул ёки оёка узайтирилган артерия ичи инфузияси, оксигенобаротерапия килинади. Кеинчалик физиотерапевтик муолажалар ва жисмоний тарбия буюрилади.Аралаш радиацион огир ва катта жарохатларда бирламчи ампутацияга курсатмалар ошиб бориш.

Тиббий эвакуация даврида куйганларни даволаш.

Тиббий кучириш боскичларида куйганларга

курсатиладиган ёрдам хажми

1.Жанг майдонида биринчи тиббий ёрдам курсатиш.1-даражада эътиборни каратиш лозим.

Биринчи тиббий ёрдамга куйидагилар киради:

Ёнаётган кийимни ечиб олиб ва шикастланувчини ёниш учогидан олиб чикилади.Куйган юзаларга асептик боғлам куйиб, шприс-тюбикдаги огриксизлантирувчи модда юборилади.Огиз бошлиги ва халкумдан шиллик ва кусук массаларни олиб ташлаб, тилининг оркага кетишини олди олинади.Огиздан огизга, огиздан бурунга сунъий нафас берилади, юракни ёпик массаж килинади. Чайнов мушакларининг иссик контрактураси ва шиши туфайли огизни очиб булмайди.Сунъий нафас хаво утказиш оркали берилади. Шикастланувчи эвакуация килинади.

Врачгача ёрдам.1-тиббий ёрдам курсатилиб,нафас олиш ва хушини юкотишга эътибор каратилади. Юрак-томир фаолияти яхшиланади. Беморга юрак ва нафас аналептиклари, аналгетик юборилади.Чанкокни босишга туз- ишкор аралашмаси: натрий гидрокарбонат 1 чой кошик ва ош тузидан 1 чой кошик 1литр сувга аралаштириб ичирилади. Кул ва оёклар шиналар ёрдамида имобилизация килинади. Йилнинг совук иклимида бемор иссик килиб уралади.Зудлик билан БрТПга эвакуация килинади.

1-врачлик ёрдами.(БрТп). Куйганларни тиббий саралашдан утказилади.Улар куйидаги гурухларга ажратилади:

1.Махсус ишловга мухтожлар .Уларнинг кийимидаги радиоактив моддалар микдори нормадагидан куп булади.

2. Хаётий курсатмага асосан 1-тиббий ёрдамга мухтожлар: шок асфиксия.
3. Шокка карши чора- тадбирлар утказиш лозим булмаган эвакуация килинувчилар.
4. Енгил шикастланувчилар, уларга 1-тиббий ёрдам курсатиб булгач, булинмага кайтариш мумкун.
5. Симптоматик даволашга мухтожлар

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №13

Мавзу: Бош мия, умуртқа поғонаси ва суяк бугим тизими шикасти
Диагностика. Шикастланганларни хавфсиз транспортировка қилиш масалалари. Бинтли, рўмолчасимон боғломлар қўйиш, транспорт иммобилизация қилиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Бош мия, умуртқа поғонаси ва суяк бўғим тизими шикастида парвариш қилиш бўйича хамширалик жараёни.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти – 5 соат	Талабалар сони: 12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича амалий машғулот.
Ўқув машғулоти режаси	<ul style="list-style-type: none"> - Ёпик шикастларда беморни клиник текшириш усуллари чуқуррок урганиш лабораторияларни ташкил қилишни, ишлаш қоидаларини куриб чиқиш. - Ёпик шикастлар тушунчасига эга булиш. - Ёпик шикастларда беморнинг асосий шикоятлари билан текшириш усуллари: куздан кечириш, пальпация, перкуссия хақида тушунчага эга булиш. - Жароҳатланишда умумий ҳолатлар: ҳушдан кетиш, шок, коллапс хақида тушунчага эга булиш; - Жароҳатларни хавфи: шок кон кетиш инфекция хақида
Ўқув машғулотининг мақсади: талабаларга ёпик шикастланиш уни турлари ёпик шикастланишда организмнинг умумий реакциясини, ҳушдан кетиш, коллапс, шок ҳолатларини, уларни диагностикасини олдини олишни ва биринчи ёрдамни ташкил қилишни ургатиш	
Педагогик вазифалар: - мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба: - Ёпик шикастларда беморларнинг клиник текшириш усуллари чуқуррок урганиш лабораторияларни ташкил қилишни, ишлаш қоидаларини куриб чиқади. - беморнинг асосий шикоятлари билан текшириш усуллари: куздан кечириш, пальпация, перкуссия, хақида тушунчага эга булади; - Жароҳатланишда умумий ҳолатлар: ҳушдан кетиш, шок, коллапс хақида тушунчага эга булиш; - Жароҳатларни хавфи: шок кон кетиш инфекция хақида
Ўқитиш услуби ва техникаси	Блиц-суров, биргалликда ўқиймиз, “шикаст” сўзига кластер, мунозара.
Ўқитиш воситалари	Маъруза матни, ўқув кулланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атласи.
Ўқитиш шакли	Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, бўйича ўқитиш.
Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

	Фаолият мазмуни Бош мия, умуртқа поғонаси ва суяк бугим тизими шикасти Диагностика. Шикастланганларни хавфсиз транспортировка қилиш масалалари. Бинтли, рўмолчасимон боғломлар қўйиш, транспорт иммобилизация қилиш. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми. Бош мия, умуртқа поғонаси ва суяк бўғим тизими шикастида парвариш қилиш бўйича хамширалик жараёни.	
Босқичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. Машғулот хамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади. 1.2. Ақлий ҳужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқдайди: Ёпик шикастларни ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласизми? Уларнинг мазмунларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.	1.1. Мавзуни ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (195мин)	2.1. Талабаларни 2 гуруҳга булади, хар бирига вазифа беради (2-илова). Кутилаётган ўқув натижаларини эслатади. 2.2. Гуруҳда ишлаш қондаси билан таништиради (1- илова). Баҳолаш мезонларини хам намойиш қилади. 2.3. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади. Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади. 2.4. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади. Шикастланган беморларни сураб – суриштириш ва умумий куздан кечиришни амалга оширишини назорат этади, хамда бирламчи таъсуротларини баён этишига қўмаклашади. 2.5. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида ҳудосалар беради ва аниқлик кичиратади.	2.1. Ўқув натижаларини такдим қиладилар. 2.2. Саволлар беради. 2.3. Жавобларни тулдиради. 2.4. Жадвал устунларини тулдиради ва муҳокамада иштирок этади.
3-босқич Яқуний (15 мин)	3.1. Машғулотни яқунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради. 3.2. Талабаларга Б. Б. Б усули бўйича ифодаланган жадвални намойиш қилади ва устунларни тўлдиришни айтади.(3- илова)	3.1. Эшитадилар. 3.2. Топширикни оладилар.

гуруҳлар учун топшириклар.

Назорат учун саволлар

1. Бош мия, умуртқа поғонаси ва суяк бугим тизими шикастланишларида хамширалик жараёни.
2. Шикастланганларни хавфсиз транспортировка қилишни кандай усулларини биласиз.
3. Бинтли, рўмолчасимон боғламлар қўйиш, транспорт иммобилизация қилишни курсатиб беринг.
4. Эвакуация босқичларида тиббий ёрдамнинг хажми нималарга асосан олиб борилади.
5. Бош мия, умуртқа поғонаси ва суяк бўғим тизими шикастида парвариш қилиш бўйича хамширалик жараёни узига хос томонлари.

1- гуруҳ.

Ёпик шикастланиш хақида тушунча? Шикастланишнинг таснифи? Инсерт жадвалини тузинг.

2- гуруҳ.

Корин бушлиги ва кукрак кафаси аъзоларининг ёпик шикастланишида клиник белгилар фарқи .
Тоифали жадвал тузинг

Текшириш эталонлари (намуналар):

1 - гуруҳ. Инсерт жадвали

Тушунчалар	V	+	-	?
Ёпик шикастланиш тушунчаси				
Ёпик шикастланиш таснифи				
Ёпик шикастланиш клиникаси				
Травматологик хизмат звенолари				
Ёпик шикастланиш асорати				
Ёпик шикастланиш хафи				
Ёпик шикастланиш диагностикаси				
Ёпик шикастланиш шокнинг турлари				
Бош мия чайкалиши				
Бош мия қисилиши				
Бош мия лат еиши				
Гемоторакс				
Пневмоторакс				
Пеританит				

Текшириш эталонлари (намуналар2- гуруҳ. тоифали жадвали

Вертикал буйича - такқолаш талаб этиладиган нарсалар (қарашлар, назариялар) жойлаштирилади	Горизонтал буйича - таққослашни амалга оширишдаги ҳар хил тавсифлар жойлаштирилди. (Тавсифлар, тоифалар, ажралиб турадиган белгилар ва шу қабилар)		
	Клиникаси	Диагностикаси	Давоси
Пневмоторакс	Қуқрак қафасида оғрик, ҳаво етишмаслиги	Рентгеноскопия, рентгенография	Плевра бушлигини дренажлаш
Гемоторакс	Қуқрак қафасида қон тупланиш, нафас олишнинг қийнлашиши, оғрик.	Рентгеноскопия, рентгенография, пункция қилиш	Торакосинтез, торакотомия, қон қетишни тухтатиш
Пеританит	Қоринда тарқалган оғрик, Пеританит белгилари мусбат бўлиши даражани қутарилиши	Лапаросинтез, лапароскопия, УЗИ	Лапаратомия, қорин бушлигини дренажлаш, антибиотикотерапия

Кичик гуруҳларда баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари (барчаси 100 баллик тизимда)

Кичик гуруҳлар	Гуруҳдаги фаоллиги	Бошқалар фикрини илғаб олиши	Презентацияда иштироки	Муаммони еритиш даражаси	Умумий баллар

1- гурух					
2 – гурух					

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқатма материаллар 3-илова

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим “-”.
Бинар номенклатура:		
Тушунча		
Деонтология		
Симптом		
Синдром		
Касаллик		
Касаллик тарихи		
Амбулатор карта		
Иситма		
Инфекция		
Ташхис		
Асоратлари		
Хушдан кетиш		
Кон кетиш		
Шикастланиш шоки		
Тромбоэмболик асоратлар		
Жарохатнинг йиринглаши		
Бош мия чайкалиши		
Бош мия қисилиши		
Бош мияга қон қуйилиш		
Пальпация		
Перкуссия		
Аускультация		
Сураб-суриштириш		
Куздан кечириш		
Кон тахлили		
Сийдик тахлили		
ЭКГ		
Рентгеноскопия		
Рентгенография		
Пункциялар		
Тороко – ва лапароскопия		
Оператив даволаш усули		
Консерватив даволаш усули		

Назарий қисм. Бош миянинг ёпик зарарланиши мия шикастлари ичида қуп 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 эзрилиши.

6) Мия шикастланмасдан унинг кисилиши. Миянинг чайкалиши.

Ёпик шикастлар ичида куп учрайдиган мия чайкалиш хисобланади. Бу холда мия тукумаси кай зарарланади ва патагоанатомик узгаришлар кам булади. Уатопсияда мия анемияси ва ок ва кулранг моддалар чегарасида нуктасимон конталашлар, мия шиши аникланади. Травма таъсирида димфа ва кон айланиш хамда органларнинг функциялари бузилади. Мия чайкалганда, кучли шикастланишда бемор хушдан кетиб узига келгач булган воқеани эслай олмайди. Бу хол ремроград амнезия дейилади. Зарарланишнинг огир – энгилишига кура бухушлик киска ва узок давом эттиш мумкин. Бу вазиятда бемор хеч нарсага ахмият бермайди, атрофдагиларга бепарк булади. Ранги оқариб, боши айланади, огрийди, кунгли айнийди, кулогига шувуллаган товуш эшитилади, нафас олиш юзаки булиб, томир уруши секинлашади. Корачиги кискариб ёругликка реакция бермайди, тери ва пай рефлекслари кучсизланади ёки сезилмайди. Огир холатда кайт 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 шикастлари йуколгая туришга рухсат этилади. Калла ичи босимини мия шишини камайтириш учун хар куни дори эритмалари (30-50 мл 40% ли глюкоза) 20-50 мл 10% ли Nасе, 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 (любал пункция) олиш тавсия клинади, у калла ичи босимини камайтиради ва беморнинг субъектив холатини яхшилади. Субарахноидал пардага дексимитазон (4 мл) юборилади.

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

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

Мия кисилиши. Мия кисилиши калла суяги ичида йигилган кон ва калла суяги парчасининг мия моддасини эзилиб куйишидан иборат. Калла суяги ичида кон кетиши 80% холларда унинг тармоқларини 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 узиди – мия ичида (интракраниал) иматома хам 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 вакт 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 кисилиши томир уруши белгиси кузатилади. Мия кисган томонда корачиг катталашади. Карама- карши томонда эса рефлекслар йуколиб фалажлик пайдо булиши мумкин. Баъзида фалажлик олдидан киска вакт 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 богланади, 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 енгил огрикликдаги турига киради. У сезишнинг камайиши ва парезлар билан характерланиб, шикастланишдан сунг вужудга келади. Бу белиглар аста-секин камайиб, бир неча хафта ичидла йуколиши мумкин.

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

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

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

Даволаш. Орка мия чайкалиши ва урилиши консерватив даволанади узок осийишталик режими ва орка мия фаолияти рағбатлантирилади.

Тиббий эвакуация боскичида тиббий ёрдам хажми.

1.Биринчи тиббий ёрдам – шикастланганлар жарохатидан эхтиёткорлик билан беморни шитга ёткизишдан иборат. Орка мия ва умуртка погонаси сохасидаги огрик. Шунингдек шикастланганлар «харакатсизланган» номли алохида тоифага киритилиши керак. Уларни жанг майдонидан иккита санитар олиб чикиб кетади, улардан бири шикастланганни курак кафасидан ушлаб, иккинчиси чанок сохасидан ушлайди. Шикастланган одамни олиб чикилганда юзи ерга караган холатда булади. Сунгра уни эхтиёткорлик билан замбилга ёткизилади, корни билан елка ва бошининг остига уралган шинел куйилади. Шикастланганлар ётган холатда транспортировкаси шитли замбилда амалга оширилади. Умуртка погонаси буйин кисмининг жарохатларидан шикастланган беморни оркага ёткизиб, буйни ва елкалари остида уралган кийим куйилади. Транспортировка учун тажрибадан утган воситаларни куллаш мумкун (чана, чанги воситалари) ёки олд кисмили мототранспортёр. Олдиндан шприс-тюбикдан огриксизлантирувчи восита билан беморга инъекция килинади.

2.Врачгача тиббий ёрдам. Биринчи навбатда шикастланганларни эхтиёт килувчи транспортировкада умуртка погонасида иммобилизация килиш. Умуртка погонасининг буйин булими шикастланганда бош ва елка камарини буйинга пахта кушиб юмшок боғлаш ва нарвонсимон шиналар билан иммобилизация килиш керак.

1-гурух травматик белгилари куринарли шикастланганлар. Аввал шокка карши палатада даволанадилар. Беморларни шокдан чикаргандан сунг даволаш тактикаси белгиланади.

2-гурух орка мия гематома ёки суяк булаклари билан босилганда белгилар яккол намоён булганда, бу клиник-рентгенологик текширувда тасдикланади. Беморларни оператив даволаш керак, буларда: ламинектомия, гематомома ва суяк булакларини олиб ташланади.

3-гурух умуртка погонасининг чикиши ва огир синишлар, орка мия бутунлигининг бузилиши, шунингдек чайкалиш ва лат ейиш билан шикастланган беморлар. Клиник – рентгенологик текширувлар ва умумий ахволи баркарорлашуви учун зарур булган киска вақтли госпитализациядан сунг, беморларнинг даволаниши учун мамлакатнинг ичкарисидаги госпиталларга кучирилади. Тургун сийдик ушланиб колганда куйилиб тушириладиган Монро системаси кулланилади ёки куймич усти свиши куйилади (тешиги очилади).

III. Тиббий кучириш боскичида ёрдам курсатиш.

1.Биринчи тиббий ёрдам. Жарохатга асептик боғлам куйилади. Антибиотиклар ичиш тавсия этилади. Колган тадбирлар 1-машгулотда курсатилганидек амалга оширилади.

2.Врачгача булган ёрдам. 1-машгулотга қаранг. Қушимча равишда куйилган боғламларни туғирилаш. Тиббий саралашда ярадорлар 4 гурухга ажратилади.

1. гуруҳ-ахволи қониқарли ҳолатда булган ярадорлар. Куриқдан сунг жабрланувчининг умуртқа поғонасини иммобилизация қилиш ва сийдик пуфагини катетеризация қилиш мақсадида замбилга ётқизилади. Умуртқа поғонасининг буйин қисми шикастланганда бошни иммобилизация қилишнинг қилишнинг узига хослиги: шикастланган бошининг ҳолати узгартирилмайди. Буйин қисми шикастланганда умуртқаларнинг силжиш хавфли булганда кучли ёзилиш моментидан холи қилиш керак.

Шикастланганларни транспортировка қилиш учун иммобилизацияловчи вакумли замбиллар, кенг доскали қаттиқ тагликли замбиллар, чаналардан фойдаланилади. Курсатма буйича юрак гликозидлари, оғриқсизлантирувчилар киритилади. Йилнинг совуқ вақтида шикастланганларни иситиш, ураш даркор.

3. Биринчи шифокорлик ёрдами – (БрТП) тиббий саралаш пайтида 3 гуруҳга ажратиш мақсадга мувофиқ :

1-гуруҳ – орқа миянинг шикастланиш белгиларисиз умуртқа поғонасининг шикастланиши. Тиббий ёрдам саралаш майдончасида берилади. Транспортли иммобилизация (қаттиқ нарса билан ёпилган замбиллар), уларни иситиш ва овқатланиш кабилар утказилади. Оғриқсизлантирувчи воситалар- курсатмалар буйича қилинади. АТОга иккинчи навбатда кучирилади.

2-гуруҳ – орқа миянинг шикастланиш белгилари билан умуртқа поғонасининг шок белгиларисиз шикастланиши. Сийдик пуфагини текшириш керак. Сийдик тутилганда катетер билан чиқариш керак. Бошқа чоратадбирлар юқоридагига ухшаш. АТОга кучириш биринчи навбатда.

3-гуруҳ орқа мия ҳамда умуртқа поғонасининг шок белгилари билан шикастланиши. Шу гуруҳга марказга боғлиқ булган нафас фаолияти бузилган шикастланганлари киритиш мумкун. Ярадорларни шокка қарши чора – тадбирларни утказиш учун боғлов хонасига юборилади. Нафас олиш бузилганда трахеостома қўйилади. Биринчи навбатда. АТОга кучирилади. Биронта ҳам шикастланган БрТП дан сийдик пуфаги бушатилмагунга қадар кучирилмаслиги керак.

4. Ихтисослашган тиббий ёрдам (АТО). Саралаш. Шикастланганларни икки гуруҳга ажратилади.

1-гуруҳ ҳаётий курсатмалар буйича АТОда ихтисослашган жарроҳлик ёрдамида муҳтожлар (травматик шок, нафаснинг бузилиши ва ҳ.к). Уларни шок ва нафас етишмовчилигини даволаш учун шокка қарши беморхонага юборилади.

2-гуруҳ қолган шикастланганлар оғриқсизлантирувчи воситаларни юборгандан кейин ҳамда сийдик пуфагини текширгандан сунг НДГнинг нерохирургик ихтисосига эвакуация қилинади. Узоқ эвакуацияда вақти-вақти билан сийдик пуфаги катетеризация қилинади.

Шикастланганларни АТОдан эвакуация қилиш иложи борица ҳаво транспорти орқали амалга оширилади.

5. Махсус тиббий ёрдам-НДГ нинг нерохирургик ихтисосдаги ГБФ. Тиббий саралаш пайтида шикастланганлар 4 гуруҳга ажратилади:

1-гуруҳ антибиотиклар, оғир қолдирувчи воситалар ва столбняк анатоксини юборилади АТО га ёки махсус госпиталларга кучирилади.

2-гуруҳ шок белгилари булган ярадорлар. Боғлов хонасига шокка қарши чоралар куриш мақсадида юборилади.

3-гуруҳ ҳаётий курсаткичларига кура тезкор оператив ёндошувга муҳтож ярадорлик АТОга биринчи навбатда буйин соҳаси травмаси оқибатида нафас олиш системаси бузилган ярадорлар жунатилади.

4-гуруҳ кучирилмайдиган преагонал ва агонал ҳолатдаги ярадорлар. Улар БрТПда симптоматик даволаш учун қолади.

БрТПда ярадорларга антибиотиклар, столбняк зардоби юборилиб, сийдик пуфаги ҳолати кузатиб турилади. Ярадорларни албатта транспорт иммобилизацияси қилиш, иситиш ва овқатлантириш зарур.

Махсус тиббий ёрдам ҳажмига қуйидагилар киради:

- 1) ярадорларни тулик рентгенологик текширувдан утказиш;
- 2) ликвородинамик синамалари утказиш;
- 3) жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш;
- 4) иложи борица эртароқ орқа мия компрессиясини бартараф қилиш;

5)инфекцион асоратлар профилактикаси.

Агар ламинектомия жароҳат соҳасида бажарилса,қирқиш жараёни бирламчи хирургик ишлов қоидалари буйича бажарилади. Жароҳатнинг кириш тешиги умуртқадан четда жойлашганида дастлаб умумий қоидаларга асосланган ҳолда бирламчи хирургик ишлов берилади.Курсатилган ҳолларда ламинектомия умуртқалар қирралари чизиғи буйлаб кесиш орқали бажарилади.

Агарда мия қаттиқ пардаси бутун булса, уни субдурал гематома ва орқа мия босилганлиги белгилари булган чизик буйлаб очилади. Аста-секинлик билан эркин суяк булаклари ва детрит ивитмалари олиб ташланади.Иложи булмаганда эса қаттиқ мия пардаси дефекти фибрин клёнка ёки фастсин булаклари билан ёпилади.Операцион жароҳатни қаватма-қават антибиотиклар билан инфилтрацияланади ва чоклар орасида бир-икки чиқарувчи резиналар қуйилиб, зич қилиб тикилади.

Операциядан кейинги босқичда жароҳат инфекцияси олдини олиш учун чора –тадбирлар утказилади (антибиотиклар),ётоқ яралар доимий назорат қилинади ва юрак-қон томир системасини қулловчи дори воситалари берилади. Узоқ вақт давом этувчи сийдик ажралишининг бузилишида Монро системаси қулланилади.Ярадорларда ётоқ ярасининг олдини олиш учун доира урамларидаги ботмайдиган ёстикчалар қуйилади.Бир кунда бир неча марта ярадорни ёнга,орқага,қоринга ётқизилади ва ҳар бир ҳолатни алмаштирганда ётоқ яраси билан шикастланган тери соҳалари яхшилаб тозаловчи воситалар билан артиб турилади.Ётоқ урни соҳалари яхшилаб тозаловчи воситалар билан артиб турилади. Ётоқ урни курак булиши керак.Ичакни бушатиш учун ёғли ва мойли ҳукна (клизма) қилинади, баъзи вақтда туғри ичакдан механик тарзда ахлат олиб ташланади. Бевосита ахлат чиқиб кетиши ҳолларида оралик ва думба соҳасининг тозаллиги назорат қилиб турилади.

Орқа мия шикастланишидан сунг бемор тақдирини купмнча сийдик қопини парвариш қилиш ва сийдик ажралишининг бузилишини даволашга боғлиқ булади.Сийдик қопининг рефлектор фаолиятини тиклаш учун бир қанча усуллар ишлаб чиқилган.Энг самарали усуллардан бири интравезикал электрик стимуляциядир.

Беморнинг овқатланиши ҳам катта аҳамиятга эга. Анемия ва гипопропротеинемияни қон ва оқсил препаратлари трансфузияси билан даволанади.

Умуртқа поғонаси ва орқа миянинг уқотар қуроллари билан жароҳатланиши оғиз из қолдиради.Беморлар ногиронлиги орқа миянинг қисман шикастланишида ҳам юзага келиши мумкун.

Орқа миянинг тулиқ фаолияти бузилиши натижасида улим курсаткичи 80% (М.Н.Ахутин,1942) ни ташкил этади. Агар тирик қолган бемор руҳий мувозанат ҳолатида булиб, аравада ҳаракат қилса ва сийдик пуфағи автоматик тарзда бушалиб турса, натижа яхши ҳисобланади (Э.Пастор,1985).



Ички кон кетиш

Йирингли
асоратлар

Шок

Коллапс

Травматик
токсикоз

7. КЛИНИК МАШҒУЛОТЛАР МАВЗУЛАРИ

КЛИНИК МАШҒУЛОТ № 1

Мавзу: Қорин деворини чурралари. Чов чурралари. Кўп учрайдиган чурраларда ҳамширалик жараёни, ташхиси ва парвариш қилиш (чов, сон, киндик, қорин оқ чизиғи ва операциядан кейинги чурралар)

Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти -5 соат	Талабалар сони: 10-12 нафар
Ўқув машғулотининг шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш буйича амалий машғулот.
Ўқув машғулотининг режаси	- Талабаларни чурралар ўзлаштириш тарихи билан таништириш. Герниология ривожланишига катта хисса қўшган олимлар фаолияти билан таништириш. Талабаларни қорин чурралари пайдо бўлиш этиология ва патогенези, таснифи, клиник манзаралари, диагностика усуллари билан таништириш. Чурра билан беморларни операциядан олдинги тайёрлаш муолажалари билан таништириш. Чурра билан беморлардаги бажариладиган даволаш операциялар ва уларга операциядан кейинги даволаш усуллари билан таништириш
Ўқув машғулотининг мақсади: талабаларни чурра хасталиги, чуррани ўрганиш тарихи билан таништириш. Чурралар этиологияси, патогенези, пайдо бўлишининг умумий омиллари, симптоматикаси ва умумий даволаш усуллари қўллаш билишни ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш. - дарслик билан ишлаш куникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини ривожлантириш	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талабаларни чурралар ўзлаштириш тарихи билан таништириш. Герниология ривожланишига катта хисса қўшган олимлар фаолияти билан таништириш. Талабаларни қорин чурралари пайдо бўлиш этиология ва патогенези, таснифи, клиник манзаралари, диагностика усуллари билан таништириш. Чурра билан беморларни операциядан олдинги тайёрлаш муолажалари билан таништириш. Чурра билан беморлардаги бажариладиган даволаш операциялар ва уларга операциядан кейинги даволаш усуллари билан таништириш.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, биргаликда ўқиймиз, “чурра” сўзига кластер, мунозара.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув кулланмаси, жадваллар, бўр, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Билимларни чуқурлаштириш ва кенгайтириш, индивидуал ва гуруҳ, буйича ўқитиш.</i>

Ўқитиш шароитлари	Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).
-------------------	--

Амалий машғулотининг технологик картаси (1-машғулот)

	Фаолият мазмуни. Қорин деворини чурралари. Чов чурралари. Кўп учрайдиган чурраларда ҳамширалик жараёни, ташхиси ва парвариш қилиш (чов, сон, киндик, қорин оқ чизиғи ва операциядан кейинги чурралар) хақида тушунча бериш.	
Босқичлар, вақти	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	<p>1.1. Мавзунини, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди.</p> <p>Машғулот ҳамкорликда ишлаш технологиясини куллаган ҳолда утишни маълум қилади.</p> <p>1.2. Ақлий хужум усулидан фойдаланган ҳолда аудиториянинг тайёргарлик даражасини аниқлайди:</p> <p>Қорин чурраларини ўзлаштириш учун зарур бўлган асосий терминлар, атамаларни биласизми? Уларнинг мазмунларига изоҳ беринг? Мазмунининг муҳокамаси гуруҳларда давом этишини эълон қилади.</p>	1.1. Мавзунини ёзади ва саволларга жавоб беради.
2-босқич Асосий (195 мин)	<p>2.1. Гуруҳда ишлаш қонидаси билан таништиради (2-илова).</p> <p>Баҳолаш мезонларини ҳам намоиш қилади.</p> <p>2.2. Вазифани бажаришда ўқув материаллари (маъруза матни, ўқув қўлланма)ларидан фойдаланиш мумкинлигини эслатади.</p> <p>Гуруҳларда иш бошлашни таклиф этади.</p> <p>2.3. Тайёргарликдан кейин амалий ишлар бошлангани эълон қилинади.</p> <p>Беморларни сураб – суриштириш ва умумий куздан кечирини амалга оширишини назорат этади, ҳамда бирламчи таъсуротларини баён этишига кўмаклашади.</p> <p>2.4. Талабалар клиник белгиларни ифодалашга ва улар хақида хулосалар беради ва аниқлик киритади.</p> <p>Тушунчаларга изоҳларни туғрилайди ва саволларга жавоб қайтаради.</p> <p>Гуруҳлар фаолиятига умумий балл беради.</p>	<p>2.1. Ўқув натижаларини тақдим қиладилар.</p> <p>2.2. Саволлар беради.</p> <p>2.3. Жавобларни тулдиради.</p> <p>2.4. Жадвал устунларини тулдиради ва муҳокамада иштирок этади.</p>
3-босқич Якуний (15 мин)	<p>3.1. Машғулотни якунлайди, талабаларни баҳолайди ва фаол иштирокчиларни рағбатлантиради.</p> <p>3.2. Мустақил иш сифатида “Қам учрайдиган чурралар” мавзусида “реферат” ёзишни топширади.</p>	<p>3.1. Эшитадилар.</p> <p>3.2. Топширикни оладилар.</p>

Такдимот материаллари.

30. -илова	Аклий хужум методикаси усуллари ва турлари
31. -илова	Гурух билан ишлаш коидалари
32. -илова	Инсерт усули методини асосий коидалари
33. -илова	Бинар номенклатура усули методикасини коидалари
34. -илова	Келиб чиқишига караб чурраларни таснифи
35. -илова	Клиник кечишига караб чурраларни таснифи
36. -илова	Чурраларни анатомик жойлашишига караб таснифи
37. -илова	Ривожланиш босқичига караб чурраларни таснифи
38. илова	Чурраларни таркибий қисмлари
39. -илова	Асоратланмаган чурраларни объектив белгилари
40. -илова	Вазиятли масалалар
41. -илова	Назарий қисм.
42. -илова	Мавзуга оид амалиёт такдимотлари

Назорат үчүн саволлар

1. Кориннинг ташқи чурраси нима?
2. Чурра элементлари нималардан иборат?
3. Чурра халтаси нима?
4. Чурра дарвозаси нима?
5. Сирпанувчи чурра қачон ҳосил бўлади?
6. Чурраларнинг белгилари бўйича тасниф?
7. Чурраларнинг жойлашиши бўйича тасниф?
8. Асоратланмаган чурранинг характерли белгилари?
9. Чурралардаги операциялар давр (этап)лари?
10. Чурра асоратлари?
11. Чурра асорати: копростазнинг асосий белгилари?
12. Тугирланмайдиган чурранинг қисилган чуррадан фарқи?
13. Тугирланмайдиган чурра сабаблари?
14. Чурра қисилиши нима?
15. Девор олди қисилиши нима?
16. Ретроград қисилиш нима?
17. Қисилган чуррада беморнинг асосий шикоятлари?
18. Қисилган чуррада жаррох тактикаси?
19. Нима учун қисилган чуррани тугирлаш мумкин эмас?
20. Қисилган чуррада бажарилиши лозим бўлган операциянинг асосий фарқи?
21. Қисилган ичак ҳаётлигига гумон бўлган жойларда жаррох тактикаси?
22. Чурра халтаси очилганда, қисилган ичак некрози аниқланган ҳолда, жаррох тактикаси?
23. Ичак гангрена ва чов халтаси флегмонаси жаррох тактикаси?
24. Чов каналнинг деворлари нималардан иборат?
25. Тугри ва қийшиқ чов чурраларининг уруғ тизимчасига нисбатан жойлашуви?
26. Чов каналнинг қайси деворлари бушлигида тугри ва қийшиқ чов чурралари ҳосил бўлади?
27. Қийшиқ чов чурраси операция асосида қандай тамойил (принцип) ётади?
28. Тугри чов чурраси операция асосида қандай тамойил (принцип) ётади.
29. Сон чуррасининг дифференциал ташхиси?
30. Сон чурраси оператив даволашнинг асосий усуллари?
31. Корин қизиги чуррасини оператив даволашнинг асосий усули?
32. Қиндик чуррасини даволаш энг қулай ишлатиладиган операция тури?

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдирилатганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйланг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.
- Берилган саволга қисқача (1-2 сўздан иборат) жавоб берилади.

1-илова.

2 - илова.

Гуруҳ билан ишлаш методининг асосий қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;

3 - илова.

Инсерт усули методининг асосий қоидалари.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

- “v” - мен билган нарсани тасдиқлайди.
- “+” - янги маълумот.
- “-” - мен билган нарсага зид.
- “?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

4 - илова.

Б.Б.Б. усули методининг асосий қоидалари.

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун таркатма материаллар

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим“-”.
Бинар номенклатура:		
Корин олдинги девори тузилиши		
Чурра тушунчаси		

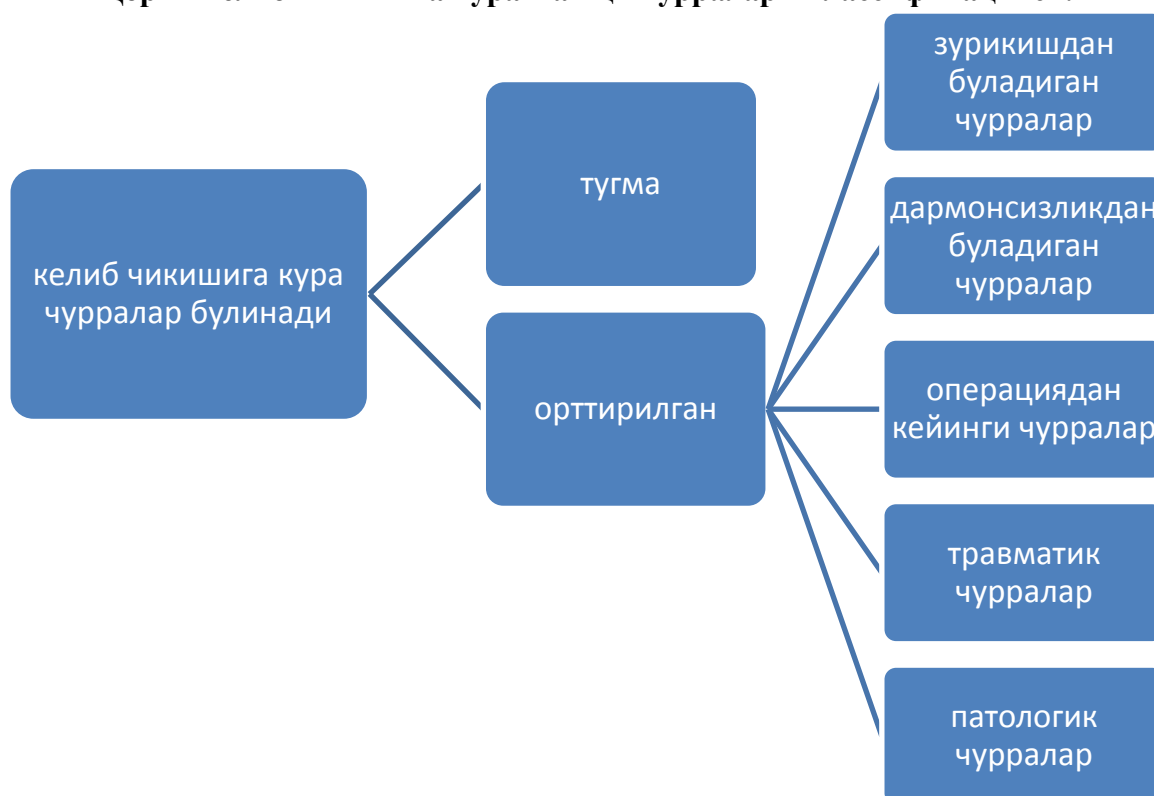
Корин ташки чурралари		
Клиникаси		
Касаллик ривожланиши		
Касаллик тарихи		
Амбулатор карта		
Чурра халтаси		
Чурра дарвозаси		
Чурра элементи		
Ташхис		
Беморларни текширишда ишлатилаётган асбоблар:		
Фонендоскоп		
Пальпация		
Перкуссия		
Аускультация		
Сураб-суриштириш		
Куздан кечириш		
Кон тахлили		
Сийдик тахлили		
ЭКГ		

Баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари (балл)

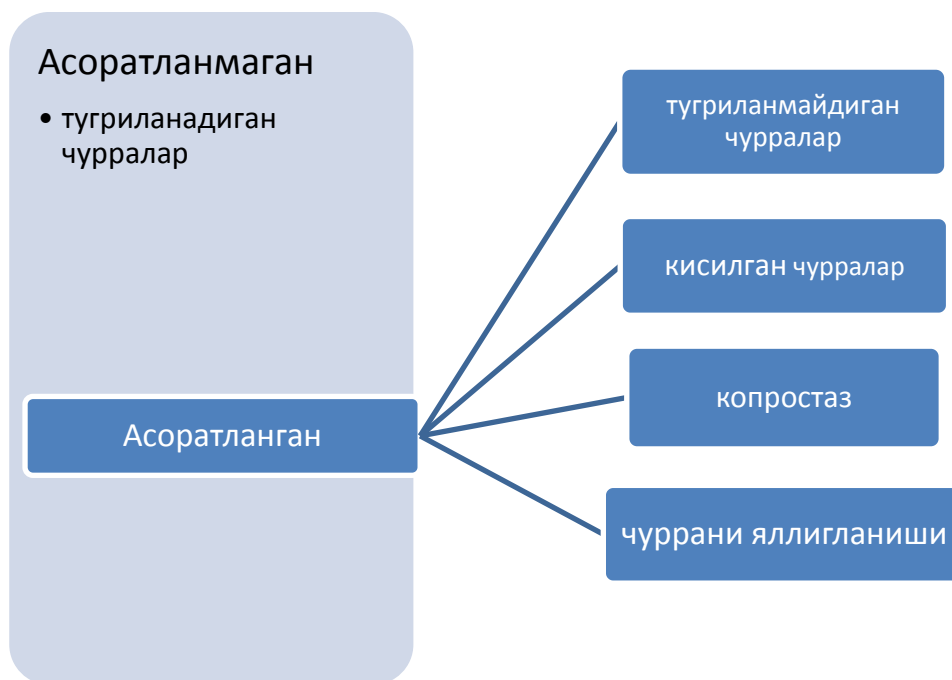
Гуруҳ	1 топширик;	2 топширик;	3 топширик; (хар бир савол 0,2 балл)			Баллар йитиндиси (3,0)
	(1,0)	(1,4)	1-савол	2-савол	3-савол	
1						
2						

5-илова

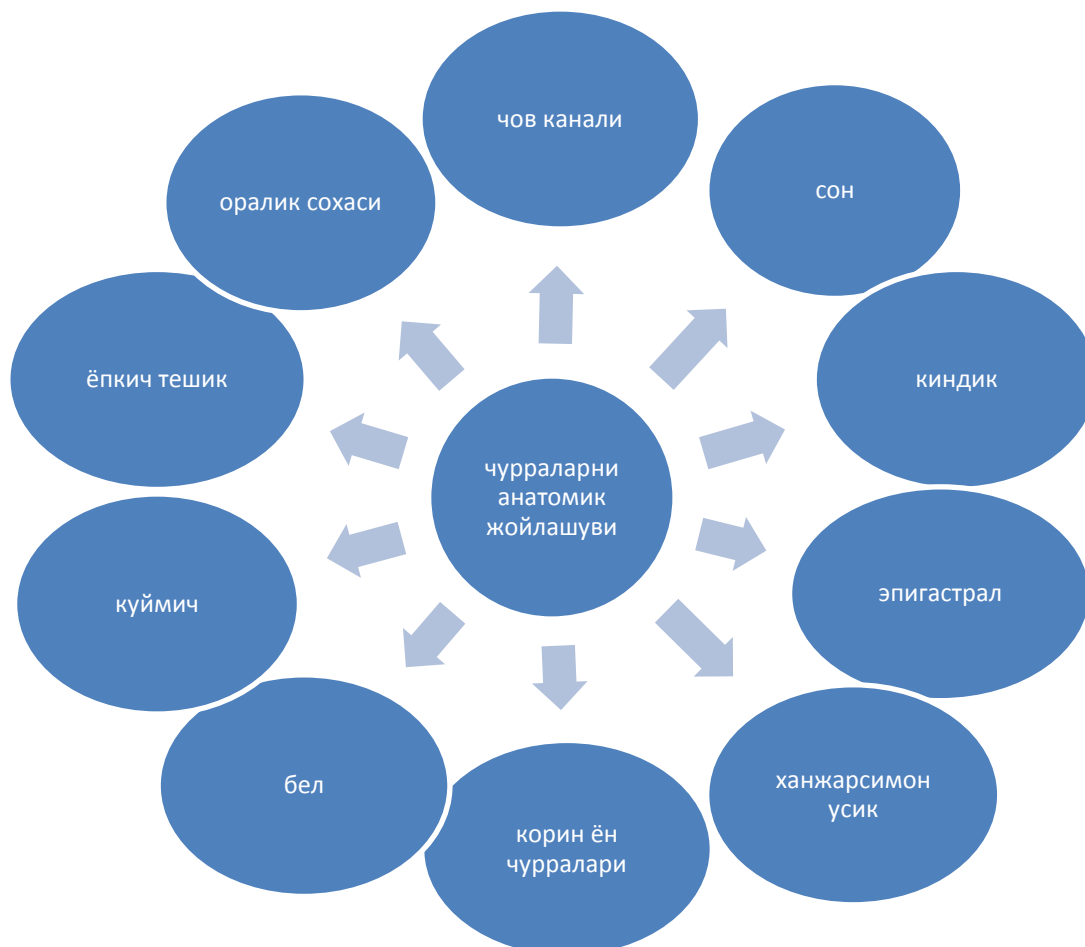
Қорин келиб чиқишига кура ташқи чурралари классификацияси.

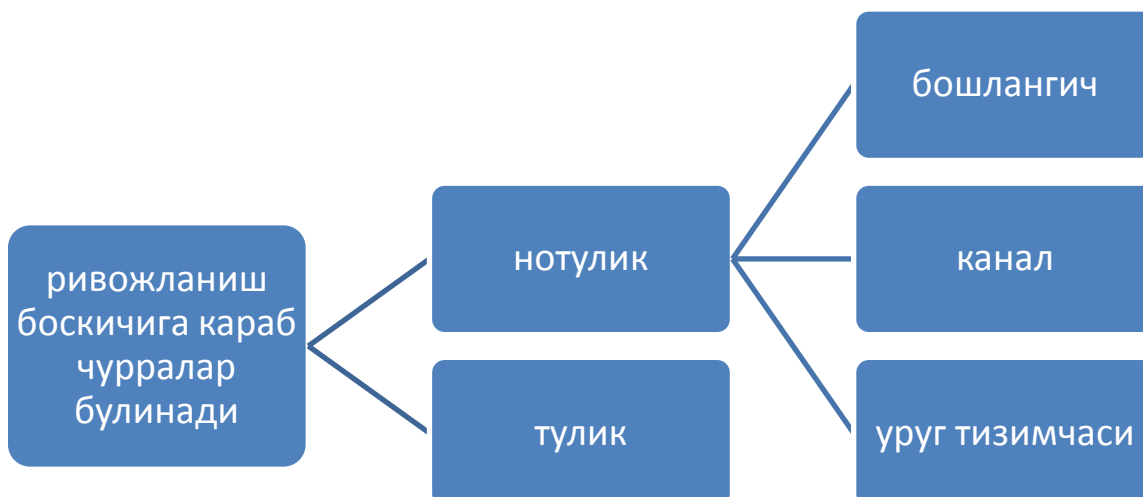
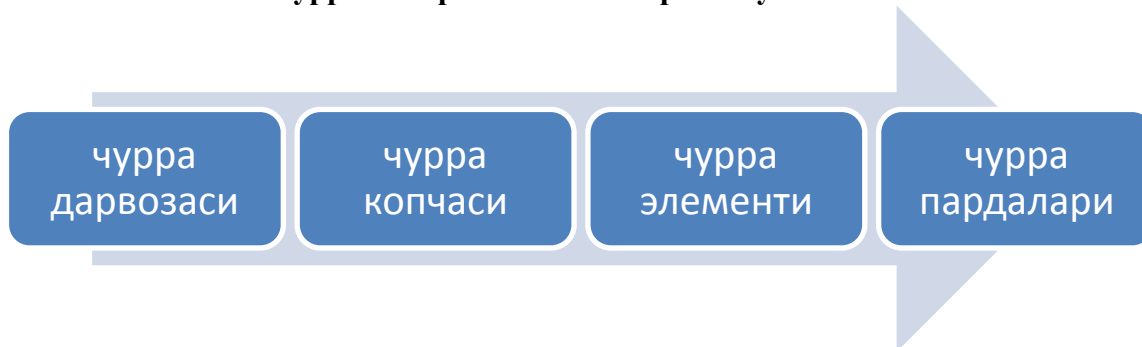


Клиник кечишига караб чурраларни классификацияси.



Анатомик жойлашувига караб корин чурралари классификацияси.



Ривожланиш боскичи буйича чурралари классификацияси.**Чуррани таркибий қисмларини тuzилиши.****Асоратланмаган чуррани асосий объектив белгилари.**

Беморларни тик турганда ва ётганда (горизонтал ҳолатда) текширилади.			
чурра соҳасидаги шишсимон буртма	чурра ҳажмини тез ва осон узгариши (қорин бушлигига эркин тугриланиши)	қорин бўшлигига киритилган жойда қорин деворининг бўртиб чиқиш нуқсони — «чурра дарвозаси» борлиги	«йўтал турткиси» феномени борлиги

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. 43 - ёшли К исимли бемор куйидаги шикоятлар билан мурожаат қилади чап чов-ергок соҳасидашишнинг пайдо булиш, унинг горизонтал ҳолатда ётганда ҳам йуқолмаслигига шикоят

килади. Хожати регуляр , кусиш йук. Куздан кечрганда - шиш ноксимон формада .пальпатсияда - огриксиз , корибушлигида тугирланмайди . Корин' юмшок огриксиз ,катта тахоратга чикибкелган .

2. Бемор Т. 42 ёшда шикоятлари: чап чов сохасидаги шиш, жисмоний иш вақтида объектив текширганда : чов каналнинг ташки тешигида юмалок шаклда шиш ,огриксиз юмшок эластик консистенцияли. Шиш тугрилангандан кейин сийдик кистайди.

3. Бемор 60 ёшда,огир холатда куйдаги шикоятлар билан касалхонага олиб келинган: чал ерқокда кучли огрик авал шу томонида буртиб шишиб турубди. Кунгли айниб коринда огрик, 2 кундан бери ахлат йук. Жаррох куни билан шишиб турган жойни тугирлаб юборгандан кейин шиш йуқолди. Лекин кориндаги огрик йуқолмади. Сизнинг ташхисингиз? Нима содир булган? Жаррох тактикаси тугрими? Диагнози кандай? Кандай даволаш керак?

4. Бемор «Д»44 - ёшда, чал чов- ёргок сохасида буртма- шиш борлиги, коринда огрик, ичи утмаётганига шикоят килиб келди.

Объектив текширишда: чап чов-ёргок сохасида узунчок буртма шиш бор,уни устидаги тери кизарган. Пальпацияда кучли огрик, буртмани тугирлаб булмади. Корин шишган ва огрикли. Уч кундан буён хожатга чикмаган, газлар чикмайди. Ахволи огир.

1. Сиз куйган ташхис?

2. Анаменизмдан кайси холатларни аниклаш керак?

3. Кандай даволайсиз?

4. Операциянинг узига хос хусусиятлари.

5. 53 ёшли бемор касалхонага куйдаги шикоят билан келди:киндик сохаси атрофида буртиш борлигига .Физик зурикишида огрик сезади. 12-йилдан буен касал,касаллик биринчи мар та тугрикдан кейин пайдо булиб,аста-секин катталашган. Киндик атрофини куздан кечирганда думалок шаклли буртма куринади. Бурма катталиги енгоқдек. Пайпаслаганда юмшок эластик. консистенцияли,огриксиз ва корин бушлигига бемалол киритса булади.

1. Диагноз кандай

2. Даволашда кандай жаррохлик усулини куллаш мумкин.

6.Бемор 50 ешда ,огир холларда куйдаги шикоятлар билан касалхонага олиб келинган. Чап ергоқда кучли огрик ва шу томон буртиб шишиб турибди. Кунгли айниб коринда огрик, 2 кундан бери хожат йук. Жаррох куни билан шишиб турган жойини тугрилаб юборганданкейин шиш йуқолади, лекин кориндаги огрик йуқолмайди.

7. Бемор.О 67 ешда. Шикоятлари:икала чов сохасида шиш, юрганда огрик. Обектив: текширганда:шиш юмалок шаклда, ергоқга тушмайди, юмшок эластик консистенцияли, корин бушлигига осон киради.Шишнинг ташкарисида уруг тизимчаси пайпасланади.

1.Сизни диагнозингиз.

2. Кайси касаллик билан таккосланади.

3. Касалликнинг пайдо булиш сабаби.

4. Даволаш усули.

8. Бемор 23 ёшда унг томонлама чов ёргок чурраси оператция килинган.Операция вақтида маълум булишига мояк чурра халтасининг ичида жойлашган. Гап нима хақида кетмокда? Жаррох бунда кандай йул тутиши керак.

9. Бемор 42 ёшда чап чов сохасида буртма борлиги, жисмоний зурикишдан шу ерда огрик пайдо булиши,дизурик холатлар борлигига шикоят килади.

Объектив текширишда: чов каналнинг ташки тешиги сохасида юмалок буртма булиб,огримайди,юмшок эластик.Буртма пайпаблаб курилганда беморнинг сийгиси келади.

1.Сизни ташхисингиз

2.Ташхисни тастиклаш учун кандай текширишлар куллаш керак?

3.Даволаш усуллари

10. Бемор С 37 ёшда.Шикоятлари: чап ЧОВ- йоргок сохасида шиш, юрган вақтда тортиб турувчи огрик.Шиш огир юк кутаргандан сунг пайдо булган ва катгалаша борган.

Объектив текшириш чап чов- йоргок сохасида ноксимон шаклда шиш бор.Терининг ранги нормал.пайпаблаганда юмшок эластик консистенцияда эканлиги аникланди.Перкуссияда тумток товуш.Горизонтал холатда шиш кичраяди.

11. Бемор С 37 ёшда.Унг ёнбош сохасида,операциядан кейинги кейинги чандик сохасида шишнинг пайдо булиши, юрган вақтида Ва огир иш килганда огрикнинг пайдо булишига шикоят

килиб келди. Бемор 2- йил олдин уткир флегманоз аппендицит сабабли операциядан килинган. Куздан кечирганда унги ёнбош соҳасида операциядан кейинги чандик жойида 5x7 см -ли шиш бор, оғриксиз, юмшак эластик консистенцияли, қорин бушлиғига туғирланади. Хожати регуляр.

1. Сиз куйган ташхис.

2. Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текшириш усуллари қўллаш керак.

3. Сизнинг даволаш режангиз?

12-илова

НАЗАРИЙ ҚИСМ. Қорин чурраси (hernia) -деб, қорин бўшлиғидан ички органларнинг қорин деворидаги табиий ёки сунъий тешик орқали унинг ташқарисига, қорин пардасининг уларни қоплаб турадиган девор олди варағи билан бирга чиқишига айтилади.

Қорин чурралари ташқи ва ички бўлади.

Ташқи чурраларда ички органлар қориннинг олдинги деворидаги, чаноқ, бел ёки думба соҳасидаги тешик орқали ташқарига чиқади.

Қориннинг ички чурраси қориндаги ички органларнинг қорин пардаларига ва қорин бўшлиғидаги ичак халталарига (bursa omentalis, foramen Winslow, flexura duodenalis, recessus subcolicis ileocolic, intersigmoidicus), шунингдек диафрагманинг табиий ёки орттирилган тешикларига чиқишидан иборат.

Қориннинг ташқи чурралари — кўп учрайдиган хасталик, чурра билан ҳамма аҳолининг 3-4 фоизи оғрийди. Энг кўп ҳов чурралари (75%), сўнгра сон (8%), киндик (4%), операциядан кейинги чурралар (14%) кузатилади, чурраларнинг қолган формалари 1 фоизни ташқил қилади. Эрақларда кўпроқ ҳов чурралари, аёлларда сон ва киндик чурралари бўлади.

Қорин ташқи чурралари классификацияси.

А. Келиб чиқишига кўра: I. Туғма чурралар. II. Орттирилган чурралар. 1. Зўриқшдан бўладиган чурралар. 2. Дармонсизликдан бўладиган чурралар. 3. Операциядан кейинги чурралар. 4. Травматик чурралар. 5. Патологик чурралар.

Б. Анатомик жойлашувига кўра: ҳов, сон, киндик, эпигастрал, ханжарсимон ўсиқ чурралари, қориннинг ён чурралари, бел, куймиш, ёпқич тешик, оралик чурралари.

В. Клиник кечишига кўра:

1. Асоратланмаган (туғриланмаган) чурралар. 2. Асоратланган чурралар (туғриланмайдиган, қисилган, копростаз, чурра яллиғланиши).

Г. Ривожланиш босқичлари бўйича:

1. Нотўлиқ (бошланғич, канал, уруғ тизимчаси чурраси). 2. Тўлиқ.

Чурранинг таркибий элементлари — чурра дарвозаси, чурра қопчаси, чурра ичидаги нарса, чурра пардаларидир.

Чурра дарвозалари — қорин деворининг чурра чиқадиган кучсиз жойларидир (ҳов чуқурчаси, киндик ҳалқаси, қориннинг оқ чизиғи, диафрагмадаги тешик). Нормада бу тешиклар орқали у ёки бу анатомик тузилмалар ўтади (уруғ тизимчаси, бачадоннинг юмалоқ, бойлами, томир-нерв дасталари ва х, к.). Травматик ва операциядан кейинги чурраларда қорин шикастланганда мускуллар ва апоневрозларда ёки хирургик операцияда ҳосил бўлган тешиклар чурра дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин. Чурра дарвозалари операциядан кейинги вертикал чурраларда ёриқ кўринишида ёки катта ўлчамли бўлиши мумкин. Дарвозаларининг ўлчамларига кўра чурра дарвозаси кичик (диаметрда 2 см гача), дарвозаси ўртача (2 дан 4 см гача) ва чурра дарвозаси катта чурралар (4 см дан кўп) фарқ қилинади.

Чурра дарвозаси — қорин пардасининг чурра дарвозалари орқали чиқадиган ички органларни қоплаб турадиган париетал варағидир. Туғма ҳов чурраларида қорин пардасининг ўсиб етилмаган қин ўсимтаси (processus vaginalis peritonei) чурра қопчаси бўлиб ҳисобланади.

Чурра қопчасида: оғзи, бўйинчаси, танаси ва туби фарқ қилинади. Чурра халтачаси турли ўлчамда ва шаклда бўлиши мумкин.

Халтача қорин бўшлиғи билан туташадиган жой оғзи дейилади. Бўйинчаси — чурра халтачасининг оғзи билан туташадиган энг тор участкадир. Бўйинчада аксарият чурра қисилиши рўй беради.

Асоратланмаган чурраларда халтача девори қорин пардасининг силлиқ юпка варағидан иборат бўлади, унинг юзасида ёғ қатламлари бўлиши эҳтимол. Асоратланган чуррада халтача

девори доимо шикастланиб туриши натижасида у қалин тортади, бириктирувчи тўқима ривожланиши ва халтача ичида битишмалар борлиги ҳисобига дағал бўлиб қолади. Чурра қопчаси ички юзаси халтача ичидаги нарса билан ёки деворларининг бир-бири билан битиб қолиши оқибатида чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Чурра халтачасининг тўлиқ облитерацияси деярли бўлмайди. Аксарият халтача икки ёки уч бўшлиқли тузилмага айланади, ёки «қум соат» кўринишини олади, унинг деворида кисталар пайдо бўлмайди.

Чурра халтачаси эмбрионал киндик чурраларида бўлмаслиги мумкин, улардаги тушган ички органлар амнион билан қопланган. «Сирпанувчи» чурраларда ҳам халтачаси қисман бўлмайди. Бу қорин бўшлиғидан ташқарида жойлашган орган (кўричак, қовуқ) чиққанда ва қорин пардаси ёрилган сохта травматик чурраларда кузатилади. Н. В. Антелева маълумотларига кўра сирпанувчан чурралар 4,6% ҳолларда учрайди.

Парда чурралари чурра билан бирга чиқадиган ва чурра халтачасини қоплаб оладиган қорин деворининг ҳамма қатламларини ҳосил қилади. Уларга қорин пардаси олдидаги клетчатка, фасция пластинкалари, мускул толалари (масалан, m. cremaster), уруғ тизимчаси элементлари киради.

Чурра халтачасида қорин бўшлиғидаги органлардан ҳар қайсиси бўлиши мумкин. Ички органлардан айримлари қуйидаги тартибда учрайди:

а) ингичка ичак қовузлоғи; б) чарви; в) ичак тутқич билан таъминланган йўғон ичак бўлимлари; г) чувалчангсимон ўсимта ва йўғон ичакнинг ёғ қўшимчалари; д) бачадон найчалари ва тухумдон, баъзан бачадон; е) ичак тутқич; ж) қорин пардаси билан қопланган органлар (сийдик пуфаги, чамбар ичакнинг юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи бўлими, кўричак); з) қорин пардаси ортида жойлашган органлар (буйрак, сийдик йўли, меъда ости бези, простата бези фиксацияси бузилганда); и) меъда, талок, ўт пуфаги, Меккель дивертикули.

Бўртиб чиқадиган халтача чурра ичидаги орган ва чурра дарвозалари вазияти ўртасидаги нисбатни ҳисобга олиш амалий жиҳатдан аҳамиятлидир. Халтача қорин деворининг юқорисига кирган, бироқ унинг қатламлари орасига сурилиб улгурмаган бошланғич чурра; канал чурраси ва тери остига ўтган тўлиқ чурра фарқ қилинади.

Баъзан чурра халтачаси айрим мускул ва фасциал қатламлар орасидан оралиқ ёки интерстициал чурра кўринишида йўл солади, тери остидан эмас, балки мускул ёки апоневроз остидан чиқади.

Қорин чурралари этиологияси ва патогенези. Чурралар маҳаллий ва умумий характердаги сабаблардан ҳосил бўлиши мумкин, мойил қиладиган ва келтириб чиқарадиган турларга бўлинади.

Чурралар ҳосил бўлишининг мойиллик қиладиган сабабларига чурра энг кўп ҳосил бўладиган жойларда қорин девори тузилишининг маҳаллий анатомик хусусиятлари киради. Бу кучсиз жойлар ёки «чурра нуқталари» қуйидагилардир: а) чов канали зонаси; б) сондаги овал чуқурча зонаси; в) қорин оқ чизиғи апоневрозининг киндик устидаги ва киндик олдидаги бўлими; г) Спигели чизиғи зонаси; д) Пти учбурчаги зонаси; е) Грюнфельд — Лесгафт тўртбурчаги зонаси; ж) ёпқич тешик зонаси.

Қорин девори тузилишининг анатомик хусусиятлари аёлларда ва эркакларда турли хил чурраларнинг тақсимланишига ҳам таъсир кўрсатади. Сон чурраларининг кўп учраши аёлларда чаноқ ҳалқаси энининг сербарлиги билан боғлиқ. Эркакларда сон чурраларининг кўп учраши уларда чов ҳалқасининг бирмунча кенлиги билан изоҳланади. Эмбрион даврида у орқали тухум ёрғоққа тушади ва уруғ каналчаси (тизимчаси)дан ўтади, шунингдек чов ёриғи тузилишининг ҳам ўзига хос хусусияти (учбурчак) бор. Аёлларда чов оралири ёриқсимон шаклга эга.

Умумий мойиллик қиладиган омилларга: ирсият, ёш (умрининг биринчи ёшидаги болаларда кўкрак девори кучсиз, кексаларда қорин девори тўқималари атрофияга учраган бўлади), жинс (аёлларда чаноқ ва сон ҳалқасининг тузилиш хусусиятлари, эркакларда човнинг кучсизлиги), гавда тузилишининг хусусиятлари, семиз-ориқлик, тез-тез туғиш, қорин девори шикастлари, операциядан кейинги чандиқлар, қорин девори нервлари фалажини киритадилар. Бу умумий омиллар қорин деворининг маҳаллий заифланиб қолишига олиб келади.

Келтириб чиқарадиган омиллар. Бу қорин ичида босимни оширадиган омиллардир, чунончи: оғир жисмоний меҳнат, туғруқнинг қийин ўтиши, жуда оғир юкларни кўтариш ёки оғир

нарсани тутиб туриш учун кўп куч сарфлаб зўриқиш шулар жумласига киради. Чурранинг шу тахлитда ҳосил бўлишига «зўриқишдан бўладиган чурра» дейилади.

Қорин девори мускуллари сустлашганда ва етишмовчилигида чурралар аста-секин ва бемор учун сезиларсиз, бирор жисмоний куч ишлатмай ва зўриқмай ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Уларни «ҳолсизликдан пайдо бўладиган чурра» дейилади (масалан, умуртқа поғонаси, орқа мия ва нервлар шикастлангандан кейин тўқималар трофикаси пасайганда, тез ориклаб кетишда).

Чурралар келиб чиқишида аҳамиятли бўлган бошқа омиллардан мусиқа асбобларини чалгандаги зўриқиш, эмфизема ва ўпка сили, кўкйўталдаги йўталиш, қабзият ва уретра стриктурасидаги, простата беши аденомасида бузилишлар, такрорий ва қийин туғруқлар, асцит ва бошқаларни эслатиб ўтиш мумкин.

Чурраларнинг ҳосил бўлиш механизми уларнинг келиб чиқишига боғлиқ холда (туғма ёки орттирилган) ҳар хил бўлади.

Туғма чуррада чурра дарвозалари ва чурра халтачаси аввал шаклланади, сўнгра жисмоний зўриқиш натижасида ички органлар чурра халтачасига киради. Орттирилган чурраларда эса қорин ичидаги босим ошганда ички органлар қорин девори қатламларини суриб, париетал қорин пардасини чўзиб юборади ва чурра халтачаси шаклланади.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИНИ АНИҚЛАШ СИМПТОМЛАРИ.

Симптомлари бўйича асоратланмаган чурралар (тўғриланадиган, жойига солинадиган), хроник асоратланган (тўғриланмайдиган) ва ўткир асоратланган чурраларни фарқ қилиш лозим.

Асоратланмаган ташқи чурралар субъектив турли-туман намоён бўлади. Баъзан улар умуман бўлмайди. Аксарият беморлар чурра соҳасида жойлашган симиллаган қаттиқ, оғриқдан нолийдилар, оғриқ, масалан, тўш ости соҳасини бошланғич чов чуррасида — моякка, жинсий лабга ва бошқа соҳаларга берилади. Оғриқ жисмоний зўриқишда, оғир юк кўтаришда, вертикал вазиятда кучаяди. Диспептик шикоятлар: кекириш, жиғилдон қайнаши, кўнгил айниши, баъзан қусиш, дизурия, қабзиятлар ҳам бўлиб туради.

Беморларни тик турганда ва ётганда (горизонтал холатда) текширилади.

Асоратланмаган ташқи чурраларнинг асосий объектив белгилари:

а) чурра жойлашуви учун хос зонадаги бир оз шиш, б) чурра ичидагини қорин бўшлиғига киритишга боғлиқ бўлган шиш кўриниши ва хажмининг тез ва осон ўзгарувчанлиги; в) қорин бўшлиғига киритилган жойда қорин деворининг бўртиб чиқиш нуқсони — «чурра дарвозаси» борлиги г) «йўтал турткиси» феномени борлиги.

Тўғрилашдан кейин, эҳтимол, пайпаслаш ёрдамида чурра дарвозаси ва каналининг кўринишини, ўлчамларини уларнинг атрофидаги тўқималар сифатини, чурра дарвозасининг чурра пардаси ва чурра халтачаси билан ўзаро муносабатини, сурилувчанлигини, битишмаларини аниқлаш мумкин:

— чуррада ичак қовузлоғи борлиги бўртма юзасининг силлиқлиги ва эластик юмшоқ консистенциясидан, перистальтиканинг тери орқали билинишидан, перкуссияда тимпанит пайдо бўлишидан аниқланади;

— чуррада кўп ичак қисми борлиги (айниқса сирпанувчан чурра кўринишида) пайпаслашдан ташқари, йўғон ичакни рентгенография қилишда аниқланади;

— чуррадаги қовуқ, деворини (сирпанувчан чурра) дизурия борлигидан ва қовуқни цистоскопия ёки рентгенография қилиш ёрдамида (сергозин) аниқлашга муваффақ, бўлинади;

— чуррада аёл ички органлари борлигини баъзан ҳайз кўриш даврида бўртманинг шишиб чиқишидан билса бўлади.

Сирпанувчан чурралар. Бу чурра халтачасининг деворларидан бири қорин пардаси билан қисман қопланган (масалан, қовуқ, юқорига кўтариладиган ва пастга тушадиган ичак) чурралардир. Чурра халтачаси камдан-кам холларда батамом бўлмайди.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чурралари аксарият қийшиқ чов чурраларида, қовуқники эса — тўғри чов чурраларида бўлади. Сирпанувчан чурралар ҳамма чов чурраларининг 1—1,5 фоизини ташкил қилади. Улар туғма ва орттирилган бўлиши мумкин.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чуррасининг патогномоник симптомлари бўлмайди. Одатда бу ёши улғайган ва кекса одамлардаги чурра дарвозаси кенг катта чуррадир.

Диагностикасига йўғон ичакни рентгенда текшириш ёрдам беради.

Қовуқнинг сирпанувчан чурраларида сийдик чиқариш бузилади ёки сийдик икки бўлиб чиқарилади (аввалига бемор ковуғини бўшатади, кейин чурра бўртмасини босганидан кейин қайтадан сийдик чиқариш майли пайдо бўлади ва бемор яна сия бошлайди).

Қовуқнинг сирпанувчан чуррасига шубха қилинганда қовуқни катетерлаш ва цистография қилиш зарур.

Асоратланмаган чурраларни даволаш. Чурраларни фақат операция усули билан радикал даволаш мумкин. Чурраларнинг ҳамма турларида операция қилиш принципи бир хил. Унинг вазифаси: а) чурра халтачасини чурра пардаларидан ажратиш; б) халтачани очиш, битишмадан чурра ичидаги аъзони озод қилиш ва қорин бўшлиғига киритиш; в) чурра халтачасини тортиб олиш, уни оғзи сатхида — бўйнида тикиш ва қирқиб ташлаш; г) чурра дарвозаларини чоклар билан ёпишдан иборат.

Чурра деворларини маҳаллий бир хил турдаги тўқималар тикиш йўли билан ёпиш усуллари лозим бўлган.

Операциядан кейинги даврда йўтал, бронхит, зотилжам, қорин дам бўлишининг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга — нафас гимнастикаси, эрта ўриндан туриш (2—4- куни), 2—3 hafta мобайнида дам олиш, 2—3 hafta мобайнида профилактик дам олиш мақсадга мувофиқ.

Операцияга монелик қиладиган холлар: юрак ва нафас етишмовчилиги бўлган жуда кексалик, кон айланиши декомпенсация бўлган юрак нуқсони, III босқичдаги ўпка сили, жигар ва буйракнинг оғир касалликлари ва бошқа тузалмайдиган касалликлар.

Асоратланмаган чурраларни консерватив даволаш бандаж тақишни тайинлашдан иборат. Бандаж корсет ва белбоғлар шаклида бўлади ёки қоринга маҳкам қилиб тасма боғланади.

Бандаж тақиш чурра ичида чандиқлар, битишмалар ҳосил бўлишига сабаб бўлади, баъзан терини таъсирлантиради ва ички органларни чиқиб қолишдан ва чуррани қисилишдан ҳаммиша ҳам сақлаб қола олмайди.

Қорин чурралари профилактикаси қуйидагича ўтказилади:

- 1) қорин девори мускуллари мустаҳкамланади, бунинг учун гимнастика машғулоти, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш тавсия этилади;
- 2) ишда чуррага сабаб бўладиган ортиқча жисмоний зўриқишлардан сақланиш лозим, шу мақсадда меҳнатни механизациялаш, уни муҳофаза қилиш, ишчиларни жисмоний ишларга тўғри танлаш лозим;
- 3) хомиладор аёллар хомиладорликнинг охири ойларида белбоғ-бандаж тақиб юришлари керак, туғруқдан кейин эса қоринни массаж қилиш ва қорин мускулларини мустаҳкамлаш учун махсус машқлар тавсия этилади;
- 4) болаларнинг гигиена, овқатланиш қоидаларига риоя қилиши, уларда ичак фаолияти, нафас органлари ва сийдик чиқаришнинг нормал ўтишини кузатиб бориш, қорин деворидаги нуқсонларни аниқлаш мақсадида уларни кунт билан синчиклаб текшириш, борди-ю, чурра аниқланса, болаликда операция усулида олиб ташлаш;
- 5) ёғ босишга ва айниқса ундан кейин қаттиқ ориқлаб кетишга қарши курашиш;
- 6) операциядан кейин чурраларнинг профилактикаси жарохат йирингланишининг профилактикасидан иборат, бунинг учун қорин жарохати тампонада қилинади, лапаротомияни бошдан кечирган шахсларга 2—4 hafta муддатга дам олиш берилади.

Жисмоний ишга қайтишда аста-секинлик принципига амал қилиш ва қорин девори мускулларини чиниқтириш зарур.

Чурра дарвозалари турли усуллар билан бекитилади.

Орттирилган қийшиқ чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш усуллари икки гуруҳга бўлиш мумкин:

I. Чов канали олдинги деворини қорин ташқи қийшиқ, мускули апоневрозини очмасдан мустаҳкамлаш усуллари.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Ру усули — Черни усулидан фарқли равишда юқоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламани чокка қамраб олади.

Опель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдирди. Халқадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Чурра қирқишнинг қориндан ташқарида ўтказиладиган бу усулларининг қатор камчиликлари бор, улар кўрмасдан ўтказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрозни очиб, чов канали олдинги деворини мустаҳкамлайдиган усуллар:

Бобров — Лук — Чемпионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларининг энгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Жирар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Спасокукоцкий усули — **Жирар** усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини қамраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни кўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган.

Тақрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тариқа чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади.

Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Кукуджанов усули (соддалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри ичак кинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет холида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дубликатура ҳосил қилинади.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дубликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади.

Чов томонидан ўтказиладиган операциялар.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Парлавеччо усули — ташқи ҳалқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдиндан тикилади.

Праксин усули — кўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Сон томондан килинадиган операциялар. Локвуд — Бассини усули — сон ҳалқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади.

Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (*margo falciformis*) ва тароқсимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

Прокунин усули — сон каналидаги ички халқани тароқсимон мускул ва шу номдаги фасциядан олинган лахтак билан ёпилади. Апоневрознинг чов бойламига параллел қилиб кесиб олинган трансплантатнинг энига мувофиқ тилинади.

Уруғ тизимчасини юқорига сурилади ва корнцанг ёрдамида сон ҳалқаси зонасидаги кўндаланг фасцияни тўмтоқ ҳолда сурилади. Сон ҳалқаси орқали тароқсимон мускул лахтагини ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасига ўтказилади, унга трансплантат ўрнатилиб, сон каналининг ички тешиги бекитилади.

Уотсон — Чейне усулининг Прокунин усулидан фарқи шундаки, тароқсимон мускулдан олинган асоси юқорига йўналтирилган 6—7 см узунликдаги лахтак Пупарт бойламига ташқаридан тикиб кўйилади. Трансплантатни томир қинига ва тароқсимон мускулга қўшимча маҳкамланади.

Болалардаги кичик чурраларда чурра дарвозалари пластикаси Лексер бўйича ўтказилади: тешик атрофига апоневрозга ипак ип билан кисет чоки солинади, у тортилгандан кейин халқани бекитади. Кейинчалик апоневрозга кўндаланг йўналишда тугунли ипак чоклар солинади.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида кўлланилади.

Киндик ҳалқасини иккала томонда 1 см дан кесилади. Апоневрознинг пастки чеккасини бир неча П-симон чоклар ёрдамида юқори чеккаси остига тортилади ва ўша ерда дупликатура ҳолида маҳкамланади; апоневроз лахтагининг юқори чеккасини тугунли чоклар қатори билан апоневрознинг пастки участкаси сатҳига тикилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида фақат тугунчали чоклар солинади.

Чурра халтачаси ажратилгандан ва ишлов берилганда уни олиб ташлангандан кейин ёрикни апоневрозда тугунли чоклар, кисет чок билан тикилади ёки Сапежко бўйича ёки Сапежко — Дьяконов бўйича пластика қилинади. Иккинчи усул биринчисидан биринчи қаторда П-симон чоклар солиш билан фарқ қилади.

Қориннинг ёнбош чурралари. Кам учрайди, улар шикастлардан, кесилган абсцесслардан кейин, маҳаллий мускул фалажи заминида ҳосил бўлиши мумкин ва одатда қорин кўндаланг мускулининг мускул қисми апоневрозга ўтаётганда спигелий чизиғида ҳосил бўлади. Апоневроз тўғри мускуллар қини деворлари таркибига ўтаётганда ўйиқ (чуқурча) ҳосил бўлади. Бу ерда апоневроз толалари иккига бўлинади ва қинга қон томирлар ва нервлар киради. Бу жойлар чурра чиқадиган бўш жойлар ҳисобланади. Чурра кўпинча кесилган ҳолда аниқланади. Операция чурра тешигини очиш, чурра ичидагини қорин бўшлиғига солиш ва қорин деворини қатлам-қатлам қилиб тикишдан иборат. Мартынов бўйича пластика Сапежко усулидан кесманинг ўнг қорин тўғри мускули чеккаси бўйлаб жойлашуви билангина фарқ қилади.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 2

Мавзу: Ўткир аппендицит. Ўткир аппендицитнинг турли патологик шакллари клиник-анатомик таснифи, клиникаси, ташҳиси, таққосий ташҳиси ва даволашни, шу билан бирга ёш болаларда, кексаларда ва ҳомиладор аёлларда ўзига хос кечиши. Ўсимтанинг жойлашувига, патологик шаклига кўра оператив усулларининг ўзига хослигини аниқлаш.

Семинар машғулотининг ўқитиш технологияси

Вақти - 5 соат	Талабалар сони: 10-12 нафар
Ўқув машғулоти шакли	Билимларни чуқурлаштириш, кенгайтириш ва амалда бажариш бўйича муаммоли семинар.

Ўқув машғулоти режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уткир аппендицит ҳақида тушунча. 2. Классификацияси. 3. Патогенези. 4. Клиникаси. 5. Диагностикаси. 6. Дифференциал диагностикаси. 7. Замоनावий даволаш усуллари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Бу семинар машғулоти жараёнида саволлар ва муаммолар борасида суҳбат ўтказилади. Уткир аппендицит касаллиги тўғрисида билимларни мустаҳкамлаш.	
Педагогик вазифалар: - мавзу буйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш. - дарслик билан ишлаш кўникмаларини ҳосил қилиш; - янги ахборотларни таҳлил қилиш кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижалари: Талба: - Уткир аппендицит ҳақида тушунча беради. - Классификациясини билган ҳолда тўғри диагноз қўяди. - Касалликнинг патанатомиясини тушунтириб беради. - Уткир аппендицитнинг клиник кечишини ёритиб беради. - Замоनावий текшириш усулларини гапириб беради. - Дифференциал диагностикасини тушунтириб беради. - Замоनावий даволаш усулларини кўрсатиб беради.
Ўқитиш услуби ва техникаси	<i>Блиц-суров, муаммоли усул, ақлий хужум.</i>
Ўқитиш воситалари	<i>Маъруза матни, ўқув кўлланмаси, жадваллар, доска. Компьютер мультимедия дарсликлари, атлас.</i>
Ўқитиш шакли	<i>Фронтал, коллектив, гуруҳларда.</i>
Ўқитиш шароитлари	<i>Мавзуга мос жиҳозланган аудитория (слайдлар, ва ҳ.к.).</i>

Амалий машғулотининг технологик картаси (2-машғулот)

Босқичлар, вақти	Фаолият мазмуни Ўткир аппендицит. Ўткир аппендицитнинг турли патологик шакллари клиник-анатомик таснифи, клиникаси, ташҳиси, таққосий ташҳиси ва даволашни, шу билан бирга ёш болаларда, кексаларда ва ҳомиладор аёлларда ўзига хос кечиши. Ўсимтанинг жойлашувига, патологик шаклига кўра оператив усуллари ўзига хослигини аниқлаш.	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Кириш (15 мин)	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Мавзуни, мақсад ва режадаги ўқув натижаларини эълон қилади, уларнинг ахамиятини ва долзарблигини асослайди. 1.2. Амалий машғулот мунозара тарзида ўтишини эълон қилади. 1.3. Билимларни фаоллаштириш мақсадида “Уткир аппендицитнинг қандай деструктив турларини биласиз? Саволи билан мурожаат қилади. 1.4. Мунозара қоидаларини эслатади 	Мавзуни ёзадилар ва саволларга жавоб берадилар.

2-босқич Асосий (195 мин)	<p>2.1. Талабаларни мунозара саволлари билан таништиради.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Уткир аппендицитга тушунча беринг. – Уткир аппендицит классификациясини айтинг. – Уткир аппендицит патанатомиясини тушунтиринг. – Уткир аппендицит кандай симптомларини биласиз? – Уткир аппендицит операция турларини айтинг. <p>2.2. Талабалар мунозарасини «аклий хужум» методида ташкил этади.</p> <p>Ҳар бир жавобнинг мазмунига ва мантикийлигига эътибор беради. Саволлар беришни таклиф этади. Турли нуқтаи назарлар тингланади ва умумлаштиради. Ҳар бир савол муҳокамаси умумий хулоса билан тугайди.</p> <p>2.3. Талабаларнинг қушимча саволларига жавоб беради.</p>	<p>2.1. Эшитадилар ва жавобларни тайёрлайдилар.</p> <p>2.2. Талабалар саволларга ўз нуқтаи назарларини билдирадилар, қўшимчалар қиладилар ва саволлар берадилар.</p>
3-босқич Яқуний (15 мин)	3.1. Семинар машғулотини Б.Б.Б. методини куллаган холда яқунлайди, саволлар бўйича хулосалар чиқаради, мунозара иштирокчиларини баҳолайди.	Эшитадилар. Хулосаларни ёзиб оладилар.

Такдимот материаллари.

43. -илова	Гуруҳ билан ишлаш коидалари топшириклари
44. -илова	Аклий хужум методикаси усуллари ва турлари
45. -илова	Б.Б.Б. методи ва топшириклари
46. -илова	Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон усимта турлари
47. -илова	Чувалчангсимон усимтани организмдаги функцияси
48. -илова	В.И. Колесов бўйича аппендицитни таснифи
49. –илова	Уткир аппендицитни клиникасидаги асосий симптомлар
50. –илова	Уткир аппендицитда Дуглас бушлигини текширишдан мақсад
51. илова	Уткир аппендицитни дифференциал диагностикаси
52. –илова	Лапароскопик аппендэктомияни афзаллик томонлари
53. –илова	Тест саволлари
54. –илова	Вазиятли масалалар
55. –илова	Назарий қисм.
56. –илова	Мавзуга оид амалиёт такдимотлари

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1 Чувалчангсимон усимта жойлашувининг энг куп учрайдиган варианты?

1. Уткир аппендицитнинг куринишлари?
2. Уткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?
3. Уткир аппендицит бошланишида тана даражаси?
4. Уткир аппендицит бошлангич даврида кон таркибидаги узгаришлар?
5. Уткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?
6. Уткир аппендицитда пальпация килинганда корин деворининг ахволи?
7. Уткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?
8. Уткир аппендицитнинг корин пардаси ялигланишининг белгилари?
9. Уткир аппендицитда ректал ва вагинал текширишда аниқланган симптомлар?
10. Уткир аппендицит ва унг буйрак, сийдик йули касалликлари уртасида дифференциал ташхис? Утказиш учун лозим 435ссоган текшириш усуллари?

11. Уткир аппендицит ва бачадондан ташкари хомиладорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллигланиш уртасида дифференциал ташхис утказиш учун лозим булган текшириш усуллари?
12. Ёш болаларда уткир аппендицит кечишининг узига хос томонлари?
13. Хомиладорлик пайтида чувалчангсимон усимта топографиясининг узгариши?
14. Уткир аппендицит ташхиси тасдиқланган ёки гумон килинган пайтларда даволаш тактикаси?
15. Чувалчангсимон усимтани топиш учун куп кулланиладиган кесма?
16. Ретроград аппендэктомия 43бссодай бажарилади?
17. Уткир аппендицитда корин бушлигини дренажлаш учун курсатмалар?
18. Аппендикуляр инфилтрат нима?
19. Аппендикуляр инфилтратда дифференциал ташхиси?
20. Аппендикуляр инфилтрат жаррох тактикаси?
21. Аппендикуляр инфилтрат билан огриган беморлар корни курилганида аникланган узгаришлар?
22. Аппендикуляр инфилтрат билан огриган беморларда динамик кузатишда аникланиши лозим булган курсаткичлар?
23. Аппендикуляр инфилтратни консерватив даволашдаги 43бссосий вазифалар?
24. Аппендикуляр инфилтрат йиринглашнинг асосий белгилари ва ундаги жаррох тактикаси?
25. Операция вақтида аппендикуляр инфилтратда абсцесс йуклиги аникланган пайтдаги жаррох тактикаси?
26. Аппендикуляр абсцесда операция хажми?
27. Пилефлебитда даволаш тактикаси?
28. Аппендэктомиядан сунг хосил буладиган абсцессларнинг типик жойлашуви?
29. Корин бушлиги абсцессларнинг клиник белгилари?

ТАХЛИЛИЙ КИСМ

1 – илова.

Гуруҳлар учун топшириқлар.

1- гуруҳ.

Уткир аппендицит асоратлари турларини айтинг.

2- гуруҳ.

Аппендикуляр инфилтрат клиник кечишини ёритиб беринг.

3- гуруҳ.

Уткир аппендицит асоратлари замонавий текшириш усуллари айтинг.

4- гуруҳ.

Уткир аппендицит асоратларини оператив даволашда қандай узига хос хусусиятларини биласиз?

2 – илова.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаходир.
- Фикр билдириляётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.

- Берилган саволга қисқача (1-2 сўздан иборат) жавоб берилади.

3-илова.

Б.Б.Б. методи.

№	Мавзу саволи	Биламан	Билишни хоҳлайман	Билдим
1	2	3	4	5
1.	Чувалчангсимон усимта анатомияси			
2.	Чувалчангсимон усимта физиологияси			
3.	Уткир аппендицит хомиладорларда кечиши.			
4.	Уткир аппендицит этиологияси			
5.	Уткир аппендицит классификацияси.			
6.	Уткир аппендицитпатаанатомияси			
7.	Демпинг синдром даражалари			
8.	Уткир аппендицит клиник кечиши			
9.	Уткир аппендицит симптомлари			
10.	Уткир аппендицит болаларда кечиши			
11.	Уткир аппендицит қарияларда кечиши			
12.	Аппендэктомия усуллари усуллари: а) ретроград усулида б) антеград усулида			

Баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари (балл)

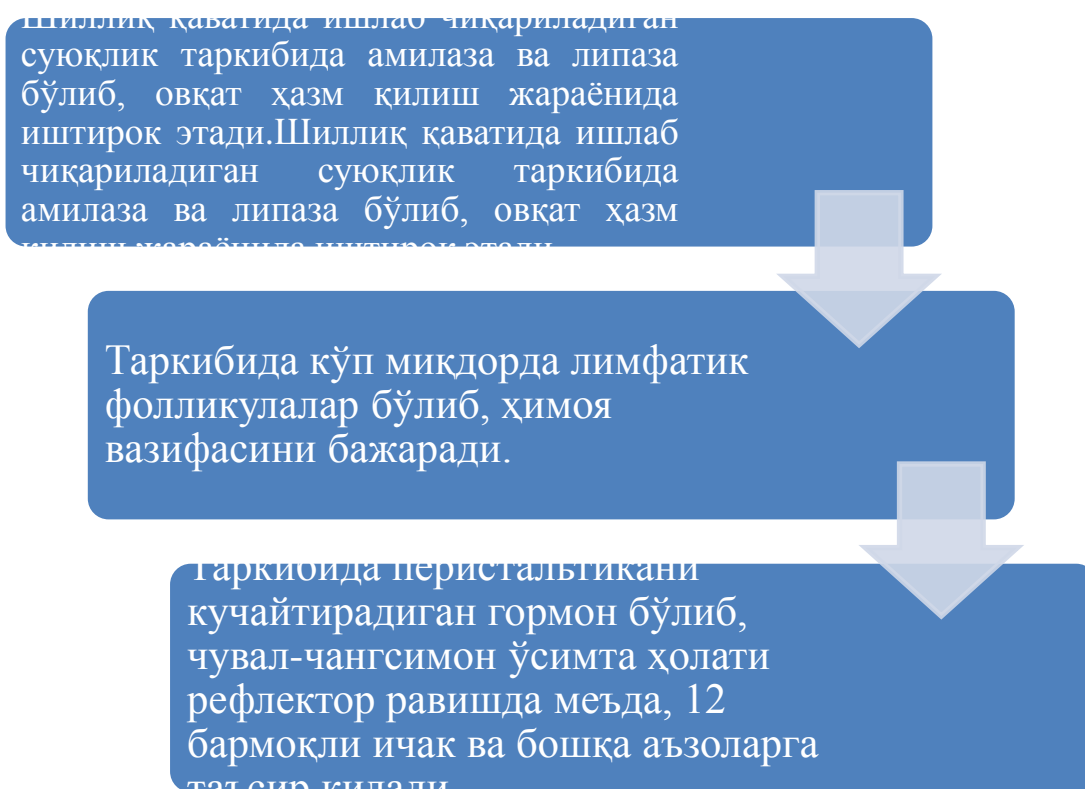
Гуруҳ	1 топширик;	2 топширик;	3 топширик; (хар бир савол 0.2 балл)			Баллар йитинд (3,0)
	(1,0)	(1,4)	1-савол	2-савол	3-савол	
1						
2						

4-илова

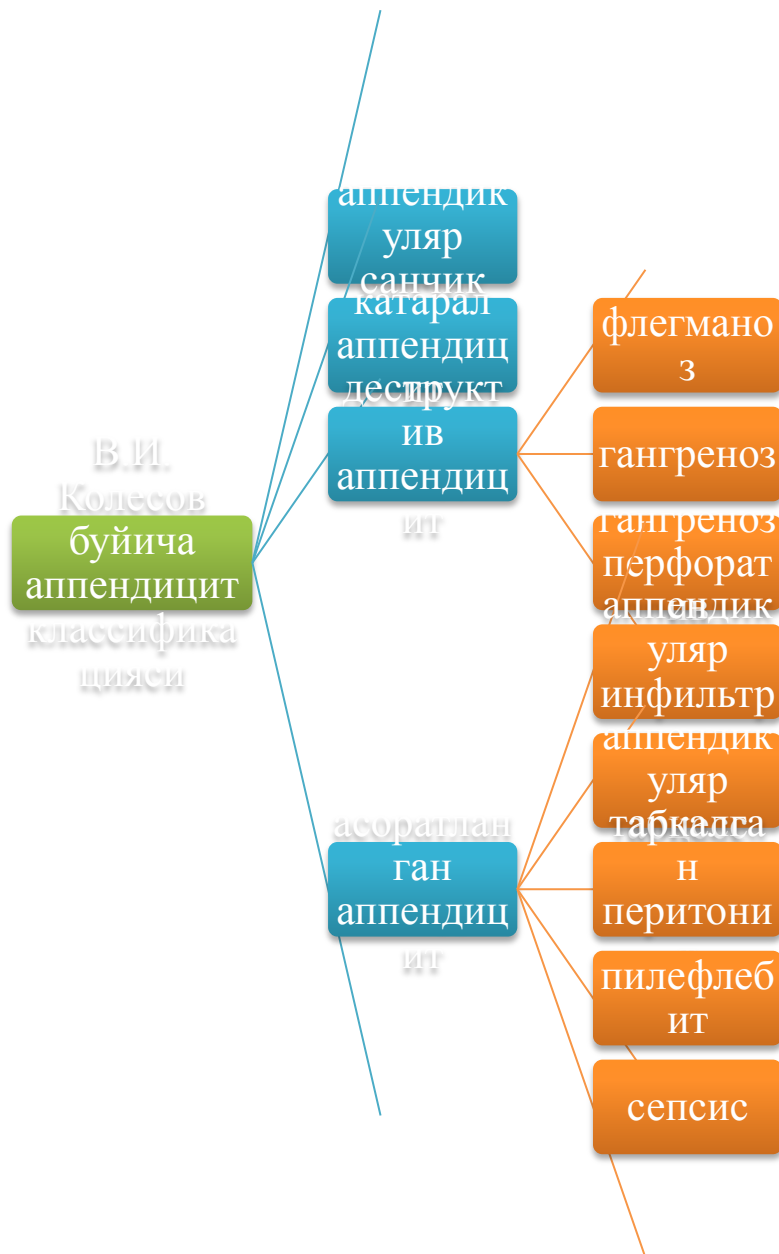
Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта турлари.



Чувалчангсимон ўсимтани организмдаги асосий фаолияти

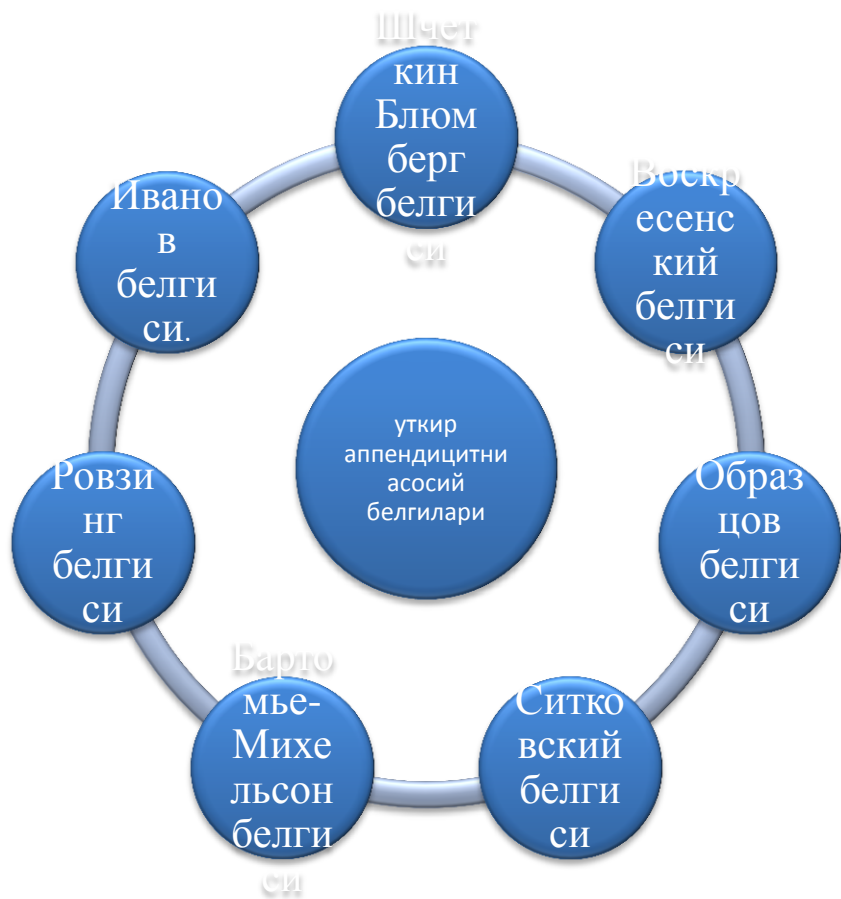


Аппендицитни В.И. Колесов таклиф этган классификацияси



7- илова

УТКИР АППЕНДИЦИТ КЛИНИКАСИДАГИ УЧРАЙДИГАН АСОСИЙ СИМПТОМЛАР



8- илова

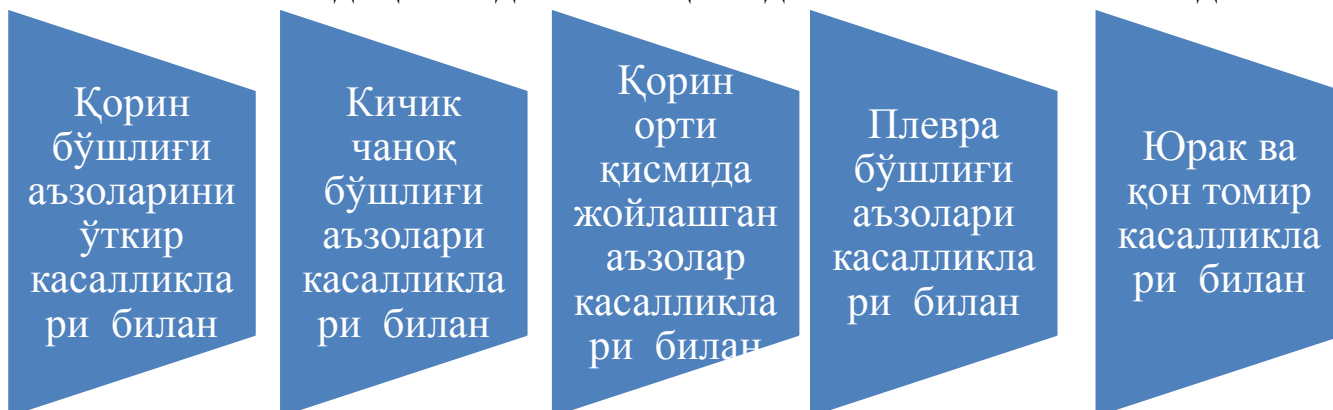
Уткир аппендицит каслигида Дуглас кенглигини текширишдан мақсад



Уткир аппендицит каслигида Дуглас кенглигини текширишдан мақсад

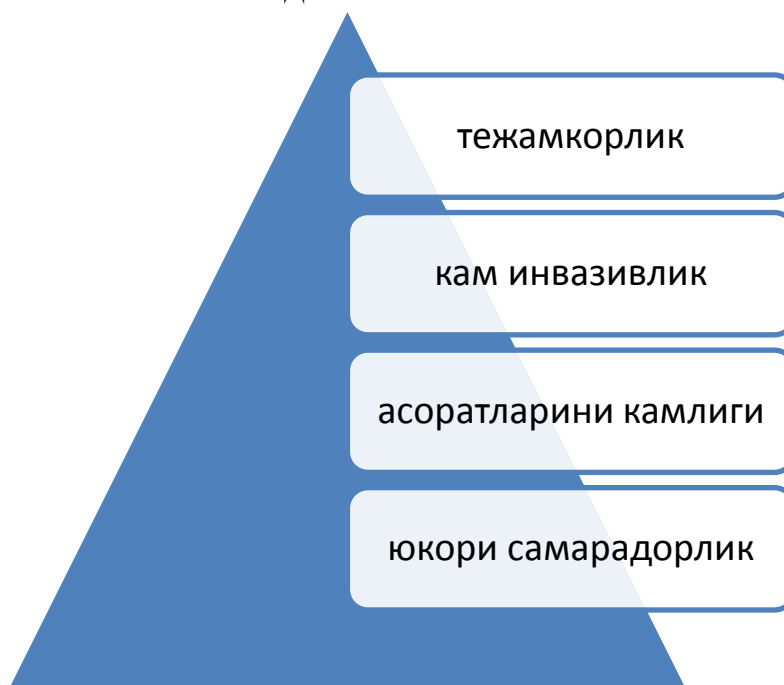
9- ИЛОВА

УТКИР АППЕНДИЦИТНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАНОСТИКАСИ УТКАЗИЛАДИ



10- ИЛОВА

ЛАПАРОСКОПИК АППЕНДЕКТОМИЯНИ АФЗАЛЛИК ТОМОНЛАРИ



12- ИЛОВА

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. Бемор с. 37 ёшда. Шикояти: унг ёнбош соҳасида шиш, операцион чандик соҳасида юрганда ва жисмоний иш вақтида огрик. Бемор 2 йил олдин уткир флегмоноз аппендицит билан операция килинган. Курилганида чандик соҳасида 5x7 см улчамдаги шиш, огриксиз, юмшок-эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тугирланади. Ахлати регуляр.

1. Сизни диагнозингиз?
2. Давоси?

2. Бемор К. 43 ёшда. Шикояти: чап чов-ёргок соҳасида шиш, горизонтал ҳолатда йуқолмайди. Ахлати регуляр кайт килиш йуқ. Шиш ноксимон шаклда. Пайпаслаганда огриксиз, қорин бўшлиғига тугриланмайди, қорин юмшок, огриксиз, ахлат бор.

1. Диагнозингиз?
2. Қайси касаллик билан такқослаш керак?
3. Давоси?

3. Бемор 30 ёшли касал қуйидаги шикоят билан келган: кунгил айниш, 2 марта қусган, 10

соатдан бери узини касал деб ҳисоблайди. Бемор узини касаллигини ёмон сифатли овкат егани билан боғлайди. Овкат егандан кейин 1-2 соат утар-утмас кунгил айниган, эпигастрал соҳада огрик сезган. Кейинчалик бутун корни огриган. Шу даврдан бошлаб беморда ахлат булмаган. Объектив текшириш: бемор унг ёнбошида ётибди, юзи азоб чекан кишиникидек. Коринни куздан кечирганда унг булагини нафас олиш вақтида орқада колмокда. Пульс I дақиқада 90 та, ритмик. Коринни пайпаслаганда киндик атрофида ва унг ёнбош соҳасида кучли огрик. Беморни чап томонга холатини узгартирганда огрик кучаяди.

1. Масалада қайси симптомлар курсатилган?
2. Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?
3. Диагнозни қуйинг. Даволаш?

4. Бемор с. 37 ёшда. Унг ёнбош соҳада, операциядан кейин чандик соҳасида шишнинг пайдо бўлишига, юрган вақтда ва огир иш қилганда огрикнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин уткир флегмоноз аппендицит сабабли операция қилинган. Куздан кечирганда унг ёнбош соҳада операциядан кейинги чандик жойида 5x7 см-ли шиш бор, огриксиз, юмшоқ эластик консистенцияли, корин бушлиғига тугриланади. Хожати регуляр.

13- ИЛОВА

НАЗАРИЙ ҚИСМ. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ. Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши - ўткир аппендицит жарроҳлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. МДХда йил мобайнида ўткир аппендицит туфайли 1 млн дан ортиқ операциялар қилинади. Юртимизда 1 йил мобайнида 500 мингдан дан ортиқ бемор бу касаллик бўйича шифохоналарга ётқизилган ва улардан 89% бемор аппендэктомия операциясини бошидан ўтказган.

Операциядан кейинги ўлим даражаси Россиянинг ривожланган клиникаларида 0,2-0,3% ни, бизда эса ўрта ҳисобда 0,2% ни ташкил қилади. Ўлим кўрсаткичининг асосий сабаблари: беморларнинг шифохонага ётқизирилишидан олдинги даврдаги қўйилган диагностик хатолар, баъзида шифохонага кеч ётқизиш сабабли йўл қўйилган асоратлардир.

Ўткир аппендицит асосан ёшларда (14-20) ва 30-40 ёшда кўпроқ учрайди - бунда аёллар эркакларга нисбатан 2 марта кўп касалланадилар. Улуғ рус жарроҳларидан бири И.И. Греков: “Чувалчангсимон ўсимта яллиғланиши хамелеонсимон касаллик, у кутган жойда бўлмай қутилмаган ҳолларда кузатилади”, - деб таъриф беради. Аппендэктомия, жарроҳлик амалиётида энг осон бажарилади-ган ва шунинг билан бирга энг мураккаб амалиётларидан бири ҳисобланади.

Анатомик-физиологик маълумотлар

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6-16 см, диаметри эса 5-9 мм бўлган ёпиқ цилиндр шаклига эга бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кичрайдиган, деворлари склеротик ўзгаришларга учрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимта одатда ўнг ёнбош соҳасида жойлашиб, қорин бўшлиғида пастга ва медиал томонга йўналади, баъзан эса кичик чанок соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта кўричакдан медиал ва латерал йўналишда юқорига ҳам кўтарилиши мумкин, баъзан эса ўт пуфагигача етади. Аксарият ҳолларда, чувалчангсимон ўсимта кўричак орқасида ва ҳатто ретроперитонеал жойлашган бўлади. Баъзида, ўсимтани юқорида – жигар остида, ёки пастда – кичик чанок бўшлиғида – жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда кўричак париетал қорин парда билан ҳар томонлама ўралган бўлади, лекин баъзи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган бўлиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда бўлади. Баъзида чувалчангсимон ўсимтанинг туғма бўлмаслик ҳоллари ҳам учрайди, лекин бу турдаги ҳодисалар камдан кам ҳолларда бўлади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашиши, 9-25 % ҳолатларда кузатилади. Ретроцекал ўсимта жойлашишининг 3 тури фарқланади: Қорин парда ичида жойлашиши; Қорин девори ичида жойлашиши; Қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта, кўпчилик ҳолларда узун бўлиб, ўзининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқли ичак, умуртқа поғонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик

пуфагигача бориши мумкин. Бундай ҳолатларда яллиғланиш жараёни юқоридаги санаб ўтилган аъзоларга ўтиб, ўткир аппендицит ташхисини аниқлашни мушкуллаштиради.

Эмбриогенез жараёнида кўричак эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳасига тушади. Эмбрионал ривожланишдаги нуксонлар натижасида эмбрионал ичак ва чувалчангсимон ўсимта жигар остида бўлиши мумкин. Чувалчангсимон ўсимтанинг қон билан таъминланиши аппендикуляр артерия (а. appendicula-ris) орқали амалга оширилади, у ўз навбатида ёнбош-чамбар артериядан бошланади. Қон ёнбош-чамбар венага қуйиладиган аппендикуляр вена бўйлаб оқиб кетади.

Чувалчангсимон ўсимта иннервацияси симпатик ва парасимпатик нерв чигаллари томонидан амалга оширилади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ўзида лимфоид тўқима тугган кўп сонли солитар фолликулалар бўлиб, бу тўқима тўсиқ фаолиятини бажаради.

Чувалчангсимон ўсимта фаолияти:

- Шиллик қаватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.
- Таркибида кўп миқдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, ҳимоя вази-фасини бажаради.
- Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувал-чангсимон ўсимта ҳолати рефлектор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги ҳулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмида маълум вазифани бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Этиологияси ва патогенези.

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғла-ниши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзгатувчиси бўлиб одатда стафилококклар, ичак таёқчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Ўткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекцион, кортико-висцерал, аллергик, нейроген ва қон томир назариялари. Қатор ҳолларда организмда бошқа локализацияли яллиғланиш ўчоқлари мавжуд ҳолда, чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши пайдо бўлади, бу ҳол унинг лимфоид тўқимага бойлиги билан боғлиқ бўлади. Ўткир аппендицитнинг ривожланишида кўпроқ овқат ейиш, овқатлар таркибида ичак атониясига ва бижғиш жароёнларига таъсир кўрсатувчи оқсилли маҳсулотларнинг устунлик қилиши маълум аҳамиятга эга бўлади.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, ёш улғайганда ва кексаларда ўткир аппендицитга кўпроқ а. appendicularis тромбози сабаб бўлади. Гўдаклик ёшида эса, ўткир аппендицит гижжа инвазияси (острицалар) сабабли вужудга келиши эҳтимоли бор.

Замонавий тушунчаларга кўра, чувалчангсимон ўсимта соҳасидаги патологик жараён силлик мушаклар ва қон томирлар спазми ҳодисаларидан бошланиб, шиллик парда озиқланишининг локал бузилишига ва яллиғланишга олиб келади. Айни вақтда, чувалчангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу эса микрофлорани чувалчангсимон ўсимта бўшлиғига осонликча киришини таъминлайди. Шу вақтдан бошлаб йиринглаш жараёни бошланади.

Классификацияси. Мураккаб ва турлича клиник ва патологоанатомик кўринишга эга бўлган касалликни маълум бир тизимга солиш анчагина мушкул ҳисобланади. Шунинг учун турли хил классификациялар таклиф этилган бўлиб, ҳозирги кунда қўлланиладиган классификациялар ичида В.И. Колесов таклиф этган классификация бюирмунча қулай ҳисобланади. Қуйида шу турлашни келтирамиз:

1. Аппендикуляр санчиқ (колика). 2. Оддий (юзаки, катарал) аппендицит. 3. Деструктив аппендицит: а) флегмоноз; б) гангреноз; в) гангреноз-перфоратив; 4. Асоратланган аппендицит: а) аппендикуляр инфилтрат; б) аппендикуляр абсцесс; в) тарқалган йирингли перитонит; г) пилефлебит (ичак тутқич веналари септик тромбофлебети); д) сепсис.

Клиник манзараси ва диагностикаси.

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради, бу ҳол касалликнинг туригагина эмас, балки чувалчангси-мон ўсимтанинг жойланиш хусусиятларига ҳам боғлиқ бўлади.

Одатдаги ҳолларда, касаллик ўнг ёнбош соҳасидаги ўртача оғриқ билан бошланади, бу оғриқ секин-аста кучая боради. Оғриқлар бутун қорин бўйлаб ёки киндик атрофида бошланиб, кейин ўнг ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғриқ доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғриқ, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиғи клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Кўпчилик беморларда, оғриқ ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёққа узатилади. Оғриқ кўнгил айнаши ёки 1 - 2 марта қайт қилиш, тана ҳароратининг 38-39°С гача кўтарилиши билан ўтади. Бемор қайт қилганида, баъзи хирургик касалликларидаги каби қусгандан сўнг енгиллик сезмайди ва бу белги ўткир аппендицитга хос бўлган белгилардан ҳисобланади.

Қоринни пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида мушакларнинг таранглашиши ёки ригидлиги ва оғриқ белгиси аниқланади. Пайпаслашни соғ тараф - чап ёнбош соҳасидан бошлаб, аста-секин ўнг ёнбошга ўтиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Қоринни умумий текширувидан сўнг махсус текширувга ўтилади, ўткир аппендицит учун хос бўлган белгиларни аниқлаш лозим бўлади. Бугунги кунда, ўткир аппендицитда учраши мумкин бўлган 100 дан ортиқ белгиларга таъриф берилган. Бироқ, уларнинг қуйидаги еттасини аниқлаш, кўпинча тўлиқ ташхис қўйиш учун етарли ҳисобланади:

1. Шчеткин – Блюмберг белгиси; 2. Воскресенский (“кўйлак сирпаниши”) белгиси; 3. Образцов белгиси; 4. Ситковский белгиси; 5. Бартомье-Михельсон белгиси; 6. Ровзинг белгиси; 7. Иванов белгиси.

Ўткир аппендицитнинг деструктив турларида мушаклар таранглашуви-дан ташқари қорин пардасининг таъсирланиш симптоми, Шчеткин-Блюмберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

Кўйлак сирпаниши белгиси фақат ўткир аппендицит учун хос бўлган белги ҳисобланади. Бу белги 1940 йил, В.М. Воскресенский томонидан таклиф этилган. Бемор кўйлаги билан қорин девори ёпилади, сўнг ўнг қўл бармоқлари учи билан ўнг ёнбош соҳасидан чапга юзаки ва кескин ўтказилса, оғриқ кучаяди (Воскресенский симптоми, “кўйлак сирпаниши”).

Ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушаклари-нинг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суягининг олдинги юқори ўсимтаси орасидаги масофа кичрайиши кузатилади. Бу белги, Иванов белгиси дейилади.

Образцов белгиси – бемор юқорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида энг оғриқли нуқта топилади. Шу соҳада қўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёғини, букмаган ҳолатда 90° га кўтариш илтимос қилинади. Бунда, оғриқнинг кучайиши кузатилади. Оёқ туширилганда оғриқ камаяди. Айниқса, чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади, бундай ҳолат Ситковский белгисига хос. Қуйидаги белги, қўричак ва чувалчангсимон ўсимта тутқичини чўзилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайишига асосланган.

Бартомье-Михельсон белгиси. Кўпчилик беморларда, чап ёнбош соҳасида ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасини пальпация қилганда оғриқларнинг кучайиши кузатилади.

Ровзинг белгиси - чап ёнбош соҳасини бир қўл билан босиб туриб, иккинчи қўл билан енгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳаракат қилинганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ (йўғон ичак ичидаги газ ҳаракати натижасида) пайдо бўлиши, бу белгининг мусбатлигидан дарак беради.

Ўткир аппендицит касаллиги бўлган беморни физикал текширишда ректал ва вагинал текширишнинг катта аҳамияти бор, бунда аксарият тўғри ичак-бачадон чуқурчаси (Дуглас кенглиги) соҳасида оғриқ аниқланиб, бу яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанинг яқин

жойлашганидан ёки у ерда экссудат йиғилгандан далолат беради. Бу текширув усуллари қуйидаги ҳолатлардан дарак беради:

- чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашувини аниқлаш учун;
- кичик чанок инфилтратларини аниқлаш учун;
- ўткир аппендицитни, аёллар жинсий аъзолари патологиясидан дифференциал диагностика қилиш учун.

Ўткир аппендицит диагностикасида сийдик ва қон таҳлиллари муҳим ҳисобланади. Диагноз қўйишда қон таркиби лаборатория текшируви – юқори лейкоцитоз: $10 \times 10^9 - 18 \times 10^9$ л ($10\,000 - 18\,000$) гача ортиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, ЭЧТ нинг ошиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади ва ташхис қўйишда ёрдам бериши мумкин. Касалликнинг айниқса деструктив турларида ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар индекси) ошишига аҳамият берилади.

Баъзан эса (ареактив ҳолатларда), ўткир аппендицитнинг деструктив турларида ҳам лаборатор таҳлилларда ўзгаришлар минимал бўлиши мумкин. Шунинг учун, ташхис қўйишда ва амалиётга кўрсатма бўлиб, фақатгина қон ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар асос бўла олмайди.

Дифференциал диагностика. Ўткир аппендицит касаллигининг дифференциал диагностикасида барча касалликларни 5 гуруҳга бўлинади:

6. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан: меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг баъзи турлари, ўткир панкреатит, ўткир энтерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ичак тутилиши, ўткир токсоинфекциялар, тифопаратифоз инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

7. Кичик чанок бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллиғланишлари ва асорат-лари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жинсий аъзоларининг хавфсиз ва хавfli ўсмалари ва бошқалар.

8. Қорин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликлари билан – буйрак санчиғи, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

9. Плевра бўшлиғи аъзолари касалликлари билан – ўнг томонлама экссудатив плеврит ва пневмониянинг баъзи турлари, ўпка туберкулези ва бошқалар.

10. Юрак ва қон томир касалликлари билан – юрак миокарди инфаркти-нинг абдоминал тури ва бошқалар.

Ўткир аппендицитнинг атипик кечиши.

Яллиғланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейинчалик ўнг чов соҳасига ва сон соҳасига иррадиация қилади (беради). Ўсимтанинг кўричак орқасида жойлашганлиги ҳисобига беморларда мушак тарангланиши белгиси, ҳатто гангреноз ўсимтада ҳам умуман намоён бўлмайди. Пти учбурчагида оғриқ қайд қилинади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлиши мумкин. Яллиғланиш жараёнига қорин орқасидаги клетчатканинг тортилиши оқибатида сийдикда кўпинча эритроцитлар топилади ва дизурик ҳодисалар билан ўтиши мумкин. Ўнг оёқнинг букилган контрактураси каби белгилар билан ўтади ва оёқ ёзилганда Пти учбурчаги соҳасида оғриқ қайд қилинади (Коуп симптоми).

Чувалчангсимон ўсимта чанокда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ унчалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ҳодисалар билан ўтади. Аксарият ҳолларда, ич кетиш, тенезмлар кузатилади, мушакларнинг ҳимоя тарангланиши ҳам баъзан ифодаланган бўлади. Чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида оғриқ ва инфилтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади.

Чақалоклар ҳаётининг биринчи йилларида ўткир аппендицит касаллиги камдан кам ҳолларда учрайди ва унинг юзага келишида қуйидаги факторлар сабаб бўлади:

- Кўричак ва чувалчангсимон ўсимта шаклининг конуссимон бўлиши ва унинг таркибидаги моддалар эвакуациясини тезлашиши;
- Ўсимта лимфоид аппаратининг яхши ривожланмаганлиги;

- Овқатланиш хусусиятларига кўра (одатда бу ёшда болалар дағал озуқа истеъмол қилмайди).

Бирок, ўткир аппендицит касаллиги ёш болаларнинг барча ёшида кузатилиши мумкин. Болалик ёшида ўткир аппендицит касаллигининг кечиши, улар чувалчангсимон ўсимтасида деструктив жароёнларнинг тез ва шиддат билан ривожланишидан кўпинча перитонит асорати келиб чиқади. Клиник манзарасида эса, асосан куйидаги симптомлар: ўқтин-ўқтин оғриқ бўлиши, кўп марта қайт қилиш, ич кетиш устунлик қилади. Тана ҳарорати кўпинча юқори (39-40°C) даражаларга кўтариледи ва оғир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинча шиддат билан кечади, баъзан эса ўткир захарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади.

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг ҳажми кичраяди, лимфоид аппаратининг хусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча суст ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни қориндаги оғриқ камроқ безовта қилади, мушакларнинг ҳимоя таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиққади ёки умуман бўлмайди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар миқдори оз даражада ошган, лейкоци-тар формуланинг чапга сурилиши ҳам кам сезиларли даражада қайд этилади. Демак, ёши улуг ва кекса беморларда ўткир аппендицит анчагина фарқ билан ўтади ва чувалчангсимон ўсимта томирларининг склерози натижасида, унинг деструкцияси бирмунча тезроқ ривожланади. Беморлар кўпинча клиникага кечиккан муддатларда, асоратлар ривожланиб бўлгандан кейингина келтири-ладилар.

Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кечуви ҳомиладорликнинг биринчи ярми мобайнида одатдаги (типик) кечувдан деярли фарқ қилмайди. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида эса, хомиласи бор бачадоннинг катталашгани, юқори ва ён тарафланга кенгайганлиги ҳисобига, умуман қорин бўшлиғи аъзоларининг, жумладан кўричак ва чувалчангсимон ўсимтанинг юқорига сурилиши кузатилади ва шу сабабли касалликнинг клиник кечиши анчайин ўзгаради. Оғриқлар ўнг ёнбош соҳасидан юқорироқда жойлашган бўлиши мумкин. Бачадон катталашганлиги сабабли Ситковский, Бартомье-Михельсон, Ровзинг симптомлари яхши аниқланмаслиги ёки манфий бўлиши мумкин. Аксарият ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги тез ва шиддат билан ривожланиб, одатдагидан илгарироқ асоратларга олиб келиши мумкин. Шу сабабли, ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги белгилари қайд этилганда, барвақтроқ жарроҳлик амалиётини ўтказиш зарур бўлади. Албатта, бу беморлар амалиёт жароёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, хомилани сақлаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

Даволаш.

Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси ошиғич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфильтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриқсизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйича инфильтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

Ўткир аппендицитда яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш операцияси учун қулай кесма, кўпчилик жарроҳлар томонидан тан олинган Мак-Бурней ёки Дьяконов-Волкович кесмаси ҳисобланади. Бу кесма, ўнг ёнбош соҳасида киндик ва ёнбош суягининг ташқи юза ўсимтаси орасидаги ўтказилган чизик 3 қисмга бўлиниб, унинг пастки 1/3 қисмига перпендикуляр, икки томони барабар кесма қилинади. Қорин бўшлиғи очилгач, кўричак гумбази чувалчангсимон ўсимта билан бирга жароҳат соқасига чиқарилади. Яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанининг чарвиси (таркибидаги ўсимта артерияси билан) қирқилади ва чок қўйиб боғланади. Чувалчангсимон ўсимта асосидан боғланиб, қирқилади. Унинг чўлтоғига эса кисет ва Z-симон чоклар қўйиш орқали тубига чўктирилади. Гемостазга синчиклаб текширилгач, жароҳатга қаватма-қават чоклар қўйилади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган йирингли перитонит асорати юзага келганда, уни даволашнинг умумий қоидалари бўйича тактика қўлланилади: аввало

перитонит манбаи бартароф этилади (аппендэктомия), кейин қорин бўшлиғи яхшилаб тозаланади (санация) ва антисептик эритмалар билан ювилади (лаваж) ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғини мунтазам ювиш имкониятини берувчи усул бўйича дренажлар қўйилади. Шу жумладан, ичак парезини олдини олиш мақсадида ингичка ичак тутқичининг блокадаси (новокаин юбориш) ва ичак декомпрессияси ўтказиш учун ингичка ичакни трансанал интубация қилиш қўлланилади.

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррекция қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ичак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйича энтерал зонд орқали билан озуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлик тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Ҳозирги кун жарроҳлик амалиётига, янги технологиялар: тежамкор ва кам инвазив усул камда услублар шиддат билан кириб келмоқда, уларга алоҳида аҳамият берилмоқда. Жарроҳлик амалиётида уларни қўллаш, нафақат операциялар жароёнида юзага келадиган жароҳат даражасини камайтиришга, бу билан бирга унинг самарадорлигини оширишга ва асоратлар сонини кескин камайтиришга олиб келади. Шунинг учун, ушбу касалликда, бугунги кунда тобора кенг қўлланилаётган усул – лапароскопик аппендэктомияга тўхталиб ўтамиз (расм 3).

Лапароскопик аппендэктомияни бажариш учун, киндик ва унинг атрофини пункция қилиб, қорин бўшлиғига CO₂ гази юборин орқали пневмоперитонеум вужудга келтирилади. Махсус троакарлар орқали қорин бўшлиғига мужазгина видеокамера ва эндохирургик асбоблар киритилиб, чувалчангсимон ўсимта олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 3

Мавзу: Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллини клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, давоси. Асоратланмаган яра касаллигининг консерватив давоси; каллёз ва сингиб ўтган ярани клиникасипи ўзига хослиги; ЭФГДС, рентгенологик текширув, компьютер томографияларда яра холатини баҳолаш, хирургик давони танлаш.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Талабалар сони: 10 тадан 12 гача	Вакт – 5 соат
Мавзу: Меъда ва ун икки бармоқ ичак сурункали яра касаллиги.	
Укув дарсининг шакли	Билимни чуқурлаштириш ва кенгайтиришга қаратилган амалий машгулот
Амалий дарсда муҳокама қиланадиган саволлар:	1. Меъда ва ун икки бармоқ ичакнинг анатомияси ва физиологияси.
	2. Яралар хосил булишига сабаб булувчи ва келтириб чиқарувчи омиллар.
	3. Яралар хосил булишининг патогенези.
	4. Меъда яра касаллигининг клиникаси.
	5. Ун икки бармоқ ичак яра касаллигининг клиникаси.
	6. Меъда ва ун икки бармоқ ичак сурункали яра касаллига замонавий инвазив ва ноинвазив текшириш усуллари.
	7. Касалликни радикал оператив усулларда даволаш.
	8. Касалликни даволашда паллиатив операцияларга курсатма.
	9. Касаллик этиопатогенезидаги замонавий қарашлар.
Амалий дарснинг мақсади: мавзу бўйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	
Уқитувчининг мақсади:	Укув фаолиятининг натижалари Талаба билиши зарур:
1. Мавзунинг узлаштиришда ақлий мотивацияни яратиш	1. Меъда ва ун икки бармоқ ичак яра касаллигига таъриф бериш.

2. Мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	2. Касалликнинг замонавий этиопатогенезини билиши.
3. Уқув билимларини куникмалар тизимини ишлаб чиқиш, таккослаш, умумлаштириш ва тахлил қилиш.	3. Хасталикнинг клиникасини билиб, симптомлар мажмуасини таърифлаб бера олиши.
4. Узининг позициясини шакллантиришни ва баён қилишни ташкиллаштириш.	4. Замонавий инвазив ва ноинвазив диагностика усулларини, уларни қўллашга курсатмаларни билиши. Касалликни бошқа қорин бушлиги аъзолари патологиялари билан дифференциал таккослай олиши.
5. Коммуникация куникмаларни, гуруҳ ва жуфтликларда ишлашни ривожлантириш.	5. Меъда ва ун икки бармок ичак яра касаллигини консерватив ва замонавий хирургик даволаш усулларини мукамал билиш.
Уқитиш усуллари ва техникаси	Айтиб бериш ва дискуссия усуллари: презентация, блиц-суров, Инсерт, «Биргаликда урганамиз», «Юмалок стол», «Иссик картошка»
Уқитиш жихозлари:	Кургазма қуроллар, маркерлар, скотч, А32 форматдаги қоғозлар.
Уқитиш шакллари:	Индивидуал, фронтал иш, гуруҳ ва жуфтликларда график-органайзер, компьютер ва информацион технологияларни қўллаб ишлаш
Уқитиш шароитлари:	Гуруҳларда ишлашга мувожазланган техник жихозланган аудитория

Амалий машғулотнинг технологик картаси

Босқичлари, вақти	Уқитувчининг фаолияти	Талабаларнинг фаолияти
1 босқич Мавзуга кириш қисми (15 дақиқа)	1.1. Машғулотнинг мавзусини, максadini ва режалаштирилаётган натижаларини ҳамда дарснинг режасини айтиши.	1.1. Эшитишади ва ёзиб боришади.
	1.2. Асосий тушунчалар буйича блиц-суров туқазил. Меъда ва ун икки бармок ичак ярасига, эрозиясига таъриф беришни таклиф қилади. Масалан, қуйидаги савол берилади: «Меъда ва ун икки бармок ичак яраси деб нимага айтади?» «Эрозия нима?» «Улар уртасидаги фарқ нимадан иборат?» 1-2 та жавобни эшитгач, гуруҳларда вазифани бажарилиши, уларни презентация қилиниши жараёнида муҳокама қилишини айтади. Хар бир талаба гуруҳда вазифанинг бажарилишидан кейин индивидуал баҳоланиши тушунтиради. (2 илова). Гуруҳларнинг биргаликда бажарилган вазифалари плакат қоғозларда курсатилишини айтади.	1.2. Саволларга жавоб беришади.
2 босқич Гуруҳларда ишлаш. (60 дақиқа)	2.1. Табалаларни 3 та гуруҳга бўлишади. Уқув вазифани тарқатади. Қанақа уқув натижаларни олинишини айтиб утади. Баҳолаш курсатгичлари ва мезонларини тушунтиради. Қанақа қўшимча материаллардан (маъруза, адабиётлар) фойдаланиш мумкинлигини айтади. Гуруҳларда ишнинг бошланишини эълон қилади.	2.1. Уқув вазифалари, билан танишиб чиқишади, баҳолаш курсатгичлари ва мезонлари билан танишиб чиқишади. Вазифани бажаришга киришади.

боскич Презентация (55 дакика)	3.1. Гурухларда презентацияни ва узаро баҳолашнинг натижаларини ташкиллаштиради. Билимларни умумлаштиради, хулосаларга алохида эътибор бериб, вазифа қандай бажарилганлигини умумлаштиришади.	3.1. Презентация қилишиб, бир бирларини тулдиришади ва узаро баҳо беришади.
боскич Хулосавий (15 дакика)	Бажарилган ишларни хулоса қилади. Мустақил иш мавзусини беради: «Меъда ва ун икки бармок ичакнинг уткир эрозиялари. Дорилардан кейинги яралар этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш» мавзусини ёзма равишда ёритиш.	Эшитишади, аниқлашади. Вазифани ёзишади.

Такдимот материаллари

57. -илова	Гурух билан ишлаш қоидалари топшириқлари
58. -илова	Назорат учун саволлар
59. -илова	Меъда секрециясини хазм жараёнидаги фазалари
60. -илова	Меъдани секретор безсимон соҳалари
61. -илова	Яра касаллигини пайдо қилувчи омиллар
62. -илова	Меъда ярасини турлари
63. -илова	меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигини асоратлари
64. -илова	Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигини асосий текширув усуллари
65. илова	Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигини асосий объектив белгилари
66. -илова	Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигини даволаш усуллари
67. -илова	Тест саволлари
68. -илова	Мустақил тайёрланиш учун услубий курсатмалар
69. -илова	Вазиятли масалалар
70. -илова	Назарий қисм.
71. -илова	Мавзуга оид амалиёт такдимотлари

1-илова.

№	Гурухларда ишлаш қоидалари:
1.	Хар бир талаба узининг гурухдошини диққат-эътибор ва очик қунгиллик билан эшитиши керак.
2.	Хар бир талаба фаол, биргаликда, берилган вазифага маъсулият билан ёндошиб ишлаши лозим.
3.	Хар бир талаба керак бўлганда гурухдошидан ёрдам сураши зарур.
4.	Хар бир талаба керак гурухдоши ёрдамга муҳтож бўлганида ёрдам бериши керак.
5.	Хар бир талаба вазифани натижаларини баҳолашда иштирок этиши лозим.
6.	Хар бир талаба «Узгага ёрдам бериб, узим урганаман», «Барчамиз 449ита қайикдамиз, ва бирга сузмокдамиз, қайик чукса, хаммамиз чуқиб кетамиз» деган ибораларни тушунишлари керак

Баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари (балл)

Гурух	1 топшириқ;	2 топшириқ;	3 топшириқ; (хар бир савол 0,2 балл)			Баллар йитинди (3,0)
	(1,0)	(1,4)	1-савол	2-савол	3-савол	

1						
2						

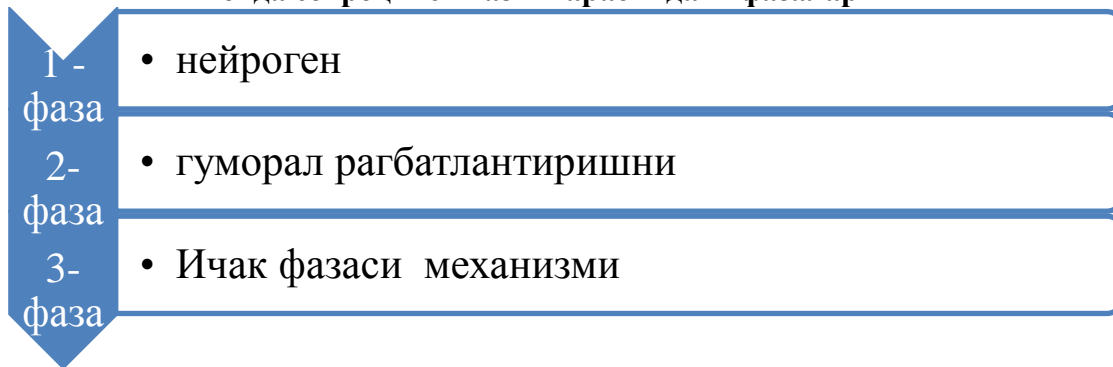
2-илова

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Меъда секрецияси регуляциясининг фазалари?
2. Меъда секрециясининг асосий курсатгичлари?
3. Меъда суюклигининг пептик таъсиридан шиллик каватини химоя қиладиган симиллар?
4. Меъда яра касаллиги нима?
5. Яра касаллиги билан беморда анамнез туплашининг узига хос хусусияти?
6. 12 бармок ичак яра касаллиги учун типик булган меъда секретор функцияси холати?
7. Яра касаллигида асосий рентгенологик белгилар?
8. Асоратланмаган яра касаллигида оператив даволаш учун курсатмаларни аниқлаш?
9. 12 бармок ичак яра касаллигида кулланиладиган асосий операция тури?
10. Меъда яра касаллигида кулланиладиган асосий операция тури?
11. Перфоратив яра касаллигида беморларнинг асосий шикоятлари?
12. Перфоратив яра касаллигида бемор куралиши ва пальпация қилинганда узгаришлар?
13. ерфоратив яра касаллигида беморни корни сохаси перкуссия қилинганда аниқланадиган энг информатив симтом?
14. перфоратив яра касаллигини тасдиқлайдиган рентгенологик белги?
15. перфоратив яра касаллигининг клиник белгилари?
16. Перфоратив яра касаллигида кулланиладиган типик операция?
17. Яра касаллигида перфоратив тешикни тикиш иложи булмаган холда кулланиладиган операция турлари?
18. Перфоратив яра касаллигида қайси холларда радикал операция қилинади?
19. яра касаллигида кон кетишининг сабаблари?
20. Уткир гастродуоденал кон кетишда беморлар огир холати нима билан боғлиқ булади?
21. Гастродуоденал кон кетишда беморларнинг асосий шикоятлари?
22. Гастродуоденал кон кетишнинг сабабларини аниқлаш усуллари?
23. Давом этаётган ёки қайталанган кон кетишда жаррох тактикаси?
24. Тухтаган гастродуоденал кон кетишда даволаш тактикаси?
25. Яра касаллигида кон кетганда қилинадиган операция хажмини аниқлайдиган омиллар?
26. Гастродуоденал кон кетишда кулланиладиган операциянинг минимал хажми?
27. 12 бармок ичак яра касаллигида кон кетганда кулланиладиган энг асосий операция?
28. Меъда яра касаллигида кон кетганда кулланиладиган энг асосий операция?
29. Яра пенетрацияси нима?
30. Қайси аъзо ва туқималарига яра пенитрацияланиши мумкин?
31. Ошқозон ичи нима?
32. Стеноз даражасининг рентгенологик характеристикаси?
33. Декомпенсациялашган стенозда беморларнинг асосий шикоятлари?
34. Декомпенсациялашган стенозда беморларни операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги муолажаларнинг узига хос хусусиятлари?
35. Стенозда кулланиладиган операциялар?

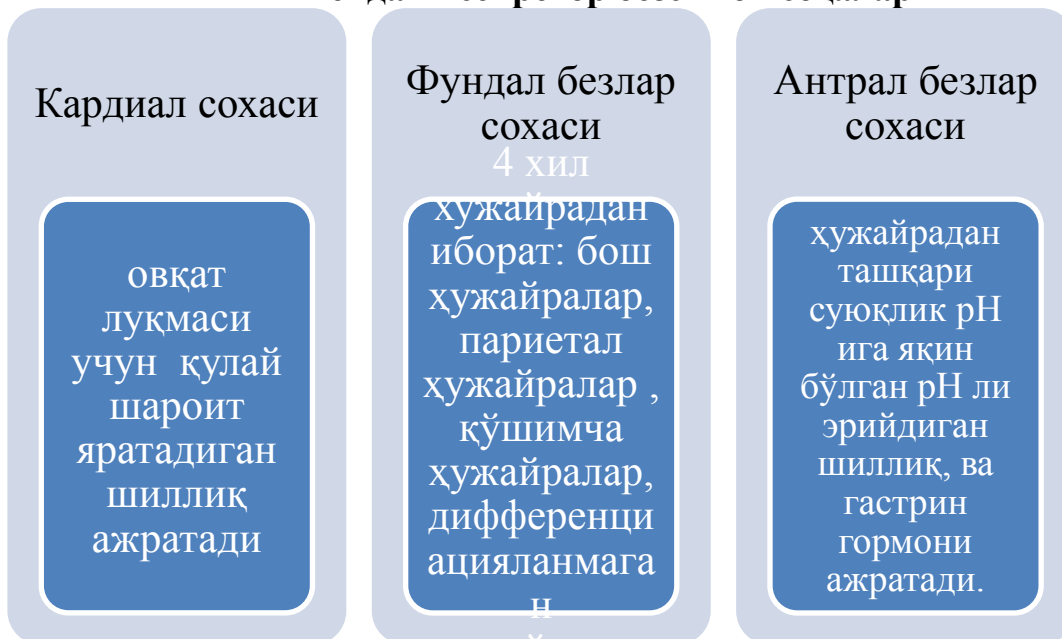
3-илова

Меъда секрецияси хазм жараёнидаги фазалари



4-илова

Меъдани секретор безсимон соҳалари



5-илова

Яра касаллигини пайдо килувчи омиллар



Меъда ярасини турлари



меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллигини асоратлари



Меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллигини асосий текширув усуллари

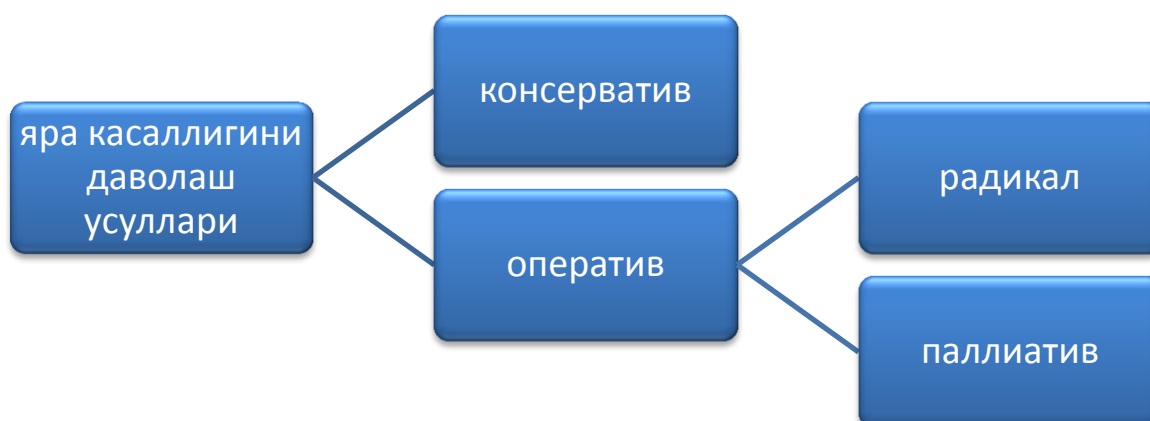


Меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллигини асосий объектив белгилари



10 –илова

меъда ва 12 бармокли ичакни даволаш усуллари



12-илова

МУСТАКИЛ ТАЙЁРЛАНИШ УЧУН УСЛУБИЙ КУРСАТМАЛАР.

Мустакил урганадиган саволлар

1. «Сурункали яра касаллиги» асоратларининг турлари, этио. патогенези, таснифи, клиникаси, диагностика ва даволаш, улим сабаби.
2. Операциядан олдин беморларни операцияга тайёрлаш муолажаларини узлаштириш.
3. «Сурункали яра касаллигини» турли формаларини диагностика қилиш усуллари узлаштириш.

4. Беморларда операциядан кейинги даврдаги даволаш усулларини узлаштириш.

5.«Сурункали яра касаллигини» даволашда кулланиладиган операциялар турларини урганиш.

13-Илова

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. 32-ёшли эркек киши тез ёрдам машинаси билан куйидаги шикоятлар билан мурожат килиб келди: умумий камкуватлик, бош айланиши, кузларида коронгулик ва куп микдорда кора рангли усулда ахлат ажралишига. касаллик 2 кун давом етган.

Объектив: текшириш: умумий ахволи уртача огирликда, бемор окарган, юзи ёпишкок совук тер билан копланган. Пульс 1- мин да 120- та, А/Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам корни юмшок, огриксиз.

1. Ташхис куйиш учун яна канака кушимча текшириш методларини куллаш керак?

2. Кора ахлат нима деб аталади.

3. Сизнинг ташхисингиз?

4. Даволаш услуби.

2. Бемор клиникада гастродуоденал кон кетиш билан ёткизилди. Килинган гастродуоденоскопия меъдадан куп сонли кейин куп сонли кон кетувчи эрозия борлигини курсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни кандай даволаш керак?

3. «К» исимли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал сохада огирлик сезиш, озгинлик, озгидан ёмон хид келиши, бир неча кун илгари еган овкатларини кусиб ташлаш, ва уз ахволини енгиллатиш максатида суний кусиш чакиришга шикоят килади.

Объектив текшириш: Бемор кескин орриклаган, териси курук, енгил бурмаланади. Корнинг юкори ярмида дамланиш булганлиги учун корни ассимерттик юмшок кам огрикли. Тукуллатиб куйилганда оррикланган кориннинг олдинги девори оркали ошкозон перистальтикаси курилади. 5-б кунда бир марта тахоратга чикади. Кон анализи: эритроцитлар сони 6,200000: гемоглобин-98гр/л, хлоридлар микдори камайган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.

2. Бемор кескин оррикланганда гемоглобин ва эритроцитлар микдорининг куплигини нима билан тушунтириш мумкин.

3. Ташхис куйишда яна канака кушимча текшириш методларини куллаш мумкин.

14-илова

НАЗАРИЙ КИСМ. Анатомик - физиологик маълумотлар. Меъда чап қовурғалар остида ва қориннинг чап ярмида жойлашган, унинг чиқиш қисмигина ўрта чизикдан ўнгга ўтади. Меъда тўлганда унинг катта эгрилиги киндик соҳасида проекцияланади. Меъдада кардиал бўлим, туби, танаси, антрал бўлим, пилорик канал фарқ қилинади. Пилорик қисқич меъда билан 12-бармоқли ичак ўртасидаги чегара ҳисобланади.

12-бармоқли ичак меъда ости беги бошчасини тақа кўринишида букиб, Трейц бойлами олдида дуоденоеюнал букилма ҳосил қилади. 12-бармоқли ичакда 4 қисм қайд қилинади: юкори горизонтал, пастга тушадиган (унга умумий ўт йўли ва меъда ости беги йўли қуйилади), пастки горизонтал ва юқорига кўтариладиган қисм.

Меъда танаси билан антрал бўлим ўртасида бурчак кемтигига мувофиқ келадиган оралик эгат чегара бўлиб ҳисобланади. Меъдани шу тарзда бўлиш меъданинг гистологик тузилишига ва физиологик хусусиятларига мувофиқ, келади.

Меъда қон билан қорин аортаси тармоқларидан таъминланади. Томир-ларнинг аъзолар ичидаги катта алоқалари, уларнинг анастомозлари қон таъминотининг мўллигини келтириб чиқаради. Бу ҳол эрозиялардан ва яралардан қон оққанда қон кетишини тўхтатишни қийинлаштиради. Меъда веналари артерияларга мос келади ва қопка вена тармоғи ҳисобланади. Меъда кардиал бўлимининг шиллиқ, пардаси остидаги қаватда веноз чигаллар портал системани юкори ковак вена системаси билан туташтиради, бу портал гипертензияда веналарнинг варикоз кенгайишини диагностика қилишда ва даволашда фоят муҳим.

Меъдадан лимфа оқиб кетадиган йўллар меъдада онкологик жараён сабабли ўтказиладиган радикал операцияларда муҳим аҳамиятга эга. Асосан томирлар йўли бўйлаб жойлашадиган асосий лимфатик соҳалар сони 3 та:

1) чап меъда артерияси соҳаси; 2) талоқ артерияси бўйлаб ўтган лимфатик томирлар; 3) жигар артерияси бўйлаб жойлашган лимфатик тугунлар.

Бу учала асосий артериялар тармоқлари бўйлаб жойлашган тугунлар биринчи тартибдаги лимфатик тугунлар, бу артерияларнинг ўз тутами бўйлаб жойлашгани - иккинчи тартибдаги тугунлар, қорин артерияси бўйлаб жойлашгани эса учинчи тартибдаги лимфатик тугунлар деб аталади. Меъдани интрамурал нерв чигаллари, адашган нервлар ва қуёш чигалидан симпатик нервлар иннервация қилади.

Меъда функциясини идора қилишда олдинги ёки орқа, баъзан эса ҳам олдинги, ҳам орқадаги қўшимча тутамлар кўринишидаги адашган нервлар, ўнг тутамдан чиқадиган ва қизилўнғачнинг орқа чап юзаси бўйлаб меъда тубига Гис бурчаги соҳасида борадиган Грасси қўшимча тармоғи муҳим аҳамиятга эга. Бу қўшимча тармоқлар ваготомиядан кейин яра касаллигининг қайталанишида муҳим роль ўйнайди. Адашган нерв тутамлари секретор фаолиятини бошқарадиган Латарже олдинги ва орқа тармоғи билан тугалланади, унинг охириги 2-4 тармоқлари эса мотор функциясини бошқаради. Олдинги ва орқа Латарже тармоқлари орасида антрал бўлим соҳасида ҳам, танаси ва ҳатто кардия соҳасида ҳам коллатераллар бўлади.

Меъда секрецияси бутун ҳазм қилиш даври мобайнида ўзаро таъсир қиладиган нейрогуморал механизм билан амалга оширилади. Адашган нервлар I фаза деб аталадиган нейроген фазани таъминлаб беради, у ўрта ҳисобда тахминан ярим соат давом қилади ва секрециянинг гўё иш солиш механизми ҳисобланади. Айни вақтда адашган нервлар овқатнинг меъдадан 12-бармоқли ичак моторикасини ва эвакуациясини таъминлаб беради. Охириги маълумотларга кўра овқат ейилгандан кейин меъдани бўшашиши ноандренергик тормозланиш нерв толалари томонидан амалга оширилади.

Меъда секрециясининг (II фаза) гуморал рағбатлантиришни 1905 йил Эдкинс кашф этган ва 1964 йилда Грегори ва Траси соф ҳолда ажратиб олган гастрин воситасида амалга оширилади. Гастрин меъданинг антрал бўлими шиллик пардасида жойлашган хужайралар (уларнинг 90% гача), 12- бармоқли ва оч ичакларнинг проксимал қисмларида, ҳатто меъда ости безидаги хужайралар томонидан синтез қилинади. Физиологик шароитларда С-хужайралар оксили овқат, пептонлар, аминокислоталар, адашган нерв кабилар билан рағбатлантирилади ва энди унинг ўзи ички омил ишланиши, хлорид кислота, пепсин, меъда ости беши ферментлари секрециясини рағбатлантиради, меъда ва оч ичак перистальтикасини кучайтиради.

Ичак фазаси (III фаза) механизми унчалик равшан эмас: айрим муаллифлар ингичка ичакнинг юқори бўлимларида меъда секрециясини рағбатлантирадиган энтерогастрон ҳосил бўлади деб ҳисобласалар, бошқалари ингичка ичакда оксил парчаланишида гистамин ҳосил бўлади деб ҳисоблайдилар. Маълумки, ингичка ичак секрецияни фақат кўзғатиш таъсирига эмас, балки тормозлаш таъсирига ҳам эга. Бироқ, бу вагус иннервацияси сақланиб қолган тақдирдагина шундай бўлади.

Меъдада 3 та секретор безсимон соҳалар фарқланади:

1. Кардиал - овқат лўқмаси учун қулай шароит яратадиган шиллик ажратади.

2. Фундал безлар, хужайраларнинг 4 туридан ташкил топган: бош хужайралар пепсиноген ажратади, париетал (ёки қоплама) хужайралар хлорид кислота ва Кастл ички омилни ажратади; қўшимча хужайралар буфер хоссаларга эга шиллик ишлаб чиқаради; дифференциацияланмаган хужайралар - улардан қолган хужайралар ривожланади.

1. Антрал безлар хужайрадан ташқари суюқлик рН ига яқин бўлган рН ли эрийдиган шиллик, ва гастрин гормони ажратади.

Меъданинг цилиндрсимон эпителий билан қопланган бутун шиллик пардаси шиллик пардани ўз-ўзини ҳазм қилишдан ҳимоя қиладиган ва уни парда кўринишида бекитиб турадиган асосий восита ҳисобланган шиллик ажратади.

12-бармоқли ичак шиллик пардасида эндокрин хужайралар жойлашади: гастрин ишлаб чиқарадиган С-хужайралар, S-хужайралар - секретин, J – хужайралар - панкреозимин.

Бир сутка ичида меъдада 1 л гача меъда шираси ҳосил бўлади. Овқатда хлорид кислота, пепсиногендан ҳосил бўладиган пепсин томонидан хлорид кислота таъсири остида ишлов берилади. Овқатнинг 12-бармоқли ичакка порция-порция бўлиб тушишини пилорус ва меъданинг антрал бўлими функцияси таъминлаб туради.

Диагностик текшириш усуллари

Меъда шираси анализи. Текширув наҳорда ўтказилади. Меъда ингичка зонд билан зондланади ва йиғилган суюқлик аспирация қилинади. Сўнгра 1 соат мобайнида суюқликни доимий аспирация қилиб, кислотанинг базал ишланиши текширилади. Кислотанинг базал ишланиши кўрсаткичлари бўйича вагус тонуси ва унинг секретор аппаратга таъсири тўғрисида билвосита хулоса чиқариш мумкин.

Максимал гистамин (пентагастрин) тести — секрецияни ўрганишнинг энг аҳамиятли усуллари: меъда ширасининг ажралиши бўйича шиллик парда патоморфологияси ҳолатига баҳо бериш мумкин. Гистаминнинг қўшимча таъсири бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, олдиндан антигистамин препаратлар юборилади. Меъда суюқлиги 1 соат ичида (0,024 мг/кг дозада гистамин юборилгандан кейин 30 минут ўтгач) аспирация қилинади. Секреция ҳажми, умумий кислоталик ва озод хлорид кислота титрлаш бирликларида, хлорид кислота дебити ммоль/соат ҳисобида қуйидаги формула бўйича аниқланади:

$$\text{НС1 дебити} = \text{меъда шираси ҳажми(мл)} \times \text{НС1 титр бирлиги} \quad 1000$$

Максимал гистамин (пентагастрин) тестларининг қуйидаги норматавлари фарқ қилинади: соатлик ажралиши – соатига 180 - 220 мл; кислотанинг базал ишланиши –соатига 18 - 20 ммоль; ёши улғайган ва кекса одамлар учун улар бирмунча паст - соатига 15 - 20 ммоль. Нормада базал секреция кўрсаткичлари: соатлик ажралиши - соатига 50 - 100 мл; кислотанинг базал ишланиши - соатига 4,5— 5,5 ммоль.

Меъда ярасида секреция кўрсаткичлари нормоцид ёки гипоацид, 12- бармоқли ичак ярасида - гиперацид (соатига 40 - 45 ммольгача), секрециянинг бирмунча юкори кўрсаткичларида (гиперсекреторлар) Золлингер - Эллисон синдроми бўлиши мумкинлиги ҳақида ўйлаш лозим (бундай ҳолларда зардоб гастринини ўрганиш зарур).

Холландер инсулин тестини қўлланишда 10 кг тана оғирлигига 2 ТБ ҳисобидан венага инсулин юборилади, унда меъда ширасини 2 соат ичида йиғилади (ҳар 15 минутда 8 порция). Тест қондаги қанд микдорини назорат қилган ҳолда ўтказилади. Бу тестни қўлланиш адашган нервнинг меъда секрециясига таъсирини тадқиқ қилиш имконини беради. Бирок, у Кей тестига қараганда кам маълумот беради, уни ҳозирги вақтда ҳам қўлланилади. Ёши улғайган ва кекса одамларда меъда секрециясини текиришда Кей тести билан чегараланиш лозим.

Радиотелеметрия ва рН-метрия. Биринчи усулда меъдага рН муҳити ўзгаришини қайд қиладиган митти капсула - радиоузатгич ўрнатилади, у маълумотни қабул қилиб қайд этадиган мосламага узатади ва лентага эгри чизик кўринишида ёзилади.

Бернар зонди (1968) билан рН ни интрагастрал аниқлаш усули ҳам бор. Бу усул беморлар учун оғирроқ бўлсада, бироқ рН ни танада ҳам, антрал бўлимда ҳам бирданига аниқлашга имкон беради.

Аспирацион усул билан меъда ширасида рН ни аниқлаш ўртасидаги муҳим фарқ шундаки, биринчи ҳолда НС1 текширилади, иккинчисининг ёрдамида эса рН нинг ҳақиқий қийматлари бевосита меъда деворида унинг турли бўлимларида бир вақтнинг ўзида аниқланади. Бу усуллар бир-бирига рақобатчи эмас, балки бири иккинчисини тўлдиради. Ёши улғайган ва кекса одамларда, шунингдек оғир ётган ва заифлашган беморларда бу усуллардан биттасини қўллаш мумкин.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги патологиясидаги режали ва шошилишч хирургияда текширишнинг рентгенологик усулларида - обзор рентгенография (озод газ борлигини аниқлашда яра тешилганига шубҳа бўлганда ёки яра перфорациясида), пневмогастрографияга (шубҳали ҳолларда меъдага 2—3 л газ инсуфляция қилиниб такрор рентгенографияда) катта аҳамият берилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакни контраст рентгенологик текшириш наҳорда ўтказилади. Бунда барий сульфат қабул қилишдан олдин меъдада эвакуация ёки гиперсекреция бузилишлари содир бўлганидан далолат берадиган талай микдордаги суюқликни аниқлаш мумкин, уни зонд билан чиқариш керак. Озроқ микдордаги барий аралашмаси қабул қилингандан сўнг шиллик парда рельефи аниқланади, сўнгра “тиғиз” тўлдиришда шакли, жойлашиши, катта-кичиклиги, контурлари, сўрилувчанлиги, бўшалишнинг бориши ва бошланиш муддатлари, патологик ўзгаришлар (тўлиш нуқсонлари, «токча» симптоми), газ пуфаги ҳолати, унинг деформацияси, оғриқ нуқталари аниқланади. Динамик, флюорографик, кинематографик текширув электрон-оптик

ўзгартиргичдан фойдаланиб олиб борилганда меъда моторикасини, унинг турли бўлимларини ва эвакуация муддатларини қайд қилиш мумкин.

Қатор ҳолларда икки ва уч марта контрастлашдан фойдаланилади. Икки марта контрастлаш иккита вариантда қўлланилиши мумкин:

- 1) меъдага контраст аралашма ва газ киритиш;
- 2) меъдага газ киритиш ва пневмоперитонеум ҳолатида билан томография ўтказиш.

Уч марта контрастлаш - бу меъдага газ киритиш, пневмоперитонеум ва контраст аралашма ичиришдан иборат.

Дуоденография 12-бармоқли ичак ҳолатини батафсил ўрганиш учун (асосан панкреатобилиар соҳаси ҳолатини ва жараённи ўрганиш учун) ўтказилади.

Гастродуоденофиброскопия — меъда ва 12-бармоқли ичак томонидан патологияни аниқлашнинг энг кўп маълумот берадиган усули бўлиб, фибротолали оптика ёрдамида ўтказилади. Эрталаб наҳорда бажарилади, бироқ шошилиш ҳолларда зарурат бўлганда сутканинг ҳар қандай вақтида меъда бўшалишидан сўнг ўтказилиши ҳам мумкин.

Текширишнинг бу замонавий турлари ёрдамида шиллиқ пардада бўлган ҳар қандай арзимаган ўзгаришлар: эрозия, йиртилиш, яра, бошланғич босқичдаги ўсмалар аниқланади, биопсия қилиш имконияти борлиги хавфли ўсмалар ва меъда ярасини дифференциал диагностика қилишда бу усулнинг ниҳоятда қимматли эканлигини кўрсатади. Бу усул операция қилинган меъда шиллиқ пардаси, чоклар, ингичка ичак ҳолати тўғрисида етарлича аниқ тасаввур беради. Бу усул меъдада кам шикастлайдиган альтернатив операциялар қилишга, операциядан кейинги эрта даврда даво тадбирлари (қон кетишини тўхтатиш, тўсиқ, соҳасига зондлар киритиш ва бошқалар) ўтказишга имкон беради.

Лапароскопия шубҳали ҳолларда яра перфорациясини қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари патологиясидан дифференциация қилади, хавфли жараённинг тарқалганлигини аниқлаб беради, биопсия олишга имкон беради.

МЕЪДА ВА 12- БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИ

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшлиқда унинг дуоденал формаси, кексалиқда меъда яраси учрайди. Эрак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улғайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан яра касаллиги 2 - ўринни эгаллайди (юрак-томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги этиологияси мураккаб ва ҳал қилинмаган масала ҳисобланади. Ҳозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи: нерв, гуморал ва маҳаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташқи муҳит шароитлари муайян роль уйнайди. Меъда яралари шиллиқ пардага химиявий ва физик омиллар, дори препаратлари таъсирдан, қон айланишининг бузилиши, гипоксия ва бошқалардан пайдо бўлади, бу шиллиқ парда бутунлиги бузилишига олиб келади.

Ульцероген омилларга (М. И. Кузин бўйича, 1986) қуйидагилар: туғма (париетал хужайралар массаси ошиши, нерв системаси реактивлиги хусусиятлари, О/І (қон группаси); стресс ҳолатлар (касбкорга оид ва руҳий зўриқишлар, шикастлар, куйиш, сепсис); кислотали-ишқор мувозанат ҳолатининг бузилиши, антродуоденал дисмоторика; овқатланишнинг нотўғри мароми; сурункали оч қолиш; дори-дармонлар (ацетилсалицилат кислота, индометацин, глюкокортикоидлар); эндокрин безлар таъсирлари (гипокалиемиа, сурункали панкреатит ташқи секретор функциянинг пасайиши билан, Золлингер - Эллисон синдроми; калқонсимон олди беши, гипофиз, буйрак усти беши аденомаси); жигар, буйрак, ўпканинг сурункали касалликлари, қон айланишининг ўткир ва сурункали бузилишлари.

Меъда ва 12-бармоқли ичакда яра дефекти ҳосил бўлишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллиқ парда шикастлари, овқатланиш омиллари ва ташқи муҳит таъсирлари) ва химоя омиллари (шиллиқ парда резистентлиги, ишқорий секретция, антродуоденал кислота «тормози», овқат характери ва бошқалар ўртасидаги динамик мувозанатнинг бузилиши имкон беради.

Яра касаллиги пайдо бўлиш механизмининг мураккаблиги ҳисобига олинадиган бўлса, консерватив даволашнинг ҳам, операция усулини танлашнинг ҳам қийинлиги ўз-ўзидан равшан бўлади.

Патологик анатомияси. Меъда ва 12-бармоқли ичак шиллиқ пардаси ва бирмунча чуқур жойлашган деворларининг дефекти (нуқсони) яра дейилади, унинг ўлчамлари ва чуқурлиги ҳар хил бўлиши - юза ярадан (шиллиқ парда чегарасида), то унинг ҳамма қатламларини қамраб оладиган чуқур (перфоратив ва пенетрация қиладиган) яраларгача, бир неча миллиметрдан, то «гигант» яраларгача (3-5 см ва ундан катта) бўлади. Меъда яралари асосан кичик эгриликда, камроқ - танасида ва катта эгрилигида, 12-бармоқли ичакда - унинг пиёзча қисмида, камроқ - постбульбар қисмида жойлашади. Яра битгандан кейин меъда пиёзча қисми шаклини бузадиган чандик қолдиради, баъзан чиқиш қисми торайишига - стенозига олиб келади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги одатда навқирон ва ўрта ёшда бошланади, бироқ 60 дан ошган одамларда пайдо бўлиши ҳам мумкин («кечиккан» яралар). Кечишининг даврийлиги, мавсумий (баҳор-кузда) кўзиши, кундузги мароми, тунги оғриқлар ва овқат ейилгандан кейин тинчийдиган оч оғриқлар, жиғилдон қайнашига хос бўлади. Оғриқ мароми ифодаланган: очликда - оғриқ бошланади, овқат ейилганда - енгиллашади, очликда - яна оғриқ бошланади. Бу «уч фазалилик» жараённинг яққол 12- бармоқли ичакда жойлашганидан дарак берадиган асосий диагностик-анамнестик белги ҳисобланади. Оғриқ характери, доимийлиги ўзгарганда, орқа, елка, куракка ўтганда яра пенетрацияси ҳақида ўйлаш лозим.

Одатда жараён кўзиган даврда пайдо бўладиган қусиш беморга бирмунча енгиллик беради, у нордон, унда овқат аралашмаси бўлмаслиги мумкин. Қусукда овқат бўлиши, айниқса қусишдан бир мунча олдин ёки қусиш олдида овқат ейилган бўлса, бу ҳолда стеноз билан боғлиқ бўлган эвакуация бузилиши тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг умумий ҳолати, одатда, кам ўзгаради ёки умуман ўзгармайди. Беморда озиб кетиш кузатилмайди, бу аксарият беморнинг оғриқни йўқотиш учун овқат еб туришига интилиши билан боғлиқ бўлади. Стеноз пайдо бўлганда ва овқат ўтказувчанликнинг бузилишларида озиб кетиш қайд қилинади, холос.

Дуоденал яра диагностикасида, умумий қабул қилинган текширишлардан ташқари, меъда секрециясини текширишга катта аҳамият берилади. Кислоталиликнинг юқорилиги (бу меъданинг бошқа касалликларида ҳам учрасада) базал даврда ҳам, гистамин ва инсулин билан рағбатлантиришдан кейин ҳам 12-бармоқли ичак яраси учун хос.

Рағбатлантирилган кислоталилик кўрсаткичларининг юқорилиги – гиперсекреция (соатига 40 ммолдан юқори) яра тешилиши (перфорация) ёки қон кетиши каби асоратлар бўлиши мумкинлигини кўрсатади, КБИ (кислотанинг базал ишланиши) нинг юқори кўрсаткичлари Золлингер - Элиссон синдроми борлиги мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда қондаги гастрин микдорини текшириш керак.

МЕЪДАНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИ

Меъда ярасининг 3 тури фарқ қилинади (Jonson, 1965):

I тури - меъда кичик эгрилиги яралари - мезиогастрал яралар;

II тури - меъда ва 12-бармоқли ичакнинг кўшма яралари;

III тури - препилорик яралар. Кўпинча (60% ҳолларда) I типга оид яралар ва 20% да II ва III типларга оид яралар учрайди.

Меъда яраларининг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабчиларидан бири меъдадан пассажни бузилиши натижасида рўй берадиган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги етишмовчилик ҳисобланади. 12-бармоқли ичак ичидаги моддалар (лизолецитин, ўт кислоталари) меъда шиллиқ пардаси химоя барьерини бузади, водород ионларининг жадал тесқари диффузияси эса шиллиқ парданинг бевосита жароҳатига, атрофик гастрит бошланишига олиб келади. Микро- ва макроциркуляция бузилишлари, шиллиқ парда остидаги қават чигали бўлмаслиги, кичик эгрилик соҳасидаги шиллиқ парда томирларининг тугалланиш характери меъда ярасининг энг кўп жойлаша-диган жойини изохлаб беради. Меъда яраларида хлорид кислота микдорининг паст кўрсаткичлари водород ионларининг тесқари диффузлани-ши, қоплама хужайралар массаси камайиб кетган атрофик гастрит билан тушунтирилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари бирламчи дуоденал яра, пилоростеноз ва эвакуация бузилишлари натижасида антрал стаз рўй бериши билан боғлиқ, бу антрал бўлимнинг чўзилишига, гастрин ажралиб чиқишига, гиперсекрецияга ва кейинроқ, меъда яраси ҳосил бўлишига олиб келади.

Препилорик яралар (III тури) пайдо бўлишининг патогенетик механизмлари 12-бармоқли ичак яраларининг пайдо бўлишига ўхшашдир.

Меъда яра касаллигининг клиник манзараси кўп жиҳатдан яра жойлашган жойга, дастлабки умумий статусга, ёшга, асоратлар пайдо бўлишига боғлиқ.

Кардиал оғриқлар ханжарсимон ўсиқ соҳасидаги оғриқ билан кечади, у бел соҳасига, чап елкага, юрак соҳасига ўтади, шу сабабли бу оғриқни стенокардиядаги оғриқ деб ўйлайдилар. Оғриқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлади, овқат ейишдан 20-30 минут ўтиши билан пайдо бўлади.

Медиагастрал яралар аксарият 40 дан ошган кишиларда пайдо бўлади. Асосий белгиси - овқат ейилгандан кейин 30-60 минут ўтгандан кейин оғриқ пайдо бўлишидир. Оғриқ пайдо бўлиш муддатининг яранинг жойлашувига бевосита боғлиқлиги қайд қилинади. Оғриқ одатда 1-1,5 соат, яъни овқат меъдадан чиқиб кетгунча давом қилади. Оғриқ характери, пайдо бўлиш муддати, кучи ва давомлилиги овқатга, унинг миқдорига, сифатига боғлиқ, кейинчалик эса оғриқ овқат характеридан қатъи назар, ҳар гал овқат ейилгандан кейин пайдо бўлади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллигидан фарқли равишда меъда яраларидаги оғриқлар «икки фазали» бўлади: овқат - оғриқ, тинч шароит - енгиллашув.

Катта эгриликдаги яралар кам учрайди, кўпинча хавфли бўлади, чарвига, йўғон ичакка, талок ва жигарнинг чап бўлагига ўтади.

Пилорус яралари (III тури) клиник жиҳатдан 12-бармоқли ичак яраларига ўхшаш, бироқ малигнизацияланишга мойил (2-3% ҳолларда).

Ёши улғайган ва кекса одамларда яралар атурик, кўпинча асоратлар ривожланиши билан ўтади. 60 ёшдаги беморларда пайдо бўлган яралар «эски», бу ёшдан кейин пайдо бўлган яралар «кечиккан» яралар дейилади. Меъда яралари учун «қарилик» яралари хос, улар ўткир бошла-нади, ясси, йирик бўлади, ярадан қон кетишига мойил бўлади, уларнинг сабаби - атрофик жараён, томир патологияси.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги симптоматикаси кекса кишиларда кам ифодаланган - кучли оғриқ, бўлмайти (диаметри 3 см дан катта «гигант» яралардан ташқари), циклилик, мавсумийлик йўқ, камқонлик, озиб кетиш ифодаланган. 12- бармоқли ичакнинг «кечиккан» ва «эски» яраларида меъда шираси кислоталигининг кўрсаткичлари сақланиб қолган ёки ҳатто юқори рақамларда бўлади.

Ўсмирларда яра касаллиги оғриқ, қусиш, дуоденал яранинг бир ёки бир неча асоратлари ривожланиши: яра тешилиши, пенетрация, стеноз, қон кетиши ҳолатлари кузатилади.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 4

Мавзу: Меъда ва 12 бармоқ яра касаллигини асоратлари (қон кетиш, перфорация). Меъда касаллиги билан боғлиқ бўлган ва алоқаси бўлмаган қон кетиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; қон кетиш даражасига қараб таснифланиши; қон кетиш маибаини аниқлашда эндоскопияни ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; яра билан боғлиқ бўлмаган холдаги меъдадан қон кетиш (Меллори-Вейс синдроми, геморрагик эрозив гастрит, емирилаётган ўсма, жигар циррози-портал гипертензия, қизилўнгачни варикоз кенгайган веналар) фарқлаш; даволаш тактикаси; гомеостазни коррекцияси, анемияга қарши кураш, ошқозон-ичак тизими, юрак-қон томир на ўпка системаларни операцияга тайерлаш.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Талабалар сони: 10 тадан 12 гача	Вакт – 5 соат
Мавзу: Меъда ва ун икки бармоқ ичак сурункали яра касаллиги.	
Уқув дарсининг шакли	Билимни чуқурлаштириш ва кенгайтиришга қаратилган амалий машгулот

Амалий дарсда муҳокама киланадиган саволлар:	1. Меъда ва ун икки бармок ичак яраларидан кон кетиш.
	2. Яралардан кон кетиш омиллари.
	3. Касаллик этиопатогенезидаги замонавий карашлар.
Амалий дарснинг мақсади: мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	
Укитувчининг мақсади:	Укув фаолиятининг натижалари Талаба билиши зарур:
1. Мавзунинг узлаштиришда ақлий мотивацияни яратиш	1. Меъда ва ун икки бармок ичак яра касаллигига таъриф бериш.
2. Мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	2. Касалликнинг замонавий этиопатогенезини билиши.
3. Укув билимларини куникмалар тизимини ишлаб чиқиш, таккослаш, умумлаштириш ва таҳлил қилиш.	3. Хасталикнинг клиникасини билиб, симптомлар мажмуасини таърифлаб бера олиши.
4. Узининг позициясини шакллантиришни ва баён қилишни ташкиллаштириш.	4. Замонавий инвазив ва ноинвазив диагностика усулларини, уларни куллашга курсатмаларни билиши. Касалликни бошқа корин бушлиги аъзолари патологиялари билан дифференциал таккослаш олиши.
5. Коммуникация куникмаларни, гуруҳ ва жуфтликларда ишлашни ривожлантириш.	5. Меъда ва ун икки бармок ичак яра касаллигини консерватив ва замонавий хирургик даволаш усулларини мукамал билиш.
Укитиш усуллари ва техникаси	Айтиб бериш ва дискуссия усуллари: презентация, блиц-суров, «Биргаликда урганамиз», «Юмалок стол», диаграммалар, концептуал жадвал
Укитиш жихозлари:	Кургазма куроллар, маркерлар, скотч, А32 форматдаги коғозлар.
Укитиш шакллари:	Индивидуал, фронтал иш, гуруҳ ва жуфтликларда график-организер, компьютер ва информацион технологияларни куллаб ишлаш
Укитиш шароитлари:	Гуруҳларда ишлашга мулжалланган техник жихозланган аудитория

Амалий машғулотнинг технологик картаси

Боскичлари, вақти	Укитувчининг фаолияти	Талабаларнинг фаолияти
1 боскич Мавзуга кириш қисми (15 дақиқа)	1.1. Машғулотнинг мавзусини, мақсадини ва режалаштирилаётган натижаларини ҳамда дарснинг режасини айтиши.	1.1. Эшитишади ва ёзиб боришади.
	1.2. Асосий тушунчалар буйича блиц-суров туқазил. Меъда ва ун икки бармок ичак ярасидан кон кетишга таъриф беришни таклиф қилади. Масалан, қуйидаги савол берилади: «Меъда ва ун икки бармок ичак ярасидан кон кетиш деб нимага айтилади?» «кон кетиш нима?» «Улар уртасидаги фарқ нимадан иборат?» 1-2 та жавобни эшитгач, гуруҳларда вазифани бажарилиши, уларни презентация қилиниши	1.2. Саволларга жавоб беришади.

	жараёнида мухокама килишини айтади. Хар бир талаба гуруҳда вазифанинг бажарилишидан кейин индивидуал бахоланиши тушунтиради. (2 илова). Гуруҳларнинг биргаликда бажарилган вазифалари плакат коғозларда курсатилишини айтади.	
2 боскич Гуруҳларда ишлаш. (60 дақиқа)	2.1. Табалаларни 3 та гуруҳга булишади. Уқув вазифани таркатади. Канака уқув натижаларни олинанишини айтиб утади. Баҳолаш курсатгичлари ва мезонларини тушунтиради. Канака қушимча материаллардан (маъруза, адабиётлар) фойдаланиш мумкинлигини айтади. Гуруҳларда ишнинг бошланишини эълон қилади.	2.1. Уқув вазифалари, билан танишиб чиқишади, баҳолаш курсатгичлари ва мезонлари билан танишиб чиқишади. Вазифани бажаришга киришади.
боскич Презентация (55 дақиқа)	3.1. Гуруҳларда презентацияни ва узаро баҳолашнинг натижаларини ташкиллаштиради. Билимларни умумлаштиради, хулосаларга алоҳида эътибор бериб, вазифа қандай бажарилганлигини умумлаштиришади.	3.1. Презентация қилишиб, бир бирларини тулдиришади ва узаро баҳо беришади.
боскич Хулосавий (10 дақиқа)	Бажарилган ишларни хулоса қилади. Мустақил иш мавзусини беради: «Меъда ва ун икки бармок ичакнинг уткир эрозиялари. Дорилардан кейинги яралар этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш» мавзусини ёзма равишда ёритиш.	Эшитишади, аниқлашади. Вазифани ёзишади.

Такдимот материаллари.

72. -илова	Кон кетишини умумий белгилари.
73. -илова	Кон кетишини даражалари
74. -илова	Тешилган яралар таснифи
75. -илова	Перфорацияларда мондор триадаси
76. -илова	Муаммони ҳал қилишнинг «КАНДАЙ» диаграммаси (кон кетишини консерватив даволашнинг тамойиллари
77. -илова	ВЕНН диаграммаси билан кон кетиши ва перфорацияларни таҳлил қилиш.)
78. -илова	Меъда яраси тешилиши патогенезини «НИМАГА» диаграммаси билан ифодаланиши
79. -илова	Меъдадан кон кетганда даволашга мулжалланган концептуал жадвал
80. -илова	Интерактив усул «айлана стол усули»
81. -илова	Назарий қисм
82. -илова	Амалиёт учун слайдлар

Назорат саволлари.

36. Перфоратив яра касаллигида беморларнинг асосий шикоятлари?
37. Перфоратив яра касаллигида бемор қуранниши ва пальпация қилинганда узгаришлар?
38. Перфоратив яра касаллигида беморни қорни соҳаси перкуссия қилинганда аниқланадиган энг информатив симптом?
39. Перфоратив яра касаллигини тасдиқлайдиган рентгенологик белги?
40. Перфоратив яра касаллигининг клиник белгилари?

41. Перфоратив яра касаллигида кулланиладиган типик операция?
42. Яра касаллигида перфоратив тешикни тикиш иложи булмаган холда кулланиладиган операия турлари?
43. Перфоратив яра касаллигида кайси холларда радикал операция килинади?
44. яра касаллигида кон кетишининг сабаблари?
45. Уткир гастродуоденал кон кетишда беморлар огир холати нима билан боглик булади?
46. Гастродуоденал кон кетишда беморларнинг асосий шкоятлари?
47. Гастродуоденал кон кетишнинг сабабларини аниклаш усуллари?
48. Давом этаётган ёки кайталанган кон кетишда жаррох тактикаси?
49. Тухтаган гастродуоденал кон кетишда даволаш тактикаси?
50. Яра касаллигида кон кетганда килинадиган операция хажмини аниклайдиган омиллар?
51. Гастродуоденал кон кетишда кулланиладиган операциянинг минимал хажми?
52. 12 бармок ичак яра касаллигида кон кетганда кулланиладиган энг асосий операция?
53. Меъда яра касаллигида кон кетганда кулланиладиган энг асосий операция?

ЎҚУВ ТОПШИРИҚЛАР

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

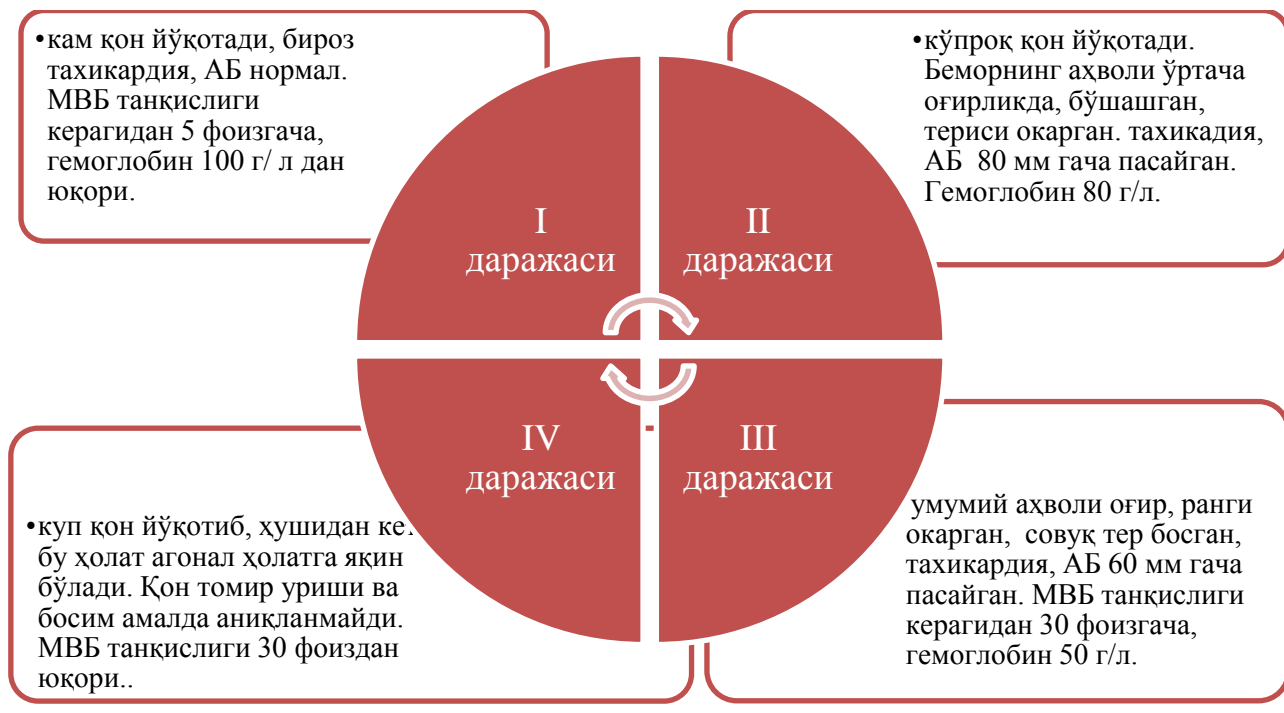
- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;

ТАХЛИЛИЙ КИСМ

Илова 1. Кон кетишини асосий умумий белгилари.



Илова 2. Кон кетишини даражалари.



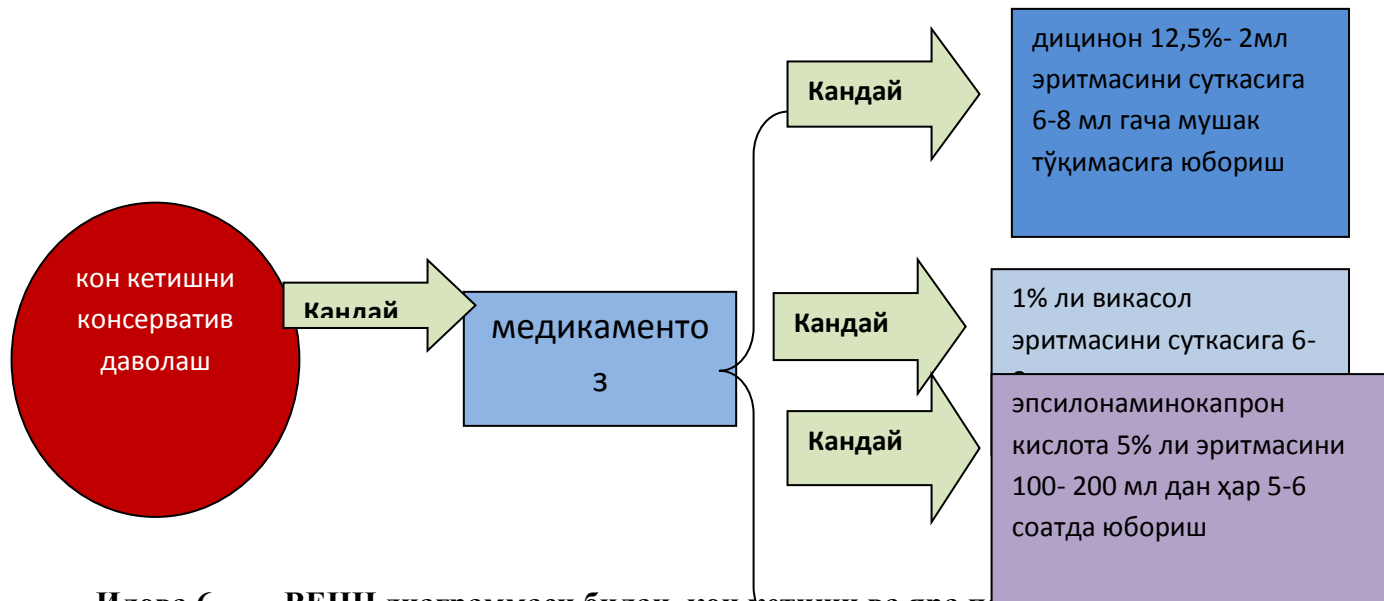
Илова 3. Тешилган яралар таснифи.



Илова 4. Перфорацияларда Мондор триадаси.



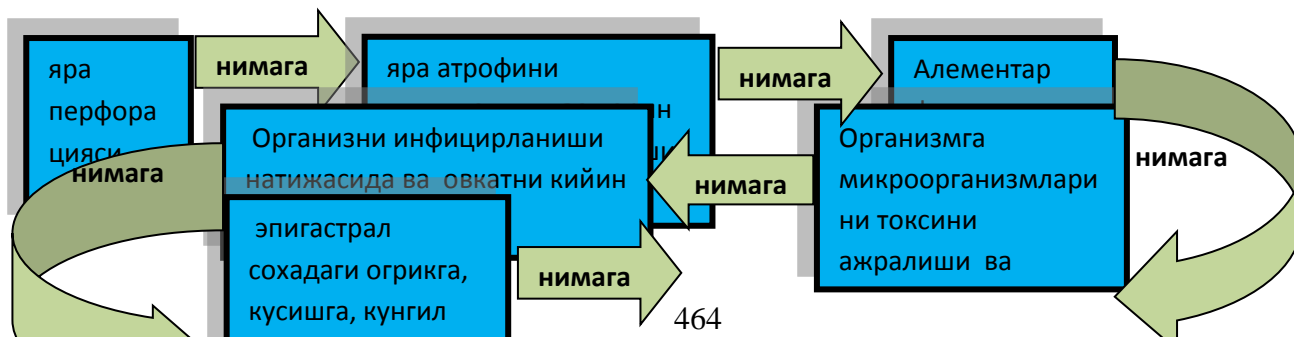
**Илова 5. Муаммони хал қилишнинг «КАНДАЙ» диаграммаси
(кон кетишни консерватив даволашнинг тамойиллари)**



Илова 6. ВЕНН диаграммаси билан кон кетиши ва яра перфорацияларини тахлил қилиш.



Илова 7. Меъда ярасини тешилиши патогенезини «НИМАГА» диаграммаси билан ифодаланиши



Илова 8. Меъдадан кон кетганда давол **нсенптуал жадвал**

ярани чукурлашишига ва тешилиш , кон кетиши хафви ошишига

Кон кетишида интенсив терапияни у	препаратлар
Интенсив терапия тамойиллари	препаратлар
Гемостатиклар юбориш	Аминокапрон кислота, дицинон, этамзилат, викасол
Кон таркибий кисмларини куйиш	Эритроцитар масса, тромбоцитар масса , натив плазма, креопреципитат
Шокга карши курашиш	Реополиглюкин, полиглюкин, гемодез, реамберин, глюкоза, физиологик эритма
Меъдани локал гипотермия килиш	Муз солинган халталар, муз бўлакчаларини шимдириш, махсус аппарат билан гипотермия қилиш
Эндоскопик усулда тухтатиш	диатермокоагуляция, лазер таъсири

Илова 9.

ИНТЕРАКТИВ УСУЛ:

«айлана стол ўсули»

Амалий машгулот мавзуси: **Меъда ва 12 бармокли ичак асоратлари (ярадан кон кетиши ва перфорация)**

Усулнинг максади:

Беморда меъда ва 12 бармокли ичакдан кон кетганда ёки яра тешилган вақтда клиник курунишларини ажратиш, эрта диагностикаси ва шошилиш операцияга тайёрлаш муҳокамасида талабалар эътиборини мавзуга жалб қилиш, уларни фаоллигини ошириш, билиминини кенгайтиришга қаратилган.

Усулдан кутиладиган натижа:

Талабаларга беморда меъда ярасидан кон кетганда ёки яра перфорация булган ҳолатларда клиник кечиши, эрта диагностикаси ва шошилиш операция усулларини ушлаштиради.

Усулнинг хронологияси: 30 дақиқа.

1. Бошловчи ассистент.
2. Гуруҳнинг барча талабалари . керакли жихозлар доска, буркоғоз калам.

Машгулот йуналиши:

1. Ассистент ҳамма талабаларга топширик беради:
 - **Меъдадан кон кетганда клиник кечиши, диагностикаси ва куриладиган шошилиш чораларни ёзиб беринг?**
 - **Меъда яраси тешилган вақтда эрта диагностика қилиш ва куриладиган шошилиш чораларни ёзиб беринг?**
 - Талабаларга ёзиш учун бир варақ коғоз беради.
2. Хар бир талаба узининг жавоб вариантини ёзади ва варақни кейингисига узатади, узининг ручкасини эса стол уртасига қуяди.
3. Ассистент гуруҳдаги талабаларни бир хил фаолликда ишлашини назорат қилади.

4. Ассистент талабаларнинг дафтарларига ёзилган ҳамма жавобларни умумий вариантга йигади.

5. **Хулоса:** Ушбу утказилган машгулот усулида талабалар машгулот мавзусига эътибор қаратади, уларни фаол иштирок этишини таъминлайди, машгулотни янада кизиқарли ва жонли чиқишини таъминлаб талабалар фаоллигини оширади.

10- илова

НАЗАРИЙ ҚИСМ. Ярадан қон кетиши. Ярадан қон кетиш яширин ва очикдан-очик бўлади.

Қон меъда ва 12- бармоқли ичак капиллярлари, веналари, артерияларидан ва аъзолардан ташқаридаги томирлардан оқади. «Кичик» деган ном олган кам қон йўқотишларда (50 мл гача) клиник манзара амалда ифодаланмаган бўлади, гарчи давомли «кичик» қон кетишлар ҳам камқонликка олиб келиши мумкин.

Ярадан профуз қон кетиши. Унинг сабабчиси кўпчилик ҳолларда меъда ва 12-бармоқли ичакнинг пенетрацияли яралари ҳисобланади. Кўп марта қон кетиб, аҳвол тобора ёмонлаша бориши мумкин. Яра касаллиги кўзиган даврда, баҳор-куз мавсумида қон кетиш ҳоллари кўпайиши қайд қилинади. Қон кетишининг пайдо бўлишида ичкилик ичиш, дори-дармонлар қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота, бутадион, резерпин, глюкокортикоидлар, антикоагулянтлар ва бошқалар) ҳам сабабчи бўла олади.

Яра касаллигининг қон кетиш билан асоратланиши 15-20 фоизни ташкил этади. Яра касаллигидан беморларнинг ўлими сабаблари орасида қон кетиши биринчи ўринни эгаллайди. Ўткир гастродуоденал қон кетишларининг клиник манзараси уларнинг сабабларига, қон йўқотиш даражасига ва асосийси, қон кетиш интенсивлигига боғлиқ.

Қон кетишининг асосий белгилари - умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери ва шиллик пардаларнинг бўзарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босим пасайиши; коллапс ривожланиши мумкин.

Гастродуоденал қон кетишининг бош белгиларидан бири «кофе қуйкаси» типидagi ёки қирмизи қон рангли қон аралаш қайт қилиш (гематемезис) ҳисобланади. Қусуқ массаларининг характери бўйича аксарият қон кетиш манбаи тўғрисида хулоса чиқариш мумкин. Қирмизи қизил қон ёки олча ранг ивинди манбаи меъдада бўлган қон кетиши учун, «кофе қуйкасига» ўхшаш қон манбаи 12-бармоқли ичакдан қон кетиши учун хос. Мўл қон кетишларда ҳатто дуоденал ярадан қон аралаш қусиш кузатилиши эҳтимол. Меъдадан қон кетишининг бошқа патогномик симптоми қатронсимон ахлат (мелена), айрим ҳолларда олча ранг ахлат бўлиши мумкин. Қон рангининг ўзгариши меъдада гематин хлорид (яра касаллигида кислоталилик нормал ёки ошган) ҳосил бўлиши билан, қатронсимон ахлат - ичакда гемоглобинлар темир сульфат ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Мўл қон кетиши меъданинг тез бўшалишига, перистальтикаси кучайишига ва қора рангли ёки кам ўзгарган қон аралаш бадбўй мўл суюқ ич келишига сабаб бўлиши мумкин.

Қон кетиш бошланган вақтдан 2-3 сутка ўтгач беморларда тана ҳарорати қон парчаланиш маҳсулотларининг ичакдан сўрилиши ҳисобига кўтарилиши қайд қилиниши мумкин. Жигар-буйрак етишмовчилиги рўй бериши эҳтимол.

Қон кетиши бошланишининг дастлабки соатларида ва ҳатто суткаларида қизил қон кўрсаткичларини ўрганиш ҳақиқий ўзгаришларни ва қон йўқотилишини акс эттирмайди, шунга гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларинигина эмас, балки гематокрит, марказий вена босими (МВБ), глобуляр ҳажм (ГХ) танқислигини ҳам динамик ўрганиш лозим.

Қон кетишининг 4 даражасини фарқ қилинади:

I даражаси - кам қон йўқотади, гемодинамиканинг бузилишлари кам бўлади. Қон томир уриши оз-моз тезлашади, артериал босим нормал. МВБ танқислиги керагидан 5 фоизгача, гемоглобин 100 г/ л дан юқори.

II даражаси - кўпроқ қон йўқотади. Беморнинг аҳволи ўртача оғирликда, бўшашган, тери копламлари рангпар. Қон томир уриши тезлашган, артериал босими симоб устуни ҳисобида 80 мм гача. Гемоглобин 80 г/л.

III даражаси - беморнинг умумий аҳволи оғир, ранги кескин бўзарган, уни совуқ тер босган, қон томир уриши тезлашган, артериал босими симоб устуни ҳисобида 60 мм гача пасайган. МВБ танқислиги керагидан 30 фоизгача, гемоглобин 50 г/л.

IV даражаси - мўл қон йўқотиб, бемор узоқ вақтгача ҳушидан кетади, бу ҳолат агонал ҳолатга яқин бўлади. Қон томир уриши ва босим амалда аниқланмайди. МВБ танқислиги 30 фоиздан

юқори. Бундай кўп қон йукотишлар бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғдиради ва зудлик билан глобуляр ҳажм танқислигини, қоннинг плазма ҳажмини қон қуйиш, эритроцитар масса қуйиш, изотоник эритмалар юбориш билан тўлдиришни талаб этади.

Трансфузион терапия қон йўқотилишига боғлиқ: чунончи, МВБнинг 10 фоизга танқислиги деярли коррекцион терапияни талаб этмайди, МВБ танқислиги 20 фоиз атрофида бўлса, қон ўрнини босадиган суюқликлар (плазма, альбумин, протеин ва б.) қуйилиши шарт. 25-35 фоиз МВБ атрофида қон йўқотилиши эритроцитар масса (1/2 г ҳажм) ва кейинчалик қон ўрнини босадиган суюқликлар (юқори молекуляр декстранлар, кристаллоид препаратлар) билан тўлдирилади.

Қон кетиш сабабини, унинг кучини дифференциал диагностика қилишда, ҳозир шошилишч гастродуоденофиброскопияга катта аҳамият берилади.

Гастродуоденал қон кетиши бўлган ҳамма беморлар унинг кучи ва даражасидан қатъи назар, кечаю кундуз, шошилишч ёрдам кўрсатадиган хирургик бўлимларга ётқизилади. Қон йўқотишнинг оғир даражасидаги, актив қон оқадиган беморлар, ёши улғайган ва кекса одамлар реанимацион бўлимга ёки интензив терапия палатасига ётқизирилиши керак, бу ерда қуйидаги диагностик ва даволаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ ҳислигини тўлдириш учун ўмров ости венасини катетрлаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ сув ёки эпсилонаминокапрон кислота билан ювиш; 3) шошилишч эзофагогастрофиброскопия; 4) оксигенотерапия; 5) кардиотерапия; 6) қон йўқотиш даражасини аниқлаш; 7) гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш учун қон ивиш хусусиятини оширадиган ва қон кетаётган соҳадаги қон оқимини камайтирадиган дори-дармонлар қўлланилади: 1) қуруқ ва натив плазмами 20-30 мл дан ҳар 4 соатда бўлиб-бўлиб юбориш; 2) 1% ли викасол эритмасини суткасига 6-8 мл гача мушак тўқимасига юбориш; 3) вена ичига 1 % ли кальций хлорид эритмаси юбориш (унинг 10% ли эритмасини юборишдан сақланиш керак, чунки у қайта кустириб қон кетишини кучайтиради); 4) желатинол, поливинолни вена ичига юбориш; 5) эпсилонаминокапрон кислота 5% ли эритмасини 100- 200 мл дан ҳар 5-6 соатда юбориш; 6) қон ивиш системасини яхшилашга ёрдам берадиган дицинон, питуитрин ва бошка препаратларнинг эритмаларини вена ичига юбориш; 7) меъдани локал гипотермия қилиш - музли халтача қўйиш, муз бўлакчаларини шимдириш, махсус аппарат билан гипотермия қилиш; 8) эндоскопик тўхтатиш (диатермокоагуляция, лазер таъсири).

Волемик бузилишлар МВБ, умумий статусни қатъий назорат қилиб турган ҳолда коррекция қилиниши (изга солиниши) керак. Беморга қон кетиши тўхтагандан кейин ҳам 10-12 кунгача ўринда ётиш тавсия этилади.

Шошилишч операцияга кўрсатмалар бўлмаганда кейинги тактика ва операция усулини танлаш аниқланмаган ўзгаришларга, беморнинг аҳволига боғлиқ бўлади.

Дастлабки 12-24 соат ичида массив қон кетиши фонида рўйроқ геморрагик шокда шошилишч операция консерватив даволаш наф бермаганда, стационарда қон кетиши қайталанган беморларда ўтказилади.

Шошилишч операция (дастлабки 24-48 соатда) кўп қон кетганда анчагина микдорда қон, суюқлик қуйиш бемор аҳволини яхшиламаганда, МВБ аввалги паст рақамларда қолганда, яъни консерватив даволашдан фойда бўлмаганда ўтказилади.

Ёши улғайган ва кекса ёшдаги одамларда, яра анамнези давомлилигидан қатъи назар қонаб турадиган яралар бўлганда шошилишч операцияларга кўрсатмаларни айниқса кенгайтириш лозим, чунки бу категориядаги беморларда каллэз яралар қонаб туради, қон йўқотишдаги компенсатор механизмлар эса бирмунча пасайган бўлади.

Қонаб турадиган гастродуоденал яраларда операция қилишдан мақсад қон кетишини тўхтатиш ва беморни яра касаллигидан ҳоли қиладиган радикал операцияни имкон борича эрта ўтказишдан иборат бўлади. Меъда яраларида меъда резекция қилиниб, қонаб турган яра олиб ташланади (қон кам йўқотилса ва операциядан хавф кам бўлса); оғир ётган, ёши улғайган ва кекса беморларда - ярани кесиш ёки қонаётган томирни гастротомик кесма орқали тикиш, ваготомия пилоропластика ва билан ўтказилади.

Кўпинча пенетрация қиладиган дуоденал яраларда қонаб турган ярани пилоропластика ва ваготомия (яхшиси, ствол ваготомияси) билан тикиш энг маъқул операция ҳисобланади. Қўшилиб келган яраларда ствол ваготомияси ва антрумэктомия ёки меъданинг бирламчи резекциясини қилиш керак.

Тешилган гастродуоденал яралар

Меъда ва 12-бармоқли ичак яралари перфорацияси - яра касаллигининг энг хавфли асоратларидан биридир: турли муаллифларнинг маълумотларига кўра улар 3 дан 30 фоизгача учрайди.

Яраларнинг тешилиш сабаблари ҳар хил. Кўпинча бундан олдин яра атрофидаги яллиғланиш жараёни кўзиди, симптомлар комплекси кучаяди («продромал» давр), баъзан қорин ичидаги босим ошади.

Яра тешилиши меҳнатга лаёқатли ёшда (20-50 ёш) учрайди. Ёши улғайган ва кекса одамларда яра перфорацияси унчалик кўп кузатилмайди. Яраси тешилган беморларда давомли «яра» анамнези кузатилади, бироқ ёшларда (30 ёшгача) тешилиш батамом тинч шароит фониди пайдо бўлади («соқов» яралар тешилиши).

Беморларнинг 80-85 фоизида 12-бармоқли ичак бошланғич бўлимнинг олдинги деворидаги яра, камроқ - меъда пилорик бўлимидаги яра тешилади.

Касаллик патогенезида меъда ва дуоденал суюқликнинг озод қорин бўшлиғига доимий оқиб туриши катта аҳамиятга эга, у аввалига шокка олиб келади. Кичкина тешикнинг фибрин, чарви, яқинда жойлашган аъзолар, қаттиқ овқат бўлакчаларидан бекилиб қолиши жараённи чегаралайди: бу ҳолда усти ёпиқ перфорация юз бериши эҳтимол. Яра қорин бўшлиғи орқасига, кичик чарвига, кўкс оралиғига тешилганда камдан-кам юзага келадиган атипик клиника пайдо бўлади.

Тешилган яралар ўткир ёки сурункали характерга эга, якка ёки кўп сонли бўлади.

Тешилган яралар классификацияси (Б. Д. Комаров ва В. С. Савельев бўйича)

I. Этиологияси бўйича: яралари ва гормонал. антрал

II. Жойлашуви бўйича: а) меъда яралари: кичик эгриликдаги, катта эгриликдаги, олдинги девордаги, орқа девордаги, кардиал, препилорик, пилорик қисмларида. б) 12-бармоқли ичак яралари: олдинги деворидаги, орқа деворидаги.

III. Кечиши бўйича: озод қорин бўшлиғига тешилиши, усти ёпиқ тешилиши, атипик тешилиши

Тешилган гастродуоденал яраларнинг клиник манзараси. Тешилган гастродуоденал яраларнинг классик клиник манзараси тарихий ривожланишга учрамаган. Тешилишнинг асосий симптоматикаси (Г. Мондор триадаси): «ханжар» билан урилгандек тўсатдан пайдо бўлган оғриқ, қорин мускулларининг қаттиқ таранглашуви, яра анамнезидан иборат.

Дарҳақиқат, кучли оғриқларнинг тўсатдан пайдо бўлиши бирорта касалликда ҳам перфорациядаги каби яққол юзага чиққан бўлмайди. Бундай беморлар оғриққа чидаб бўлмайдиган даражадаги шикоят қайд қиладилар. «Катта ёшдаги забардаст» одамнинг юз қиёфасидаги ғам-ғусса у тортаётган чексиз азоб-уқубатларни ифодалаб туради» (Г. Мондор).

Оғриқ аввалига эпигастрийда, бунда 12-бармоқли ичакда кўпроқ, ўнг томонда жойлашади, сўнгра қориннинг бутун ўнг ярми бўйлаб тарқалиб, ўнг ёнбош соҳани, кейин бутун қоринни камраб олади. Оғриқнинг елкага ёки ўнг куракка, кичик чанокка тарқалиши характерли. Қусиш камдан-кам перитонит ривожлангандагина кузатилади. Стенозловчи яралар тешилганда яра тешилишидан олдин бемор қайт қилади.

Бемор, одатда, чалқанча ёки ёнбоши билан оёқларини қорнига тортиб ётади, рангги оқариб кетган, қўрқув остида, совук, тер чиқиши мумкин. Тез-тез, юза нафас олади, қон томир уриши аввалига сийрак, артериал босими пасайиши мумкин.

Тили дастлабки соатларда нам, кейин қуруқлашади, караш билан қопланади. Оғриқ, билан бир вақтда бошқа симптом - қорин олди девори мушакларининг таранглашуви пайдо бўлади («тахтасимон», қайиқсимон ичига тортилган қорин), тарангланиш аввал эпигастрийда, сўнгра бутун қорин бўйлаб жойлашади.

Касалликнинг дастлабки соатларида ректал текширувда чанок қорин пардасида кескин оғриқ борлигини аниқлаш мумкин. Париетал қорин пардаси нерв охирлари сезувчанлиги бузила борган сайин оғриқ аста-секин босилади, бироқ бемор аввалгидай ҳаракатсиз ётади. Умумий ҳолати яхшиланади, олдинги қорин девори қаттиқлашиши камаяди, кам оғрийди, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ камаяди, яъни «сохта тузалиш» даври бошланади (II давр). Яра тешилиш вақтидан кечикиб 6-12 соат ўтгач операция қилиш кейинги давр ривожланишига - перитонитга олиб келади. Перитонит унинг ҳамма клиник манзараси - қон томир уриши тезлашуви, тил қуруқлиги,

интоксикация сабабли умумий аҳволнинг оғирлиги, қорин дам бўлиши, ел чиқмаслиги, ич келмаслиги, кўп марталаб қайт қилиш юзага келади. Бу даврда диагноз ҳам, хирургик ёрдам ҳам одатда кечиккан бўлади.

Яра тешилиши учун характерли симптом қорин бўшлиғида озод газ борлиги ҳисобланади, у диафрагманинг ўнг гумбази остида йиғилади. Рентгенологик текширишда бир ёки иккала гумбазлар остида йўл-йўл ёруғ чизик кузатилади.

Усти ёпиқ тешилиш. Тешилган яранинг тўсатдан пайдо бўлган типик клиникаси 1-2 соатдан кейин сўнади, оғриқ камаяди, мушакларнинг таранглашуви бардам топади, оз-моз оғриқ, бўлади ва мушаклар таранглиги эпигастрийда кузатилади, холос. Беморларнинг аҳволи шунчалик яхшиланадики, улар ўзларини соғлом деб ҳисоблайдилар.

Диагнози ва дифференциал диагнози. Тешилган гастродуоденал яранинг диагностикаси аввало анамнезга, бемордан синчиклаб сўраб-суриштиришга, физикал текшириш маълумотларига асосланади ва рентгенологик ҳамда лаборатория маълумотлари билан тўлдирилади.

Перфорация узоқ вақтгача яра касаллиги билан оғриб юрган беморларда (рентгенологик тасдақланган); яра касаллиги белгилари бўлган (нордон кекирадиган, оч қоринга ёки овқатдан кейин оғриқ пайдо бўладиган, мунтазам сода ичиб турадиган), бироқ ҳеч қачон текширишлардан ўтмаган ва яра борлиги тўғрисида шубҳа қилинмаган шахсларда юз бериши эҳтимол. Учинчи гуруҳга «диспептик ўтмиши» бўлган, бироқ уни унутиб юборган ва ҳозирги касаллигини аввалги ҳазм бузилишлари билан боғлиқ деб ўйламаган шахсларни киритиш мумкин. Тўртинчи гуруҳга «соқов» яраси тешилган беморлар киритилади.

Беморда продромал давр борлиғига - жараённинг кучайиши ёки қўзиши - эпигастрийда оғриқ, кўнгил айниши, субфебрил ҳарорат, қусишга аҳамият бериш зарур.

Диагностика учун касалликнинг ўткир бошланиши, беморнинг ўзига хос ҳолати, ташқи кўриниши, қон томир уриши ва қон босими маълумотлари катта аҳамиятга эга. Қоринни текширишда перфорациядан кейин ўтган фурсат ҳақида унутмаслик керак: дастлабки соатларда ифодаланган «тахтасимон» таранглашув кейинроқ, перитонит авж олгандан кейин қорин дам бўлиши кузатилиши мумкин. Ҳар хил ёшдаги беморларда - кексалар, аёллар ва бошқаларда қорин деворининг бўшашган бўлишини назарда тутиш лозим.

Перкуссияда озод газ борлиги 50-60 фоиз беморлардагина, рентгенологик текширувда эса 75-80 фоиз беморларда аниқланади. Бемор тик турганда ёки чап ёнбоши билан ётганида рентгенодиагностика қилиш - беморни текширишнинг асосий диагностик усули бўлиб, диафрагма гумбази устида озод газни аниқлашга (ўнгда ёки чапда) қаратилади.

Ноаниқ ҳолларда беморга 1-2 култум сувда эрувчан контраст модда беришга тўғри келади, рентген текширувида унинг меъда контурлари ташқарисига чиқиши перфорациянинг абсолют белгиси ҳисобланади. Баъзан пневмогастрография ўтказиб (меъдага ҳаво юбориш) такрор рентгенография қилишдан фойдаланилади. Диагностика қилиш мушкул бўлган ҳолларда гастрофибродуоденоскопия ёки лапароскопия қилиш керак бўлади.

Лаборатория текширувида қон ва сийдик томонидан бирор специфик бузилишларни аниқлашга муваффақ, бўлинмайди, бироқ, перитонит ривожланганда лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши ифодаланган бўлади.

Тешилган ярани яра касаллигининг қўзишидан фарқ қилиш зарур, бунда оғриқ характери унчалик кучли эмас, руй-рост таранглашиш, озод газ йўқ.

Ўткир холецистит билан аксарият ёши ўтган семиз аёллар касалланадилар, уларнинг анамнезида ўнг қовурғалар остида ёғлиқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлган қайталанадиган оғриқ бўлади. Оғриқ ўнг қовурғалар остида жойлашади. Орқага, елкага, куракка берилади, доимий бўлади. Кўп марта қусиш билан ўтади. Мускуллар таранглиги кам ифодаланган, ўт пуфаги пайпасланади, лейкоцитоз ифодаланган.

Ўткир панкреатит учун ўткир кескин доимий оғриқлар хос, бироқ улар ўраб оладиган характерга эга ва парҳез бузилиши билан боғлиқ (ёғлиқ ёки кучли овқат ейиш, ичкилик ичиш). Бемор бир неча марталаб қайт қилади, у яра тешилганидаги каби ҳаракатсиз эмас, мускул таранглашуви одатда бўлмайди, Мейо - Робсон симптоми яхши ифодаланган, қонда амилаза микдорининг кўрсаткичлари ошган бўлади.

Ўткир аппендицит билан дифференциал диагностикаси энг қийин, чунки ҳар иккала ҳолда ҳам касаллик эпигастрийда оғриқ пайдо бўлишидан бошланиб, кейинроқ ўнг ёнбош соҳасига

ўтади. Бироқ ўткир аппендицитда бу оғриқлар сустрок, эпигастрийда мускуллар таранглашмаган, ўнг ёнбош соҳада симптоматика бирмунча юзага чиққан. Касаллик кучайиб кетган ҳолларда ривожланиб бўлган перитонит фонида дарднинг сабаби аксарият ўрта лапаротомияда аниқланади.

Миокард инфаркти (гастралгик формаси), стенокардиянинг бошланғич босқичларидаги ўткир бошланиш перфоратив яра клиникасига ўхшаб кетиши мумкин. Бемор ёшининг улўғлиги, анамнезда тез-тез стенокардия борлиги, тез аритмик қон томир уришида бемор ҳолатининг оғирлиги, артериал босимнинг пасайганлиги, юрак тонларининг бўғиқлиги, электрокардиографик ўзгаришлар, жигар тўмтоқлигининг сақланиб қолиши юрак патологиясидан далолат беради.

Базал зотилжам ва плеврит учун ҳам ўткир бошланиш, қориннинг юқори қисмида муайян жойлашган ўрни бўлмаган оғриқ хос бўлади. Беморнинг актив ҳатти-ҳаракати, юза нафас олиш, бурун қанотларининг ҳаракати, ҳарорат, ўпка томонидан олинадиган маълумотлар, қорин томонидан ўзгаришлар бўлмаслиги - буларнинг жами рентгенологик текширув ёрдамида аниқланадиган тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

Дифференциал диагностикани касаллик бошланишидан бошлаб дастлабки соатларда ўтказиш мумкин; у бирмунча қийин ва анчагина вақт ўтгач ва туташ перитонит клиникаси юзага чиққандан кейин ўрта лапаротомиядагина ўтказилиши мумкин.

Даволаш. Касалхонага ётқазилгунга қадар тез ёрдам кўрсатиш зарур. Яра тешилганига шубҳа бўлганда беморни шошилиш равишда стационарга олиб бориш керак. Юрак дорилари юбориш, кислород берилиши мумкин. Касаллик клиникасини яшириши мумкин бўлган оғриқ қолдирадиган воситаларни сира юбориб бўлмайди. Хирургик бўлимда беморни тинчлантириш, унга операция қилиш зарурлигини тушунтириш керак.

Консерватив даволаш тешилиш вақтидан 2 сутка ўтгач ўтказилиши мумкин, бунда тешиқ усти бекилган, беморнинг умумий аҳволи қониқорли, тешиқ яхши чегараланган бўлади, чунки инфилтрат бўлган шароитларда операция қилиш асоссиз шикастланиб қолишга сабаб бўлиши мумкин.

Вангенстин ва Тейлорнинг тешилган яраларни даволаш учун меъда суюқлигини доимий аспирация қилиш усули (консерватив усул) ўз вақтида танқид қилинган эди. Бироқ бемор операциядан қатъиян бош тортганда ёки унинг аҳволи ниҳоятда оғир бўлган аҳён-аҳён ҳолларда бу усул - қўлланилиши мумкин.

Операциядан олдинги тайёргарлик имкон борича қисқа бўлиши ва шокни даволаш, дезинтоксикацион тадбирлар, меъдага зонд қўйишни ўз ичига олиши керак.

Операция характери ҳар кимнинг ўзига хос бўлиши ва беморнинг аҳволига, ярадаги ўзгаришлар характерига, шунингдек хирург ва ёрдамчи хизматларнинг техник имкониятларига боғлиқ.

Тешилган ярани чарви билан пластика қилиб тикиш бошқа операциялар ўтказишга кўрсатмалар бўлмаганда, туташ перитонитда, ёш беморларда ёки, аксинча, кекса ёшдаги беморларда, зарур инструментарий, аппаратура йўқлигида, хирург малакаси етарлича бўлмаганда қўлланилади.

Тешилган ярани тикиш беморни перитонитдан қутқариб, яра касаллигига бардам бера олмайди ва кейинчалик беморларнинг 40-50 фоизи бу касалликнинг турли асоратлари сабабли такрорий операция қилинишга мажбур бўладилар.

Тешилган ярани бекитишнинг бошқа кўпгина пластик усуллари ҳам паллиатив операциялар гуруҳига киради ва уларни қўлланишнинг кейинги натижалари шунча қониқарсиз оқибатлар процентини беради.

Қорин бўшлиғи микрофлора ҳолати ва унинг характерини яра этиологияли перитонит ва бошқа этиологияли перитонитлар билан таққослаб ўрганиш шуни кўрсатдики, меъда-ичак тизими дистал йўналиши бўйлаб анаэроб микроорганизмлар кўпайиб бориши кузатилади. Шунга мос равишда бактериялар концентрацияси ҳам ўзгаради. Гастродуоденал перитонитларда қорин бўшлиғининг нисбатан кам миқдорда микроблар билан ифлосланиши кузатилади. Ўтказилган микробиологик текширувлар бундай ҳолатларда радикал жарроҳлик амалиётларини ўтказиш мақсадга мувофиқлигини асослаб берди.

1928 йилда С. С. Юдин жорий қилган тешилган яраларда меъдани бирламчи резекция қилиш бизнинг мамлакатимизда ҳам, чет элда ҳам талайгина олимларнинг даққат-эйтиборини қозонди. Яра касаллигини даволаш учун ўтказилиши мумкин бўлган радикал жарроҳлик амалиётларининг

кўрсатмаларини аниқлашда қорин бўшлиғи микрофлора ҳолатини ўрганишдан ташқари қуйидаги омиллар бўлиши зарурдир: меъда резекция учун мутлак, кўрсатмалар борлиги (стеноз, профуз қон кетиши, малигнизацияга шубҳа бўлиши); нисбий кўрсатмалар борлиги: яра пенетрацияси, унинг каллёз характери, антрал бўлим ва катта эгриликдаги яралар, яра анамнезининг давомлилиги, илгари қайталаниб турган қон кетишлар борлиги (перфорация вақтидан операциягача ўтган вақт 6 соатдан ошмаган тақдирда, тажрибали хирург ва техник жиҳозланган операция хонаси, оғриқсизлантириш учун зарур шароитлар борлиги).

Тешилган яраларда меъдани резекциясини бажариш натижалари тешилган ярани тикиб қўйишдан афзалдир, бироқ уни ўтказиш учун кўп сонли шароитларнинг зарурлиги бирламчи резекциялар сонини бирмунча камайтиради.

Кейинги ҳол тешилган яралар шошилишчи хирургиясига аъзони сақлаб қоладиган ва ваготомия билан бирга қилинадиган операцияларнинг турли вариантлари кенг жорий қилиниши билан боғлиқ. Ярани кесиб қилинадиган ствол ваготомияси ва пилоропластика энг маъқул усул саналади.

Радикаллиги нуқтаи назаридан бу операция меъдани бирламчи резекция қилишга тенглаштирилиши мумкин. Айни вақтда камроқ шикастлантириши ва ўлимнинг бирмунча пастлиги, уни хирурглар томонидан одатдаги шароитларда қўлланиш мумкинлиги бу операцияни истиқболли қилади.

Тешилган яраларда операциянинг энг муҳим томони операция пайтида қорин бўшлиғининг тўлиқ санацияси ҳисобланади. У нечоғлиқ пухта ўтказилган бўлса, операциядан кейинги давр шунчалик осон ўтади ва йирингликлар ҳосил бўлиши учун имкониятлар камаяди.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 5

Мавзу: Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация)

Ярали торайиш босқичига қараб клиник кечиши, торайма даражасини аниқлашда рентгенологик текширувни ахамияти, операцияга мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар, оператив даво турлари. Бошқа аъзога сингиб ўтган ва малигнизацияга учраган ярани ўзига хос клиник кечиши, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш тактикаси ўрганеди. Пенетрация ёки малигнизация борлиги тасдиқловчи махсус лаборатор, инструментал текширув усуллари билан танишиш ва шу тоифа беморларни даволашии ўзига хос томонлари.

Семинар дарсинг технологияси

Талабалар сони: 10 тадан 12гача	Вақт – 5 соат
Мавзу: Меъда ва ун икки бармоқ ичак сурункали яра касаллиги асоратлари: стеноз, пенетрация, малигнизация.	
Уқув дарсининг шакли	Билимни чуқурлаштириш ва кенгайтиришга қаратилган амалий машгулот
Амалий дарсда муҳокама қиланадиган саволлар:	1. Меъда касаллиги билан боғлиқ булган ва алоқаси булмаган стеноз клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси.
	2. Пилоростеноз даражасига қараб таснифланиши; стеноз манбаи аниқлашда рентгенологик текширувлар ва эндоскопияни ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари.
	3. Пилоростенознинг даражасига қараб даволаш усуллари.
	4. Пенетрация тугрисидаги тушунча. Унинг турлари. Пенетрациянинг диагностикаси.
	5. Пенетрация таснифи, симптомлари. патологоанатомик қурилишлари.
	6. Малигнизациянинг рўёбга келиши сабаблари. Патогенези.

	Касаллик клиник мазарасининг малигнизацияда узгариши. 7. Малигнизация асоратининг замонавий даволаш усуллари.
Амалий дарснинг максади: мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	
Укитувчининг максади:	Уқув фаолиятининг натижалари Талаба билиши зарур:
1. Мавзуни узлаштиришда ақлий мотивацияни яратиш	1. Меъда ва ун икки бармок ичак яра касаллигининг асорати булган пилоростеноз этиологиясини билиши.
2. Мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	2. Пилоростеноз асоратининг патогенези хақида маълумотга эга булиши.
3. Уқув билимларини куникмалар тизимини ишлаб чиқиш, такослаш, умумлаштириш ва тахлил қилиш.	3. Пилоростеноз асоратининг клиникасини билиб, симптомлар мажмуасини таърифлаб бера олиши.
4. Узининг позициясини шакллантиришни ва баён қилишни ташкиллаштириш.	4. Пенетрация хақида тушунча. Унинг сабаблари ва патогенези. Клиникаси ва диагностикаси.
5. Коммуникация куникмаларни, гуруҳ ва жуфтликларда ишлашни ривожлантириш.	5. Пилоростеноз ва пенетрацияни консерватив ва замонавий хирургик даволаш усуллари мукамал билиш.
	6. Меъда ва ун икки бармок ичак яра касаллигининг асорати булган перфорация этиологиясини билиши.
	7. Молигнизациянинг патогенези хақида маълумотга эга булиши.
	8. Малигнизациянинг клиникасини, симптомлар мажмуасини таърифлаб бера олиши.
Уқитиш усуллари ва техникаси	Айтиб бериш ва дискуссия усуллари: презентация, блиц-суров, кейс стади, Инсерт, Пинборд, «Биргаликда урганамиз», «Юмалок стол», «Салат – Микс», «Иссик картошка»
Уқитиш жихозлари:	Кургазма куроллар, маркерлар, скотч, А32 форматдаги коғозлар.
Уқитиш шакллари:	Индивидуал, фронтал иш, гуруҳ ва жуфтликларда график-органайзер, компьютер ва информатсион технологияларни куллаб ишлаш
Уқитиш шароитлари:	Гуруҳларда ишлашга мулжалланган техник жихозланган аудитория

Амалий машгулотнинг технологик картаси

Боскичлари, вақти	Укитувчининг фаолияти	Талабаларнинг фаолияти
1 боскич Мавзуга кириш қисми (15 дақиқа)	1.1. Машгулотнинг мавзусини, максadini ва режалаштирилаётган натижаларини ҳамда дарснинг режасини айтиши.	1.1. Эшитишади ва ёзиб боришади.
	1.2. Асосий тушунчалар буйича блиц-суров туқазиш. Меъда ва ун икки бармок ичак ярасининг асорати булган пилоростенознинг этиопатогенезини айтиб беришни таклиф қилади. Масалан, қуйидаги савол берилади: «Меъда ва ун икки бармок ичак ярасидан пилоростеноз сабабларни айтинг?» «Пилоростенознинг классификациясини айтиб беринг?» «Пилоростенознинг боскичларига қура даволаш усуллари?» «Пенетрация нима?»	1.2. Саволларга жавоб беришади.

	<p>«Пенетрацияда асосий диагностик усулни айтинг?» «Пенетрацияни даволашда кулланиладиган паллиатив ва радикал оператив даволар турларини айтинг?» 1-2 та жавобни эшитгач, гуруҳларда вазифани бажарилиши, уларни презентация килиниши жараёнида муҳокама килиниши айтади. Хар бир талаба гуруҳда вазифанинг бажарилишидан кейин индивидуал баҳоланиши тушунтиради. (2 - илова). Гуруҳларнинг биргаликда бажарилган вазифалари плакат коғозларда курсатилишини айтади.</p>	
2 боскич Гуруҳларда ишлаш. (60 дақиқа)	<p>2.1. Табалаларни 3 та гуруҳга булишади. Укув вазифани таркатади. Канака укув натижаларни олинаниши айтиб утади. Баҳолаш курсатгичлари ва мезонларини тушунтиради. Канака кушимча материаллардан (маъруза, адабиётлар) фойдаланиш мумкинлигини айтади. Гуруҳларда ишнинг бошланишини эълон килади.</p>	2.1. Укув вазифалари, билан танишиб чиқишади, баҳолаш курсатгичлари ва мезонлари билан танишиб чиқишади. Вазифани бажаришга киришади.
3 боскич Презентация (55 дақиқа)	<p>3.1. Гуруҳларда презентацияни ва узаро баҳоланишнинг натижаларини ташкиллаштиради. Билимларни умумлаштиради, хулосаларга алоҳида эътибор бериб, вазифа қандай бажарилганлигини умумлаштиришади.</p>	3.1. Презентация килишиб, бир бирларини тулдиришади ва узаро баҳо беришади.
4 боскич Хулосавий (15 дақиқа)	<p>Бажарилган ишларни хулоса килади. Мустақил иш мавзусини беради: «Меъда ва ун икки бармок ичакнинг уткир эрозиялари. Дорилардан кейинги яралар этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш» мавзусини ёзма равишда ёритиш.</p>	Эшитишади, аниқлашади. Вазифани ёзишади.

Такдимот материаллари

83. -илова	Интерактив усул
84. -илова	Яра пенетрациясини боскичлари.
85. -илова	Энг қуп малигнизацияга учрайдиган яраларни локализациялари.
86. -илова	Эвакуацияни бузилишига қура стенозни боскичлари
87. -илова	Пилоростенозни «НИМАГА» диаграммаси билан ифодаланиши.
88. -илова	Муаммони ҳал қилишнинг «КАНДАЙ» диаграммаси (Пилородуоденал стенозларни оператив даволаш тамойиллари
89. -илова	Назарий қисм
90. -илова	Амалиёт слайдлари

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

54. Меъда секретацияси регуляциясининг фазалари?

55. Меъда секрециясининг асосий курсатгичлари?
56. Меъда суюқлигининг пептик таъсиридан шиллик каватини химоя қиладиган омиллар?
57. Яра касаллиги билан беморда анамнез туплашининг узига хос хусусияти?
58. 12 бармок ичак яра касаллиги учун типик булган меъда секретор функцияси холати?
59. Яра касаллигида асосий рентгенологик белгилар?
60. Асоратланмаган яра касаллигида оператив даволаш учун курсатмаларни аниқлаш?
61. 12 бармок ичак яра касаллигида кулланиладиган асосий операция тури?
62. Меъда яра касаллигини асоратларида кулланиладиган асосий операция тури?
63. Яра пенетрацияси нима?
64. Қайси аъзо ва туқималарига яра пенетрацияланиши мумкин?
65. Стеноз даражасининг рентгенологик характеристикаси?
66. Декомпенсациялашган стенозда беморларнинг асосий шикоятлари?
67. Декомпенсациялашган стенозда беморларни операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги муолажаларнинг узига хос хусусиятлари?
68. Стенозда кулланиладиган операциялар?

Илова 1. ИНТЕРАКТИВ УСУЛ:

«Мия ҳужуми»

Амалий машгулот мавзуси . Меъда ва ун икки бармок ичак сурункали яра касаллиги асоратлари(пилородуоденал стеноз, яра пенетрация, яра малигнизацияси)

Усулнинг мақсади:

Пилородуоденал стенозларда, пенетрацияда ва яра малигнизациясини этиопатогенези ва клиник қуринишларига қараб патологик жараённинг диагностикаси, даволаш тактикалари тугрисида қўқ фўқрларни ййиғиш ва муҳоқама қилиш.

Усулдан қўқиладиган натижа:

Талабалар стенозларда, пенетрация ва яра малигнизацияланган булган холатлар турига қараб диагностика қилиш усуллари ва оператив даво тактикаси ва принципларини ушлаштирадидлар.

Усулнинг хронологияси: 20 дақиқа.

1. Бошловчи ассистент.

2. Циклини утаётган 10-12 талабадан иборат гуруҳ

Барча жихозлар, керакли жихозлар, кургазмали қурол: доска, бур. (Жадвал, схема, слайд).

Топширик: думалок стол усулидан фойдаланиб **стенозни, пенетрацияни ва яра малигнизациясини клиник белгиларини, диагностика усулларини** санаб беради.

Машгулот йўналиши:

1. Ассистент ҳамма талабаларга топширик беради:

- **Пилородуоденал стенозни, пенетрацияни , яра малигнизациясини патогенези, клиникаси ва диагностика усулларини айтиши.**

- Талабаларга топширикни уйлаб олиш учун вақт берилади.

2. Хар бир талаба узининг жавоб вариантини биттадан айтади ва кейинги талабага навбат берилади

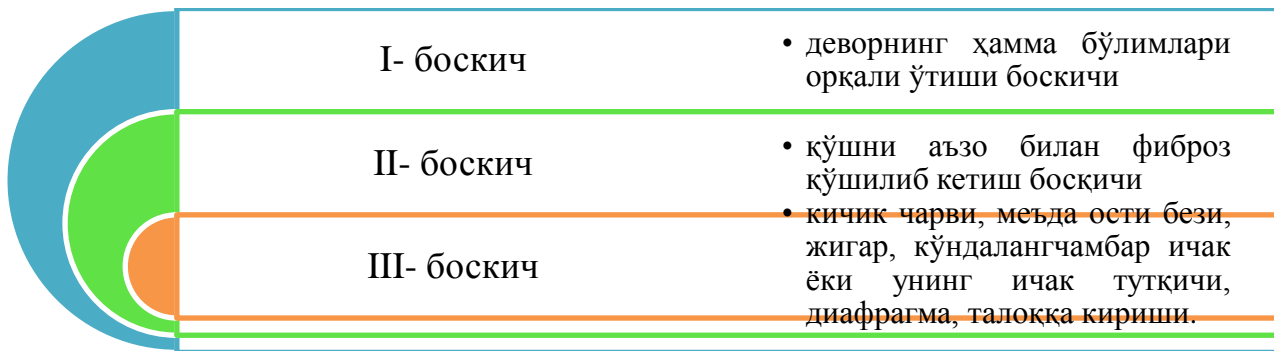
3. Ассистент гуруҳдаги талабаларни бир хил фўқллиқда ишлашини назорат қилади.

4. Ассистент талабаларнинг вариантларини ҳамма жавобларни умумий вариантга ййиғади.

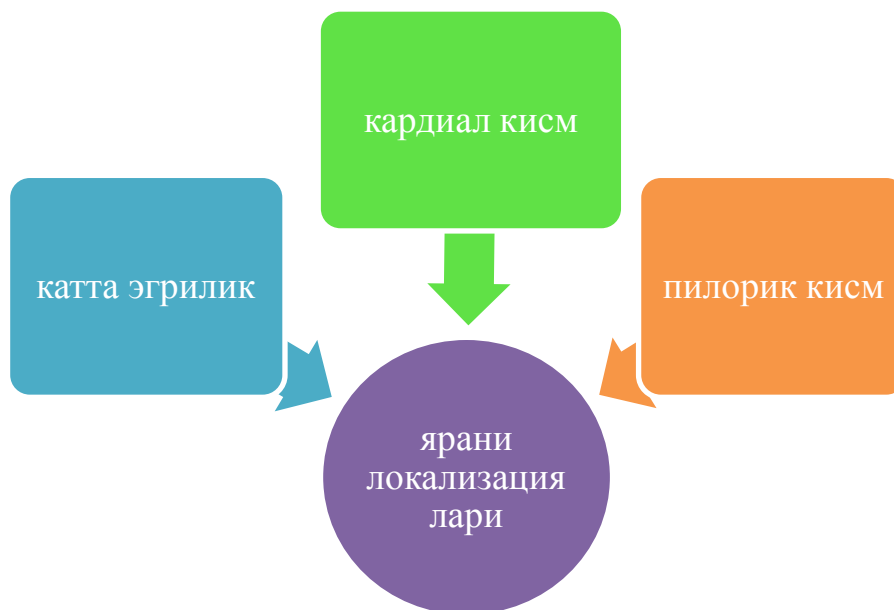
5. Хулоса:

Ушбу утқазилган машгулот усули талабаларга машгулот мавзусини, амалий қўқикмаларни ушлаштиришни яхшилади, уларни фўқрлашга ургатади, шахсий нуқтаи назарга қелиш, турли вазиятларда оптимал хулоса қикариш, мулоқатда булишга, тугрилик холатига муҳолифатларни ишонтиришга ургатиб, машгулотни янада қизикарли ва жонли қикишини таъминлаб талабалар фўқллигини оширади.

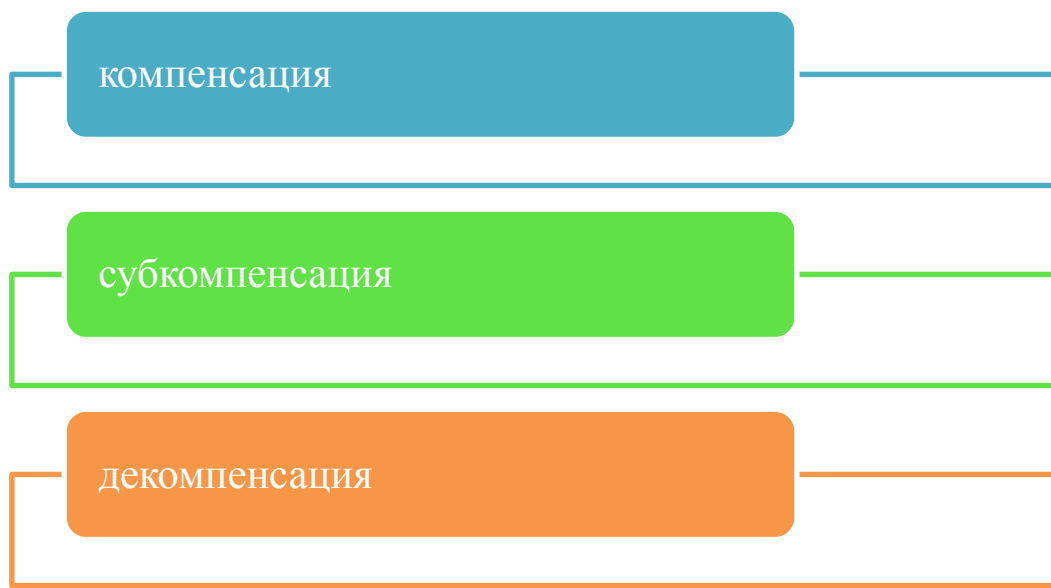
Илова 2. Яра пенетрациясини босқичлари.



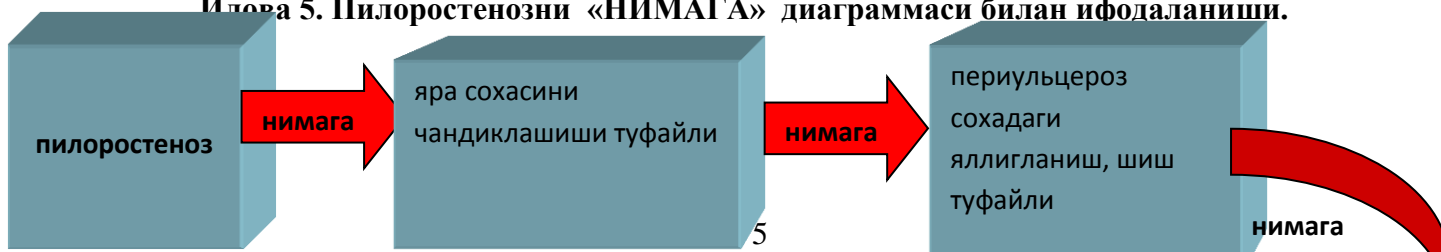
Илова 3. Энг кўп малигнизацияга учрайдиган яраларни локализациялари.

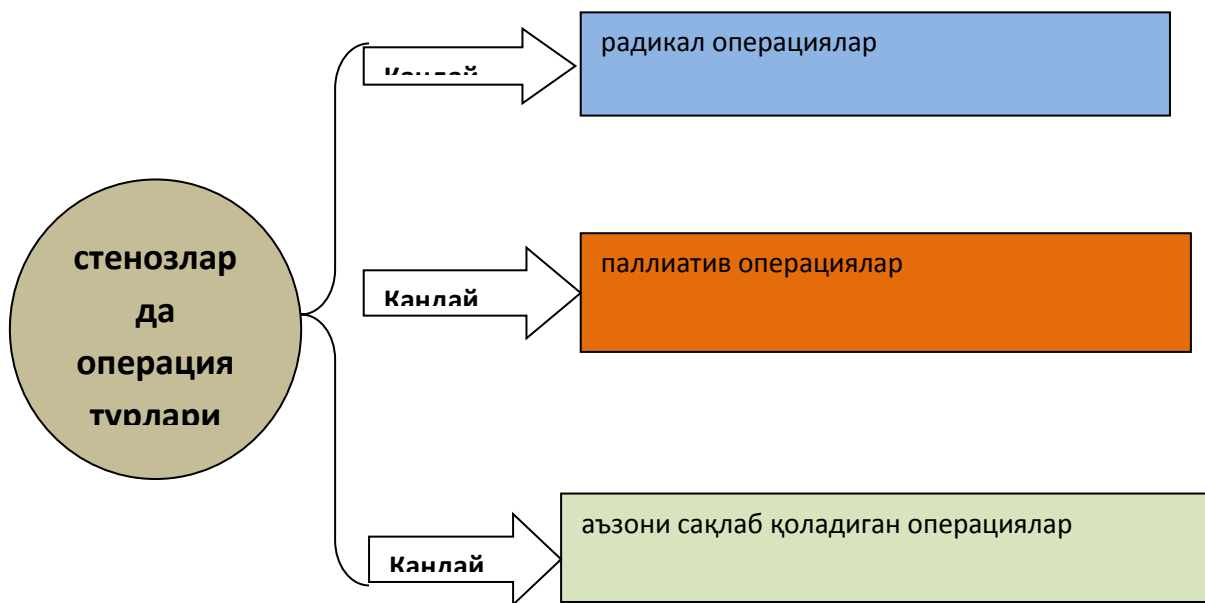


Илова 4. Эвакуацияни бузилишига кура стенозни боскичлари.



Илова 5. Пилоростенозни «НИМАГА» диаграммаси билан ифодаланиши.





7-илова

НАЗАРИЙ КИСМ

Яра пенетрацияси. Бу перфорациянинг секин кечадиган турларидан бири бўлиб, пенетрациянинг 3 босқичи фарқ қилинади: I-деворнинг ҳамма бўлимлари орқали ўтиши - девор ичи пенетрацияси, II-қўшни аъзо билан фиброз қўшилиб кетиш босқичи; III-пенетрациянинг тугалланиш ва қўшни аъзо - кичик чарви, меъда ости беги, жигар, кўндалангчамбар ичак ёки унинг ичак тутқичи, диафрагма, талокқа кириши.

Пенетрациянинг ўзига хос симптомлари оғриқнинг кучайиши, унинг доимийлиги, бел соҳасига, куракка, бўйинга (пенетрация рўй берган аъзога кўра) тарқалиши, қаттиқ, тунги оғриқлар, консерватив даволашнинг фойдаси йўқлиги ёки кам наф беришидан иборат. Умумий ўт йўлига пенетрация бўлиши эҳтимол, у ўт пуфагига камдан-кам киради. Бу ҳолда билиодигестив оқма яра ҳосил бўлади.

Меъда ости бегига пенетрация орқага ўраб оладиган оғриқ билан ўтади, меъда ости беги бошчасига пенетрация бўлганда сариклик пайдо бўлиши мумкин, меъда яраси без танасига тешилганда оғриқ, куракка, юракка тарқалади.

Ковак аъзога пенетрация оқма ҳосил бўлиши билан тугалланиши мумкин, йўғон ичакка пенетрация бўлганда ахлатда овқат, ахлат аралашган, ахлат ҳиди келадиган қусиш билан ўтади.

Пенетрацияли яраларда, айниқса оқма пайдо бўлганда жарроҳлик амалиётлари қийинчилик билан кечади.

Яра малигнизацияси

Меъда яралари 15-20 фоиз ҳолларда малигнизацияга учрайди. Бу айниқса катта эгриликда ва меъда пилорик бўлими зонасида жойлашган яраларга таалукли. Малигнизацияга аксарият каллёз

яралар ва асосан 40 ёшдан ошган одамлардаги яралар учрайди. Меъда яраси диаметри 1,5 см дан катта бўлса, уни хавфли яра сифатида баҳолаш керак.

Меъда ярасининг малигнизациясида беморларда қайд қилинадиган белгилар касаллик бошланган ҳолларда учрайди. Меъда яраси катта эгриликда, пилорик ва кардиал қисмларда, диаметри 1,5 см дан катта бўлса, унинг малигнизацияга учраганлиги мумкинлиги ҳақида уйлаш лозим; меъда шираси кислоталигининг пасайиши, яра анамнезининг давомлилиги; бемор учун одатдаги оғриқ характерининг ҳар қандай ўзгариши; 4-6 ҳафта мобайнида комплекс консерватив даволашнинг наф бермаганлиги ҳам шундан дарак беради.

Эҳтимол малигнизация диагностикаси унга шубҳа туғдирган дастлабки белгилардаёқ ўтказилади (меъда яраси бўлган беморлар ҳар 3-6 ойда мунтазам текширилиб туришлари лозим). Рентгенологик белгилар одамда кеч пайдо бўлади (тўлиш нуқсони, четлари ўйиклиги, инфильтрация ва бошқалар). Асосий текшириш усули гастродиброскопия қилиб, ярагинг бир неча соҳасидан биопсия олиш ҳисобланади. Манфий гистологик жавоб малигнизация йўқ, деган маънони билдирмайди, чунки биопсия зонасига малигнизация бўлган қисм тушмай қолиши мумкин. Ҳар қандай шубҳалар бўлганда такрорий текширув ўтказилиши лозим. Айни вақтда малигнизацияга шубҳа бўлганда беморни операция қилиш керак. Меъда резекцияси асосий операция тури ҳисобланади. Бунда гастроэнтеро - ёки бўйича гастродуоденоанастомоз қўлланилади. Унинг сабаби меъданинг секрет чиқарадиган қисмини олиб ташлаш ва пилорик қисм механизмини тугатиш, шунингдек дуоденал пассажни йўқотиш бўлиши мумкин.

Пилородуоденал стеноз

Унинг сабаби кўпинча 12-бармоқли ичак ёки пилорик бўлими, ёки пилорик каналидаги ярада периульцероз инфильтрат, шиш, спазм ва чандикданиш бўлишидир. Ярали анамнез одатда давомлилиги, бироқ, ёши улғайган ва кекса одамларда касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1-3 ой ичида стеноз ривожланган ҳоллар маълум.

Эвакуациянинг бузилиш даражасига кўра стенознинг 3 асосий босқичи фарқ қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз ўтади: овқатнинг торайган участка орқали қийинлик билан ўтиши меъданинг кучайган перистальтикаси билан қопланади, яъни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касал-лигининг одатдаги симптомлари фониде меъданинг тўлиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса кўп овқат ейилгандан кейин оғирлик пайдо бўлади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон хидли қайт қилиш энгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда ўлчами нормал, бироқ гипермоторика, барийнинг ўртача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада тўлиқлик ҳисси палағса бўлган тухум ҳиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиксимон оғриқ, қорин қулдираши билан ўтади. Қусиш кўпроқ бўлади, беморлар ўзларини қусишга мажбур этадилар, у энгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ёйилган овқат қолдиқлари бўлади. Беморларнинг аҳволи ёмонлашади, ҳолсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Объектив текширишда эпигастрийда «чайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентгенологик наҳорга меъдада суюқлик, унинг перистальтикаси сустлашган, торайган пилородуоденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6-12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат ўтгач меъдада барий бўлмайди.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан ўтади. Меъдада суюқликнинг туриб қолиши меъданинг чўзилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача бадбўй суюқлик тўпланиб қолади, палағса бўлган тухум ҳиди келадиган кекириш пайдо бўлади. Атайин қўзғатилган қусишдан кейин бемор аҳволи вақтинчалик энгиллашади, бироқ тез-тез қайт қилиш, кўп микдорда суюқлик, хлоридлар, калий ионлари йўқотиш дегидратацияга, қоннинг қуюқлашувига, хлоридлар камайишига, алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, улар озиб кетади, тери қопламанинг эластиклиги пасаяди, адинамия бўлади. Қорин деворининг турткисимон чайқалишларида «чайқалиш шовқини», меъдада кўзга кўринадиган қискариш аниқланади.

Рентгенологик текширувда қабул қилинган контраст аралашмаси пастга тушади ва меъда косача кўринишини олади, бунда меъданинг пастки қутби тароқсимон чизиқдан 6-10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюқлик эвакуацияси бўлмайди, меъда перистальтикаси секин ёки бўлмайди, меъдада барий 24 соат ва бундан кўп вақт тутилиб қолади.

Декомпенсация босқичида беморда кескин сувсизланиш, кахексия ривожланиши эҳтимол, буйракдан қон оқими пасаяди, диурез камаяди, нордон маҳсулотлар сийдик билан чиқарилмайди, алкалоз ацидозга ўтади, оғир ҳолларда гастроген тетания ривожланади (талваса, тризм, «акушер кўли»- Труссо симптоми).

Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцион кунт билан ўтказиш, беморларни реанимацион бўлимга ётқизишни тақозо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция йўли билан даволаш. Операциянинг мақсади бир томондан ўтказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тузатиб юбориш учун шарт-шароитлар яратишдан иборат. Ҳозирги вақтда пилородуоденал зона стенозларини даволашнинг кўп сонли усулларидан асосан 3 тури қулланилади: 1- радикал операциялар - декомпенсацияланган стенозда меъданинг 2/3 қисмини резекция қилиш гастродуоденоанастомоз Бильрот- I (расм 1,2,3) ёки гастроэнтеро- анастамоз Бильрот- II усулида бажарилади (12-бармоқли ичак- нинг стенозловчи яраси ва меъда ярасининг қўшилиб келиши; дуоденостаз бўлганда ҳам), икки томонлама ствол ваготомияси билан антрумэктомия (ўша кўрсатмалар бўлганда ва кислоталиликнинг юқори рақамларида); II- паллиатив операциялар-меъдани дренажлашнинг ҳар хил турлари (гастроэнтероанастомоз, гастродуоденоанастомоз, пилоропластика). Бирок операцияларнинг бу турлари алоҳида вариантда жуда оғир ётган, ҳолсизланган ва кекса беморлардагина қўлланилиши мумкин, чунки сақланиб қолган кислота ҳосил қиладиган ва секретор функциялар пептик яралар пайдо бўлишига олиб келади; III-аъзони сақлаб қоладиган операциялар ваготомиянинг турли вариантлари (ствол, селектив, селектив проксимал, ваготомиянинг бошқа ҳар хил вариантлари) билан бирга ўтказиладиган меъдани дренажловчи операциялар.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 6

Мавзу: Қалконсимон без касалликлари. Буқоқ хақида тушунча, учраши, этиопатогенези, клиник белгилари диагностикаси ва давоси. Консерватив ва оператив даво принциплари.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Талабалар сони: 10 тадан 12 гача	Вақт – 5 соат
Мавзу: Қалконсимон без касалликлари.	
Уқув дарсининг шакли	Билимни чуқурлаштириш ва кенгайтиришга қаратилган амалий машгулот
Амалий дарсда муҳокама қиланадиган саволлар:	1. Қалконсимон без хақида тушунча.
	2. Қалконсимон без анатомияси ва физиологияси
	3. Қалконсимон без этиопатогенезидаги замонавий қарашлар.
Амалий дарснинг мақсади: мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	
Уқитувчининг мақсади:	Уқув фаолиятининг натижалари Талаба билиши зарур:
1. Мавзуни узлаштиришда ақлий мотивацияни яратиш	1. Қалконсимон без касаллигига таъриф бериш.
2. Мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	2. Касалликнинг замонавий этиопатогенезини билиши.
3. Уқув билимларини қуникмалар тизимини ишлаб чиқиш, тақослаш, умумлаштириш ва таҳлил қилиш.	3. Касалликни клиникасини билиб, симптомлар мажмуасини таърифлаб бера олиши.
4. Узининг позициясини шакллантиришни ва баён қилишни ташкиллаштириш.	4. Замонавий инвазив ва ноинвазив диагностика усулларини, уларни қуллашга курсатмаларни

	билиши. Букокни бошка калконсимон без патологиялари билан дифференциал таккослай олиши.
5. Коммуникация куникмаларни, гуруҳ ва жуфтликларда ишлашни ривожлантириш.	5. Калконсимон безни консерватив ва замонавий хирургик даволаш усуллари мукамал билиш.
Укитиш усуллари ва техникаси	Айтиб бериш ва дискуссия усуллари: презентация, блиц-суров,, «Биргаликда урганамиз», «Юмалок стол», диаграммалар,
Укитиш жихозлари:	Кургазма куроллар, маркерлар, скотч, А32 форматдаги когозлар.
Укитиш шакллари:	Индивидуал, фронтал иш, гуруҳ ва жуфтликларда график-органайзер, компьютер ва информатсион технологияларни куллаб ишлаш
Укитиш шароитлари:	Гуруҳларда ишлашга мулжалланган техник жихозланган аудитория

Амалий машгулотнинг технологик картаси

Боскичлари, вакти	Укитувчининг фаолияти	Талабаларнинг фаолияти
1 боскич Мавзуга кириш кисми (15 дакика)	1.1. Машгулотнинг мавзусини, максadini ва режалаштирилаётган натижаларини ҳамда дарснинг режасини айтиши.	1.1. Эшитишади ва ёзиб боришади.
	1.2. Асосий тушунчалар буйича блиц-суров утказиш. Букокни келиб чикиш назарияларига таъриф беришни таклиф килади. Масалан, куйидаги савол берилади: «Букокни келиб чикишида токсик-инфекцион ва йод етишмаслиги назарияларини ахамияти?» «Струмиген моддалар деганда нимани тушунасиз?» «Улар уртасидаги фарк нимадан иборат?» 1-2 та жавобни эшитгач, гуруҳларда вазифани бажарилиши, уларни презентация килиниши жараёнида муҳокама килишини айтади. Хар бир талаба гуруҳда вазифанинг бажарилишидан кейин индивидуал бахоланиши тушунтиради. (2 илова). Гуруҳларнинг биргаликда бажарилган вазифалари плакат когозларда курсатилишини айтади.	1.2. Саволларга жавоб беришади.
2 боскич Гуруҳларда ишлаш. (60 дакика)	2.1. Табалаларни 3 та гуруҳга булишади. Укув вазифани таркатади. Канака укув натижаларни олиншини айтиб утади. Бахолаш курсатгичлари ва мезонларини тушунтиради. Канака кушимча материаллардан (маъруза, адабиётлар) фойдаланиш мумкинлигини айтади. Гуруҳларда ишнинг бошланишини эълон килади.	2.1. Укув вазифалари, билан танишиб чикишади, бахолаш курсатгичлари ва мезонлари билан танишиб чикишади. Вазифани бажаришга киришади.
боскич Презентация	3.1. Гуруҳларда презентацияни ва узаро бахоланишнинг натижаларини	3.1. Презентация килишиб, бир

(55 дакика)	ташқиллаштиради. Билимларни умумлаштиради, хулосаларга алоҳида эътибор бериб, вазифа қандай бажарилганлигини умумлаштиришади.	бирларини тулдиришади ва узаро баҳо беришади.
босқич Хулосавий (15 дакика)	Бажарилган ишларни хулоса қилади. Мустикал иш мавзусини беради: «калконсимон безни текшириш усуллари» мавзусини ёзма равишда ёритиш.	Эшитишади, аниклашади. Вазифани ёзишади.

Такдимот материаллари.

91. -илова	Буқокни келиб чиқиш назариялари
92. -илова	Буқокни келтириб чиқарувчи эндоген омиллар
93. -илова	Калконсимон безни асосий гормонлари
94. -илова	Калконсимон безни асосий гормонларини ҳосил қилувчи компонентлар
95. -илова	Калконсимон безни гормонларини организмдаги функциялари
96. -илова	Калконсимон безни инструментал ва лабаротор текшириш усуллари
97. -илова	Калконсимон безни тугма касалликлари
98. -илова	Калконсимон безни тугма касалликлари
99. -илова	Эндемик буқокларда операция турлари
100. -илова	Назарий қисм

ЎҚУВ ТОПШИРИҚЛАР

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

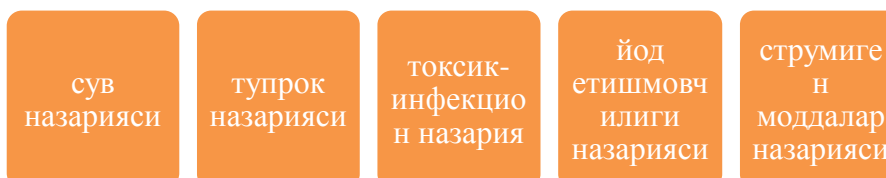
Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Илова 1. Буқокни келиб чиқиш назариялари

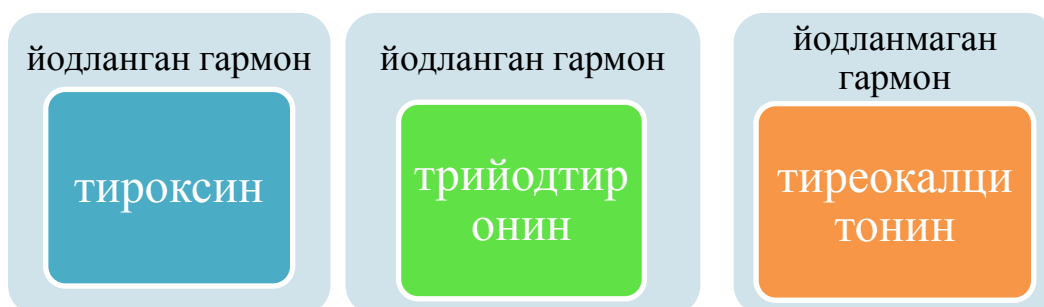
Буқокни келиб чиқиш назариялари



Илова 2. Буқокни келтириб чиқарувчи эндоген омиллар



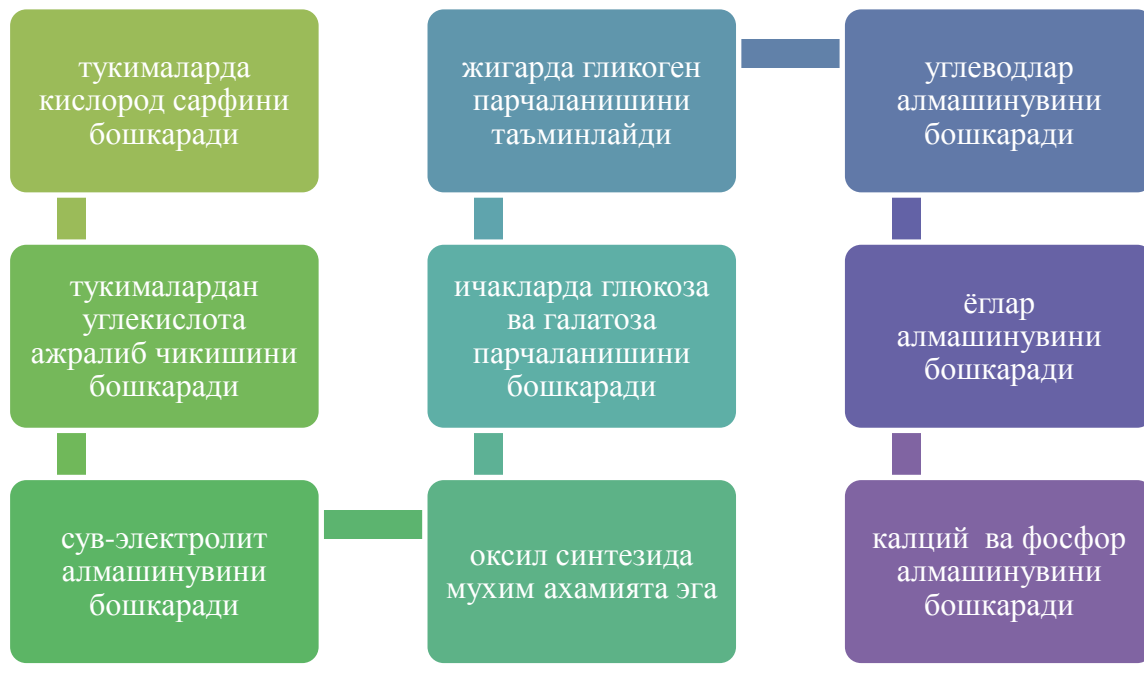
Илова 3. Калконсимон безни асосий гормонлари



Илова 4. Калконсимон безни асосий гормонларини хосил қилувчи компонентлар



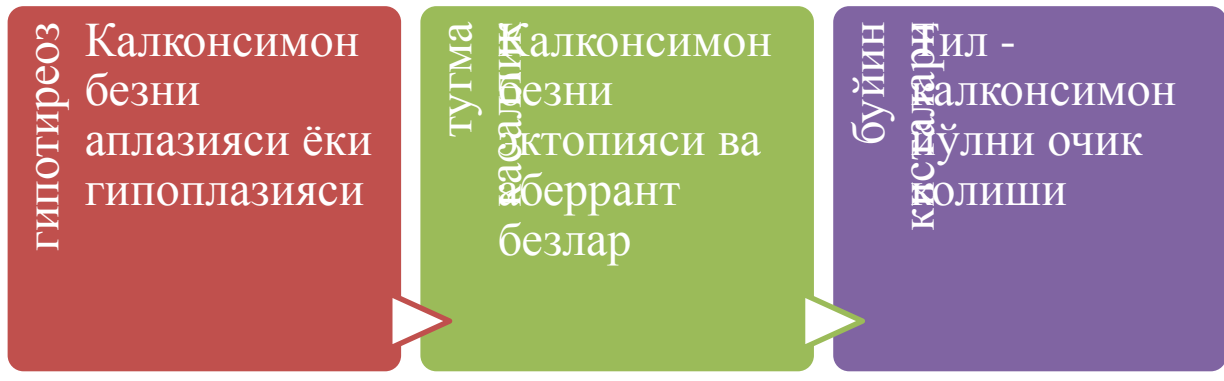
Илова 5. Калконсимон безни гормонларини организмдаги функциялари



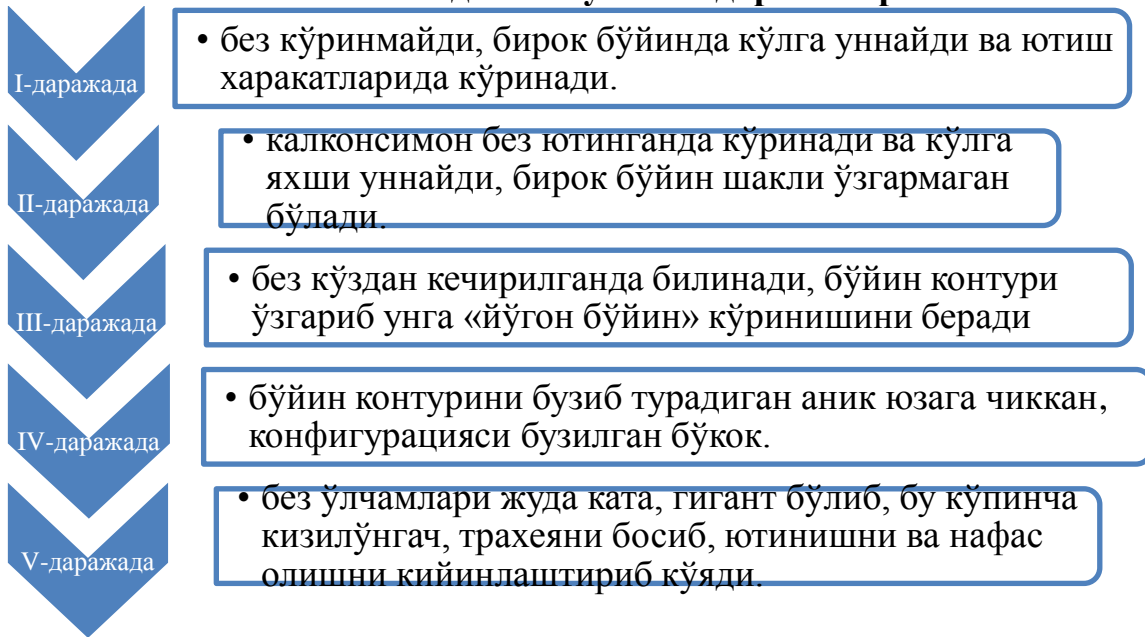
Илова 6. Калконсимон безни инструментал ва лаборатор текшириш усуллари



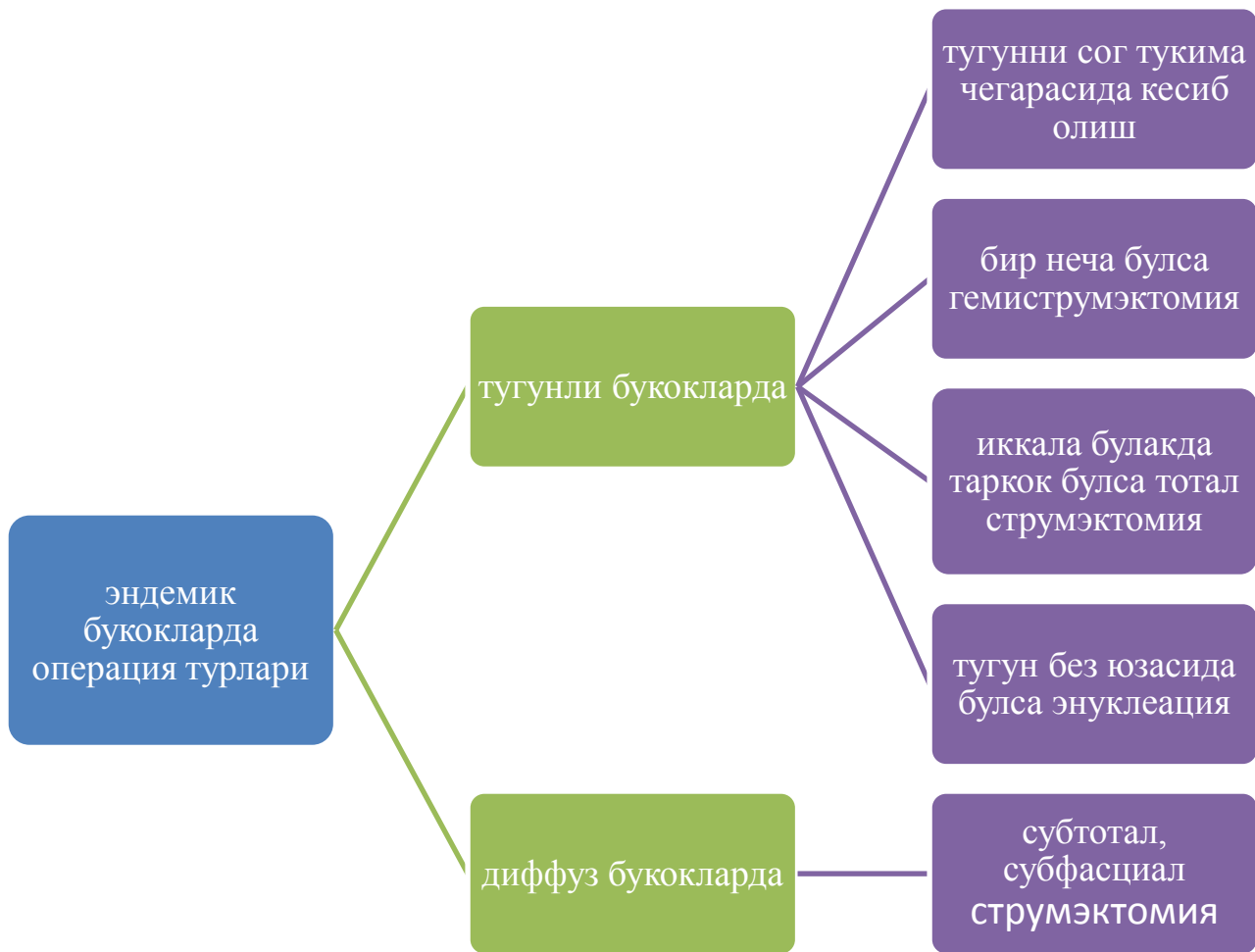
Илова 7. Калконсимон безни тугма касалликлари



Илова 8. Эндемик буқокни даражалари



Илова 9. Эндемик буқокларда операция турлари



Илова10. НАЗАРИЙ КИСМ. Калконсимон без касалликлари

Калконсимон без одам организмида энг йирик эндокрин без хисобланади. Лотинча номи *gl. thyroidea*, бу ном биринчи бўлиб инглиз олими Уортон томонидан 1656 йили берилган (без шакли калконни эслатгани учун грекча «Thyreos» сўзидан олинган).

Анатомияси. Калконсимон без кўриниши жихатидан капалак шаклига ўхшайди ва унинг хажми ҳамда огирлиги бир неча факторларга боғлиқ бўлади, булар: организм жинси, ёши, климатик шароитлар, овкатланиш тури, хар хил эндоген ва экзоген факторлардир. Вояга етган катта одамда калконсимон без катталиги, яъни огирлиги ўртача олганда 25-30 граммни ташкил килади.

Ўзбекистонда 40-50 г ни ташкил этади. Аъзо ўзининг энг юкори вазнига жинсий етилиш вақтида ва постпубертат даврида (25-30 ёшгача) этади, 50 ёшдан сўнг без аста - секин инволюцияга учрайди. Калконсимон без кон билан ўта кўп таъминланган аъзолар каторига киради. Чуевский номли олим томонидан шу нарса аниқланганки, 1 минутда 100 г без тўкимасидан 560 мл кон ўтади, шу вақтни ўзида бу кўрсаткич буйрак тўкимаси учун 100 мл ни, скелет мушаклари учун 12 мл ни ташкил килади.

Калконсимон без ток аъзо бўлиб, бўйин соҳасида хикилдокнинг калконсимон тогайи билан кекирдокнинг юкоридаги 3-4 тогай халкалари олдида жойлашган. Калконсимон безни шакли анча ўзгарувчан бўлиб, у кўпинча 3 та асосий бўлақдан ташкил топган. Икки ёнбош бўлаги трахея ва халқумнинг ён томонларида жойлашади. Ўнг бўлинмаси (*lobus dextra*) ва чап бўлинмаси (*lobus sinistra*) бир-бири билан туташган оралик хосил килади. Агарда оралик учрамасада, иккала бўлинмача бир-бирига зич боғланмайди. Ёнбош бўлақларининг юкори кутблари калконсимон тогайнинг ўрта қисмигача боради, бу ёнбош бўлақлар ўзаро безнинг бўйинбоғи бўлган 3 чи бўлаги орқали бирикишади. 50 % холларда калконсимон безнинг 4 чи бўлаги пирамидал ўсимтаси ҳам бўлиб, безнинг бўйинбоғ ёки ёнбош бўлақларидан бирининг ички қисмидан бошланади. Бундан ташқари кўпинча калконсимон безнинг бу шаклидан четга чиқишлар ҳам бўлади. Калконсимон без зич, кизгимтир рангли аъзо бўлиб, ташки томонидан безнинг паренхимаси билан интим

кўшилиб кетган фиброз капсула билан копланган. Бу капсула устида Шевкуненко буйича бўйин IV-фасциясининг висцерал варагини хосил килувчи фасциал вараг (ташки капсула) жойлашади.

Ташки ва ички капсула вараклари орасида безнинг томирлари нервлари ва калконсимон без орти безлари жойлашади. Калконсимон без олдидан ва қисман ён томонларидан фасция гилофларига эга бўлган мускуллар билан тўсилган. Энг юза жойлашган бўйиннинг тери ости мускули(m.platysma)дир.

Чуқурроқда тўш тил ости мускуллари (m. sternohyoideus), орқада ва латерал томонда тўш калконсимон мускули (m. sternothyroidea) жойлашади. Калконсимон безнинг 3 та юзаси бор: ташки юзаси – бу юзасида бўйиннинг юзаки мускуллари ётади.

Ички юзаси - трахея ва кекиртакка кадалиб туради, орқа юзаси –бўйиннинг катта томирларига кадалиб туради.

Кон билан таъминланиши – калконсимон без 4 та асосий томирлар орқали кон билан таъминланади, бир жуфт юкори (aa. Thyroidea superior., dextra et sinistra) калконсимон без артериялари ташки уйку артериясидан тармокланади., бир жуфт пастки калконсимон без артериялари (aa. Thyroidea inferior dextra et sinistra) ўмров ости артериясидан тармокланади. Калконсимон без артериялари 10 % холларда калконсимон безнинг 5- ток томири (a. ima) номсиз атрерия хам бўлиши мумкин, бу томир тўгри аортадан тармокланади. Калконсимон без артериялари бир бири билан ўзаро анастамозлар хосил килади.

Веналари – ушбу калконсимон без веналари бошка аъзо веналарига ўхшаб клапанларга эга эмас, шу боисдан операция махалида веналар устидан калтис харакат килинса, дархол кўп кон йўқотишга олиб келинади. Юкори калконсимон без веналарининг юкори (v. Jugularis) венасига ёки умумий юз венасига куйилади. Пастки ва ўрта веналари ички ковак (v. Jugularis interna) венага ёки номсиз венага куйилади.

Иннервацияси – калконсимон без иннервацияси симпатик ва парасимпатик нерв тармоклари орқали бошқарилади. Калконсимон безнинг олдинги ён ва орқа медиал юзаларидан бўйин нерв томирлари тўплами ўтади. Калконсимон безнинг нервлари 3та ганглиядан: truncus sympathicus – gangl. cervicalis superior, medium et inferior, ва адашган нерв – n. Laryngeus sup. хамда калконсимон безнинг орқа медиал юзасидан кайтувчи халқум нерви ўтади Laryngeus inf. (n. recurrens), шунингдек nn. Cardiaci ва nn. glossopharyngici шохларидан иннервацияланади. Бу нерв шохлари калконсимон без ичида хар бир томир йўли бўйлаб фолликулалар хужайраларигача етиб боради. Калконсимон без шунингдек организмнинг бошка эндокрин аъзолари каторида гипофизни тиреотроп гормон ишлаб чиқарувчи олдинги бўлаги таъсири остида бўлади ва бу бошқарув гипоталамик марказлар орқали бош мия пўстлогига алоқадор бўлади, яъни ТРГ ва ТТГ тизимида. Бу хол калконсимон безни нейрогуморал бошқарув тизими хисобланади. Гипофизни олди бўлаги гормони ТТГ калконсимон безни функциясини стимулятори хисобланади, шунинг билан бирга буйрак усти беши пўстлоги эса без фаолиятини пасайтириб турувчи гормон ишлаб чиқаради. Калконсимон безни бошқарилишини бу мураккаб тизими безни хар хил экзо- ва эндоген таъсирларга эга бўлган ўзига хос ўзгаришларини таъминлаб туради.

Этиологияси. Кўриб чиқилганда бир канча назариялар бор: *Сув назарияси* – бу эски назария бўлиб, сувнинг ифлосланишидан ва сувдаги минераллар таркибини кўплигидан деб қарашади. Бўқокнинг келиб чиқишида минераллар бевосита таъсир кўрсатмасида, лекин билвосита таъсир кўрсатади деб қаралади.

Тупроқ назариясида – тогли ўлкаларда бўқок кўп учрайди, сабаби сув пастга йўналгани учун минералларга камбагал бўлади.

Токсик-инфекцион назария – эндемик бўқок микроб агентлари ёки токсинлари билан чакирилади, яъни бевосита эмас балки билвосита равишда. Бунда калконсимон безни энзим жараёнларини билвосита бузиб, тутувчи йод протеинларини синтези бузилади. Бу эса организмда дархол йодни ўзлаштиришни пасайтиради.

Йод етишмовчилиги – алиментар йодни ташки мухитда етишмовчилиги сабабли бўқок келиб чиқади. Stanbury (1953 йил) ўзини тадқиқотларида радиоактив йодни калконсимон безда тўланишини исботлаб берди. Бу билан калконсимон безни йодга тўймаслигини кўрсатиб ўтган. Prevost ва Chatin-лар эндемик бўқокни келиб чиқишида нафакат йодни етишмаслиги, балки иккиламчи экзоген омиллар: майший-турмуш шароитини ёмонлашуви, бой махсулотларга эга бўлмаган овқатланиш, инфекция, интоксикация ва бошқалар.

Струмиген моддалар – охирги махалда овкат махсулотларида алиментар струмиген таъсири бор омилларнинг борлиги аниқланган. Бундай моддалар денгиз карамида, гулдор карамда, соеда, кизилчада, ёнгокда ва бошқаларда аниқланган. Бу моддалар организмга кириб калконсимон безга йодни бирикишини кийинлаштиради, бу билан тиреоид гормонларни синтезини чегаралайди. Калконсимон без гормонларини продукциясини жуда ҳам камайиб кетиши сабабли, паренхимасини компенсатор гиперплазиясига чакиради ва бўқокни намоён бўлиши кузатилади. Яна струмиген моддалар таркибида тўйинган нитритлар, тиоционатлар, урохромлар ва бошқа бирикмаларни сувда, тупрок ва ўсимликларда кўп бўлиши калконсимон без гормонлари синтезини блокировка қилиши натижасида келиб чиқади.

Эндоген факторлар – маълум бир муҳитда, жамиятда, оилада ҳамма ҳам касалланмайди ва бир хил даражада ривожланмайди. Демак, бу организмга ва компенсатор механизмларга мойиллик борлиги, ёки калконсимон безни ташки муҳитни турли хил кўзгатувчиларига бўлган таъсири. Асосий эндоген омиллар: 1) жинсий етилиш, хомиладорлик ва климактерик даврида организмни калконсимон без гормонларига талабчанлигини ошириши йод етишмовчилигини чуқурлаштиради, 2) ошқозон ва ичакни турли хил касалликларида овкат ва сув махсулотлари билан кирган йод сўрилишини пасайиши ва таксимланишини бузилиши, 3) жинсий етилиш, хомиладорлик ва турли хил эндокрин бузилишлар таъсирида организмдан йодни чиқиб кетишини ортиши, 4) марказий нерв тизимини бошқарув механизмларини мойиллиги (бош мия пўстлоғи, гипоталамус ва гипофиз), 5) *ирсий роль* – калконсимон без биохимизмасида индивидларга турли хил экзоген струмиген омилларнинг таъсирлари натижасида генетик асосланган аномалияларининг келиб чиқиши кузатилади.

Патогенези. Йод етишмовчилиги натижасида калконсимон безда тиреоид гормонлар махсулотини камайишига олиб келади. Калконсимон без тиреоид гормонларининг камайиб кетиши натижасида ва гипофиз таъсирида қайтувчи боғлиқлик механизмини бошқарилиши туфайли тиреотроп гормонларини кўпайишига чакиради. Йод етишмовчилиги ва гипофизар тиреотроп стимуляциясининг доимий равишда бўлиб туриши, нафакат калконсимон безни функциясини оширибгина қолмай, балки тиреоид паренхимасини гиперплазиясига ҳам олиб келади. Калконсимон безни компенсатор гиперплазияси хисобига тиреоид гормонларни махсулоти ортиб бораверади, қачонки без функцияси меъёрига етмагунча ва ўзаро калконсимон без билан гипофиз тенглашмагунча. Калконсимон без билан гипофизни орасидаги корреляцияга калконсимон без билан бош мия пўстлоғи орасида ўзаро боғлиқлик бор. Патологик ўзгарган без паренхимасидан интеррецепторлар орқали бош мия пўстлоғига узлуксиз патологик импульслар қиради, яъни кўзгалган доминант ўчоғини ҳосил қилади. Ушбу ўчокдан марказий йўл орқали калконсимон безга импульслар келади. Шу тарика без паренхимасини гиперпластик ва дистрофик ўзгаришларга чакириш мумкин. Бош мия пўстлоғи билан калконсимон безни ўзаро боғлиқлиги бўқокни ривожланишида бўлган ахамиятга эга. Калконсимон безни турли хил иннервацияси турли хил функционал ҳолатга асосланган алоҳида майдонларга эга, шунингдек, трофик функциясини ўзгариши эндемик бўқок тугунли шаклини келиб чиқишини ҳамда дегенератив ўзгаришларни ривожланишини тушунтириш мумкин. Бош мия пўстлоғига патологик ўчогидан келган ва жавобан кўзгалган импульс калконсимон безни ҳамма висцерал нервларига бевосита эмас, балки айрим шохлари орқали етиб келади. Узлуксиз келиб турган импульслар таъсирига бир хилда жавоб қайтара олмайди. Шунинг учун ҳам гиперплазияни ривожланишида безнинг айрим майдонларида тугунли бўқок ҳам ривожланиш мумкин.

Гистологик тузилиши. Калконсимон безни ўраб турувчи фиброз капсуладан безнинг ички юзаларига кетувчи бириктирувчи тўқима тўсиклари ўтган бўлиб, безнинг стромасини ҳосил қилади. Бу бириктирувчи тўқима тўсиклари калконсимон безнинг ички юзасида бирикмайди. Шунинг учун ҳам безни ёлгон бўлинмачалар ташкил қилади. Безнинг гистологик тузилишини кўриб чиқадиган бўлсак, у ажратиб чиқарувчи протоклардан ҳолисдир. Хар бир функционал бирлиги кон томир тизими билан боғлиқ. Калконсимон безнинг структура бирлиги юмалок ёки овал ўралган пуфаксимон фолликула. Унинг девори секретор эпителий билан қопланган. Калконсимон без паренхимасида ҳам тузилиши жихатидан, ҳам функционал жихатдан бир-биридан фарқланувчи уч хил тоифадаги хужайралар А, В ва С учрайди. Паренхиманинг асосини тироцит хужайралар (А) ташкил қилиб, улар тиреоид гармонларни ишлаб чиқаради. Калконсимон безнинг функционал ҳолатига қараб тиреоцитлар ясси, кубик ёки цилиндрик кўринишга эга

бўлади. Функционал фаоллик паст бўлган холларда тиреоцитлар ясси, юкори фаоллик холларда бўлганда цилиндрик кўринишга эга бўлади. А-хужайралар асосий фолликуляр хужайралар хисобланади ва коллоид ишлаб чиқарув хусусиятларига эга. Фолликула гомоген масса кўринишдаги коллоид билан тўлдирилган. Коллоид электрон микроскопда кўрилганда, зич ва донадор тузилмалардан иборат эканлиги намоён бўлади. Тиреоцитларнинг секретари хисобланган тиреоглобулин коллоид массанинг асосини ташкил қилади. У йодни фаол тутиб қолади.

В-хужайралар, яъни Ашкинази хужайралари бўлиб ўзида биоген аминларини тўплайди, В-хужайралар тиреоцитларга нисбатан йирик эозинофил цитоплазмага ва марказда жойлашган юмалок ядрога эга. Цитоплазмасида серотонин секрецияси мавжуд. В-хужайра биринчи марта 14-16 ёшда пайдо бўлади. Кўпроқ 50-60 ёшлардаги шахсларда учрайди.

Учинчи тоифадаги С-хужайра, яъни парафолликуляр хужайралар тиреоцитлардан йод тутиб қолмаслиги билан фаркланади. С-хужайралар кальцитонин моддасини синтез қилувчилардир. Парафолликуляр хужайралар фолликуланинг ташки юзасида жойлашган бўлиб, коллоид билан алоқада бўлмайди, яъни тиреоцит цитоплазмаси билан ажратилган.

Калконсимон безни фаолиятлари. Калконсимон без организмда энг катта эндокрин без хисобланиб, у 2 хил йодланган гормонлар – тироксин (Т4) ва трийодтиронин (Т3) ва йодланмаган тиреокальцитонин гормонини ишлаб чиқаради. Трийодтиронин тироксинга нисбатан 5-10 баробар актив гормон бўлиб, унинг микдори ҳам нисбатан камроқ бўлади. Безнинг бу гормонлари организмда модда алмашинувида энергия ҳосил қилиш ва уни қучайтиришда катта асосий ўрин туттади ва терморегуляция жараёни бошқаради. Гормонларни ҳосил бўлиши учун асосий компонентлар бу – йод моддаси ва тирозин аминокислотасидир. Йод организмга овқат, сув, ҳаво билан органик ва ноорганик ҳолда қиради. Сўрилган йод моддаси конда натрий ва калий йодидларга айланиб безда тўпланади. Калконсимон безда йодидлар пероксидаза ва цитохромоксидаза ферментлари таъсирида оддий йодга айланади ва ўзига оксил бириктириб моно- ва дийодтирозин ҳосил бўлади. Бу моддалар гормонал фаоллиги бўлмасда, лекин тиреоид гормонлар ҳосил бўлишида субстрат хисобланади. Калконсимон без гормонлари организмда қатор фаолиятларга эга бўлади: - тўқималарда қислород сарфини бошқаради, тўқималарда углекислотани ажралиб чиқишини бошқаради, сув – электролит алмашинувини бошқаради, оксил синтезида алоҳида ўрин туттади, - ичакларда глюкоза ва галактозани парчаланишини бошқаради, - жигарда гликогенни парчаланишини таъминлайди, - углеводлар ва ёғ алмашинуви жараёнини бошқаради. Калконсимон безни тиреокальцитонин гормони паратиреоид гормонлар билан бирга организмда кальций ва фосфор алмашинувини бошқаради.

Текшириш усуллари. Калконсимон безни кўздан кечирилганда – уни жойлашиши, катталашувини турлари (диффуз, тугунли ёки аралаш), шакли, ютунишдаги ҳаракати сақланганлиги, компрессия белгиларини кўриш мумкин. Кўздан кечирилганда калконсимон безни фаолиятини бузилганлигини баъзи белгиларини ҳам кузатиш мумкин (беморни ўта ҳаракатчанлиги, кўз симптомлари, калтирашлар, кўп терлашлар, соч тўқилишлари ва бошқалар).

Пайпаслаб кўрилганда: пайпаслаш икки усулда ўтказилади, олдиндан ва орқадан. Бунда безни консистенцияси, оғрик бор йўқлигини, ҳаракатчанлигини, кўшни аъзолар билан алоқасини ва без чегараларини аниқлаш мумкин. Булардан ташқари калконсимон без фаолияти ва тўқимаси лаборатор – инструментал усулларида текширилади.

Асосий модда алмашинувини аниқлаш – бу усул боғлиқсиз колориметрия усулида қилинади. Асосий алмашинув – бу организмда маълум бир вақт ичида, тўла тинчлик шароитида сутка давомида организмни фаолиятини натижасида ажралиб чиққан иссиқлик энергиясидир. Бу энергия организмда ишлатилган қислород ва чиқарилган углекислотани хисоблаш йўли билан каллорияларда ўлчанади. Нормада организмда асосий модда алмашинуви $\pm 10\%$ га тенг.

Организмда оксилга қўшилган йод моддасини аниқлаш – Бу текширишда безнинг фаолиятини энг асосий кўрсаткичи аниқланади ва нормада 4-8 мкг % ёки 315-670 нмоль/л га тенг.

Кондаги холестерин микдорини аниқлаш – тиреоид секрециясини даражасига қарама қарши равишда холестеринни микдорини ўзгариши аниқланган. Микседемада гиперхестеринемия кузатилиб, 500-600 мг % гача кўтарилади. Гипертиреоидизмда эса холестерин микдорини 150 мг % дан пасайиб кетиши кўрилади.

Кон зардобиди радиоиммунологик усулда тироксин, трийодтиронин ва ТТГ гормонлар концентрациясини аниқлаш. Бу усул махсус тест – наборлар билан ўтказилади, нормада тироксин

концентрацияси кон зардобиди 60 дан 160 нмоль/л гача, трийодтиронин 1,2 дан то 2,8 нмоль/л гача, тиреотроп гормони эса 0,17 дан 4,05 мМ/Л гача бўлади. Клиника маълумотларига кўра Фаргона водийси ахолиси учун нормал кўрсаткичлар куйидагича, тироксин – ўртача микдори $75,5 \pm 3,32$ нмоль/л, трийодтиронин – ўртача $1,45 \pm 0,112$ нмоль/л ва ТТГ – ўртача $3,57 \pm 0,112$ мМ/Л га тенг.

Иммунологик текширишлар – иммунологик статуснинг меъерий тебранма йигмалари: ТРО-га нисбатан антитела – 20 дан 100 МЕ/мл гача, Тg-га нисбатан антитела – 60 дан 190 нмоль/л гача ва Тгаб-га нисбатан антитела кўрсаткичларга эга. Хамда лимфоцитлар (шакллари: Т-лимфоцит, Т₀-лимфоцит ва В-лимфоцитлар)ни нисбатларини аниклаш.

Калконсимон безни радиометрик текшируви безнинг ўзида радиоактив йод (I131) моддасини тўплаш хусусиятига асосланган. Бунда бемор оч коринга 1-2 мКю радиоактив йод моддасини 50 мл дистилланган сув билан ичади ва хар 2, 4, 24, 48, ва 72 соатлардан сўнг махсус радиоактив датчиги бўлган гамма камера ёрдамида калконсимон безда РФП ни канча % микдори тўпланганлиги аникланади. Нормада 2 соатдан сўнг 8-13 %, 4 соатдан сўнг 18-20, 24 соатдан сўнг эса 24-30 % РФП безда тўпланади. Кейинги соатларда тўпланиш аста - секин камайиб боради. Бу тўпланиш микдори % ларда камайиши ёки ортиши безни фаолияти хакида ахборот беради.

Калконсимон безни сканерлаш – бу без тўкимасида РФП ни тўпланиш хусусиятини яъни радиоиндикациясини аниклаб берадиган усулдир. Бунда безда «иссик» ва «совук» ўчоклар деб номланувчи белгиларни аниклаш мумкин.

Электрокардиограмма – текшируви ёрдамида беморларнинг юрак кон томир тизимида кечаётган ўзгаришларни аниклаш мумкин.

Рефлексометрия – магнит узатгичли аппарати («АЛОК-011») ёрдамида ахилла пай-толаларидаги рефлекс тўлкинининг узатилиши аникланади. Магнит тўлкин узатгичли аппаратини ахилла пайи ва товон олдига кўйиб, толалардан чиккан рефлекс тўлкинининг узунлиги (мм/сония) магнит тортиб олувчи утказгич ёрдамида электрокардиографга узатилиб, чизиб чиқарилади. Меъерида 0,26-0,28 мм/сонияга тенг килиб олинган. Агарда ўтказгич узунлиги меъерий 0,26-0,28 мм/сониядан чўзилиб кетса бунда гипотиреоидизмни, агарда уни акси бўладиган бўлса, бунда гипертиреоидизмни авж олиб бораётганлигидан далолат беради.

Эхостеометрия – бу усулдаги текширувда остеопароз асоратини, суякларни кай даражада емирилаётганини кўрсатиб беради.

Тиреолимфография – бу усул калконсимон безга тўгридан - тўгри сувда эрувчи рентгенконтраст моддаларни юбориб рентген экранида кўриш ёки рентгенграфия қилишдан иборатдир. Бу билан жаг ости ва бўйиннинг чуқур лимфа тугунлари аник кўринади. Бунда ёмон сифатли ўсма ва метастазларда контраст (олтин- Au^{198}) кам тўпланади, хамда безни катталиги, жойлашуви, тугунлар бор йўқлиги, безни кўшни аъзоларга таъсири хакида маълумот олинади.

Ультратовушлар билан текшириш – бу усулда безни хажми, Тўкимани зичлиги, кўшни аъзоларга алоқаси, тузилиши, шакли, турлари, автоном аденома билан ўсма ва кисталарни диф. диагностикаси, хамда регионар лимфа тугунларни холатини баҳолайди.

Ларингоскопия – бўқок билан огриган хар бир беморда операция олди тайёргарликда, хатто овоз товуши йўқ бўлганда хам ўтказилади. Бу билан кайтувчи нервни патологик жараёнларга кўшилганлиги туфайли, овоз бойламларининг яширин фалажи аникланади.

Ангиография – ўмров ости ёки ташки уйку артериясига контраст моддани киритиш туфайли бўйин йирик томирларини ўсма билан богликлиги бор ёки йўқлиги тўгрисида аник маълумот беради.

Калконсимон безни рентгенологик текшируви – бу усулда текшириш қачонки безда кальцификатлар бор бўлгандагина ютинтириш оркали безни харакатларини илгаб олишга ва унинг контурларини, чегараларини хамда тузилишини аниклашга ёрдам беради. Яна барий ичириб хам компрессион белгиларини кай даражада эканлигини аниклашга имконият яратади.

Биопсия – нафакат раққа шубҳа тугилганда, балки калконсимон без касалликларини хар бирида ўтказилиши лозим. Буни операция олди тери оркали безни пункция қилиш (УТГ ёрдамида янада аниқроқ хулосага эга бўлиши мумкин) йўли билан амалга оширилади, керак бўлса интраоперацион маҳалда хам амалга ошириш мумкин. Биопсияни натижаси диф. диагностикани аниклаш билан биргаликда қолдириш керак бўлган калконсимон без хажминини хам аниклаб беради. Шу каторда катталашган регионар лимфа тугунларни пункция қилиш зарурдир. Чунки олинган

пунктатда ўсма хужайраларининг бўлмаслиги, калконсимон безни ўсма билан зарарланганлигини инкор қилишга шубҳа тугдирмайди.

Морфологик текширув – операция вақтида олиб ташланган калконсимон без тўқимасининг бўлақларини гистологик текшириб кўрилади.

Калконсимон без касалликларининг синфланиши.

Пенчев бўйича Калконсимон без касалликларининг синфланиши.

Калконсимон безни тугма касалликлари:

А. Калконсимон безни аплазияси ёки гипоплазияси (кўпинча гипотиреоз ҳолат билан кечади ёки микседема бўлади);

Б. Калконсимон безни эктопияси ва аберрант безлар;

В. Тил - калконсимон йўлни очик қолиши (бу ҳол бўйинни ўрта кистаси ва окмалар ҳосил бўлишига олиб келади).

II. *Эндемик бўқок.*

1). Калконсимон безни катталашини қараб беш даражага бўлинади.

I-даражада – без кўринмайди, бироқ бўйинда қўлга уннайди ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II-даражада – калконсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III-даражада – без кўздан кечирилганда билинади, бўйин контури ўзгариб унга «йўгон бўйин» кўринишини беради.

IV-даражада – бўйин контурини бузиб турадиган аниқ юзага чиққан, конфигурацияси бузилган бўқок.

V-даражада – без ўлчамлари жуда ката, гигант бўлиб, бу кўпинча кизилўнгач, трахеяни босиб, ютинишни ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

2) Турига қараб: диффуз, тугунли, аралаш.

3) Функционал ҳолати бўйича: эутиреоид, гипертиреоид, гипотиреоид.

4) Дистрофик ўзгаришлар билан кечувчи (кретинизм, ва бошқ.)

III. *Спорадик бўқок* – худди эндемик бўқок каби синфланади.

IV. *Гипертиреоидизм:*

А. Калконсимон безни автоном аденомасига таълуқли гипертиреоз (компенсация ва декомпенсация босқичлари).

Б. Диффуз токсик бўқок – Безедов касаллиги.

В. Иккиламчи гипертиреоз (гипофиз олдинги бўлаги аденомаси таъсирида келиб чиқади).

Г. Артифициаль гипертиреоз (йод ёки калконсимон без гормонларини кўп истеъмол қилиши натижасида келиб чиқади).

Тиретоксикозни оғирлик даражаси бўйича 3 даражага бўлинади: енгил, ўрта оғир ва оғир даражаси.

Гипотиреоидизм:

А. Бирламчи (тиреогенли): Келиб чиқиши бўйича,

1) тугма,

2) орттирилган,

3) операциядан сўнгги,

4) радиоактив модда билан даволашдан сўнгги турлари.

Б. Иккиламчи.

VII. *Гипотиреознинг оғирлик даражаси бўйича:* енгил, ўрта ва оғир даражалари.

VIII. *Калконсимон безни ялликланиши касалликлари:*

А. ўткир йирингли тиреоидит ёки струмит,

Б. яримўткир тиреоидит (Де Кервен гранулематоз бўқоги),

В. сурункали тиреоидит (Хасимато бўқоги – аутоиммунли тиреоидит)

Г. Фиброзли тиреоидит (Ридель бўқоги)

Калконсимон безни жароҳатланиши: очик ёки ётиқ.

Калконсимон безни кам учрайдиган ялликланиши касалликлари (сифилис, туберкулёз, эхинококкоз ва бош).

Калконсимон без ўсмалари:

А. Яхши сифатли:

- 1) аденомалар.
 - 2) бошка яхши сифатли ўсмалар.
- Б. Ёмон сифатли
- 1) карциномалар.
 - 2) бошка ёмон сифатли ўсмалар.

Гипотиреознинг кечиши (ВОЗ) бўйича:

Субклиник гипотиреоз (Клиник белгиларсиз кечиши ёки носпецифик белгилар, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₄ гормонини ўзгармаганлиги ва ТТГ нинг меъеридан ортиши),

Манифестли гипотиреоз (Гипотиреознинг характерли клиник белгилари, ҳамда тез-тез носпецифик клиник белгилар билан кечиши ёки клиник белгиларсиз ҳам кечиши, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₄ гормонини пасайиб бориши ва ТТГ нинг меъеридан ортиши),

Асоратланган гипотиреоз (Гипотиреознинг кенгайтирилган клиник белгилари кузатилади. Огир асоратлари кузатилади: кўп серозли, юрак етишмовчилиги, кретинизм, микседематозли кома, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₄ гормонини пасайиб бориши ва ТТГ нинг меъеридан ортиши).

Тиреотоксикознинг кечиши (ВОЗ) бўйича:

Субклиник тиреотоксикоз (Клиник белгиларсиз кечиши, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₃, Т₄ гормонларининг ўзгармаганлиги ва ТТГ нинг меъеридан тушиши),

Манифестли тиреотоксикоз (Тиреотоксикознинг характерли клиник белгилари, ҳамда тез-тез носпецифик клиник белгилар билан кечиши ёки клиник белгиларсиз ҳам кечиши, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₃, Т₄ гормонларини ортиб бориши ва ТТГ нинг меъеридан тушиши),

Асоратланган тиреотоксикоз (Тиреотоксикознинг кенгайтирилган клиник белгилари кузатилади. Огир асоратлари кузатилади: тиреотоксик юрак, юрак ва ўпка етишмовчилиги, токсик жигар, буйрак усти етишмовчилиги, ҳамда скрининг тест бўйича эркин Т₃, Т₄ гормонларининг ортиб бориши ва ТТГ нинг меъеридан тушиши).

Калконсимон без ўсмаларининг синфланиши (ВОЗ).

Калконсимон без ўсмалари:

А. Эпителиал ўсмалар:

- 1) яхши сифатли (аденома),
- 2) ёмон сифатли: фолликулярли рақ, папиллярли, ясси хужайрали, дифференциалланмаган (ипсимон хужайрали, гигант хужайрали, майда хужайрали), медуляр рақи.

Б. Ноэпителиал ўсмалар:

- 1) яхши сифатли (фиброма, гемангиома, невринома ва бошқ.).
- 2) ёмон сифатли (фибросаркома ва бошқ.).

В. Турли хил ўсмалар (ёмон сифатли лимфома, карциносаркома, тератома). Ёмон сифатли гемангиоэндотелиома.

Г. Метастаз туфайли келиб чиккан иккиламчи ёмон сифатли ўсмалар.

Д. Синфланмайдиган.

Эндемик ва спорадик бўқок. Эндемик бўқок – биосфераси йодга танқис географик худудларда яшайдиган аҳолида учрайдиган касалликдир. Организмда йод моддасини етарлича тушмаслиги тиреоид гормонларни ишланишини пасайишига олиб келади, бу калконсимон безни компенсатор гиперплазияси билан ўтади ва букок хосил бўлишига олиб келади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганлигини тўлдиради. Рўйрост бошланган бўқок эндемиясида эркақлар ва аёллар ўртасида касалланиш деярли бир хил бўлади.

Спорадик бўқок – бўқок эндемияси бўлмаган районларда яшовчи кишиларда, йоднинг ичакда етарлича сўрилмаслиги, гормонал бузилишлар ва шу кабилар натижасида пайдо бўлади. У аёлларда эркақларга нисбатан 8-10 марта кўпроқ бўлади.

Клиникаси. Беморлар бўйнини кимирлатганда, ёқанинг тугмасини қадаётганда бўйин соҳаси «ўнгайсизлик» сезадилар, охириги белгилар кўпроқ трахеомалация билан боглик, бу трахея ва хиккилдоқда нерв бошкарилишини бузилиб, бўқокни муттасил босиб туриши нуктасида трахея деворининг юпка тортиши билан изохланади. курук йўтал бўлади, товуши бўгилади, нафас олиши кийинлашади. Гипотиреоз белгилари ривожланади: хотиранинг пасайиши, уйқувчанлик, тана вазнининг ошиши, харакатчанликнинг пасайиши, суяқлардаги огрик, кабзият, потенциалнинг камайиши, иштаханинг пасайиши, юракнинг секин уриши, терининг куруклашиши, терининг

калинлашиши, юкори ва пастки ковок болишларининг шиши, артериал босимнинг пасайиши, соч толаларининг тўкилиши каби шикоятлар авж олади.

Нафас бузилиши – тўш ортидаги бўқокнинг энг кўп учрайдиган симптоmidир. Жойлашувига караб: оддий жойлашуви, тўш ортида жойлашуви, қисман тўш ортида жойлашуви, халкасимон жойлашуви, кизилўнгач ортида жойлашуви ва аберант бўқоклар бўлади.

Эндемик бўқок клиник кўринишга кўра 3 хил турда бўлади: булар диффуз катталашган, тугунли катталашган ва аралаш катталашган турлари. Эндемик бўқок касаллигининг клиник кўриниши ана шу безни жойлашувига ва катталашувига караб ўз хусусиятларига эга бўлади. О.В.Николаев фикрича бўқок деб калконсимон безни III, IV, V даражасигача катталашувига айтилиши лозим. Калконсимон безни I- ва II-даражада ўзгариши эса эндемик катталашув деб аталиши лозим.

Диагностикаси. Эндемик бўқок диагностикаси касалликнинг клиник кўриниши ва беморни шикоятлари, касаллик анамнезига асосланади (бўқок билан кўпчилик аҳолини касалланиши, беморни шу районда истикомат қилиши). Калконсимон безни функционал фаолиятини радиоюддиагностика, кон зардобида тиреоид ва ТТГ гормонларини микдорини аниқлаш, холестерин ва асосий модда алмашинувини хисоблаш, ЭКГ, рефлексометрия ва эхостеометрияни ўтказиш ҳамда калконсимон безни сканерлаш усуллари билан аниқланади.

Эндемик бўқокни дифференциал диагностикаси, аутоиммун тиреоидит, диффуз токсик бўқок ва калконсимон без ўсмаси билан ўтказилади.

Даволаш. Эндемик бўқокни даволаш усули касалликнинг кечиши, яъни клиник кўринишига караб танланади, безни катталашув даражаси ва турига, жойлашувига эътибор берилади.

Консерватив даволаш калконсимон безни диффуз ва бошлангич катталашувида, касалликни янгилигида маъқул бўлади, айниқса ёш болаларда ва ўсмирларда консерватив давони самараси яхши бўлади.

Гипотиреозни даволашда (1 кг вазнга 1,64 мкг.) йодни микродозалари берилади, яъни кунига тиреоид гормонлар («L-тироксин» -25, -50, -100 мкг.)дан ва йод препаратлари («йодид 100», -200 мкг; «эутирокс» -25, -50, -100 мкг; Йодомарин 100», -200 мкг.)дан фойдаланса бўлади. Гипотиреознинг енгил шакли билан оғриган беморларга 25 мкг.-дан 50 мкг.-гача L-тироксин, гипотиреознинг ўрта шакли билан оғриган беморларга 50 мкг.-дан 75 мкг.-гача, гипотиреознинг оғир шакли билан оғриган беморларга 75 мкг.-дан 125 мкг.-гача ва шундай оғир шакл мавжуд булган беморларга препаратнинг таъсир қилишига караб комбинация холида, тиреоид гормонига йод препаратларини кўшиб тавсия қилиш мумкин (йодид ёки йодомарин 25 мкг.-дан 75 мкг.-гача). Хомиладор ва эмизикли аёлларга 100 мкг.-дан 150 мкг.-гача L-тироксин препарати ҳамда баъзиларига комбинация қилиб 25 мкг.-дан 50 мкг.-гача йодидни қўллаш мумкин.

Баъзи беморларни операцияга тайёрлашда Люголь эритмасидан 1% лигини 7-10 томчидан бериб тайёрланади. Консерватив даволашга мухтож бўлган беморларни даволаш Люголь эритмасидан 1% лигини 1-2 томчидан бериб тайёрланади. 5 кун давом этиб 2 кун дам берилади ёки 20 кун давом этиб 10 кун дам берилади ва умумий даволаш курси 6-12 ой давом этади. Агарда бўқок эутиреоид ёки гипотиреод турда кечадиган бўлса йодид, йодомарин ва микроид препаратлари билан даволаш яхши наф беради. Даволаш 0,02-0,05 г дан бошланиб 20-25 кундан сўнг дозани 0,2 граммгача кўтариш мумкин. Даволаш 6 ойдан 1 йилгача давом эттирилади.

Агарда бўқокни тугунли, аралаш ва III-V даражалари бўлиб, кўшни аъзоларни босиш белгилари бўлса, бу холларда албатта оператив даволаш кўрсатилган, чунки тугунли бўқокларда 10-11 % холларда малигнизация асорати кузатилади.

Операция олди тайёргарлик эндемик бўқокда беморни йўлдош касалликларини даволаш, инфекция ўчоқларини бартараф этиш (айниқса оғиз бўшлигида) ва психопрофилактикадан иборатдир. Шуни алоҳида айтиб ўтиш лозимки, ўта катта бўқокларда беморларни операцион столдаги холатини тушинтириб машқ қилиш лозимдир.

Операция турлари:

Тугунли бўқокларда:

- тугун юза ёки чуқуррокда жойлашса тугунни атроф соғ тўқималар билан кесиб олиш бажарилади,
- агар тугун бир нечта ва катта хажмларда бўлса ўнг ёки чап томонлама гемиструмэктомия бажарилади.
- агар тугун кўп бўлиб иккала бўлакда ҳам таркок бўлса, унда тотал струмэктомия бажарилади.

– агарда тугун безнинг юзасида бўлса тугунни энукляцияси бажарилади.

Диффузли бўкларда:

Катта диффуз бўкларда ва аралаш бўкларда О.В.Николаев ва Б.В.Петровскийлар усулида субкапсуляр субтотал струмэктомия бажарилади ва соғ калконсимон без тўкимасида 2-3 грамм микдорда хар иккала томондан колдирилади.

Операциядан сўнгги асоратлар:

- операциядан сўнгги гипотиреоз,
- операциядан сўнгги доимий ва транзитор гипопаратиреоз,
- касалликнинг хакикий ва ёлгон кайталаниши,
- овоз бойламларининг нимшоли ва фалажи кузатилиши мумкин.

Эндемик бўккни профилактикаси. Эндемик бўккни олдини олиш: эндемик районларда умумлашган профилактика ишлари олиб борилади. Булар йодланган нонлар ёпиш, аҳолини йодланган туз билан таъминлаш, йодланган ёғ махсулотларини ишлаб чиқиш, ичимлик сувларига йод кўшиш кабилар қилинади.

1996 йилда ВОЗ, ЮНИСЕФ ва йод танқислиги бўйича халқаро кенгаш рахбариятлари йоднинг кунлик истеъмол нормативларини қуйидаги тартибда киритди.

Кўкрак ёшидаги болалар (1 ёшгача бўлган) – 50 мкг;

Кичик ёшдаги болалар (1-6 ёшгача бўлган) – 90 мкг;

Кичик мактаб ёшдагилар (6-12 ёшгача бўлган) – 120 мкг;

Катта мактаб ёшдагилар ва катталар учун – 150 мкг;

Хомиладор ва эмизувчи аёллар – 200 мкг.

Йод ва йодланган тузни саклаш учун, зудлик билан намлик ўтказмайдиган материаллар(полиэтилен ва полипропилен)дан ясалган герметик каробкалар ва пакетлар ёрдамида кобикламок зарур. Яна ушбу пакетчаларга герметикланган тузларни куёш нуридан, киздириб юборишдан, нам ва чангдан саклаш даркор. 6 ойгача герметик бекилган идишларда йодланган тузларни саклаганда ўртача 50% га камайгани аниқланган.

Америка Қўшма Штатлари хисобида 1 кишини 1 йиллик давомида йодланган туз билан таъминлаши 20 центга тўғри келар экан. Йодланган туз билан халқни таъминлаш давлат учун аёло даражада фойда келтиради. Давлатни маиший ва социал иқтисодиётини кўтаради. Сабаби меҳнатқашларни ақлий ривожланишини, фикрлашни оширади.

Эндемия ўчоқларида вактинча яшаётган кишиларга шу йўсинда профилактика ўтказилади.

вазиятли масалалар

Бўйиннинг олдинги юзаси – калконсимон без бўйинбоги проекциясида эластик консистенцияли тугун, юмалок, ютунганда трахеяга богликлиги йўқ. Тугун беморда 8 йилдан бери тафовут қилиб қилинади. Беморнинг ёши 30 да. Токсик бўлмаган тугунли бўк ташхиси билан ташрих маҳалида 2×2 см ли тугун калконсимон безнинг чап бўлагининг пастки кутбини соғ тўқима атрофидан олиб ташланди. Тезкор гистологик текширувида тугун марказида хавфли ёмон сифатли ўсиши кузатилди. Бундаги гистологик жавоб — тугун ўзагидан чикмаган, фолликуляр рак.

Жаррох тактикаси.

Бемор 32 ёшда, 7 йилдан бери калконсимон безни чап бўлагида юмшоқ, эластик консистенцияда тугун бор. Тугунни размери 5×6 см, сканерлаш ўтказилганда I¹³¹ тўпланиши калконсимон безни бошка тўқималари билан бир хилда. Калконсимон безнинг колган қисми бир хил размерда. Бемор шуни таъқидлайдики, охириги йилларда тугунни размери катталашмаган. Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз.

Бемор, бўк хасталиги билан ташрих ўтказган. Овозининг чикмаслиги, куннинг охирида нафас олишининг қийинлашуви, цианоз белгилари таркала бошлаган. Қандай асорат тўғрисида ўйлаш мумкин? Бу ҳолатни қандай тушунтириш мумкин? Беморга қандай ёрдам бериш мумкин?

36 ёшли бемор бўйиннинг олд томонида 5 йил олдин шиш пайдо бўлган (уралда яшаган пайтида).

У секин-аста катталашмоқда. Шикоятлари йўқ. Овқатланиш яхши. Пульс 1 минутига – 78 та. Юрак тонлари тоза. Калконсимон безнинг чап бўлагида кўзга кўринувчи, пайпасланганда овал шаклга эга, зич, 10×8 см ли, юзаси силлик, огриксиз, ютинганда харакатчан. Кўз симптомлари йўқ.

Асосий алмашинув +10%. Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз?

51 ёшли беморда 14 йил олдин 3×3 см тугунли бўқок ташхиси қўйилган эди. Шу йиллар ичида касаллик безовта килмаган. Охирги 3 ой ичида хосила икки баровар катталашган. Беморнинг умумий ахволи ёмонлашган. Шикоят: бўшашиш, тез чарчаш. Пайпасланганда хосила юзаси нотеккис, зич консистенцияли, харакати чекланган. Чап елка мушаклари бўйлаб лимфатик тугунлар катталашган. Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволайсиз?

Бемор, 1,5 йил олдин токсик бўқок хасталиги билан ташрих ўтказган. Кабулига қуйидаги: бехоллик, бўшашиш, уйқувчанлик, қувватсизликка, тана вазнининг тез ўсишига (27 кг) каби шикоятлар билан келган. Қўрилганда: харакатни сусайганлиги, юзни ишинкираганлиги, курук ва терининг дагаллиги ташланади. Калконсимон без катталашмаган. Ташрихдан сўнги чандикни холати яхши. Асосий алмашинув — 23%. Беморда нима кузатилган? Уни қандай даволаса бўлади?

Зиддиятли масалалар жавоби

Жавоб. Калконсимон безни тотал тиреоидэктомияси, ковак венани лимфасекцияси.

Жавоб. Диагноз: Токсик аденома компенсация боскичи. Чап томонлама гемиструмэктомия.

Жавоб. Беморда овоз бойламлари нимшоли кузатилган. Агарда ўпкада нам хириллашлар кузатилса, дархол кучайтирилган гормонал терапия ўтказиш даркор. Нам хириллашлар кузатилмаса, бунда трахеянинг пастки учдан бир қисмига трахеостомия қўйиш лозим.

Жавоб. Тугунли бўқок III-IV-даража, эутиреоз холати. С-г? Биопсия ўтказиш лозим. Чап томонлама гемиструмэктомия қилиш керак. Операция махалида тезкор гистология ўтказиш даркор. Натижасига қараб операцияни кейинги боскичи аникланади.

Жавоб. Беморда калконсимон беги раки? Биопсия натижасига қараб ё тотал тиреоидэктомия, ёки радиойод терапия қўлланилади.

Жавоб. Беморда операциядан кейинги ортирилган гипотиреоз асорати кузатиляпти. Агарда банк бор бўлса ўз гуруҳида ташки билан териости ёг қатламига калконсимон без аллотрансплантатини ўтказиш мумкин ёки йод препаратларини (L-тироксин, йодомарин, йодид, эутирокс, тиреоидин, микроид) тавсия қилиш мумкин.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 7

Мавзу: Сут беги касалликлари. Сут беги дисгормонал касалликлари, сут беги усмалари. Тушунча, учраши, этиопатогенези, клиник белгилари диагностикаси ва давоси. Консерватив ва оператив даво принциплари.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Талабалар сони: 10 тадан 12 гача	Вақт – 5соат
Мавзу: Сут беги касалликлари.	
Уқув дарсининг шакли	Билимни чуқурлаштириш ва кенгайтиришга қаратилган амалий машгулот
Амалий дарсда муҳокама қиланадиган саволлар:	1. Сут беги касалликлари хақида тушунча.
	2. Сут беги анатомияси ва физиологияси
	3. Сут беги этиопатогенезидаги замонавий қарашлар.
Амалий дарснинг мақсади: мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	
Уқитувчининг мақсади:	Уқув фаолиятининг натижалари Талаба билиши зарур:
1. Мавзунини узлаштиришда ақлий мотивацияни яратиш	1. Сут беги касалликларига таъриф бериш.
2. Мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	2. Касалликнинг замонавий этиопатогенезини билиши.
3. Уқув билимларини қуникмалар тизимини ишлаб чиқиш, таққослаш, умумлаштириш	3. Касалликни клиникасини билиб, симптомлар мажмуасини таърифлаб бера олиши.

ва таҳлил килиш.	
4. Узининг позициясини шакллантиришни ва баён килишни ташкиллаштириш.	4. Замонавий инвазив ва ноинвазив диагностика усулларини, уларни куллашга курсатмаларни билиши. Маститларни бошка сут беги патологиялари билан дифференциал таккослай олиши.
5. Коммуникация куникмаларни, гуруҳ ва жуфтликларда ишлашни ривожлантириш.	5. Сут безини консерватив ва замонавий хирургик даволаш усулларини мукамал билиш.
Укитиш усуллари ва техникаси	Айтиб бериш ва дискуссия усуллари: презентация, блиц-суров,, «Биргаликда урганамиз», «Юмалок стол», диаграммалар,
Укитиш жихозлари:	Кургазма куроллар, маркерлар, скотч, А32 форматдаги когозлар.
Укитиш шакллари:	Индивидуал, фронтал иш, гуруҳ ва жуфтликларда график-органайзер, компьютер ва информаион технологияларни куллаб ишлаш
Укитиш шароитлари:	Гуруҳларда ишлашга мулжалланган техник жихозланган аудитория

Амалий машгулотнинг технологик картаси

Боскичлари, вақти	Укитувчининг фаолияти	Талабаларнинг фаолияти
1 боскич Мавзуга кириш қисми (15 дақиқа)	1.1. Машгулотнинг мавзусини, мақсадини ва режалаштирилаётган натижаларини ҳамда дарснинг режасини айтиши.	1.1. Эшитишади ва ёзиб боришади.
	1.2. Асосий тушунчалар буйича блиц-суров утказиш. Буқокни келиб чиқиш назарияларига таъриф беришни таклиф қилади. Масалан, куйидаги савол берилади: «Сут беги рақини таснифи?» « Сут беги рақини даволаш усуллари?» «Улар уртасидаги фарқ нимадан иборат?» 1-2 та жавобни эшитгач, гуруҳларда вазифани бажарилиши, уларни презентация қилиниши жараёнида муҳокама қилишини айтади. Хар бир талаба гуруҳда вазифанинг бажарилишидан кейин индивидуал баҳолалини тушунтиради. (2 илова). Гуруҳларнинг биргаликда бажарилган вазифалари плакат когозларда курсатилишини айтади.	1.2. Саволларга жавоб беришади.
2 боскич Гуруҳларда ишлаш. (60 дақиқа)	2.1. Табалаларни 3 та гуруҳга бўлишади. Уқув вазифани таркатади. Қанақа уқув натижаларни олинишини айтиб утади. Баҳолаш курсатгичлари ва мезонларини тушунтиради. Қанақа қушимча материаллардан (маъруза, адабиётлар) фойдаланиш мумкинлигини айтади. Гуруҳларда ишнинг бошланишини эълон қилади.	2.1. Уқув вазифалари, билан танишиб чиқишади, баҳолаш курсатгичлари ва мезонлари билан танишиб чиқишади. Вазифани бажаришга киришади.
боскич	3.1. Гуруҳларда презентацияни ва узаро	3.1. Презентация

Презентация (55 дакика)	баҳолашнинг натижаларини ташкиллаштиради. Билимларни умумлаштиради, хулосаларга алохида эътибор бериб, вазифа қандай бажарилганлигини умумлаштиришади.	килишиб, бир бирларини тулдиришади ва узаро баҳо беришади.
босқич Хулосавий (15дакика)	Бажарилган ишларни хулоса қилади. Мустақил иш мавзусини беради: «Сут беzi касалликларини текшириш усуллари» мавзусини ёзма равишда ёритиш.	Эшитишади, аниқлашади. Вазифани ёзишади.

Такдимот материаллари.

101. - илова	Сут беzини ривожланиш нуксонлари
102. - илова	Сут беzининг яллигланиш касалликлари
103. - илова	Сут беzининг дисгормонал бузилишлари
104. - илова	Сут беzини текшириш усуллари
105. - илова	Сут беzi ракиннинг клинико-анотомик классификация
106. - илова	Сут беzi рақини замонавий даволаш усуллари
107. - илова	Назарий қисм

Ўқув топшириқлар

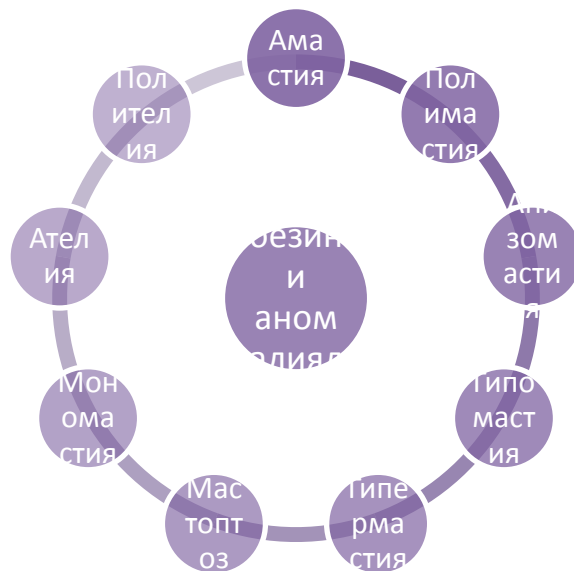
Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

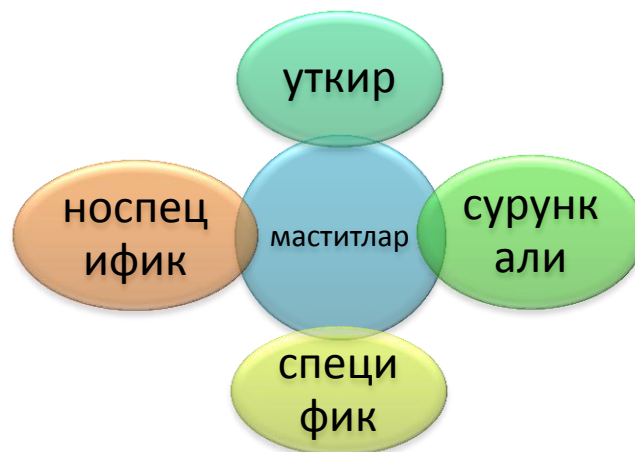
- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;

ТАХЛИЛИЙ ҚИСМ

Илова 1.Сут беzини ривожланиш нуксонлари



Илова 2. Сүт безининг яллигланиш касалликлари



Илова 3. Сүт безининг дисгормонал бузилишлари

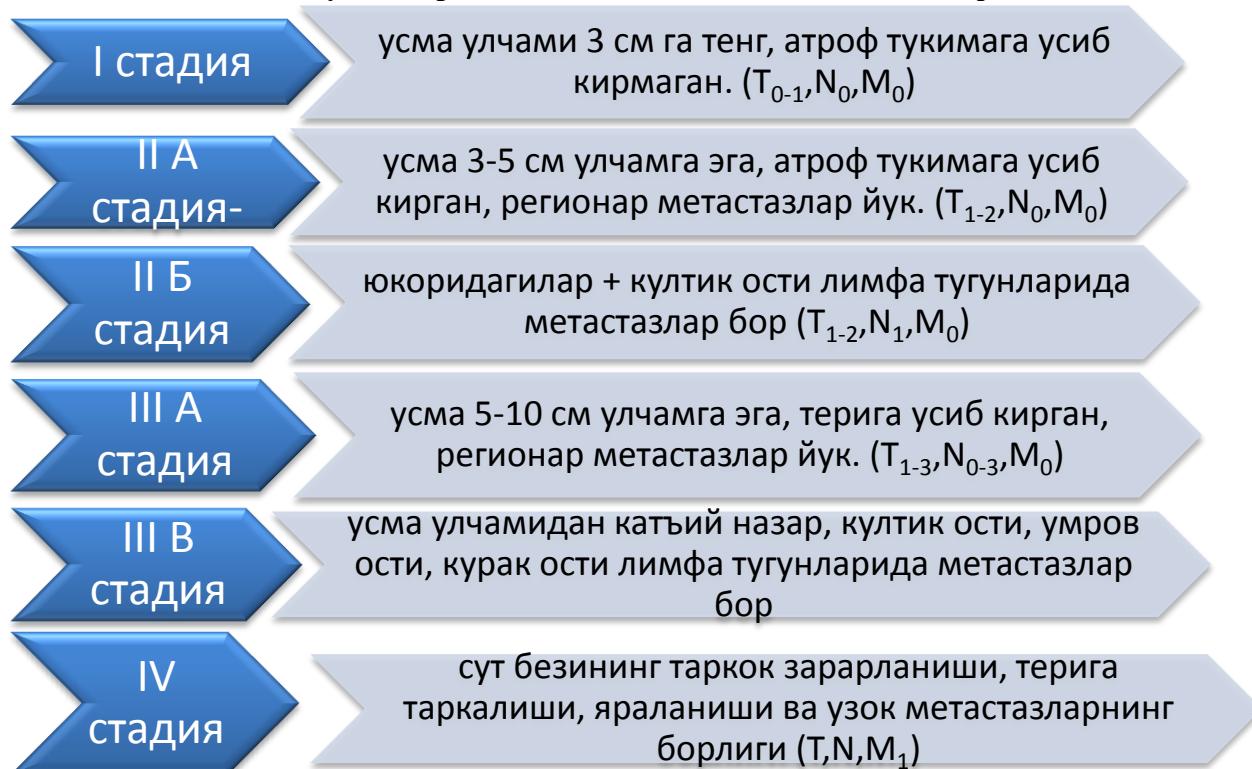
Сүт безининг дисгормонал бузилишлари

- мастодиния
- гинекомастия
- фиброз-кистоз мастопатия

Илова 4. Сүт безини текшириш усуллари



Илова 5 . Сут беzi ракининг клинико-анотомик классификация



Илова 6. Сут беzi ракини замонавий даволаш усуллари

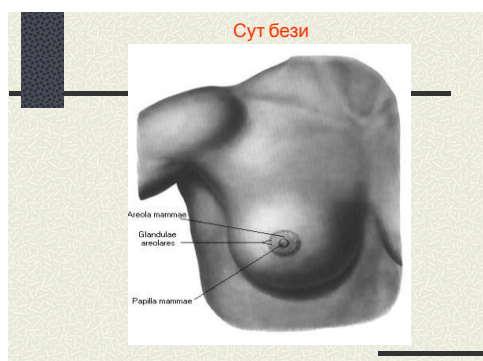
оператив даво

нур терапияси

химиотерапия

комбинациялашган даво

Илова 7. назарий қисм



Сут беzi- эктодермадан ривожланувчи шакли узгарган тер беzi ҳисобланади.

Секреция тип- экзокрин, апокрин типда.

Морфологик тузилиши- мураккаб альволяр-найсимон беzi.

Анатомик қисмлари: ареола, сургич, сут копи, сут йуллари, булақлар, булақчалар, Купер бойлами, Мажанди беzлари, Спенс усимтаси, lig. Levator mammaria.

Топографик анатомияси: lin. Parasternalis ва lin. Axillaris anterior оралагида, III-VI (VII) қобиргалар соҳасида, қатта куқрак мускули устида.

Қон билан таъминланиши: aa. Intercostalis II-VI, a. toracica lateralis, a. mammaria interna, plexus brahialis

Лимфа системаси: юзаки ва чуқур, култик ости, умров ости, умров усти, парастернал, карама-қарши сут беzi лимфа тугунлари

Иннервацияси: Қобиргалараро нервлар, елка чигали

Сут беzi физиологияси

Сут безининг вазифаси сут ишлаб чиқариш

Эстрогенлар- сут йулларнинг риожлантиради.

Прогестеронлар- сут беzi паренхимасини ривожлантиради.

Пролактин- сут ишлаб чиқарилишини бошқаради.

(гонотропин, соматомаммотропин)

СУТ БЕЗИ ҚАСАЛЛИҚЛАРИ

I. Ривожланиш нуқсонлари:

- A. Амастия Полимастия
- B. Анизомастия Гипомастия
- C. Гипермастия Мастоптоз
- D. Мономастия Ателия
- E. Полителия

II. Сут безининг яллигланиш қасаллиқлари

- A. Уткир
- B. Сурункали
- C. Специфик
- D. Носпецифик

- III. Сут безининг шикастланишлари
 - A. Очик
 - B. Ёпик
- IV. Сут безининг усма касалликлари
 - A. Яхши сифатли
 - B. Ёмон сифатли
- V. Сут безининг дисгормонал бузилишлари
 - A. мастодиния
 - B. фиброз-кистоз мастопатия
 - C. гинекомастия

СУТ БЕЗИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

1. Анамнез, шикоятлар
2. Физикал текшириш усуллари:
 - a. Куздан кечириш
 - b. Пальпация
3. Рентгенологик:
 - a. Маммография
 - b. Дуктография
4. Термография
5. УЗИ
6. ЯМР ва компьютер томографияси
7. Цитологик текшириш усули
8. Пункцион биопсия
9. Эксцизион биопсия
10. 7. Радиоизотоп текшириш
11. 9. Лимфография ва ангиогр

МАСТИТЛАР

1. Этиопатогенези

- Инфекцион омил (специфик, носпецифик, аралаш ва микст инфекциялар)
- Мойиллик тугдирувчи омиллар (лактостаз, шахсий гигиенанинг бузилиши, организм реактивлигининг пастлиги)

2. Инфекциянинг таркалиш йуллари:

- Интраканаликуляр
- Гемотоген
- Лимфоген
- Травмотоген

Маститнинг таснифланиши

1. Учраш даврига кура:

- Лактацион мастит
- Пубертат давр мастити
- Климактерик давр мастити

2. Кечишига кура:

- Уткир
- Сурункали

3. Уткир маститнинг боскичлари:

- Сероз
- Инфильтратив
- Йирингли (тери ости, интрамаммар, ретромаммар, субареолар)
- Гангреноз

4. Инфекцион омилга кура:

- Специфик
- Носпецифик

Маститнинг давоси

1. Консерватив даво.

А) Умумий:

- Антибактериал
- Дезинтоксикацион
- Организм реактивлигини ошириш
- Иммунотерапия

Б) Махаллий

- Сут беги фиксацияси
- Сутни согиб ташлаш
- Ретромаммар блокада
- Физиотерапевтик муолажалар (УВЧ, соллюкс ва х.к.)

2. Оператив даво

- Абсцесс бушлигини очиш ва дренажлаш

(Беннер, радиар, периареолар кесимлар)

Сут беги ракиннинг классификацияси

1. Халқаро номенклатура буйича (Т,N,M);

T_{in situ}-ноинвазив рак (эпителий ичи раки), Педжет раки

T₀- пальпацияда усма аникланмайди

T₁- усма 2 см гача улчамга эга.

T₂- усма 2-5 см улчамга эга, Педжет ракиннинг таркалган шак

T₃- усма 5-10 см улчамга эга.

T₄- катта улчамдаги усма

- N₀- регионар лимфа тугунлари катталашмаган
- N₁- култик ости лимфа тугунларида якка метастаз бор
- N₂- култик ости лимфа тугунларида куп сонли метастазлар бор
- N₃- умров ости ва усти лимфа тугунларида метастазлар бор.
- M₀-метастазлар йук
- M₁-метастазлар бор (упка, суяклар, плевра, карма-карши сут беши, тери)

Сут беши ракиннинг классификацияси

Клинико-анатомик классификация

I стадия- усма улчами 3 см га тенг, атроф тукумага усиб кирмаган. (T₀₋₁,N₀,M₀)

II А стадия- усма 3-5 см улчамга эга, атроф тукумага усиб кирган, регионар метастазлар йук. (T₁₋₂,N₀,M₀)

II Б стадия- юкоридагилар + култик ости лимфа тугунларида метастазлар бор (T₁₋₂,N₁,M₀)

III А стадия- усма 5-10 см улчамга эга, терига усиб кирган, регионар метастазлар йук. (T₁₋₃,N₀₋₃,M₀)

III Б стадия- усма улчамидан катъий назар, култик ости, умров ости, курак ости лимфа тугунларида метастазлар бор

III В стадия- усма улчамидан катъий назар, умров усти лимфа тугунларида метастазлар бор

IV стадия- сут безининг таркок зарарланиши, терига таркалиши, яраланиши ва узок метастазларнинг борлиги (T,N,M₁)

Сут беши ракиннинг этиопатогенези

1. Дисгормонал назария
2. Ирсий назария
3. Канцероген назария
4. Вирусли ва инфекцион назария

Сут беши ракиннинг клинико-морфологик шакллари

1. Тугунли
2. Диффуз

Диффуз сут беши ракиннинг клиник шакллари

- Сарамассимон рак
- Маститсимон рак
- Панцыр (калкон) симон рак
- Педжет раки
- Шишли-инфилтратив рак

Сут беши ракига хос клиник симптомлар

1. Тери симптомлари:

Умбликация «киндик» симптоми

- «Апельсин пустлоги» симптоми
- «майдон» симптоми
- «тери ажинлари» симптоми

2. Пирибрам симптоми-сургичнинг тортилиши ва кийшайиши

3. Пайр симптом-сут беши харакатининг чегараланиши

4. Кенига симптоми- тик турганда аникланган усманинг ётган холда хам аникланиши симптомнинг мусбатлигини билдиради.

Сут беши ракиннинг даволаш

1. Оператив даво

- Радикал мастэктомия
- Овариоэктомия

2. Нур терапия

3. Химиотерапия
 4. Гормонотерапия
 5. Комбинациялашган даво
 6. Комплекс даво
- I, II А боскич –оператив даво

II Б, III А, III Б боскичлар-оператив даво, нур терапия, химиотерапия
 III В, IV боскич- нур терапия, химиотерапия, гормонотерапия

МАСТОПАТИЯ.

Этиопатогенези

- Нерв регуляциясининг бузилиши
- Гипоталомо-гипофизар бузилишлар
- Тухумдон, буйрак усти беши, калконсимон без бузилишлари
- Оварио-менустрал бузилишлар

Классификацияси

1. Диффуз а) безли б) фиброз в) кистоз
2. Аралаш
3. Тугунли

Клиникаси

- Сут безидаги огриклар
- Сут безининг катталашishi, зичлашиши, тугунлар борлиги
- Лимф тугунлари катталашмаган
- Кенига симптоми манфий

Диагностикаси

- Морфологик текшириш

Даволаш

- Тугунли шаклида- оператив (секторал резекция)

Диффуз шаклида- консерватив (йод, андрогенлар)

Сут безининг хавфсиз усмалари

1. Фиброаденома

- Периканаликуляр
- Интраканаликуляр

2. Баргсимон (филлоид) фиброаденома

3. Аденофиброма

4. Аденома

4. Папиллома





Жаҳон Соғлиқни Саклаш Ташкилотининг маълумотларига кўра, кейинги йилларда сут безлари раки билан касалланиш анча кўпайиб бормоқда. Бунга сут безларининг рак олди касалликларини ўз вақтида аниқламаслик ва етарли даволамаслик сабаб бўлмоқда. Ўсма олди касалликларининг келиб чиқишида аёллар жинсий аъзоларида рўй берган ўзгаришлар ва касалликлар, уларни ўз вақтида даволатмаслик катта роль ўйнайди. Бунинг натижасида сут безлари эпителийси касалликка чалинади. Кам туғиш, сут келишининг киска муддатли бўлиши, кўп маротабалаб аборт қилдириш, яъни бола олдириш, аёллар жинсий аъзолари, қалқонсимон безлар, жигарнинг касалланиши бунга сабаб бўлади. Мастопатиянинг пайдо бўлишида руҳий изтироблар ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Сут беzi — нормал ҳайз фаолиятидаги циклик ўзгаришларга боғлиқ равишда эндокрин тизими томонидан бош-қарилиб туради. Ҳайз олди даврида сут беzi ҳажми биров катталашади ва дағаллашади, бу ўзгаришларнинг ҳайз бошланиши билан ўтиб кетиши нормал циклик ўзгаришлар натижасидир. Сут беziда кескин оғрик ёки шиш хиссиёти ва унинг ҳажми катталаниши ҳайз бошланишидаёқ бир неча кун олдин юз беради ва бу "сут безининг ҳайз олди таранглашиши" синдроми дейилади. Сут безининг ҳомиладорлик ва лактация даврида ҳажмининг катталаниши, гиперпигментацияси, томирлар суратининг катталаниши нормал физиологик жараён ҳисобланади.

Унинг хавфсиз ўсмаси сут беzi саратонига қараганда 3-4 марта кўп учрайди. Статистик маълумотларга кўра, сут беzi саратони сут беzi хавфсиз ўсмаси билан касалланганлардан 3-5 марта кўпроқ бўлади. Бу касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш сут беzi саратонининг олдини олиш имконини беради. Масалан, сут беzi эпителийсининг кескин ўсиб кетиш аломатлари билан кечадиган мастопатиянинг тугунли шаклида сут беzi саратони 30-40 марта кўпроқдир. Мастопатия билан кўпинча бола туғадиган ёшдаги аёллар касалланади. Юзага келган хавфли жараённи ва унга мойил бўладиган касалликларни ўз вақтида аниқлаш жуда муҳим аҳамиятга эга. Бунда абортлар, бола эмизишни вақтидан олдин тўхтатиб қўйиш ва мастопатия ўртасида алоқадорлик бор-йўқлигини кўриб чиқиш керак.

Маълумки, сут безлари тўқимасининг тузилиши ва унинг иши аёл кишининг ёшига, бўйида бўлишига, болага кўкракни бериб эмизишига қараб ўзгаради. Бу ўзгаришлар ички секреция безлари, аввало тухумдонлар ишлаб чиқарадиган гормонларнинг бевосита таъсирида рўй беради. Аёл кишининг бўйида бўлганда гормонлар таъсирида безсимон тўқима шишади, сут безлари бўлақлари катталашади. Бола туғиладиган вақтга келиб, безсимон бўлақлар анча катталашиб, оғиз сути, кейинчалик эса сут ишлаб чиқара бошлайди. Одатда бола туғилгандан кейин 10-12 ойгача она кўкрагидан сут келиб туради. Ана шу муддат охирига келиб, сут безлари бўлақлари энди кичрая бошлайди, сут ишланиб чиқиши камаёди. Шу вақтда она боласини кўпинча эмизмай қўяди, натижада сут безлари асли ҳолига келади. Лекин шунинг унутмаслик керакки, аёл киши боласини олдириб ёки болани туғиб, уни кўкрак сути билан боқмаса сут безларидаги ўзгаришлар шу хилда аста-секинлик билан аслига қайтмайди ва оқибат-натижада сут безларида оғрийдиган қаттиқ тугунлар пайдо бўлади. Ана шулар мастопатиянинг асосий аломатлари ҳисобланади, сут безларининг безсимон ва бирлаштирувчи тўқимаси зўр бериб ўсиб

кетади. Ҳалиги қаттиқ тугунлар вақт ўтиши билан катталашиб кетиши мумкин. Хусусан, ҳар сафар бола олдиргандан кейин бу жараён оғирлашаверади. Гинекологик касалликлар, асосан гормонлар мувозанатининг бузилишига олиб борадиган тухумдонлар ишининг бузилиши ҳам мастопатияга сабаб бўлади. Бунинг натижасида одатда ҳайз кўриш цикли ўзгаради. Шуни унутмаслик керакки, гинекологик касалликлари бор аёлларда сут безларида касаллик жараёнлари кўпроқ учрайди. Мастопатия узок кечади ва бу турли кўринишларда намоён бўлади. Баъзан тўқималарнинг катталашиши хавфли бўлмайди. Бошқа ҳолларда эса хавфли ўсмага айланиб кетиши мумкин. Фақат онколог касалликнинг қандайлигини аниқлай олади. Шунинг учун ҳам кўкрагингизда ўзгариш пайдо бўлиши биланоқ, онкологга мурожаат қилинг. Сут безларининг шишиши касаллик аломати бўлиши мумкин. Дастлаб бундай ўзгаришлар ҳайз кўришингиздан олдин сезилади, кейинчалик эса, бунга алоқаси бўлмаган ҳолда ҳам пайдо бўлаверади.

Кўкрагингиз учидан рангсиз кўнғир, кулранг-кўкимтир ажралма чиқиши ҳам бу касалликнинг аломати бўлиши мумкин. Баъзи аёллар мастопатия билан оғриб қолсалар менда рак борга ўхшайди, деб ваҳимага тушадилар. Шуни унутмангки, мастопатиянинг ҳамма тури ҳам рак олди касаллиги бўлавермайди. Мастопатия билан оғриб қолган ҳар бир аёл ваҳима қилмасдан онкологга бориб учраши ва даволаниши керак. Диффуз мастопатия дори-дармонлар билан тузалиб кетади. Гинекологик касалликларни даволатишда асаб бузилмаса, мастопатия тезроқ тузалади. Касаллик бепарволик оқибатида ўтиб кетган бўлса дори-дармонлар ва гормонлар билан даво қилинади. Диффуз мастопатия мавжуд ҳолда қаттиқ тугунлар бўлса, албатта операция қилиш керак. Мастопатияси бор беморлар, албатта, онкологик диспансер ҳисобида назоратда бўлиб, бир ойда бир марта сут безларини текширтириб туришлари лозим.

Бир йилда 2 марта гинекологга бориб, гинекологик касаллиги бор-йўқлигини текширтириши, мабодо бирор дард бўлса даволаниши керак. Булар хавфли ўсманнинг олдини олишнинг энг яхши йўли ҳисобланади. Бироқ, мастопатия билан оғриманган аёлларда ҳам хавфли ўсмалар пайдо бўлиши мумкин. Сут безларининг қаттиқлашиши, ажралма чиқиши, шиш устидаги тери рангининг ўзгариши (лимон пўчоғига ўхшаб қолиши), кўкрак учининг ичига кириб кетиши сут безларининг хавфли ўсмаси аломати бўлиши мумкин. Шу аломатлардан бирортасини сезгудек бўлсангиз зудлик билан онкологга учрашинг. Ўз билганингизча ёки таниш-билишларнинг маслаҳатлари билан даволанманг. Мабодо аёл кишида чиндан ҳам рак касаллиги топилса, беморни нур, кимёвий гормонлар воситасида даволаш керак бўлади. Хирургик йўл билан даволаш масаласини шифокор ҳар томонлама текширишлар ўтказиб, ҳал қилади.

Сут беzi саратонини ташхислашда икки асосий йўналиш мавжуд:

биринчидан, сут беzi саратонининг дастлабки (пайпаслаб бўлмайдиган хавфли ўсмаларни) фақат маммография (сут безини рентген тасвири) орқали аниқлаш мумкин. Шунинг учун 35 ёшдан ошган соғлом аёллар доимий равишда икки йилда бир марта маммографик текширувдан ўтиши шарт. Ўсмирлар, ҳомиладор ва эмизикли аёлларга маммография фақатгина қатъий кўрсатмалар бўлгандагина буюрилади. 50 ёшдан кейин бу текширувни йилда бир марта ўтказиш тавсия қилинади. Барча ривожланган мамлакатлардаги аёллар бундай текширувдан ўтади. Бу текширишда нурланиш даражаси юқори эмас ва аёллар соғлигига хавф туғдирмайди;

иккинчидан, аёллар ўз-ўзини текшириш усулини ўзлаштирганда сут беzi саратонининг илк даврида аниқлаш ва тўла соғайиш имконини беради.

Сут беzi саратонини келтириб чиқарадиган омилларга: наслий (она томонидан кариндошларда сут беzi хавфли ва хавфсиз ўсмаларининг мавжудлиги), ҳайзнинг эрта бошланиши (12 ёшгача), менопаузанинг кеч бўлиши (55 ёшдан кейин), бепуштлик, кўп марта аборт, боласини эмизган аёллар, сурункали гинекологик касалликлар, эндокрин без касалликлари ионли радиация таъсири ва канцерогенлар киради. Итга сут беziда саратон бўлганда иккинчисида ҳам бўлиш эҳтимоли ортади. Сут беziда доимий циклик ўзгаришлар бўлиб туради, шунинг учун текширишда қулай пайт ҳайз бошланганидан

кейин 6-12-кунлари.

Ҳайз циклидан ташқари аёл ҳаёти мобайнида сут беzi тўқимасида турли хил ўзгаришлар кузатилади; то ривожланишдан етилиш давригача сурилиш (инволюция) 35 ёшгача туғмаган аёллар сут беzi тўқимаси юқори зичлиги билан характерланади, рентген нурларини ёмон ўтказгани сабабли маммография кам маълумот беради. Бу даврда УТТ асосий текширув усули ҳисобланади. Ёш ўтиши билан ва туғруқдан кейин, кўкрак билан эмизганда тўқима зичлиги камаяди. Бу эса сут беzi маммография текширувига қулай бўлади. Сут беzi тўқимасидан олинган пункция, сут йўлларида олинган суртмани цитологик текшириш касаллик характерини аниқлаш имконини беради. Секторал резекция – ўзгарган тўқимани тўлиқ олиб ташлаш, ҳам хирургик даво ва ташхислаш усулидир.

Мастопатия (фиброз кистоз касаллиги) гормонал ўзгаришлар фонида келиб чиқадиган касаллик. Икки хил шаклда намоён бўлади: диффуз мастопатия – сут беzi ҳамма тўқимасининг катталаниши, оғрик бўлиши ва сўрғичлардан ажралма ажралаши билан кечади (оқиш, сарғиш ёки кўкимтир):

- тугунли мастопатия – сут беzида битта ёки бир нечта нотекис шаклли ва чегаралари ноаниқ тугунлар пайдо бўлиши билан кечади. Бу касаллик маммографияда, УТТ ва пункцион биопсияда аниқ ташхисланади. Тугунли мастопатиянинг баъзи турлари хавфли ўсмага айланиши мумкин, шу сабабдан хирургик йўли билан олиб ташланади.

Фиброаденома – хавфсиз ўсма, сут беzi тўқимасидан келиб чиқади. Юзаси силлиқ, чегаралари аниқ, кўпинча юмалоқ шаклда пальпацияда ҳаракатчан, терига ёпишмаган. Агар сиз сут беzида қандайдир ўзгариш сезсангиз, иложи борица тезроқ маммологга мурожаат этинг.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 8

Мавзу: Ўткир холецистит ва унинг асоратлари. Ўткир холецистит ва уни асоратлари клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; диагностикада УТТ ва рентген текширув усуллари ахамияти; хирургик давони танлаш.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ УКИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти: 5 соат	Талабалар сони: 10-12 нафар
---------------	-----------------------------

Уқув машгулоти режаси:	<p>I. Мавзуга оид маълумотлар: Ўткир холецистит ҳақида тушунча; Этиологияси; Патогенези; Классификацияси; Клиник кечишини; Текшириш усуллари; Дифференциал диагностикаси, ўткир холецистит асоратлари; Замонавий даволаш усуллари.</p> <p>II. Талабалар билан биргаликда мавзуга оид беморларни курация қилиш.</p> <p>III. Интерактив усуллар ташкил қилиш ва кичик гуруҳларда уларнинг фаоллигини ва тушунчасини баҳолаш.</p> <p>IV. Мавзуга оид кургасма материаллар намоёйиши: слайд; видеофильмлар.</p> <p>V. Талабаларнинг амалий қуникмаларни бажаришини баҳолаш.</p> <p>VI. Мавзуга оид тест синовини утказиш.</p>
------------------------	---

Укув машгулотининг мақсади.	Талабаларга Уткир холецистит касаллиги ҳақида батафсил тушунча бериш, билимларини чуқурлаштириш ва мустаҳкамлаш, амалий куникмаларни тугри бажара олишини мақсад қилган.
Машгулот моҳияти:	Машгулот беморларни замонавий диагностикаси ва даволаш усулларини ургатади.
Укитувчининг вазифалари: Уткир холецистит мавзуси буйича талабаларга тушунча бериш, билимларини мустаҳкамлашдан иборатдир. Уткир холецистит ҳақида тушунча; Этиологияси; Патогенези; Классификацияси; Клиник кечишини; Текшириш усуллари; Дифференциал диагностикаси, ўткир холецистит асоратлари; Замонавий даволаш усуллари.	Укув фаолияти натижалари: Талаба Уткир холецистит касаллиги ҳақида батафсил тушунчага эга бўлиши. Уткир холецистит касаллиги этиопатогенези, диагностикаси, дифференциал диагностикасини билиши. Клиник, лаборатор ва инструментал текширув натижаларига асосланиб беморларга тугри диагноз қуйишни билиш. Аппендэктомияга курсатмалар қуйиши ва аппендэктомия техникаси ҳақида тушунчага эга бўлиши. Мавзуга оид янги инновацион технологияларни (презентация, инсерт, «Кластер», «Юмалок стол», «Иссик картошка», «Блиц суров») қуллай олиш.
Талаба қуйидаги асос билимларга эга бўлиши лозим:	1. Уткир холецистит ҳақида тушунча; Этиологияси; Патогенези; Классификацияси; Клиник кечишини; Текшириш усуллари; Дифференциал диагностикаси, ўткир холецистит асоратлари, Замонавий даволаш усуллари
Талабалар қуйидаги амалий куникмаларни бажара олиши лозим:	Клизма қилиш техникаси. Операциядан кейинги беморларни парвариш қилиш. Операциядан кейинги беморлар боғламасини алмаштира олиш.
Талаба билиши шарт:	Уткир холецистит касаллигига таъриф бериш. Касалликнинг замонавий этиопатогенезини билиши Касалликнинг клиникасини билиб, симптомлар мажмуасини таърифлаб бера олиши. Замонавий инвазив ва ноинвазив диагностика усулларини, уларни қуллашга курсатмаларни билиши. Касалликни бошқа қорин бушлиги аъзолари патологиялари билан дифференциал такқослай олиши. Уткир холецистит касаллиги замонавий хирургик даволаш усулларини муқаммал билиш.
Укитиш услуби ва техникаси:	Бу семинар машгулоти давомида укитиш савол-жавоб, айтиб бериш ва дискуссия шаклида утқазилади. Бунда презентация, инсерт, «Кластер», «Юмалок стол», «Иссик картошка», «Блиц суров», шунингдек тест ва ҳолатий масалалар таҳлил қилинади.
Укитиш воситалари. Машгулот учун керакли қурғазма қуроллар ва асбоб-	Маъруза матни, компьютер, проектор, маркерлар, доска, коғоз. Уткир холецистит касаллигига таълуқли слайдлар, жадваллар. Операция ва боғловларни алмаштириш учун зарур асбоб-ускуналар.

анжомлар.	
Укитиш шароитлари:	Маъруза зали, гурухларда ишлашга мулжалланган техник жихозланган укув хонаси, кабул булими, хирургия булимида боглов ва операция хоналари.
Мониторинг баҳолаш:	Огзаки суров, тест, вазиятли масалалар, амалий куникмалар намойиши, боглов ва операция хоналарида ишлаш, конспект, мустакил иш, интерактив уйинларда катнашиш.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК ХАРИТАСИ

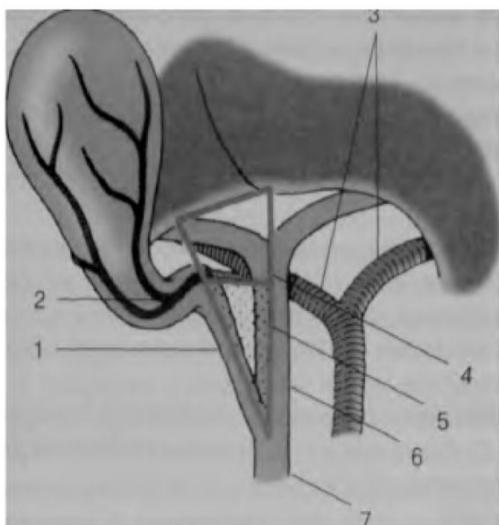
Боскичлари	Фаолият боскичлари ва хронологияси		Вакти 5соат
	Укитувчи	Талаба	
Тайерлов кисми.	Эрталабки конференция. Эрталабки врачлар конференциясида асосан янги келган беморлар ва навбатчилик давомида кузатувда булган беморлар муҳокама килинади. Талабаларга мавзуга мос беморлар муҳокама килинаётганда дарс вакти муҳокама килиш учун дафтарларига ёзиб олишларини уктирилади. Гурух билан танишув ва йуклама.	Тинглайди, ёзиб олади.	8 ³⁰ – 9 ¹⁵
	Уткир холецистит мавзуси буйича маъруза	Тинглайди, савол беради, ёзиб олади.	09 ²⁰ -11 ⁰⁰
	Танаффус		5 дакика
I.Мавзуга кириш кисми	Ассистент талабаларга фаннинг мақсади, унда утиладиган мавзуларнинг долзарблигини фаннинг тартиб-қоидалари, талабалар бажариши лозим булган кафедра талаблари билан қисқача таништириб чиқади. Талабаларга утиладиган мавзулар режаси, мустакил иш мавзулари тарқатилади. Машгулотнинг утиш тартиби ва баҳолаш мезонлари тушунтирилади, таркатма материаллар тарқатилади.	Тинглайди, ёзиб олади. Саволлар бериб тушинмаган саволларга аниқлик киритади.	11 ⁰⁵ -11 ²⁰
II. Мавзунинг асосий кисми	<u>Мавзуни узлаштириш.</u> Бугунги мавзуни эълон қилади. Мавзунинг режасини, асосий эътибор қилиш лозим булган куникмаларга ургу беради. Маъруза вакти берилган материалларни «Блиц - суров усули» билан муҳокама қилинади. Ўт халта анатомияси, қон билан таъминланиши, иннервацияси қандай? - саволни муҳокама қилиш. Анатомия, нормал ва патологик физиологияни ёдга олган ҳолда кургазмали қуроллар (жадвал, схема, слайд) ёрдамида Уткир ХОЛЕЦИСТИТ касаллиги таҳлил қилинади.	Эшитади ва берилган саволларга кетма-кет жавоб беради.	11 ²⁵ - 11 ⁵⁰
	Семинар машгулотнинг асосий тушунчалари буйича блиц-суров утказилади. Бунда	Ҳар бир талаба саволларга жавоб	

	касалликнинг этиопатогенези, клиникаси, диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш тартиблари тулик ёритилади.	беради ва намойиш маълумотларини ёзиб олади.	
	Тушлик		40 дак
	2.3. Табалалар 3 та гуруҳга булинади (хар бир гуруҳда 2-3 талаба булса максадга мувофик булади ва бу гуруҳлар цикл якунигача командалигича қолади). Бунда гуруҳларга «Уткир холецистит этиопатогенези» кетма-кетлигига Кластер тузиш буюрилади.	Кичик гуруҳлар вазифани олишади ва узжавобларини ёзишади	12 ³ -13 ¹⁵
	2.4. «Уткир ХОЛЕЦИСТИТ клиникаси» боскичлари «гул барги» схемаси орқали муҳокама қилинади.	Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб асосий жойларини ёзиб олади.	
	2.5. Хар бир боскичларда утказиладиган муолажалар, куникмалар бирма-бир муҳокама қилинади.	Берилган вазифани муҳокама қилишади ва интерактив усулни биргаликда ечимига жавоб беришади	
	<u>Презентация.</u> Мавзу: Уткир холецистит	Тамошо қилишади ва асосий жойларини ёзиб олишади.	
	Утилган мавзунини устаклаш. Гуруҳни 2-3 кишидан булиб хар бир гуруҳга вазиятли масала тарқатади. Вазиятли масала ечими 2-3 пунктдан иборат булиб хар бир талабага битта пункт ечиш буюрилади ва гуруҳ билан умумий ҳолда куриб чиқиб сунгра баҳога жавоб бериш уқтирилади.	Вазифани олишади, таҳлил қилишади ва биргаликда жавоб беришади.	
	Танаффус	5 дақиқа	
	Амалий куникмаларни қайтариш. Клизма қилиш техникаси, боғлов хонасида ишлаши		мустикал равишда бажаради.
III. Машгулотнинг якуний ва баҳолаш қисми.	Утилган мавзудан тест синамаси утказиш. Дарсни якунлайди ва талабалар туплаган балларни эълон қилади.	Эшитадилар. Топширикни оладилар ва бажаради.	13 ²⁰ -14 ⁰⁵
	Эртанги кун мавзуси тугрисида қискача йуналиш бериш. Эртанги мавзу:		

ТЯҚДИМОТ МАТЕРИАЛАРИ

1 – илова	Ўт халтанинг анатомияси
2 – илова	Ўткир холецистит патогенези
3 - илова	Ўткир холецистит таснифи
4 - илова	Ўткир холецистит диагностикаси
5 – илова	Холецистэктомия бажариш техникаси
6-илова	Аклий хужум методи
7-илова	Гурух билан ишлаш коидалари
8-илова	Назарий қисм

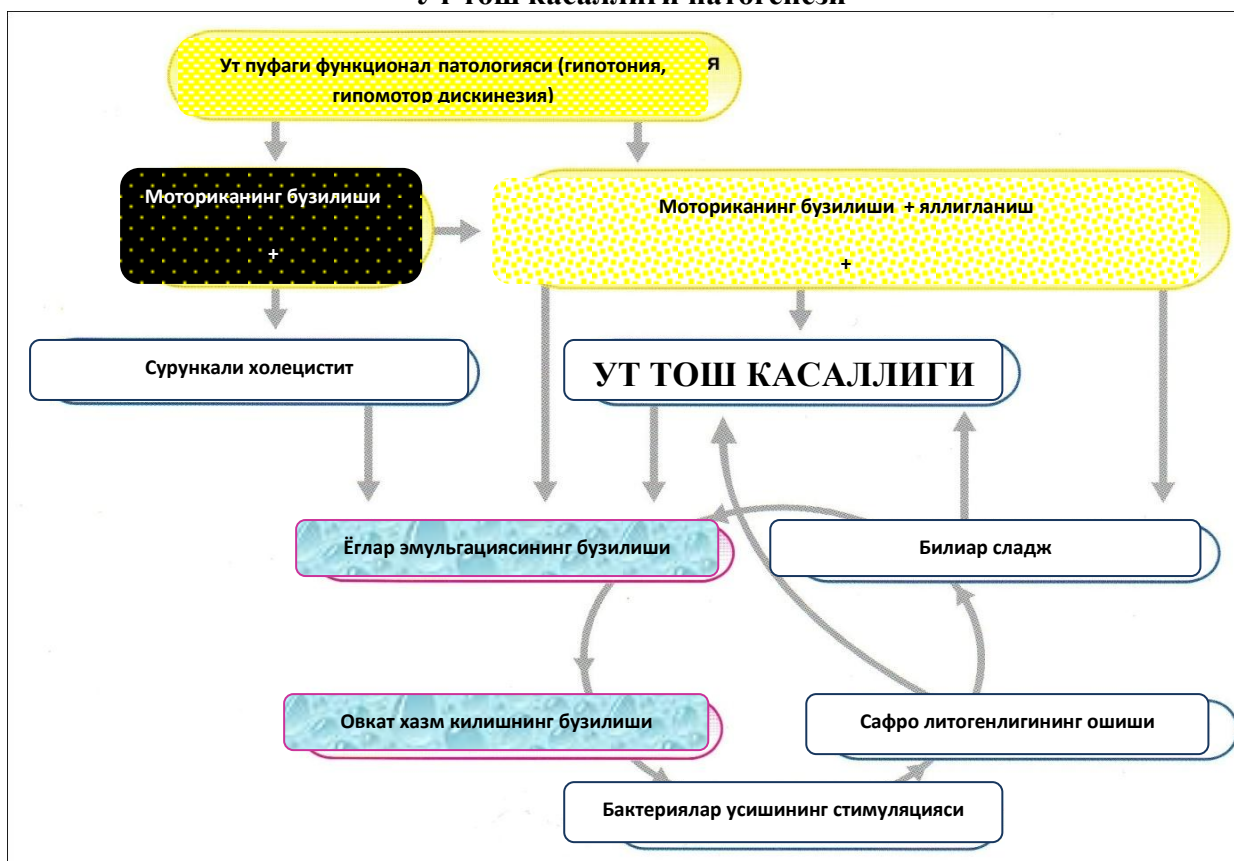
Илова №1



Кало ва жигар – ут пуфаги учбурчаги элементлари.

1 – ут пуфаги йули; 2 – ут пуфаги артерияси; 3 – унғ ва чап жигар артериялари; 4 – жигар-ут пуфаги учбурчаги; 5 – Кало учбурчаги (штрихланган); 6 – умумий жигар йули; 7 – умумий ут йули.

УТ тош касаллиги патогенези



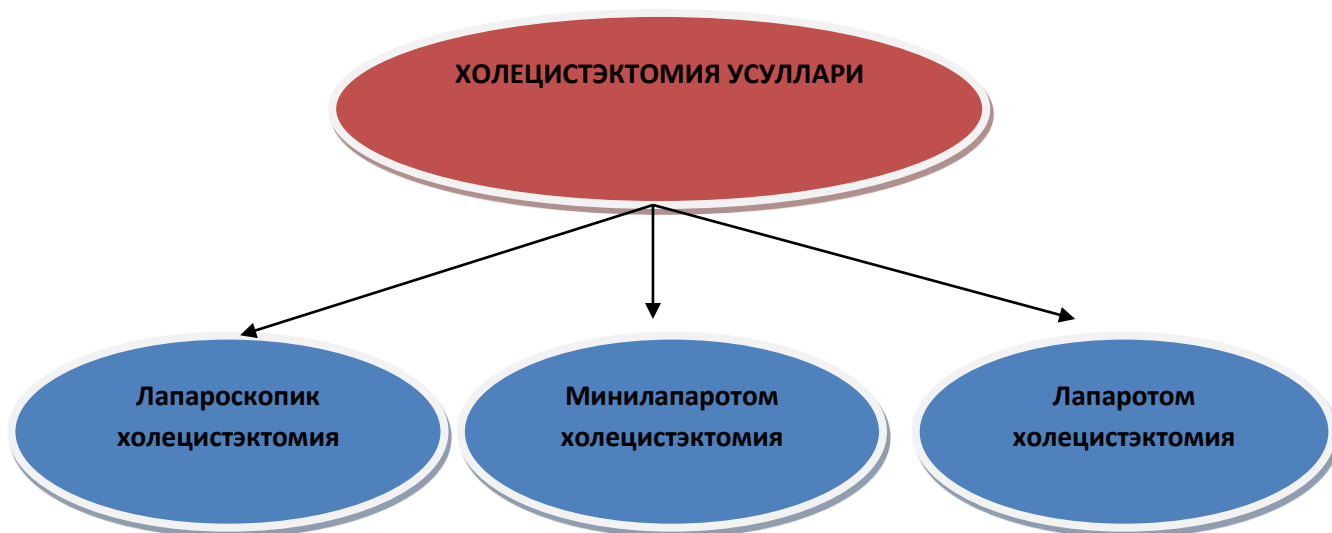
УТ тош касаллиги классификацияси



Ўткир холецистит диагностикаси



Холецистэктомия усуллари



«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдирилатганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.
- Берилган саволга қисқача (1-2 сўздан иборат) жавоб берилади.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳ аъзоларининг ҳар бири

- ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқдар буйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сурашлари мумкин;
- ёрдам сураганларга кумак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чукамиз ёки бирга кутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

Баҳолаш мезонлари ва курсаткичлари (балл)

Гуруҳ	1 топширик;	2 топширик;	3 топширик; (ҳар бир савол 0,2 балл)			Баллар йитинди
	(1,0)	(1,4)	1-савол	2-савол	3-савол	
1						
2						
3						

7-илова

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқатма материаллар

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим“-”
Бинар номенклатура:		
Ут пуфаги анатомияси		
Сурункали холецистит ва унинг асоратлари.		
Этиологияси		
Патанатомияси		
Патогенези		
Классификацияси		
Клиникаси		
Сурункали холецистит диагностикаси		
Дифференциал диагностикаси		
Замонавий даволаш усуллари		
Беморларни текшириш усуллари:		
Сураб-суриштириш		
Анамнез йиғиш		
Куздан кечириш		
Пальпация		
Перкуссия		
Ноинвазив текшириш усуллари		
Инвазив текшириш усуллари		

8-илова .Назарий кисм. Уткир холецистит – корин бушлигининг кенг таркалган касаллиги хисобланади. Охирги икки ун йиллик мобайнида ут пуфагининг уткир яллигланишини аниклаш ва даволаш усулларининг яхшиланишида катта мувофакиятларга эришилди ва улимни 2,5% гача камайишига олиб келди. Аммо кекса ешли беморларда бу хасталикдан кейинги улим хамон юкори даражада ва 40% ва ундан юкорини ташкил килади. Бу муаммо нафакат тиббий, балки ижтимоийдир ва шу сабабли клиник жаррохликнинг актуал муаммоларидан бири хисобланади. Уткир холециститни кечиши, диагностикаси, замонавий даволаш усуллари, операциядан кейинги асоратларини урганишнинг ахамиятлари катта.

Шу сабабли талабалардан уткир холецистит этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, даволаш тактикаси ва даволаш усулларини урганиш талаб килинади.

Этиология ва патогенези

Уткир холециститни келиб чикиши бир неча этиологик омиллар билан боғланган. Унинг ривожланишида асосий ахамият инфекцион омил ва сафро димланишидир (сафро босими ошиши). Факат бу омиллар булганда ут пуфагида уткир яллигланиш белгиларининг ривожланишига барча шароитлар яратилади.

Ут пуфаги инфекцион яллигланиши учта йул билан амалга оширилади – гематоген, лимфоген ва энтероген. Куп холларда ут пуфагига инфекция гематоген йул билан кон айланишнинг катта тизимидаги жигар артерияси ва ошкозон-ичак дарвоза венаси оркали тушади. Жигарнинг ретикулоэндотелиал тизимнинг фагоцитар фаоллиги сустлашган даврда микроблар жигар капиллярлари хужайраларининг мембранасидан утиб сафро билан ут пуфагига тушади. Одатда улар ут пуфаги деворида, Люшко йулларида жойлашади ва текшириш вақтида микрофлора куп холларда сафро таркибида аникланмайди.

Уткир холециститнинг бактериал асосини турли хил микроблар ва уларнинг ассоциациялари ташкил килади. Булар ичида асосий ахамиятга грамманфий бактериялар эга, бу энтеробактериялар (ичак таёкчаси, клебсиелла) ва псевдомонадалардир. Уткир холециститни чакиришда микрофлоралар ичида граммусбат бактериялар (спора хосил килмайдиган аэроблар – бактериоидлар ва анаэроб кокклар) тахминан учдан бир кисмини хосил килади ва хар доим грамманфий аэроб бактериялар билан биргаликда буладилар.

Уткир холециститнинг сабаблари ичида иккинчи хал килувчи сабаб бу пуфак ичи босимининг ошиши. Куп холларда унинг ривожланишида ут пуфаги буйинчасининг ёки d. cystikus ни тош билан обтурацияси сабаб булади. Камрок ут пуфаги ичи босими кескин ошишига буйинча кисмини шиллик туганок билан ёпилиши, унинг торайиши ва букилиши ва билиар трактнинг дисфункцияси (Оддий сфинктери спазми) олиб келади. Факатгина пуфак ичи босими ошган вақтдагина ут пуфаги деворида инфекция ривожланиши ва деструктив узгаришларга кулай шароит яратилади. Тахминан уткир холецистит билан хасталанган 70% беморларда ут пуфагидаги сафро димланишининг сабаби булиб тошлар хисобланади. Бу фактга асосланиб куп муаллифлар бундай холециститга «обтурацион» деб ном куйганлар.

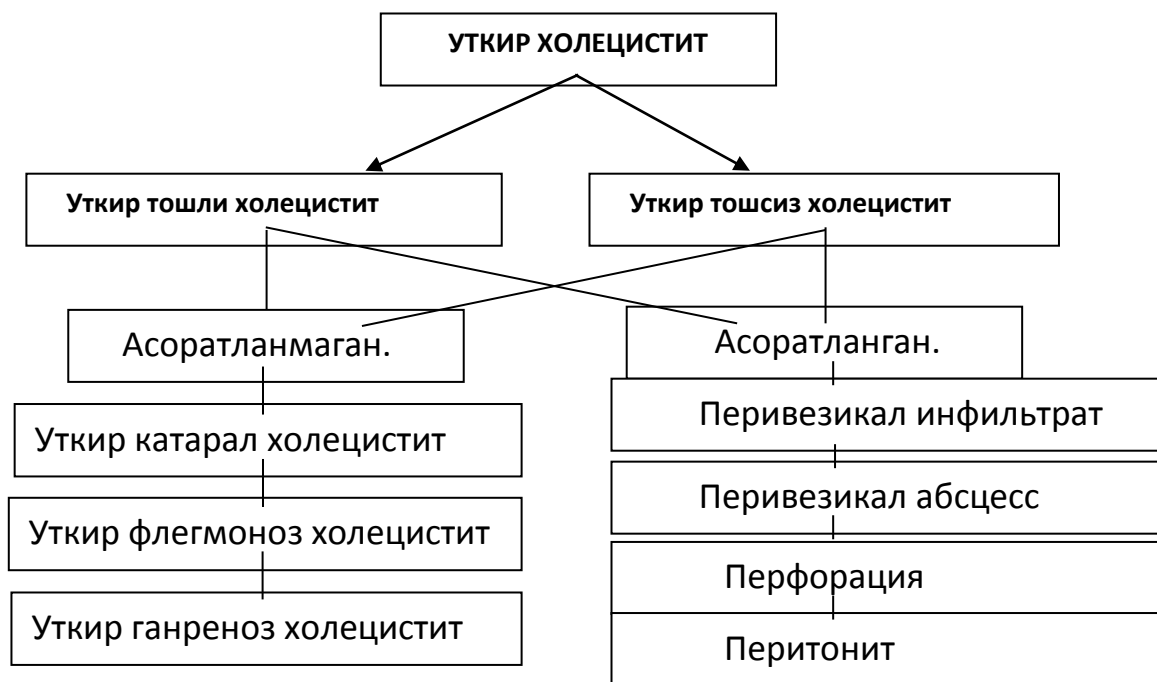
Ут пуфаги деворининг яллигланиш жараёнининг патогенезида лизолецитиннинг мухим ахамияти бор. Лизолецитиннинг сафродаги юкори концентрацияси ут пуфагида блок жараёни ривожланган вақти пайдо булади, бу эса шиллик каватининг шикастланиши ва А₂ фосфолипазанинг ажралиб чикиши билан кузатилади. Бу тукумали фермент сафродаги лецитинни лизолецитинга утказди ва сафро тузлари билан ут пуфаги шиллик каватига шикастловчи таъсир этади, хужайраларнинг мембраналари утказувчанлигини бузилиши ва сафро коллоидлигини бузилишига олиб келади. Хужайралар шикастланишининг натижаси булиб ут пуфаги деворида асептик яллигланиш ривожланиши хисобланади. Сафроли гипертензия шароитида ут пуфагининг кенгайганлиги сабабли кон томирларининг кисилиши ва деворидаги микроциркуляция бузилиши кузатилади. Бу холат капиллярлар, венулалар ва артериолаларда кон окишининг секинлашиши ва тухташи билан давом этади. Маълумки, ут пуфаги деворидаги кон айланишлари ут пуфаги ичидаги босим улчовига боғлиқ. Агар босим узок ушлаб турилса, ут пуфаги деворида гемоперфузия камайиши ва ишемик холати кузатилади, сафро сифати узгариб эндоген инфекция ута вирулент булади. Яллигланиш

мобайнида ут пуфаги ичига экссудация кузатилади, бу эса пуфак ичи босимининг янада хам ошишига ва шиллик кавати шикастланишининг кучайишига олиб келади. Мазкур ҳолатда патофизиологик «иллатли халка» хакида айтса булади, бу ерда ут пуфагининг уткир яллигланишининг бирламчи сабаби булиб уткир ривожланган сафроли гипертензия юзага чиқади, инфекция сабаб иккиламчи булади.

Маълумки ут пуфагида яллигланиш жараёнининг ривожланиш вақти ва оғирлиги пуфак деворидаги томирлардаги узгаришларга боғлиқ. Унинг натижаси булиб некроз учоклари ва пуфак деворининг перфорацияси, купрок туб ва буйин қисмида кузатилади. Кекса ёш беморларда томирлардаги узгаришлар куп ҳолларда атеросклероз ва хафаконлик касаллиги билан боғлиқ булиб, уткир холециститнинг деструктив турлари куп учрайди. Пуфак артериясининг атеротромбози ва эмболияси туфайли уларда ут пуфагининг бирламчи гангрена кузатилиши мумкин.

ТАСНИФИ

Уткир холецистит таснифи нафақат назарий, балки амалий аҳамиятга эга. Тежамкор тузилган тасниф жарроҳга даволаш тактикасини танлашнинг имконини беради, тактика клиник шароит учун мос булиши керак. Ҳозирги даврда ҳар хил муаллифлар томонидан яратилган турли таснифлар мавжуд ва бу ҳолат ушбу ҳасталикнинг даволаш усулида ягона назария йуклигидан далолат беради. Унинг асосига клиник-патоморфологик принцип қуйилган, яъни клиник белгилари, ут пуфаги, жигардан ташқари ут йуллари ва қорин бушлигидаги патоморфологик узгаришлар билан боғлангандир. Бу таснифда уткир холециститнинг иккита гуруҳи ажратилган: асоратланмаган ва асоратланган.



Асоратланмаган уткир холециститга клиник амалиётда ҳар қуни учрайдиган ут пуфагининг ҳамма патоморфологик яллигланиш турлари қиради. Ҳар бир турини яллигланиш одатдаги тури деб билиш керак, яъни катарал яллигланиш процессини погонали гангрена ҳолатига утиш деб. Булардан алоҳида фақат бирламчи ривожланган гангреноз холецистит ҳисобланади, чунки унинг асосида пуфак артериясининг бирламчи тромбоз (эмболия) ҳолати туради.

Ут пуфагининг уткир яллигланиши унинг ичида нафақат тош борлигида, йуклиги билан ҳам кечиши мумкин. Кабул қилинган уткир тошли ва тошсиз холециститга булиниш шартлидир, чунки тош борлиги еки йуклигига қарамасдан ургентли вазиятларда ҳасталикнинг клиник кечиши ва даволаш тактикаси бир тарзда кечади. Бизлар уткир «обтурацион»

холециститни алохида айтиб утамыз, чунки куп холларда уткир холецистит ривожланиш асосида ут пуфаги буйинчаси ёки йуллари тош билан бекилиши ётади.

Асоратланган гурухни ут пуфаги яллигланиши ва инфекцияни унинг ташкарисига чикиши ҳамда холедохолизитаз ва унинг асоратлари булган патоморфологик узгаришлар ташкил килади.

КЛИНИКАСИ.

Уткир холецистит турли ёшли беморларда учрайди, аммо у билан купрок 50 ёшдан утган беморлар хасталанади. Кекса ёшли (60-74ёшдаги) беморлар ва карияларда (75-89 ёшдаги) хасталик умум хисобдан 50%ни ташкил килади. Аёллар ва эркеклар уртасидаги нисбийлиги 5:1.

Уткир холециститнинг клиник куриниши ут пуфагидаги яллигланиш жараёнига, перитонит мавжудлиги ва унинг таркоклиги ҳамда ут йулларидаги ёндош узгаришларга боғлиқ. Хасталикнинг клиник кечишининг турли хил клиник кечиши туфайли диагностик кийинчиликлар ва хатолар булиши мумкин.

Уткир холецистит одатда уткир бошланади. Ут пуфак буйинча кисми ёки йулини беркитган тош ут пуфаги яллигланиш белгилари ривожланишдан олдин жигар санчиги белгиларини чакиради. Уткир огрик хуружи узи бартараф булиши мумкин, ёки спазмолитиклар таъсирида. Санчик хуружи белгилари тинчланишидан бир неча соат утгач уткир холецистит белгилари юзага чиқади.

Уткир холециститнинг етакчи белгиси бу кориндаги кучли ва доимий огрик, унинг кучлилиги хасталик ривожланганлигига боғлиқ. Унинг фаркловчи белгиси огрик унг ковурга ости сохасида булиши ва унг умров усти сохасига, елкага еки куракга узатилишидир. Баъзан огрик юрак сохасига узатилади, бу холат стенокардия белгиси деб бахоланади (С.П. Боткиннинг холецистокардиал синдроми).

Уткир холециститнинг доимий белгиси бу кунгил айниши ва енгиллик келтирмайдиган кайталанувчи кайт килишдир. Тана харорати кутарилиши касалликнинг биринчи кундаёк юзага келади. Унинг тавсифи ут пуфагидаги патоморфологик узаришлар чукурлигига боғлиқ. Беморнинг ахволи хасталик турига боғланган булиб, турли хилда булиши мумкин. Тери каватлари одатдаги рангда. Склераларнинг уртача сариклиги локал гепатит ёки перихоледохеал инфилтрат холатларда булиши мумкин. Тери ва шилик пардаларининг ута саргайиши жигардан ташки холестазли механик сариклик хакида далолат беради, бу холат ут йулларининг литиази ёки дуоденум катта сургичининг торайиши билан боғланган булади. Томир уриши 80 дан 120 гача ва ундан юкори булади. Томир уришининг тезлашиши – огир аломат, у ут пуфагида ва корин бушлигидаги огир яллигланиш белгилари ривожланишидан далолат беради.

Адабиётда уткир холециститга хос махсус белгилар ёзиб утилган. Булардан: Ортнер белгиси – унг ковурга равоги устига кафт кирраси билан уриб курганда огрик пайдо булиши; Кер белгиси – нафас олиш чуқкисида ут пуфаги жойлашиш сохасида пайпаслаб курилганда огрик сезилиши; Мэрфи белгиси – нафас олиш вакти ушбу сохани пайпаслаганда тусатдан нафас олиш тухташи; Мюсси-Георгиевский (френикус белгиси) – бармок билан унг умров усти сохаси чукурлигини босиб курганда огрик пайдо булиши. Курсатилиб утилган белгиларнинг учраши бир хил эмас, ут пуфагидаги морфологик узгаришлар ва корин парда париетал кисмига яллигланишнинг утиш эхтимолига боғлиқ.

Уткир холецистит ва унинг асоратларида жигарда анча узгаришлар мавжуд булиши мумкин. Улар ут пуфагига якин жойлашган жигар сегментларининг яллигланиш жараёнига кириб кетиши ва гепатоцитларнинг токсик шикаситланиши натижасидир. Узгаришларнинг даражаси хасталик узок давом этганлиги ва яллигланиш жараёнининг огирлиги билан боғлиқдир. Уларнинг чукурлиги туфайли бемор конида ферментлар микдорининг кутарилишини кузатиш мумкин: аминотрансферазалар, алдолазалар, ишкорли фосфатазалар, лактатдегидрогеназалар, γ-глутамил-трансферазалар. Жигар ферментлари микдорини аниклаш гепатоцеллюляр ёки обтурацион сарикликни аниклашда мухим ахамиятга эга.

Катарал холецистит – энг енгил кечадиган хасталик тури, урта меъердаги унг ковурга ости сохасидаги огрик, кунгил айниш ва бир-икки маротаба кузатиладиган кайт килиш холати билан ифодаланади.

Беморнинг умумий ахволи деярли узгармайди. Томир уриши 90гача тезлашиши мумкин. Тили нам. Коринни пайпаслаб курганда унгу ковурга ости сохасида локал огрик аникланади. Уткир холециститнинг ажратувчи белгилари – Ортнер, Кер, Мэрфи ва Мюсси-Георгиевский белгилари – кам ривожланган ёки булмайдилар, Щеткин-Блюмберг белгиси аникланмайди. Ут пуфаги пайпасланмайди, аммо у жойлашган сохада огрик аникланади. Кондаги лейкоцитлар микдори $9-10 \times 10^9/\text{л}$ гача кутарилади. Аник булмаган катарал холецистит белгилари бартараф килинган жигар санчиги деб хисобланади.

Хасталикнинг катарал яллигланиш жараёни бутунлай согайиш билан тугаши мумкин. Фаол медикаментоз даволашда ут пуфагидаги яллигланиш белгилари хасталик бошланганидан сунг 6-8 кун ичида бартараф килинади. Агар яллигланиш жараёни сусайиши даврида пуфак буйинчасида обтурация холати сакланиб қоладиган булса ут пуфаги истискоси ривожланади. Бу холатда пуфак ичида тиник шилликсимон стерил суюклик йигилиши сабабли ут пуфак улчами катталаниши кузатилади. Ут пуфаги истискоси куп вақт мобайнида сакланиб беморда ҳеч қандай азоб хис тугдирмайди. Шу билан биргаликда ут пуфаги эмпиемаси билан асоратланиши мумкин. Мана шу сабабли бу беморларга режали операциялар тавсия этилади.

Флегмоноз холецистит кориндаги кучли доимий огриклар билан, огрик унгу елкага ёки унгу умров усти сохасига узатилиши билан ифодаланади. Беморларни кунгил айниш, кайталанувчи кайт килиш безовта килади. Камкувватлик ва дармонсизлик кескин ривожланган, ваража килиш кузатилади. Тана харорати $37,8-38,0 \text{ }^\circ\text{C}$ ва ундан юқоригача кутарилади ва бир неча кун ушланиб туради.

Беморнинг умумий ахволи уртача даражада. Томир уриши 90-100 та гача купади. Тили курук. Корни дам, унгу ковурга ости ва куп холларда эпигастрия сохасида кучли огрикли. Деярли ҳар доим махаллий перитонит белгилари кузатилади: корин мушакларининг таранглашиши ва Щеткин-Блюмберг белгиси унгу ковурга ости сохасида аникланади. Корин олди девори мушаклари унчалик таранглашмаган холда катталашган ва огрикли ут пуфагини пайпаслаш мумкин. Одатда уткир холециститга хос белгилари аникланади. Конда лейкоцитлар микдори $12-15 \times 10^9/\text{л}$ гача кутарилади, лейкоцитар формуласида нейтрофил силжишлар мавжуд.

Ут пуфагининг флегмоноз яллигланишида ҳар хил касалликнинг яллигланишнинг натижасидек кузатилиши мумкин. Клиник согайиши беморни уз вақтида клиникаларга ётқизилиши ва актив консерватив даволанишидан сунг кузатилади. Ут пуфаги деворидаги ва корин бушлигидаги яллигланишни бартараф этилиши ут пуфагининг эмпиемаси билан тугалланиши мумкин. Бу патологик вазиятда ут пуфаги зич ва огрикли ҳосила шаклида пайпасланиши мумкин, корин пардаси яллигланиши белгилари кузатилмайди. «беркитилган» ут пуфагида йирингли экссудат йигилиши сабабли беморда вақти-вақти билан ваража килиш ва тана харорати кутарилиши кузатилади. Ваража килиш вақти олинган конда таёкчасимон ядроли силжиш билан юқори лейкоцитоз аникланади.

Флегмоноз холециститда яллигланиш жараёни ут пуфагидан ташқарига чиқади ва корин париетал пардасига ва қушни аъзоларига, гепатодуоденал боғламга тарқалади. Яллигланиш жараёнининг ут пуфаги атрофидаги туқималарига ва аъзоларга утиши уларнинг зич битишиб ёпишишига ва яллигланиш инфилтрати пайдо бўлишига олиб келади. Пуфак атрофидаги инфилтрат касалликнинг 4-6 ҳафтасида аникланади. У унгу ковурга ости сохасида зич, огрикли ва кам ҳаракатчан ҳосила аникланиши билан ифодаланади. Яллигланиш жараёни тинчланиши ва инфилтратнинг сурилиши холатида кориндаги огриклар камаяди, перитонеал белгилари йуқолади, лейкоцитоз пасаяди, тана харорати меъёрлашади. Медикаментоз даволаш утказилишидан сунг инфилтрат 1,5-2 ҳафта утгач пайпасланмайди, аммо яллигланиш жараёни тулик бартараф этилиши учун 1,5-2 ҳафтадан утиши керак.

Уткир холециститда ут пуфаги ва атрофидаги туқималар (йўгон чамбар ичак, катта чарви, меъда) орасида чегараланган яллигланиш жараёни булмаса инфекцияни учок орти сохасига чиқиши ва перитонит ривожланиши кузатилади. Бунда яллигланиш жараёнининг тарқалиши асосан унгу латерал каналга ва корин унгу яримининг бошка сохаларига тарқалади. Шунини айтиб утиш лозимки, ут пуфагининг деструктив яллигланишида тарқалган перитонит кам

учрайди. Бу ҳолат яллигланиш учогининг атрофдаги туқималар билан чегараланиши, ут пуфагининг атрофдаги туқималар билан битишмалар ҳосил қилиши билан боғлиқ.

Гангреноз холецистит. Холецистит бу турининг ривожланиш механизмига кура унинг клиник қуринишлари тусатдан ва тинчлик орасида юзага келади. Қасалликнинг клиник белгилари секинлик билан юзага чиқиши холециститнинг флегмоноз қуринишининг гангреноз турига ўтишида қузатилади (иккиламчи гангреноз холецистит).

Ут пуфаги деворининг некрози ривожланган ҳолатида ҳасталикнинг клиник қуринишида интоксикация белгилари олдинга чиқади, бу ҳолатда оғрик белгилари қучсиз бўлиши мумкин. Беморлар қарахт, қам ҳаракатчан, ёки ақси қузгалган. Томир уриши 110-120 гача. Тили қурук. Ичаклар дам, парез белгилари қучайиб боради. Пайпаслаганда қорин унғ қовурга ости соҳасидаги оғрикнинг қамайиб бориши ва мушакларнинг таранглашиши аниқланади. Шу билан бирга лейкоцитлар миқдори тобора ошади ва лейкоцитар формула чапга силжиши қузатилади. Тана ҳарорати меъёрда бўлганда қуқур захарланиш, тахикардия белгилари қузатилиши («токсик қайчи» белгиси) ва лейкоцитоз ҳолати таёқчали нейтрофиллар миқдори қупайиши ут пуфагининг қуқур морфологик узғаришлари, баъзи жойларда некроз учоглари ёки тотал гангрена ҳолатидан далолат беради.

Бирламчи гангреноз холецистит ута авж билан бошланади, унга пуфак артериясининг тромбози сабаб бўлади. Бунда қуқур захарланиш ва перитонит белгилари қескин юзага чиқиши қузатилади.

Гангреноз холецистит ривожланган ҳолатда беморга хирургик ёрдам қурсатилмаган ҳолатида ва сафроли тошлар томонидан пуфак деворида ётоқлар пайдо бўлиши сабабли тешилган холецистит қузатилади. Биринчи ҳолатда ут пуфагининг тешилиши қупрок пуфак тубида ривожланади, иккинчи ҳолатда – бўйинчаси соҳасида.

Ут пуфагининг эркин қорин бўшлиғига тешилиши ва пуфакнинг йирингли сафросини ҳамма соҳасига ейилиши ҳасталикнинг эркин клиник манзарасининг юзага чиқишига олиб келади. Тешилиш вақтида қоринда қескин оғрик ривожланиши ва қайта қусиш клиник қуриниши юзага чиқади. Бошланиш минутларида қон томири уриши секинлашади ва гипотензия қузатилади. Кейинчалик артериал қон босими меъёрлашади, перитонит белгилари ривожланишига қараб қон томир уриши тезлашади. Қоринни текширганда тарқалган перитонит белгилари аниқланади. Ут пуфагининг қорин бўшлиғига тешилиши утқир холециститда 1-3% учрайди.

Ут пуфагининг чегараланган яллигланган инфилтратга тешилганда клиник манзара қамрок авж олади. Тешилган вақти йирингли сафро жигар таги соҳасига тарқалади ва унғ қовурга ости соҳасида оғрик қучайиши ва йирингли захарланиш белгилари секинлик билан қучайиши қузатилади (қурук тил, тахикардия, лейкоцитоз лейкоформулани чапга силжиши билан). Қорин парда яллигланиш белгилари қузатилмаслиги мумкин. Ут пуфагининг тешилиши ва инфекцияланган сафрони чегараланган яллигланган инфилтратда йигилиши жигар таги хуппозининг ривожланишига олиб келади ва системли яллигланиш реакцияси синдроми билан давом этади.

Йирингли қолангит, утқир холециститни қечишини оғирлаштириб, ут пуфагидан умум ут йуллариға тугридан-тугри яллигланиш жараёни ўтишидан бошланади. Бу умум ут йуллариғининг девори қалинлашиши ва йуллариғининг торайиши билан давом этиб сафрони ичакға ўтишини бузилишиға олиб келади. Бундан ташқари йирингли қолангит қуп қолларда умум ут йулларидаги тошлардан ва ун икки бармоқли ичак сургичи торайишидан қелиб чиқади. Обтурацион қолангитлар энг оғир қечувчи бўлиб сафрони қимланиши ва жигар ичи ут йуллариға инфекцияни қескин тарқалиши сабаб бўлади. Йирингли обтурацион қолангит жигардаги қолангиоген хуппозларға ва билиар сепсисға олиб келади. Йирингли қолангитнинг клиник манзараси ҳасталиқ бошлангандан сунг 3-4 хафта утғач ва баъзан қечрок юзага чиқади. Унга ўчта клиник белгилар ҳосқир (Шарқо триадаси): қупаётган тери ва склералар сарғайиши, юқори 38-39°C ваража ва унғ қовурга ости соҳасидаги оғриқлар. Беморнинг умумий аҳволи оғир, ҳуши қарахт; тахикардия ва гипотензия ҳолати ўзига этибор тортади. Қоринни пайпаслаганда утқир холецистит белгиларидан ташқари жигар ва талокни қатталашини

аниклаш мумкин. Кон тахлилида чапга силжиган юкори лейкоцитоз, ЭЧТ баландлиги, гипербилирубинемия хамда трансминазалар микдори, ишкорли фосфатаза ва гамма-глутамилтрансфераза микдори кутарилиши кузатилади. Йирингли холангит жараёни авж олган холатда жигар-буйрак етишмовчилиги, ДВС белгилари пайдо булади. Йирингли обтурацион холангитлар уткир холециститни кечишини огирлаштириб юкори улим (40% гача) билан давом этади.

ДИАГНОСТИКАСИ.

Уткир холецистит ва унинг асоратлари уз вактида ва тугри диагностикаси унинг самарали даволанишининг гаровидир. У зудлик билан бемор етганидан 24 соат ичида оптимал лаборатор ва инструментал текшириш усулларини куллашга чорлайди. Бу ёндошиш аниқ диагноз куйиш ва тугри даволаш тактикасини ишлаб чикишига олиб келади.

Периферик кон таркибини текшириб курганимизда уткир холецистит хар хил турларида турли ок кон таркиби томонидан узгаришлар аниклаймиз. Чапга силжиган лейкоцитлар микдорининг купайиши ут пуфаги деворида деструктив узгаришлар мавжуд булишидан далолат беради. Ут пуфагида ва корин бушлигида яллигланиш жараёни канча огир булса узгаришлар хам куп кузатилади. Шу билан бирга заифлашган беморларда ва кекса ёшли беморларда ут пуфаги томонидан ва конда лейкоцитлар микдори уртасида таккослашган узгаришлар кузатилмаслиги мумкин.

Уткир холецистит билан хасталанган беморларнинг конида билирубин микдори аниклаш мажбурийдир ва касалликнинг бошланиш жараёнида холестазни аниклашда имкон яратади. Конда билирубиннинг микдорини уртача кутарилиши (25-40 мкмол/л) уткир холецистит билан хасталанган беморларда куп холларда аникланади. Кам ривожланган билирубинемия ендош токсик гепатит жигар ичи холестаз билан тушунилади. Аммо билирубин микдори шу поғонада булса хам ут пуфагидаги деструктив жараён ривожланишидан ёки литиаз сабабли жигар орти холестаз ёки ДДСдан хушъёр булиш лозим. Гипербилирубинемия сабабини аниклаш учун кенгайтирилган кон биохимик тахлил утказиш лозим, зудлик операция бажарилиши вазиятда ут йуллари холати хакида маълумот берувчи интраоперацион холангиография утказиш мақсадга мувофиқдир.

У уткир холецистит билан хасталанган беморларда одатда сийдикда амилаза микдорини аниклаш утказилади. Амилаза микдори Волгелмут буйича 128-256 гача кутарилиши уткир холецистида куп холатларда учрайди ва меъда-ичак фаолияти бузилиши ва ферментни конда утиши билан боглик. Унинг микдори анча баландлиги (512 бир ва ундан юкори) амилазурия сабабини аниклашга чорлайди, чунки бу холат уткир холециститга хос эмасдир. Шунинг учун мазкур холатларда уткир панкреатитни тасдиклаш ёки инкор килиш учун кушимча текширишлар утказиш лозим, чунки у сохта уткир холецистит белгилари билан утиши мумкин ва диагностик хатога сабаб булади. Тажриба курсатдики, куп холатларда уткир холецистит деб уткир панреатитда хатога йул куядилар.

Уткир холецистит билан хастланган беморларда мажбурий текшириш усулларига ЭКГ ва кукрак кафаси рентгеноскопияси киритилган. Буларнинг текшириш натижалари беморнинг умумий ахволини комплексли аниклашда мухим ахамиятга эга, чунки уткир инфаркт ва унг томонлама плевропневмонияни инкор килиш зарур, улар эса уз навбатида диагностик хатоларга олиб келиши мумкин.

Ультратовуш текшириш уткир холециститни аниклашда махсус текишириш усуллари ичида алохида уринга эга. УТТнинг ахамияти унинг панкреатобилиар зона хасталикларини аниклашда юкори аниклаш имкониятидадир, чунки у ноинвазив булиб ва у назорати билан куп маротаба кайталанадиган диагностик ва даволаш процедуралар утказиш мумкин. УТТ усули куп даволаш муассасаларда мавжуд ва унинг диагностик аниклиги 98% этади, бу эса уни уткир холециститни текширишда стандарт усул деб хисоблашга чорлайди. УТТни клиник белгилари ривожланганлигига карамасдан хамма уткир холециститга гумон булган беморларда утказиш шартли. Ултратовуш белгилардан уткир холециститнинг морфологик куринишларини аниклаш лозим, чунки ундан кейинги даволаш чора-тадбирлари аникланади.

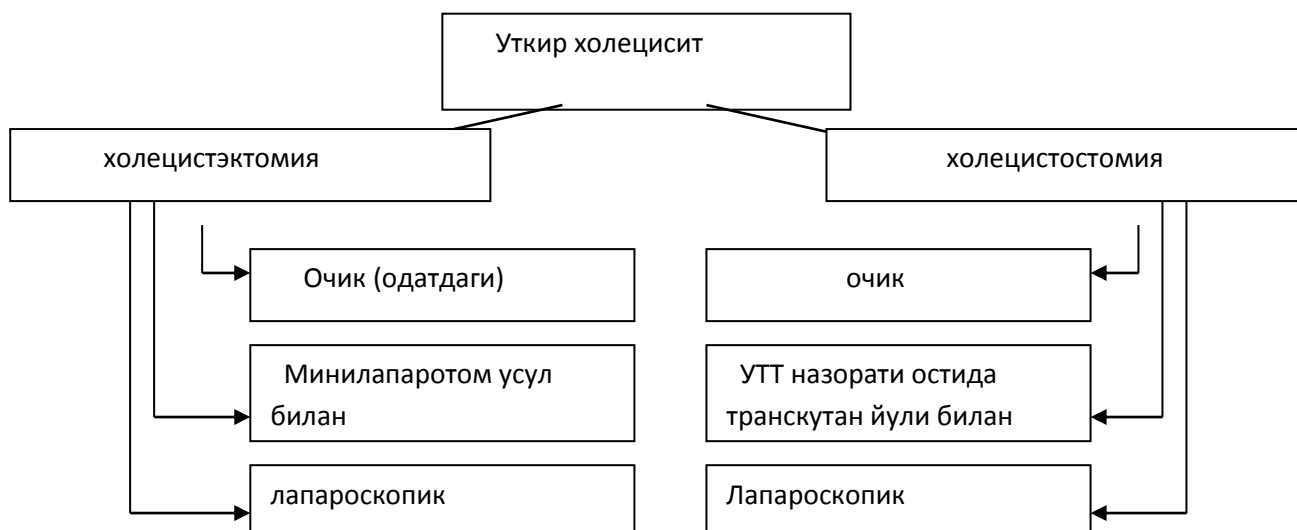
Катарал холециститнинг ултратовуш белгиларидан ут пуфагининг катталашини, деворининг 4-5м мгача калинлашини хисобланади ва бунда девори йуналиши буйича текис, контурлари аник булади. Ундан ташкари ут пуфаги атрофидаги тукималарда структурали узгаришлар булмайди. Деструктив холециститнинг аник белиглари булиб ут пуфаги катталашган холда (90,0х60,0мм ва ундан кенг) девор ута калинлашини (6 мм ва ундан калин), икки деворлиги (унинг титилиши), контурлар нотекислиги ва пуфак ичидаги акустик сояга эга булмаган майда гиперструктуралардир (йиринг). Булардан ташкари жигар таги сохасида суюклик ва атрофидаги тукималарнинг кутарилган эхогенлиги аникланади – яллигланиш инфилтрация белгилари. Ут пуфаги атрофида эхонегатив хар хил фарклий ва кенглигида чизикнинг аникланиши («ободок») ривожланаётган перивезикал хуппоз хакида далолат беради. Уткир холециститда куп холларда ут пуфаги ичида конкрементлар аникланади: эзосоя берадиган гиперэхоген структуралар. Ут пуфаги буйинчаси сохасида нохаракат акустик сояга эга эхоструктура аникланиши такалган тош белгисидир. Уткир холециститнинг кушимча белгиси булиб мусбат Мерфи УТ-белгиси хисобланади – УТ датчик текган ут пуфаги сохасида нафас олиш чуққисида кучли огрик аникланиши. УТТ натижаларини аниклаш жараёнида жигар орти ут йулар холатига этибор берилади: одатда гепатикохоledох кенглиги 8 мм дан ортмайди. Гапатикохоledохнинг 9 мм гача кенгайиши тош ёки стриктура сабабли ривожланган сафроли гипертензия хакида далолат беради. Афсуски, умум ут йулариди тошлар кам холатларда аникланадилар, чунки улар хоledохнинг ретродуоденал сохасида жойлашиб ултратовушли текширишда куринмайдилар.

Уткир холецистит билан хасталанган беморларни фаол даволаш усуллар утказишда операция тури ва вақтини танлаш нафакат ут пуфагидаги яллигланиш жараёнининг турига боғлиқ, балки у беморнинг физикавий холатининг огирлиги билан боғлангандир. Операция натижасининг объектив бахоланишда турли хил прогностик системалар таклиф килинган. Уларнинг куплари мурракаб булиб узига замонавий техник таъминланишини талаб килади, универсал эмасдир ва ургент хирургияда уларни куллаб булмайди. Россия Давлат тиббиёт университети факултет хирургия кафедрасида охириги ун йилликда беморнинг физикавий холатининг огирлигини аникловчи балли шкала кенг кулланмокда ва у уз ичига 46 хавф тугдирувчи факторларини камраб олган. Баллар йигиндисига кура беморнинг физикавий холатини аниклаш учун 5 даражага булинди, бу операциядан кейинги даврда кутилаётган натижа хакида далолат беради.

I,II,III даражали физикавий холатдаги беморлар операциядан кейинги даврда кам учрайдиган асоратлар операцион хавф кам булган гурухга киради ва бу гурухда улим холати деярли кам учрайди. IV,V даражали физикавий холатдаги беморлар юкори операцион хавф булган гурухга киради, бу гурухда операциядан кейинги улим юкори булади (50% дан юкори).

Физикавий холат даражасини ва операциядан кутиладиган натижани инобатга олган холда беморга нисбатдан операциядан олдинги тайёргарликга ажратиладиган вақт ва хирургик операция тури аникланади. I ва II огирлик даражали беморларда операциядан олдинги давр киска муддат вақт ичида (6-12 соатдан куп эмас) тайёрланади ва операция холецистэктомия хажмида утказилади, лозим топилса, умумий ут йуллари кушимча ишлов олиб борилади. III огирлик даражали беморлар операцион хавфни камайтирадиган узайтирилган муддатли операциядан олдинги тайёргарликдан утадилар (12-24 соат ичида). Бу гурухдаги беморларга хасталикга кура адекват радикал операция тавсия этилган. IV ва V огирлик даражали беморларга 24-48 соат давомида кучайтирилган операциядан олдинги тайёргарлик утказиш лозим. Шу билан бирга тажрибага асосланиб йуловчи хасталиклар огирлиги сабабли физикавий холатнинг огирлик даражасини камдан кам камайтириш мумкин. Беморларга операцион хавф ута огир булганлиги сабабли кам шикаст етказувчи ва минимал оператив кулланма билан бажариладиган холецистостомия кулланилади ва куйидаги усуллар оркали бажарилиши мумкин:

Расм № Уткир холециститнинг хирургик даволаш усуллари.



Хар кунги амалиётда мазкур шкालани ишлатиш уткир холецистит билан хасталанган беморнинг объектив холатини ва оператив усулларини танлаш имконини яратади (холецистэктомия ёки холецистостомия). Бу эса беморга нисбатдан операциядан олдинги тайёргарлик вақти ва операция турини танлашда қулайдир.

Уткир холециститни механик сариклик ёки обтурацион холангит билан асоратланганда даволаш тактикаси нафакат беморнинг физикавий холатининг оғирлигига, балки ут пуфаги ва корин бушлигига яллигланиш жараёнининг ривожланишига боғлиқдир. Зудлик операцияга курсатма мавжуд бўлган ҳолда механик сарикликнинг сабабини хирургик операция давомида интраоперацион холангиография ёрдамида аниқлайдилар ва патологик жараён аниқланиб ут йулларида керакли ишлов олиб бордилар (биринчи вариант). Зудлик курсатма билан операция муҳтож бўлмаган I, II, III физикавий оғирлик даражали беморларга биринчи навбатда эндоскопик папиллотомия (литотриксация ёки назобилиар дренажлаш билан) бажарилади. Иккинчи этап билан эндоскопик аралашмадан сунг 24-48 соат утгач холецистэктомия бажарилади. (иккинчи вариант).

Юқори операцион-анестезиологик хавфли даражали механик сариклик ёки холангит билан асоратланган уткир холецистит билан хасталанган беморларда икки этапли даволаш усулини қуллаш утказиладиган операция хажми ва операциядан кейинги хавфли асоратларнинг камайишига ва даволаш натижаларини яхшилашга олиб келади.

Бу беморларда даволаш тактикани аниқлашда биринчи навбатда захарланиш ва балки жигар ичи холестази олдини олувчи холецистостомия операцияси бажарилади. 24-48 соат утгач ут йулларида муаммони бартараф қилувчи эндоскопик операция бажарилади. Беморларга нисбатдан бундай ёндашиш уз ичига кам хажмли ва кичик шикастловчи операцияларни олади ва оғир беморлар гуруҳида улим ва асоратларини камайишига қаратилган.

Консерватив терапия уткир холециститни даволашда актив тактика қуллашда муҳим урнига эга. Уни тулик хажмда утказиш хасталикни бошланиш давридаек катарал холециститда яллигланиш жараёнини бартараф қилишга имкон яратади ва деструктив холецистит билан хасталанган беморларда операциядан олдинги тайёргарликда муҳим аҳамиятга эга. Инфузион ва медикаментоз терапияни тугри тузилганлиги бемор организмни органлар фаолиятини меъёрлаштириш ва яхшилаш, операция ва операциядан кейинги даврни яхши кечишини таъминлайди. Операциядан олдинги тайёргарликни утказиш зарурияти сув, оксил алмашинуви, электролит баланси ва гомеостаз системасини яхшилашни уз ичига камраб олади. Уш бу системалар фаолияти бузилиши уткир холецистит билан хасталанган беморларда қучаяди, айниқса кекса ёшли беморларда юрак-кон томир, упка ва эндокрин касалликлар мавжуд бўлган ҳолда.

Уткир холециститни комплексли даволаш жараёни ут йулларидаги гипертензия холатини бартараф килишга ва олдини олишга, гиповолемияни йукотишга, сув-электролит ва оксил алмашинуви балансини меъёрлашишга, коннинг реологик хусусиятларини яхшилашишга ва микроциркуляцияларнинг бузилишлари минимализациялашишга, гипоксемия ва огрикларни енгиллаштиришга, инфекция-яллигланиш жараёнини таркалишини олдини олишга қаратилган булиши керак.

Ушбу комплекс патогенетик принципларга асосланган булиб уз ичига куйидаги даволаш тадбирларни олади: 1) очлик (беморда кайт килиш кузатилмаган холда суюклик ичиш рухсат бериледи); 2) локал гипотермия (унг коворга таги сохасига муз куйиш); 3) сув-электролит балансини тугирлашга қаратилган инфузион терапия – бу изотоник эритмалар, калий хлорид моддалари, 5% глюкоза эритмасини юбориш (2,0-2,5 литр хажмда); 4) коннинг микроциркулятор ва реологик хусусиятини яхшилаш максатида реополиглюкин юбориш; 5) курсатма билан юрак гликозидлари.

Вазопрессорлар ва бронхолитиклар куллаш; 6) нонаркотик огриксизантирувчи моддалар кулланилиши (аналгин, максиган); 7) антибактериал моддалар кулланилиши. Коннинг марказий веноз босимини, гематокритни, айланаётган кон хажминини меъёрлашиши инфузион терапияни тулик хажминини утказишнинг натижасидир.

Уткир холециститни механик сариклик еки обтурацион холангит билан асорланган холда инфузион-медикаментоз даволанишни кучайтириш ва эндоген интоксикация билан курашиш зарурияти тугилади. Бунда гемодез, аминокислоталар эритмаси, янги музлатилган зардоб, С ва В(В1 ва В6) витаминлар юборилади.

Уткир холециститни консерватив даволашда антибактериал моддаларни кулланилиши мухим уринни эгаллайди. Антибактериал моддаларнинг куллашнинг асосий максати абдоминал инфекциянинг таркалишининг олдини олишдир. Афсуски, антибиотиклар ут пуфагида деструктив жараёни таркалишининг пуфак девори томирлардаги узгаришлар сабабли ва тош пуфак буйинчасини беркитиб куйган холатда чегаралолмайди. Аммо улар инфекция жараёни диссеминациясини беркитиб ва системали яллигланиш жараёнини кучайишида катта рол уйнайди. Ундан ташкари, операциядан олдинги даврда антибиотикларни куллаш, хирургик тактикадан катъий назар, операциядан кейинги йирингли асоратларни олдини олиш воситасидир.

Шошилич равишда операция килинадиган асоратланмаган деструктив холециститда антибиотиклар операциядан 30-40 минут олдин максимал дозада вена ичига юборилади. Антибиотикларнинг самарали погонасини саклаш учун операция вакти 2 соатдан чузилиб кетган холатда $\frac{1}{2}$ доза моддани кайти юбориш лозим. Операциядан кейинги даврда йирингли-септик асоратлар хавфини ривожланишининг олдини олиш максатида антибиотикларни куллашни давом эттириш керак.

Уткир холециститнинг асоратланган холатларда беморларга нисбатдан антибиотикларни куллаш операциядан олдинги ва кейинги даврда 5-7 кун мобайнида амалга оширилади. Олдини олиш ва даволаш учун танланадиган препарат булиб цефалоспоринларни куллаш мумкин.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Огриксизлантириш. Хозирги замон шароитида уткир холецистит ва унинг асоратлари билан хасталанган беморларда операция утказиш учун куп компонентли эндотрахеал наркоз кулланилади. Умумий анестезия шароитида операция утказиш вакти камаяди, жигар орти ут йулларида манипуляциялар утказилиши енгиллашади, интраоперацион асоратларни олдини олиш таъминланади. Махаллий огриксизлантиришни факат холецистостомия урнатиш вакти кулланилади.

Асоратланмаган уткир холециститда операциянинг асосий усули булиб холецистэктомия ва холецистостомия хисобланади. Уткир холециститнинг жигар орти ут йулларига асоратланган турида (тошлар, стриктура) холецистэктомия операцияси холедохотомия ва бошка усуллари билан бажарилади.

Огрикисизлантириш: хозирги замонда уткир холецистит ва унинг асоратларини даволашда эндотрахеал наркоз усулидан купинча фойданилади. Тула-тукислик натижасида операция вакти кискарилади, натижада жигардан ташкари манипуляцияларни утказиш энгиллашади, ҳамда интраоперацион асоратларни олдини олиш таъминланади. Махаллий анестезия факатгина холецистостомия урнатиш вактигина кулланилади.

Асоратланмаган уткир холециститда асосан холецистэктомия ва холецистостомия опреациялари бажарилади. Уткир холециститда жигардан ташкари ут йуллари хасталик туфайли асоратланган холда (тош, стриктура) холецистэктомия холедохотомия ва бошка оператив усуллар билан бажарилади.

Холецистэктомия беморни тулик согайишига каратилган радикал операциядир. Унинг учта бажариладиган тури мавжуд: очик операция, миналапаротом йул билан ва видеолапароскопик холецистэктомия. Курсатилган хар бир усулида узига хос яхши ва ёмон томонлари, курсатма ва карши курсатмалар мавжуд.

Очик усулдаги холецистэктомия. Бу операцияни бажариш учун юкори урта лапаротомия, трансректал кесма, Кохер ва Фёдоровнинг унг ковурга ости буйлаб кесмалари оптимал булиб хисобланади. Бу кесма нафакат ут пуфаги ва жигар ортидаги ут йулларида, балки 12 бармокли ичак ва меъда ости безида ҳам ишлаш учун кулайдир. Бу операция йулларининг камчилик томонлари булиб корин олд деворининг жиддий шикастланиши ва ичаклар парези, жисмоний харакатининг чекланиши, нафас олиш кобилияти кийинлашиши, операциядан кейинги даврда реабилитация вакти чузилиши ва мехнат кобилиятини камайиши хисобланади. Трансректал кесмалар юкори урта кесмаларга нисбатдан кам шикастловчидир. Шу билан биргаликда трансректал кесмалар магистрал ут йулларидаги оператив харакатларни нисбий чеклайди. Семиз шахсларда юкори урта лапаротомия бажарилишда операцион жарохат куп холларда кенгайтирилиши сабабли операциядан кейинги чурралар хосил булиши кузатилади. Шунинг учун ҳам бу усулнинг кулланилиши факат беморларда операциядан олдинги диагноз ноаник булган холда меъда перфорация ёки панкреонекрозни инкор киллолмаслик вазиятда мақсадга мувофикдир.

Холецистэктомия 2та усул билан бажарилади – буйинчасидан ва тубидан. Буйинчасидан холецистэктомия операциясини бажариш шубхасиз устунликга эга. Бу ерда ут пуфагининг жигар ётогидан олиниш факатгина ут пуфаги буйинчаси ва артериясини боғлашдан кейин бажарилади. Ут пуфагини ут йулларидан ажратилиш тошнинг ут йулларига утиб кетиши ва кон томирларидан кон кетишнинг олдини олади. Ут пуфагини тубидан олиш операцияси буйинча сохасида ва жигар-ун икки бармокли ичак боғламдаги ривожланган инфилтрат холатда бажарилади. Бу вазиятда ут пуфаги буйинчаси ва артериясини инфилтрат ичидан ажратиб олиш вакти гепатодуоденал боғлам элементларига шикаст етказиш хавфи бор. Ут пуфагини тубидан ажратиб олиш пуфак буйинчаси ва артериясини аниклашда имкон яратади. Мураккаб вазиятларда хирург ут пуфаги ичидаги йиринг ва конкрементларни тубидан эвакуатор билан олганидан сунг бармок ёрдамида пуфак элементларини аниклайди ва пуфакни ажрата олади.

Ут пуфагига ишлов бериш интраоперацион холангиография ва ут йулларни зондлаш утказишдан сунг бажарилади. 1 смдаги ут пуфагининг чултоги тикилиб боғланиб, сунг боғланиш керак.

Ут пуфагини ажратиш вакти урнидан кон кетиш холатида электрокоагуляция ёрдамида тухтатилади. Гемостаз яхши бажарилган вакти ут пуфаги урнини тикиш шарт эмас.

Миналапаротом холецистэктомия. Бу усулда корин олди деворида кичик кесик оркали ва махсус илгак-ойналар ёрдамида курикни бажариш учун етарлича жарохат хосил килиш ва манипуляция бажариш туради. Операцияни техник жихатдан бажарилишида «миниассистент» комплект инструментлардан фойдаланилади. У таркибига: халкасимон жарохат кенгайтиргич, хар хил улчамидаги илгаклар-ойналар йигиндиси, ёритиш системаси ва махсус эгриликдаги хирургик инструментлар киради.

Ушбу операцияни бажариш учун узунлиги 4-5 см трансректал кесма хосил килинади. Урта чизикдан 2 см чеккарок унг ковурга ости сохасидан бошлаб кесма килинади, тери кесилиб корин тугри мушаклар кини кесилади, мушакларни йуналиши буйича ажратадилар. Корин

пардасини корин тугри мушак орка кини билан бирга кесадилар. Харакатларнинг кулайлиги учун уларни теридаги жарохат деворига тикадилар. К орин бушлигини жигар юмалок богламидан унгротдан очиш ахамиятга эга.

Операциянинг асосий босқичи жигар унгрот юзасини, ут пуфаги ва ут йулларини куриқдан утказиш ва ишлов олиб бориш учун илгак-ойналар ва ёритгични тугри урнатишдир. Уш бу манипуляция тугри бажарилган вақти жигарнинг унгрот булагини пастки юзасини, ут пуфаги ва уни четлатганда Хартман чунтаги – гепатодуоденал боглам ва 12 бармоқли ичак аниқ куринишлари лозим. Бу усулнинг фарқловчи белгиси - хирург кули операцион жарохатдан корин бушлигига утмайди. Корин бушлигида утказиладиган хамма манипуляциялар дистанцион ва узайтирилган инструментлар ёрдамида бажарилади.

Холецистэктомияни муваффақиятли бажариш учун ут пуфаги тубидан пункция килиб ичидаги таркибини олиб ут пуфаги таранглашишини йукотиш бажарилади. Ундан сунг ут пуфаги буйинчасини сохасида сероз кавати кесилиб Кало учбурчагини элементлари ажратилади. Пуфак буйинчасини боғлашдан олдин хирург умумий ут йулининг деворини куриб туриши шарт. Пуфак буйинчасини ва артериясини ажратиш уларни тикиш боғлайдилар ва кесадилар. Тугунни боғлаш олдин корин бушлигида тугунни тайёрлаб Виноградов таёкчасини ёрдамида амалга оширилади. Ут пуфагини ётоғидан ажратиш навбатма-навбат буйинча ва туби сохасидан бажарилади. Ишончли гемостаз электрокоагуляция ёрдамида бажарилади. Агар ут пуфагини яллигланган инфилтратдан ажратилишда 30 минут жараёнида гепатодуоденал боглам элементларини аниқ фарқлаш иложи булмаса традицион очик холецистэктомия усулига утиш мақсадга мувофиқдир.

Уткир холециститда операцион мини-кесик оркали бажариш касалликнинг 72 соатгача давом этаётган вақти кулланилади, бунда жигар остини сохасида зич инфилтрат хали хосил булмаган булади. Асоратланган уткир холецистит, таркалган перитонит, механик сариклик ва обтурацион холангит минилапаротом холецистэктомия утказишга карши курсатмадир.

Кам шикастланиш, асоратларнинг камлиги, нафас олиш тизимига таъсуротсизлиги, ичак парези кузатилмаслиги, беморнинг эрта фаол харакатга кириши ва мехнатга лаёқатлиги бу усулнинг афзаллиги хақида далолат беради. Бу операция афзаллиги учун хозирги вақтда кенг кулланилмокда.

Видеолапароскопик холецистэктомия утган асрнинг 80 йилларидан бошлаб бажарилаяпти. Уша вақтдан бошлаб лапароскопик холецистэктомия ут тош касаллигини даволашда етакчи уринда туради. Видеолапароскопик холецистэктомия бошка турдаги операцияларга нисбатан кам шикастловчи, яхши косметик натижали, беморни стационарда кам ётиши (2-5 кун) ва мехнат қобилиятини тез тиклаш хусусиятлар билан фарқланади. Бу операционни бажарилиши замонавий кимматбаҳо видеотехникани, хирург ва бутун операцион бригаданинг махсус таёрлигини талаб қилади.

Лапароскопик холецистэктомияга курсатма булиб касалликнинг бошланишидан 48-72 соат утганлиги хисобланади. Касалликнинг узокрок давом этишида яллигланиш инфилтрат хосил булиши сабабли анатомик структураларни аниқлаш муррақаблашади ва интраоперацион хавф тугдиради. Лапароскопик холецистэктомияни кулланилишига карши курсатма булиб уткир холециститнинг асоратланган турлари хисобланади. Булар: таркок перитонит, механик сариклик ва обтурацион холангит ва булар билан бирга юрак-кон томир хасталиклари, 4 дар. семизлик, хомиладорлик вақтининг катталиги қиради.

Лапароскопик холецистэктомияга нисбий курсатма булиб ут пуфаги деворининг калинлиги (8 мм ва купрок) хисобланади. Эндоскопик операциялар бажариш жараёнида келиб чикган қийинчиликлар ва улар билан боғлиқ булган ахамиятли анатомик структураларнинг шикастланиш асоратлар хавфи (пуфак артериясидан кон кетиш, бушлик аъзосини тешилиши ва х.) очик усулига утишни (конверсия) талаб қилади. Уткир холециститда конверсия микдори 20% ташкил қилади. Конверсия сонини ва ятроген шикастланиш асоратларни камайтириш ва олдини олиш учун касаллик бошланиш вақтини аниқлаш, УТТ ёрдамида ут пуфак девори холатини ва атрофидаги инфилтрация даражасини аниқлаш лозим.

Лапароскопик холецистэктомияни муваффақиятли бажаришни керакли даражада утказилган анестезия, мушак релаксацияси ва диафрагма ва ичак харакатларини бартараф килиш ифодалаб беради. Уш бу вазиятларга этибор бермаслик операция сохасида визуал назоратни мурракаблаштиради ва корин бушлигидаги огир шикастланишларнинг сабаби булиши мумкин.

Лапароскопик холецистэктомиянинг асосий боскичлари бу пневмоперитонеум хосил килиниш, 4та кичик кесмалардан корин бушлигига троакарлар киритилишидир. Корин бушлиги ва жигар таги сохасида анатомик вазиятни визуал бахолашдан сунг ут пуфаги пункция килинади, таркиби суриб олинади ва пуфак атрофидаги тукумалардан ажратилади. Сунг пуфак буйинчаси ва арерияси ажратилиб навбатма-навбат клипсланади ва кесилади. Яллигланган узгарган ут пуфагини конкрементлар билан контейнерда корин бушлигидан олиб чикилади.

Эндоскопик холецистэктомия кичик инвазив ва самарадорли операцияларга киради. Аммо у режали операцияларга нисбатдан уткир холециститда купрок учрайдиган асоратлар бериши мумкин. Шунинг учун эндоскопик оператив усулини танлашда курсатма ва карши курсатмаларни хисобга олиш зарур. Операцияни ут пуфагида очик операциялардан ва режали лапароскопик холецистэктомия утказишдан тажрибага эга булган малакали хирург бажариш керак.

Холецистостомия. Охирги 10 йилликда уш бу операцияга муносабатлар кескин узгарди ва хирурглар бу усулни куллашга купрок курсатма куйиш бошладилар. Замонавий тиббиёт технологияларнинг амалиётга кириб келиши холецистэктомияни кенг кулланишига олиб келди. Бу беморларда минимал операцион шикаст билан бирга мусбат самарали даволаш натижаларига ва улимнинг камайишига олиб келди. Холецистэктомияни утказишда тугуладиган IV-V огирлиги даражали операция хавфи уткир холецистит билан хасталанган беморларда хирургик даволашда холецистостомия стандарт операция деб хисоблашади.

Холецистостомия операциянинг патогенетик ахамияти унинг пуфакдаги гипертензияни бартараф килишда ва инфекциялашган сафрони ташки мухитга чиқаришдадир, бу эса пуфак деворидаги кон айланишининг бузилишини ечади ва деструктив узгаришларнинг ривожланишини олдини олади. Ут пуфагининг декомпрессияси – ут пуфагидаги яллигланиш жараёнининг бартараф этишининг шартидир.

Холецистостомия учта усул билан бажарилади: ултратовуш назоратида ут пуфагини транскутан дренажлаш, лапароскопия ва очик лапароскопия ёрдамида. Холецистостомияни хосил килиши махаллий анестезия ёрдамида ва аестезиолог назорати остида бажарилади. Холецистостомия энг авайловчи усули- санаб утилганлардан биринчисидир, яъни ултратовуш назорати остида транскутан ва жигар оркали ут пуфаги дренажланади. Ут пуфаги ичида 5 мм кенглигидаги букилган дренаж най урнатилиб у оркали санация бажарилади.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 9

Мавзу: Жигар хирургик касалликлари. Жигарни хирургик касалликларни таснифи; жигар функционал холатини бузилишида (цитоллиз синдроми, холестаз синдроми, жигар хужайрасини етишмовчилиги синдроми, яллигланиш синдроми) лабаротор текширувлардаги ўзгаришлар, жигар шикастланганлигини билдирувчи биохимик тестларни ахамияти; жигар пиоген, амёбали абсцесслари клиникаси, ташхиси, клиник кечишини; этиопатогенетик сабабларига кўра даволаш тактикаси. Жигарни нопаразитар кисталарини турлари, ташхиси, таққосий ташхисн, клиник кечиши, даволаш тактикаси; хар-хил хирургик оперцияларга кўрсатмалар.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Талабалар сони: 10 тадан 12 гача	Вакт –5 соат
Мавзу: Жигар хирургик касалликлари	

Укув дарсининг шакли	Билимни чуқурлаштириш ва кенгайтиришга каратилган амалий машгулот
Амалий дарсда муҳокама қиланадиган саволлар:	1. Жигар хирургик касалликлари хақида тушунча.
	2. Жигар анатомияси ва физиологияси
	3. Жигар касалликлари этиопатогенезидаги замонавий карашлар.
Амалий дарснинг мақсади: мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	
Укитувчининг мақсади:	Укув фаолиятининг натижалари Талаба билиши зарур:
1. Мавзунини узлаштиришда ақлий мотивацияни яратиш	1. Жигар хирургик касалликлари хақида тушунчага эга бўлиш.
2. Мавзу буйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	2. Механик сарикликни этиопатогенезини билиши.
3. Укув билимларини куникмалар тизимини ишлаб чиқиш, таккослаш, умумлаштириш ва таҳлил қилиш.	3. Механик сарикликни клиникасини билиб, симптомлар мажмуасини таърифлаб бера олиши.
4. Узининг позициясини шакллантиришни ва баён қилишни ташкиллаштириш.	4. Замонавий инвазив ва ноинвазив диагностика усулларини, уларни куллашга курсатмаларни билиши. Сарикликни бошқа жигар патологиялари билан дифференциал таккослай олиши.
5. Коммуникация куникмаларни, гуруҳ ва жуфтликларда ишлашни ривожлантириш.	5. Жигар касалликларини консерватив ва замонавий хирургик даволаш усулларини мукамал билиш.
Укитиш усуллари ва техникаси	Айтиб бериш ва дискуссия усуллари: презентация, блиц-суров,, «Биргаликда урганамиз», «Юмалок стол», диаграммалар,
Укитиш жихозлари:	Кургазма куроллар, маркерлар, скотч, А32 форматдаги коғозлар.
Укитиш шакллари:	Индивидуал, фронтал иш, гуруҳ ва жуфтликларда график-органайзер, компьютер ва информацион технологияларни куллаб ишлаш
Укитиш шароитлари:	Гуруҳларда ишлашга мувожазланган техник жихозланган аудитория

Амалий машгулотнинг технологик картаси

Босқичлари, вақти	Укитувчининг фаолияти	Талабаларнинг фаолияти
1 босқич Мавзуга кириш қисми (5 дақиқа)	1.1. Машгулотнинг мавзусини, мақсадини ва режалаштирилаётган натижаларини ҳамда дарснинг режасини айтиши.	1.1. Эшитишади ва ёзиб боришади.
	1.2. Асосий тушунчалар буйича блиц-суров утқизиш. Буқокни қелиб чиқиш назарияларига таъриф беришни таклиф қилади. Масалан, қуйидаги савол берилади: «Механик сарикларни этиопатогенези?» «Жигар паразитар кисталари деганда нимани тушунасиз?» «Улар уртасидаги фарқ нимадан иборат?» 1-2 та жавобни эшитгач, гуруҳларда вазифани	1.2. Саволларга жавоб беришади.

	бажарилиши, уларни презентация қилиниши жараёнида муҳокама қилишини айтади. Хар бир талаба гуруҳда вазифанинг бажарилишидан кейин индивидуал баҳоланиши тушунтиради. (2 илова). Гуруҳларнинг биргаликда бажарилган вазифалари плакат коғозларда курсатилишини айтади.	
2 босқич Гуруҳларда ишлаш. (60 дақиқа)	2.1. Табалаларни 3 та гуруҳга бўлишади. Уқув вазифани таркатади. Канака уқув натижаларни олиншини айтиб утади. Баҳолаш курсатгичлари ва мезонларини тушунтиради. Канака қушимча материаллардан (маъруза, адабиётлар) фойдаланиш мумкинлигини айтади. Гуруҳларда ишнинг бошланишини эълон қилади.	2.1. Уқув вазифалари, билан танишиб чиқишади, баҳолаш курсатгичлари ва мезонлари билан танишиб чиқишади. Вазифани бажаришга киришади.
босқич Презентация (55 дақиқа)	3.1. Гуруҳларда презентацияни ва узаро баҳоланишнинг натижаларини ташкиллаштиради. Билимларни умумлаштиради, хулосаларга алоҳида эътибор бериб, вазифа қандай бажарилганлигини умумлаштиришади.	3.1. Презентация қилишиб, бир бирларини тулдиришади ва узаро баҳо беришади.
босқич Хулосавий (15 дақиқа)	Бажарилган ишларни хулоса қилади. Мустақил иш мавзусини беради: «Жигар касалликларини текшириш усуллари» мавзусини ёзма равишда ёритиш.	Эшитишади, аниқлашади. Вазифани ёзишади.

Такдимот материаллари.

108.	-илова	<i>Механик сарикликни клиник шакллари</i>
109.	-илова	<i>Механик сарикликни клиник белгилари</i>
110.	-илова	<i>Механик сарикликдаги лаборатор белгилари</i>
111.	-илова	<i>Механик сарикликни даволаш алгоритми</i>
112.	-илова	<i>Эндоскопик ретроград эндобилиар амалиётларга кўрсатма</i>
113.	-илова	<i>Эндоскопик папиллосфинктеротомияга кўрсатма</i>
114.	-илова	<i>МС компенсация босқичида медикаментоз даволаш</i>
115.	-илова	<i>МС субкомпенсация босқичида медикаментоз даволаш</i>
116.	-илова	<i>МС декомпенсация босқичида медикаментоз даволаш</i>
117.	-илова	<i>Назарий қисм</i>

Ўқув топшириқлар

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга қўмақ беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;

ТАХЛИЛИЙ КИСМ

илова 1. Механик сарикликни клиник шакллари

механик сарикликни клиник шакллари				
Сарикли-оғрикли шакл	Сарикли-панкреатик шакл	Сарикли-холецистик шакл	Сарикли-септик шакл	Сарикли-оғриқсиз шакл

илова 2. Механик сарикликни клиник белгилари

механик сарикликни клиник белгилари			
Терини ва шиллик қаватларни сарик тусга кириши	Терини қичиши	Ахлат рангини оқариши	Сийдик тўқ сарик рангга кириши

илова 3. Механик сарикликдаги лабаротор белгилари

Механик сарикликдаги лабаротор белгилари					
Гипербил ирубинемия тўғри фракции ҳисобига;	Қондаги жигар фракцияси - ишқорий фосфатазани кўтарилиши	Қондаги ўт кислоталарини юқорига кўтарилиши;	Гиперхолестеринемия;	Нажасда стеркобилинни, сийдикда уробилиногенни йўқлиги;	Сийдикда ўт пигментларни кўпайиб кетиши

илова 4 *Механик сариқликни даволаш алгоритми*



илова 5. *Эндоскопик ретроград эндобилиар амалиётларга кўрсатма*



илова 6. *Эндоскопик папиллосфинктеротомияга кўрсатма*

Эндоскопик папиллосфинктеротомияга кўрсатма

Холедохолитиаз	Стенозловчи папиллит	Холедох терминал қисмини ва катта дуоденал сўрғични 1,5 см гача бўлган стенози	I ва II даражали жигар етишмовчилиги билан кузатиладиган механик сариклик
----------------	----------------------	--	---

илова 7.МС компенсация боскичида медикаментоз даволаш

Медикаментоз даволаш (компенсация боскичи)

Жигар биоэнергик жараёнларни яхшилаш (глюкоза эр-си инсулин билан, витамин С ва кокарбоксилаза)	Кислотали-ишқорий ҳолатни коррекцияси (ацидозда гидрокарбонат натрий эр-си, алкалозда соляк к-таси)	Электролит бўзилишда парҳез ва мевали шарбатлар ёрдамида коррекция қилиш маъқул	Жигарда цитоллиз бошланганда гепатопротектор алар тавсия қилинади (легалон, эссенциале, гептрал)
---	---	---	--

илова 8. МС субкомпенсация боскичида медикаментоз даволаш

Медикаментоз даволаш (субкомпенсация боскичи)

Детоксикацион даво (гемодез, неокомпенсан)	Электролит бузилишларни коррекцияси	Оқсил етишмовчилиги ни коррекцияси (альбумин, плазма ва б.)	Қон ивишини бузилишини коррекция қилиш (викасол, аминокапрон к-таси, дицинон, тромбоцитар масса).
--	-------------------------------------	---	---

илова 9. МС декомпенсация боскичида медикаментоз даволаш

Медикаментоз даволаш (декомпенсация босқичи)

Реанимация ва интенсив даво шароитида даволаш зарур)

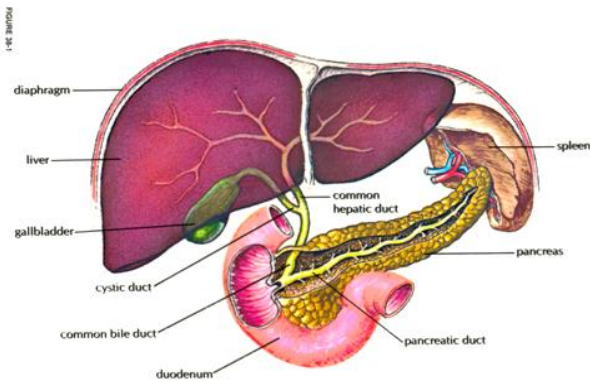
Лимфо- ёки гемосорбция, меъда-ичак трактини тозалаш (ошқозон ювиш, сифонли хўкна)

Кортикостероидлар катта дозада тавсия қилиш (преднизолон, гидрокортизон)

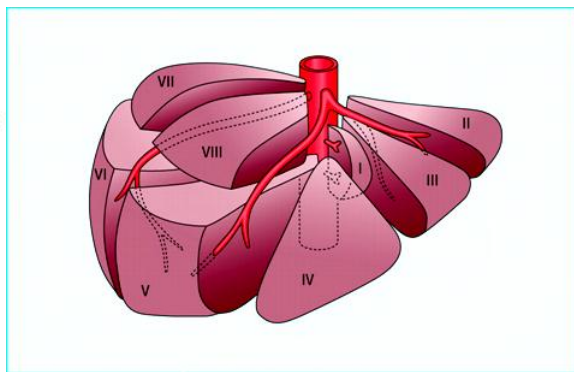
Протеолитик ферментларни тавсия этиш (трасилол, контрикал, гордокс)

илова 10 .Назарий қисм

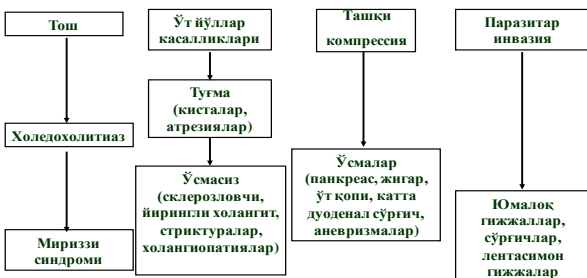
Жигар синтопияси



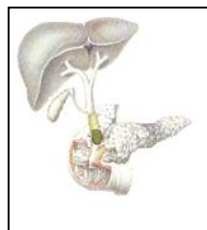
Жигар сегментларининг жойлашиши



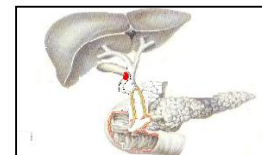
МЕХАНИК САРИҚЛИКНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ



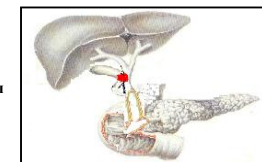
Холедохолитиаз



Миризи синдроми

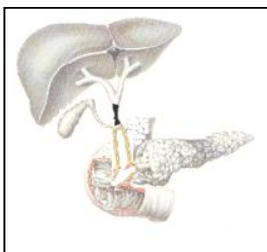


1 тип

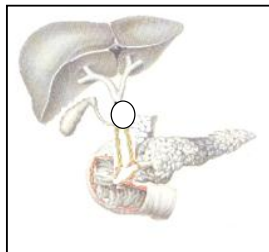


2 тип

Жигардан ташқари ўт йўллارнинг атрезияси



Ўт йўллارнинг кисталари



Ўт йўллارнинг жароҳатдан кейинги торайиши

Жароҳат қисми бўйича	Торайиш ларга жасига бўйича
Юқори	Тўлиқ
Паст	Нотўлиқ

Жароҳатни тарқалиши бўйича	Клиник кечими бўйича
Қисман (1 см гача)	Сариклик билан
Тарқалган (1-3 см)	Холангит билан
Субтотал (3 см дан кўпроқ)	Ташқи ўт окмаси билан
Тотал	Жигар биллиар циррози билан

Ўт йўллари ташқаридан қисилиши

Гепатобиллиар соҳани ўсма билан зарарланиши

Яллиғланиш касалликлар

Томир касалликлари

Ўт йўлларининг ўсмалари

1. Панкреас бошчасини ўсмаси
2. Катта дуоденал сўрғични ўсмаси
3. Жигар дарвазасини ўсмаси
4. Ўт қопи ўсмаси
5. Перихоледохиал лимфатугунларни иккилачи (метастатик) жароҳатланиши

Ўт йўлларининг паразитар инвазияси

- юмалоқ гижжалар (аскарида, власоглав)
- Сўрғичли гижжалар (жигар сўрғичи)
- Лентасимон гижжалар (кора мол ва чучка салетери, эхинококк)

Механик сарикликнинг клиник шакллари

- I. Сарикли-оғриқли шакл
- II. Сарикли-панкреатик шакл
- III. Сарикли-холецистик шакл
- IV. Сарикли-септик шакл
- V. Сарикли-оғриқсиз шакл

Механик сарикликнинг асосий клиник белгилари

- a. Терини ва шиллик қаватларни сарик тусга кириши
- b. Терини қичиши
- c. Ахлат рангини оқариши
- d. Сийдик тўқ сарик рангга кириши

Механик сарикликдаги физикал белгилари

1. Терини ва шиллик қаватларни сарғайиши;
2. Тана истмасининг юқорига кўтарилиш;
3. Ахолик нажоз;
4. Сийдик «пиво ранги» ёки «аччиқ чой» рангга кириши;
5. Жигарни ва ўт қопини ўлчамларини катталашиши;
6. Ўнг қовирға остидаги оғриқ ;
7. Қорин бўшлиғида ўсма пайпасланади;
8. Курвуазье белгиси.

Механик сарикликдаги лаборатор белгилар

1. Гипербилирубинемия тўғри фракции ҳисобига;
2. Қондаги жигар фракцияси - ишқорий фосфатазани кўтарилиши;
3. Қондаги ўт кислоталарини юқорига кўтарилиш;
4. Гиперхолестеринемия;
5. Нажасда стеркобилининни, сийдикда уробилиногенни йўқлиги;
6. Сийдикда ўт пигментларни кўпайиб кетиши

Механик сариқликни ташиқлашда ва даволашдаги янгиликлар

1. Механик сариқликда жигар етишмовчилигини даволашда аденометионинни аҳамияти
2. Механик сариқликни даволашда молекуляр адсорбцияловчи рециркуляцион тизимни аҳамияти
3. Механик сариқликда жигар етишмовчилигини даволашда эритроцитар фармакоцитларни аҳамияти
4. Холангит ва механик сариқлик билан асоратланган ўт тош касаллигини даволашда лазеротерапияни аҳамияти
5. Механик сариқликда холангитни олдини олиш ва даволашда споробактериинни аҳамияти
6. Механик сариқликни даволашда перитонеал суюқликни аҳамияти
7. Механик сариқликда жигар етишмовчилигини даволашда Гепат–Мерц дори воситасини аҳамияти

механик сариқликни дифференциал диагнози

Клиник белгилар	Сариқлик тури		
	механик	паренхиматоз	Гемолитик
Тери ранги	Яшил-сариқ бронза ёки кул ранг туси билан	Қизил-сариқ ранг	Лимон-сариқ
Тери қичиши	Кучли	Кучсиз	Йўқ
Аҳлат ранги	Рангсиз, кул ранг-оқимтир	Рангсиз	Тўқ рангли
Сийдик ранги	Тўқ	Тўқ	Оддий
Иштаха	Бузилган	Пасайган ёки йўқ	Бузилмаган
Диспептик белгилар	Бор	Бор	Йўқ
Қориндаги оғриқ	Бўлиши мумкин	Йўқ ёки кучсиз	Йўқ
Холсизлик, адинамия	Бор	Бор	йўқ
Ўт қоши	Катталашган	Катталашмаган	Катталашмаган
Юрак уриши	Брадикардия	Брадикардия	Нормал ёки тахикардия
Жигар	Катталашган	Катталашган	Бир оз катталашган
Талоқ	Катталашмаган	Яйрим катталашагн холда	Катталашган
Қон кетиш	Ҳа	Ҳа	Ҳа

Механик сариқлик билан беморларни даволаш алгоритм

I этап

Дренажлаш

Дозали декомпрессия

Полиорган етишмовчиликнинг олдини олиш

II этап

Ичакка нормал ўт пассажиани тиклаш

Эндоскопик ретроград амалиётлар

Тери орқали жигар орқали эндобилиар амалиётлар

Натижа бўлмаганда оператив даволаш

Эндоскопик ретроград эндобилиар амалиётларга кўрсатма

1. УТТ бўйича холедохни 8 мм дан кўпроқ кенгайиши
2. МС сабаби аниқланганда ва патологик ўзгариш ўт йўлида бўлганда
3. УТТда жигардан ташқари ўт йўллари ёмон кўрилганда гипербилирубинемия кузатилса

Эндоскопик папиллосфинктеротомияга кўрсатма

1. Холедохолитиаз
2. Стенозловчи папиллит
3. Холедох терминал қисмини ва катта дуоденал сўрғични 1,5 см гача бўлган стенози
4. I ва II даражали жигар етишмовчилиги билан кузатиладиган механик сариқлик

Медикаментоз даволаш

Компенсация босқичи

1. Жигар биоэнергик жараёнларни яхшилаш (глюкоза эр-си инсулин билан, витамин С ва кокарбоксилаза)
2. Кислотали-ишқорий ҳолатни коррекцияси (ацидозда гидрокарбонат натрий эр-си, алкалозда солян к-таси)
3. Электрлит бўзилишда парҳез ва мевали шарбатлар ёрдамида коррекция қилиш маъқул.
4. Жигарда цитолит бошланганда гепатопротекторлар тавсия қилинади (легалон, эссенциале, гептрал, растаропша).

Субкомпенсация босқичи

1. Детоксикацион даво (гемодез, неоконпенсан)
2. Электрлит бузилишларни коррекцияси
3. Оқсил етишмовчилигини коррекцияси (альбумин, плазма ва б.)
4. Қон ивишини бузилишини коррекция қилиш (викасол, аминокапрон к-таси, дицинон, тромбоцитар масса).

Декомпенсация босқичи

1. Реанимация ва интенсиф даво шароитида даволаш зарур
2. Лимфо- ёки гемосорбция, меъда-ичак трактини тозалаш (ошқозон ювиш, сифонли хўкна)
3. Кортикостероидлар катта дозада тавсия қилиш (преднизолон, гидрокортизон)
4. Протеолитик ферментларни тавсия этиш (трасилол, контрикал, гордокс)

Ўт пассажиани тиклайдиган жарроҳлик амалиётлар

1. ЭПСТ
2. Дормия зонди орқали ўт тошларини олиб ташлаш
3. Юмшоқ қисқич орқали ўт тошларини олиб ташлаш
4. Фогарти зонди ёрдамида орқали ўт тошларини олиб ташлаш
5. Холедох терминал қисмини иккиламчи стриктурасида дилатация қилиш
6. Иккитали латексли балон ёрдамида тошларни олиб ташлаш
7. Механик литотрипсия ва аспирацион усул
8. Тошни олиш учун “петля-ловушка”ни қўллаш

Жигар инсон организмнинг энг йирик аъзоларидан бири ҳисобланади. Унинг оғирлиги 1200 – 2000 г ни (тана оғирлигининг 1/50 % қисмини) ташкил қилади. У она қорнидаги хомила ҳаётининг учинчи хафтасида ўн икки бармоқ ичак шиллиқ пардаси эпителийсидан униб чиқиш йўли билан ривожланади. Жигар қориннинг ўнг юқори квадрантида жойлашган ва қовурғалар билан ёпилган. Унинг юқори чегараси ўнг ўрта ўмров чизиғи бўйлаб IV қовурғалар оралиғига етади, пастки чети чақалоқ болаларда аксарият ҳолларда киндиккача боради. Кўкрак ёшидаги болаларда у қовурға чети остидан 2-3 см га чиқиб туради ва тахминан тўрт ёшларга келиб

унинг орқасида йўколади. Жигарнинг пастки чегараси ўрта чизик бўйлаб киндик билан ханжарсимон ўсиқ ўртасидаги масофанинг ўртасида жойлашган. Жигарнинг олдинги юқори кабарик юзаси ўроқсимон бойлам билан икки бўлакка: ўлчамлари бўйича катта ўнг бўлакка ва чап бўлақларга бўлинади. Пастки ботиқ юзасида иккита узунасига кетган бўйлама эгатлар (ўнг ва чап) ва кўндаланг эгат фарқ қилиниб, буни жигар дарвозаси деб аталади. Бу эгатлар жигарнинг ўнг, чап, квадрант ва думсимон бўлақларга бади.

Жигар дарвозасига жигар артерияси, нервлари ва дарвоза (қопқа) венаси киради, лимфатик йўллар ва умумий жигар ўт йўли эса ундан чиқади. Жигар, диафрагмага тегиб турадиган орқа юзасидаги қисмидан ташқари, ҳамма томонлардан қорин парда билан қопланади.

Қорин пардаси атрофидаги аъзоларга ўтиб, жигарни фиксация қилишда муҳим рол ўйнайдиган бойламлар (ўнг ва чап тожсимон, жигарнинг меъда бойлами, жигарнинг ўн икки бармоқ ичак, жигарнинг буйрак бойлами) ҳосил қилади. Жигарнинг қон таъминоти хусусий жигар артерияси, шунингдек дарвоза венаси томонидан амалга оширилади. Бунда умумий қон оқимининг тахминан 25% артерияга ва 75% и дарвоза венасига тўғри келади.

Жигарнинг ўроқсимон бойлами бўйича ўнг ва чап бўлақларга бўлиш унинг функционал анатомиясига мос келмайди, бундан визуализация усуллари натижаларига баҳо беришда ҳамда хирургик операциялар ўтказишда фойдаланилади. Унинг негизини дарвоза венаси, хусусий жигар артерияси ва ўт йўлларининг тармоқланиши принципи ташкил қилинади, улар қон таъминотини ва жигарнинг бир-биридан нисбатан узоклашган зоналаридан қон оқиб келишини таъминлаб туради. Чунончи, дарвоза венаси ўнг ва чап тармоқларга бўлиниб, тегишлича жигарнинг ўнг ва чап бўлагини озиклантиради. Бўлақлар ўртасидаги чегара қийшиқ чизик бўйлаб пастки ковак венасидан ўт қопчаси ўрнигача ва кейин жигар дарвозаларигача боради. Дарвоза венасининг ҳар икки тармоғи, ўз навбатида, яна иккита тармоқа бўлиниб секторлар номини олган соҳаларни қон билан таъминлайди.

Ўнг бўлақда олдинги ва орқа, чап бўлақда медиал ва латерал секторлар фарқ қилинади. Секторлар сегментларга бўлинади, улар рақамлар билан белгиланади. Чап бўлакни I-IV сегментлар ҳосил қилади. Бунда I сегмент жигарнинг думсимон бўлагигача мос келади, II ва III сегментлар чап латерал секторда, IV сегмент чап медиал секторда жойлашган. Жигарнинг ўнг бўлаги таркибига V ва VIII сегментлар киради. Ўнг олдинги сектор V ва VIII га, ўнг орқа эса VI ва VII сегментларга бўлинади.

Жигарнинг гистологик тузилиши асосини шакли призмасимон ва ўлчамлари 1 дан 2.5 мм гача бўлган бўлақчалар ташкил қилиди. Ҳар бўлақча ўртасида марказий вена жойлашган. Ундан радиуслар бўйича периферияга томон тўсинлар жойлашиб, улар ўт капилярларини, қўшилгандан кейин эса ўт йўлларини ҳосил қиладиган икки қатор жигар хужайраларидан иборат. Жигар артериясини ва дарвоза венасининг охири тармоқларини капилярлар ҳосил қилади, улар жигар хужайраларининг ўраб туради. Оддий капилярлардан фарқли равишда бўлақчалар ичидаги капилярлар эндотелийсидан ташқари, юқори фагоцитар функциясига эга бўлган купффер хужайраларини сақлайди. Эндотелиал хужайралар муайян ўлчамдаги макромолекулаларни гепатоцитлар билан эндотелиал хужайралар ўртасида жойлашган Диссе бўшлиғигача ўтказиб, қонни филтрилаш хусусиятига эга бўлган фенестерлар билан таъминланади.

Субэндотелиал бўшлиқда юлдузсимон хужайралар (Ито хужайралари) топилади, улар актин ва миозин борлиги туфайли муайян моддалар, масалан эндотелин-1 таъсири остида қисқариш қобилиятига эга бўлиб шу тариқа қон оқимини синусоидлар даражасида амалга ошириб туради. Қон капилярлар орқали ўтиб, марказий венага тушади, улар бирлашиб, сўнгра жигар веналарини ҳосил қилади. Жигар веналари 3-5 та микдорда пастки ковак венасига қуйилади.

Жигар ичи ўт йўллари дарвоза венаси ва жигар артериясини тармоқларининг йўли бўйлаб жойлашган. Ўнг ва чап бўлақчали жигар йўллари бирга қўшилиб, умумий жигар ўт йўлини ҳосил қилади (гепатикохоledох). Унга қопча йўли қуйилгандан кейин у умумий ўт йўли деб аталади (хоledох), у меъда ости беzi йўли билан бирга ўн икки бармоқ ичакка қуйилади.

Лимфа Диссе бўшлиқларида ҳосил бўлади. Жигардан веноз оқим бузилганда ва синусоидал босим орта борганда лимфа ишланиши кесикн купаяди, бу асцит ҳосил бўлишининг энг муҳим

омилларидан бири ҳисобланади. Жигарнинг лимфатик томирлари лимфанинг жигар дарвозасининг лимфатик тугунларига ва кейин жигарнинг ўн икки бармоқ бойлами бўйлаб оқишини таъминлаб туради. Лимфа жигарнинг юза бўлимларидан йўллар бўйича оқиб келади, улар диафрагмадан оқиб ўтиб, ички кўкрак артерияси йўли бўйлаб кўкс оралиғи тугунларига ва кўкрак лимфатик йўлига лимфа оқишин таъминлайди. Лимфатик йўллар ва тугунларнинг бир қисмини пастки ковак венанинг кўкрак бўлими йўли бўйлаб тарқалади.

Жигар сунуслари қорин чигалида жойлашадиган еттинчи-ўнинчи симпатик ганглийларининг нерв толаларидан иннервация қилинади. Парасимпатик иннервация ўнг ва чап адашган нервларининг толаларидан амалга оширилади. Иннервацияда шунингдек ўнг диафрагмал нерв қатнашади. Нерв толалари жигар артерияси ва ўт йўллари йўли бўйлаб киради ва жигар паренхималаригача етади.

Жигар турли-туман функцияларни бажаради, оқсил синтези, углевод, ёғ алмашинувида қатнашади, улар бир-бири билан чамбарчас боғланган. Жигарда қон плазмасининг асосий оқсиллари (альбуминлар, глобулинлар, фибриноген), оддий углеводлардан гликоген полисахариди синтези содир бўлади ва унинг глюкоза ҳосил қилиб парчаланиши, ёғ утилизацияси, ёғ кислоталарининг парчаланиши ва оксидланиб парчаланиши, шунингдек фосфолипидлар синтези рўй беради. Жигар хужайраларида аммиқдан мочевина ҳовил бўлиши кечади, қон ивиш омиллари синтези, билирубин алмашинуви бўлиб туради. Жигар эндоген ва экзоген токсик моддаларни утилизация қилишнинг энг муҳим аъзоларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Жигар етишмовчилигининг энг муҳим кўриниши сариклик ҳисобланади, унинг асосини жигар пигмент функциясининг бузилиши ташкил қилади. Билирубин гемм метоболизмининг охири маҳсулоти ҳисобланиб, у гемоглобин, миоглобин, цитохромлар, масалан, P450 цитохроми молекулаларининг таркибий қисми ҳисобланади. Бир кеча-кундузда ретикулоэндотелиал системада тахминан 300 мг билирубин ҳосил бўлади. Бунда унинг қарийиб 80% эритроцитлар гемоглобинидан синтез қилинади, қолган миқдори эса талоқ, суяк илиги, гем сақлайдиган оқсилларнинг етилмаган хужайраларидан синтез қилинади.

Гемоглобиннинг утилланиши жараёнидаунинг оқсил қисми (глобин) ажралиб чиқади, гемосидирин таркибидаги темирдан синтез учун фойдаланилади, гематоидин эса (молекуланинг гемм сақловчи бўлаги) кейинчалик парчаланишга учрайди. Микросомал фермент гемоксигеназа таъсири остида порфиринли ҳалқа чизикли терапиррол (биливердин)га айланади, у ўз навбатидан биливердин синтетазадан билирубинга айланади, ҳосил бўлган билирубин тузилишига кўра қутибланмаган бирикма, яъни ёғда эрувчан модда ҳисобланади. У қон альбумини билан узвий боғланган. Жигар синусоидларида билирубин альбуминдан ажралиб чиқади. Жигар хужайрасида билирубиннинг глюкурон кислотаси билан конъюгация реакцияс рўй бериб натижада билирубин моно ва диглюкуронид (боғланган билирубин) га айланади. У сувда эрувчан бўлиб қолади ва ўт билан ажралади. Конъюгацияланмаган билирубин сульфодиазореаткив билан молекулалараро водород боғлар тўғридан-тўғри (спирт билан, Ванденберг реакцияси) ҳосил қилмайди, шунинг учун конъюгацияланган (бевосита билирубин) дан фарқли равишда билвосита билирубин деб аталади. Альбумин билан боғланган ва сувда эримайдиган билвосита билирубин буйрак каналчаларида филтрланмайди ва сийдик билан ажралиб чиқмайди.

Ингичка ичакда, ўт йўлларида (айниқса бактериал холангитда) билирубин уробилиногенга айланади, у қонга яхши сўрилади. Бироқ амалда тўла-тўқис ушлаб қолинади. Жигар функцияси бузилганда уробилиногеннинг жигардан экскрецияси ортади, кейинроқ ёгон ичак микрофлораси таъсири остида боғланган билирубиндан стеркобилиноген ҳосил бўлади, у стеркобилинга айланиб ахлатга ўзига хос ранг беради. Нормада стеркобилиногеннинг озрок қисми жигарни четлаб ўтиб, тўғри ичак веналари бўйлаб, систем қон оқимига тушади ва сийдик билан ажралади.

Жигарнинг анатомик нуқсонлари

Жигарнинг анатомик нуқсонлари жигарнинг жойланиши (*situs viscerus inversus*) ва унинг тузилиш хусусиятлари билан боғлиқ. Жигарнинг бир қатор хайвонларга ҳос бўлган бўлаксимон

тузилиши инсонда ҳам атевизм кўринишида учраши мумкин. Камдан-кам ҳолларда кўшимча бўлакчалар тутқич (мезентерий) га эга ва буралиб қолиши мумкин, бу жарроҳлик операциясини ўтказишни талаб қилади.

Жигар томирларининг туғма патологияси жигар бўлагининг атрофиясига олиб келиши мумкин, фиброз ривожланган сайин жигарнинг ўлчамлари кескин кичраяди. Жигар ўнг бўлагининг агенезияси бирмунча кам топилади, у жигардан ташқари портал гипертензиясига олиб келиши мумкин.

Ридел бўлаги борлиги жигардан анатомик тузилишининг варианты ҳисобланади, бунда у жигарнинг ўнг бўлаги тил кўринишида ўсиб чиққан бўлиб, пастга ўнг ёнбош соҳаси сатҳигача осилиб тушиб, катта ҳажмли тузилмага ўхшаб кўринади.

Кўпчилик ҳолларда жигар нуқсонлари клиник жиҳатдан юзага чикмайди, даволашни талаб қилмайди ва бошқа патологияни аниқлаш учун беморни текширилаётганда тасодифий топилма бўлиши мумкин.

Жигарнинг шикастланишлари

Жигар шикастланишлари одатда йўлнинг транспорт ҳодисалари, баландликлардан йиқилиш, совуқ ёки ўқ отар қурол, турли-туман қаттиқ буюмлардан тешиб кирган яраланишларга боғлиқ бўлиши мумкин. Улар ятроген табиатга эга бўлиши мумкин. Жигар шикастлари аксарият кўкрак, қорин бўшлиғидаги бошқа аъзоларнинг, шунингдек бош ва склет суяқларининг шикастланиши билан ўтади.

Жигар жароҳатланишларининг очик ёки ёпик турларга бўладилар. Жигар жароҳатининг табиатига ва даражасига кўра уларнинг клиник белгилари жуда кам ёки шок, ички қон кетиши, перитонит симптомлари кўринишида яққол бўлиши мумкин. Қориннинг олдинги деворида қон талаш соҳалар борлиги, жароҳат каналининг жойлашуви ва йўналиши операцияга қадар жигарнинг шикастланганлигига шубҳа уйғотиши мумкин. Ташҳис қўйишда қорин бўшлиғи суюқлигини диагностик аспирация қилиш, ультратовуш билан текшириш, компьютер томографияси жиддий ёрдам бериши мумкин. Бунда қорин бўшлиғида қон ва ўт суюқлиги борлиги, жигарнинг ёрилганлиги ёки унинг капсуласи остида суюқлик йиғилганлигини аниқлаш мумкин. Айрим ҳолларда жигар пренхимасида ел тўпланганлиги аниқланади. КТ да пасайган сингиш коэффиценти зонаси фонидagi ел гематома билан инфекцияланиш тўғрисида ахборат беради. Қориннинг ёпик шикастида диагнозни аниқлаш учун лапаротомия ўтказиш зарур.

Жигар шикастларини даволаш кўпчилик ҳолларда хирургик усулда ва шикастланиш табиати ва оғир енгилиги билан белгиланади. Жигардаги кичикроқ гематомалар қунт билан кузатиб борилганда ва гемодинамика кўрсаткичлари барқарор бўлганда даволаш консерватив усулда олиб борилади. Қорин бўшлиғида патологик суюқлик бўлганда, шунингдек санчилган, кесилган, ўқ отар қуроллардан жароҳатланишда лапаротомия ва қорин аъзолари ревизияси ўтказиш зарур.

Жигар жароҳатларида операция қон оқишини тўхтатиш, жигар шикастланган тўқимасига ишлов бериш, қорин бўшлиғини дренажлашни ўз ичига олади. Қон оқишини тўхтатиш учун тампонлаш, гепатодуоденал боғламдан ўтадиган жигар артерияси ва дарвоза венасини бармоқ билан босиб туриш, қон тўхтатувчи қисқичлар ишлатиш, энг қулай жойда томирларни тикиш ёки боғлаш каби амалиётлар қўлланади. Шикастланган жигарга хирургик ишлов бериш, маҳаллий гемостаз учун кичикроқ жароҳатларни коагуляция қилиш, мажақланган ва хаётга лаёқатсиз тўқималарни қирқиш, атипик резекциялар, П-симон чоклар қуйиш ёки клипслар ёрдамида қонни тўхтатишдан иборат. Қатор ҳолларда шикастланган қисмни гемостатик булутга ёки чарви тутами билан томпанада қилиш талаб этилади. Жигар паренхимасининг йирик қон томирлар ва ўт йўллари камраб олган шикастланишлари жигарни бир қисмини резекция қилишни талаб этади, уни жигарни сектор ва сегментар тузилишини ҳисобга олиб ўтказилади.

Операциядан кейинги даврда кечиккан қон кетиши, ўт окмалари, ўт йўллари стриктуралари, дарвоза венаси стенозлари ва портал гипертензия, жигар абсцесслари шаклланиши, коагуляпатия ва сепсис билан асоратланиши мумкин. Қон кетишининг сабабларидан бири жигар артериясининг узилиб аневризма шакллантириши, у эса ёрилиб ўт йўлларига тушиши

(гемобилия) пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Бу асоратларни аниқлаш учун жигар артерияси селектив ангиографияси бажариш лозим.

Ўт оқмалари магистрал йўлларида ўтказувчанлик бўлмаганда ва ўт қопчаси гипертензиясида хирургик даволашни талаб қилмайди. Ўт чиқарувчи йўллар стриктурасида торайган қисмлар дилатацияси, стентлар ўрнатиш воситасида, эндоскопик ёки жигар орқали эндобилиар операциялар ёрдамида яхши натижага эришиш мумкин. Хирургик операция айланиб ўтадиган билиодигестив анастомозлар қуйишдан иборат. Жигар шикастланишларида леталлик 10-60% гача бўлади ва шок оғирлигига, шикастланиш табиатига, операциядан кейинги асоратлар сонига ва оғирлигига боғлиқ. Жигарнинг пастки ковак венаси, дарвоза венаси ва жигар веналарининг биргаликдаги шикастланиши айниқса хавфли ҳисобланади.

Жигар абсцесслари

Жигар абсцесслари антибиотикотерапия кенг қўлланила бошлангандан сўнг бир мунча кам учрайдиган касаллик бўлиб қолди. Жадал кимётерапия, қандли диабет, аъзоларни кўчириб ўтказиш ва ВИЧ сабабли иммунитетнинг пасайиб кетиши бу асорат сонининг ўсишига олиб келади. Жигар абсцесслари юқорига кўтарилувчи билиар инфекция, инфекциянинг портал веноз система бўйлаб гематоген тарқалиши ёки сепсисда жигар артерияси орқали тарқалиши, инфекциянинг қорин бўшлиғи аъзоларининг яллиғланиш касалликларида тўғридан- тўғри тарқалиши, шунингдек жигар шикастланишларида пайдо бўлади. Кўпчилик ҳолларда жигар абсцесслари ўт тош касаллигида ёки жигадан ташқаридаги ўт йўллари ракида аксарият оғир, кўпинча йирингли холангитнинг асорати ҳисобланади. Бошқа сабаблари, деструктив аппендицит, чамбар ичак дивертикулити, носпецифик ярали колит, амёбали дизентерия асорати бўлган сепсис, пилефилибит ҳисобланади. Абсцесслар якка бўлиши мумкин, бироқ аксарият кўп сонли абсцесслар учрайди. Якка абсцесслар кўпинча ўнг бўлакда жойлашади. Абсцессларда бактериологик текширув натижасида бактериал флорани тахминан 50% ҳолларда топадилар.

Сепсисда аксарият ҳолларда тилларанг стафилококк, гемолитик стрептококк аниқланади. Билиар абсцессларида аксарият ичак таёқчаси ёки аралаш флорани аниқлайдилар. Сўнгги йилларда анэроб флорага катта аҳамият берилмоқда. Уни махсус муҳитга эккандагина топиш мумкин. Жигар абсцесси хаамиша иккиламчи касаллик, асосий касалликнинг клиник белгилари фонида харорат интермиттирловчи ёки гектик табиат касб этади, эт жунжикиши, кўп терлаш, кўнгил айниши пайдо бўлади, иштаха пасайди. Оғриқ кечикган симптом бўлиб ҳисобланади ва аксарият якка йирик абсцессларда учрайди. Кўпинча жигар катталашади ва пайпасланганда жигарда оғриқ пайдо бўлади ва баъзан тер ива склералар сарғайиши кузатилади. Қон анализида –юқори лейкоцитоз, лейкоформула чапга силжиган, анемия. Қон экмасида касаллик қўзғатувчи тахминан 30% ҳолларда, аксарият септик келиб чиққан абсцессларда аниқланади.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг обзор рентгеноскопиясида диафрагма ўнг гумбазининг юқорига кўтарилиши ва харакатчанлиги чегараланиши аниқланади, плеврал синусда суюқлик йиғилиши мумкин. Газ ҳосил қиладиган флорада жигар сояси фонида суюқлик сатҳи аниқланиши мумкин, баъзан жигарнинг юқори контурининг деформацияси аниқланади.

Диагностикасида жигарни ультратовуш билан текшириш, компьютер рентген томографияси, ангиография, шунингдек жигарни радиоизотоп техникий 99 билан сканерлаш ёрдам беради. Антибиотиклар билан даволаш микрофлорани сезувчанлигига мувофиқ тарзда олиб борилади. Жигарда антибиотикнинг кўпроқ концентрациясини вужудга келтириш учун жигар артериясига ёки киндик венасига, у ажратилгандан облитерацияланган киндик венасини қайта очилади ва катетер киритилади. Якка холдаги катта ёки бир неча йирик абсцессларни операция қилиб даволанади, у очилади ва бушлиқ дренажланади. Айниқса кўп сонли абсцессларда бўшлиқни рентгеноскопия, компьютер томография ёки ультратовуш текшируви назорати остида тери орқали дренажлаш даволашнинг кам инвазивли ва энг самарали усули бўлиб ҳисобланади. Жигар абсцесси асоратларига сепсис, диафрагма ости абсцесси, абсцессининг қорин бўшлиғига ёки плевра бўшлиғига ёрилиши, плевра эмпиемаси, йирингли перикардит киради.

Прогнози доимо жиддий. Якка йирик абсцессларда ўз ақтида дренаж қилинганда 90% гача беморлар соғайиб кетадилар. Кўп сонли абсцесслар ва дренаж қилинмаган якка абсцессларда даволаш кўпчилик ҳолда улим билан якунланиши кузатилади.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 10

Мавзу: Ўткир ва сурункали панкреатитлар. Ўткир панкреатитнинг клиникаси, ташхиси, таққосий ташхис, давоси. Ўткир панкреатитнинг турларини клиник кечиши, касалликни ривожланишида "трипсин" ва "липаза" даврларини ахамияти, касалликни патологик жараёни ривожланиши даврига кўра клиник кечишини ўзига хослиги, касаллик ташхисида лаборатор текширувларнинг ахамияти, панкреатитни бошқа ўхшаш касалликлар билан таққосий ташхиси ўтказиш ва даволаш тактикаси.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ УКИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти: 5 соат	Талабалар сони: 10– 12 нафар
Уқув машгулоти режаси:	<p>I. Мавзуга оид маълумотлар:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уткир панкреатит ҳақида тушунча; 2. Этиологияси; 3. Патогенези; 4. Классификацияси; 5. Клиник кечиши; 6. Текшириш усуллари; 7. Дифференциал диагностикаси; 8. Замонавий даволаш усуллари. <p>II. Талабалар билан биргаликда мавзуга оид беморларни курация килиш.</p> <p>III. Интерактив усуллар ташкил килиш ва кичик гуруҳларда уларнинг фаоллигини ва тушунчасини баҳолаш.</p> <p>IV. Мавзуга оид кургазма материаллар намойиши: слайд; видеофильмлар.</p> <p>V. Талабаларнинг амалий куникмаларни бажаришини баҳолаш.</p> <p>VI. Мавзуга оид тест синовини ўтказиш.</p>
Уқув машгулотининг мақсади.	Талабаларга Уткир панкреатит ҳақида батафсил тушунча бериш, билимларини чуқурлаштириш ва мустахкамлаш, амалий куникмаларни тугри бажара олишини мақсад қилган.
Машгулот моҳияти:	Машгулот беморларни замонавий диагностикаси ва даволаш усулларини ургатади.

<p>Укитувчининг вазифалари: Уткир аппендицит мавзуси буйича талабаларга тушунча бериш, билимларини мустахкамлашдан иборатдир.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уткир панкреатит хақида тушунча; 2. Этиологияси; 3. Патогенези; 4. Классификацияси; 5. Клиник кечиши; 6. Текшириш усуллари; 7. Дифференциал диагностикаси; 8. Замонавий даволаш усуллари.. 	<p>Укув фаолияти натижалари: Талаба</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Уткир панкреатит хақида батафсил тушунчага эга булиши. ➤ Уткир панкреатит этиопатогенези, диагностикаси, дифференциал диагностикасини билиши. ➤ Клиник, лаборатор ва инструментал текширув натижаларига асосланиб беморларга тугри диагноз куйишни билиш. ➤ Замонавий даволаш усуллари урганиш. <p>Мавзуга оид янги инновацион технологияларни (презентация, инсерт, «Кластер», «Юмалок стол», «Иссик картошка», «Блиц суров») куллай олиш.</p>
<p>Талаба куйидаги асос билимларга эга булиши лозим:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уткир панкреатит, этиологияси; 2. Патогенези; 3. Классификацияси; 4. Клиник кечишини; 5. Текшириш усуллари; 6. Дифференциал диагностикаси 7. Замонавий даволаш усуллари
<p>Талаба билиши шарт:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Уткир панкреатит таъриф бериш. ➤ Касалликнинг замонавий этиопатогенезини билиши ➤ Касалликнинг клиникасини билиб, симптомлар мажмуасини таърифлаб бера олиши. ➤ Замонавий инвазив ва ноинвазив диагностика усуллари, уларни куллашга курсатмаларни билиши. ➤ Касалликни бошка корин бушлиги аъзолари патологиялари билан дифференциал таккослай олиши. ➤ Уткир ва сурункали панкреатитлар замонавий даволаш усуллари мукамал билиш.
<p>Укитиш услуги ва техникаси:</p>	<p>Бу семинар машгулоти давомида укитиш савол-жавоб, айтиб бериш ва дискуссия шаклида утказилади. Бунда презентация, инсерт, «Кластер», «Юмалок стол», «Иссик картошка», «Блиц суров», шунингдек тест ва холатий масалалар тахлил килинади.</p>
<p>Укитиш воситалари. Машгулот учун керакли кургазма куроллар ва асбоб-анжомлар.</p>	<p>Маъруза матни, компьютер, проектор, маркерлар, доска, когоз.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Уткир панкреатит таълукли слайдлар, жадваллар. ➤ Операция ва боғловларни алмаштириш учун зарур асбоб-ускуналар.
<p>Укитиш шароитлари:</p>	<p>Маъруза зали, гурухларда ишлашга мулжалланган техник жихозланган укув хонаси, кабул булими, хирургия булимида боғлов ва операция хоналари.</p>
<p>Мониторинг ва баҳолаш:</p>	<p>Огзаки суров, тест, вазиятли масалалар, амалий куникмалар намойиши, боғлов ва операция хоналарида ишлаш, конспект, мустакил иш, интерактив уйинларда катнашиш.</p>

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК ХАРИТАСИ

Машгулот давомийлиги 5 соат

Боскичлар и	Фаолият боскичлари ва хронологияси		Вакти
	Укитувчи	Талаба	
<i>Тайерлов қисми.</i>	<p>Эрталабки конференция. Эрталабки врачлар конференциясида асосан янги келган беморлар ва навбатчилик давомида кузатувда булган беморлар муҳокама қилинади. Талабаларга мавзуга мос беморлар муҳокама қилинаётганда дарс вақти муҳокама қилиш учун дафтарларига ёзиб олишларини уқтирилади. <i>Гуруҳ билан танишув ва йўқлама.</i></p>	Тинглайди, ёзиб олади.	8 ³⁰ – 9 ¹⁵
	<p>Уткир панкреатит ва сурункали панкреатитлар мавзуси бўйича маъруза</p>	Тинглайди, савол беради, ёзиб олади.	09 ²⁰ -11 ⁰⁰
	Танаффус		5 дақиқа
<i>I.Мавзуга қириш қисми</i>	<p>1.3. Ассистент талабаларга фаннинг мақсади, унда утиладиган мавзуларнинг долзарблигини фаннинг тартиб-қоидалари, талабалар бажариши лозим булган кафедра талаблари билан қисқача таништириб чиқади.</p> <p>1.4. Талабаларга утиладиган мавзулар режаси, мустақил иш мавзулари тарқатилади.</p> <p>1.5. Машгулотнинг утиш тартиби ва баҳолаш мезонлари тушунтирилади, таркатма материаллар тарқатилади.</p>	Тинглайди, ёзиб олади. Саволлар бериб тушинмаган саволларга аниқлик қиритади.	11 ⁰⁵ -11 ²⁰
II. Мавзунинг асосий қисми	<p><u>2.2.Мавзунинг узлаштириш.</u> Бугунги мавзунинг эълон қилади. Мавзунинг режасини, асосий эътибор қилиш лозим булган қўшимчаларга ургун беради. Маъруза вақти берилган материалларни «Блиц - суров усули» билан муҳокама қилинади. <i>Ошқозон ости беги анатомияси, қон билан таъминланиши, иннервацияси қандай?</i> - саволни муҳокама қилиш. Анатомия, нормал ва патологик физиологияни ёдга олган ҳолда қўлдан келтирилган қўшимчалар (жадвал, схема, слайд) ёрдамида Уткир панкреатит касаллиги таҳлил қилинади.</p>	Эшитилади ва берилган саволларга қўшимча-қўшимча жавоб беради.	11 ²⁵ - 11 ⁵⁰
	<p><u>2.3.</u> Семинар машгулотнинг асосий тушунчалари бўйича блиц-суров уқтирилади. Бунда</p>	Ҳар бир талаба саволларга жавоб беради ва	

<p>касалликнинг этиопатогенези, клиникаси, диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш тартиблари тулик ёритилади.</p>	<p>намойиш маълумотларини ёзиб олади.</p>	
Тушлик		40 дак
<p>2.3. Табалалар 3 та гурухга булинади (<i>хар бир гурухда 2-3 талаба булса максадга мувофик булади ва бу гурухлар цикл якунигача командалигича қолади</i>). Бунда гурухларга «Утқир панкреатит этиопатогенези» кетма-кетлигига Кластер тузиш буюрилади.</p>	<p>Кичик гурухлар вазифани олишади ва узжавобларини ёзишади</p>	12³-13¹⁵
<p>2.4. «Утқир панкреатит клиникаси» босқичлари «гул барги» схемаси орқали муҳокама қилинади.</p>	<p>Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб асосий жойларини ёзиб олади.</p>	
<p>2.5. Хар бир босқичларда утқазиладиган муолажалар, куникмалар бирма-бир муҳокама қилинади.</p>	<p>Берилган вазифани муҳокама қилишади ва интерактив усулни биргаликда ечимига жавоб беришади</p>	
<p>2.7. Презентация. Мавзу: Утқир панкреатит</p>	<p>Тамошо қилишади ва асосий жойларини ёзиб олишади.</p>	
<p>2.8. Утилган мавзунини устахкамлаш. Гурухни 2-3 кишидан булиб хар бир гурухга вазиятли масала таркатади. Вазиятли масала ечими 2-3 пунктдан иборат булиб хар бир талабага битта пункт ечиш буюрилади ва гурух билан умумий ҳолда қуриб чиқиб сунгра баҳога жавоб бериш уқтирилади.</p>	<p>Вазифани олишади, таҳлил қилишади ва биргаликда жавоб беришади.</p>	
Танаффус		5 дақиқа
<p>Амалий куникмаларни қайтариш. Қлизма қилиш техникаси, боғлов хонасида ишлаши</p>		<p>мустақил равишда бажаради.</p>

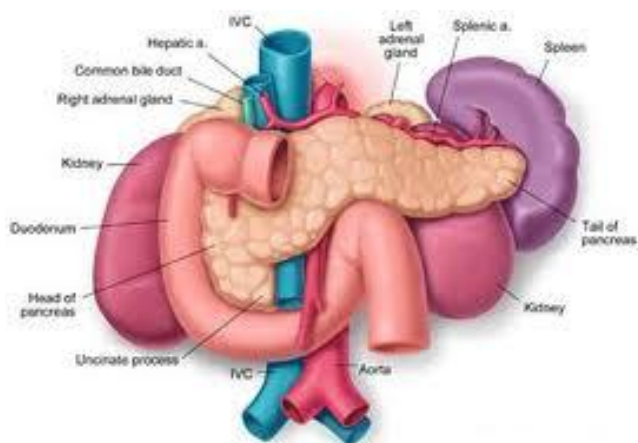
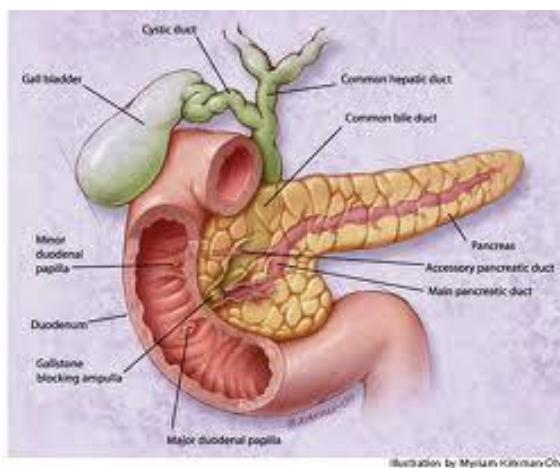
III.Машгулотнинг якуний ва баҳолаш қисми.	Утилган мавзудан тест синамаси утказиш.	Эшитадилар. Топшириқни оладилар ва бажаради.	13²⁰-14⁰⁵
	Дарсни яқунлайди ва талабалар туплаган балларни эълон қилади.		
	Эртанги кун мавзуси тугрисида қискача йуналиш бериш. Эртанги мавзу:		

ТАҚДИМОЛ МАТЕРИАЛАРИ

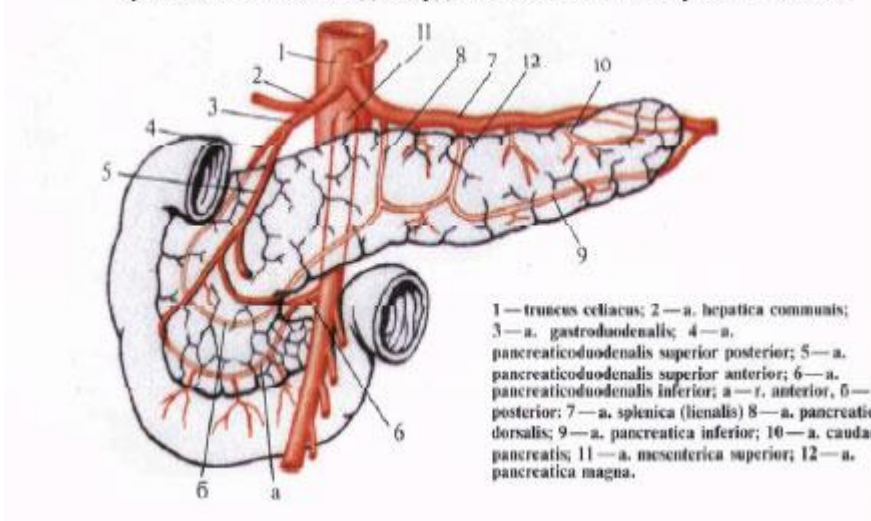
1 – илова	Меъда ости беги анатомияси
2 – илова	Уткир панкреатитнинг ривожланиши
3 - илова	Ўткир панкреатит диагностикаси
4- илова	Уткир панкреатит оператив даволаш жараёни
5-илова	Ақлий хужум методи
6-илова	Панкреатитларни келиб чиқишидаги этиологик омиллар
7-илова	Назарий қисм

Илова 1.

МЕЪДА ОСТИ БЕГИ АНАТОМИЯСИ



Кровоснабжение поджелудочной железы (полусхематично)



Илова 2.

УТКИР ПАНКРЕАТИТ РИВОЖЛАНИШ МЕХАНИЗМИ



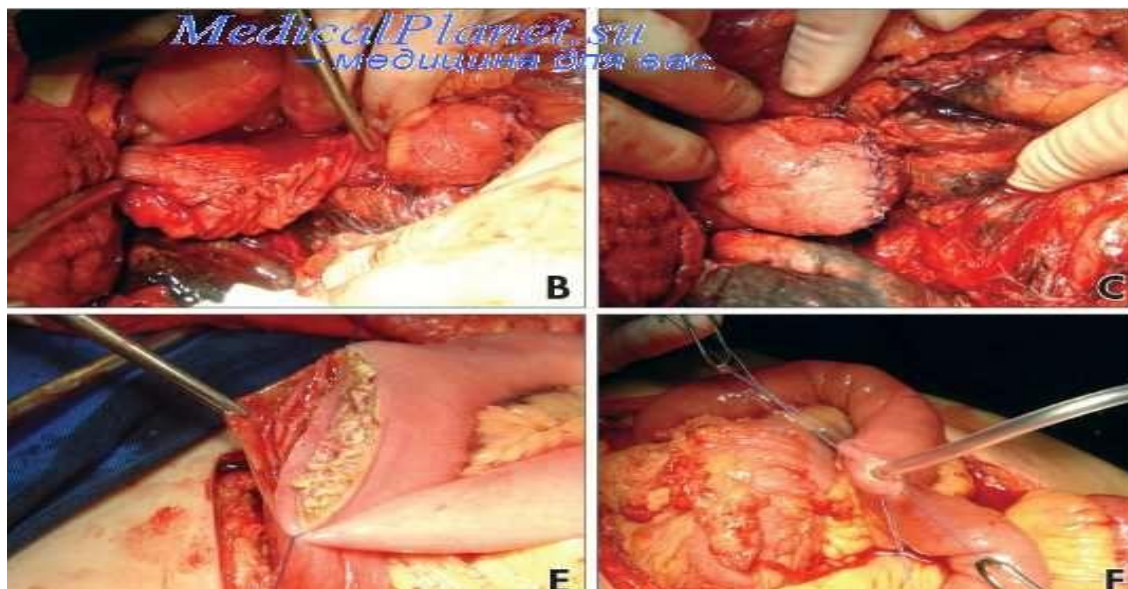
Илова 3.

УТКИР ПАНКРЕАТИТ ДИАГНОСТИКАСИ



Илова 4.

Уткир панкреатит оператив даволаш жараёни



илова 5

Семинар машгулотларида кулланиладиган инновацион технология методларининг асосий қоидалари.

«Ақлий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдириляётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйланманг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.
- Берилган саволга қисқача (1-2 сўздан иборат) жавоб берилади.

- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим,

- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;

- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;

- ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим.

ЭССЕ

Эссе – таклиф этилган мавзуга 1000 дан 5000 гача сўз ҳажмидаги иншо.

Эссе – бу муаллифнинг шахсий нуқтаи назарини ёзма равишда эркин ифода этиш шакли; қандайдир предмет бўйича умумий ёки дастлабки дунёқарашни ўз ичига олади.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

“v” - мен билган нарсани тасдиқлайди.

“+” - янги маълумот.

“-“ - мен билган нарсага зид.

“?” - мени уйлантирди. Менга қушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқтма материаллар

Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим“-”.
Бинар номенклатура:		
Ошқозон ости беzi анатомияси		
Уткир панкреатит ва унинг асоратлари.		
Этиологияси		
Патанатомияси		
Патогенези		
Классификацияси		
Клиникаси		
Уткир панкреатит диагностикаси		
Дифференциал диагностикаси		
Замонавий даволаш усуллари		
Беморларни текшириш усуллари:		
Сураб-суриштириш		
Анамнез йиғиш		
Куздан кечириш		
Пальпация		
Перкуссия		
Ноинвазив текшириш усуллари		
Инвазив текшириш усуллари		

илова-6. Панкреатитларни келиб чиқишидаги этиологик омиллар



илова -7

Назарий қисм. Уткир панкреатит куп учрайдиган касалликлар каторига киради. Корин бушлиги хасталикларининг 5-10% ташкил қилади. Жаҳондаги махсус клиникаларнинг курсатгичларига караганда ушбу касалликда (10-15%) улим холатлари учрайди, хар 4 та касалдан биттасида некротик панкреатит ривожланади. Ушбу холатларнинг асосий сабаблари кеч ёки хато диагностика: беморнинг умумий ахволини тугри баҳоламаслик, консерватив ва хирургик чора тадбирларини тугри танлай олмаслигидадир.

Уткир панкреатит буйича (1992 й)утказилган халқаро сempoзиум ва бутун Россия хирургларининг IX съезди экспертларини (2000 й)фикрича, ЎП - ошқозон ости безининг яллигланиши булиб, унинг асосида аутоферментатив нейробиоз процесси, некроз ва эндоген инфекциянинг атроф туқималардан, корин парда орқа соҳасига утиши; корин бушлиги ва корин парда орқа аъзолар системасида жойлашиши.

АНАТОМИЯ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ.

Меъда ости беzi корин парда орқа соҳаси аъзоси ҳисобланиб 1-2 бел умурткалари сатҳида кундаланг жойлашган булиб, умурткадан унғ томонда бош ва бироз тана қисми , тананинғ колган қисми ва дум қисми чап томонда булади. Без улчами 16,0X 4,0X2,5см булиб, огирлиги 60-70гр булади.

Меъда ости беzi бошчаси 12 бармокли ичакнинг орасига кириб, дум қисми эса талок дарвозасигача етиб боради. Меъда ости беzi truncus coeliacus тармоқлари булмиш бошчаси а pancreaticoduodenalis дан, танаси ва дум қисми а. lienalis дан кон билан таъминланиб, вена конини копка вена системасига олиб боради.

Меъда ости безининг ташки секретцияси фаолиятида, 24 соат мобайнида 1200-2200 мл панкреатик шира ишлаб чиқаради. Меъда ости беziда куйидаги ферментлар ишлаб чиқарилади: оксилларни парчалайдиган протеазалар (трипсиноген, пептидаза, коллагеназа, ребодезоксирибонуклеаза) 2 турдаги актив амилаза (альфа, бетта).

Улар углеводлар ва липазани парчалайди, ёғларни ёғ кислоталари ва глицерингача парчалайди. Меъда ости безининг ички секретор фаолияти Лангерганс оролчалари ишлаб чиқарадиган гормонлар ҳисобига руёбга чиқади. Бунда гипогликемик гормон- инсулин ишлаб чиқарадиган В-хужайралар катта ахамиятга эга булади (инсулин етишмаслиги кандли диабет ривожланишига олиб келади). Бундан ташқари, меъда ости беzi яна 2 турдаги гормон ишлаб чиқаради: жигарда ёғ алмашинувиға таъсир қиладиган-липокаин.

12 бармокли ичакда активланадиган, гипотоник таъсири булган-калликреин (падутин).

Этиологияси.

Уткир панкреатит – полиэтиологик касаллик. Статистик маълумотларга асосан, 75-80% беморларда касаллик сабаби аниқланар экан. Ушбу касалликни 140 та сабаблари маълум. Энг кўп учрайдиганлари, куйидаги таблицада келтирилган.

Уткир панкреатит этиологик омиллари.

Этиологик омил	Тавсиф
I. Биллиар йуллари патологияси	1. холедохолитиаз 2. папиллит, дивертикул ёки катта дуоденал сургичнинг стенози 3. ут йуллари тугма аномалияси.
II. Токсик ҳолат	алкогол фосфор органик моддалар. тетрабор кислотаси тузлари
III. Шикастланиш	абдоминал операциядан кейин, яъни эндобиллиар ёндашишлардан сунг.
IV. Ошқозон ичак йуллари касалликлари	12 бармоқ ичак яраси пенетрацияси ошқозон ости беши усмалари. дуоденал утказмаслик.
V. Метаболизм бузилишлари	гиперлипидемия кандли диабет гиперкалциемия гиперпаратиреоз.

Панкреатит ривожланиши сабаблари ичида бир-бирига боғлиқ 3 гуруҳ шикастланиш омиллари мавжуд: механик (ошқозон ости беши йулидан без суюқлиги утишининг бузилиши), нейро-гуморал (турли сабабли жигар, ошқозон ости безларининг метабولىк функциясининг ва иннервациясининг бузилиши), токсик (захарли экзо ва эндоген метаболитларнинг иштирок этиши).

Уткир панкреатит ривожланишида асосий этиологик омилларидан ут йуллари касалликлари 45% ташкил этади.

Панкреатобиллиар системанинг анатомик ва функционал жihatдан бирлиги ут тош касаллиги, холедохолитиаз, катта дуоденал сургичнинг стриктураси, спазми ёки яллигланишларида, ут йулларининг усмалар билан босилишида, турли табиатли ут йуллари дискинезиялари уткир панкреатитнинг келиб чиқишини таъминлайди. Бу ҳолда «биллиар» панкреатит ривожланади, унинг патогенезида куйидаги асосий факторлар катнашади: панкреатит суюқликнинг жигардан ташқари ут йуллари ва ошқозон ости беши йулларида окишининг бузилиши: биллиар - панкреатик ёки дуоденал – панкреатик рефлюкснинг пайдо булиши: ут йуллар ичи гипертензиясининг ривожланиши.

Иккинчи уринда (35%) уткир панкреатит ривожига олиб келувчи сабаблар: сурункали алкоголизм, алкогольли процесс ёки алкоголь суррогатларини истеъмол қилиш. Бу факторлар панкреатик ва ут йуллари дренаж функциясининг бузилишига олиб келади, чунки алкоголь билан стимуланган секреция панкреатик секретнинг ёпишқоклигини оширади ва йуллар ичида босим ошади. Ошқозон ости безининг токсик шикастланишлари, панкреатик ферментлари синтези ва жигарнинг метабولىк функцияси бузилиши алкоголизм билан боғланади.

Кориннинг тумтоқ шикастлари, хирургик аралашувлар, эндоскопик ретроград панкреатохолангеография, папиллотомия, ут йуллари стриктурасини протезлаш ва кенгайтиришлар натижасида ошқозон ости безини шикастланиши уткир панкреатит ривожланишининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Кўп кузатувларнинг курсатишича гепатопанкреатодуоденал зоналардаги операциялардан кейинги панкреатитлар жуда оғир кечади. Асосий патогенетик механизм бу шароитда йуллар тугридан – тугри шикастланиши ёки улардаги гипертензия билан яқунланади.

12 бармок ичакнинг касалликларидан 12 бармок ичак яра касаллиги (яра ошқозон ости беши бошига пенетрацияси), дуоденостаз, дуоденал дивертикуллар ошқозон ости безининг яллигланишига олиб келади. Бу сабаблар 12 бармок ичакда эвакуациянинг бузилиши, бушлик ичи босимининг ошиши сфинктер аппарати дискинезияси, дуоденал панкреатик рефлюкс ва йулар ичи гипертензиясига олиб келади.

Системали метаболизм, нейро- гуморал ва висцерал алокалар бузилиши билан боғлиқ, уткир панкреатит ривожланиши: гиперлепидемия, кандли диабет, вирусли гепатит, СПИД, турли этиологияли васкулитлар, жигар касалликлари, калконолди беши касалликлари, шокнинг турли шакллари сабаб булади

Панкреатит патоморфологияси.

Уткир панкреатит патоморфологиясининг асосида бир – бирига утувчи яллигланиш, некробиоз, некроз ва инфекцияланиш жараёнлари ётади. Купинча ошқозон ости беши алохида кисмларининг комбинацияланган шикастлари учрайди. Морфогенез вариантлари ошқозон ости беши учокли некрози ва интерстициал шишдан, то ёгли ва геморрагик панкреонекрозига боради. Бу жараён корин парда орқа клетчаткаси (парапанкреал, параколон, паранефрал, кичик чанок) ва корин бушлигига боради.

Усиб борувчи уткир панкреатитда касалликнинг инфекция фазасига яллигланиш ва некротик узгаришлар ошқозон ости беши, корин парда орти клетчаткасининг турли кисмларида, корин пардада (ферментатив перитонит), катта ва кичик чарвида (оментит), чарви халтасида (оментобурсит), ут пуфагида (ферментатив холецистит) аникланади. Ацинар секретнинг кайси ферменти куп ишлаб чиқаришига караб ошқозон ости беши тукумасининг протеолизи (“хул”коллеквацион ёки геморрагик некроз) ёки липолизи (“курук” коагуляцион ёки ёгли некроз) баъзан бирдан ошқозон ости беши ва корин парда орти клетчаткасининг кушма некрози учрайди (аралаш некроз).

Шишли (интерстициал) панкреатит.

Морфологик ва гистологик жихатдан ошқозон ости бешида уртача шиш ва каттикланиш хамда кичик учокли ёгли некроз билан характерланади. Органнинг булакчалари сакланади, корин бушлигида геморрагик кон куйилиш учоклари ва экссудация булмайди. Ошқозон ости беши атроф тукумасида баъзан стеатонекроз учоклари аникланади.

Ёгли панкреонекроз.

Ошқозон ости беши булаклари аникланмайди, шишади, улчамлари катталашади. Унда геморрагик учоклари пайдо булади. Ошқозон ости беши, корин парда орти тукумаси, ичак туткичи, тери ости тукумаси ва кукс оралгида стеатонекроз учоклари пайдо булади. Корин бушлигига тиник сероз экссудат йигилади. Микроскопияда шиш, кон куйилиш, ёгли некроз, лейкоцитлар инфильтрацияси, микротромбоз учоклари алмашиниб келади.

Геморрагик панкреонекроз

-яккол номоён булади. Ошқозон ости беши ва атроф тукумасида катта майдонли кон куйилишлар, геморрагик имбиция кора ва кул ранг некроз зоналари аникланади. Бу узгаришларга баъзан «пилакчали» ёгли стеатонекроз хам кушилади. Корин бушлигида катта хажмли геморрагик суюклик булиб, унда ферментлар ва токсин субстанциялар активлиги юкори булади.

Ошқозон ости бешидаги некротик жараённинг тарқоқлигига кура, касалликнинг инфекция фазасида булган даврида корин парда орти тукумасининг турли сохаларида панкреонекрознинг тарқок ва чегараланган шакллари учрайди. Тарқок панкреонекрозда ошқозон ости безининг катта кисми зарарланишидан ташқари, жараёнга ошқозон ости беши ва корин парда орти тукумалари (параколон, паранефрал, кичик чанок) хам кушилади. Чегараланган панкреонекрозда ошқозон ости бешида кичик (1см гача) ва катта (1 см ортик) учоклар пайдо булиб, улар ошқозон ости безининг маълум сохалари ва шу жойга тугри келувчи парапанкреал тукумани шикастлайди.

Некротик панкреатитда ошқозон ости беши ва корин парда орти тукумасида некроз ва панкреонекрознинг турли патоморфологик вариантлари учрайди. Агар инфекция кушилмаса, постнекротик асоратларнинг бошка вариантлари учрайди. Ошқозон ости беши ёки корин парда

орти тукумасининг бирор жойида жойлашган стерил некроз атрофида инфилтрат шаклланади, унинг структурасига кушни органлар (12 бармок ичак, ошкозон) ингичка ва йугон ичак ковузлоклари киради. Ошкозон ости безида парапанкреатик инфилтрат, параколон ва паранефрал тукумаларда асептик некротик флегмоналар ривожланади. Ошкозон ости беги паренхимаси чукур некрозда йуллар системаси деструкцияга учрайди. Панкреатик суюклик кучли протео – ва липолитик таъсир этиб, корин парда орти тукумасида некроз чикаради ва шу сохада турли органлар билан чегараланган суюкликлар йигилади (оментобурсит). Патоморфологик вариантларидан бири, качонки корин парда ортидаги суюклик шу сохадаги некротик элементлардан куп булса, у «хажмий суюклик бушлиги» дейилиб, псевдокристаллардан фаркли равишда, каттик, калин бириктирувчи тукумали девори булмаиди. Даволаш натижасида 30 дан 50 % гача суюклик йигилган бушликлар камайган. Бу бушликлар ошкозон ости безлари йуллари билан алока килганда, жараён абактериал холда кечганда хам, бирор ойлardan сунг шу жойида панкреонекрознинг «кечки» асоратларидан – псевдокристал пайдо булади.

Некроз купайишининг патоморфологик вариантларидан бири, микроорганизмларсиз улик тукуманинг тушиши ва корин парда орти тукумасида турли катталикдаги секвестрларнинг хосил булишидир. Кейинчалик кичик некроз учоклари ва секвестрлар абактериал шароитда макрофаглар томонидан ютилади. Агар некроз ва секвестрация зоналари катта ва таркок булса, улар инфекцияга мойил булади ва панкреатоген инфекция ривожланади.

Панкреатоген инфекциянинг патоморфологик шакллари куйидагиларга булинади:

1. инфекция кушилган панкреонекроз
2. панкреатоген абсцессли инфекцияланган панкреонекроз
3. панкреатоген абсцесс.

Инфекцияланган панкреонекрозда беморларда касалликнинг биринчи хафтасиданок патоморфологик белгилар бошланади: кул ранг, кора рангдаги некроз, унинг ошкозон ости безининг никобсимон копламаси, кундаланг чамбар ичак туткичларини, параректал ва корин парда орти тукумаларини копламаси; «гушт ювиндиси» ёки йирингли лойка экссудат пайдо булади, корин парда орти клетчаткасида некротик флегмоналар ривожланади. Бу жараёндаги некротик учок суюлигидан устунлиги учун кенг куламли секвестрация ривожланади.

Баъзан касалликнинг 2-3 хафталарида ошкозон ости беги ва парапанкреал клетчаткасининг 1-2 жойида жойлашган некроз ва секвестрация фонида чарви халтасида абсцесс ривожланади, унинг таркибида детрид ва йиринг булади. Бу патоморфологик картина айнан таркок панкреатоген абсцессли инфекцияланган панкреонекрозда тугри келади.

Кичик ёки катта учокли чегараланган панкреонекроз, инфекция кушилгач панкреатоген абсцессга утади (ошкозон ости беги абсцесс чарви халтаси абсцесси, парда орти тукумаси бирор сохаси абсцесси). Бу касаллик бошланишидан сунг 3-4 хафтада йирингли бушлик ривожланади ва кушни органлар деворини некроз ёки секвестрацияга олиб келади.

Патогенези.

Уткир панкреатит патогенези асосида панкреатик ферментлар ва турли табиатли цитокининларнинг махаллий ва умумий таъсири ётади. Ацинус ичида панкреатик секрет активланиш ва ошкозон ости безини аутокаталитик емирилиши асосий урин тутади. Хозирги тасаввурларга кура трипсин огир патобиохимик реакцияларнинг бирламчи активатори хисобланади, патологик жараённинг юзага чикиши ва ошкозон ости беги барча ферментлари бирга иштирок ётади. (трипсин, химиотрипсин, липаза, фосфолипаза А₂, эластаза, карбонсипентидаза, коллагеназа ва бошкалар).

Агрессиянинг бирламчи омиллари ошкозон ости беги активланган ферментлардир, улар корин парда орти бушлиги, корин бушлиги, дарвоза вена оркали жигарга, лимфалар буйлаб кон узанига тушиб махаллий ва умумий таъсир ётади. Фосфолипаза А₂ хужайралар мембранасини бузади ёки триглицеридларини ёг кислоталаргача гидролизлайди, ёг кислоталар калций билан бирикиб, ошкозон ости беги, корин парда орти тукумаси ва корин пардада ёгли (липолитик) некроз чикаради. Трипсин ва химиотрипсин тукума оксилларини парчалайди; эластаза томирлар девори ва тукумалараро бириктирувчи тукумани бузади, бу геморрагик (протеолитик)

некрозга сабаб булади. Ошкозон ости беши ва корин парда орти бушлигидаги хосил булган демаркацион зонали некроз ва некробиоз учоклари бирламчи асептик яллигланиш чакиради.

Уткир панкреатит патогенизида 2 та асосий фаза ажратилади.

Биринчи фаза – бунда касаллик ривожланишининг 1 чи суткасига тугри келиб, ошкозон ости беши, корин парда орти клетчаткасининг аутолизи, некробиоз ва некрози абактериал кечади. Бу шароитда касаллик кечишининг биринчи хафтасиданок патоморфологик бузилишлар даражасига кура уткир панкреатитнинг куйидаги шакллари булади: некробиоз, яллигланиш элементларининг чегараланиш натижасида интерстициал (шишли) панкреатит ривожланади; ёгли ёки геморрагик некрозга – стерил панкреонекроз (некротик панкреатит) ривожланади.

Касаллик кучайганда ва панкреонекроз окибати сифатида уткир панкреатит иккинчи фазага утади. Бунда турли зонадаги некрозга постнекротик «кечки» йирингли асоратлар ривожланади. Некроз зонасида микроорганизмлар токсинлари натижасида яллигланиш медиаторлар активланиб купаяди. Касалликнинг инфекцион фазаси, патологик жараёнлардан септик шок (инфекцион - токсик) ва органларнинг септик куплаб етишмовчилигидан иборат. Инфекцияланган панкреонекрознинг турли шаклларида стерил панкреонекрозга караганда улим 2-3 барабар (40 дан 60% гача) ошади.

Классификация.

Уткир панкреатит клиника – морфологик классификацияси касаллик шакли, ошкозон ости беши, корин парда орти клетчаткасидаги некротик жараён таркоклигига, корин ичи ва системаси асоратларига, яллигланиш ва некроз жараёнларининг абактериал фазадан инфекцион фазага утишга каралади.

Касаллик шакллари.

Шишли (интерстициал) панкреатит.

Стерил панкреатонекроз.

шикастланиш таркалишига караб.

чегараланган ва таркалган

шикастланиш характерига кура:

ёгли

геморрагик

аралаш

инфекцияланган панкреонекроз.

Махаллий асоратлар.

Инфекциягача булган фазасида:

Парапанкреатик инфилтрат (оментобурсит, корин парда орти бушлигида хажмий суюклик туплами).

Корин парда орти бушлиги некротик (асептик) флегмонаси (парапанкреал, паранефрал, параколон, чанокдаги ва бошкалар).

Перитонит: ферментатив (абактериал).

Псевдокиста (стерил).

Аррозив кон кетиш (корин ичи ва ошкозон ичак трактидан).

Инфекцияланган фазада.

Корин орти парда тукумасининг септик флегмонаси: парапанкреал, паракол, паранефрал, чанок.

Панкреатоген абсцесс (корин парда орти бушлик тукумаси ёки корин бушлиги).

Фиброз – йирингли (махаллий, таркалган) перитонит.

Инфекцияланган псевдокиста.

Ички ва ташки панкреатик, ошкозон ва ичак окмалари.

Аррозив кон кетишлар (корин ичи ва ошкозон ичак трактидан).

Системали асоратлар.

Стерил панкреанекроз ва унинг корин ичи асоратларидаги панкреатоген шок.

Инфекцияланган панкреанекроз ва унинг корин ичи асоратларидаги септик (инфекцион – токсик) шок.

Стерил ва инфекцияланган панкреанекроз ҳамда унинг асоратларидаги полиорган етишмаслиги.

Клиник семиотика.

Уткир панкреатитнинг асосий симптоми огрик, қусиш ва метеоризм (Мондор триадаси). Огрик асосан кечки пайтда - диета узгариши бирдан бошланади (ковурилган ёки ёгли овкатлар истеъмол қилганда). Улар интенсив ва ораликсиз (танаффуссиз) булади. Баъзан беморлар хушини йукотади. Унинг локализацияси ошқозон ости безининг жойлашувига мос равишда, киндикдан юкори, эпигастрал сохада булади. Огриклар баъзан бутун коринга таркалади. Огриклар белга, кукрак ва ичга ҳамда, чап- ковурга умуртка бурчагига берилади. Купинча огрик белбогсимон характерда булиб, кисувчи камарни эслатади. Ошқозон ости безининг бошчаси зарарланганда огрик жойи уткир холециститни, танаси шикастланганда, думи шикастланганда юрак ва буйрак касалликларини эслатади. Бирдан огрик синдроми баъзан коллапс ва шокга оид белгиларини юзага келтиради: куп терлаш, АКБ пасайиши, P_s кучсизланиб, ТК ривожланиши.

Огрик билан бирга куп марталаб ва енгиллик келтирмайдиган қусиш юз беради. Бу сув ва овкат ичганда юз беради. Қусиш куп марталаб булса ҳам қусик массалари ҳеч қачон фекал характерли булмади. Ошқозон ости беzi экзокрин ферментлари етишмовчилиги натижасида купинча диарея кузатилади.

Харорат касаллик бошлангич даврида субфебрил характерда булади. Стерил ва инфекцияланган панкреатитнинг таркок шаклларида иситма гектик характерда булади. Уткир панкреатитнинг асосий ва эрта диагностик белгиси – юз ва кул – оёқларининг цианози. Бинафша ранг доғлар юзда жойлашса Мондор симптоми, кориннинг ён томонларида цианоз булса («киндик атрофи экхимози»)- Грей- Гернер симптоми, киндик атрофи цианози –Грюнвальд симптоми. Касалликнинг кечки вақтларида юз очик гиперемия билан алмашинади – «каликринли юз». Саналган белгилар асосини ошиб боровчи гемодинамика ва микроциркуляцион бузилишлар, гиперферментемия ташкил этади.

Корин куздан кечирилганда асосан юкори қисмлари дамлаган. Огир холларда бутун корин дамланиб, юза пальпацияда ҳам огрикли. Бел соҳаси асосан чап ковурга-умуртка бурчаги, пайпаслаганда огрик сезилади. (Мейо- Робсон симптоми). Пальпацияда огрик аниқланган соҳаларда корин олди девори мускуллари ригидлиги сунади. Мускуллар таранглиги корин бушлигида панкреатоген суюклик борлиги ва панкреатоген перитонитдан далолат беради. Купинча кундаланг огрик булиб, корин олд девори резистентлиги ҳам ошқозон ости беzi проекцияси булади. (Керте симптоми).

Уткир панкреатитда учрайдиган белгилардан бири корин пульсациясининг йуқолиши чунки ошқозон ости беzi катталашади ва корин парда орти туқимаси шишади. Воскресенский симптоми

Агар жараён чарви ҳалтасида жойлашган булса, мускуллар таранглиги асосан эпигастрал сохада булади; агар жараён атрофга тарқалган булса-парболон ва чанок туқимаси, ҳамда корин пардада булса мускуллар таранглиги яққол ва Шёткин Блюмберг симптоми мусбат булади. Агарда некротик жараён ошқозон ости беzi дум қисмида жойлашган булса, корин парда таъсирланиш белгилари суст булади, чунки жараён корин парда орти бушлигида жойлашади ва перитонит клиникасини беради.

Бош зарарланганда сариклик ва гастродуоденал парез белгилари ривожланади.

Уткир панкреатитнинг огир даражасида корин бушлигида суюклик тупланишидан коринда тумтоқлик аниқланади. Панкреатоген перитонит ва динамик ичак тутилишида аускультацияда ичак шовқинлари кучсизланган ёки умуман йуқолган булади.

Панкреанекроз турли фазаларида клиник белгилари турлича булади.

Панкреонекротик инфилтрат (оментобурсит) – узок огрик синдроми, субфебрил температура 37,5 – 38,0⁰ С: гастродуоденал тутилишдан дарак берувчи, корин бушлиги юкори кисмида пайпасланадиган огрикли инфилтрат аникланади.

Корин парда орти некротик флегмонаси.- стерил ва инфекцияланган панкреонекроз билан бирга учрайди. Панкреонекрознинг бу асорати системали яллигланиш реакциялари, перитонеал симптомлар, тургун ичаклар парези, панкреатоген ёки инфекцион токсик шок ва полиорган етишмовчилик белгиларини юзага келтиради. Некрозланган тукима инфекцияланса корин парда орти тукимаси флегмонаси ривожланади. Белда шиш ва огрик, динамик ичак тутилиши ва метаболитик бузилишлар юзага келади.

Инфекцияланган панкреонекроз – таркок характерда булиб, касалликнинг илк даврларида (1-2 хафта) учрайди. Бунда панкреонекрозга хос клиник ва лаборатор белгилар билан бирга системали яллигланиш реакциялари (гектик харорат, ваража, гипотензия) ва полиорган бузилишлар учрайди. Огир холларда ва септик шок ривожланиши инфекцияланган панкреонекрознинг критик даражага етганини билдиради. Бундай холларда касалликнинг патогноманик белгилари: акроциоз, тери копламларидан «мармарсимонлиги», теридаги «экзим доглари», гипергидроз, упка-юрак, жигар-буйрак етишмовчилиги хисобланади.

Клиникаси. Касалликнинг 2-3 хафтасида, некротик компонент йирингли некротик учокка айланиб, суюклик билан тулади, бунда касални ахволи интенсив терапия натижасида стабил ёки яхшиланган булади. Панкреатоген инфекциянинг бошка шакллари панкреатоген абсцесли инфекцияланган панкреонекроз ривожланиши мумкин. Касаллик бу шаклининг асосий клиник белгилари – бемор ахволини стабил огирлиги, гектик хароратни сакланиши, варажалар, уртача ТК, корин юкори кисми ва мезогастрал сохада инфилтрат хосил булиши характерли.

Панкреатоген абсцесс (ошкозон ости беши, чарви халтаси, корин парда орти тукимаси абсцеслари) – панкреонекрознинг типик «кечки» асоратлари булиб, касалликнинг 3-4 хафтасида ривожланади. Бундан олдин парапанкреал инфилтрат ривожланиб, бемор ахволи нисбатан коникарли булиши мумкин. Инфекцияланган панкреонекроздаги каби яккол полиорган бузилишлар ва септик шок ривожланиши кам учрайди. Абсцесс ошкозон ости беши бошчасида жойлашганда гастродуоденал парез ривожланиб, кусиш юз беради. Абсцесс ошкозон ости беши танаси ва думида жойлашганда огрик бел сохасида булиб, чап томонга берилади ва баъзан чап томонлама плеврит ривожланиши мумкин.

Псевдокиста – панкреонекроз билан огриган беморларда касалликнинг 1- чи ойдан сунг, жараён асептик кечганда ривожланади. Киста морфологик жихатнинг бошка органларидан капсула билан ажратилган панкреатик секрет йигилган бушлик. Хажмли суюкликли хосила касалликнинг илк даврларида 30 – 50 % беморларда учрайди. Клиник-псевдокистада эпигастритда чузик огрик, дуоденал тутилиш белгилари, пальпацияда айлана каттик эластик хосила кориннинг юкори кисмида аникланади.

Лобаратор диагностика.

Уткир панкреатитнинг асосий белгиси – ошкозон ости беши функционал бузилиши, гиперферментемия феномени. Уткир панкреатитнинг патогенезини бу асосий белгисидан касаллик диагностикасида фойдаланилади, кон плазмасида ошкозон ости беши ферментлари (амилаза, липаза, трипсин, эластаза) активлиги аникланади, бу диагностик стандарт булиб хисобланади. Анъанага кура ошкозон ости беши хамма ферментлари: индикатори (амилаза, трансаминадаза) ва патогинетик (липаза, трипсин) гурухларга булинади.

Клиник амалиётда купинча кондаги 2- амилаза ва липазалар активлиги аникланади. Умумий ва панкреатик амилазанинг 3 марта ва липазанинг 2 марта кон зардобида нормага нисбатан ошиши панкреостаздан далолат бериб, клиник симптомлар билан бирга уткир панкреатит диагнози куйишга асос булади. Зардоб амилазасининг максимал микдори булиб, касаллик бошланишининг 1-чи суткаларида бу беморни стационарга уткир панкреатит билан госпитализация килишга тугри келади. Шунингдек кондаги липазанинг касаллик кечки мудатларида ошиши хам уткир панкреатит учун асосий диагностик тест хисобланади, чунки кондаги липаза амилаземияга караганда узок муддат сакланади. Бу холатда амилаза тестига

караганда липаза тестида юкори сезгирлик ва спецификлик аникланади. Конда умумий амилаза активлиги спецификлигининг пастлиги, корин бушлиги бошка куплаб ургент касалликларида гиперамилаземия бериши билан боглик. Бошка касалликлардан уткир панкреатитни дифференцировка килиш учун конда панкреатик (изоферментни Р- типи) амилаза аникланади. Шуни хам айтиб утиш керакки Р- типли изоамилаза диабетик кетоацидозда хам аникланади. Кондаги трипсин ва эластаза активлигини аниклаш юкори сезгирликка эга булса хам клиник амалиётда булар активлигини аниклаш кам кулланилади чунки уни аниклаш кийин ва бу метод киммат.

Клиник амалиётда купинча сийдикдаги амилаза аникланади. Бу тестга кушимча лапороскопияда перитонеал экссудатдаги амилаза аникланади. Вольгемут методи (сийдикдаги суммар аминолетикактивлик аникланади) буйича, сийдикдаги амилаза микдори 16-64 ЕД; бунда 128 дан 1024 гача ва ундан хам ошади. Бу тест панкреатик 2- амилазага караганда хам ахборот беради. Чунки суммар гемолитик ферментлар булади.

Куп сонли текширишлар шуни курсатадики, амилаземия (амилазурия) ва ошкозон ости беши зарарланиш шакли (интерстициал, ёгли геморрагик) орасида тугри богликлик булмаиди. Касалликнинг биринчи кунларидаги гиперамилаземия (гепирамилазурия) ошкозон ости беши функциясининг панкреостазда сакланганидан далолат беради ва интерстициал панкреатитда учрайди. Панкреонекрозда дисферментемия - (кондаги амилаза ва липаза орасидаги богликлик) ривожланади. Амилаза микдорининг конда нормаллиги ва пасайиши (баъзан аферментемия) панкреонекрозга хос булиб, ошкозонности беши деструкцияси булиб, экскретор функцияси бузилади.

Шуни эсда тутиш керакки, хамма курсатилган специфик ферментлар лаборатор диагностикаси (амилаза, липаза, эластаза, трипсин,) беморларнинг огир холати ва уткир панкреатит шакллари орасида дифференцировка килишга ёрдам беролмайди. Кон фермент анализини уткир панкреатитнинг клиник лаборатор ва инструментал методлар асосида натижаси аникланади.

Уткир панкреатитда умумий кон анализиди узига хос узгаришлар булмаиди. Шунинг учун асептик ва инфекцияланган панкреонекроз дифференцировкаси кийинчилик тугдиради. Ифекцияланган панкреонекрозда даволаш ва динамикада лейкоцитлар ошгани аникланади. Купинча лейкоцитоз $12-15 \times 10^9/\wedge$ гача булади, лекин таркалган панкреонекрозда, асосан септик асортлар ривожланади, лейкоцитоз сегмент ядроли ва таёкча ядроллар хисобига ошади. Инфекцияланишнинг билвосита белгиларидан бири тромбоцитопения, анемия ва ацидоз хисобланади.

Бу фактларни клиник ва инструментал маълумотлар билан бирга билиш керак.

Уткир панкреатитнинг деструктив шаклида беморлар госпитализацияси вақтида гематокрит 47%дан ошк булиб, 24 соатлик интенсив терапия натижасида хам камаймайди, бу панкреонекроз ривожланишини билдиради. Деструктив панкреатитда кон биохимик анализиди буладиган узгаришлар гипер ва дисметаболизм синдромлари ривожланади. Бу холда кон биохимик спектридаги узгаришлар: диспротенемия, гипопротенемия, гипоалбуминемия, гипиразотемия ва гипергликемия куринишида булади. Кон липид спектрида гепиртриглицеридемия, гипохолестеринемия, зичлиги юкори липопротедлар дефицити, ёг кислоталарининг концентрацияси ошади. Тургун гипергликемия ошкозон ости беши таркок некрозидан далолат беради. Унинг микдори 125 мг/дл ($6.9 \text{ ммоль/}\wedge$) дан ошганда ёмон прогноздан далолат беради. Панкреонекроз пайтида жигар хужайра етишмовчилиги булади, уткир панкреатитда беморларда жигар ферментлари текширилганда аланин ва аспарагин (АлАТ, АсАТ) аминотрансфераза микдори ошади. Лактатдегидрогеназининг конда ошиши- (ЛДГ) панкреатитларнинг чукур шикастланишидан дарак беради.

Шуни эсда саклаш керакки, аналогик лаборатория узгаришлари уткир инфаркт миокардига ичак инфарктининг кенгайишига, гепатитларнинг турли хил этиологиясига тегишли булади.

Биллиар панкреатитда холедохолитиаз натижасида, ҳамда ошқозон ости безининг боши шикастланишда холестаза синдроми шаклланади, бу синдром гипербилирубинемия, аспаргатаминотрансферазининг юкори активлиги ва ишқорли фосфотаза билан характерланади.

Сув-электролит балансининг узгаришини куйидагилар тасдиқлайди: гемоконцентрация, К, Na, Са дефицити. Панкреонекрознинг тарқок формасида, кон плазмасида Са концентрациясининг пасайиши, унинг стеатонекроз учоқларида ут кислотаси тузлари сифатида деполанишидадир.

Кушимча лаборатор методларга, конда с-реактив оксилнининг концентрациясини ва прокальцитонин микдорини, аниқлашлар киради.

С – реактив оксил гаптоглобулин ҳамда альфа –1- антитрипсин билан биргаликда яллигланишнинг уткир фазасидаги оксиллари деб хисобланади. Унинг кондаги микдори уткир панкреатитда яллигланиш ва некротик жараёнларнинг даражасини аниқлайди, бу курсаткидан дифференциал диагностик тест сифатида фойдаланиш мумкин, бир томондан шишли панкреатит ва панкреонекрозни иккинчи томондан – стерил ва инфекцияланган панкреонекроздан . ошқозон ости беги некротик шикастланганда С- реактив оксил микдори 120 мг/л дан баланд булади.

Яллигланишнинг уткир фазасида, бошка реактивлар орасида – 1 – антитрипсин 4- 5 г/л дан ошқок альфа – 2- макроглобулин 1, 3 г/ л кошик концентрацияси некротик панкреатитнинг лаборатор критерийси хисобланади.

Сунги йиллардаги изланишлар шуни курсатадики, кондаги прокальцитонин концентрацияси 1,8 нг / мл дан ошқок булса, некротик деструкциянинг бактериал инфекцияланиш учогининг асосий лаборатор маркери хисобланади.

ИНСТРУМЕНТАЛ ДИАГНОСТИКА

Хозирги замон босқич тараққиёти, хирургияда кассаликларни янада яхшироқ диагностикалаш учун, инструментал усуллардан фойдаланилади-ультратовуш текшириш (УТТ) лапароскопия, компьютер томография,(КТ), эндоскопик ретроград панкреатохолангиография.

УТТ-кулай ва кам инвазив усул булиб, визуал диагностика дейилади. УТТ ошқозон ости безини, бемор системани корин ва плеврал бушликни холатини баҳолашда ишлатилади. УТТ уткир панкреатитни аниқ диагнозини 40-86% холатларда аниқлайди, лекин хар доим ҳам эмас, айрим холларда клиника-морфологик холатини характерлашда кийинчилик тугдириши мумкин. Бу усулни камчилиги ошқозон – ичак трактини парези хакида аниқ маълумот беролмаслиги, лекин бу холат уткир панкреатитда 25-30% холларда учрайди.

Уткир панкреатитнинг УТТ белгилари – боши, танаси ва думи катталашиш, эхоструктура ва кирраларининг нотекис булиши, корин бушлик ва парапанкреал зонада визуал суюкликнинг булиши

Улчовли усул ёрдамида висцерал томирлардаги гемодинамикани, ошқозон ости беги зичлигини, унинг спецификлигини ошириш ва таъсирчанлигини аниқлашда кулайдир.

Бу усул ёрдамида корин бушлигидаги абсцесс ва псевдокисталарни катта хажмдаги суюкликларни аниқлашда кулайдир. Лекин КТ караганда диагностик сурати пастрок. УТ диагностикада корин бушликдаги ва плеврал бушликдаги суюкликларни аниқлашда кулайдир. Лекин бу усулни асосийлигини уткир панкреатит, уткир холецистит, аорта аневризмаси ва сийдик чикариш йуллари касалликлари билан асоратланганда дифференциал диагностикаси кийин баҳоланади.

Лапароскопия – кенг куламда кулланиладиган ва дефференциал диагностикада, яъни панкреоциррозга гумон килинганда кулланиладиган усулдир. Замонавий эндовидеоскопик асорат даво манипуляцияларини аниқлашда яъни уткир панкреатит бор беморларни аниқлашда жуда кулай усулдир.

Видеолапароскопик аниқлашнинг икки асосий вариантлар ишлатилади.

1. «газли» («ёпик») видеолапараскопия .

«газсиз» («очик») лапароскопия.

Ёпик лапароскопия ошқозон ости безини ҳамма хусусиятларини аниқлашни яратиб беролмайди.

Лапараскопия: 1.панкреонекрозни кандай характердалигини- ёгли, геморрагик, аралашма.
2.панкреатоген перитонитни таркалган ёки характерини баҳолашни (бактериал, инфицирланган).

3. кушимча деструктив холуциститни диагностика килишни
бошка этиологиядаги перитонитда оператив кушимчаларни талаб килувчи жинсий органлар перфорациясини,ички кон кетишларни, корин аортанинг йиртилишини, ичак инфарктини, уткир холециститни

ут пуфагини гепиртензиясини

панкреатоген ва абактериал перитонитни санацияси ва корин бушлигини дренажлашни.
Лапараскопияда амилаза ва микрабиологик анализга суюклик олиб текшириши шарт.

Корин бушлиги лапароскопияда панкреатит окмасига куйилади, ошкозоннинг силжиганлиги, ичак-чамбар богламини шишганлиги, панкреатит ён боғламларини шишасимон шиши юкори ва пастки корин бушлигини гепиремияси. Агарда париетал ва висцерал кават чарвини атрофини стеаринсимон доғлар, яъни ёг некрози окимтир-сарик рангдаги, сероз эксудат топилса унда ёгли панкреанекрозга диагностика килинади. Геморрагик панкреанекроз учун характерли: катта ва кичик чарвининг геморрагик имбибицияси, кундаланг чамбар ичак ковузлоги корин бушлиги латерал каналлари, ут пуфагини ортиши, ошкозон парези, маълум микдордаги корин бушлигидаги геморрагик модда булиши.

«Газли» ва «газсиз» лапароскопия усуллари ут пуфаги (холецистэктомия) депоитрессив операциялар бажарилишни ёки ёг сумкаси ва панкреал тукималарда гепир ва секвестрэктомияни, корин бушлиги санацияси ва панкреатит перитонитда операция бажарилиши кулланилади.

Компьютер томография - энг сезувчан усул булиб, везуал текшириш хисобланади.

КТнинг УТТ дан фарки: зич некротик массаларни аниклашда (некротик флегмона) хосил булган суюкликларни, абсцесс, псевдокиста, уларни жойлашуви хакида ут чиқариши йулларининг некротик яллигланиш процессларини аниклашда кулай усулдир.

КТ-га корин бушлиги касалликлари аниклашда ва даволашда, хирургик аралашиларда, дренажлашда ва панкреонекроз, унинг асоратларини аниклашда кулай усул булиб хисобланади.

КТ ва УТТ суюк махсулотларни зич яллигланиш некротик массалардан фарк килишда кулланилади, лекин жараённинг стерил ёки инфекцияланган характерини билишни айтиб бера олмайди. Шунинг учун уларни аниклашда УТТ ва КТ ёрдамида транскутан пункция усули кулланилади. Бундан олинган материал бактериологик текширилади (бактерияни экиш учун турли ва антибиотикларга сезгирлиги аникланади.

Эндоскопик ретрарад панкреотохолангеография курсатма: уткир панкреатит, механик сариклик синдроми билан, УТТ буйича ут йулларининг кенгайишида ёки холангитда.

Магнит резананс томография (МРТ) –охирги вақтларда панкреатология асосий йуналиши булиб хисобланади. МРТ ни КТ дан фарки, яхшироқ дифференцировка килинишида каттик ва суюк хосилаларни хосил булишини, ошкозон ости безни жойлашуви ва корин бушлиги характерида. Медперсоналга хам нур таъсир килиши билан характерланади. Асосан бу икки усул – хирургик стационарда ва реанимацияси булимларида кулланилади.

Рентгенологик -1 чи уринда уткир панкреатитни аниклашда кулланилиши хозиргача уз ахамиятини йукотгани йук. Асосан уткир панкреатитни, говак органлар перфорациясини ва ичакнинг механик утказмасилигининг дифдиагностикасида катта ахамиятига эга.

Дифференциал диагноз

Уткир панкреатит дифференциал диагностикаси кийин клиник масала каби намойиш килинади, чунки дарднинг пайдо булиши, деструктив формасининг усиши, плюривисцерал характерга эга булади. Шу сабабларга кура уткир панкреатит, перфаратив ошкозон яраси ёки 12 бармок яраси, уткир ичак тутилиши, уткир холецистит, уткир оклюзия артерияси ёки венаси, уткир инфаркт миокарди кабилардан тез-тез дифференциация килинади.

Уткир панкреатит. Ошказон ёки 12 бармокли ичак перфоратив ярасидан_куйидагилар билан фаркланади. «Ханжар» симон огрикларнинг тусатдан пайдо булиши. Шунингдек беморларни кузгатмасдан ёткизишига харакат килади, панкреатитда беморлар одатдагидек

хотиржам булмайдилар. Панкреатитдан фарк килган холда факатгина кусиш характерли симптом булиб хисобланмайди. Корин бушлигини обзор рентгенография килганда, диафрагма остидаги газ, диагностик гумониарни баргараф килади. Уткир панкреатитни, ошкозон орка деворининг перфоратив ярасидан дифференцирлаш кийин, качонки ошкозон таркибидаги суюклик ёгли суммага тушса ёки кичик эгрилиги яраси кичик салпинга утса. Шунини айтиш керакки, конда ва сийдикдаги амилаза микдори, перфоратив ярада мухим ахамиятга эга эмас, чунки у 12 бармок ичак суюклиги билан ортикча микдорда корин бушлигига тушади, кейин эса конда резорбция килинади. УТТ ва лапароскопия ёрдамида сунги бор диагностикалаш мумкин.

Уткир панкреатитни, ошкозон ёки 12 бармок ичак пенетратив яраси симуллаши мумкин. Бундай холларда яра касаллиги кузгалиши симптомларга ахамият бериш керак. Лекин амилаза микдори конда ёки сийдикда купайса ва уткир панкреатитга хам шундай булса, уни учуриш мутлако мумкин эмас.

Уткир ичак тутилиши, уткир панкреатит каби огрикли синдром, куплаб кусиш билан характерланади. Лекин панкреатитга фаркли равишда, уткир ичак тутилиши – огрикнинг дардсимон булиши, корин деворида ичакнинг перистальтикаси куриниши, уларнинг жарангли ва резонирли булиши билан характерланади. Ундан ташкари, ичак тутилишида амилазурия булиши мумкин, шунинг учун лаборатор тестлар мухим ахамиятга эга эмас.

Холециститни уткир панкреатитдан дифференцировка килиш жиддий муаммо хисобланади. Яъни таркалган перитонит симптомлари булганда, асосан улар кари ёшидагиларда куп учрайди. Бунда унг ковурга томонда огрик сезилади. Унг курак ва унг елкага огрик берилади, каттарган ут пуфаги палпация килинади, огриklar асосан чап елкага берилади. Диогностик муоммолар ферментатив диогностикасида ва УТТ, лапароскопияда каралади.

Уткир окклюзия (тромбоз, эмболия) мезентерал томирларда УТТ уткир панкреатитдагига нисбатан ёши утганларда ривожланади, яъни юрак касалликлари, мерцал аритмия касалликлари булганда. Бунда коринда огрик тез ривожланади, гастродуоденал яра перфарациясидагидек, бунда огрик ва мушаклар таранглиги хар хил булиши мумкин. Лейкоцитоз $20-30 \times 10^9$, стулда (ахлатда) кон аралаш шиллик топилади.

Амилазурия ва ЛДГ активлиги диф-диагностикада ичак некрозидагидек ошади. Диогностик гумонлар лапароскопия ёки ангиографик текшириш натижасида йуколади.

Йиртилишлар (таркалишлар) корин аортаси аневризмасида, уткир панкреатитдан фарки, касалликнинг уткир бошланиши билан фарк килинади. Ички кон кетиш симптом билан характерланади ва геморрагик шокдагидек шароитидагидек: хушининг йукотиши, бош айланиши, турган гипотония, уткир анемия билан кузатилади. Корин бушлигида катта хажмдаги пульсация сезилади. Бунда систолик шовкин сезилади

Аналогик характердаги шовкин, сон артериясида хам эшитилади. Диогностик гумонлар - УТТ аорта катнашуви билан, корин бушлиги, ангиографик кузатувлар билан гумон рухсат берилади.

Дифдиагнознинг миокард инфаркти ва уткир панкреатитда ЭКГ анализи, биохимик изланишларга биноан килинади.

Шунини эсда саклаш керакки, панкреонекрознинг огир формаларида ЭКГ да узгаришлар кузатилиши мумкин.

Панкреонекрозда ЭКГда юрак мушакларида функционал узгаришлар булади (Т тишчани 2 ва 3 учларидан депрессиялар). Агар диогностика, гумонлар очилмаса УТТ ёки лапароскопия килинади. Овкат токсикоинфекциясидан фаркли равишда гастроэнтероколит симптомлари юзага чиқади, ичаклар парези, гипотензия ва энцефалопатия панкреонекроз борлигидан далолат беради. Охирги текширишлар фермент диогностикаси, УТТ ва лапароскопия утказилади.

Якунловчи аниқ диагнозни, корин бушлигини органларини обзор рентгенографиясини килганда куйиш мумкин (ичакда куплаб суюклик микдорини аниклаш.)

Уткир панкреатитда йугон ичак пневматизацияси «клойберг косача» лари йуклиги, характерлидир. Дифференциал диогностиканинг кийин дамлари бу уткир панкреатитни (шишли

формаси) уткир аппендицитдан фарклар касаллик симптомлари яхши намоён булмаган, ёки чувалчангсимон усимтанинг оркада – бел сохасида ёки ут пуфаги ёнида жойлашуви.

Бу холларда УТТ, лапороскопия ва лаборатор ферментатив диагностика муҳим рол уйнайди.

ДАВОЛАШ:

Уткир панкреатит билан оғриган беморларни даволаш тактикаси касалликнинг клинико-морфологик шакли, яллигланиш ва некротик жараёнининг ривожланиш фазаси бемор холатининг оғирлик даражаси билан аниқланади.

Уткир интерстициал панкреатит паталогик процесснинг абортив шакли булиб, хирургик даво талаб қилинмайди. Инфекцион фазагача интерстициал панкреатит ва стерил панкреонекроз даволаш босқичлари интенсив консерватив терапиянинг умумий принциплари асосида тузилган, бу қуйидагилардан иборат:

1) ошқозон ости беши, ошқозон, 12 бармоқли ичак секрециясини пасайтириш, ферментик токсинемияни сусайтириш, гиповалемия, сув-электролит, метаболик бузилишларни ликвидация қилиш, ут чиқарув ва панкреатик йуларнинг гипертензиясини йукотиш, коннинг реологик хусусиятини яхшилаш ва микроциркулятор бузилишларни камайтириш, гипоксемияга қарши кураш, ошқозон-ичак тракти парезини даволаш, оғрик синдромини бартараф этиш.

Бемор холатини ҳисобга олган ҳолда, ифодаланган системали яллигланиш реакцияларини ва полиорган етишмовчилигига асосланган, деструктив панкреатит билан оғриган беморларда комплекс терапия олиб борилади, интенсив терапия ва реанимация булимларига госпитализация қилинади.

Даволаш сув-электролит балансини мувозанатлаштиришдан бошланади, изотоник эритма, гипокалиемияда К Сl препаратлари қўйилади. Дезинтоксикация максимида инфузион терапия форсирланган диурез режимида олиб борилади. Уткир панкреатитда коннинг плазмаси йукотилган ҳисобига ЦКХ, (ОЦК) дефицити келиб чиқади, бунда табиий оксилларни киритиш муҳим (янги музланган плазма, анъбумин препаратлари). Инфузион моддани адекват хажмининг критерияси ЦКХ ва гематокрит курсаткичининг марказий веноз босимининг нормаллашиши булиб ҳисобланади. Микроциркуляция ва кон реологиясининг тикланишга реополиглокин билан трентал тавсия қилиш билан эришилади. Ошқозон ости беши функциясини сусайтиришга йуналтирилган даво параллел олиб борилади. Биринчи навбатда «физиологик тинчлик» яратиш 5-7 сутка. Овқат емаслик билан эришилади. Панкреатит секрециянинг эффектив пасайиши назогастрал зонд орқали ошқозон-таркиби асперацияси, ошқозонни совуқ сув билан ювиш орқали эришилади (локал гипотермия). Ошқозон секретари кислоталилигини пасайтириш максимида ишкорий ичимлик ва ошқозон секрециясининг H₂-блокаторлари (фамотидин, ранитидин) ёки омепразол препаратлари тавсия қилинади. Гастропанкреатодуоденал зоналар органлари секретор активлигини пасайтириш учун самотостатиннинг синтетик аналан антреотид ацетат кулланилади, бу препарат базал ва стимулланган ошқозон ости беши, ошқозон, ингичка ичак секрецияси кучли ингибитори цитокиногенез, спланхнитик кон айланиши регулятори (препаратининг цитапротектив эффектига асосланган ҳолда панкреонекрозни патогенетик даволашда кулланилади) ҳисобланади. Окреотид ацетатнинг суткалик дозаси 300-600 мкг/суткада 3 марта т/о ёки в/и га юборилади. Терапия давомийлиги 5-7 суткани ташкил қилади (актив гиперферментемияга мос қоида).

Биринчи 5-7 суткаларда энзим токсинемияни ликвидациясида протеаз ингибиторлари: атропинин (контрикал) в/и томчилатиб қўйилади, бошланғич дозаси 350000 АтрЕ (трипсин инактивацияси бирлиги), кейинчалик 140 000 АТрЕ ҳар 4 соатда: атропинин (Гордокс) в/и томчилатиб, бошланғич дозаси 500 000 ЕД, 50 000 ЕД тезлик билан кейин ҳар соат қушимча 50 000 ЕД бемор холатини яхшилаш учун 3 кундан кейин суткалик доза 300 000-500 000 ЕД ни ташкил қилади.

Системали дезинтоксикация максимида экстракорпорал методлар: кон плазмафорези, ультрафильтрацияси кулланилади.

Панкреонекрознинг инфицирланган асоратининг касаллик ривожланишининг кечки фазалари юкори леталликнинг асосий сабаблари булиб қолади. Шунинг учун панкреатоген инфекцияларда рационал антибактериал профилактика ва терапияни утказиш (асосий)етакчи патогенетик ахамиятга эга. Паралитик ичак тутилишига карши эффекив кураш (назогастраласпирация, ичак моторикасининг медикаментоз ва электрик стимуляцияси) профилактикасининг одатий тадбирларидан хисобланади, лекин асосий ахамияти антибактериал препаратни тугри танлаш ва уни критиш режими хисобланади.

Микробиологик текшириш курсаткичлари панкреонекрозда антибактериал препаратларни танлашнинг асоси хисобланади., кайсиким панкреатоген инфекция кузгатувчилари –Гр (+) Гр(-) аэроб ва анаэроб микроорганизмларига карши курашади. Бу панкреонекрозда антибактериал профилактика ва терапияга мос келади. Антибиотикларнинг эффекив таъсирининг зарурий детирменанти булиб уларнинг гемапанкреатик баръердан ошкозон ости беи тукимасига селектив кириш хусусияти хисобланади.

Панкреанекроз, диагнои антибактериал препаратларни тавсия килишни талаб этади, кузгатувчилар зарарланган зонада эффекив бактериоцид концентрация яратувчи булиши керак. Шишли панкреатитда антебактериал профилактика карши курсатма.

Антимикроб воситаларни танлаш хам профилактик, хам даволаш максатида кулланилади, карбапенемлар, цефалоспоринлар (III,IV) метронидазол, ингибиторлардан химояланган пенициллинлар (пинерациллин / тазобиктал, тинарциллин /клавулант).

Метаболик дистресс- синром, гиперметаболик реакциянинг ривожланиши сифатли парентерал озикланишни (глюкоза эиртмалари, аминокислоталар эиртмалари) узок вақт утказиш учун асос хисобланади. Ошкозон ичак тракти функциясини танлашда панкреанекроз билан огриган касалларда назоеюнал зонд оркали (эндоскопик йул билан) ёки хирургик операция вақтида энтерал озиклантириш (озик аралашмалари) кулай

Панкреонекрознинг хирургик давоси.

Панкреонекроз билан огриган беморларни хирургик даволашнинг принципи касаллик ривожланишининг фазасига, унинг клиноморфологик даражасига ва касалликнинг давомийлигига мос равишда операцияни танлашга асосланган.

Ошкозон ости беи ва корин парда орти клетчаткасининг турли кисмларининг некротик зарарланиши таркалишининг турли даражаси хирургик тактиканинг куп киррали вариантлари билан аникланади. Бу операцияга курсатма, операциянинг давомийлиги, транскутан ва лапоротом методикаларини кетма-кет куллаш хирургик дастурлар, ошкозон ости беи ва ут чикарув системаси операцияларининг турлари, корин бушлиги ва корин парда орти бушлиги дренажлаш кулланилади.

Панкреонекрознинг инфицирланган формаси полиорган зарарланишларнинг даражасига карамасдан оператив даволашни талаб килади. Акс холда касаллик летал окибат билан тугаши эхтимолидан холи эмас.

Стерил панкреонекрозда, асосан чегараланганда, операция мажбурий тадбир хисобланади, яъни консерватив дезентоккацион тадбирлар ёрдам бермаган холларда. Шунинг учун консерватив ва хирургик даволаш тактикасининг асосий принципи кузатиш ва кутиш позицияси хисобланади.

Стерил панкреонекрозда операцияга курсатма булиб комплекс консерватив даволаш фониди полиорган етишмовчилигининг ривожланиши ёки сакланиб туриши, корин бушлигини лапораскопик дренажлаш ёки УТТ ёки КТ конроли остида корин парда ортида суюкликларни транскутан дренажлаш хисобланади.

Ферментатив перитонит ривожланиши билан асоратланган уткир интерстициал панкреатит ва стерил панкреонекроз лапораскопик санация ва корин бушлигини дренажлашга курсатма хисобланади. Лапоратомия операция ферментатив перитонитда касалликнинг инфекцион фазасигача булган даврда шошилишч равишда асосланган даволаш тадбири хисобланади.

Стерил панкреонекрозда хирургик тактика

Хирургик тактика характери	Чегараланган	Таркалган	
	Суюклик хосилалари		
	Корин бушлигида	Корин парда ортида	
Лапароскопия	+	+ -	Касалликнинг 1- хафтаси
Корин бушлиги санацияси	+	+ -	
Корин бушлиги дренажлаш	+	+ -	
УТТ контроли остида корин парда орти хосилаларини пункция / дренажлаш.	-	+	
Касалликнинг 1-2 хафта лапоротомия	Полиорган етишмовчилиги симптомлар сакланганида: транскутан ва эндоскопик санацион аралашинг ноэффективлиги, инфицирланишга тахмин.		
Доступ	Урта лапаротомия	Бисубиостал ёки урта лапоротомия + -синхрон люмботомия	Касалликнинг 2- хафтаси
Некросеквестрэктомия	+ -	+	
Корин парда орти бушлигини дренажлаш.	«ёпик» метод	«очик» кам холларда «ярми» очик метод	
Кайта операцияда оптимал режим	« талаб асосида»	Праграмма асосида	

Операция куйидаги шароитларда килинади.

-бир моментлик ва эффекив некро ва секвестрэктомия учун мумкин кадар кенгайтириш.

- куп сонли этапли санацион операцияга талаб юколади.

- аррозив кон кетиш хавфи камаяганда.

-Ошкозон ости безининг соглом кисмининг сакланиш безининг экзо-ва эндокрин функциясини оширади.

Инфицирланган панкреонекрозда хирургик тактика.

Йиринг некротик	Клиника – морфологик шокли
-----------------	----------------------------

учок характери	Инфицирланган панкреонекроз	Инфецияланган панкреонекроз + абсцесс	Абсцесс ёки инфицирланган псевдокиста
	Некротик масса экссудатив компонент устидан устунлик килади	Некротик масса экссудатив билан бир хил	экссудатив компонент некротик масса устидан устунлик килади.
Касаллик вақтлари	1-2 ҳафта	2-3 ҳафта	3-4 ҳафта
Хирургик тактика вариантлари			
I этап	Лапаротомия	УТТ ёки КТ контроли остида транскутан дренажлаш.	
II этап		Трансиутан методлар эффективлигида лапаротомия.	
III этап	УТТ ёки КТ контроли остида резидуал учокларни транскутан дренажлаш.		
Доступ	Бисубкостал ёки урта лапаротомия ±синхрон	Бир ёки икки томонлама субкостал лапаротомия	Люмботомия ёки субкостал лапаротомия
Корин парда орти сохасини дренажлаш	«Очик» кам холларда «ярим очик» методлар	«Ёпик» холларда «ярим очик» методлар.	
Некросеквестр эктомия оптимал режалари	24-72 соатдан кейин программа асосида	48-72 соатдан кейин программа асосида	«Талаб» асосида

Кам инвазив хирургик операция куйидаги ҳолатларда қулай ҳисобланади: лапоротом операциядан кейин турли вақтларда чегараланган суюқлик ҳосилалари шаклланганда.

Бир вақтнинг узида инфекцияланган панкреонекрозда давомий ва кенг секвестрацияда транскутан дренажлаш асосий даволаш методи ҳисобланади. Бундай вақтларда даволаш эффектига эришиш учун лапаротомия қилиш керак.

Хирургик даступни танлаш ошқозон ости безинининг зарарланиши локализацияси ва тарқалиши (корин парда орти пиетачкасининг турли қисмлари ҳам) билан аниқланади. Замонавий шароитларда асосий операцион даступ бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

урта линия лапаротомия
икки ковурга ости даступи
люмботомия

Икки ковурга ости даступи тарқалган стерил ёки инфицирланган панкреонекрозда любинизация, парапанкреал сохалардан некротик ва секвестэктромия талаб қилинганда кенг секвестрация ва куп этапли арашувлар қулланилади.

Люмботомия: - корин пардадан ташқаридаги қириш йули бўлиб, у орқали корин парда ортидаги бушликнинг маълум бир сохасига қирилади (ошқозон ости безидан – бошига - унгдан ёки думига – чапдан), паранефрал. Шу сабабли, алоҳида люмботомия (лапоротомиясиз) корин парда орти бушлигида актив ва катта масштаби инфекцияланган ҳосилалар бўлганда қилинади. Бу қириш йулининг бир мақсади – операцион зонани эркин корин бушлигидан чегаралашдир. Люботомия лапоротомик қириш йулари ичида қушимча хирургик аралашув бўлиб, у корин парда орти локализациясидаги сохани яхши дренажлаши ва шу сохани эркин корин бушлигидан ажралишига имкон беради. Ошқозон ости беши ва корин парда орти

аъзолари хакида тулик маълумот булмаганда (УТТ ва КТ маълумотлари асосида) урта лапоротомия бажарилади.

Лапоротомия килинганда биринчи навбатда ошкозон ости безини зарарланиш характери, таркалиши, корин бушлиги ва корин парда орти клетчаткаси холатига эътибор берилади. Деструктив панкреатитда характерли белги париетал ва висцерал корин парда, катта ва кичик чарвидаги ёниб турган шам томчиларини эслатувчи сарик ёки яркирок рангли стеатанекроз доғларидир. Суюклик характериға микдори ва локализациясига кура перитонетни таркалиши хакида гумон килинади. Касалликнинг инфекциян фазагача булган даврида сероз, саргиш ва тиник экссудат ёгли панкреонекроздан, геморрагик ва аралаш панкреонекроздан дарак беради. Корин ортидаги некрозлар таркалиш характеристикасини билиш учун, кичик чанок бушлигигача булган барча аъзолар: ингичка ва йугон ичак ковузлоклари илдизи, корин орти клетчаткасини унг ва чап латерал каналларидаги, икки томонлама паранефрит сохаларидаги некротик зарарланишларга алохида эътибор берилади.

Чарви халтага, энг кулай йули, ошкозон энг катта эгрилиги буйлаб, ошкозон-чамбар ичак бойламани талокнинг пастки чегарасигача кесишдир. Агар яллигланиш ва некротик жараёнга кундаланг чамбар ичак туткичи хам кушилган булса, у ошкозон ости беzi боши ёки думига ёпишган булади. Бундай холларда ошкозон ости беzi пастки кисмини мезокалон мобилизация килаётганда эхтиёт булиш керак, инфельтрацияланган туткич бутунлиги бузилмаслиги учун. Чарви халтасига кундаланг чамбар-ичак туткичлари оркали кириши тавсия этилмайди. Чунки бу корин орти бушлиги гермитизацияси бузилишига йирингли перетонит ривожланиши ва мезокалон томирлари зарарланишига сабаб булади.

Ошкозон ости беzi бир булимидаги некроз (кичик ва катта) шу сохага тугри келадиган парапанкреал сохадаги шундай некрозлар борлиги чегараланган панкреонекрозлардан гувохлик беради. Касалликнинг бу шаклида некротик жараён параколон ва паранефритгача бормаиди. Ошкозон ости беzi ва парапанкреал сохада учокли характердаги некрозлар секвестрацияга учрамайди, жараёнга инфекция кушилганда, панкреатоген абсцесс ривожланиши мумкин.

Касалликнинг постнекротик фазасида септик характерли, инфекциягача булган даврида, ошкозон ости беzi, алохида кисмлари, некрозида жараён таркалиши: «чап» унг ва марказий типда булиб некротик(асептик) флегмоналар ривожланиши мумкин.

Корин парда орти бушлиги некротик тукумасининг инфекцияланишдан далолат беради: йирингли, лойка («гушт ювиндиси» типда) бадбуй хидли суюкликнинг чарви халтаси, жигар ости ва диафрагма ости сохаларида булиши, некрознинг ошкозон ости беzi, парапанкреал, параколон, паранефрал тукума бушликларига таркалиши некротик тукумалар кора, кулранг ва яшил рангли булиб, ушлаганда илвилаган, пергаменг типда юпкалашган, устини фибрин копланган. Касалликнинг бошланишининг бир неча вакт утгач (2-3 хафта) некротик тукумалар паргаланишидан улар пластинкасимон массаларга киради ва елимсимон консистенцияни эгаллайди, бу сохалар босилганда ва булакларга ажратилганда лойка экссудат чиқади. Баъзан микроабсцесслар ёрилиб купинча «ари сути» куринишини олади.

Панкреонекроз таркалишининг «марказий вариантыда» (танаси некрози, буйин олди, кисман боши ва думи) купинча парапанкреал зона, кундаланг чамбар-ичак туткичи зарарланади.

Некротик тукума ошкозон ости беzi боши ва танасида булганда (корин орти клетчаткаси зарарланишининг «унг» варианты) ошкозон чикиш кисми, уникки бармок ичак деформациялари парадуюденал зона, lig hepato – duodenalis, ут пуфаги буни ва чамбар ичак жигар бурчагидаги ковузлоклари, инфельтрацияси унг латерал канал некроз учоклари булади.

Панкреонекроз ривожланишининг «чап» томонлама таркалиш вариантыда (танасини бир кисми, думи) – жараёнга чап параколон, чап паранефрал ёг тукумалар кушилади, кириш учун – талок йугон ичак, йугон ичак - диафрагмал боғламлар, чап латерал каналдан париетал корин парда пастга тушувчи йугон ичакдан ташкарида кесилади ва талок бурчагида кундаланг чамбар – ичак мобилизацияланади. Корин йулининг кенглиги декомпрессия, некротик ва секвестрэктомия, хамда корин парда орти клетчаткасини турли зоналари, паранефрал, парапанкреал сохаларида дренажлаш учун кулай шароит яратади.

Хирургик аралашув режасини танлаш пайтида шуни эсда тутиш керакки. Панкреонекроз таркалиши, чукурлиги ва ошкозон ости бези хамда корин парда орти клечаткаси турли сохаларидаги некроз зоналарини ва соглом тукумаларини ажратиш кийинлик тугдиради. Тажрибалар курсатишича, деморкацион 2-3 хафталарда яккол билинади, асосиз курсатма булган кенгайтиришлар ошкозон резекциясидан сунг огир кандли диабет ва экзокрин етишмовчилигига олиб келади. Панкреонекроз турли шаклларда бу холат операция хажмини танлаш учун кийинчилик тугдиради.

Панкреонекрозда ошкозон ости безида бажариладиган хирургик аралашув турига кура резекцион (ошкозон ости бези нерозланган кисимини олиб ташлаш) ва орган сакловчи (ошкозон ости бези абдоминизацияси, некр- ва секвестрэктомия) операциялар килади.

Стерил панкреонекрозда эрта даврлардаги операциянинг асосий этапи-ут йуллари патологиясини бартараф этиш. Деструктив холециститда холицистэктомия килинади. Биллиар гипертензияда холицистотомия йули билан декомпрессия килинади. Куп холларда холецистэктомия лапороскопия ёки транскутан УТТ назорати остида олиб борилади. Йирингли асоратларда ут пуфаги декомпрессияси бажарилмайди.

Ошкозон ости бези абдоминизацияси орган дум ва тана кисмлари сохасида юкори ва пастдан корин парда кесилиб, корин орти клечаткасидан ажратилиб, корин бушлигига силжитилади. Операциянинг бу этапи парапанкреал клечаткани декомпрессияси ва панкреатоген ёки юкоридаги захарлигига эга булган ифлосланган суюклик эвакуациясига каратилган. Чарви ошкозон ости бези оркасида ойча холига келтирилиб, кейинчалик панкреонекроз некротик ва секвестрэктомия килинади.

Некрэктомия (орган паренхимияси билан боғланган некротик тукумани олиб ташлаш) ёки секвистрэктомия (эркин турган некротик тукумани улик тукумалардан олиб ташлаш) эхтиётлик билан бажарилади мезинтериал артерия ва веналардан аррозив кон кетиб ,йукотилган натижасида улим юз бериши мумкин. Бундан бирдан вакуум аспираторлар кулланилади. Аррозив кон кетишларнинг асосий сабаалари – талок артерияси ва венаси некрози ёки травмаси , юкори туткичнинг талок венаси билан кушилган жойи , кундаланг- чамбар ичак томирлари. Магистрал томирлар конаганда томир сентитик ип билан тикилади. Тукумаларни диффуз конаши тумток марли тампонлаш йули билан колдирилади.

Замонавий карашларга кура панкреонекрозда дренажлаш операцияларининг бир неча методлари кулланилиб, улар ошкозон ости бези, корин парда орти киетчаткасива корин бушлиги зарарланиши таркоклиги кандай булишидан катъий назар актив дренажланади. Дренажловчи операция методи секвестрэктомияни маълум режимини танлашда асосланади:

1. Программалаштирилган режимда утказиладиган, корин орти этапли ревизия ва санация (некроз ва секвестрэктомия).
2. Корин бушлиги органлари ва ошкозон ости бези сохасида, корин парда орти бушлигида асоратлар келиб чикканда шошилинич ва мажбурий релапаротомия («курсатма асосида»).

Панкреонекрозда бажариладиган корин орти дренажлаш операциялари тавсифланади: «ёпик», «ярим очик» ва «очик».

Корин парда орти «ёпик» дренажлаш методи куп каналли найсимон дренажлардан иборат булиб, лапоротом жарохатини тикиш шароитида куйишади. Бу туи чегараланган стерил панкреонекрозда курсатма булиб, улар давомли ва катта масштабли секвестрацияга учрамайди. Шунинг учун «ёпик» дренажлаш операциялари УТТ ва КТ назорати остида корин парда клечаткасини минимал жарохатлаб панкреатоген абсцессларда хам куйилади. Операциядан кейинги даврда дренаж системаси оркали антисептиклар билан деструкция ва инфекция учоклари ювилади. Операциядан кейинги даврда дренажланган учок холати УТТ, КТ ва фистулография билан текширилибтурулади. Асоратлар бошланганда (абсцесслар пайдо булиши, ноадекват дренажланганда) релапоротомия (курсатма асосида) ёки транскутан аралашувлар бажарилади. Таркок преонекроз хирургик даволаш компонентларига асосланган холларда корин орти бушлиги «ярим очик» ва «очик» дренажланиб, катта-катта некр- ва секвестрэктомия бажаришади.

Резина-докали дренажли констрикциялар таркалган панкреанекрозни даволашнинг «ярим очик» ва «очик» методлари таркибида куйидаги асосий функцияларни бажаради:

1. Киска муддатли дренажли функция. Сутка давомида Некроз дренаж узининг дренаж хусусиятини йукотиб боради.

2. Давомли каркас функция корин орти клечаткасидаги хамма бушликлар ва чунтакларни «Левомиколь» мази шимдирилган дока-салфеткалар билан тулдириш оркали амалга оширилади. Оширилган жарохатни «очик» даволашда, хар 24-72 соатда наркоз остида некр- ва секвестрэктомия ва богламларни алмаштириш амалга оширилади

3. Кичик диаметрдаги кон томирлардан диффуз паренхиматоз кон кетишда гемостатик функцияни бажаради.

Таркалган панкреанекроз балан огриган беморларнинг хирургик терапиясида кулланиладиган дренажловчи операциянинг «очик» методида «ёпик» ва «ярми очик» методлардаги камчиликлар йук.

«Очик » дренажловчи операциялар 2 хил тактика вариантларидан иборат: панкреатооментобурсостомия + люмботомия; лапаростомия.

Панкреанекроз билан огриган беморларнинг хирургик даволашда тактик йуналишлар тавсия этилган, шу жумладан традицион лапоротомия, эндоскопик ва транскутан технологиялар катъий дифференцирланиши курсатмалар асосида кулланилиши зарур. Традицион хирургик методлари операцияларнинг мукамаллашиши, клиник практикага кам инвазив технологияларнинг кириб келиши шуни курсатадики уларнинг конкуренцияли методлар эмас, чунки битта максадда – некротик ва йирингли учокни ликвидация килишга адекват шароит яратиш максатида кулланилади.

Юкорида кайд этилган хирургик даволашлар принциплари системазациялашган литератур анализ маълумотлари билан тасдикланади, уларнинг курсатишига панкреанекрознинг инфекцияланган формаларини даволашнинг «Традицион» хирургик методларини куллашда улим даражаси максимал ретроперитонеал бушликнинг «очик» ёки «ярим очик» дренажлашметодида, программалашган некр- ва секвестрэктомия ва “ёпик” дренажловчи операциларни куллашда улим даражаси анча паст.

Хулоса килиб шуни айтиш керакки, уткир панкреатит, айникса стерил ва инфекцияланган панкреанекроз билан огриган беморларни даволашда бу патологик холатларнинг патогенетик мохиятини акс этирувчи замонавий усулларни камраб олиш керак.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 11

Мавзу: Ўткир ва сурункали панкреатитлар. Ўткир панкреатитнинг клиникаси, ташхиси, таққосий ташхис, давоси. Ўткир панкреатитнинг турларини клиник кечиши, касалликни ривожланишида "трипсин" ва "липаза" даврларини ахамияти, касалликни патологик жараёни ривожланиши даврига кўра клиник кечишини ўзига хослиги, касаллик ташхисида лаборатор текширувларнинг ахамияти, панкреатитни бошқа ўхшаш касалликлар билан таққосий ташхиси ўтказиш ва даволаш тактикаси.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ УКИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вакти: 5 соат	Талабалар сони: 10-12 нафар
Уқув машгулоти режаси:	I. Мавзуга оид маълумотлар: 1. Уткир ичак тутилиши ҳақида тушунча; 2. Этиологияси; 3. Патогенези;

	<p>4.Классификацияси; 5.Клиник кечишини; 6.Текшириш усуллари; 7.Дифференциал диагностикаси, ўткир ичак тутилиши асоратлари; 8.Замонавий даволаш усуллари. II.Талабалар билан биргаликда мавзуга оид беморларни курация килиш. III. Интерактив усуллар ташкил килиш ва кичик гуруҳларда уларнинг фаоллигини ва тушунчасини баҳолаш. IV. Мавзуга оид кургазма материаллар намойиши: слайд; видеофильмлар. V. Талабаларнинг амалий куникмаларни бажаришини баҳолаш. VI. Мавзуга оид тест синовини утказиш.</p>
Укув машгулотининг мақсади.	Талабаларга Уткир ичак тутилиши касаллиги ҳақида батафсил тушунча бериш, билимларини чуқурлаштириш ва мустаҳкамлаш, амалий куникмаларни тугри бажара олишини мақсад қилган.
Машгулот моҳияти:	Машгулот беморларни замонавий диагностикаси ва даволаш усуллари ургатади.
<p>Уқитувчининг вазифалари: Уткир ичак тутилиши мавзуси буйича талабаларга тушунча бериш, билимларини мустаҳкамлашдан иборатдир. 1.Уткир ичак тутилиши ҳақида тушунча; 2.Этиологияси; 3.Патогенези; 4.Классификацияси; 5.Клиник кечишини; 6.Текшириш усуллари; 7.Дифференциал диагностикаси, ўткир ичак тутилиши асоратлари; 8.Замонавий даволаш усуллари.</p>	<p>Укув фаолияти натижалари: Талаба 1.Уткир ичак тутилиши ҳақида тушунча; 2.Этиологияси; 3.Патогенези; 4.Классификацияси; 5.Клиник кечишини; 6.Текшириш усуллари; 7.Дифференциал диагностикаси, ўткир ичак тутилиши асоратлари; 8.Замонавий даволаш усуллари ҳақида билиш. Мавзуга оид янги инновацион технологияларни (презентация, инсерт, «Кластер», «Юмалок стол», «Иссик картошка», «Блиц суров») қуллай олиш.</p>
Талаба қуйидаги асос билимларга эга бўлиши лозим:	<p>1.Уткир ичак тутилиши ҳақида тушунча; 2.Этиологияси; 3.Патогенези; 4.Классификацияси; 5.Клиник кечишини; 6.Текшириш усуллари; 7.Дифференциал диагностикаси, ўткир ичак тутилиши асоратлари; 8.Замонавий даволаш усуллари.</p>
Талабалар қуйидаги амалий куникмаларни бажара олиши	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Клизма килиш техникаси. ➤ Операциядан кейинги беморларни парвариш килиш. ➤ Операциядан кейинги беморлар боғламасини алмаштира олиш.

Лозим:	
Талаба билиши шарт:	1. Уткир ичак тутилиши хақида тушунча; 2. Этиологияси; 3. Патогенези; 4. Классификацияси; 5. Клиник кечишини; 6. Текшириш усуллари; 7. Дифференциал диагностикаси, ўткир ичак тутилиши асоратлари; 8. Замонавий даволаш усуллари.
Укитиш услуби ва техникаси:	Бу семинар машгулоти давомида укитиш савол-жавоб, айтиб бериш ва дискуссия шаклида утказилади. Бунда презентация, инсерт, «Кластер», «Юмалок стол», «Иссик картошка», «Блиц суров», шунингдек тест ва холатий масалалар тахлил қилинади.
Укитиш воситалари. Машгулот учун керакли кургзма куроллар ва асбоб-анжомлар.	Маъруза матни, компьютер, проектор, маркерлар, доска, коғоз. ➤ Уткир ичак тутилишига таълуқли слайдлар, жадваллар. ➤ Операция ва боғловларни алмаштириш учун зарур асбоб-ускуналар.
Укитиш шароитлари:	Маъруза зали, гуруҳларда ишлашга мулжалланган техник жиҳозланган укув хонаси, қабул булими, хирургия булимида боғлов ва операция хоналари.
Мониторинг ва баҳолаш:	Оғзақи суров, тест, вазиятли масалалар, амалий куникмалар намойиши, боғлов ва операция хоналарида ишлаш, конспект, мустақил иш, интерактив уйинларда катнашиш.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК ХАРИТАСИ

Машгулот давомийлиги 5 соат

Босқичлар и	Фаолият босқичлари ва хронологияси		Вақти
	Укитувчи	Талаба	
Тайерлов қисми.	Эрталабки конференция. Эрталабки врачлар конференциясида асосан янги келган беморлар ва навбатчилик давомида кузатувда булган беморлар муҳокама қилинади. Талабаларга мавзуга мос беморлар муҳокама қилинаётганда дарс вақти муҳокама қилиш учун дафтарларига ёзиб олишларини уқтирилади. <i>Гуруҳ билан танишув ва йўқлама.</i>	Тинглайди, ёзиб олади.	8³⁰ – 9¹⁵
	Уткир ичак тутилиши мавзусида маъруза	Тинглайди, савол беради, ёзиб олади.	09²⁰ - 11⁰⁰
	Танаффус		

<p>I. Мавзуга кириш қисми</p>	<p>1.1. Ассистент талабаларга фаннинг мақсади, унда утиладиган мавзуларнинг долзарблигини фаннинг тартиб-қоидалари, талабалар бажариши лозим бўлган кафедра талаблари билан қисқача таништириб чиқади.</p> <p>1.2. Талабаларга утиладиган мавзулар режаси, муваққил иш мавзулари тарқатилади.</p> <p>1.3. Машгулотнинг ўтиш тартиби ва баҳолаш мезонлари тушунирилади, тарқатма материаллар тарқатилади.</p>	<p>Тинглайди, ёзиб олади. Саволлар бериб тушинмаган саволларга аниқлик киритади.</p>	<p>11⁰⁵ - 11²⁰</p>
<p>II. Мавзунинг асосий қисми</p>	<p>2.1. Мавзунинг ўзлаштириш. Бугунги мавзунинг эълон қилади. Мавзунинг режасини, асосий эътибор қилиш лозим бўлган қуниқмаларга ургун беради. Маъруза вақти берилган материалларни «Блиц - суров усули» билан муҳокама қилинади. Ичак анатомияси, қон билан таъминланиши, иннервацияси қандай? - саволни муҳокама қилиш. Анатомия, нормал ва патологик физиологияни ёдга олган ҳолда қурғазмалар қуроллар (жадвал, схема, слайд) ёрдамида Уткир аппендицит қасаллиги таҳлил қилинади.</p>	<p>Эшитилади ва берилган саволларга кетма-кет жавоб беради.</p>	<p>11²⁵ - 11⁵⁰</p>
<p>2.2. Семинар машгулотнинг асосий тушунчалари бўйича блиц-суров утқазилади. Бунда қасалликнинг этиопатогенези, клиникаси, диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш тартиблари тулик ёритилади.</p>	<p>Ҳар бир талаба саволларга жавоб беради ва намойиш маълумотларини ёзиб олади.</p>		
Тушлик		40 дақ	
<p>2.3. Талабалар 3 та гуруҳга бўлинади (<i>ҳар бир гуруҳда 2-3 талаба бўлса мақсадга мувофиқ бўлади ва бу гуруҳлар цикл якунигача командалигича қолади</i>). Бунда гуруҳларга «Уткир ичак тутилиши этиопатогенези» кетма-кетлигига Кластер тузиш бўйрилади.</p>	<p>Қичик гуруҳлар вазиқани олишади ва ўзжавобларини ёзишади</p>	<p>12³ - 13¹⁵</p>	
<p>2.4. «Уткир ичак тутилиши клиникаси» босқичлари «гул барғи» схемаси орқали муҳокама қилинади.</p>	<p>Схема ва жадваллар мазмунини муҳокама қилади. Саволлар бериб асосий</p>		

		жойларини ёзиб олади.	
	2.5. Хар бир боскичларда утказиладиган муолажалар, куникмалар бирма-бир муҳокама қилинади.	Берилган вазифани муҳокама қилишади ва интерактив усулни биргаликда ечимига жавоб беришади	
	2.7. Презентация. Мавзу: <i>Утқир ичак тугилиши</i>	Тамошо қилишади ва асосий жойларини ёзиб олишади.	
	2.8. Утилган мавзунини устаклаш. Гуруҳни 2-3 кишидан бўлиб хар бир гуруҳга вазиятли масала таркатади. Вазиятли масала ечими 2-3 пунктдан иборат бўлиб хар бир талабага битта пункт ечиш буюрилади ва гуруҳ билан умумий ҳолда қуриб чиқиб сунгра баҳога жавоб бериш уқтирилади.	Вазифани олишади, таҳлил қилишади ва биргаликда жавоб беришади.	
	Танаффус	5 дақиқа	
	Амалий куникмаларни қайтариш. Қлизма қилиш техникаси, боғлов хонасида ишлаши		мустикал равишда бажаради.
III. Машгулотнинг якуний ва баҳолаш қисми.	Утилган мавзудан тест синамаси утқизиш. Дарсни якунлайди ва талабалар туплаган балларни эълон қилади.	Эшитадилар. Топшириқни оладилар ва бажаради.	13²⁰-14⁰⁵
	Эртанги кун мавзуси тугрисида қискача йуналиш бериш. Эртанги мавзу:		

Такдимот материаллари.

1. -илова	Аклий ҳужум методи, гуруҳ билан ишлаш қоидалари
2. -илова	Уқув топшириқлари
3. -илова	Утқир ича тутилишини таснифи. Келиб чиқиши буйича
4. -илова	Утқир ича тутилишини таснифи. Келиб чиқиши механизми буйича
5. -илова	Утқир ича тутилишини таснифи. Клиник кечиши буйича
6. -илова	Утқир ича тутилишини таснифи. Клиник белгилари
7. -илова	Назарий қисм

Семинар машғулотида қулланиладиган инновацион технология методларининг асосий қоидалари.

«Аклий ҳужум» методининг асосий қоидалари:

- Олға сурилган фикр ва ғоялар танқид остига олинмайди ва баҳоланмайди;
- Таклиф қилинаётган фикр ва ғоялар қанчалик фантастик ва антиқа бўлса ҳам, уни баҳолашдан ўзингизни тийинг!
- Танқид қилманг – ҳамма билдирилган фикрлар бир хилда бебаҳодир.
- Фикр билдириляётганда бўлманг!
- Мақсад – фикр ва ғоялар сонини кўпайтириш.
- Қанчалик кўп фикр ва ғоялар билдирилса, шунчалик яхши. Янги ва бебаҳо фикр ва ғоянинг вужудга келиш эҳтимоли пайдо бўлади.
- Агар фикрлар қайтарилса асабийлашманг ва ҳайрон бўлманг.
- Бу муаммо фақатгина маълум усуллар ёрдамидагина ҳал бўлиши мумкин, деб ўйламанг.
- Фикрлар «ҳужуми»ни ўтказиш вақти аниқланади ва унга қатъиян риоя қилиниши шарт.
- Берилган саволга қисқача (1-2 сўздан иборат) жавоб берилади.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:

- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин;
- ёрдам сўраганларга ёрдам беришлари лозим.

Инсерт – самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустикал ўқиб-урганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқд материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; –; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

- “v” - мен билган нарсани тасдикдайди.
- “+” - янги маълумот.
- “-“ - мен билган нарсага зид.
- “?” - мени уйлантирди. Менга кушимча маълумот зарур.

Б.Б.Б. усули

Талабаларга мавзуга доир иборалар таклиф этилади, талабалар шу иборалардан билганларини «+» билан, билмаганларини «-» билан белгилайди ва жадвалга фиксация қилинади.

Ўқув топшириқлар

Топшириқлар.

2-илова

1. Саволга жавобни шакллантиринг.
юкориги ва пастки ичак тутилиши чегарасини айтинг?
2. Странгуляция ичак тутилиши патогенези бўйича схема тузинг.
3. Ушбу тушунчаларнинг мазмунини ёритинг.

Гуруҳ билан ишлаш қоидалари

Гуруҳ аъзоларининг хар бири

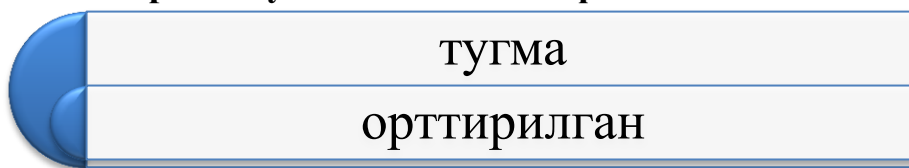
- ўз шерикларининг фикрларини хурмат қилишлари лозим;
- берилган топшириқдар бўйича фаол, хамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим;
- ўзларига ёрдам керак булганда сурашлари мумкин;
- ёрдам сураганларга кумак беришлари лозим;
- гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
- “Биз бир кемадамиз, бирга чукамиз ёки бирга кутиламиз” қоидасини яхши билишлари лозим.

Б.Б.Б. усули асосида билимларни синаш учун тарқтма материаллар

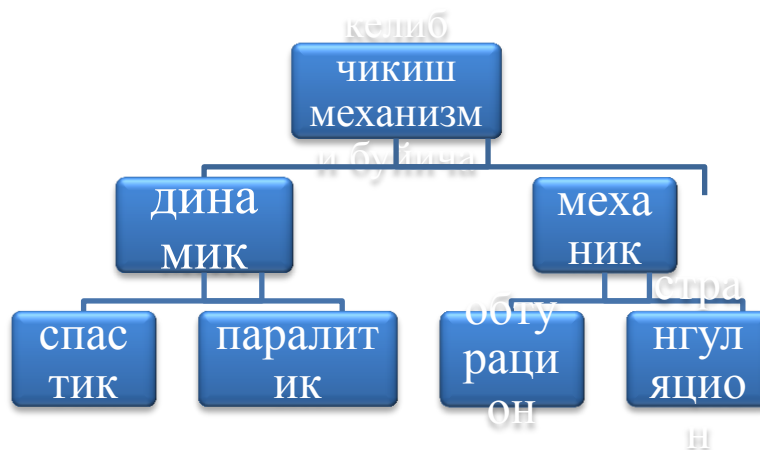
Тушунча	Биламан “+”, Билмайман “-”	Билдим “+”, Била олмадим“-”
Бинар номенклатура:		
Ингичка ичак анатомияси		
Механик ичак тутилиши тушунчаси		
Этиологияси		
Патогенези		
Патанатомияси		
Классификацияси		
Клиникаси		
Механик ичак тутилиши диагностикаси		
Дифференциал диагностикаси		
Замонавий даволаш усуллари		
Беморларни текшириш усуллари:		
Сураб-суриштириш		
Анамнез йиғиш		
Куздан кечириш		
Пальпация		
Перкуссия		
Аускультация		

Ноинвазив текшириш усуллари		
Инвазив текшириш усуллари		

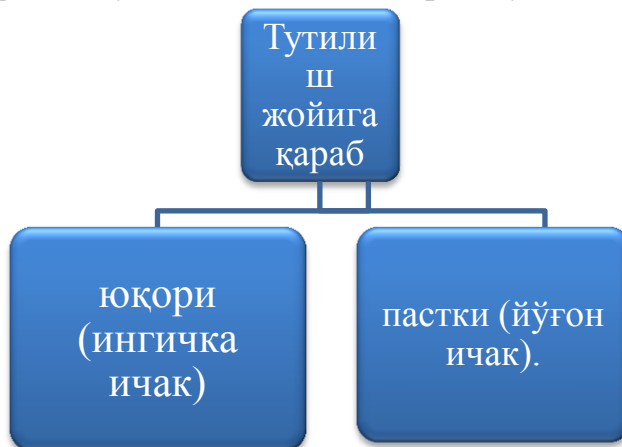
илова-3. Утқир ича тутилишини таснифи. Келиб чиқиши буйича



илова-4. Утқир ича тутилишини таснифи. Келиб чиқиши механизми буйича



илова-5. Утқир ича тутилишини таснифи. Тутилиш жойига қараб



илова-5. Утқир ича тутилишини таснифи. Клиник кечиши буйича



илова-6. Уткир ича тутилишни клиник белгилари

асосий клиник симптомлар								
хуружс имон огрик	Спасок укоцки й симпто ми	Лотеис сен симпто ми	кўнгил айниш и ва кусиш	ичнинг келмас лиги ва ел чикмас лиги	Валь симпто ми	Кивуль симпто ми	Матъе - Скляр ов симпт оми	Обухо в касалх онаси симпт оми

илова 7

Назайи қисм. Ўткир ичак тутилиши (ичакнинг ўткир тутилиши, илеус, уткир илеус) – ичак йўлидаги таркибий қисм пассажираининг бузилиши билан ривожланувчи ҳолат.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари ўртасида ўткир ичак тутилиши 3,5-9% ни ташкил этади. Кўпинча ичак тутилиши 40-60 ёшда учрайди. Ичак тутилиши аёлларга қараганда эркакларда кўпроқ учрайди. Ёз ва куз ойларида (июл-октябр) ўткир ичак тутилиши билан касалланганлар сони кўпроқ учрайди, чунки бу даврда ўсимлик озукалари таркибидаги клетчатка тушиши ҳисобига ичаклар кўпроқ зўриқади.

Ўткир ичак тутилиши билан беморларни даволашнинг натижалари аввало касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ. Операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи касаллик бошланишидан бошлаб 6 соатгача касалхонага ётқизилган беморлар орасида 2,1—3,1% ни, 24 соатдан кечикиб ётқизилганлар орасида 16,4—19,9% ни ташкил қилади (Зайцев В. Т. муаллифдошлари билан, 1989).

Ўткир ичак тутилишидаги ҳар хил аспектларни ўрганиш узок тарихга эга. Бу касаллик ҳақидаги биринчи тушунчани Гиппократ берган. Унинг фикрича, илеус ичаклардаги газлар ҳисобига ҳосил бўладиган яллиғланишлар натижасидаги келиб чиқадиган ҳолат. Гален ўз ишларида ичак тутилишига яллиғланиш ҳисобига ичаклар перистальтикаси бузилиши сабаб бўлишига эътибор қилган. Бу олимлар лаборатор, паталогоанатомик текширувларсиз ҳамда замонавий анатомия ва физиология билимларига эга бўлмай, ичак тутилиши патогенезида зарурий элементлар – ичак харакатини бузилиши, газ ва суюқликлар натижасида ичаклар кенгайишини кўрсатиб ўтишган. XVII аср бошларида Riolan ўткир ичак тутилишида механик, обструктив ва странгуляцион турлари мавжудлигини исботлади. Бу эса илеусни оператив даволаш уринишлар бошланишига олиб келди.

Ҳозирги кунда В.П. Петров ва И.А. Ерюхин (1985) таклиф этишган классификацияси кўлланилади.

Ўткир ичак тутилиши классификацияси:

1. Келиб чиқиши бўйича – туғма ва орттирилаган. Туғма ичак тутилишига ривожланиш нуқсонлари, ингичка ва йўғон ичаклар атрезиялари сабаб бўлади.
2. Келиб чиқиш механизми бўйича – механик ва динамик.

2.1. Механик ичак тутилиши обтурацион (тутқич томирларини сиқиб қўймасдан) ва странгуляцион (тутқич томирларини сиқиб) ва аралаш (странгуляцион ва обтурацион комбинацияси) турларига бўлинади.

2.2 Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

3. Тутилиш жойига қараб – юқори (ингичка ичак) ва пастки (йўғон ичак).

4. Клиник кечиши бўйича – тўлиқ ва қисман, ўткир ва сурункали.

Ичакнинг динамик (функционал) тутилиб қолиши деганда ичакнинг мотор фаолияти бузилиши билан ўтадиган патологик ҳолатлар тушунилади, бунда механик тўсиқ бўлмагани ҳолда унинг тутилиб қолиши содир бўлади.

Динамик ичак тутилишига қорин бўшлиғидаги ўткир яллиғланиш касалликлари (аппендицит, холецистит, панкреатит, перитонит ва бошқалар), қорин орти соҳасининг яллиғланиш касалликлари (паранефрит), шикастлар ва травматик жароҳлик амалиётлар, қорин бўшлиғи аъзоларида қон айланишни ўткир бузилишлари (талоқ инфаркти, тутқич томирларини тромбози) сабаб бўлиши мумкин. Ундан ташқари динамик ичак тутилишга метаболик ўзгаришлар (диабетик, уремик кома), захарланишлар (морфин, кўрғошин билан) олиб келиши мумкин.

Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

Механик ичак тутилишида динамик ичак тутилишидан фарқли равишда ичак бўйлаб таркибий қисмни пассажини бузилиши механик тўсиқ борлиги билан боғлиқ.

Обтурацион ичак тутилишида (5-8% ташкил этади) жараёнга ичак томирлари қўшилмагани ҳолда ичак бўшлиғининг ичкаридан бекилиб қолиши рўй беради. Унинг сабалари ўсмалар, гижжалар, фитобезоарлар, ўт тошлари, ёт жисмлар, нажас тошлари бўлиши мумкин. Обтурацион тутилиши ичакни ташқаридан, яқин жойлашган аъзолардан чиққан усмалар, кисталар, ҳамда чандиқлар ҳисобига ҳам ривожланиши мумкин. Лекин бунда тутқич томирлари сиқилмаган ҳолда бўлиши керак.

Странгуляцион ичак тутилишида эса аксарият ичак бўшлиғини ташқаридан сиқиб қўйишдан ташқари тутқич томирлари сиқилиши кузатилади. Бу эса ичакнинг қисилган қисмида қон айланишини бузилишига кўпроқ олиб келади. Ичак тутилишини бу турида кўпроқ деструктив жараён кузатилди, эндотоксикоз ва перитонит тезроқ ривожланади. Странгуляцион ичак тутилиши ичак тутилишни ҳамма турлари ичида 15-40% ҳолатларида учрайди.

Странгуляцион ичак тутилишига ичаклар буралиб қолишлари, тугун ҳосил бўлиши, чурра дарвозасида ичак қисилишлар киради.

Механик ичак тутилишининг аралаш турида обтурация ҳамда странгуляция биргаликда келади. Бу ҳолатга яққол мисол деб инвагинацияни келтириш мумкин. Инвагинация кўпроқ ёш болаларда учрайди. Унда ичакни бир қисми ва унинг тутқичи ёнида жойлашган ичакка кириб қолади. Бунда ичак механик тўсиқ ролида иштирок этади, тутқичи қисилиб қолиши ҳисобига тутқич томирларда қон ўтиш тўхтади.

Охириги вақтларда аралаш ичак тутилишига айрим мутахассислар чандиқли ичак тутилишини кирита бошладилар. Чунки чандиқли жараёнда ҳам айна аралаш ичак тутилишга хос ҳолат кузатилади.

Ичакнинг механик айниқса странгуляцион ўткир тутилиб қолишида касалликнинг бир ҳил оғирликда кечмаслигини ҳисобга олиб, юқори ва паст тутилиб қолишни фарқ қилиш муҳим (юқори тутилиб қолиш бирмунча оғир кечади).

Этиологияси ва патогенези. Ўткир ичак тутилишини этиологик омиллари ичида мойиллик ва олиб келтирувчи сабабларини ачратиш мумкин.

Мойиллик ҳолатлар ўткир ичак тутилиши пайдо бўлишига асос бўлиб қолади. Улар туғма ва орттирилган бўлишлари мумкин.

Туғма мойиллик ҳолатларга ичак тутилишини анатомик аномалиялари: ичакнинг айрим қисмларини узун ёки кенг бўлиши (мегаколон – кенгайган ичак, долихосигма – узун ичак), ичак бурилишини нотўлиқ бўлиши, туғма стенозлар, окклюзиялар ҳамда ичакнинг нерв-мушак аппаратининг туғма нуқсонлари (Гиршпрунг касаллиги) киради.

Орттирилаган ҳолатларга қорин бўшлиғида бажарилган жароҳлик амалиётдан кейин ва яллиғланишлардан кейинги пайдо бўлган чандиқлар, орттирилган чурралар, ўсмалар, ўт тошлари, фитобезоарлар, гижжалар, нажас тошлари киради.

Мойиллик ҳолатларга баланссиз, нотўғри овқатланишлар кириши тасдиқланган.

Бир неча мойиллик холатлар бўлишига қарамай ўткир ичак тутилиши фақат олиб келувчи сабаблар бўлганида ривожланади. Улар ичига қорин бўшлиғида бирдан босим ошиб кетиши, оғир жисмоний зўриқиш, кўп моқдорда овқатланиш киради.

Ўткир ичак тутилиб қолиши билан касалланган беморларни даволаш натижалари касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ.

Клиникаси ва диагностикаси.

Ўткир ичак тутилишини диагностика қилиш касаллик анамнези ва бемор шикоятларини тўғри таҳлил қилиш, умумий холатга ва патологик жараённинг локал кўринишларига, шунингдек турли хил кўшимча ёки махсус текшириш усуллари натижаларига баҳо беришга асосланиши керак.

Ичак механик тутилиб қолишининг энг характерли симптоми - қориннинг тутиб-тутиб **оғришидир.**

Ичакдаги суюқликнинг сўрилишига тўсиқ пайдо бўлганлигига организм муҳофаза реакцияси билан жавоб беради, бу тўлғоқсимон оғриқ кўринишида юзага чиқадиган кучли перистальтика билан ифодаланади.

Тўсиқ ҳажми оғриқ хуружларининг кучи, тезлиги ва давомлилиги ўзгариб туриши мумкин.

Обтурацион тутилиб қолиш учун, масалан, у йўғон ичакда бўлса, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Бемордан сўраб-суриштирганда оғриқ уни бир неча суткадан бун безовта қилаётганини аниқласа бўлади. Аксинча тутилиб қолишнинг странгуляция шакллари (буралиб қолиш ва айникса тугун ҳосил қилиш) деярли тўсатдан кескин оғриқ пайдо бўлиши билан кечади, бунда нисбатан қисқа фурсатлар ичида бирин-кетин оғриқ хуружлари бўлиб туради.

Оғриқ аста-секин орта боради, парез ривожлангандан кейин тўсиқдан юқорида у доимий бўлиб қолади. Бу перистальтиканинг сусайиб кетиши билан боғлиқ. Буралган жой қанчалик юқори жойлашган бўлса, оғриқ хуружи давомлилиги шунчалик кам ва хуружнинг ўзи оғирроқ бўлади.

Оғриқ реакциясини синчиклаб таҳлил қилиш қатор ҳолларда механик тутилиб қолишни динамик тутилиб қолишдан ажратишга қолмай, балки унинг странгуляцион турини обтурацион туридан ажратиш имконини беради. Обтурацион тутилиб қолишда хуружлар йўқ пайтида беморлар деярли оғриқ сезмайдилар. Странгуляцион тутилиб қолишда эса беморларда хуруж бўлмаган вақтида ҳам оғриқ сақланиб қолади, чунки уларда оғриқ синдроми иккита йўл билан келиб чиқади: кескин тўлғоқсимон оғриқ перистальтик тўлқинлар натижаси бўлса, тўлғоқсимон оғриқ бўлмай турган вақтлардаги симиллаган доимий оғриқ - жараёнга тортилган ичак тутқич сегменти томирлари ва нервларининг қисилиши оқибати ҳисобланади.

Касалликнинг бошида айрим беморлар оғриқ пайдо бўлган ёки йўқолган жойни етарли даражада кўрсатиб бера оладилар. Бироқ кўпинча оғриқ бутун қорин бўйлаб ёйилади ёки киндик ёхуд бел соҳасида жойлашади.

Оғриқ синдроми характери ва хусусиятларини беморни биринчи марта кўздан кечиришнинг ўзидаёқ аниқлаб олишга ҳаракат қилиш керак. Беморнинг вақти-вақти билан безовталаниб туриши, юз қиёфасидан оғриқдан изтироб чекаётганини пайқаш, перистальтик шовқинларнинг шундоққина эшитилиб туриши хуружсимон оғриқ борлигидан далолат бериши мумкин. Ҳаддан ташқари озган беморларда баъзан қорин девори орқали ичак перистальтикасини кўриш мумкин.

Бироқ перистальтика холати тўғрисидаги батафсил ахборотни олиш учун қорин бўшлиғини аускультация қилиш керак бўлади. Бунда унинг фақат кучайиши ёки секинлашишини эмас, балки пайдо бўлган жойи, шунингдек тарқалиш зонасини ҳам кайд қилишга муваффақ бўлади.

Қоринни вақти-вақтида эшитиб туриш касаллик динамикаси тўғрисида маълум даражада хулоса чиқаришга имкон беради. Қорин бўшлиғини аускультация қилишда аниқланадиган «тушаётган томчилар» симптоми (**Спасокукоцкий симптоми**) ичак ўткир тутилиб қолишининг характерли патогномоник белгиси ҳисобланади. Бу сингиб кетган ном симптомининг келиб чиқишига унчалик мувофиқ келмайди: гап «тушаётган томчилар» устида эмас, балки ўзида

суюқлик ёки газ сақлаб турган бирор бўшлиққа суюқлик ёки ҳаво пуфакчалари куйилиши тўғрисида бораяпти.

Бу симптом ичакнинг шишиб чиққан қовузлокларида суюқлик ва озод газ борлигидан далолат бериб, уларда ўтказувчанликнинг бўзилганлигини кўрсатади. У тўлиқ суствлашиб қолган ва тез орада йўқоладиган перистальтика вақтидагина аниқланади. Бу симптомнинг топилиши хирургга ичакнинг ўткир тутилиб қолиши диагнозини куйишга тўлиқ асос бўла олади.

Айрим ҳолатларда қоринни аускультация қилганда нафақат ичак перистальтикаси йўқолиши, балки юрак уриши ва нафас олиш эшитилади (**Лотейссен симптоми**).

«Оғриқ босқичи» тугагандан ва перистальтика йўқолгандан кейин ичакнинг механик тутилиб қолиши эмас, балки функционал тутилиб қолиши биринчи ўринга чиқади. Дам бўлган қоринда доимий туташ оғриқ бўлган, интоксикация ҳодисалари ортиб бораётган бу даврда - касалликнинг дастлабки табиатини аниқлаш ғоят қийин.

Одатда, хирург ичакнинг механик тутилиб қолишининг асорати - перитонит деб диагноз кўяди.

Ўткир ичак тутилишда **кўнгил айниши ва қусишнинг** мустақил диагностик аҳамияти йўқ. Чунки қорин бўшлиғи аъзоларининг деярли ҳар бир ўткир касаллигида кўнгил айниши ва қусиш бўлади. Лекин қусиш характери ичак тутилиб қолишининг ҳар хил турларида бир хил бўлмайди. Одатда паст странгуляциян тутилиб қолишнинг бошланиши бир ёки икки марта рефлектор қусиш билан ўтади. Юқори тутилиб қолишда бемор кўп қусади, қусиш уни ҳолдан тойдиради, кўнгил беҳузур бўлади, кўпинча хикичоқ тутиши ва кекириш безовта қилади.

Механик ва функционал тутилиб қолишнинг кечиккан муддатларидаги қусиш бирмунча характерли, бунда перитонит белгилари пайдо бўлиши моторика бузилиб, ичак бўшлиғида йиғилиб бораётган суюқлик юқорига отилиб чиқади. Шунга кўра қусиш ҳеч қачон аҳволни енгиллаштирамайди. Касаллик зураиб кетган ҳолларда ичакнинг тўсиқдан юқори қисмидаги суюқлиги чириб парчаланиши натижасида ахлат аралаш қусиш деган ҳолат рўй беради.

Ичак тутилиб қолишининг патогномоник симптоми **ичнинг кечикиб келиши ёки келмаслиги ва ел чиқмаслиги** ҳисобланади. Айрим муаллифлар маълумотларига кўра беморларнинг 60-70% ичнинг сира келмаслиги ва ел чиқмаслигини, 16% - қисман ич келмаслигини қайд қилган.

Ич келмаслиги ва ел чиқмаслигининг диагностик аҳамиятига тўғри баҳо бериш учун касалликнинг ҳар бир ҳодисасига алоҳида ёндошиш керак. Бу симптом иккита ҳолда: чамбар ичак терминал бўлимида механик тўсиқ бўлганда (сигмасимон чамбар ичак буралиши, чамбар ичак чап ярми бўшлиғининг тўлиқ обтурацияси) ва хазм тракти тўлиқ адинамиясида (фалажи) бўлади. Ичакда ажралмалар чиқмаслиги аксарият унинг тутилиб қолганидан дарак беради.

Бироқ беморда ич келиши ва ел чиқиши бу патологияни инкор этмайди. Йил сайин ичакнинг битишмалар сабабли тутилиб қолиш ҳоллари кўпайиб бораяпти, бу аксарият ингичка ичак қовўзлокларидаги жараён билан чегараланиб қолади. Шунинг учун битишма жараёнига қўшилмаган йўғон ичак бўшалиб туриши мумкин. Шу муносабат билан бемордан сўраб-суриштиришда неча марта ич келиши, унинг ўзича келиш-келмаслигини аниқлаш муҳим. Аксарият қўшимча рағбатлантирувчи тадбирлардан кейингина жуда оз микдорда ич келиши ва ел чиқиши кузатилиб туради.

Қоринни кўздан кечириш кўп ҳолларда диагноз қўйишда хал қилувчи омил бўлиши мумкин. Қоринда ҳар қандай характердаги оғриқ бўлган беморнинг қорин деворидаги жарроҳлик амалиётдан кейинги чандиқлар ичакнинг битишмалардан тутилиб қолганлигини кўрсатади. Бир мунча муаллифлар маълумотларига кўра қорин бўшлиғидаги битишмалар 75—80% ҳолларда механик тутилиб қолишга, 30—45% ҳолларда функционал (динамик) тутилиб қолишга сабабчи бўлади.

Қорин дам бўлиши ичак тутилиб қолишининг муҳим симптоми ҳисобланади. Дарҳақиқат, ич келмаслиги ва ел чиқмаслиги тез орада қорин хажмининг катталашувига олиб келади. Бироқ кўрсатиб утилган белгига танқидий баҳо бериш лозим. Афтидан, қориннинг дам бўлиб шишиб чиқиши ичак тутилиб қолишининг эрта белгиси бўлмаса керак.

Ичакнинг механик тутилиб қолишининг характерли белгиси **Валь симптоми** ҳисобланади. Валь симптоми шишиб чиққан ичак қовузлоғи туфайли чегараланган метеоризм пайдо бўлишидир.

Қоринни пайпаслаб кўриш ва перкуссия қилиш қорин бушлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида энг тўлиқ тасаввур беради. Перкуссия ёрдамида сигмасимон чамбар ёки кўричак буралганда қисилган қовузлоқ чегарасини аниқлаш - юқори чегараланган тимпанит симптоми (**Кивуль симптоми**), перитонит сабабли функционал тутилиб қолишда қорин бўшлиғида озод суюқлик борлигидан пайқаш мумкин.

Ичак тутилиб қолганлигини аниқлашда қоринни пальпация қилиш аускультация сингари катта аҳамиятга эга. Хирург қоринни пайпаслаб кўришда қорин пардаси таъсирланиш симптомлари бор-йўқлигини, «чайқалиш шовқини» (**Матъе-Скляров симптоми**) борлигини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак.

Ўткир ичак тутилишида қорин, одатда, юмшоқ бўлади ва ичак девори деструкциясида ва перитонит ривожлангандан кейингина мускуллари таранг тортади. Бироқ бу симптом аниқ намоён бўлиш даври одатда қисқа бўлади, чунки тез орада метеоризм пайдо бўлади.

Шишиб чиқмаган қоринни пайпаслаб кўришда инвагинацияда колбасасимон шиш, яллиғланиш инфилтрати ва бошқа тузилмалар аниқданиши мумкин.

«Чайқалиш шовқини» ичак ўткир тутилиб қолишининг патогномоник симптоми ҳисобланади. Уни ичак қовузлоқларида маълум миқдорда димланган суюқлик пайдо бўлганда ва камроқ ҳолларда битта қовузлоқ қисилиб қолганда аниқлаш мумкин.

Туғри ичакни бармоқ билан, аёлларда эса қинни текшириш зарур. Бу тадбир қовуқ бўшатилгандан кейин бажарилиши керак. Ичакнинг обтурацион тутилиб қолишида ўсма ёки обтурация қиладиган бошқа тўзилма аниқланиши мумкин. Бироқ у ёки бу патологик тузилмалар аксарият касалликнинг кечиккан босқичларида топилади. Кичик чаноқ бўшлиғида суюқлик йиғилиши қин гумбази орқа қисмининг осилиб қолиши ёки қалқиб туриши, текширишда оғриши билан юзага чиқади.

Сигмасимон чамбар ичак учун характерли белги - тўғри ичак сфинктери очиқ турган ҳолатда унинг ампуласи бўш ҳолатда (баллонсимон кенгайиш) бўлиб, унга **Обухов касалхонаси симптоми** дейилади.

Инструментал текшириш усуллари.

Ўткир ичак тутлиши билан беморларга ташхис қўйишда рентгенологик текшириш ката аҳамиятга эга. Рентгенологик текшириш ичак тутилиб қолишининг характерини ва даражасини аниқлашга имкон беради.

Ичак тутилишида рентгенологик текширув асосини (контраст моддалар қўлламадан) ичак қовузлоқларида ел ва суюқлик сатхларини (Клойбер косачалари) аниқлаш мумкин. Рентгенологик текширувида нормада қорин бушлиғи гомоген қоронғилашган, фақат чап диафрагма остида меъданинг газ пуфаги ва ундаги суюқлик сатҳини кўриш мумкин; чамбар ичакнинг чап ярми ҳам одатда озрок миқдорда газ тутади. Ингичка ичак қовузлоқларида газ бўлмайди.

Клойбер косачаларини аниқлаш учун беморни вертикал ҳолатда турганда текшириш керак. Бироқ бемор аҳволининг оғирлигидан ҳамма вақт шундай қилишга имкон бўлавермайди. Бундай ҳолларда текширишни латеропозицияда ўтказиш, яъни беморни ўнг ёки чап ёнбоши билан ётган ҳолатида текшириш мақсадга мувофиқ бунда рентген нурлари орқа томондан йуналтирилиши лозим.

Клойбер косачаларини жойлашиши ва шаклига қараб ичак тутилишини жойини аниқлаш мумкин. Тўсиқ ингичка ичакда бўлса Клойбер косачалари кичик бўлиб, суюқлик сатҳининг горизонтал кенлиги унинг устидаги газнинг вертикал ўлчамидан узун бўлади. Газ фониди шиллик қават бурмалари яхши кўринади (Керкринг бурмалари). Улар спирал шаклга эга булади. Клойбер косачалари кўпроқ қорин бўшлиғининг ўртасида жойлашган бўлиб, сони кўп бўлади.

Йўғон ичак тутилишида Клойбер косачалари қорин бўлиғининг четларида жойлашиб, сони кам бўлади. Суюқлик сатҳининг горизонтал кенлиги унинг устидаги газнинг вертикал ўлчамидан қисқа.

Динамик ичак тутилишида горизонтал суюқлик сатҳилар ҳам ингичка, ҳам йўғон ичакларда бўлади.

Айрим ҳолларда рентгенконтраст текширув қилиш лозим бўлади. Уларга аяйдиган ирригоскопия ва яримстаканли барий синамаси киради.

Бу текширувлардан ташқари зонд орқали энтерография қилиш ҳам мумкин. Бунда контраст модда тўғридан-тўғри 12 бармоғли ичакка тушади ва ошқозонда контраст моддани туриб қолишлардан озод қилади.

Ҳозирги кунда ўткир ичак тутилиши ташхиси қўйишда ультратовуш текширувлари қўлланиляпти. УТТ да ичак бўлиғида ичак махсулоти йиғилиб қолганини аниқлаш мумкин.

Қонни таҳлил қилганда дегидратация ва гемоконцентрация белгиларини аниқлаш мумкин – гемоглобин ва эритроцитлар кўплиги, гематокритни ошиши. Касалликни охириги босқичларида эса лейкоцитоз ва ЭЧТни ошиши кузатилади. Қонни таҳлил қилганда кўпроқ унинг электролитлар миқдори аҳамиятга эга. Унда калий ва хлоридлар миқдорини камайиб кетганлиги ҳамда кислота-ишқорий муҳитни алкалозга (касаллик бошланиш даврида) ёки ацидозга (касаллик ривожланиш даврида) ўзгарганлиги аниқланади.

Дифференциал диагностикада беморни касаллик динамикасида (2-3 соат ичида) текшириш катта аҳамиятга эга. Ичак механик тутилиб қолганда перистальтика аниқ кўринади (қовузлоқлар ўз жойини ўзгартиради), Клойбер косачаларининг жойлашган жойи ўзгаради; газ бўлишига қарамай, ингичка ичак диаметри йўғон ичак диаметридан ҳеч қачон ошмайди. Ичакнинг функционал тутилиб қолиши перистальтик тўлқинлар бўлмаслиги билан характерланади, газ ва суюқлик йўғон ва ингичка ичакларда жойлашади, бу манзара кўп соатлар мобайнида амалда ўзгармайди Клойбер косачалари сонигина ошади ва метеоризм кўпаяди. Аксарият ингичка ичак диаметри йўғон ичак диаметридан каттарок.

Қийин диагностик ҳолларда контраст моддалар юбориб рентгенологик текшириш тавсия этилади.

Қорин бўшлиғини одатдаги обзор текширишдан фарқли равишда контраст модда қўлланиб рентгеноскопия қилиш методининг диагностик имкониятларини бирмунча кенгайтирибгина қолмай, балки тутилиб қолган жойнинг кўриниши ва унинг жойлашган ўрнини аниқ белгилаш имконини беради. Бундан ташқари, Клойбер косачалари, Керкинг бурмалари каби симптомлар контраст модда қўлланган шароитларда бирмунча равшан бўлиб қолади.

Эндоскопик текшириш усуллари ичак тутилиб қолиши диагнозини аниқлашда катта ёрдам бериши мумкин. Ректороманоскопияда, колоноскопияда йўғон ичакда унинг обтурациясини келтириб чиқарадиган ўсмани аниқлаш мумкин (колоноскоп ёрдамида ёнбош ичакнинг дистал қисмини кўздан кечиришга муваффақ бўлади).

Шубхали диагностика ҳолларида тактик йўлланма ҳаммага маълум: бемор касалхонага келтирилган вақтдан бошлаб 2 соат ичида ўткир ичак тутилишини истисно қилиш мумкин бўлмаса, бемор аҳволи эса ёмонлашиб бораверса, диагностик лапаротомия қилишга утилади.

Ўткир ичак тутилишида хирург хатти-ҳаракати ва консерватив даволаш усуллари. Ўткир ичак тутилиши бўлганда, шунингдек шу касалликка таҳмин қилинган ҳамма беморлар шошилини жаррохлик бўлимига ётқизиши керак.

Уларга оғриқ, гиперперистальтикага қарши кураш, интоксикацияни бартараф қилиш ва гомеостаз бузилишларини (ОЦКни тўлдириш, сув-электролит ва оксил алмашинувини тиклаш) изга солишга қаратилган консерватив даволашни буюриш зарур. Инфузион даволаш хажми бемор аҳволининг оғир-енгиллиги ва касалликнинг қанча муддатдан буен борлиги билан белгиланади.

Диагноз ноаниқ бўлганда промедол ва наркотик анальгетиклар қўлланишдан сакланиб туриш керак.

Консерватив даволаш беморни текшириш билан параллел ҳолда максимал ҳажмда ўтказилади. Ичак тутилиб қолиши оғир кечаётган беморларда консерватив даволаш операциядан олдинги тайёргарлик сифатида, кўпи билан 30—40 минут ичида ўтказилади.

Ўткир ичак тутилиши диагнози тасдиқланган беморларда консерватив даволаш кўпи билан 2 соат утказилади.

Консерватив даволаш комплекси ошқозон ичак трактини юқори бўлимларини меъдага (ёки яхшиси ўн икки бармоқли ичакка) зонд киритиш воситасида туриб қолган суюқликни пасив оқизиш ёки паст босим остида (масалан, сув оқими насоси ёрдамида) чиқаришни ўз ичига олади. Меъдани 1-2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан ювиш мақсадга мувофиқ.

Венага 10% ли натрий хлоридни суткасига 1-2 марта 20 мл дан, 500-1000 мл дан 5-10% ли глюкоза эритмасига инсулин қўшиб (4г қуруқ глюкоза моддасига 1 ТБ хисобида), электролит, айниқса калий алмашинувини нормага солиш йўли билан моторикани тикласа бўлади. Калий танқислиги нерв импульсларининг синаптик тузилмаларга ўтишига ёмон таъсир қилади; ичак атониясининг гипокалиемия натижасида ривожланиши яхши маълум. Бироқ калий даражасининг ўзигина эмас, балки калий, натрий ва кальций ионларининг нормал нисбати ҳам муҳим.

Консерватив даволашнинг таъсирчанлигига баҳо беришга беморнинг умумий ҳолати (шикоятлари, гемодинамика кўрсаткичлари ва б.) ва, ниҳоят, қорин томонидан бўлган ўзгаришлар (ўлчами, перистальтика борлиги, қорин пардасининг таъсирчанлиги, моторика рағбатлантирилгандан кейин ич келиши ва б.), даволаш жараёнидаги рентгенологик манзара динамикаси мезон бўлиб ҳисобланади. Утказилаётган даволашнинг наф бермаслиги, устига-устак бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви (метеоризм ошиши, интоксикация) операция қилишга кўрсатма бўлади.

Ичакдаги деструкция симптомларида (кескин локал оғриқ қорин пардаси таъсирланишининг локал симптомлари, дефанс, метеоризм, қусиш, перистальтика бўлмаслиги, «чайқалиш шовқини» ва б.) асосий даволаш тадбири сифатидаги операцияга мутлоқ кўрсатмалар вужудга келади. Консерватив даволашни операциядан олдинги жадал тайёргарлик доирасида ўтказилади, холос.

Ичак парези ва функционал тутилиб қолишини (фалажлик) патогенетик даволаш. Ичакнинг динамик паралитик тутилиб қолиши қорин бўшлиғининг ҳар хил хирургик патологиясида, интоксикацияда, операциядан кейин ва шу кабиларда учрайди.

2-3 кун давом қиладиган ичак парези лапаротомия билан бирга ўтади ва операциядан кейинги давр қулай кечганда ўзича барҳам топади. Парез ва ичак функционал тутилиб қолишининг оғир формалари метаболик бўзилишлар, айниқса калий ионлари танқислиги, симпатикотония сабабли; буйрак усти безлари пустлок моддаси гормонлари етишмаслиги, ичак тутқич қон айланиши бузилиши, органлар ичидаги томирлар ва ичак тутқич терминал веналари тромбози, перитонит ва бошқалар сабабли келиб чиққан.

Ичак механик тутилишини ҳатто илк даврда операция қилиш ичак ҳаракат активлиги бузилишларини дарҳол бартараф этмай, балки аввалига парез манзарасини кучайтиради.

Перидурал анестезия ичак парезида унинг моторикасига рағбатлантирувчи таъсир кўрсатади. Перидурал бўшлиққа ҳар 4 соатда 10 мл 2,5% ли тримекаин эритмаси юбориш ичак ҳаракат функциясини фаоллаштиради. Перидурал анестезияни ичакнинг функционал тутилиб қолиши барҳам топгунча, яъни 3-5 суткагача қўлланишда яхши натижага эришилади.

Перидурал анестезия билан электр стимуляцияни бирга олиб бориш, шунингдек симпатолитик воситалар қўлланиш (зобарин, гуанидин, орнил) ичак перистальтикасини рағбатлантиришнинг таъсирчан усуллари ҳисобланади.

Давом эттирилган перидурал анестезия хизмати яхши йўлга қўйилган бўлимларда электр стимуляция билан бирга ичакнинг, функционал тутилишини профилактика қилиш ва даволаш учун қўлланиш тавсия қилинади. Симпатолитик воситаларни эса оддий ва ҳаммага маълум бўлганидан функционал ичак тутилишида ҳамма жойда қўлланиш мумкин.

Ўткир ичак тутилишини хирургик даволаш.

Ичак тутилганда ёки унга шубха қилинганда зарур тадбирлардан бири қорин бўшлиғининг ҳамма органларига кириладиган йўлни вужудга келтириш ҳисобланади. Буни аввало миорелаксантлардан фойдаланиб ўтказиладиган эндотрахеал наркоз билан таъминланади.

Беморнинг ичаги битишмадан тутилиб қолганда хирург навбатдаги операция қилинишидан қийин аҳволда қолади. Шунга ўхшаш ҳар бир ҳолда масала индивидуал хал қилинади, бироқ ҳар қандай йўл орқали киришда одатда ўзаро ва париетал қорин пардаси билан ёпишган ичак қовузлогини катта масофада озод қилишга тўғри келишини унутмаслик керак. Шунинг учун эски чандик бўйича уни кесиб ўрта йўл бўйлаб киришдан фойдаланиш керак. Бунда энг мухими озод қорин бўшлиғига кириш вақтида ичак қовузлогини жароҳатлаб қўймаслик ҳисобланади.

Лапаротомия бажарилгандан кейин қорин бўшлиғи тафтиш қилинади. Странгуляцион тутилиб қолишда хазм тракти бирин-кетин тафтиш қилишнинг ҳожати йўқ. Тўсиқдан пастда ичак пучайган ҳолатда бўлади.

Касаллик манзараси тутилиб қолишнинг тури, пайдо бўлган вақти, илгари бошдан кечирилган операциялар ёки перитонитдан кейин битишма жараёнининг юзага чиққанлиги даражасига боғлиқ ҳолда бирмунча фарқ қилади.

Агар диагностик ҳато туфайли лапаротомия ичак функционал тутилишининг бошланғич босқичида ўтказилган бўлса, операциянинг фақат диагностик қисми билан чегараланиб қолиш мумкин эмас. Бундай операциядан кейин беморларнинг аҳволи операциядан кейинги парез ҳисобига ҳамиша ёмонлашади. Парезга қарши кўрашиш ва функционал тутилиб қолишни профилактика қилиш максатида шу шароитда назарий асосланган муолажа ичакни декомпрессия қилинади. Ичак тутқичга 100 мл гача 0,25% ли новокаин эритмасини юбориш перистальтиканинг тикланишига ёрдам беради.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида операция хажми қуйидагича бўлади:

- 1) ичак тутилишини тиклаш ва тутилиб қолишга бевосита олиб келган сабабни имкон борича бартараф этиш;
- 2) ичакни димланган суюқликдан холи қилиш ва операциядан кейинги даврда унинг бемалол оқиб кетишини таъминлаш – назоэнтрал декомпрессия;
- 3) қорин бўшлиғини санация ва дренаж қилиш.

Шундай қилиб, энг мухими ичак бўйлаб пассажни тиклаш лозим. Бироқ бу тутилиб қолишни келтириб чиқарган сабабни тугатиш деган маънони билдирмайди. Табиийки, тутилиб қолишни тиклаш учун тўсиқни бартараф этиш энг маъқул вариантдир. Бироқ бу шартни бажариш бемор аҳволининг оғир-енгиллигига тўлиқ боғлиқ. Ҳар қандай операциянинг асосида радикаллик йўлида беморга зиён етказмаслик ётиши керак. Шунинг учун тегишли операция хажмини танлаш учун хирург бемор аҳволига объектив баҳо бериши лозим. Шубҳасиз, кўпгина шароитларда хирург, одатда, ичак резекциясини қилиб тутилиб қолиш сабабини бартараф этишга мажбур. Бироқ операциянинг кейинги - тикланиш босқичини бемор аҳволининг оғир-енгиллиги билан таққослаши ва бирламчи анастомоз қўйиши ёки илеостомани бажариши керак холос. Беморнинг аҳволи нечоғлик оғир бўлса, операция радикаллиги шунчалик камроқ бўлиши керак.

Ичакнинг буралиб, тугун ҳосил қилиб, қисилиб яшаб кетишга лаёқатсиз қовузлоқлари одатда бирламчи резекция қилиниши керак. Ичакнинг яшашга лаёқатсизлигига шубҳа бўлганда, айниқса странгуляцион эгатлар, қон қуйилган қисмлари бўлганда шубҳали қисмларини ҳам резекция қилиш керак бўлади.

Ичакнинг яшашга лаёқатлилигини аниқлашнинг кўпгина усуллари таклиф қилинган. Клиник амалиётда ичакни иссик изотоник натрий хлорид эритмасига хулланган салфетка билан 10-15 минутгача иситишдан фойдаланилади, шунингдек ичак тутқичга 20-40 мл илиқ новокаин эритмаси юборилади. Агар ичакнинг яшашга лаёқати сақланиб қолган бўлса, ҳозиргина айтиб ўтилган муолажадан кейин ичакнинг сероз қоплами пушти рангга киради, тургор ва аниқ перистальтика пайдо бўлади, ичак тутқич томирларининг уриб туриши аниқланади.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида ичак деворидаги, айниқса кўздан кечириб бўлмайдиган шиллик пардасидаги дегенератив ўзгаришлар даражаси бир ҳил эмас: тўсиқдан юқори жойдаги

қовузлоқларда ўзгаришлар ҳамиша кўпроқ. Шунинг учун ичак обструкция жойидан 40-50 см юқорида ва унинг пастидан 10-15 см олиб ташланганда резекция техник жихатдан тўғри бажарилган ҳисобланади. Кўрсатиб ўтилган масофаларни ичакнинг яшашга лаёқатли ва лаёқатсиз қисмлари орасидаги чегарадан ўлчаш керак.

Ичакни соғлом тўқималар чегарасида резекция қилиш анастомознинг битиб кетишига кафил бўлади.

Тутилиб қолишнинг странгуляцион формалари орасида сигмасимон чамбар ичакнинг буралиши энг кўп - деярли 50 фоиз беморларда учрайди. Касалликнинг эскилиги ва морфологик ўзгаришлар, беморларнинг ёши ва аҳволининг оғир-енгиллиги ҳисобга олинганда баъзан оптимал тактик ечимни танлаш қийин бўлади. Хирург кўп учратиб турадиган айрим ҳолларни кўриб чиқамиз.

Сигмасимон чамбар ичак некрози ёки қора сигма. Тактика масаласи соғлом тўқималар доирасида резекция қилиш фойдасига ҳал қилинади. Некрозланган қовузлоқни қорин бўшлиғидан қорин пардасига олиб чиқиб, бемор аҳволи имкон бериши билан резекция қилиш юқори леталликка сабаб бўлганлиги сабабли ўзини оқламади ва ҳозир қўлланилмайди.

Некротланган ичак резекциясидан кейинги тикланиш босқичи. Ичакнинг иккала учини оқмалар кўринишида қорин деворига чиқарилгандан кейин энг яхши натижалар кузатилади. Ичакнинг дистал учини тикиб қўйишдан ва унинг проксимал учини анус кўринишида чиқаришдан иборат бўлган Гартманн операцияси ўзини яхши оқлада. Айрим клиникалардаги ижобий тажрибага қарамай, сигмасимон чамбар ичак некрозида бирламчи анастомоз қўйиш яхши натижа бермади.

Сигмасимон чамбар ичакнинг некрозсиз буралишида, юқорида кўрсатиб ўтилганидек резекция ва бирламчи анастомоз аҳволи оғир бўлмаган, интоксикация белгилари йўқ ёки жуда кам ёш беморларда қилиниши мумкин. Бу операцияга енгиллаштирувчи цекостомия мажбурий қўшимча ҳисобланади.

Ичак буралишига кўп вақт бўлганлиги, интоксикация, бошқа органларнинг бирга келадиган патологияси, кундаланг ва пастга тушадиган чамбар ичакларда ичак суюқлигининг талайгина йиғилиб қолиши сигмасимон ичакни резекция қилмасдан буралиши шунчаки тўғрилаб қўя қолиш учун асос бўлади.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 12

Мавзу: Ўткир перитонит. Перитонитни этиологияси, тарқалиши, сабаби ва босқичига нисбатан клиник кечиши ва ташхиси; хар-хил текширув усуллари асосида барвақт ташхис қўйиш, таққосий ташхис ўтказиш; операцияга кўрсатмалар, операцияга тайёрлаш, ва даволаш; қорин бўшлиғини найчалашга кўрсатмалар; операциядан кейин ривожланиши мумкин бўлган паралитик ичак тутилиши билан курашиш (ичакни бўшатиш ва операциядан кейинги даврда беморни эрта озиклантириш мақсадида назоинтестинал ва трансанал интубация ўтказиш) ахамияти, перитониал ва ичак лаважи, абдоминал диализ ўтказиш; операциядан кейинги даврни олиб бориш (гемодинамик ва гомеостаз бузилишлари, интоксикация билан курашиш); перитонитни даволашда антибиотикларни ахамияти.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ УКИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Вақти: 5 соат	Талабалар сони: 10-12 нафар
Уқув машгулоти режаси:	<p>I. Мавзуга оид маълумотлар:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перитонит ҳақида тушунча; 2. Этиологияси; 3. Патогенези; 4. Классификацияси; 5. Клиник кечишини; 6. Текшириш усуллари;

	<p>7. Дифференциал диагностикаси, перитонитни асоратлари; 8. Замонавий даволаш усуллари.</p> <p>II. Талабалар билан биргаликда мавзуга оид беморларни курация килиш.</p> <p>III. Интерактив усуллар ташкил килиш ва кичик гуруҳларда уларнинг фаоллигини ва тушунчасини баҳолаш.</p> <p>IV. Мавзуга оид кургазма материаллар намойиши: слайд; видеофильмлар.</p> <p>V. Талабаларнинг амалий куникмаларни бажаришини баҳолаш.</p> <p>VI. Мавзуга оид тест синовини утказиш.</p>
Уқув машгулотининг мақсади.	Талабаларга перитонитлар касаллиги ҳақида батафсил тушунча бериш, билимларини чуқурлаштириш ва мустаҳкамлаш, амалий куникмаларни тугри бажара олишини мақсад қилган.
Машгулот моҳияти:	Машгулот беморларни замонавий диагностикаси ва даволаш усуллари ургатади.
<p>Уқитувчининг вазифалари:</p> <p>Перитонитлар мавзуси бўйича талабаларга тушунча бериш, билимларини мустаҳкамлашдан иборатдир.</p> <p>1. Перитонитлар ҳақида тушунча; 2. Этиологияси; 3. Патогенези; 4. Классификацияси; 5. Клиник кечишини; 6. Текшириш усуллари; 7. Дифференциал диагностикаси, перитонитлар асоратлари; 8. Замонавий даволаш усуллари.</p>	<p>Уқув фаолияти натижалари:</p> <p><i>Талаба</i></p> <p>1. Перитонитлар ҳақида тушунча; 2. Этиологияси; 3. Патогенези; 4. Классификацияси; 5. Клиник кечишини; 6. Текшириш усуллари; 7. Дифференциал диагностикаси, перитонитлар асоратлари ҳақида билиш; 8. Замонавий даволаш усуллари ҳақида билиш.</p> <p>Мавзуга оид янги инновацион технологияларни (презентация, инсерт, «Кластер», «Юмалок стол», «Иссик картошка», «Блиц суров») куллай олиш.</p>
Талаба куйидаги асос билимларга эга бўлиши лозим:	<p>1. Перитонитлар ҳақида тушунча; 2. Этиологияси; 3. Патогенези; 4. Классификацияси; 5. Клиник кечишини; 6. Текшириш усуллари; 7. Дифференциал диагностикаси, перитонитлар асоратлари; 8. Замонавий даволаш усуллари.</p>
Талабалар куйидаги амалий куникмаларни бажара олиши лозим:	<p>Клизма килиш техникаси.</p> <p>Операциядан кейинги беморларни парвариш килиш.</p> <p>Операциядан кейинги беморлар боғламасини алмаштира олиш.</p>
Талаба билиши шарт:	<p>1. Перитонитлар тутилиши ҳақида тушунча; 2. Этиологияси; 3. Патогенези;</p>

	4.Классификацияси; 5.Клиник кечишини; 6.Текшириш усуллари; 7.Дифференциал диагностикаси, перитонитлар асоратлари; 8.Замонавий даволаш усуллари.
<i>Укитиш услуги ва техникаси:</i>	Бу семинар машгулоти давомида укитиш савол-жавоб, айтиб бериш ва дискуссия шаклида утказилади. Бунда презентация, инсерт, «Кластер», «Юмалок стол», «Иссик картошка», «Блиц суров», шунигдек тест ва холатий масалалар тахлил қилинади.
<i>Укитиш воситалари. Машгулот учун керакли кургазма куроллар ва асбоб-анжомлар.</i>	Маъруза матни, компьютер, проектор, маркерлар, доска, коғоз. перитонитларга таълуқли слайдлар, жадваллар. Операция ва богловларни алмаштириш учун зарур асбоб-ускуналар.
<i>Укитиш шароитлари:</i>	Маъруза зали, гуруҳларда ишлашга мулжалланган техник жиҳозланган укув хонаси, қабул булими, хирургия булимида боглов ва операция хоналари.
<i>Мониторинг ва баҳолаш:</i>	Оғзаки суров, тест, вазиятли масалалар, амалий куникмалар намойиши, боглов ва операция хоналарида ишлаш, конспект, мустақил иш, интерактив уйинларда катнашиш.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК ХАРИТАСИ

Машгулот давомийлиги 5 соат

Босқичлари	Фаолият босқичлари ва хронологияси		Вақти
	Укитувчи	Талаба	
<i>Тайерлов қисми.</i>	Эрталабки конференция. Эрталабки врачлар конференциясида асосан янги келган беморлар ва навбатчилик давомида кузатувда булган беморлар муҳокама қилинади. Талабаларга мавзуга мос беморлар муҳокама қилинаётганда дарс вақти муҳокама қилиш учун дафтарларига ёзиб олишларини уқтирилади. <i>Гуруҳ билан танишув ва йўқлама.</i>	Тинглайди, ёзиб олади.	8 ³⁰ – 9 ¹⁵
	<i>Перитонитлар мавзусида маъруза</i>	Тинглайди, савол беради, ёзиб олади.	09 ²⁰ -11 ⁰⁰
	<i>Танаффус</i>		5 дақиқа

<p><i>I.Мавзуга кириш кисми</i></p>	<p>Ассистент талабаларга фаннинг максоди, унда утиладиган мавзуларнинг долзарблигини фаннинг тартиб-коидалари, талабалар бажариши лозим булган кафедра талаблари билан кискача таништириб чиқади. Талабаларга утиладиган мавзулар режаси, мустикал иш мавзулари таркатилади. Машгулотнинг утиш тартиби ва бахолаш мезонлари тушунтирилади, таркатма материаллар таркатилади.</p>	<p>Тинглайди, ёзиб олади. Саволлар бериб тушинмаган саволларга аниклик киритади.</p>	<p>11⁰⁵-11²⁰</p>
<p>II. Мавзунинг асосий кисми</p>	<p><u>Мавзуну узлаштириш.</u> Бугунги мавзуну эълон килади. Мавзунинг режасини, асосий эътибор килиш лозим булган куникмаларга ургу беради. Маъруза вакти берилган материалларни «<u>Блиц - суров усули</u>» билан мухокама килинади. <i>Корин анатомияси, кон билан таъминланиши, иннервацияси кандай?</i> - саволни мухокама килиш. Анатомия, нормал ва патологик физиологияни ёдга олган холда кургазмали куроллар (жадвал, схема, слайд) ёрдамида тахлил килинади. Семинар машгулотнинг асосий тушунчалари буйича блиц-суров утказилади. Бунда касалликнинг этиопатогенези, клиникаси, диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш тартиблари тулик ёритилади.</p>	<p>Эшитади ва берилган саволларга кетма-кет жавоб беради. Хар бир талаба саволларга жавоб беради ва намойиш маълумотларини ёзиб олади.</p>	<p>11²⁵- 11⁵⁰</p>
<p><i>Тушлик</i></p>			<p>40 дак</p>
<p><u>2.3.</u> Табалалар 3 та гурухга булинади (<i>хар бир гурухда 2-3 талаба булса максадга мувофик булади ва бу гурухлар цикл якунигача командалигича колади</i>). Бунда гурухларга «перитонитлар патогенези» кетма-кетлигига Кластер тузиш буюрилади.</p>		<p>Кичик гурухлар вазифани олишади ва узжавобларини ёзишади</p>	<p>12³-13¹⁵</p>
<p><u>2.4.</u> «перитонитлар клиникаси» боскичлари схемаси оркали мухокама килинади.</p>		<p>Схема ва жадваллар мазмунини мухокама килади. Саволлар бериб асосий жойларини ёзиб олади.</p>	
<p><u>2.5.</u> Хар бир боскичларда утказиладиган муолажалар, куникмалар бирма-бир мухокама килинади.</p>		<p>Берилган вазифани мухокама килишади ва</p>	

		интерактив усулни биргаликда ечимига жавоб беришади	
	<u>Презентация.</u> Мавзу: перитонитлар	Тамошо килишади ва асосий жойларини ёзиб олишади.	
	Утилган мавзунини устахкамлаш. Гуруҳни 2-3 кишидан булиб ҳар бир гуруҳга вазиятли масала таркатади. Вазиятли масала ечими 2-3 пунктдан иборат булиб ҳар бир талабага битта пункт ечиш буюрилади ва гуруҳ билан умумий ҳолда куриб чиқиб сунгра баҳога жавоб бериш уқтирилади.	Вазифани олишади, таҳлил килишади ва биргаликда жавоб беришади.	
	<i>Танаффус</i>	<i>5 дақиқа</i>	
	Амалий куникмаларни қайтариш. Клизма қилиш техникаси, боғлов хонасида ишлаши		мустикал равишда бажаради.
III. Машгу- лотнинг яқуний ва баҳолаш қисми.	Утилган мавзудан тест синамаси ўтказиш. Дарсни яқунлайди ва талабалар туплаган балларни эълон қилади.	Эшитадилар. Топшириқни оладилар ва бажаради.	13 ²⁰ -14 ⁰⁵
	Эртанги кун мавзуси тугрисида қисқача йўналиш бериш. Эртанги мавзу:		

Такдимот материаллари.

1-илова	Перитонитларни тарқалишига қараб таснифи
2-илова	Экссудатни табиатига қараб перитонитларни таснифи
3-илова	Келиб чиқишига қараб перитонитларни таснифи
4-илова	Уткир перитонитларни босқичлари
5-илова	Уткир перитонитни даволаш этаплари
6-илова	Назарий қисм

ТАҲЛИЛИЙ КИСМ

ИЛОВА -1

ПЕРИТОНИТЛАРНИ ТАРКАЛИШИГА КУРА ТАСНИФИ



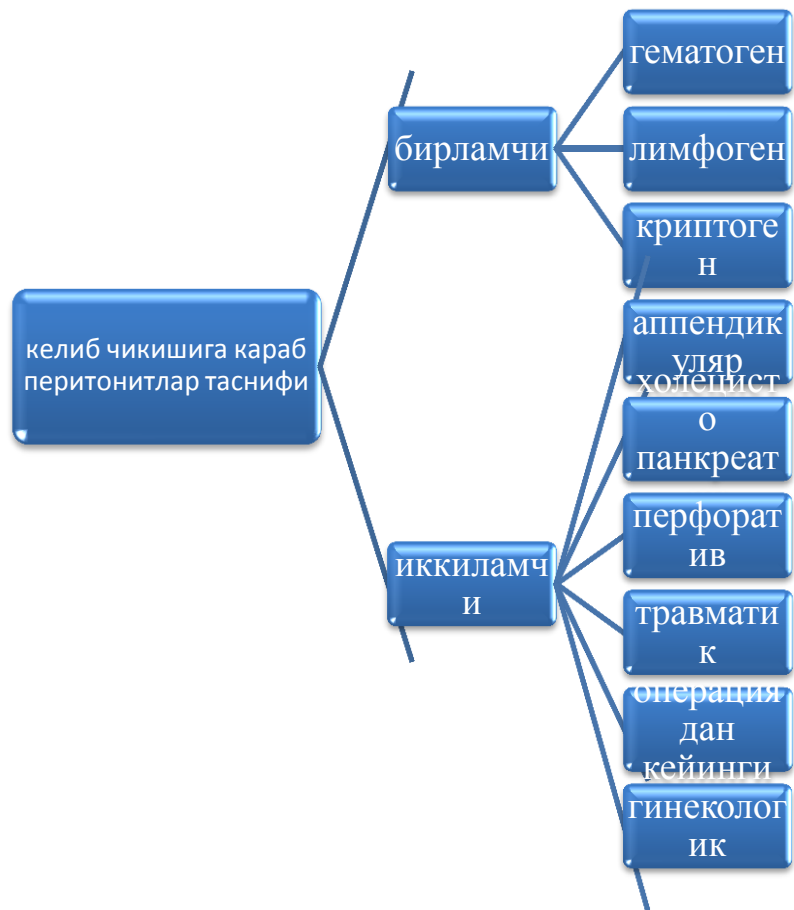
ИЛОВА -2

ЭКССУДАТНИ ТАБИАТИГА КАРАБ БУЛИНАДИ



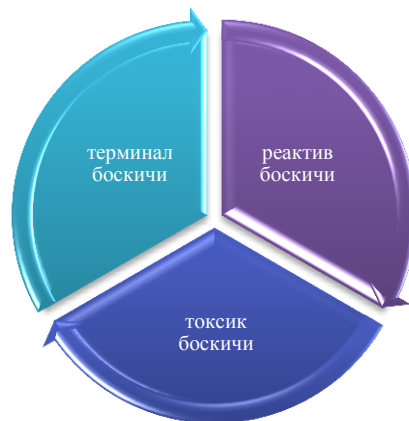
ИЛОВА -3

Келиб чикишига караб перитонитларни таснифи



ИЛОВА -4

Уткир перитонитни боскичлари



ИЛОВА -5

Уткир перитонитларни даволаш этаплари

Уткир перитонитларни даволаш этаплари

шошили нч операци яга тайёргар лик	огрик синдром ини бартатра ф этиш	опера ция	ичаклар туткичи га новокаи н юбориш	ичаклар декомпр ессияси	перитон еал диализ	дезинто ксикаци я ва антибио тикотера пия
---	---	--------------	--	-------------------------------	--------------------------	--

ИЛОВА -6

НАЗАРИЙ КИСМ.Йирингли уткир перитонит, яъни корин пардасининг йирингли яллигланиши корин бушлиги органларининг турли-туман касалликлари ва шикастларидан кейин учрайдиган энг огир асоратларнинг биридир. Анатомик жихатдан мураккаб тузилган берк бушликда йирингли жараён тобора зурайиб, интоксикация тез кучайиб бориши, ичакнинг атонияга учраши ва шулар муносабати билан гемодинамика ҳамда нафас издан чикиб, метаболизм бузилиши йирингли перитонитга даво килиш масаласини жуда хам кийинлаштириб қуяди. Умумжаррохлик техникаси, огриксизлантириш, дори-дармонлар билан даволаш усуллари мукаммаллашгани, хаёт учун мухим органлар функциясини жонлантириб, урнига келтириш малакаси ошганига карамасдан, йирингли перитонитга даво килиш муаммоси бутун жахон жаррохларининг диққат-эътиборини астойдил жалб килиб келмокда. Уткир перитонитда улим холларининг бирмунча куп учраши бу муаммонинг hozirgi кунда хам жуда долзарб булиб турганини тасдиқлайди. Купгина олимларнинг маълумотларига караганда, улиш холлари 10 фоиздан 50 фоизгача боради.

Бу касалликнинг анча куп учраб туришини, корин бушлиги органларининг уткир яллигланиш касалликлари билан огриш холлари бир кадар купайиб колганини, шунингдек микроорганизмларнинг антибиотикларга чидами ошганини хисобга олинса, бу муаммонинг клиник табобат учун нечоғлик мухим эканлигини тушуниб олиш мумкин.

Корин бушлигида учрайдиган яллигланиш касалликлари, афтидан, жуда кадим замонлардаёк маълум булган. Мюллер (1892) маълумотларига караганда, милоддан аввалги уч мингинчи йилларда хам хакимлар перитонит тугрисида оддийгина булса хам тасаввурга эга булишган ва бунга жаррохлик йули билан даво килишга уринишган деб тахмин килишга асос бор.

Милоддан аввалги III асрда юнон хакими Эрзострат корин бушлигида йиринг тупланганида чов сохасини ёриб, уни олиб ташлашга харакат килган, милоднинг 100-йилида эса Эфесли Сарапус деган рим хакими мана бундай деб ёзган: «Корин пардаси билан ичаклар орасига йиринг тупланса, у каёкка кетиши мумкин, чов атрофини кесиб, уни ташкарига чикариб юбориш анча осон».

Россияда дуохонлар табиблик киладиган даврда коринда учрайдиган яллигланиш касалликларининг хаммаси «корасон» деб аталар ва бедаво дард деб хисобланар эди.

Бу касаллик тугрисидаги дастлабки ишончли маълумотларни харбий врач Василий Шабанов келтирган ва ёш солдатда меъда ёки ун икки бармок яраси тешилишидан пайдо булган перитонит касаллигининг клиникасини тасвирлаб берган (1816).

1880 йили машхур жаррох Miculiz лапаротомиядан куркмаслик керак деган фикрни майдонга қуйди. 1881 йили москвалик жаррох А. И. Шмидт таркок йирингли перитонит махалида лапаротомия килиш усулини жахонда биринчи булиб муваффақият билан куллади.

Перитонитларга жаррохлик йули билан даво килиш кераклигини турт йилдан кейингина (1885 йилда) Англияда Trewes ва Германияда Oberst катъият билан куллаб-куватлаб чиқишди. Шундай қилиб, А. И. Шмидт утказган операцияни тула-туқис ҳакли равишда йирингли перитонитга жаррохлик йули билан даво қилишнинг бошланиши деб ҳисобласа булади.

XIX асрнинг биринчи чорагида нуфузли жаррохлардан купчилигининг фикри, моҳият эътибори бир ердан чиқди — перитонит вақтида имкони барвақт операция қилиш зарур деб ҳисобланадиган бўлди. Лекин қорин бушлигини дренажлаш ва ювиш масалалари устида айниқса кескин баҳслар бўлиб утди. В. М. Зиков (1897), А. Гагман (1901) қорин бушлигини яхшилаб ювиш зарур деган фикрни қувватлаб чиқишган бўлса, С. П. Федоров (1901) ва И. Греков қорин бушлигини куп ювишга қарши бўлиб, бунда қориннинг жуда ичкарасидаги ҳалтум жойларга инфекция утиб кетиши мумкин деб ҳавотирлик билдиришди.

30-йилларда клиника амалиётига сульфаниламид препаратининг жорий этилиши, шунингдек уларни қорин бушлигига юбориб ишлатиш кераклиги тугрисидаги С. С. Юдин таклифининг амалга оширилиши туфайли перитонитга қилинадиган даво натижалари анча яхшиланиб қолди. Улуг Ватан уруши йилларида, жаррохлар йирингли перитонитнинг энг оғир хилларига куп дуч келиб турган ва айни вақтда улим ҳоллари 38—50 фоизга етиб қалган маҳалларда бу яна бир қарра тасдиқланди.

Антибиотиклар даври бошланиши, шунингдек 50-йилларда кенг доирада таъсир курсатадиган антибиотиклар пайдо бўлгани йирингли перитонитларга бактериялар пайини қирқадиган дорилар билан тегишли даво қилишга ва шу қасалликдан буладиган улим ҳолларини кескин қамайтиришга имкон берди (Б. А. Петров, 1951. Х. Г. Рофуров, 1953 ва бошқалар).

Аммо кейинги ун йилликларда антибиотиклар хили тобора ортиб бориб, улар купрок ишлатиладиган бўлиб қолганига қарамай, бу препаратларнинг жаррохлик инфекциялари хусусида уз самарадорлигини аста-секин йукотиб қуйгани маълум бўлди ва перитонитларга қилинадиган даво натижалари ёмонлашиб қолди. Шундай қилиб, микроорганизмлар антибиотикларга чидамли бўлиб қолганлиги муносабати билан сунгги йилларда перитонит оқибатлари ёмонлашиб, улим ҳоллари купайиб қолди (В. С. Савельев, М. И. Кузин маълумотларига қараганда, 10—58 фоизга етди).

Перитонитда улиш ҳолларининг процент ҳисобидаги сони турли олимлар маълумотларига қура шунинг учун ҳам ҳар хил бўлиб чиқадики, перитонитларнинг амалда қулланиш учун маълум қеладиған ягона бир классификацияси шу вақтгача ҳали ишлаб чиқилган эмас. Гарчи 1886 йилдаёқ А. Д. Павловский бунга биринчи марта уриниб қурган бўлса ҳам, сунгги йилларда перитонитнинг ихчам классификацияларига яна купрок аҳамият берилмоқда. Чунончи, А. М. Карякин (1968) перитонитларни факат маҳаллий ва таркок хилларга ажратади, В. И. Стручков билан ҳамқорлари (1967) маҳаллий диффуз ва таркок (умумий) перитонитни тафовут қиладилар. К. С. Симонян (1971) перитонитнинг таркоклиги клиникада алоҳида бир ролни уйнамайди деб ҳисоблайди ва перитонитга гиперергик реакциялар нуктаи назаридан қарайдиған классификацияни олдинга суриб, унинг утишида учта давр, яъни босқични: реактив, токсик ва терминал босқичларни ажратади.

В. С. Маят ва В. Д. Фёдоров (1970—73), аксинча, қорин пардасининг амалда қайси жойи ва қанчалик зарарланганини аниқлаш муҳим деб ҳисоблайди.

В. С. Маят ва В. Д. Фёдоров қасалликнинг босқичлари унинг оғир-енгиллиги тугрисида унчалик аниқ тасаввур бермайди, яллиғланиш жараёнининг нечорлик тарқалгани ва экссудатнинг табиати купрок аҳамиятга эга деб ҳисоблайдилар. Олимларнинг шу фикри жиддий эътирозларни тугдиради. Бу уринда И. И. Грековнинг (1952) мана бу сузларини эслатиб утиш уринлидир: «... йиринг унча куп тарқалмаған беморларда қасаллик аксари клиник жихатдар жуда оғир утиб, ҳар қандай даво чоралари қурилишига қарамай, купинча улимга олиб боради». Чиндан ҳам, клиника амалиётида перитонитнинг талайгина ҳолларини қузатиб бориб, унинг нечоглик куп тарқалгани қасалликнинг оқибати тугрисида ҳукм чиқариш учун гарчи муҳим бўлса-да, лекин беморнинг умумий оғир аҳволига, қасалликнинг оқибатиға ҳамиша ҳам мос қелавермайди. Яллиғланиш жараёнининг оғир-енгиллик даражасига қараб, даво чоралари,

шубхасизки, хар хил хажмда курилади, шу билан бирга перитонит касаллигининг утишидаги даврлар ёки боскичларнинг муҳимлигига ҳам аҳамият бермасдан илож йук.

Перитонитнинг Б. Д. Савчук (1979) томонидан таклиф этилган куйидаги классификацияси, фикримизча, клиника амалиётида кулланиш учун ҳаммадан кура кулайроқ:

1. Махаллий перитонит:

а) *чекланган хили* — корин бушлигининг битта, баъзида эса учта-туртта анатомик сохасида экссудат тупланиб, йирингли жараённинг аник чекланиб қолиши. Бу хилдаги касаллик абсцесс, яъни хуппоз тушунчасига тугри келади:

б) *чекланмаган хили*, бу — корин бушлигининг камида иккита анатомик сохасида экссудат тупланиб, бушликнинг бошка булимларидан аник чекланмасдан, ажралмасдан туриши.

2. Таркалган перитонит:

а) *диффуз хили*, бу корин бушлигининг камида иккита, лекин купи билан бешта анатомик сохасини эгаллайдиган жойда экссудат тупланиши;

б) *таркок перитонит*, бу — корин бушлигининг бештадан ортик анатомик сохасини эгаллайдиган жойда экссудат тупланиши ва купинча бутун корин бушлигига таркалиб кетиши.

Экссудатнинг табиатига караб перитонит:

сероз, сероз-йирингли, фибриноз-йирингли, геморрагик, ихороз, анаэроб, сийдик, сафро, меъда ости беши шираси аралашган, курук хилларга булинади.

Перитонитга ҳаммадан куп сабаб буладиган этиологик омил — микроблардир (инфекцион перитонит), химиявий ва табиий омиллар перитонит пайдо булишида камроқ роль уйнайди (перитонитнинг бундай хили асептик перитонит деб аталади). Лекин кейинчалик инфекция кушилганида асептик перитонит ҳам инфекция (йирингли) перитонитга айланади.

Келиб чиқишига кура, касалликнинг куйидаги хиллари тафовут қилинади:

Бирламчи перитонит — жуда камдан-кам учрайди. Бунда инфекция:

а) гематоген;

б) лимфоген;

в) криптоген (яъни ноаник) йул билан ва

г) атрофдаги орган ва туқималар абсцесси корин бушлигига ёрилганида утади.

Иккиламчи перитонит — корин бушлиги бошка органларининг касалликлари ва шикастлари туфайли пайдо булади, куйидаги хиллари учрайди:

а) аппендикуляр;

б) холецисто-панкреатик;

в) перфоратив (меъда ва ун икки бармоқ ичак яраси ва раки тешилганида бошланади);

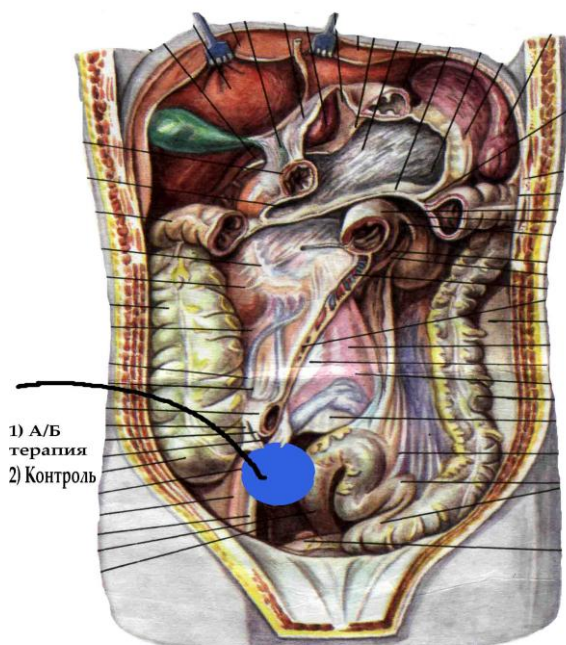
г) травматик (корин бушлигидаги кавак органларнинг шикастланиши билан ва бусиз утади);

д) инфильтратив-некротик (ичак бирдан тутилиб қолганида, хазм йулида флегмоноз жараён булганида, ичак туткич лимфа тугунлари йирингли яллиланганида, корин бушлигининг камдан-кам учрайдиган тузилмалари — Меккел дивертикули яллиланганида бошланади);

е) операциядан кейинги (меъда, ингичка ва йугон ичак, ут йуллари ва бошка органларда утказилган операциялардан кейин) бошланган хили;

ж) гинекологик перитонит (тухумдон ва найлари, бачадон яллигланиши, тухумдон найлари ёрилиши, бачадон тешилиши натижасида бошланади).

Перитонит купчилик холларда хар хил турдаги микроблар туфайли пайдо буладиган, яъни полимикроб касалликдир. Лекин бу касаллик пайдо булишида ичак таёкчаси гурухига мансуб микроблар асосий ролни уйнайди, бироқ, вульгар протей ва шартли патоген деб



хисобланадиган бошка бактериялар, шунингдек ана-эроблар ҳам тобора купрок роль уйнайдиган булиб колди. Пневмококклар ва Кох таёкчалари камдан-кам учрайди.

Корин пардасининг анатомик-физиологик хусусиятлари. Корин пардаси икки варақдан: калинлиги 90—130 мкм келадиган париетал варақ ва калинлиги 45—70 мкм келадиган висцерал варақдан иборат. Корин бушлигида одатда бир неча томчидан то 20 мл гача сероз суюклик булади, бу суюклик органлар юзасини намлаб туради ва уларнинг бир-бирига ёпишиб колмасдан сурилиб туришига ёрдам беради. Корин пардасининг юзи катта — 1,3 м² дан, 3,0 м² гача боради. Юзасида бир талай халтум булиб турадиган буралган жойлар, култиклар булади (М. И. Кузин ва ҳамкорлари, 1978).

Корин пардаси рецепторлари меъда-ичак йули органларининг харакатини идора этишда катнашади, бошкача айтганда, бу органлар харакатини жонлантириб турадиган кучли механизмлар билан бир каторда кенг тармокланиб кетган нерв аппарати ҳам бор.

Этиологияси ва патогенези. Перитонит, яъни корин пардасининг яллигланиши деб шу парданинг узида буладиган махаллий узгаришлардан ташкари, йиринг захридан бутун организмда бошланадиган огир реакция билан бирга давом этиб боровчи касалликка айтилади. Жуда купчилик холларда корин пардасининг йирингли яллигланиши корин бушлигидаги қандай булмасин бирор орган (чувалчангсимон усимта, меъда, ут пуфаги, ичак ва бошкалар) йирингли касаллигининг асорати тарикасида бошланади.

Лекин баъзи холларда перитонитнинг бирламчи асл сабабини хатто улган касаллар мурдаси ёриб курилганида ҳам топиб булмайди. Бундай перитонит криптоген перитонит дейилади. Перитонит бошланишининг сабаби корин бушлигига патоген микрофлора утиб колишидир деб хисобланса ҳам, корин бушлигида микрофлора булишининг узи перитонитни бошлаб бермаслигини курсатадиган талай фактдан иборат.

А. А. Запорожец (1968) ва К. С. Симонян (1971) маълумотларига кура, операцияни асептик шароитларда утказиб, солинган чокни эса мутлако герметик килиб куйилган махалда корин бушлигидан материал олиб, ундириб куриладиган булса, купинча қандай булмасин бирор турдаги микрофлора усиб чикади, лекин операциядан кейинги даврнинг узи эса тинчлик билан утаверади. Бу фактлар корин бушлигида микроблар булишининг узи перитонит бошланиши учун хали етарли эмаслигини, чунки бундай холларда организмнинг химоя кучлари босиб келган сабаб таъсирини киркиб куйишга кифоя килишини курсатади. Шундан келиб чикиб, перитонит бошланиши учун микроблар куп микдорда булиши керак деб тахмин килинди. Организмда уткир деструктив жараён булиши перитонит бошланишига замин тугдирадиган шароит булиб хизмат килиши клиника материаллари тахлилидан аён булди (К. С. Симонян, 1971; Б. Д. Савчук, 1979). Н. М. Бакликова ва ҳамкорлари буни тажрибада исбот этиб бердилар, улар итларнинг корин бушлигига нажас эмульсияси юбориш ва ит орка оёги юмшок туқималарини 10% ли кальций хлориди таъсирида деструкцияга учратиш йули билан бу хайвонларда перитонит клиник манзарасини юзага келтирдилар.

Шундай килиб, организмда деструктив жараён борлигини перитонит бошланишидан олдинги боскич деб караш мумкин.

Перитонитга сабаб буладиган этиологик омилларнинг турли-туман эканлиги, касаллик кузгатувчисининг аксари хар хил булиши, патофизиологик ва патоанатомик узгаришларнинг турлича ифодаланиши, шунингдек касалликнинг клиник жихатдан хар хил куринишда утиши хисобга олинадиган булса, бу дардни полиэтиологик, яъни куп сабабларга алоқдор касаллик деб уйлаш мумкин булади.

Перитонит патогенезида микроблар омили организм гомеостазида бир канча узгаришлар авж олиб боришини бошлаб берувчи механизм ролини уйнайди. Экссудатда буладиган бактериоцид моддаларнинг таъсири остида халок булиб, емириладиган грамманфий бактериялар (ичак таёкчаси, протей, кук-йиринг таёкчаси, грамманфий таёкча) дан куплаб ажралиб чикувчи эндотоксинларнинг мухим ахамияти бор деб хисобланади. Эндотоксинлар бемор организми туқималарининг парчаланиши натижасида хосил буладиган токсинлар билан аралашиб, корин бушлигидаги экссудатни захарли моддалар билан жуда тулиб-тошиб кетган холга келтиради. Булар конга сурилиб, организмнинг захарланишига, интоксикацияга олиб боради. Шу тарика

дардга дард кушадиган бир давра хосил буладика, бунга хотима бериш учун перитонит манбаини бартараф этишдан ташкари, корин бушлигидаги захарли махсулотларни чикариб ташлашни хам кузда тутадиган операция утказиш зарур булади. Эндотоксинлар таъсири остида бошланадиган шок, яъни эндотоксик шок клиник жихатдан сезувчанлик пасайиб кетиши, одамнинг махлиё булиб ётиши, калтираши, тана харорати олдин кутарилиб, кейин паст тушиши, кул-оёклар кукариб, муздек булиб колиши, артериал босим пасайиб, пешоб камайиши, юрак уришларининг тезлашиб кетиши (тахикардия) билан таърифланади. Эндотоксик шокда томирларни харакатга келтирадиган (вазомотор) марказлар фалажланиб, буйрак усти безлари функцияси етишмай колади, буйракка алокадор сабаблар билан томирлар тораяди (вазодепрессор реакция), шунингдек ичак шиллик пардасида геморрагик некроз бошланади.

Эндотоксинлар таъсири остида ажралиб чикадиган катехоламинлар, гистаминлар, кортикоидлар паренхиматоз органларнинг огир даражада зарарланишига, чукур гемодинамик узгаришлар бошланишига, оксиллар, сув-тузлар алмашинуви ва кислота-ишкор мувозанати анча издан чикишига (гипопротеинемия, гиповолемиа, гипоальбуминемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия ва метаболик ацидоз бошланишига) сабаб булади.

Гуморал моддалар ёки тормозловчи нервлар таъсирида меъда-ичак йули нерв-мускул аппаратининг, шикастланиши, шунингдек яллигланиши жараёни авжига чикиб турган пайтда ичак деворида микроциркуляциянинг бузилиши туфайли ичакда атония бошланиб, у фалаж булиб колади. Касалликнинг энг бошидаёк ичак парези бошланиб, ичак ковузлокларининг энига кенгайиб кетишига олиб келади, бу — ичак деворидаги механорецепторларнинг таъсирланишига сабаб булади. Бунга жавобан хазм йулининг харакати, яъни мотор фаолияти янада купрок сусаяди, бошкача айтганда, тормозловчи энтеро-энтрал рефлекс бошланади (А. А. Шалимов ва хамкорлари, 1981). Хазм системасининг фалажланиб колиши ундаги овкат массаларининг димланиб, туриб колишига, кейин бижгишига олиб келади, бу — организмнинг захарланишини кучайтиради. Ич юришмай, газлар тобора купрок тупланиб борган сайин корин ичидаги босим хам шунга яраша кутарилиб боради, бу эса корин бушлигида кон айланишидаги узгаришларни соат сайин зурайтираверади. Шундай килиб, бирин-кетин бошланадиган бир канча патологик узгаришлар ва яллигланиш жараёни зурайиб борган сайин буларга кушилиб бораверадиган таъсирловчи омиллар бутун организмда хам, хазм системасининг функцияларида хам дардни янада зурайтирадиган иллатларга сабаб булаверади.

Шу муносабат билан Ю. М. Гальперин (1975) фикрига караганда, уткир перитонит вактида беморларнинг улимига ичак фалажи сабаб булмай, балки энтерэргия сабаб булади, (энтерэргия деганда бу олим ингичка ичак харакат, секретор ва суриш функцияларининг бирдан етишмай колишини кузда тутати).

Гисто-гематик механизмлар утказувчанлигида, тукималар нафаси, медиаторлар алмашинуви, эндокрин системасида, оксидланиш-кайтарилиш жараёнлари, хужайралар мембраналари функцияларида руй берадиган узгаришлар уткир перитонитда мухим ролни уйнайди. Жигар ва буйраклар функциясининг бузилиши хам каттагина ахамиятга эга. Перитонитда корин пардасининг суриш фаолияти бузилади. Организмнинг иммун-биологик фаоллиги пасайиб, фагоцитар фаоллик сусайиб колади. Коннинг ивитувчи ва ивишга карши таъсир курсатувчи системалари узгариб, гиперкоагуляцияга мойил булиб колади.

Клиникаси. Перитонитнинг энг характерли аломатлари куйидагилардир:

- а) беморнинг умумий ахволи огир булади;
- б) мажбурий холат олиб ётади;
- в) кузлари ич-ичига тортиб, юзи чакак-чакак булиб колади, азоб чекаётгани чехрасидан билиниб туради (Гиппократ «юзи»);
- г) бадан териси ва кузларининг ок,и сарриш тусга киради, бу — огир интоксикация бошланганини курсатади;
- д) коринда огрик булади, огрик уз табиатига кура соматик ва висцерал булиши мумкин; соматик огриклар аник, бир жойда сезиладиган ва доимий булади, корин мускулларининг

таранг тортиб туриши билан бирга давом этиб боради, висцерал огриклар эса санчиклар тарикасида булиб, тегишлича таркалиб туради ва аник сезиладиган жойи булмайди);

е) бемор кунгли айниб, кайт килиб туради, кайт килиш касалликнинг бошида табиатан рефлектор булади, яллигланиш жараёни корин бушлигига таркалиб борган сайин у хазм системасининг фалажланаётганига алокадор булиб колади;

ё) ич юришмай, ел тулланиб, корин дам булиб боради (бу нарса ичак парезининг нечоглик ифодаланганига борлик), баъзан беморнинг ичи суриб туради;

ж) рефлектор тахикардия бошланади (юррак уришларининг сони минутига 120—150 мартагача боради), баъзан брадикардия булади (касалликнинг дастлабки даврида, меъда ва ун икки бармок ичак яраси тешилиб, эркин корин бушлигига кислотали меъда суюклиги тушиб колган махалда, бунда юрак уришларининг сони минутига 50 мартагача тушиб колади); — нафас тезлашиб колади, бу — диафрагманинг нафас харакатларидаги иштироки чекланишигагина эмас, балки айникса упканинг пастки булакларида бошланиб келаётган ёки авжига чикиб олган пневмонияга хам борлик булади;

з) тил курук булиб, «щуткага» ухшаб туради;

и) тана харорати 38—40° С гача кутарилади, аммо касалликнинг сунгги боскичида пасайиб колади;

к) беморнинг корни ичига тортиб, «тахтадек каттик» булиб туради, касалликнинг бирмунча кейинги боскичларида эса, ичак парези туфайли дам булиб кетади, нафас актида пассив равишда иштирок этади ёки мутлако иштирок этмайди, уртача ёки жуда каттик таранг тортиб туради.

Корин пардасининг париетал вараги яллигланиш жараёнига кушилиб кетганидан дарак берадиган Шчеткин-Блюмберг симптоми мусбат булиб чиқади. Корин перкуссия килиб курилса, жигар тепасидан чиқадиган бугик овоз йуколиб кетади, бу — корин бушлигида эксудат ёки эркин газ тулланиб колганидан дарак беради. Аускультацияда перистальтика шовкинларининг эшитилмаслиги ичакнинг фалажланганини курсатади.

Корин пардаси чанок кисмининг безиллаб туриши, шунингдек тугри ичак оркали текшириш махалида бу ичак деворларидан бирининг думбайиб тургани кичик чанокда инфилтрат ёки эксудат борлигига ишора килади.

Йирингли уткир перитонитнинг авж олиб боришида *уч боскич* тафовут этилади:

I. *Реактив боскичи* (дастлабки 24 соатни уз ичига олади ёки кавак органлар ёрилган булса, 12 соат давом этади), бу боскичида касалликнинг махаллий аломатлари: кескин ифодаланган огрик синдроми, корин мускулларининг химояланиб, таранг тортиши ва бошқалар жуда яхши билиниб туради. Касалликнинг бу боскичида намоён буладиган умумий аломатлари (томир уришининг тезлашиб, минутига 120 тагача етиши, артериал босим кутарилиши, нафас тезлашуви, беморнинг бетокатланиб, хар хил харакатлар килавериши ва бошқалар) интоксикациядан кура огрик шоки учун купрок хосдир. Кон текшириб курилганида лейкоцитоз бошланиб, лейкоцитар формула чапга сурилиб колган булади.

II. *Перитонитнинг токсик боскичи* (24-72 соат, органлар тешилганида 24 соат давом этади) — касалликнинг махаллий аломатлари босилиб, сезиларли даражадаги интоксикацияга характерли булган умумий аломатлари биринчи уринга утиб колади: бемор кузлари киртайиб, юзи чакак-чакак булиб кетади, ранги окариб туради, узи камхаракат булиб, гохо эйфория холатига тушади, томир уришларининг сони минутига 120 мартадан ортиб кетади, артериал босими пасайиб, бемор кусиб туради, тана харорати гектик типга киради, Йирингли — токсик холат муносабати билан кон формуласи анча сурилиб колган булади, Касалликнинг токсик боскичи учун махаллий аломатларидан огрик синдроми, мускуллар таранглигининг сусайиши ва шу билан бир каторда перистальтика йуколиб, коринда тобора куп ел тулланиб бориши — метеоризм кучаявериши характерлидир.

III. *Терминал боскичи* (72 соатдан узокрок, органлар тешилганида 24 соатдан узокрок давом этади) хали зур-базур кайтарса буладиган чукур интоксикация ходисалари билан таърифланади: беморнинг юзи гипократ юзи киёфасини олади, узи тамом холдан тойиб, эс-хуши айниб туради, купинча интоксикация муносабати билан делирий ходисалари бошланади, нафас ва

юррак-томирлар фаолияти анча издан чикади, бемор куп кусади, кусугидан ахлат хиди келиб туради, тана харорати пасайиб колади, кони текшириб курилганида йирингли-токсик узгаришлар муносабати билан лейкоцитар формула кескин чапга сурилган булиб чикади, баъзан бактериемия борлиги аникланади. Махаллий аломатлардан перистальтика бутунлай йукотилиб, корин анча дам булиб (метеоризм), хамма ёғи безиллаб тургани маълум булади.

Йирингли перитонит клиникасида гемодинамика узгаришлари мухим уринни эгаллайди, буни хам куяверинг, бир канча олимлар (В. А. Кузнецов, А.П. Булатов, 1971; Selmyer, 1973) юрак-томирлар ва нафас фаолиятидаги узгаришларни корин пардасининг таркок яллигланишидаги улим холларининг асосий сабаби деб хисоблайди. Баъзи тадқиқотчилар (Pennington et al., 1977) гемодинамика издан чикишини эндотоксиннинг бевосита миокардга таъсири натижаси деб карашади, нафас етишмовчилигини эса токсиннинг упка томирлар турига бевосита таъсиридан келиб чикади ва шу нарса гемодинамика бузилишига биринчи сабаб булади деб хисоблашади.

Гемодинамика бузилишининг дастлабки сабаби, афтидан, томирлар узанидан корин бушлиги ва ундаги органларга куплаб суюклик диффузияланиб чикиши ва шунинг натижаси уларок тукималар орасидаги бушликлардан томирлар узанига суюклик утиб туришидир. Купдан-куп текширишлар натижаларига караганда, бундай шароитларда хужайрадан ташкаридаги бутун организм суюкликнинг 50 фоизи корин бушлигига утиб кетиши мумкин, бу 6-10 л ни ташкил килади (Ю. М. Орленко, 1960; Shires et al. , 1961; Noye 1966; 1967; Davis 1969 ва бошқалар). Шу тарика суюклик утиб кетишини илгари «секвестрация» деб аташар эди (А. М. Заблудовский, 1922; В. Я. Шлапоберский, 1968 ва бошқалар), чунки бунда суюклик кон айланиш даврасидан ташкарига чикиб, кон айланишида иштирок этмай куяди. Devis эса бундай суюкликни «учинчи бушликда турадиган суюклик» деб атайди. Равшанки, ажралиб чиккан суюкликнинг куп кисми пировард натижада экссудатга утиб кетади-да, узи билан бирга электролитлар, протеинлар, фаол ферментлар ва бошка моддалар хам йуколиб кетишига олиб боради. Шу суюкликнинг бир оз кисми патологик секрет куринишида ичак йулига утиб, ичак ичида метаболизм бузилишидан хосил буладиган купдан-куп махсулотларни узига олади. Бу суюклик хам кусук билан бирга куп йуколиб туриши мумкин. Ана шундай шароитларда организмда айланиб турган кон хажми камайиб, юракдан отилиб чикдиган кон динамикаси узгариб колиши, гематокрит курсаткичлари кутарилиши ва бошка узгаришлар руй бериши табиийдир.

Касаллик зурайиб борган сайин юрак-томирлар системасининг функционал резервлари тамомила конуний равишда тугаб боради, шунинг натижаси уларок юрак иши курсаткичлари — юракнинг зарб ва минутлик хажми камайиб, кон окимининг умумий тезлиги пасаяди, кон айланиши самарадорлиги коэффиценти камайиб колади (1,23+0,86 га тушади).

Хаммага маълумки, йирингли огир касалликлар алмашинув жараёнларининг анча кучайиши ва катаболик реакциялар жадаллашиб колиши билан бирга давом этиб, организмнинг энергетик эhtiёжлари анча ортиб кетишига олиб келади. Масалан, тана адроратининг 1°С га кутарилиши энергия сарфлари 15 фоиз ортишига олиб бориши аникланган. Дике ва хамкорлари одам бадани куйганида организм энергетик эквиваленти куйган юзанинг хар бир квадрат метри хисобидан олганда бир кеча-кундузда 1388 ккал га ортишини топишган.

Корин пардаси юзасининг сатхи 2 м² дан кура каттарок эканлиги эсга олинадиган булса, таркок перитонитда организмнинг энергетик эhtiёжлари Дике курсаткичидан лоакал икки баравар ортиб кетади деб тахмин килиш мумкин. Бунинг устига корин органларининг узидаги моддалар алмашинуви нормада хам бутун организмдаги алмашинувнинг тахминан 50 фоизини ташкил этиши, яллигланиш махалида эса бу алмашинув мукаррар кучайиши хисобига олинса, у холда огир перитонитга учраган бемор организмнинг бир кеча-кундузлик энергетик талаблари камида 3000—3500 ккал ни ташкил килади деб эътироф этиш керак булади. Бунда перитонит билан огриган беморнинг бир неча кун давомида (касаллик авжига чикиб турган махалда) табиий йул билан овкатлана олмаслигини ва энергия сарфларини асосан ички резервлари хисобига тулдириб боришга мажбур булишини таъкидлаб утиш зарур.

Перитонит махалида оксиллар алмашинуви микдорий узгаришларга учрашини шу масалани урганиб чиккан олимларнинг хаммаси эътироф этиб, сезиларли гипопротеинемия бошланиши ва оксиллар сарфининг кескин купайиб кетишини бунга далил килиб келтиришади. К. С.

Симонян (1971) фикрига кура, сийдик, кусук массалари, экскудат билан бирга йуколиб турадиган оксил микдори мутлак ракамлар хисоби билан олганда бир кеча-кундузда 50—200 г гача етиши мумкин, шуниси хам борки, шунча микдорда оксил йуколиши хамиша хам гипопротеинемия билан бирга давом этиб боравермайди. В. Д. Фёдоров (1974) эса, аксинча кон плазмасидаги умумий оксиллар микдорининг кескин камайиб кетганини аниклаган; гипопротеинемия махаллий перитонит вактидаёк кузатилиб, «корин пардасининг таркок ва умумий яллигланишида» хаммадан кура юкори даражага етган. Перитонитнинг таркок хилларида айланиб турган кон плазмасидаги оксиллар микдорининг хийлагина камайиб кетишини А. Н. Люлька билан В. В. Бигуняк (1976) хам топишган.

Оксил, афтидан, йирингли экскудат билан бирга хаммадан кура купрок йуколиб туради, йирингли экскудат таркибида, Welch, Burke маълумотларига кура, 30 г л дан тортиб то 50 г л гача микдорда оксил булади, яъни бу экскудат таркибидаги протеин микдори жихатидан баъзи холларда кон плазмасига якинлашиб қолади. Оксилнинг кусук массалари билан бирга йуколиши ахамияти жихатидан, афтидан, иккинчи уринда турса, чукур интоксикация махалида буйракдаги филтрланиш ва кайта сурилиш издан чикиши натижасида сийдик билан бирга йуколиб туриши ундан кейинги, охирги уринда туради. Нихоят, парезга учраган ичак бушлигига анча куп микдор оксил сизиб чикиб, бу ерда ферментлар таъсирида патологик парчаланишга учрайди. Ана шу парчаланиш натижасида хосил буладиган махсулотларнинг кайта сурилиши, афтидан, мумкин-у, лекин организмнинг иммун ва пластик материал тарикасида улардан фойдалана олиши амри махол.

Йирингли перитонитда оксиллар алмашинувида сифат узгаришлари хам руй беради. Аввало, гипоальбуминемия диккатни узига жалб этади, бундай гипоальбуминемия табиатан абсолют булади, чунки кон плазмасидаги протеин микдори умуман камайиб кетган махалларда кузатилади. Таркок перитонитда альбумин микдорининг камайиши айникса сезиларли даражага етади. Глобинлар микдорида хам узгаришлар руй бериб, айрим фракциялари уртасидаги нисбат бошкача булиб қолади, лекин кон плазмасидаги глобулинлар умуман бир кадар купайиб боради. Бундай узгариш махаллий перитонитда купрок, таркок перитонитда эса камрок ифодаланган булади.

Йирингли перитонитда минераллар алмашинуви хам сезиларли даражада издан чикиб, организмдаги сув-электролитлар мувозанати бузилади. Маълумки, калий ионлари асосий хужайра катиони булиб, шунда хам у жуда харакатчан хисобланади: уларнинг 98 фоизи бошка ионлар билан бутунлай алмашина олади (Я.Ошацкий, 1967). Тукималардаги гидростатик мувозанат бузилган шароитларда яллигланиш учогиди калий иони энг харакатчан ион сифатида хужайрани ташлаб чиқади, унинг урнини хужайра структураларида натрий (анаэроб гидролиз шароитларда) ёки водород иони эгаллайди. Бундан ташкари, хужайра элементлари куплаб емирилиши натижасида талайгина микдорда калий ажралиб чиқади. Перитонит махалида яллигланиш экскудатида хаддан ташкари куп микдор калий булиши шундан далолат беради (экскудатдаги калий микдори 8,1—10,1 ммоль) л га боради, яъни плазмадагидан кура икки баравар купрок булади. Меъда-ичак йулининг патологик узгаришларга учраган суюклигига янада купрок микдорда калий утиб туради. Калийнинг сийдик билан зур бериб чикиб туришига келганда перитонит пайтида буйракда кайта сурилиш бузилиб, калий катиони, афтидан, буйрак каналчалари доирасида натрий ёки водород иони билан алмашинади, шу нарса сийдикка куп калий утиб туришига олиб боради деб тахмин килиш мумкин.

Шундай килиб, йирингли перитонитда организмдан анчагина калий йуколиб туради. Дастлабки вақтда бошланадиган гиперкалиемия бу фактга зид келиши у ёкда турсин, балки уни тасдиқлайдиган далил булиб хизмат қилади, чунки бу даврда калий хужайралардан жуда куп ювилиб чикиб, кон окимига тушади, тукималарда эса калий танкис булиб қолади, тукималарда калий етишмаслигига нисбий калий етишмаслиги дейилади. Шу билан бир вақтда калийнинг сийдик билан бирга зур бериб чикиб туриши, яллигланиш экскудати, кусук массалари билан талайгина калий йуколиб бориши натижасида гиперкалиемия тез орада гипокалиемия билан алмашинади, бу — энди организмда руй-рост калий етишмовчилиги бошлангидан дарак

беради. Нихоят, перитонитнинг сунгги, яъни терминал боскичида уткир буйрак етишмовчилигининг зурайиб бориши катионларнинг (ва биринчи галда калийнинг) буйраклар оркали ажралиб туришини кескин издан чикаради, бу нарса хужайралар ичидаги калий микдори камайиб кетган булса ҳам, яна тобора зурайиб борадиган гиперкалиемияга олиб келади.

Патологик узгаришлар муносабати билан калий йуколиб туришининг организм учун кандай ёмон окибатларга олиб келиши мумкинлигини таъкидлаб утишга хожат булмаса керак. Хаммага маълумки, бу катион хужайралар таркибий кисмларининг ажралмас элементи булишидан ташкари нерв толаларидаги утказувчанлик жараёнида ҳам нихоятда мухим урин тутади. Перитонитда ичак парези бошланишида, шунингдек миокард функционал холати узгаришида калий етишмаслиги, чамаси, мухим ахамиятга эга. Миокард функциясининг бузилиши уз навбатида перитонит махалида гемодинамикада узгаришлар руй беришига бир кадар сабаб булади.

Натрий алмашинуви бунга бирмунча тескари зайлда кечади, яъни организмда шу катионнинг куплаб туриб колишига мойиллик булади. Бу унинг хужайра элементларидаги микдори купайиб колишидан ҳам, уртача даражадаги натриемия пайдо булиб, сийдик билан чикиб турадиган натрий камайиб колишидан ҳам билинади. Натрийнинг шу тарика организмда ушланиб колиши буйрак усти безларининг минералокортикоид функцияси кучайишига, жумладан зур бериб альдостерон хосил булиб туришига борлик деб хисобланади.

Биологик мухитлардаги осмотик мувозанатни саклаб туришда натрий катиони етакчи роль уйнашини хисобга олиб, куплаб альдостерон хосил булиб туришини организм гидроион мувозанати кескин бузилган шароитда юзага чикадиган бир нав химоя реакцияси деб эътироф этиш керак. Экссудатда, меъда ва ичак суюклирида натрийнинг нисбатан кам микдорда булиши ҳам бунинг далили булиб хизмат килади.

Перитонит махалида кислота-ишкор холатининг бузилиши клиницистлар диккат-эътиборини узок йиллар мобайнида узига куп жалб килиб келди. Баъзи олимлар (В. Я. Шлапоберский, 1958; В. И. Казанский, 1960; П. Л. Сельцовский, 1963 ва бошқалар) перитонит, айникса таркок перитонит шароитларида хамиша сезиларли ацидоз бошланади деб тахмин килишди. Бирок, Аструпнинг микроэлектродлар ёрдамида кулланиладиган ва аник, натижалар берадиган экспресс-методи пайдо булганидан кейин перитонит вақтида ацидоз булиши мутлако шарт эмаслиги аникланди. Бунинг хам куяверинг, перитонит пайтида аксари алкалоз булиши ва бундай шароитларда кислота-ишкор холати тез узгариб тура олиши кейинги йиллардаги текширишларда маълум булди (В. С. Савельев ва бошқалар, 1969; Н. Нурмедов, Н. Астанов, 1974 ва бошқалар).

Перитонитда зурайиб борадиган паралитик ичак тутилиши бу касалликнинг утишини огирлаштириб куяди. Купгина олимлар касалликнинг кандай окибат билан тугалланиши 45—85 фоиз холларда ичак парези даражасига бевосита боглик деб хисоблайдики, бу бежиз эмас. Адабиётдаги маълумотларга караганда, перитонитнинг реактив боскичида 39 фоизгача, токсик боскичида 80 фоизгача холларда, терминал боскичида эса касалларнинг хаммасида — 100 фоиз холларда шу асорат булади. Шу билан бирга махаллий перитонитга учраган беморларда сезиларли ичак парези 54 фоиз холларда кузатилган булса, таркок перитонитга гирифтор касалларда уларнинг 82,7 фоизида ичак парези бошланган (Б. Д. Савчук, 1979).

Купчилик олимларнинг фикрига кура, паралитик ичак тутилишининг дастлабки, асл сабаби ичак фаолияти, харакат функциясининг нерв-рефлектор йул билан тормозланиб колишидир, бунга корин пардасидаги талайгина рецепторларнинг куп таъсирланиши туфайли келиб чиқадиган висцеро-висцерал рефлекслар сабаб булади. Лекин бу коида, афтидан, факат касалликнинг бошлангич даври учун тугри келади, чунки зурайиб борадиган перитонитда ахвол яхшиланмай, бирдек тураверишини нерв-рефлектор таъсирининг узи билангина изохлаб бериш кийин. Шу жихатдан олганда электролитлар ва аввало калийнинг йуколиб боравериши нихоят даражада мухим ахамиятга эга, чунки нерв толасида буладиган кузгалувчанлик ва утказувчанлик жараёнларида айни шу калий ионлари хал килувчи ролни уйнайди. Ичак парези авж олиб боришида перитонит махалида серотонин йуколиб, унинг етишмайдиган булиб

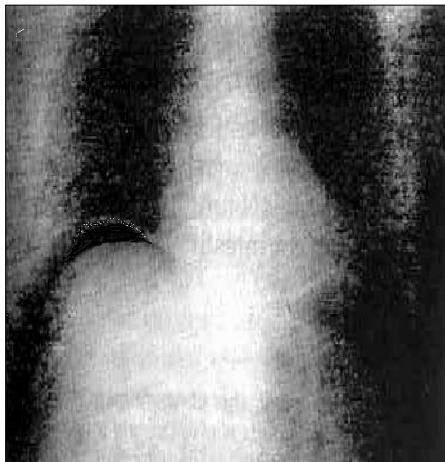
колиши ҳам маълум ахамиятга эга. Ичак шилимшик пардаси тагидаги каватнинг энтерохромаффин хужайралари томонидан ишланиб чиқадиган серотонин кузрелишни синапсдан ичакнинг силлик мускулига, асосан халқасимон мускулига утказиб берадиган узига хос медиатордир. Ичак парези бошланишида АТФ етишмаслиги, шунингдек гидролазамлизасомал ферментлар ҳам каттагина ролни уйнайди, йирингли жараён анча авж олган маҳалда шундай ферментлар куплаб хосил булиб туради. Оксиллар алмашинувининг айниб колиши ҳам ичак парези бошланишида муҳим ахамиятга эга деб ҳисобланади.

Шундай қилиб, ичак парезига олиб келадиган омиллар куп булиши билан бирга нихоят даражада жиддий ҳамдир, лекин уларнинг ҳаммаси шубҳасиз, иккиламчи булиб ҳисобланади, чунки у авж олиб бораётган перитонит окибатиридир. Кейинчалик парез холатидаги ичакнинг суюклик ва газлар билан тулиб, чузилиб кетишидан пайдо буладиган тормозловчи энтеро-энтерал рефлекслар туфайли ичак ҳаракат функцияси янада сусайиб боради (Ю. М. Гальперин, 1967). Бундан ташқари, чузилиб кетган ичак ковузлокларида хазм жараёнининг кескин бузилиши ҳам парез кучайишига олиб боради. Айни вақтда чала оксидланган пептид маҳсулотларнинг куплаб хосил булиб, конга сурилиб туриши интоксикацияни кучайтириш билангина қолмай, ичакнинг ҳаракат функциясини идора этадиган вегетатив нерв марказларига тормозловчи маҳаллий таъсир ҳам курсатади. Марказий нерв системаси таъсирини ҳам истисно қилиб булмайдир, чунки йирингли перитонитда интоксикация марказий нерв системасига ҳам анча қор қилади.

Диагностикаси. Перитонитли беморларни текшириш мунтазам, ҳар томонлама булиши ва касаллик анамнезини бемор шикоятларини, куздан кечирув, пальпация, аускультация ва перкуссия натижаларини, шунингдек клиник-биохимиявий анализлар маълумотларини урганиб чиқишни уз ичига олиши керак.

Касаллик анамнезини синчиклаб урганиб чиқиш диагнозни тугри аниқлаш беморга уз вақтида ва тугри даво қилиш учун биринчи даражали ахамиятга эга. Аввало, касалликнинг бошланиши, асосий аломатлари, утиши ҳамда бемор жаррохлик булимига ётқизилмасидан олдин қурилган даво чоралари тугрисидаги ҳамма маълумотларни аниқ билиб олиш керак. Қоринда оғрик туриши ва айни вақтда бемор ахволининг ёмонлашиб бориши қорин бушлигида оғир фалокат руй бўлганидан далолат берувчи дахшатли аломатларнинг биридир. Бунда оғрикларнинг қаерда сезилаётгани, нечоғлик зурлиги ва табиатини аниқлаб олиш керак. Беморнинг қачондан бери ва қанчалик бот-бот қайт қилаётганини, қусук массаларининг қанақа эканлигини аниқлаб олиш ҳам перитонит диагностикасида муҳим урин тутуди. Перитонитда паралитик ичак тутилиши булганлигидан бемор, одатда, такрор-такрор қайт қилиб туради, қусугига ичак суюқлиги араллашиб тушади, диафрагма нерв таъсирланаётганидан беморни хикичок ҳам тутиб туради. Ич юришмай, ел тупланиб боришидан қориннинг дам булиб туриши ҳам диққатни узига жалб қилади. Беморнинг умумий ахволи, ташқи қуринишига, юрак-томирлар системаси, нафас органларини текшириш натижаларига, шунингдек тана ҳароратига ҳам катта ахамият берилади. Тилни текшириб қуриш перитонит диагнозини тасдиқлайдиган муҳим маълумотларни олишга имкон беради (перитонитда тил қуп-қурук булиб, «чуткага» ухшаб туради). Қоринни текшириб қуриш айниқса катта ахамиятга эга. Қоринни куздан кечиришда унинг шаклига, нафас актида иштироки бор-йўқлигига, терисининг рангига, шишиб ёқи ичига тортиб турганига эътибор берилади. Беморни юза ва чуқур пальпация қилиб қурилганида қимматли маълумотларни қулга қиритиш мумкин булади (безиллаш бор-йўқлиги, Шеткин-Блюмберг симптоми мусбат-манфийлиги, қорин олдинги девори мускулларининг таранг тортиб турган-турмаганлиги билиб олинади). Перкуссия вақтида пневмо-перитонеум, қорин бушлигига қуйилиб қолган қон, экссудат бор-йўқлигини аниқлаб олиш мумкин (қон ёқи экссудат булганида перкутор товуш бугикрок булиб чиқади). Аускультацияда перистальтика шовқинларининг эшитилмаслиги паралитик ичак тутилиши бошланганидан дарак беради.

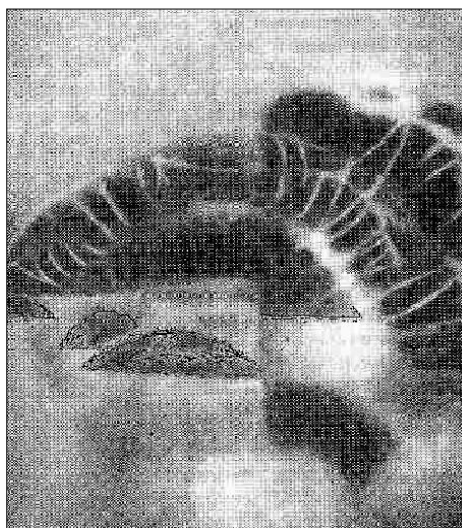
Рентгенологик текшириш корин бушлигида эркин газ борлигини (кавак органлар ёрилганида), хазм йулида газ ва суюклик туриб колганини (паралитик ичак тутулиши), корин органлари топографоанатомик вазиятлари, катта-кичиклиги ва олган урни узгариб колганини курсатиб беради, шунингдек корин бушлигида инфилтрат борлиги, диафрагма ва кукрак бушлиги органларида реактив узгаришлар руй берганлиги хам топилиши мумкин.



Пневмоперитонеография, ретропневмоперитонеография, лимфография расм булганлиги муносабати билан рентгенологик текшириш методининг диагностик имкониятлари анча кенгайди, бу текшириш усуллари кандай булмасин бирор органда бошланган яллигланишни илк боскичларда топиб олишга имкон беради (орган деворларининг калинлашиб колгани, кушни органлар билан битишиб колганини курсатиб беради; лимфография корин бушлиги органлари яллигланганида унинг лимфа тугунларида бошланадиган яллигланиш жараёнини барвакт аниклаб олишга ёрдам беради).

булган холларда абдоминал парацентез усули корин бушлигида экссудат бор-йуклигини аниклаб олишга имкон беради (экссудат булса, уни тортиб олиб, микроскопик текширишдан утказиш керак). Экссудатнинг рангини аниклаб, ундаги рН, эритроцитлар сонини билиб лапаротомия килишга зарурият мумкин.

«Тимирскиловчи кулланиш эса 98 фоиз холларда имкон беради. Лапаротомия яллигланиш топиб олишга имкон берадиган Радиологик диагностика, ва эхография хам анча мухим Дифференциал диагнози. органидаги патоморфологик фоиз холларда перитонит биргаликда авж олиб боради ва кийинчилик турдирмайди.



ташки куриниши, хиди, амилаза микдори, олгандан кейин бор-йуклигини аниклаш катетер» усулини тугри диагноз куйишга

манбаини тугридан-тугри анча ишончли усулдир. фонография, тепловидение ролни уйнайди.

Корин бушлигининг бирор узгаришлар тахминан 85 аломатлари билан диагнозни аниклаш Бирок, утқир жаррохлик

касалликларининг тахминан 15 фоиз холларида касалликнинг махаллий куринишлари ноаник билинмайдиган булади, умумий аломатлари хам анча нотайин булиб чиқади.

Дифференциал диагностика нуктаи назаридан мухим булган иккинчи нарса диспептик ходисаларнинг табиатидир. Деструкция булмаган махалда касалнинг кайт килиши ниҳоят даражада камдан-кам учрайди, деструкция бошланганида эса кайт килиш ва, умуман, диспептик ходисалар касалликнинг асосий аломати булиб қолади.

Шчеткин-Блюмберг симптомининг мусбат булиб чиқиши мухим, чунки бу симптом корин пардаси париетал варагининг деструкцияга кушилиб кетганидан дарак беради.

Йирингли таркок, перитонитларга комплекс даво килишнинг умумий принциплари

1. Зудлик билан операцияга тайёргарлик куриш ишлари пайсалга солинмасдан, пухта килиб, хар бир касалнинг ахволини ва ундаги бошка касалликларни хисобга олган холда утказилиши, айна вақтда биохимиявий текшириш натижаларига караб туриб, сув-тузлар алмашинуви, кислота-ишкорлар холати, оксиллар алмашинуви ва гемодинамикани урнига келтириш чораларини куриш зарур. Премедикация килиш ва меъдани бушатиб олиш алохида ахамиятга эга. Операцияга тайёргарлик даври 2 соатдан ошмаслиги керак.

2. Огрик синдромини бартараф этиш, организм нейроциркулятор ва нейрогуморал реакцияларини нормага келтиришни кузда тутиб, эндотрахеал йул билан, умумий огриксизлантириш усули кулланилади.

3. Операция ишлари:

а) перитонит манбаини бартараф этиш;

б) экссудатни чиқариб ташлаш ва корин бушлигини антисептик эритмалар билан тозалаш, яъни санация қилишдан иборат булади (5—8 л микдорда 1:500 нисбатдаги фурацилин эритмаси, Рингер эритмаси, физиологик эритма ёки риванол кулланиб).

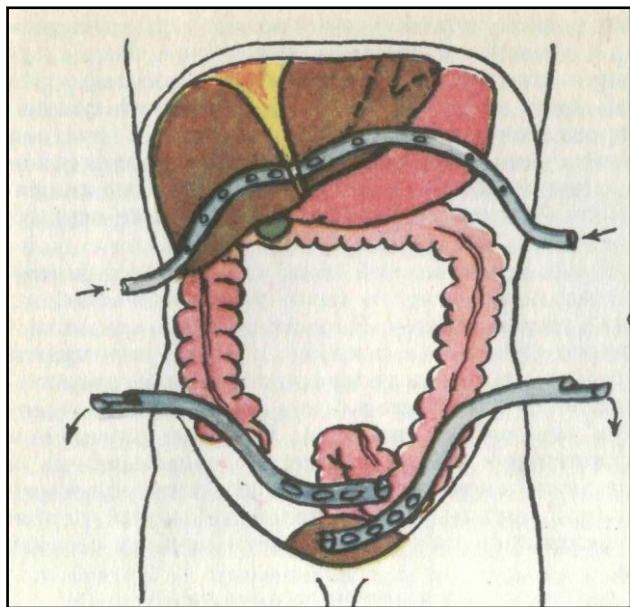
4. Ичак атониясининг олдини олиш мақсадида ингичка ичак туткичига новокаин эритмасини бирдан юбориш ёки томчилаб новокаин эритмаси юбориб туриш учун ичак туткич илдизига микроирригатор урнатиш лозим.

5. Ичак суюқлигини чиқариб туриш ва беморни энтерал йул билан овқатлантириб бориш учун икки каналли назоэнтерал зонд солиш йули билан меъда-ичак системасидаги босимни камайтириш, яъни уни бушатиш, декомпрессия қилиш.

6. Операциядан кейин перитонеал диализ қилиб туриш учун корин бушлигига дренажлар қуйиб қуйиш.

7. Яллигланишга қарши самарали даво қилиб бориш мақсадида экспресс-бактериоскопия ва бактериологик анализ учун экссудатдан намуналар олиш, микрофлоранинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун экссудатни экиб, микробларни ундириб қуриш.

Операциядан кейинги дастлабки уч кун давомида бактерияларга қарши терапияни экспресс-бактериоскопик текширув натижаларига қараб, кейинчалик эса флора турини ва микробларнинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш натижаларига қараб тайинланади.



Перитонеал диализ. Перитонеал диализни кулланиш фикрини С. Т. Розенак (1926) майдонга қуйган. Собиқ СССР да утқир перитонитлар вақтида перитонеал диализ куллашни биринчи марта 1958 йилда А. Н. Филатов тақлиф қилиб чиқди, клиникада эса бу усул 1964 йилда К. С. Симонян томонидан кулланилди. Хозир тарқок перитонитга, айниқса оғир хилларига комплекс даво қилишда купгина олимлар перитонеал диализ усулини кулланишга каттагина аҳамият берадилар (К. С. Симонян, 1971; В. С. Маят ва ҳамкорлари, 1974; Б. Д. Савчук, 1979; А. А. Шалимов ва ҳамкорлари, 1982).

Перитонеал диализни узининг таркиби жихатидан қон плазмасининг электролит таркибига яқинлашиб келадиган эритмалардан

фойдаланиб туриб, окизиб қуйиладиган ёки фракцион метод билан утқизиш мумкин, бунда ишлатиладиган эритмага албатта антибиотиклар ва новокаин қушилади. Диализ учун Рингер, Петров, Рингер-Локк, ЦОЛИПК, Дарроу I ва II эритмалари, шунингдек физиологик эритма ишлатиш мумкин.

Перитонеал диализни кулланишдан мақсад:

а) корин бушлигидаги экссудат, йиринг, қон лахталари, фибрин пардаларини тезгина чиқариб ташлаш, бу чора интоксикация камайишига олиб келади; организмдаги сув мувозанатини урнига келтириш; бунга диализат осмотик босимини узгартириб туриш йули билан эришилади;

в) корин бушлигига антибиотиклар қиритиш ва корин пардасининг яллирланган ҳамма жойига уларнинг зарур микдорда бориб туришига эришиш;

г) лаборатория текширишлари натижаларига қараб туриб, электролитлар алмашинувини тегишли томонга узгартириб, урнига келтириш, диализловчи эритма электролитлари таркибини тугрилаб қуйиш нули билан бунга эришилади;

д) корин бушлигида махаллий гипотермия юзага келтириш мақсадида унга совук суюклик юбориш;

е) суюкликларни окизиб куйиш йули билан битишмалар пайдо булишининг олдини олиш;

ё) баъзи дори моддалари (гепарин ва бошкалар) ни юбориб туриш;

з) азотли ташландилар (мочевина, креатинин, колдик азот) ни чиқариб ташлаш.

Клиникамизда утказилган купдан-куп текширишлар асосида биз таркок йирингли перитонитлар вақтида операциядан кейинги дастлабки 4-5 кунлари фракцион усул билан перитонеал диализ утказиш ҳаммадан дуруст натижа беришига ишонч хосил килдик.

Корин бушлиги яхши ювиладиган булиши учун диализга ишлатиладиган эритма микдорини куйидагича килиб олиш мақсадга мувофиқдир: 1-куни — 13—15; 2-куни—12—13; 3-куни — 10—12; 4-куни — 8—10; 5-куни— 6—7 л. Бактериологик назорат учун корин бушлигидан чиқадиган ювинди сувлардан анализга намуна олиш мумкин.

Хақиқий ахволни аниқ билиб туриш ва уз вақтида керакли чораларни куриш учун хар 2—3 соатда пульс сонини текшириб, марказий веноз босим, артериал босимни улчаб туриш, шунингдек кон, сийдик ва корин бушлигидан чиқкан диализатни биохимиявий текширишдан утказиб туриш зарур (Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Cl^- , HCO_3^- , гематокрит, колдик азот, мочевино, креатинин, умумий азот, электролитлар, кортикостероидларни аниқлаш). Йирингли таркок перитонитларнинг комплекс давосида перитонеал диализни кулланиш бу касалликлардан улиш холларини камайтириш билан бирга касаллик асоратларини (ковузлоклараро маддалар, чанок абсцеслари ва бошкаларни) ҳам кескин камайтиришга имкон беради.

Ичакда босимни камайтириш (декомпрессия) ва энтерал йул билан беморни озиклантириб бориш. Перитонитга учраган беморларни даволашда парентерал йул билан озиклантириш учун ишлатиладиган воситаларнинг хили жуда куп, лекин улардан фойдаланиш бир канча кийинчиликлар билан борлиқдир. Чукур веналарга катетер куйишдан келиб чиқадиган асоратлар, яъни венада катетер узок туришидан пайдо буладиган яллигланиш ва септик жараёнлар, бевосита парентерал инфузион терапия утказишнинг мушкуллиги, чунончи, юбориладиган моддаларнинг микдори, таркиби кандай булиши кераклигини хамиша ҳам аниқ билиб булмаслиги ана шундай кийинчиликни турдиради.

Издан чиқкан моддалар алмашинувини аслига келтириш, шунингдек организмнинг энергетик ва пластик эhtiёжларини кондириш учун операциядан кейинги даврда озика омухталарини операция вақтида тугридан-тугри ингичка ичакка солиб куйилган зонд оркали энтерал йул билан юбориш усули сунгги йилларда муваффақият билан кулланилмовда (Е. К. Курганов, 1974; М. И. Яцентюк, 1974).

Бирок, бу усулнинг аниқ афзаллиги борлигига карамасдан, у хали ҳам расм булган эмас. Бунинг бир канча сабаблари бор. Шуларнинг энг мухими зонд оркали энтерал йул билан озиклантириш учун ишлатиладиган аралашманинг таркиби канака булиши керак деган масала устида аниқ бир тушунча йук.

Адабиётдаги маълумотларни тахлил килиб чиқиш ингичка ичакка юбориб туриладиган озика моддаларининг таркиби хусусида бир-биридан мохият эътибори билан фарк киладиган иккита нуқтаи назар борлигини курсатиб беради. Шуларнинг биринчисига асосланган С. И. Спасокукоцкий усули (1933) етарли микдорда оксилларга эга булган, осон сингийдиган табиий махсулотлардан (гушт шурваси, тухум, сметана, мева сувларидан) тайёрланган озик аралашмасини юбориб туришдан иборатдир (Е. П. Курганов, 1974; М. Н. Яцентюк, 1977).

Ана шу озик аралашмасини олиб турган беморларнинг асосий кисми рак ёки яра касаллиги муносабати билан меъда резекциясини бошдан кечирган, шу сабабдан ингичка ичагининг функционал холати издан чикмаган касаллардан иборат булганини айтиб утиш керак.

Шу билан бирга перитонит махалида ичак атонияси ходисалари бошланиши купдан-куп текширишларда курсатиб берилган, ингичка ичакнинг харакат, секретор ва суриш функциялари бузилиб, ичакда суюклик ва газлар тупланиб бориши ва кейинчалик ичак ковузлокларининг чузилиб кетиши ана шундай атония ходисаларига сабаб булади. Бундай шароитларда, равшанки, издан чиқкан катаболизм жараёнларини ингичка ичакка озик моддалари юбориш

йули билан жойига келтиришга уриниш беҳуда булиши билангина колмай, балки операциядан кейинги даврнинг утишини огирлаштириб куйиши мумкин.

Кенгрок расм булган иккинчи усулга операциядан кейинги дастлабки даврда олдиндан гидролизланган полимерларни юбориш зарар деган фикр асос булди, бу — касалларни зонд оркали энтерал йул билан озиклантириб туриш учун венадан юборишга мулжалланган маълум воситалардан фойдаланишга имкон берди.

Факат мономерлар шаклидаги озика моддалардан иборат аралашмалардан фойдаланишда уларни ингичка ичак йулига юбориб туриш суръати хамиша чекланган булади. Эритмалар юбориш суръатини ошириш бир канча асоратлар пайдо булишига, касалнинг кунгли айниб, кайт килиб юборишига, ичи суришига олиб келиши мумкин.

Бундай асоратлар, биринчи навбатда, мономерлар эритмаларининг сув-тузлар алмашинувини издан чиқарадиган гиперосмоляр хоссасига боғлиқдир. Мономерлар аралашмалари куни билан кунига 1 — 1,5 л микдорида юбориб туриладиган маҳалда асоратлари булмайди. Аралашмани суюлтириш хисобига мономер озик моддалар концентрацияси пасайтирилганида уларнинг хажми купайиши мумкин, бундай шароитларда организм ички муҳитига утиб турадиган озик моддаларнинг умумий микдори пластик ва энергетик эҳтиёжларни кондириш учун етишмайдиган булиб қолаверади, шунга кура касални бир вақтнинг узида парентерал йул билан озиклантириб бориш зарурияти тугилади.

Маълумки, перитонит ичак парези билан бирга давом этиб боради, бу нарса ичак йулида бир талай захарли моддалар тупланиб бориши натижасида интоксикацияни кучайтиради. Шу сабабли меъда ингичка ва йугон ичакдаги суюклик ва газларни бир йулли, икки каналли зондлар ва найлар ёрдамида чиқариб туришнинг ҳар хил усуллари билан фойдаланилади. Таклиф этилган куйидаги усуллар: учига юк урнатилган узун резина зондлар билан ичакни бор буйига интубациялаш (Миллер-Аббот, 1934); хаво ёрдамида идора этиб бориладиган учлик урнатилган узун поливинил най ёрдамида ичакни огиз (бурун) оркали интубациялаш (Эдлик, 1967); Дедерер усулига мувофиқ солинган гастростома оркали декомпрессия қилиш шулар жумласидандир. Б. Д. Савчук ичакни бурун оркали декомпрессия қилишини таклиф этди. И. Д. Житнюк (1972, 1977) ва В. С. Савельев (1976) турлича узгартирилган энтеростомияни афзал қуришди. Ю. Л. Шальков ва ҳамкорлари (1977) ичакнинг узунлиги 2,5—3 м, диаметри 6—8 мм келадиган тешик-тешик (50—70 та тешиги бор) полихлорвинил най ёрдамида бурун гастрома, илеостома, қуричак ва анус оркали декомпрессия қилишди.

Хозир ингичка ичакни икки йулли назоэнтерал зонд билан, йугон ичакни эса бир талай тешиқлари буладиган 1,5—2 см диаметрли найни орқа тешиқ оркали талок бурчагига (балки, иложи булса, жигар бурчагига) қиритиш йули билан декомпрессия қилиш, афтидан, узига ҳос бир усул хисобланади. Озиклантиришнинг бундай усули куйидаги мақсадларни кузда тутди:

а) касални зонд оркали энтерал тарзда овқатлантириб бориш учун ичак лаважи йули билан энг қулай шароитларни яратиш;

б) тузли, оксилли ва бошқа хил озик моддаларни бевосита ичак йулига юбориш;

в) организмда танқис булиб қолган пластик материал урнини тулдириш учун 5—6 кун давомида касални озиклантириб бориш;

Туз эритмаларини (айниқса К⁺ ионлари қушилган эритмаларни), шунингдек осон сингидиган аминокислоталарни энтерал йул билан юбориш ичак перистальтикасининг барвақт тикланишига ёрдам беради.

Касални энтерал йул билан озиклантириб бориш ишлари ичак суюқлигини актив равишда тортиб олиб туриш билан биргалиқда, озик моддаларнинг сурилишини назорат қилиб борган ҳолда утқайлади. Уз тарқиб жихатидан ингичка ичак химусига яқинлашиб келадиган туз эритмалари, моносубстрат (гемодез, аминокептид ва бошқалар) ва полисубстрат (оксиллар, углеводлар ва ёғлардан иборат) озикли омўхталар ишлатилади, буларнинг осмотик босими 450 мосм дан ортмайдиган булиши керак. Касалларни энтерал йул билан озиклантириш одатда операциядан кейинги иккинчи куни, ичак ишини актив равишда жонлантириш билан бирга бошланади ва 5—6 кун мобайнида давом эттириб борилади.

Зонд оркали энтерал йул билан озиклантириш учун ишлатиладиган туз эритмаси таркиби: натрий —220 мг/л; калий — 79 мг/л; кальций 40 мг/л; хлор —420 мг/л.

Оксилли озик аралашмаси: аминокептид ёки гидролизатлар — 150 мл/л; плазма (куруги)—30—40 г/л; крахмал (сувда эрийдигани) — 24 г/л; глюкоза — 3 г/л; энтерал йул билан озиклантиришга мулжалланган туз; дистилланган сув 1л гача.

1 л микдоридаги ана шундай оксилли аралашманинг осмотик босими хисоблаб курилганида 420 моем булиб чикди (ингичка ичакда сурилиш хаммадан яхши давом этиб бориши учун осмотик босим 450 моем гача булиши керак). 2—2,5 л микдоридаги ана шундай озика аралашмаси билан касални зонд оркали энтерал усулда озиклантириб бориладиган булса, 1660 ккалгача булган энергия урнини коплаш мумкин.

Зонд оркали энтерал йул билан озиклантириш методикаси, операциядан кейинги биринчи куни ичак лаважи бошланади, яъни таркиби жихатидан ингичка ичак химусига якин келадиган 1,5 л микдоридаги туз эритмасини турт кисмга булиб, ичакка юборилади (бу эритма ичакда 30 минут туриши керак, кейин уни ингичка ичак суюклиги билан бирга тортиб олинади). Ичак лаважи ичакни механик равишда ювиш, сув-электролитлар мувозанатини бир кадар, жойига келтиришга имкон беришидан ташкари, зонд оркали энтерал йул, билан озиклантириш учун хам кулай шароитларни яратади. Синаб куриш натижалари мусбат булиб чикса, яъни ичакнинг суриш функцияси тикланган булса, юкорида курсатиб утилган туз эритмаларини аста-секин, томчилаб юбориш йули билан (минутига 60 томчидан) беморни озиклантиришга киришилади, бунда бир кеча-кундузда 800—1200 мл эритма ишлатилади. Эртасига, тузли эритма юборишни давом эттириб турган холда бир кеча-кундузга 800 мл хисобидан оксилли эритма юборишга утилади. Кейинчалик бориб, оксилли мухит микдори бир кеча-кундузда 2—2,5 л гача етказилади. Шу тарика зонд оркали энтерал йул билан озиклантириб бориш 5—6 кун давом этади. Беморнинг ахволи яхшиланиб, алмашинувнинг хамма турлари жойига келгани, меъда-ичак йулининг хамма функциялари тикланганидан кейин, шунингдек огиздан овкат ейиш имконияти пайдо булганидан сунг зонд чикариб олинади. Операциядан кейинги даврда дори-дармонлар билан килинадиган даво гомеостазнинг издан чиккан томонларини (оксиллар, сув-тузлар алмашинуви, кислота-ишкорлар холати, коннинг ивитувчи ва ивишга карши таъсир курсатувчи системалари ва бошкаларни) урнига келтириш, пешобни кучайтирган холда бошкариладиган гемодилюцияга эришиш, лимфосорбция, гемосорбция чораларини куриш, ичак перистальтикасини тиклаш (ичак ишини жонлантириш, паранефрал блокада, перидурал анестезия килиш йули билан), корин бушлигини совитиш (гипотермия), корин аортаси висцерал тармокларига катетер куйиб, дори препаратларини бевосита инфекция учогига юбориш, жигар ва буйрак функцияларини аслига келтириш, нафас ва юрак-томирлардаги узгаришларни бартараф этиш, микроциркуляцияни жойига келтириш, пневмония ва тромбоземболик асоратларга карши курашиш, иммунтерапия чораларини куриш ва бошкалардан иборат булади.

КЛИНИК МАШГУЛОТ № 13

Мавзу: Паразитар хирургик касалликлар. Эхинококкоз. Якка камерали (гидатитоз) ва кўп камерали (альвеоляр), эхинококк хакида тушунча. Патологик анатомияси. Клиникаси. Эхинококкни хирургик даволаш принциплари ва асоратлари.

СЕМИНАР МАШГУЛОТИНИНГ ЎЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Талабалар сони: 10 тадан 12 гача	Вакт – 5 соат
Мавзу: Паразитар хирургик касалликлар.	
Укув дарсининг шакли	Билимни чуқурлаштириш ва кенгайтиришга

	каратилган амалий машгулот
Амалий дарсда муҳокама қиланадиган саволлар:	1.Эхинококкоз хақида тушунча.
	2.Жигар эхинококкозини клиник белгилари
	3.Жигар эхинококкози этиопатогенезидаги замонавий қарашлар.
Амалий дарснинг мақсади: мавзу бўйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	
Уқитувчининг мақсади:	Уқув фаолиятининг натижалари Талаба билиши зарур:
1. Мавзунини узлаштиришда ақлий мотивацияни яратиш	1.Паразитар хирургик касалликлар хақида тушунчага эга бўлиш.
2. Мавзу бўйича билимни чуқурлаштириш ва кенгайтириш	2. Жигар эхинококкозини этиопатогенезини билиши.
3. Уқув билимларини қуникмалар тизимини ишлаб чиқиш, таккослаш, умумлаштириш ва таҳлил қилиш.	3. Жигар эхинококкози клиникасини билиб, симптомлар мажмуасини таърифлаб бера олиши.
4. Узининг позициясини шакллантиришни ва баён қилишни ташкиллаштириш.	4. Замонавий инвазив ва ноинвазив диагностика усулларини, уларни қўллашга курсатмаларни билиши. Эхинококкозни бошқа жигар патологиялари билан дифференциал таккослай олиши.
5. Коммуникация қуникмаларни, гуруҳ ва жуфтликларда ишлашни ривожлантириш.	5. Паразитар хирургик касалликларини консерватив ва замонавий хирургик даволаш усулларини муқаммал билиш.
Уқитиш усуллари ва техникаси	Айтиб бериш ва дискуссия усуллари: презентация, блиц-суров,, «Биргаликда урганамиз», «Юмалок стол», диаграммалар,
Уқитиш жиҳозлари:	Кургазма қуроллар, маркерлар, скотч, А32 форматдаги қозғалар.
Уқитиш шакллари:	Индивидуал, фронтал иш, гуруҳ ва жуфтликларда график-органайзер, компьютер ва инфор­мацион технологияларни қўлаб ишлаш
Уқитиш шароитлари:	Гуруҳларда ишлашга муво­жалланган техник жиҳозланган аудитория

Амалий машгулотнинг технологик картаси

Босқичлари, вақти	Уқитувчининг фаолияти	Талабаларнинг фаолияти
1 босқич Мавзуга кириш қисми (5 дақиқа)	1.1. Машгулотнинг мавзусини, мақсадини ва режалаштирилаётган натижаларини ҳамда дарснинг режасини айтиши.	1.1. Эшитишда ва ёзиб боришади.
	1.2. Асосий тушунчалар бўйича блиц-суров утқазил. Буқокни қелиб чиқиш назарияларига таъриф беришни таклиф қилади. Масалан, қуйидаги савол берилади: «Эхинококкозни этиопатогенези?» «Жигар нопаразитар кисталари деганда нимани тушунаси?»	1.2. Саволларга жавоб беришади.

	«Улар уртасидаги фарк нимадан иборат?» 1-2 та жавобни эшитгач, гуруҳларда вазифани бажарилиши, уларни презентация қилиниши жараёнида муҳокама қилишини айтади. Ҳар бир талаба гуруҳда вазифанинг бажарилишидан кейин индивидуал баҳоланиши тушунтиради. (2 илова). Гуруҳларнинг биргаликда бажарилган вазифалари плакат коғозларда курсатилишини айтади.	
2 босқич Гуруҳларда ишлаш. (60 дақиқа)	2.1. Табалаларни 3 та гуруҳга бўлишади. Уқув вазифани таркатади. Канака уқув натижаларни олинишини айтиб утади. Баҳолаш курсатгичлари ва мезонларини тушунтиради. Канака қушимча материаллардан (маъруза, адабиётлар) фойдаланиш мумкинлигини айтади. Гуруҳларда ишнинг бошланишини эълон қилади.	2.1. Уқув вазифалари, билан танишиб чиқишади, баҳолаш курсатгичлари ва мезонлари билан танишиб чиқишади. Вазифани бажаришга киришади.
босқич Презентация (55 дақиқа)	3.1. Гуруҳларда презентацияни ва узаро баҳоланишнинг натижаларини ташкиллаштиради. Билимларни умумлаштиради, хулосаларга алоҳида эътибор бериб, вазифа қандай бажарилганлигини умумлаштиришади.	3.1. Презентация қилишиб, бир бирларини тулдиришади ва узаро баҳо беришади.
босқич Хулосавий (15 дақиқа)	Бажарилган ишларни хулоса қилади. Мустақил иш мавзусини беради: «паразитар хирургик касалликларини текшириш усуллари» мавзусини ёзма равишда ёритиш.	Эшитишади, аниқлашади. Вазифани ёзишади.

Такдимот материаллари

8. -илова	Патогезига кура эхококкозни турлари
9. -илова	Эхинококкозни клиник даврлари
10. -илова	Эхинококкозни текшириш усуллари
11. -илова	Назарий қисм

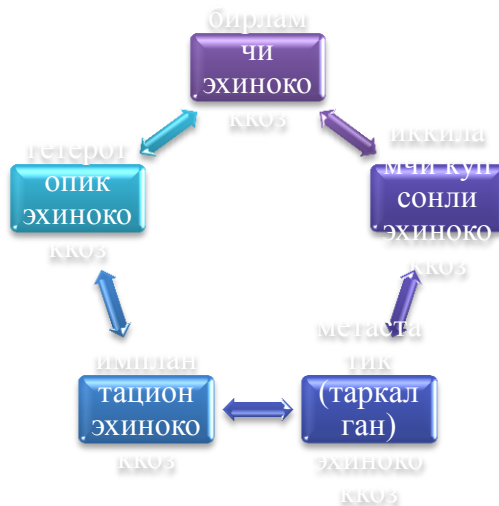
Ўқув топшириқлар

<p>Гуруҳ билан ишлаш қоидалари</p> <p><u>Гуруҳнинг ҳар бир аъзоси:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ўз шерикларининг фикрларини ҳурмат қилишлари лозим; - берилган топшириқлар бўйича фаол, ҳамкорликда ва масъулият билан ишлашлари лозим; - ўзларига ёрдам керак бўлганда сўрашлари мумкин; - ёрдам сўраганларга кўмак беришлари лозим; - гуруҳни баҳолаш жараёнида иштирок этишлари лозим;
--

тахлилий қисм

илова-1

Патогенезига кура эхинококкозни турлари



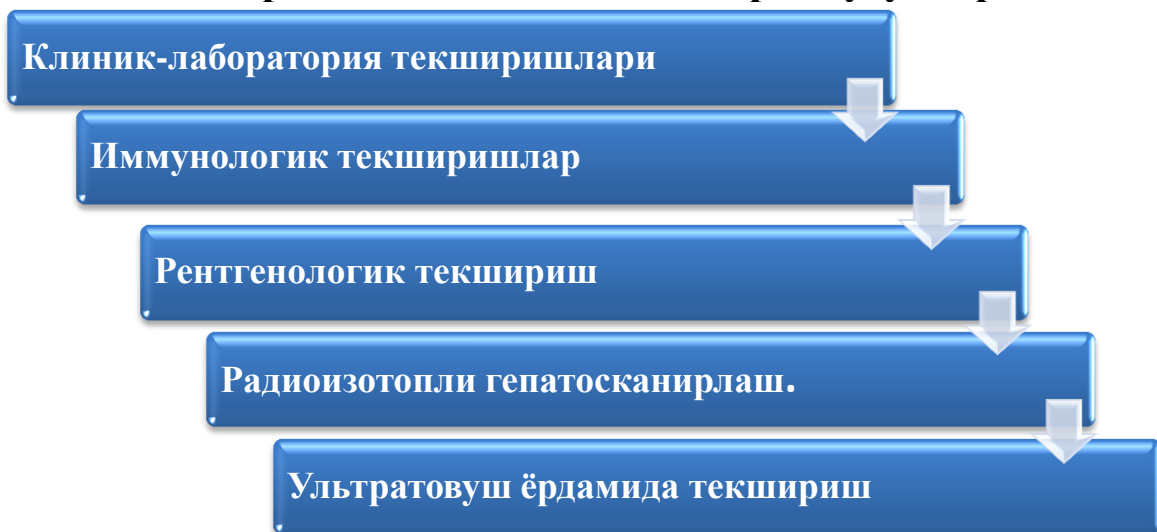
илова-2

Эхинококкознинг клиник даврлари

1-даври	2-чи даври	3-даври
<ul style="list-style-type: none"> • яширин, СИМПТОМСИЗ 	<ul style="list-style-type: none"> • СИМПТОМЛАРНИНГ ЯККОЛ ЮЗАГА ЧИКИШ ДАВРИ 	<ul style="list-style-type: none"> • асоратлар даври

Илова-3

Жигар эхинококкозини текшириш усуллари



ИЛОВА-4

НАЗАРИЙ КИСМ. Эхинококкоз- одамдаги касалликларнинг энг куп учрайдиган ва энг огир кечадиган хасталикларидан бири булиб, аксари холларда жигарда ривожланади, бу эса жигардаги чукур узгаришларга олиб келади ҳамда купгина жиддий асоратларга сабаб булади (О. Б. Милонов ва б.).

Эхинококкоз улка патологиясининг энг кенг таркалган турларидан бирига киради. Шу сабабли эхинококкоз билан огриган беморларни эрта аниклаш ва самарали даволаш учун комплекс тадбирлар ишлаб чикиш катта ижтимоий-иқтисодий ахамиятга эга.

Жигар эхинококкозида оптимал жаррохлик даволаш усулларини аниклаш ва замонавий ташхис куйиш масалалари hozирги вақтгача узил-кесил хал этилган эмас. Барвақт ташхис куйишнинг мураккаблиги, айниқса касалликнинг бошланиш даврида, яққол симптомларнинг йуклиги ва кистанинг аъзо ичкарасида жойлашганлиги билан изохланади. Эхинококкоз ва жигарнинг бошка учокли касалликларида дифференциал ташхис куйишда ҳам маълум кийинчиликлар бор. Бу хусусда янглишиш жаррохлик аралашув усулларини нотугри танлашга, баъзан асоссиз операция килишга олиб келади.

Маълумки, оператив аралашув жигар эхинококкози билан огриган касалларни даволашнинг ягона оқилона усулидир. Эхинококкозда турли жаррохлик аралашувларининг самарадорлиги ва техник мураккаблиги бир хил эмас. Бундан ташқари, hozиргача эхинококкэктомиядан кейин колувчи бушликни йукотиш муаммоси ечилмаган, операциянинг у ёки бу усулини куллагга доир аниқ курсатмалар ишлаб чикилмаган.

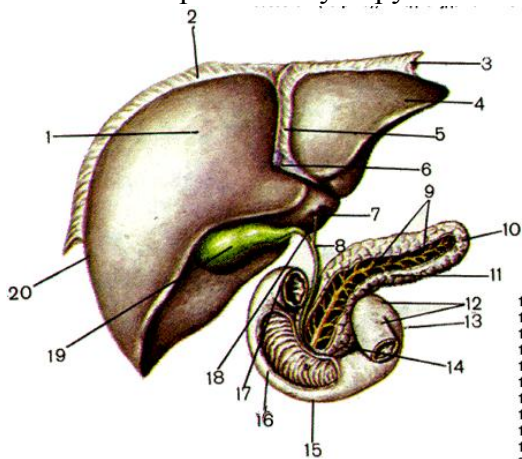
Даволашнинг консиз усуллари, хусусан, пункция килиш усули урганилмасдан қолапти. Адабиётда пункция килиш усулини куллагга курсатмалар ва монеликлар ҳамда эхинококк бушлигини операциядан кейинги даврда дренажлаш усуллари тугрисида маълумотлар йук.

Шундай килиб, жигар эхинококкозини урганишнинг долзарблиги шубҳасиздир. Бу патологияда ташхис куйишни ва даволашни билиш факат жаррохларгагина эмас, бошка ихтисосдаги мутахассислар учун ҳам зарур. Буларнинг хаммаси ушбу муаммони талабалар томонидан чуқур урганишни талаб этади.

ЖИГАРНИНГ ТОПОГРАФИК АНАТОМИЯСИ

Жигар одам организмнинг энг йирик ички аъзоларидан бири хисобланади. У узининг куп кисми билан унғ ковурга остида жойлашади, эпигастрал сохани ва кисман чап ковурга ости сохаларини эгаллайди.

Чегаралари. Скелетотопик жихатдан жигарнинг юкори чегараси унгда Х ковургааро сохада урта култик ости чизиги буйича, унғ томонда урта умров суяги чизиги буйича IV ковургалараро сохагача этади, сунг ханжарсимон усимтадан юкорида туш суягини кесиб утади ва V ковургааро сохада чап туш олди чизигигача боради. Пастки чегара ҳам Х ковургааро сохада бошланади, нишаб холатда юкорига ва чапга утади, ковурга ёйини кесиб утади ва VII чап ковурга тогайи ҳамда чап V ковургааро сохада юкори чегара билан туташади. Жигарнинг пастки чегараси анча узгарувчан.



Жигар анатомиси

Жигар 2 та юзага эга: думбайган диафрагма кисми ва висцерал, у пастга ва оркага караган булиб, бошка аъзолар хисобига хосил булган ботиклиги билан уларга ёпишиб туради. Бу юзалар пастки уткир кирра оркали бир-бирига утади, юкориги орка кисмининг шу даражада силликланиши натижасида, уни жигар диафрагмал юзасининг орка кисми деб каралади. Жигарда 2 та булак фаркланади—унг ва (кичик) чап булаклари булиб, диафрагмал юзада жигарнинг уроксимон боглами ёрдамида 2 га ажралган. Жигарнинг висцерал юзаси чап буйлама эгат оркали булинган булиб, унинг олд кисмидан жигарнинг думалок боглами утади, орка кисмида эса фиброз тортма (кийиш), яъни берк веноз йул жойлашади.

Пастки юзасида чап буйлама эгатга параллел равишда унғ буйлама эгат жойлайди, унинг олдинги булимида ут пуфаги, оркасида—пастки кавак вена жойлашади. Иккала буйлама эгатлар орасида чуқур кундаланг эгат—жигар дарвозаси жойлашади, ундан олдинда квадрат булак, дарвозадан оркада эса жигарнинг думли булагги фарк килинади. Жигарнинг диафрагма юзаси диафрагмага тегиб туради, висцерал юзаси турли органлар (унг буйрак ва буйрак усти беши, ун икки бармок ва йугон ичаклар, меъда, кизилунгач) га ёпишиб туради, бунинг натижасида висцерал юзада шу аъзолардан уймалар хосил булади. Жигарга унинг дарвозаси оркали хусусий жигар артерияси ва дарвоза венаси киради, умумий жигар йули ва олиб кетувчн лимфа томирлари чикади.

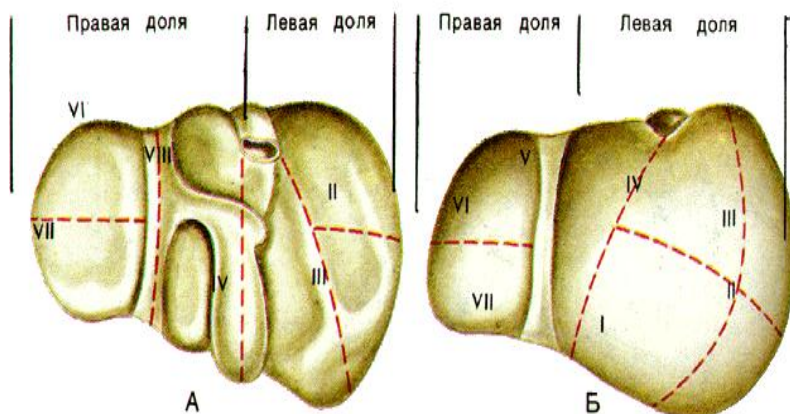
Жигар коринпарда билан мезоперитонеал копланган: унинг диафрагмага караган орка юзаси коринпарда билан уралмаган. Жигарнинг сероз кобиги остида фиброз кават жойлашган булиб, уни Глиссон капсуласи деб хам аталади. Жигар дарвозаси сохасида фиброз парда томирлар билан бирга жигар паренхимасига киради ва юпка бириктирувчи тукумали кобикчалар холида унинг булакчаларини ураб туради.

Хозирги вақтда жигар жаррохлигининг муваффақиятли ривожланиши билан жигарнинг сегментар тузилиши хақидаги тушунчалар кенг таркалди.

Сегмент — жигарнинг яккол, алохида уз кон айланиши, иннервация, ут ва лимфа йулларига эга булган сохасидир. Бу жигарнинг шундай сохаларини кушни сегментларга зарар етказмасдан жаррохлик йули билан олиб ташлашга имкон беради. Сегмент—факат фазовий тушунчагина эмас. У дарвоза системасининг тармокланиш хусусиятларини хам узиди акс

эттиради: сегментга дарвоза венасининг йирик шохи жигар артериясининг шохи билан бирга киради, ут йули хамда лимфа томирлари эса сегментдан чиқади. Дарвоза венасининг тармокланиши доимий (бир хил) булмаганлиги сабабли, илмий изланувчилар жигар сегментларининг сонини турлича келтирадилар.

Хозирги вақтда кон билан таъминланиш, ут ва лимфа окиши сохаларига мос келувчи жигарнинг сегментар булинишининг бир канча



Жигарнинг сегментар тузилиши

схемалари таклиф этилган. Ленин энг таркалгани Куино схемаси булиб унга кура, жигарда 8 сегмент фарк қилинади. Бу схемага мувофиқ жигарнинг унг булагиди V (парамедиокаудал) ва VIII (парамедиокраниал) сегментлардан ташкил топган унг парамедиан сектор хамда VI (латерокаудал) ва VII (латерокраниал) сегментлардан ташкил топган унг латерал сектор фаркланади. Жигарнинг чап булагиди III (латерокаудал) ва IV (парамедиокаудал) сегментлардан ташкил топган чап парамедиан сектор хамда II (латерокраниал) сегментдан иборат булган чап латерал сектор тафовут қилинади. I (парамедиокраниал) сегмент чап дорсал сегментни хосил қилади.

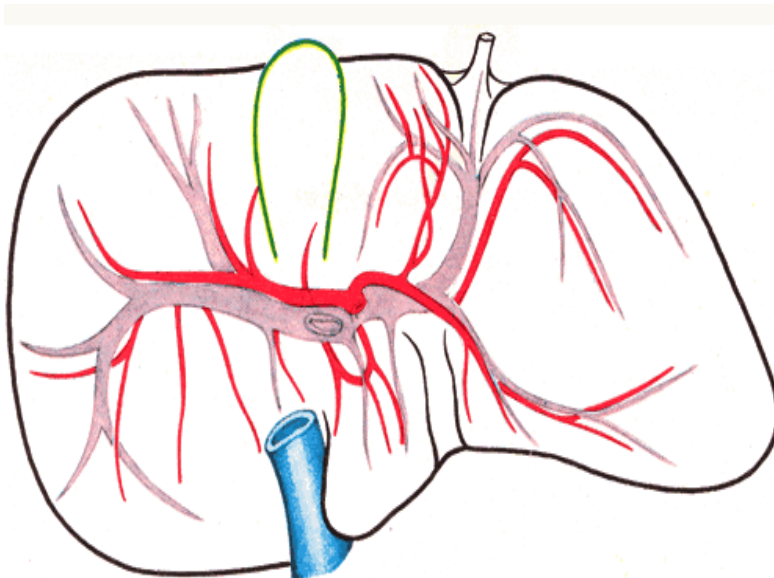
Жигарнинг боғлам апарати массаси уртача 1,5 кг га етувчи бу йирик аъзони етарлича маҳкамловчи бакувват боғламлардан иборат. Жигарнинг тож боғлами унинг орка-юкори юзасини диафрагманинг пастки юзасига фронтал текислик буйича мустаҳкам фиксация қилади. Жигарнинг унг ва чап томонларида боғлам унг ва чап учбурчак боғламларга давом этади. Уроксимон боғлам сагиттал текислик буйича диафрагма ва жигарнинг каварик диафрагма юзаси орасида, унинг унг ва чап булаклари чегарасида жойлашади.

Жигарнинг юмалок боғлами киндик билан жигар дарвозаси уртасида, унинг чап буйлама эгатида жойлашади. Боғлам узиди қисман облитерацияланган киндик венасини тутати. Жигарнинг олдинги киргогида уроксимон ва юмалок боғламлар узаро қушилади.

Жигарнинг висцерал юзасидан пастга томон жигар-меъда, жигар-ун икки бармок ичак ва жигар-буйрак боғламлари кетади.

Жигарнинг фиксациясида, айтиб утилган боғламлардан ташкари, узига жигар веналарини қабул қилувчи пастки қавак вена, шунингдек кориннинг ички босими, диафрагма ва кориннинг олдинги ёнбош девори мушакларининг тонуси маълум роль уйнайди.

Кон билан таъминланиши. Жигар кон томир системасининг хусусияти шундаки, унга кон 2 та томир: хусусий жигар артерияси ва дарвоза венаси орқали келади.



Жигарнинг кон билан таъминланиши

бушлигининг ҳамма ток аъзоларидан веноз конни олиб кетади.

Дарвоза венасининг йирик вена стволи меъда ости беши бошчасидан оркада, купинча, 3 та асосий венадан, меъда ва меъда ости безидан кон олиб кетувчи талок венаси, чамбар ичакнинг унг ярмидан ва ингичка ичакнинг ҳаммасидан веноз конни олиб кетувчи юкори ичак туткич венаси ҳамда чамбар ичакнинг чап ярмидан кон олиб кетувчи пастки ичак туткич венасидан таркиб топади. Дарвоза венасининг бошланиш веналари кушилувчи кушимча бошка вариантлари ҳам булиши мумкин.

Жигардан веноз кон жигар веналари системаси оркали окиб кетади, бу веналар эса пастки кавак венага, унинг жигар орка юзасига ёпишган жойида куйилади. Купинча 3—4 та жигар веналари учрайди.

Жигар иннервациясида корин чигалидан, сайёр ва унг диафрагмал нервлардан борувчи нерв толалари катнашади. Жигар дарвозаси олдида курсатиб утилган манбалардан олдинги ва орка жигар чигаллари шаклланади, ундан бошланувчи нерв толалари бириктирувчи тукима катламчалари оркали бутун аъзога таркалади.

Лимфанинг окиб кетиши. Жигарда юза ва чукур олиб кетувчи лимфа томирлари фарк килинади. Жигар юкори юзасининг юза олиб кетувчи лимфа томирлари ва жигар веналарини кузатиб борувчи чукур томирлар асосан курак бушлигидаги лимфа тугунларига, жигарнинг бошка олиб кетувчи томирлари эса корин бушлигидаги тугунларга куйилади. Жигарнинг курак бушлигига кирувчи лимфа томирлари диафрагмани тешиб утади ёки диафрагмадаги ёриклар (диафрагманинг туш ва ковурга кисмлари орасида) ва томирлар тешиклари (аорта тешиги, пастки кавак вена тешиги) оркали утади. Курак бушлигида жигарнинг олиб кетувчи лимфа томирлари ковургааро, диафрагма (перикард олди) ва орка кукс оралиги (кизилунгач олди) тугунларига куйилади.

Корин бушлигидаги тугунларга куйилувчи жигарнинг олиб кетувчи лимфа томирлари учун I боскичдаги регнонар тугунлар куйидагилардир:

- 1) умумий ва хусусий жигар артериялари буйлаб жойлашган жигар тугунлари;
- 2) чап меъда артерияси йули буйлаб жойлашган тугунлар;
- 3) аорта ва пастки кавак вена атрофида жойлашган тугунлар.

Жигар, меъда ва меъда ости беши лимфа томирлари учун II боскичдаги асосий регионнар тугунлар корин артериясига якин ётувчи корин тугунларидир. Жигар ва корин лимфа тугунларининг корин бушлигидаги бошка тугунлар билан боғланиши 2 томонлама лимфанинг окиб кетишига имкон беради.

Хусусий жигар артерияси корин стволининг шохи булган умумий жигар артериясининг тармогидир. Хусусий жигар артерияси жигар-ун икки бармок ичак боғлами вараклари орасида умумий ут йулидан чапда жойлашиб, жигар дарвозасига йуналади. Бу ерда у унг ва чап шохларга булинади. Унг шох ут пуфагига ут-пуфак артериясини беради ва жигарнинг унг булагини кон билан таъминлайди, чап шох жигарнинг чап, квадрат ва думли булакларини кон билан таъминлайди, бироқ бошка вариантлар ҳам булиши мумкин.

Жигарга кон олиб келувчи 2-томир дарвоза венаси булиб, у корин

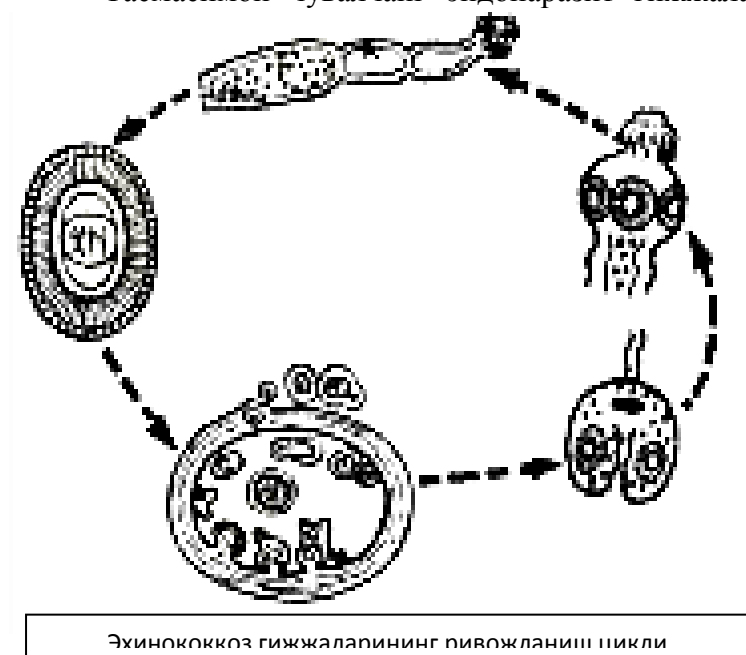
Эхинококкоз огир паразитар касаллик булиб, беморларнинг куплиги ва эндемик нохияларнинг борлиги учун дунёнинг куп мамлакатларида хозирги даврда хам тиббиёт ва халк хужалигининг жиддий муаммоси булиб қолапти.

Одамларнинг эхинококкоз билан орриши узок утмишда хам маълум булган. Гиппократнинг асарларида одам ва хайвонлар эхинококкози хакида суз юритиладп. У ёзади: «эхинококкоз билан зарарланган жигар сув билан тулдирилган аъзони эслатади». Гиппократнинг хисоблашича, бундай жигар кистасининг корин бушлигида ёрилиши улимга олиб келиши мумкин.

Бу касалликнинг келиб чикиши (этиологияси) хакида куп сонли гипотеза ва тарихлар мавжуд булган, бироқ эхинококкознинг хакикий сабаби узок вақт очилмай келди. 1681 йилда италиялик натуралист Паллас биринчи булиб, бу гельминтнинг тирик табиати хакидаги фикрни айтди.

1827 йилда махсус кобикка уралган сувли шарчалар тирик жониворларга карашли эканлиги исботланди. 1801 йилда эса итларнинг ичагида топилган паразитнинг жинсий вояга етган шакллари асосида фанга биринчи марта «эхинококк» атамаси киритилди.

Тасмасимон чувалчанг эндопаразит гижжалари каторига киради. Жинсий балоратга етиш даврида улар баъзи йирткич хайвонларнинг (итлар, бурилар, чия бурилар) ингичка ичагида яшайди, гумбак даврида (пуфак) эса одам ва йирик хамда майда шохли корамолнинг аъзо ва тукималарида текинхурлик килади.



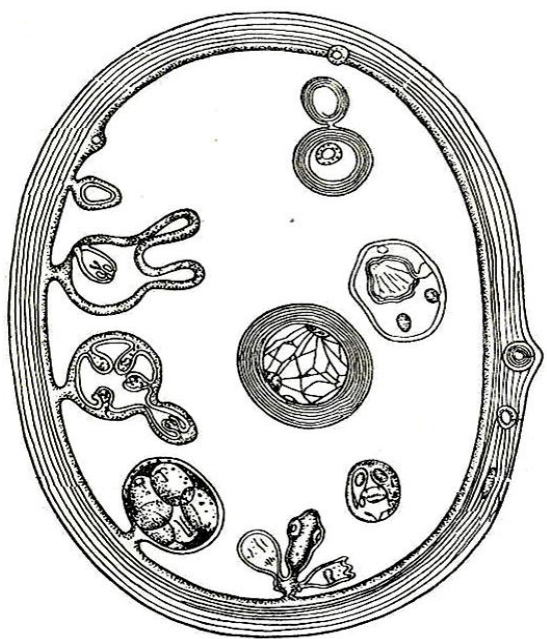
Гижжаларнинг итлар ичагидаги сони жуда куп булиши мумкин. Битта итнинг дегельментизация килингандан кейин ажратган паразитлари сони тахминан 20000 га тенг эканлигини Клони Рос 1936 йилда санаб чиккан. Эхинококк паразитини куролланмаган куз билан куриш мумкин. У ок рангда булиб, узунлиги 2—6 мм, кенглиги 0,25—3 мм дир. Ингичка ичакнинг туклари орасида уларга ёпишиб жойлашади.

Итнинг ичагида эхинококк паразити секинлик билан ривожланади, гижжанинг ичакдаги тасмасимонлик боскичининг давомийлиги 5—6 ойни, баъзан 1 йилдан ортик вақтни ташкил килади. Етук аъзоча эгасининг анал тешиги томонга аста силжийди, у ердан ташкарига бутунлай ёки кисм-кисм булиб, ахлат билан бирга чикарилади. Шундай килиб, утлоқлар, сув хавзалари, одам ва хайвонлар турадиган жойлар жинсий етук проглотида (ютилма) ва онкосфералар билан ифосланади.

Купгина олимлар *Echinococcus granulosus* гидатидоз ва альвеоляр эхинококкозларни келтириб чикаради, деб узок вақт давомида тахмин килганлар.

Факат сунгги ун йилликда тулкиларнинг ичагида текинхурлик килувчи ва одамда альвеококкоз (эхинококкоздан анча фарк киладиган касаллик) га сабаб буладиган тасмасимон гижжа аникланди.

Эхинококк тухумлари чюзинчок шаклда булиб, улчами 34-36x25-30 мкм. Улар 2 та: ички (хомила) ва ташки (кутикуляр ёки хитин) кобикка эга. Тухумнинг ичида хомила (онкосфера) жойлашади. Тухумлари ташки таъсирга анча чидамли. Улар куёш ёки сувда 12 кун тургандан сунг хам яшаш кобилиятини саклаб қолади. Курук ут-уланларда ва 2-20°C ли хароратда онкосфера узининг яшаш кобилиятини 6 ойгача саклаб туради.

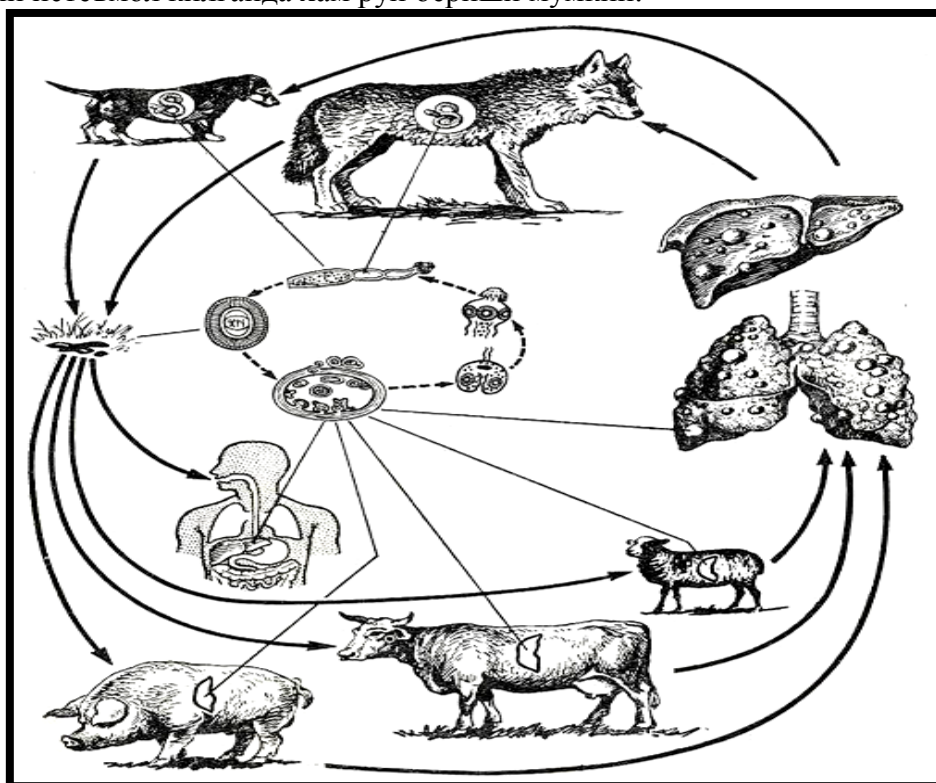


Онкосфера элементлари

Оралик хужайиннинг организмига тушган онкосфералар эхинококкнинг пуфакли боскичини утади. Иирик шохли корамол, куйлар, эчкилар, чучкалар, отлар, эшаклар, куёнлар, сичконлар, олмагонлар, товуклар, куркалар, антилопалар, айиклар, итлар, мушуклар, туялар ва одам оралик хужайин булиши мумкин.

Одам ёки хайвон организмига асосан хазм системаси оркали тушган паразит тухумларининг кобиклари меъда-ичак шираси таъсирида эриб, улардан онкосфералар чикади ва узларининг 6 та илгаклари ёрдамида ичакнинг шиллик пардасини тешиб, кичик кон ва лимфа томирларига утади. Шу дакикадан бошлаб онкосфералар илгаklarини ва фаол харакатланиш хусусиятларини йукотади. Улар аъзолардан бирортасига кириб, бир камерали эхинококк хусусиятларига эга булган эхинококк кистасига айлана бошлайди. Онкосфера тушган аъзодаги ривожланаётган киста атрофида фиброз капсула хосил килади.

Юкиш йуллари. Одамга эхинококк итнинг ичагида паразитлик килувчи жинсий балоратга етган тасмасимон чувалчанглар томонидан ажратилувчи онкосфералар оркали юкиши умумий эътироф этилган. Р. П. Аскерхановнинг курсатишича, оралик эгага, шу жумладан одамга касалликнинг юкиши ит ахлатидаги тухумларни ютиб юбориш натижасидагина эмас, балки эхинококк кистаси бор хом ёки ярим хом жигарни истеъмол килганда хам руй бериши мумкин.



Эхинококкнинг юкиш йуллари

Итдаги гижжа хомилаларининг одамга юкиши 3 хил йул билан булиши мумкин: меъда-ичак йулининг шиллик пардалари оркали, упка ва нафас олиш йулларининг шиллик пардалари оркали ва жарохат юзаси оркали. Купинча онкосфералар меъда-ичак йули оркали киради.

Эхинококк хомилаларининг аэроген йул билан инвазия булиш имконини онкосфераларнднг хавода уз яшаш кобилиятини шу шароитда саклаб колиши билан изохлаш мумкин.

Эхинококк хомилалари киришининг 3-йули тишларида тирик онкосфералар булган итлар тишлаганда жарохат оркали ёки хомилаларнинг операция жарохатига тушнши натижасида руй бериши мумкин.

Жигарнинг бир камерали эхинококки секин ривожланади. А.В.Львовнинг маълумотларига кура, айрим эхинококк кисталарининг 1 йил давомида етган катталиклари турлича булади. Унинг диаметри 2-3 дан 20-30 мм гача булиши мумкпн. Ривожланиш учун оптимал шароитлар булганда кистанинг шаклланиши анча тез боради.

Бошка холларда кирган томила тула резорбцияга ёки ёт жисм сифатида инкапсуляцияга учраб, нобуд булиши мумкин.

Купгина муаллифлар компьютерли томографиянинг жигардаги кистозга хос морфологик узгаришларни аниклашда, хусусан эхинококкознинг дифференциал диагностикасидаги кенг имкониятларни таъкидлайдилар. Компьютерли томография майдарок ва ягона учокларни аниклашда, бошка усуллардан шубхасиз, катта устунликка эга.

Эхинококк кисталари компьютерли томограммада абсорбция коэффициенти паст булган юмалок сохалар холида намоён булади, бунда диаметри 0,3—1 см булган тузилмаларни аниклаш мумкин. Бундан ташкари, компьютерли томография операциядан кейин утказилган операциянинг радикаллигини назорат килишда, операция сохасидаги асоратлар ва рецидивларни аниклашда муваффакият билан кулланиши мумкин.

Патогенез хусусиятларига кура, Р.П.Аскерханов одамда касалликнинг 5 хилини фарк килади:

а) бирламчи эхинококкоз — онкосфералар организмга кирганидан сунг 1 та ёки бир нечта аъзоларда ривожланади,

б) иккиламчи куп сонли эхинококкоз корин ёки плевра бушлигида киста перфорацияси натижасида ривожланади;

в) метастатик (таркалган) эхинококкоз—эхинококк кистасининг юрак бушлигига ёки йирик кон томирига ёрилиши натижасида пайдо булади;

г) имплантацион эхинококкоз — сколекслар ёки онкосфераларнинг операция яраси (операция пайтида) ёки бошка яраларга тушиши натижасида пайдо булади;

д) гетеротопик эхинококкоз- асосан назарий жихатдан караганда булиши мумкин. Масалан, упкада субплеврал жойлашган киста фиброз капсуланинг ёрилиши ва хитин хамда кутикула кобикларининг бутунлиги сакланиши натижасида плевра бушлигига тушиб, янги шароитда ривожланишни давом эттиради.

Кистанинг яшаш муддати урта хисобда 10—20 йил. Н. Г. Назаревскийнинг курсатишича, 10 ёшдан катта булган кисталар, одатда, асоратлар келтириб чикариши билан хавфлидир.

Эхинококкнинг уз-уздан нобуд булиши унинг ривожланиши учун шароит йуклигидан, йиринглаши ёки кистага кон куйилиши натижасида, шикастланиши ёки ёрилиши натижасида ва нихоят, кариш натижасида руй беради.

Паразит нобуд булаётганлигининг биринчи белгиси кистанинг бужмайишидир, бунда унинг бушлигидаги суюклик реабсорбцияга учрайди. Кобиклари бужмайиб, шаклсиз казеоз массага айланади. Вакт утиши билан уларда кальций тузлари тупланиб, петрификацияланади.

Улик эхинококк инфекциянинг ривожланиши учун кулай замин яратади. Н. И. Напалковнинг фикрича, йиринглаш паразитнинг улимидан кейин ривожланиши мумкин, чунки унинг хитин кобиги мнкроорганизмларни утказмайди.

Микроорганизмларнинг эхинококк кистасига кириш йуллари тула урганилган эмас. Тахминий фикрларга кура, улар организмда бор булган яллигланиш учогидан кон томир ва лимфа йуллари буйлаб кириши мумкин ёки кистага ут, ёхуд хаво йуллари оркали тушиши мумкин.

ЭХИНОКОККОЗНИНГ ОДАМЛАР ОРАСИДА ТАРКАЛГАНЛИГИ

Эхинококкознинг таркалиши куп жихатдан аҳолининг маданияти, санитария хизмати ишининг йулга куйилганлиги ва иклим-жугрофий зоналарга борлик. Эхинококкознинг таркалишида асосий шарт-шароитни мамлакат ва ноҳиянинг иктисодий профили яратади. Доимий ташувчилар булган итлар ва хайвонларнинг йуклиги туфайли эхинококкоз индустриал зоналарда таркалмаган. Шу билан бирга, чорвачилик ривожланган ва паст санитария маданиятига эга булган, уй хайвонлари атрофида дайди итлар изгиб юрадиган кушхоналарда, кишлок ховлиларида, далаларда суйиладиган ноҳия ва мамлакатларда эхинококк инвазияси сакланиб туради.

Эхинококкозни касб касалликлари сирасига киритишмоқда. Чупонларга, уларнинг итлар ва узлари яшаб турган мухит билан доимий контактда булишлари натижасида эхинококкоз билан зарарланишдек касб хавфи доимо тахдид солади. Италиядаги эхинококк билан огриган 5000 беморнинг 51 фоизи дехкончилик ва чорвачилик билан шугулланади, чунончи, уларнинг 8 фоизи чупонлардир.

И. Я. Дейнеканинг маълумотларига караганда, ер юзида эхинококкознинг таркалганлиги буйича биринчи Уринни Уругвай, Парагвай, Аргентина, Чили, Бразилия, иккинчи уринни Австрия, Янги Зеландия, учинчи уринни Тунис, Жазоир, Марокаш; туртинчисини Италия, Греция, Кипр, Турция, Югославия, Булгория, АКШ, МДХ каби давлатлар эгаллайди.

Эхинококкознинг таркалганлигига куп сопни текширишлар багишланган. Адабиётдаги маълумотларга асосланиб Ю. А. Волох мамлакатнинг территориясини куйидаги зоналарга булди. Эхинококкоз куп таркалган зонага: Козогистон, Урта Осиё республикалари, Шимолий Кавказ, Крим, Гарбий Сибирь, Куйи Повольже, Ставрополь улкасини, уртача таркалган зонага МДХнинг урта минтакасини, Русиянинг шимолий-шарқий вилоятларини, Украинани, кам таркалган зонага мамлакатнинг эхинококк спорадик кузатиладиган ноҳияларини киритди.

ЖИГИР ЭХИНОКОККОЗИ

Хамма тадқиқотчиларнинг эътирофи этишича, жигар эхинококкози хар хил аъзо ва тукумаларнинг касалликлари орасида энг куп таркалган булиб, 44,2 дан 84,2 фоизгача холларда учраб туради. Грецияда беморларнинг 60,4% ида, Аргентинада — 73,4% ида учрайди. Аёлларда жигар эхинококкози эркакларга нисбатан купрок ривожланади (тегишлича 68,7 ва 58,5 фоиз). Куп холларда (65 фоизгача) касаллик 20—50 ёшлилар уртасида учрайди.

Жигар турли булимларининг зарарланиши хилма-хилдир: аъзонинг унг булагиди эхинококк кистаси 50 фоиз холларда, чап булагиди — 30 фоиз холларда, квадрат ва спигелий булаклариди эса факат 3,7 фоиз холларда учрайди. Буни куйидагича изохлаш мумкин: дарвоза венасининг жигар унг ярмига кирувчи шохи диаметри чапдагича нисбатан каттарок булиб, асосий стволнинг давоми хисобланади, шунинг учун хам паразит хомиласи купгина холларда шу шох оркали киради.

Жигар эхинококкозининг клиникаси турли-туман булиб, у паразит ривожланишининг фазаси ва бошка бир катор омиллар: онкосфера ривожланишига одам организмнинг специфик булмаган реакцияси характериға эхинококк пуфагининг усиш тезлигига, уларнинг улчами ва сонига, зарарланган аъзодаги булаётган узгаришларга, паразитар киста ва бемор организми томонидан юзага чикаётган асоратларга боглик.

Эхинококк пуфаги жуда секин усиши туфайли касаллик бир неча йиллар ёки ун йиллар давомида ривожланади. Факат ахён-ахёнда касалликнинг шиддат билан ривожланиши кузатилади. Беморлар узок вақтдавоми узларининг эхинококк ташувчи эканликларини билмайдилар. Эхинококкознинг юкиши купрок болалик вақтида булса хам, касалликнинг купрок урта ёшдаги одамларда ривожланишини унинг шу жихати билан тушунтирса булади. Агар киста жигарнинг чукуррогида жойлашган булса, бундай холларда киста ривожланишининг яширин даври яна хам чузилади.

Кистанинг улчамлари катталашиб, жигарнинг ён-атрофдаги тукумасини, ут йуллари, томирлари, капсуласини, баъзан кушни аъзолар функциясини бузиб, уларни сиқиб куйгандагина касалликнинг биринчи белгилари пайдо булади. Бир катор холларда касаллик эхинококк кистаси томонидан асоратлар пайдо булганда юзага чикади.

Касаллик турли-туман шаклларда намоён булганлиги туфайли жараённинг бир нечта клиник таснифи бор. Биз Ю. С. Гилевич таснифига риоя киламиз, унга мувофик 3 та давр фаркланади:

- 1) яширин, симптомсиз;
- 2) симптомларнинг яккол юзага чиқиш даври;
- 3) асоратлар даври.

Биринчи давр онкосфераларнинг жигарга тушиш пайтидан касалликнинг биринчи белгилари пайдо булишигача давом этади. Унинг узунлиги турлича булиб, бир неча йилгача чузилиши мумкин. Бу даврда беморларнинг ахволи айтарли узгармайди, улар шикоят қилмайдилар. Касаллик яширин давом этиб, беҳосдан беморни бошка сабабга кура текшириш ёки операция қилиш чоғида ошқор булади.

Иккинчи давр касалликнинг турли симптомлари билан ифодаланади. Уларнинг пайдо булиши киста улчамларининг анча катталашуви ёки унинг тез катталашуви натижасида Глиссон капсуласининг кутарилишига боғлиқ. Беморлар унғ ковурга остида, эпигастрал соҳа ёки кукрак кафасининг пастки булимида пайдо булувчи шиддатли ёки симилловчи огрик, вазминлик, сикилиш ва босим сезишдан шикоят қиладилар. Баъзан, бу ҳолат ҳолсизлик, лоҳаслик, иштаҳасизлик, тез чарчаш каби белгилар билан кечади, бироқ озиш ва нафас сикилиши кузатилмайди. Даврий равишда эшакеми тошиши шаклидаги аллергик реакциялар, ич кетиши, кунгил айниб, қусиш кузатилади. Объектив текширувда жигарнинг (купинча унинг унғ булимлари ёки куп кисталар булганда ҳамма улчамлари) катталашуви аниқланади. Паразит кистаси жигарнинг олд-пастки юзасида жойлашса, кориннинг олдинги деворида буртик кузга ташланади, латерал жойлашувида эса ковурга ёйи ва ковургаларнинг букри шаклида деформацияси кузатилади.

Пальпацияда жигар катталашган ва зичлашган. Унинг юзасида силлик юза ва ярим сфера шаклига эга булган, одатда, зич-эластик ёхуд зич (киста деворининг оҳакланишида) консистенцияли буртиқлар пальпация қилинади. Баъзи ҳолларда флюктуация симптоми аниқланади.

Пальпация, одатда, огриксиз, бироқ кистанинғ йиринглаши ёки упка атрофи яллигланиши натижасида огрик туриши мумкин. Баъзи ҳолларда киста жойлашган соҳа устида перкуссия қилинганда эхинококкоз учун хос булган «гидатидалар титраши» симптоми намоён булади.

Учинчи давр эхинококкознинг турли асоратлари билан характерланади. Улар паразит кистасидагина (йиринглаш, перфорация, оҳакланиш), зарарланган аъзо ёки бутун организмда руй берувчи узғаришлар натижасида ривожланиши мумкин. Катталашаётган киста томонидан пастки қавак венанинғ сикилиши ёки жигар ичидаги, ёхуд ташқарисидаги ут йулларининг обтурацияси натижасида сарикликнинг пайдо булишини ана шундай асоратларга мисол қилиб келтириш мумкин.

Жигар эхинококкози асоратлари орасида унинг йиринглаши (15-34 фоиз) энг куп учрайди. Бунда беморларда шиш соҳасида огрик туради, шиш катталашиб, таранглашади, пайпаслаб қурилганда каттик огрик сезилади. Тана харорати 40—41°С гача кутарилиб, гектик тусга қиради. Захарланиш аломатлари бирдан қучайиб, калтирок туради, терлаш кузатилади. Кейин сепсис ҳолати ривожланиши мумкин. Йирингли модда плевра ёки корин бушлигига, корин парда орқасига ёки буйрак атрофидаги клетчаткага ёрилиши ҳам мумкин. Кам ҳолларда йиринглаган киста ташқарига ёки бирор қушни қавак аъзо (меъда, ичак, бронх) га бушалади.

Энғ огир асорат 6-9 фоиз ҳолларда учрайдиган жигарнинг инфекцияланмаган эхинококк кистасининг ёрилишидир. Одатда, бу юпка деворли катта пуфак юза жойлашганда руй беради. Баъзан кистанинғ ёрилишига энгил шикастланиш сабабчи булади. Кистанинғ ёрилиши врач қуриги вақтида коринни пальпация қилаётганда ёки гинекологик текширув чоғида руй-бериши мумкин. Бундай ҳолларда киста суюқлиги киз пуфакчалар билан бирга корин бушлигига қуйилади ва эхинококкознинг диссеминациясига сабаб булади. Киста перфорациясида эхинококк суюқлигининг корин ёки бошка бушликка тушишига нисбатан ривожланадиган организмнинг реакцияси унинг сенсibiliзация даражасига боғлиқ. Кам ҳолларда бу тери қичимаси ва эшакеми шаклидаги тошма холида намоён булади. Бошка ҳолларда эхинококк

суюклигининг корин бушлигига куйилишига нисбатан организмнинг реакцияси анафилактик карахтлик куринишида юзага чиқади.

Анафилактик карахтлик энг огир асорат хисобланади. Адабиётда беморларнинг анафилактик карахтлик ривожлангандан 3-4 кун утгач улиш холлари келтирилган. Эхинококк кисталарининг томир ичида ёрилиши жуда кам учрайди ва одатда улимга олиб келади. Эхинококк кистаси ут пуфаги, жигар ичидаги ут йуллари, меъда ва ичакка, жигарнинг диафрагма юзасида жойлашган холларда- плевра бушлиги, упка, бронхга ёрилиб бушаши мумкин. Биринчи холда — ут-тош касаллиги, холангит ва саргайишдаги каби огир огрик хуружи, иккинчисида — балгамли кучли йутал, йирингли плеврит авжига чиқади.

Меъда-ичак йулига ёрилганда эхинококк кистасининг элементлари ахлатда булади.

Жигарнинг **охлакланган эхинококкози** - беморларнинг 18—18,7 фоизида учрайди. Касаллик купинча симптомсиз кечиб, асосан рентгенологик текширувлар чогида аникланади. Факат катта кисталар булсагина, унг ковурга остида огрик ва огирлик пайдо булади. Баъзан охакланган кисталар ут йулларини сиқиб куйиб, механик саргайишни келтириб чиқаради.

Жигар эхинококкози асоратларини уз вақтида аниклаш жуда мухим, чунки бу тегишли даволаш тактикасини ишлаб чиқишга имкон беради. Шунинг учун жигар эхинококкозининг асоратли ва асоратсиз турларининг клиник жараёнини билиш клиницистга жуда зарурдир.

Жигар эхинококкози турлари орасида, клиник нуктаи назаридан караганда, аъзонинг юкори дунг юзасида жойлашган жигарнинг диафрагма ости эхинококкози деб номланган кисталари алохида ахамиятга моликдир. Бу зарарланишни ташхислаган ва муваффақиятли операция килган Ф. Ф. Добромислов (1916) биринчи булиб бу атамани таклиф этган.

Бу кисталар купинча унга жойлашади, уларнинг уртада жойлашишида кистанинг перикард ва юрак бушлигига, унг плевра бушлиги ва марказий ут йулларига ёрилиши каби огир асоратлар кузатилади. Жигар эхинококкозининг бундай жойлашуви биз томонимиздан беморларнинг 38 фоизида кузатилди. Жигарнинг диафрагма ости эхинококкози клиник асоратларининг бир катор характерли хусусиятлари бор. Унга холсизлик, тез чарчаш, иштаха сусайиши, терлаш, бироз озиш, тери куруклиги, анемия холида юзага чикувчи умумий эхинококк интоксикацияси белгилари киради. Бу купгина холларда йирик улган эхинококк кисталаридан захарли моддалар парчаланиш махсулотларининг сурилиши натижасидир.

Бундай локализация учун хос булган симптомларга жигар соҳасида огирлик сезиш, югурганда, тез юрганда, овкатдан сунг кучаювчи тулганликни эпигастрал соҳада хис қилиш киради.

Корин юкори кисмининг катталашувчи, ковурга оралигининг кенгайиши, курак кафаси пастки булимларининг буртиб чиқиши ёки асимметрияси, жигар перкутор чегараларининг пастга ва юкорига кенгайиши, курак кафасининг пастки кисмида, купрок унга нафас товушларининг пасайиши ёки йуқолиши, эпигастрияда, унг ёки чап ковурга остида усмасимон тузилманинг пальпация қилиниши объектив белгилар жумласига киради.

Ушбу белгиларнинг борлигига карамай, аксарн беморларнинг ахволи коникарлилигича қолади.

Жигарнинг диафрагма ости эхинококкозининг асоратли турларида шу асорат учун хос булган белгилар пайдо булади. Киста йиринглаганда биринчи уринга баъзан сурункали кечувчи йиринги интоксикация белилари чиқади, кушни аъзоларга ёрилганда тегишли зарарланиш белгилари (пиопневмоторакс, эхинококк элементларини тутувчи йирингли балгам, утли перитонит, обтурацион саррайиш ва х. к.) юзага чиқади.

Купинча, диафрагма ости бушлигида жойлашган жигарнинг эхинококк кисталари курак бушлиги ва унинг аъзолари томонга ёрилиб, эмпиема, упкада йирингли бушлик, бронх ва хатто ут-бронх окма яраларини хосил қилади. Кейинги холда беморлар эхинококк элементлари булган ва характерли аччик ут таъмига эга булган балгам ташлайдилар.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ ДИАГНОСТИКАСИ УСУЛЛАРИ

Жигар эхинококкозига эрта ташхис қуйиш, замонавий жаррохлик гепатологиясининг муваффақиятларига карамай хозир хам купинча қийинчилик турдиради. Бу касаллик, айниқса

унинг бошлангич даврида, аник симптоматологиянинг йуклиги ҳамда кистанинг аъзо чукирлигида жойлашуви билан изохлади.

Шунинг учун уз вақтида ва тугри ташхис куйиш операциядан кейинги асоратларни камайтиришга ва жаррохлик йули билан даволашнинг натижаларини яхшилашга имкон беради.

Клиник-лаборатория текширишлари. Жигарнинг гидатидоз эхинококкозида конни текширишнинг клиник-лаборатория усуллари ташхисни ва операциядан олдинги даврда паразитнинг ривожланиш боскичларини оидинлаштириш учун кушимча, баъзан гоят фойдали маълумотни олишга имкон беради.

Биринчи навбатда бу эозинофиллар сонининг ортишига тааллуқлидир. Бирок эозинофилия жигар эхинококкозининг доимий ва ишончли белгиси эмас, чунки эозинофиллар микдорининг ошиши бошка гижжа касалликларида ҳам кузатилади. Бундан ташқари, эозинофилия факат тирик паразитлар учун хосдир. Охакланган, нобуд булган ва йиринглаган кисталарда, яъни паразит улган булса, бу симптом кузатилмайди. Эхинококк кистаси олиб ташлангандан кейин эозинофилия, одатда, 4—5 ойдан сунг йуқолади.

ЭЧТ ошиши эхинококкозда нисбатан доимийдир. Адабиётдаги маълумотларга кура, ЭЧТнинг ошиши беморларнинг 80 фоиздан ортиқрогида кузатилган. Лейкоцитлар сонининг ошиши жигар эхинококкозининг асоратли турлари учун хосдир, шунинг учун эхинококкоз ташхисини оидинлаштиришда лейкоцитоз факат ёрдамчи ахамиятга эга.

Иммунологик текширишлар. Эхинококкоз диагностикасида текширишнинг иммунологик усуллари катта ахамият касб этади. Хозирги вақтга қадар биринчи марта 1912 йилда кулланган Казони тери ичи аллергик реакцияси кулланарди. Қатор муаллифларнинг маълумотларига кура, бу реакция беморларнинг 60—80 фоизда ижобий булган.

Бирок, кейинги вақтларда эхинококк аллергенининг организмга зарарли таъсири ва уни анафилактик қарахтлик ривожланиш хавфи булгани учун қайта юбормаслик тугрисида маълумотлар пайдо булди. Шунинг учун касаллик қайталанишини аниклаш учун Казони реакциясини ишлатиш мумкин эмас.

1960 йилда латекс-агглютинация реакцияси ишлаб чиқилиб, бизнинг мамлакатимизда В. И.Зарихина (1964) томонидан хар томонлама урганилиб, куллана бошланди. Латекс-агглютинация реакцияси эхинококкоз ва альвеококкоз қаби тарқалган паразитар касалликларга ташхис куйишда самарали усул хисобланади. Чунончи, эхинококкозда у 96 фоиз холда ижобий чиқди.

Реакция эхинококкоз қайталанишини аниклашда янада муҳим ахамият касб этади, чунки уни Казони реакциясидан фарқли уларок, операция қилинган беморларни динамик кузатишда анафилактик қарахтликдан қурқмай бир неча марта куллаш мумкин.

Латекс-агглютинация реакциясини эндемик зоналарда аҳолини ёппасига қуриқдан утқазишда эхиншюккознинг симптомсиз боскичларини барвақт аниклаш мақсадида муваффақият билан куллаш мумкин.

Рентгенологик текшириш. Жигар эхинококкозини аниклашда маълум роль рентгенологик текширишга тегишлидир, унинг ёрдамида касалликка хос қатор белгиларни: паразит кистаси деворларининг охакланиши, жигар улчамларининг катталаниши, диафрагма гумбазининг юқори қутарилиши ёки турли деформациялари, унинг харакатининг чекланиши, ён-атрофда жойлашган аъзоларнинг силжиши ва бошкаларни аниклаш мумкин. Рентгенологик текшириш маълумотларининг киммати кистанинг жойлашуви ва холатига қуп жихатдан боғлиқдир, бу жигар эхинококкозида бевосита ва билвосита рентгенологик симптомларнинг пайдо булишини белгилайди. Сунъий пневмоперитонеумни куллаш жигар диафрагма юзасининг эхинококк кистасини диафрагма релаксациясидан ёки унғ упқа пастки булагидан усмасидан дифференциаллашга имкон беради. Юборилган газ жигар билан диафрагма орасида жойлашиб ёркин тасма холида яхши қуринади, унинг фонида кисталар соясининг ёки катталашган жигар гумбазининг овал-юмалок буртиги яққол ифодаланади. Жигарнинг йиринглаган эхинококк кистасини жигар абсцессидан рентгенологик ажратиш қийин. Бирок, суюқлик сатхи булган бушлик атрофида кальциноз булса ва айникса сузиб юрувчи киз кисталар ва хитин қобиклари аникланса, эхинококк ташхиси енгиллашади.

Радиоизотопли гепатосканирлаш. Бу усул жигар хужайралари томонидан радиоактив буёк, бенгал кизили ёки радиоактив олтиннинг коллоид эритмаси танлаб ютилишига асосланган булиб, жигар усмаларига ташхис куйиш учун экспериментал жихатдан ишлаб чикилиб, клиникада биринчи марта кулланилган.

Жигар эхинококкозида энг куп учрайдиган сканографик белги радиоактив препаратнинг бир ёки бир нечта йирилиш нуксонларидир. Баъзида йирилиш нуксони жигарнинг унг ёки чап булагини бутунлай эгаллайди, аъзонинг уз функциясини бажараётган ер чегаралари эса пастга, пастга ва чапга ёки факат чапга силжийди.

Кукрак кафаси аъзоларини гепатосканирлаш ва рентгенологик текширишлар натижаларини айникса эхинококк кисталари жигарнинг диафрагма юзасида жойлашганда таккослаш мухим ахамиятга эга. Кистанинг бундай жойлашишида рентгенологик-диафрагма гумбазининг буртиши ва тепа туриши, сканограммада эса уша томонда радиоактив препаратнинг каттагина йирилиш нуксони аникланади. Бу эса сканирлашда аникланадиган радиоактив модданинг йирилиш нуксониди катъий спецификлик йуклигини тасдиқлайди.

Одатдаги радиоизотопли сканирлашнинг асосий камчилиги жигарнинг учокли касалликларида сканограммада аникланган узгаришнинг специфик эмаслигидир, бу эса жигар эхинококкози, хавфсиз ва хавфли усмалари орасида дифференциал диагностикани кийинлаштиради.

Ультратовуш ёрдамида текшириш. Кейинги вақтда бутун дунёда ультратовуш ёрдамида диагностик текширишлар муваффақиятли кулланилмоқда. Ультратовушли текшириш осцилоскоп экраниди текшириляётган объектдан кайтувчи юкори частотали генератор — узатувчи (датчик)нинг пьезоэлектрик пластинаси нурлантираётган ультратовуш тулкинларига асосланган.

Икки улчамли эхограммада жигар тукумаси фониди аник, текис контурли, юмалок шаклдаги бир ёки бир нечта бушлиги бор тузилмалар аникланади.

Эхография ёрдамида кисталарнинг жойлашиши, урни, чукурлиги ва улчамларини аниклаш мумкин. Жигарнинг эхинококкли зарарланишининг эхографик тасвири курсатишича, жигарни сканирлашда унда препаратнинг йирилиш нуксони аникланган хамма холларда дифференциал диагностикани утказиш зарур. Усул катор афзалликларга эга: бирорта монелик йук, бемор ахволининг огирлиги сабабли касалликнинг уткир даврида, саргайишда, холангитда куллаб булмайдиган контраст моддаларни куллаш зарурати йуклиги шулар жумласидандир.

Компьютерли томография. Клиник амалиётга аъзолардаги жуда нозик структура узгаришларини хам, инвазив текширишни утказмасдан аниклашга имкон берадиган компьютерли томографиянинг киритилиши замонавий диагностиканинг катта ютуги булди.

Усулнинг асосида тукумалар зичлиги узгаришини кайд килиш принципи ётади, бунда анатомик (нормал ва патологик) структуралар маълум чукурликдаги тукума кавати рентгенологик кундаланг кесими куринишида намоён булади.

Усул асосида турли тукумалар рентген нурларини турлича ютиш хусусияти ётади, яъни хар хил тукумалар турли ютиш коэффициентига эга. Нормал ва узгарган тукумаларнинг ана шу курсаткичлар нисбатига караб патологик жараён борлиги тугрисида хулоса килиш мумкин.

Компьютерли томография бирдан-бир инвазив булмаган усул булиб, тукумалар зичлигининг патологик узгариши тугрисида тушунча олишга имкон беради, у жигарнинг нормал паренхимаси структурасидаги узгаришларни тугри визуализация килишга имкон беради.

Куприна муаллифлар компьютерли томографиянинг жигардаги кистозга хос морфологик узгаришларни аниклашда, хусусан эхинококкознинг дифференциал диагностикасидаги кенг имкониятларни таъкидлайдилар. Компьютерли томография майдарок ва ягона учогларни аниклашда, бошка усуллардан, шубхасиз, катта устунликка эга.

Эхинококк кисталари компьютерли томограммада абсорбция коэффициенти паст булган юмалок сохалар холида намоён булади, бунда диаметри 0,3—1 см булган тузилмаларни аниклаш мумкин. Бундан ташкари, компьютерли томография операциядан кейин утказилган

операциянинг радикаллигини назорат қилишда, операция соҳасидаги асоратлар ва рецидивларни аниқлашда муваффақият билан кулланиши мумкин.

Селектив целиакография. Операциядан олдин жигар эхинококкозига ташхис қуйишда селектив целиакография муҳим урин тутати, у патологик учокнинг жойлашган урни, улчамлари ва характерини ойдинлаштиришга имкон беради. Хозирги вақтда селектив ангиографияни корин бушлиги аъзоларида куллаш кенг тарқалмоқда. Муаллиф таклиф этган усулга кура, тана охирлари (кул-оёқ) даги периферик артерияни тери орқали пункция қилиш йули билан аортага зонд киритилади. Шу мақсадда мандренли махсус нина кулланади, мандрен чиқариб олингандан сунг эгилувчан металл утказгич қуйилади ва у орқали аортага зонд киритилади. Шундан кейин утказгич ва нина олиб ташланади. Томирларни контрастлаш учун верографин ёки триамбрастнинг 60% ли эритмаси ишлатилади.

Жигар эхинококкозида селектив ангиогепатограммада томирларнинг узига хос яқинлашуви, уларнинг торайиши ва киста периферияси буйлаб ёйсимон сурилиши ва шу соҳада тегишли шаклдаги аваскуляр майдонча ҳосил булиши кузатилади. Паренхиматоз фазада ангио гепатограммада киста соҳасида контрастлаш нуксони ва периферияси буйлаб кутикуляр кават ва фиброз капсула орасида контраст модданинг йирилиши — Русикнинг ижобий симптоми аниқланади. Жигар альвеококкозида ва рак касалликларида, эхинококкоздан фарқли равишда, аваскуляр соҳалардан ташқари, томирларнинг ампутация қилинган, узилган каби шохлари ҳамда шу соҳа учун хос булмаган янгидан тузилган эгри-бугри томирларнинг майда халқали майдончалари (гиперваскуляризация симптоми) қайд этилади.

Целиакография- жигар эхинококкози диагностикасида ишлатиладиган энг ишончли ва замонавий усуллардан биридир. Шунга қарамай, целиакографияни бажариш техник жихатдан мураккаб булгани учун жигар эхинококкозида ҳамма ҳолларда ҳам етакчи ва зарурий усул булиб қолмаслиги керак. Жигар эхинококкозида селектив целиакография оддий ва унча қийин булмаган текшириш усуллари билан патологик жараённинг жойлашувини, тарқалиш даражаси ва характерини аниқлаш мумкин булмаган ҳолларда катъий курсатмаларга кура утқазилиши лозим.

Лапароскопия. Лапароскопия Д. Отт (1901) томонидан биринчи булиб ишлаб чиқилиб, клиник амалиётда татбиқ этилган. Лапароскопия 60-йилларда клиник амалиётда энг кенг татбиқ этила бошлади.

Жигар ва корин бушлирининг бошка аъзолари гидатидали эхинококкозини киста аъзо ичида, унинг гумбази соҳасида ёки орқа юзасида жойлашган ҳоллардан ташқари, лапароскопия ёрдамида нисбатан осон аниқласа булади. Эхинококк кистаси жигар юзасида жойлашганда лапароскоп орқали кизриш-хаво рангли силлик, хира юзали сферик шаклдаги тузилма аниқланади. Эхинококк кистасини ураб турувчи жигар туқимаси купинча узгарган булиб, фиброз капсуланинг чегараси яққол ифодаланади, бу эхинококкознинг узига хос белгиларидан биридир.

Қайталанган эхинококкознинг лапароскопик диагностикасида катта қийинчиликлар тугилади, чунки олдинги- операциядан кейин корин бушлигида битишмалар ҳосил булади ва бу текширишни утқазिशга тускинлик қилади. Бундай ҳолларда сканирлаш, целиакография ҳамда серологик реакцияларни утқазिश лозим.

Жигар усмалари ва кисталарида дифференциал диагностика мақсадида биз мулжалли биопсия, асбобли пальпация ва аъзоларни силкитиш билан комбинацияланган лапароскопия куллаймиз.

Эхинококкоз гумон қилинса, комбинацияланган лапароскопияни операция хонасида наркоз бериб утқазिश мақсадга мувофиқдир, шундай қилинса, зарурат тугилиб қолган ҳолларда лапароскопиядан кейин дарҳол корин бушлиги аъзоларида ошиғич операциялар қилиш мумкин булади.

Тери ва жигар орқали утқазиладиган холангиография. Тери ва жигар орқали холангиография қилиш жигар ичи йулларини пункция қилиш, уларга контраст моддалар юбориш ва кейин рентгенологик текшириш утқазилдан иборат. Одатда, тери орқали

холангиография механик саргайишда кулланади: бу усул ут йуларининг обтурацияси борлигини, унинг жойлашуви ва сабабини аниклашга имкон беради.

Баъзан жигар эхинококкозида механик саргайиш билан бирга жигар ичидаги ва ташкаридаги ут йуларининг киста билан сикилиши кузатилади. Бундай холларда тери ва жигар оркали холангиография килиш зарурати тугилади. Бу усул сикилиш жойини аниклаш ва тегишли операция турини танлашга имкон беради.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ КАЙТАЛАНИШИДА ТАШХИС КУЙИШ

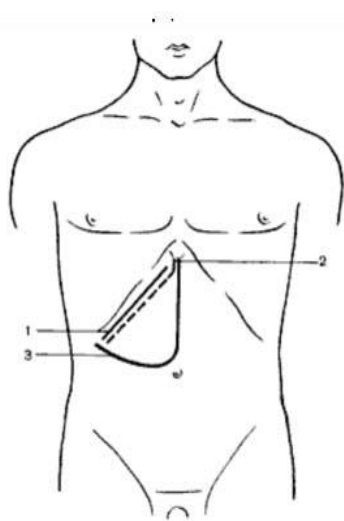
Жигар эхинококкози кайталаниши диагностикаси купинча катта кийинчиликлар тугдиради, улар чин ва сохта булиши мумкин. Биринчисига паразитнинг кайта инвазияси натижасида ривожланиш холлари киради. Улар асосан илгариги шароитларда, хайвонлар билан якин контактда яшаш ва ишлашни, хатто операциядан куп йиллар (ун ва ундан ортик) кейин хам давом эттираётган пациентларда пайдо булади, бу паразитнинг секин усиши билан изохланади.

Сохта кайталанишлар, одатда, оператив аралашувдан сунг, баъзан бир неча ойдан кейин юз беради. Улар жигарнинг бирламчи куп зарарланишида унда кисталарни курмай колиб колдириб кетиш натижасида ёки операция техникасининг бузилиши натижасида паразит хомила элементларининг таркалиши окибатида келиб чикади.

Жигар эхинококкози кайталанишидаги диагностик кийинчиликлар, айникса унинг бошланиш боскичларида, шуни курсатадики, бирламчи эхинококкозда кимматли булган текшириш усуллари касаллик кайталанганда кам фойдали булиб колади, масалан: лапароскопия, операциядан кейин корин бушлигида хосил булувчи битишмалар туфайли умуман мумкин булмади. Шунинг учун бунда латекс-агглютинация реакцияси мухим ахамият касб этади. Касаллик кайталаниш холларида латекс-агглютинация реакцияси яна ижобий булиб колади.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИ ДАВОЛАШ

Оператив очиб кириш. Жигар эхинококкозида утказиладиган операциянинг муваффакияти куп даражада оператив очиб киришнинг тугри танланишига борлик булиб, у купинча касалликнинг боскичи хамда кисталарнинг каерда жойлашганига ва сонига борлик. Бундан ташкари, кесиб очилган жой жигарнинг бошка кисталарини аниклаш максидида аъзони тафтиш килиш, кистани олиб ташлаш ва бунда юзага чикадиган асоратлар чогида хирург манипуляцияларини чеклаб куймаслиги, иккинчи томондан эса ортикча шикастланишга олиб келмаслиги керак.



- | |
|----------------------|
| 1- Кохер кесими |
| 2- Фёдоров кесими |
| 3- Рио-Бранко кесими |

Киста жигарнинг олд киргоги ёки чап булагиде жойлашган холларда, купрок юкори—урта кесишни, жигарнинг унг булагидеги пастки сегментларга—кийшик ковурга ости кесимини, кистанинг диафрагма остиде жойлашишида — торакофренолапаратом кесиб очиш йулини куллаш максидге мувофикдир.

Жигар эхинококкозида кулланувчи купдан-куп оператив очиб киришлар абдоминал, торакал ва торакоабдоминал турлариге булиниши мумкин.

Юкори урта очиб киришда операция ярасини кенгайтириш учун жигарнинг юмалок ва уроксимон богламларини кесиб, кесимни киндикдан пастга давом эттириш максидге мувофикдир.

Агар киста жигарнинг олдинги киргоги рупарасидеги IV, V ва VI сегментлар сохасиде жойлашган булса, Рио-Бранко ёки Петровский усулини куллаб кесиб очиш мумкин. Федоров кесмаси жигар дарвоза ва унг ярмини очиш учун жуда кулай, аммо бунда 4—6 та ковурга оралиги нерви кесилади, бу эса кейинчалик мушакларнинг атрофиясиге, баъзи холларда эса операциядан кейинги чурраларнинг хосил булишига олиб келади.

Киста жигарнинг унг ва чап ярмида жойлашганда кундаланг ва ковурга ости буйлаб очиб кирган яхши, биров, иккаласи ҳам етарлича шикастлидир.

Амалиётнинг курсатишича, жигар унг булагининг эхинококкозида энг кулай очиб кириш унг томонлама торакофрениколапаротомия хисобланади. Шу очиб киришни куллаш билан адекват оператив аралашув ва жигарнинг хамма булимларини тулик интраоперацион тафтишини бажариш мумкин булади.

Жигар эхинококкозидаги оператив аралашувларнинг таснифи

Бизнинг фикримизча, эхинококкоз сабабли амалга ошириладиган оператив аралашувларнинг терминологияси ва таснифи мухим муаммодир.

I. Эхинококк кистаси хусусида.

1. Эхинококкэктомия:

а) икки этапли,

б) бир этапли.

2. Эхинококкэктомия:

а) формалин билан ишлов берилгандан сунг,

б) эхинококк суюклиги суриб олингандан сунг,

в) хитин кобигининг бутунлигини бузмасдан.

3. Идеал эхинококкэктомия.

4. Эхинококкэктомия;

а) аъзо резекцияси билан,

б) аъзони олиб ташлаш билан.

II. Колдик бушлик хусусида.

1. Эхинококкэктомиядан сунг:

а) дренажлаш,

б) марсупиализация.

A. Очик усуллар:

а) ташкарига дренажлаш,

б) марсупиализация.

в) ярим ёпик усул,

г) копловчи тукималарнинг бутунлигини тиклаган холда колдик бушликни очик колдириш.

Б. Ёпик усуллар.

1. Колдик бушликни саклаб қолиш билан:

а) усти ёпик марсупиализация,

б) факат кесилган жойни тиклаш

2. Колдик бушликни тулдириш:

а) антисептик эритмалар билан,

б) вивикол билан,

в) чарви ёки мускул билан.

3. Колдик бушликни йукотиш:

а) капитонаж,

б) бушликка эркин фиброз капсулани инвагинация қилиш,

в) фиброз капсуланинг бир қисмини ажратиб, уни инвагинания қилиш,

г) тукима елими билан елимлаш,

д) фиброз капсуланинг қатта қисмини олиб ташлаш.

III. Ут окма яраси сабабли реоперация қилиш.

1. Окма яра йулини кесиб олиб ташлаб, колдик бушликни ёпиб қуйиш.

2. Колдик бушликни тампонлаш.

3. Аъзони резекция қилиш.

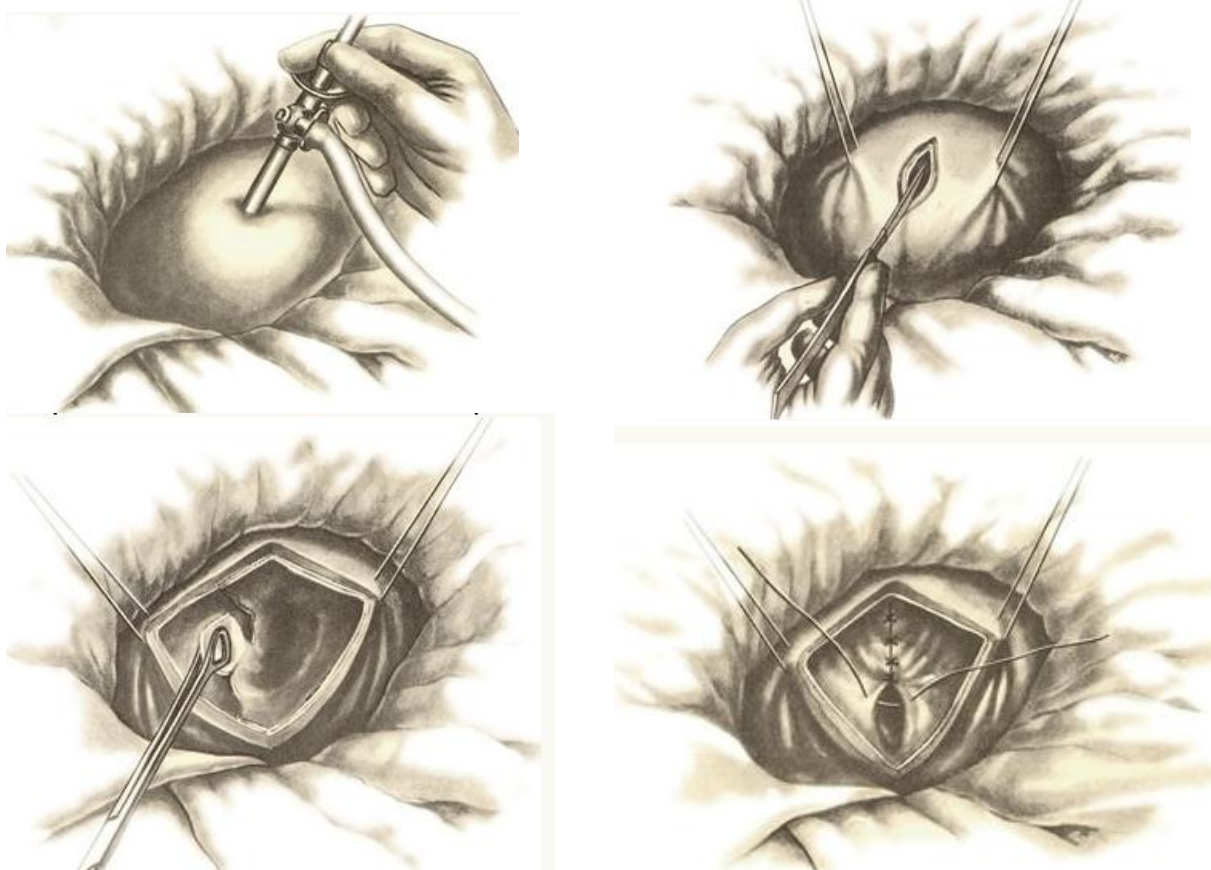
4. Аъзони олиб ташлаш.

Давоси. Жигар эхинококкозининг давоси одамнинг бошка аъзо ва тукималаридаги каби факат жаррохлидир. Ушбу ташхис қуйилгандан сунг киста йиринглаши, унинг қушни аъзоларга ёриб кириши, капсуласи ёрилиб қорин бушлигига эхинококк тарқалиши каби ҳаёт

учун хавфли булган асоратлар юз бериши мумкинлигини эйтиборга олиб, дархол операция белгиланади. Шунга ухшаш холларда огир йирингли жараён, обтурацион саргайиш ривожланиши, йирингли холангит, перитонит, ичак тутулиши ва х. к. ривожланиши муносабати билан тез жаррохлик аралашувига эхтиёж пайдо булиши мумкин. Факат огир юрак-томир етишмовчилиги ва жигарнинг анча кисми куп эхинококкоз туфайли ишламаганда ривожланувчи жигарнинг чукур функционал бузилишлари операцияга монелик булади.

Жаррохлик йули билан даволаш—жигар эхинококкозига учраган беморларни даволашнинг бирдан-бир усули булиб, уларнинг тула согайишига эришишни таъминлайди.

Жигар эхинококкозидаги операция паразитар кистани бутунлай: унинг



Эхинококкэктомия боскичлари

ичидаги (суюклик, сколекслар, киз ва набира пуфаклар) ларни ва герминатив (хомила) хамда кутикуляр (хитин) кобикларини олиб ташлашдан иборат булиши лозим. Паразитнинг захарли таъсирига жавоб тарикасида киста деворининг атрофида жигарда хосил булган фиброз капсула эхинококк гумбагининг элементи эмас ва уз жойида колдирилиши мумкин.

Фиброз капсула атрофдаги жигар тукимаси билан интим ёпишгани сабабли, уни олиб ташлаш доимо шикастланишга олиб келади ва одатда, бу сохада куп микдорда янги хосил булган кон томирлари булгани учун, анчагина, баъзан куп кон кетпшига сабаб булади. Агар жигарнинг ут йуллари хам шикастланган булса, бир вақтнинг узида ут окиши хам кузатилиши мумкин. Бундай операциялар аксари холларда огир асоратларга олиб келади ва уларда улим юкори даражада булади. Фиброз капсула охаклангандагина уни олиб ташлаш зарурати тугилади.

Идеал эхинококкэктомия — эхинококк кистасини, унинг кобикларини шикастламасдан, бутунлай олиб ташлашдир. Бундай операцияни киста жигарнинг киргоги сохасида жойлашувида ёки оёкчада осилиб турган кисталарда бажариш мумкин булади. Идеал эхинококкэктомия операциянинг энг оптимал усулидир, чунки кистани унинг хитин кобигини

зарарламасдан олиб ташлаш корин бушлигига таркалишининг олдини олади. Шуни хам таъкидлаш жоизки, идеал эхинококкэктомия операциясидан кейинги давр узокка чузилмайди ва силлик кечади.

Жигарни очилмаган эхинококк кистаси билан бирга резекция килиш, унинг радикалликка карамай, улимнинг нисбатан юкори даражадалиги ва мураккаблиги туфайли кенг таркалмади.

Кистани кесиб очиш нули билан эхинококкэктомия килиш, уни тутри бажарганда, нисбатан оддий, кам шикастли ва радикал аралашув хисобланиб, беморларнинг бутунлай согайишига олиб келади. Адабиётдаги маълумотларга кура, бу операция энг куп бажарилади. Бу операциянинг мазмуни шундаки, эхинококк кистаси ичидаги суюклик суриб олингандан кейин, киста бушлигини кесиб очиб хитин кобигини олиб ташлаймиз.

Хитин кобиги олиб ташлангандан кейин жигарда коладиган фиброз капсула бушлиги куритилади ва сколексларни емирувчи формалиннинг глицериндаги 2% ли эритмаси билан 2—3 кайта ишланади. Уни кайта куритилгандан кейин бушликни йукотиш лозим, чунки колдирилган бушликлардан паразит булмаган кисталар шаклланиши хамда купинча улар йиринглаб (12-24 фоиз) йирингли, йирингли-ут окма яраларига олиб келиши мумкин.

Кодик бушликни баргараф этиш усуллари. Эхинококк олиб ташлангандан сунг жигарда колган бушликни йукотиш зарур. Бу эхинококкэктомияни охирига етказувчи жарохлак аралашувининг иккинчи боскичидир.

Жигардаги колдик бушликни кетгутли *кисет чокларини* фиброз капсула деворига *ички томондан* навбатма-навбат *куйиб йукотилади*. Бу усулни 1989 йилда Дельбе таклиф килган. Бу усул хавфсиз булмай, унда кон томирлар ва ут йуллари жарохлаганиши мумкин.

Фиброз капсуланинг четларини ва эркин участкаларини жигарнинг колдик бушлигига ташкаридан ичкарига айлантириб, бир неча катор чоклар билан *инвагинация килиш усули* бирмунча хавфсиз ва самаралидир.

Колдик бушликни озиклантирувчи оёкчали чарви билан тампонада килиш услуби. Бушликни тулдиргандан сунг чарви алохида чоклар билан фиброз капсуланинг ташки чеккасига махкамланади. Чарвининг юкори репаратив хусусиятлари колдик бушликнинг тез облитерация булишини таъминлайди.

Колдик бушликни елимлаш усули билан йукотиш. Бу усулга кура, фиброз капсула бушлири деворларини бир-бирига елимлаб ёпиштириш йули билан уни бутунлай облитерация килинади. Бу максатда МК-2 ва МК-6 елимлари ишлатилади.

Елимлаш усули бошка усуллар билан комбинацияда, уларни тулдириб ишлатилади (Дельбе буйича капитонаж, чарви билан тампонада килиш, фиброз капсулани инвагинация килиш).

Колдик бушликни дренажлаш, одатда, эхинококк кистаси йиринглаганда, паразит нобуд булганда, кутикуляр ва фиброз кобикларнинг яллигланиши натижасида узгаришида, бухтасимон буртиклари ва чунтаклари булган катта кисталарда, паразитнинг хомила элементларини бутунлай олиб ташлашта ишонч булмаганда кулланилади. Бу усул колдик бушликни муттасил равишда антисептик эритмалар (диоксидин, фурагин, фурацилин) ва индивидуал сезувчан антибиотиклар билан ювиб туришга имкон беради. Бушликдан суюклик чикиши тухташи билан контрол фистулография килинади ва ундан кейин дренаж тортилади, кейинчалик бутунлай олиб ташланади.

Марсупиализация операцияси. У фиброз капсула чеккасини корин деворидаги жарохлакга тикишдан иборат, бунда бушлик дока салфеткалар билан тулдирилади, шундагина бушлик туби томонидан грануляциялар билан тулади.

ОПЕРАЦИЯ ПАЙТИДА ВА УНДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР.

Жигар эхинококкозида бажариладиган операциялар вақтида энг куп учрайдиган асорат кон кетишидир. Куп холларда кон шикастланган жигар паренхимасидан кетади, лекин аъзонинг катгарок томирларидан хам кон кетиши мумкин. Уларнинг орасида энг хавфлиси жигар веналари артерияларга куйилиш жойи якинида жарохлаганиши хисобланади.

Операциядан кейинги даврдаги энг куп учрайдиган ва хавфли асорат ут окиши саналади. Агар у корин бушлигига окса, куп холларда улим билан тугалланувчи перитонит ривожланади; ут ташкарига окса, вакт утиши билан бемор бутунлай холсизланади, бу хам огир окибатларга олиб келиши мумкин.

Операциядан кейинги асоратларга яна диафрагма ости абсцесси ва тикиб беркитилган колдик бушликнинг йиринглаши хам киради. Бунда коникарли ахвол фониди бирдан тана харорати 38—39° гача кутарилади, эт увишиб калтираш, унг ковурга остида огрик пайдо булади.

Рентгенологик текширишда диафрагма остидаги бушликда тепасида хаво пуфаги булган суюклик сатхи аникланади. Абсцессни умумий коидаларга кура кесиб очиб, дренаж куйиш лозим.

Фиброз, кальциноз, куп битишмалар натижасида колдик бушлик деворларининг ёпилиши ва унда тупланган суюкликнинг сурилиб кетишига тускинлик килувчи шароитлар мавжуд булган холларда колдик бушликда йирингли жараён ривожланади.

Колдик бушликни марсупиализация килишда унинг йиринглаш эхтимоли яна хам юкори булади. Унда факат холеррагиянинг купайиши кузатилиб колмай, балки фиброз капсула томирлари геморрагияси ва ангиохолит хам кузатилади.

8. ТЕСТ САВОЛЛАРИ

Тирнок узагини куршаб турган этнинг яллигланиши.

*паронихия
тери ости хасмоли
пандактилит
тирнок ости хасмоли

***Жарохат атрофига неча фоизли йод б-н ишлов бериш керак**

*5%ли;
1%ли;
2%ли;
7%ли

«Юзаки» антисептика усулига киради:

*Жарохат атрофи тукумаларига киритиш.
Вишневский блокадаси.
Мушак ичига киритиш.
Жарохатни узлуксиз ювиш.

10 % ортик сохаси чукур куйганларни каерга жунатиш керак;

*СВПХГ

ВПХГ

ВПГЛР

ПВМГ

12 бармок ичакдан кон кетишининг доимий аломати;

*нажаснинг кора мойга ухшаб келиши;
Эпигастрал сохада кучли огрик;

Хушсизланиш, бош айланиши;

Корин девори мушакларининг таранглиги

12-май Халкаро хамширалар куни нечанчи йилдан байрам сифатида нишонланмоқда

*1971

1979

1929

1930

1929-йилда Флеминг кайси антибиотик узок куллаш эшитиш бузилади деб айтган

*пенициллин

ампистиллин

стефазолин

СТипрокс

2 атм босимдаги t°132° С да, автоклавда асбоб –ускуналарни минимал

стериллашвакти

*20мин

35мин

15мин

1соат

2.хамширалик иши жараёнининг макседи бу-...

*Бемор соглигини тиклаш
бемор хонасини тоза тутиш
Бемор соглигини жаррохлик йули билан тиклаш

Тугри жавоб йук

500 мл дан ортик микдордаги тугридан тугри кон куйиш куйидаги холатларда курсатма булиб хисобланади:

*ДВС синдромида

уткир анемияларда

сурункали анемияларда

куйиш шокида

А ва Б агглютининлар одамларда ривожланади:

*Хаетининг 1-чи йилида

Эмбрионал ривожланишининг 3-чи ойида

Тугулиш пайтида

Боланинг 3 ёшлигида

А нурлар билан изотоплар дозаси канча булиши керак

*2.5 млрд

4 млрд

3.5 млрд

Хамма жавоблар тўғри

А(II) гурухида қандай агглютиноген ва агглютининлар бўлади;

А бетта;

В альфа;

Аво;

О альфа бета

Абляция нима?

*тирнокни олиш

йирингни чиқариш

Бармокни олиш

Мушакни ийринглаши

Абсцесс нима?

*тукумаларнинг чегараланган йирингли яллигланиши

клетчатканинг уткир таркалган

яллигланиши

лимфа тугунларининг яллигланиши

тер ва апокрин безларининг уткир

яллигланиши

Абсцесс учун хос белги?

*флюктуастия

яллигланиш булмаслиги

юмшок инфилтрат

тугри жавоб йук

Абсцессда қандай текшириш утказилади?

*УЗИ, КТ

ЭКГ
Рентген, ангиография
Спирография
Абсцесда лейкоцитлар сони канчага етади?
*15-20*10/9
3-5*10/9
4-6*10/9
7-8*10/9
Абсцесни асосий даволаш усули?
*оператив
консерватив
химиотерапия
Аутогемотерапия
Агар антибиотикли даво фойда бермаса ва йирингли яллигланиш жараёни авж олса нима қилиш керак?
*операція килинади
иммунотерапия утказилади
совук куйилади
иссик куйилади
Агар бемор узок муддатда ётиб колса, бунда ётоқ яралар қайси сохада хосил булмайд:
*коринда
товонда
куракларда
Думгазада
Агар меъдадан ичакка овкат утмаса меъда саратонининг қайси локализастияси хақида уйлаш мумкин?
*Пилорик қисмида
Фундал қисмида
Кардиал қисмида
Тотал зарарланишида
Агглютинастія реакстіяси 0 (I) ва В (III) гурух зардобида булди. Кон қайси гурухга мансуб?
0 (I)
В (III)
А (II)
АВ (IV)
Агглютинастія реакстіяси 0 (I) ва В (III) гурух зардобида булди. Кон қайси гурухга мансуб?
0 (I)
В (III)
А (II)
АВ (IV)
Агглютинин кон таркибининг қайси элементида аникланади?
*Кон зардобида

Лейкоститларда
Эритроцитларда
Тромбоститларда
Агглютиноген кон таркибининг қайси элементида аникланади?
*Эритроцитларда
Лейкоцитларда
Кон зардобида
Тромбоцитларда
Аеротерапевтик аппаратлар АТИ-3, АТИ-5 антисептиканинг қайси турига қиради
*физик
химик
биологик
Механик
Албуминоз остеомиелит суякнинг қайси қатламида бўлади?
*Кортикал(компакт)
Кон томир
Суяк илиги
Секвестр
Аллергик реакстіяни қамайтирувчи боғлам тури?
*Гипоаллергик лейкопластир
Клей
Марля
Дезо боғлами
Альдегидлар гурухига қиради:
*Калий перманганат
Карбол кислотаси
Сулема
Риванол
Амбулатория шароитида шпристларни стериллаш нечи дақиқа давом этилади
*45 мин
30 мин
25 мин
60 мин
Ампутастион чўлтоқларга қандай боғлам қўйилади?
*эластик трубкасимон бинт
компрессион
окклюзион
Т-симон
Анаэроб газли гангрена инфекстіясини диагностика қилишда ахамиятга эга эмас:
*бактериологик текширишларнинг манфийлиги
усиб борувчи шиш ва эмфизема
интоксикастіянинг ривожланиши

тукималарни рентгенологик текширганда газнинг булиши

Анаэроб газли гангрена инфексиясининг дифференциал диагностикаси куйидагиларнинг кайси бири билан қилганда кийин эмас?

*сарамас билан

йирингли анаэроб газли инфексия билан оёк ва кулларни септик тромбофлебити билан

мушакларнинг чукур флегмонаси билан

Анаэроб газли гангренада хирургик давос етарли даражада эмас:

*некротомияда

ампутастия ёки экзоартекулястия

кенг лампасимон кесмалар

жарохатни антисептик оксидловчилар билан

туйинтириш ва дренажлаш

Анаэроб газли инфексия нospестифик комплексли терапиясига кирмайди:

*тутканокка карши дориларни куллаш

юракка таъсир килувчи востиларни куллаш

диурезни стимуллаш

кон ва кон урнини босувчи суюкликлар

куйиш

Анаэроб газли инфексияни даволаш вақтида беморлар кайси шароитга риоя қилиши шарт эмас:

*утқир хавфли инфексияларга карши

костюмлар кийиш

беморларни алохида палаталарга изолястия қилиш

операстион ва боғлов хоналарини алохида

қилиш

инструментларни алохида махсус

дизенфекциялаш

Анаэроб газли инфексияни даволашда

куйидагилардан кайси бирини куллаш кам эффеқтли булади?

*антибиотиклар

гипербарик оксигенастия

гангренага карши зардоб

экстрокорпорал детоксикастия

Анаэроб газли инфексияни патогенетик даволаш комплексисига куйидагилардан кайси бирини куллаш кам эффеқтли?

*антибиотикларни артерия ичига юбориш

жарохат учогини санастия қилиш

кондаги токсинни нейтрализастия қилиш

узгарган орган ва системалар функсиясини

корреқсия қилиш

Анаэроб инфексия билан контактда булган резинали кулкоплар нима қилинади?

*йукотиб юборилади

лизол эритмасига солинади

автоклавда стерилланади

Кайнатилади

Анаэроб инфексияни кайси микроблар кўзгатади ;

*Клостридиум эдематиенс;

Бастиллус тетанус;

Окиш спирохета;

Стафиллококклар

Анаэроб инфексиянининг инкубастион даври канча?

*7-соатдан 7суткача

4-6 соатгача

7-суткада 3 хафтагача

10суткадан 4 хафтагача

Анаэроб инфекциянинг клиник классификациясига кирмайди?

*оддий

эмфизематоз

шишли

Флегмоноз

Анаэроб корасонга учраган бемор каерда даволанади;

*Катъий ажратгох /изолястион/ боксда;

Умумий палаталарда;

Ажратилган палатада;

Факат реанимастия б-мида

Ангиоген сепсиснинг кузгатувчиси

стафилококк

стрептококк

Ичак таёкчаси

Протей

Аневризмалар ерилганда бош мянининг зарарланиши куйидаги омилга боғлиқ

*субарахноидал, интрастеребрал кон

куйилиш ва мия ишемияси;

мянининг шиши ва дислокастияси;

интракраниал гематомалар хосил булиши;

бирданига кон босими пасайиши

Анизокория тушунчаси куйидагини англатади::

*куз корачикларининг турли катталиқда булиши;

унг ва чап томондан рефлексларнинг хар хиллиги;

максадга мувофиқлаштирилган
харакатларнинг бузилиши;
мия кон томирлари деворининг торайиши

Антибиотиклар асоратига киради:

*Анафилактик шок.

Кусиш ва ич кетиш.

Нафас тухташи.

Пульснинг йуқолиши.

Антибиотиклар асоратига кирмайди:

*Квинке шиши.

Эозинофелез.

Дерматит

Фотодерматоз.

**Антибиотиклар билан даволаш
давомийлигини аниқловчи мезон:**

*Тана харорати нормаллашуви.

Пульс ва К/Б нормаллашиши

Эритроцитлар ва НВ микдори

нормаллашиши.

Дренаждан ажралмалар чиқишининг
тухташи.

**Антибиотиклар куллаш коидасига
киради:**

*Организмни микробларга сезгирлигини
аниқлаш.

Бушликга юбориш.

Токсинларни текшириш.

Вена томирига юбориш.

**Антибиотикларни эритиш максидида
новокаиннинг қайси эритмаси
кулланилади?**

*0,25%

1%

2%

5%

Антибиотикни куп куллаш олиб келади

хаммаси

токсик

аллергик

Кандидоз

**Антисептик модда сифатида лимфа
томирларига юбориладигин модда:**

*Гентамистин, пенистилин.

Ампистилин, гентамистин, глюкоза.

Аспирин, ампиштилин, стрептомистин.

Канамистин, ампиштилин, водород

пероксид.

**Антисептик модда сифатида лимфа
томирларига юбориладигин модда:**

*Гентамистин, пенистилин.

Ампистилин, гентамистин, глюкоза.

Аспирин, ампиштилин, стрептомистин.

Канамистин, ампиштилин, водород
пероксид.

Антисептик моддалар вазифаси

*терида яхши сурилиши

егда яхши ерийдиган булиши

махаллий микроорганизмга таъсир
килмаслиги

Вирусларга систем таъсир килиши

Антисептик моддалар гурухлари

*галоидлар

оксидланувчи

Анорганик моддалар

Ноорганик

**Антисептик сифатида 2,5-5% карбол
кислотани ишлатган олим**

*Листер

Бурсов

Пирогов

Василенко

Антисептик усулни ким кашф килди

*Листер

Зиммельвейс

Пирагов

Колесов

Антисептик усулни ким кашф килди.

*Листер

Зиммельвейс

Пирогов

Колесов

Антисептика вазифаси:

*хамма жавоблар тугри

тери шиллик кават ва жарохатни даволаш

спестифик антисептик тозалаш

некрозга учраган тукима ва паталогик

тузилмасини олиб ташлаш

Антисептика вазифасига киради:

*тери шиллик кават ва жарохатни даволаш

спестифик антисептик тозалаш

некрозга учраган тукима ва паталогик

тузилмасини олиб ташлаш

ярага чок қўйиш

Антисептика турлари

*хаммаси

кимевий

физик

Механик

Антисептика турлари

*хаммаси

Кимевий

физик

Механик

Антисептика усулларига киради:

*Физик, механик, биологик, химик.
 Механик, физик, биологик, умумий.
 Физик, механик, биологик, физиологик.
 Механик, биологик, физиологик.
Антисептика усулларига киради:
 *Физик, механик, биологик, химик.
 Механик, физик, биологик, умумий.
 Физик, механик, биологик, физиологик.
 Механик, биологик, физиологик.
Антисептикага микроорганизм оркали таъсир этувчига кирмайди:
 *Метилурастил.
 Кон, зардоб
 Сульфаниламид
 Глобулин
Антисептикага микроорганизм оркали таъсир этувчига кирмайди:
 *Метилурастил.
 Кон, зардоб
 Сульфаниламид
 Глобулин
Антисептикада ишлатиладиган физик усулларига киради
 *термик ва нур билан
 этилен, охак, киметермик билан
 Хамма жавоблар тугри
 Гипохлорид натрий билан
Антисептикани куллаш усули
 *хаммаси
 жарохат юзасига
 бушликка
 парентерал юбориш
Антисептикани физик усулларига киради
 *нур ва лампалардан фойдаланиш
 этилен, охак, киметермик воситалардан
 фойдаланиш
 формалин, этиленгликолдан фойдаланиш
 Ҳамма жавоблар тўғри
Антисептиканинг зарурлиги нимага асосланган?
 *Операцион жарохатларни йирингли – септик асоратлари.
 Микробларни очилиши.
 Хирургиянинг ривожланиши.
 Антисептик моддаларни очилиши.
Апневроз ва юмшак тукумалар шикастланмасдан калланинг гумбаз кисми суякларининг синиши ва кайси травма учун характерли?;
 *епик;
 очик тешиб утувчи;

очик тешиб утмовчи;
 комбинастиялашган ёқшалокф
Аррозив кон кетишда кулланилади:
 *томирни жарохатдан юкорирокда боғлаш
 томирни жарохатда боғлаш
 томирга чок куйиш
 томирни жарохатда коагулястия килиш
Артериал жгутни тугри куйилганлиги хакида нима маълумот беради?
 *Периферик кон томирларида пульсастия аникланмаслиги
 Тери рангининг кукариши
 Ярадан кон кетиши
 Тана хароратининг кутарилиши
Артерия ичига кон куйганда канча босим билан кон юборилади (мм сим уст)?
 *200
 50
 100
 500
Артерия ичига кон куйиш куйидаги холатларда кулланилади:
 *куп кон йукотилганида
 анемияларда
 захарланишларда
 Сепсисда
Асаблар таранглашиш сабаби:
 *1,4,5
 2,3,6
 2,3,5
 1,5,6
Асбоб тупламлари 1:1 атм босимда автоклавда канча вақт стерилланади.
 *45 мин
 30 мин
 25 мин
 60 мин
Асбоб тупламлари 2 атм босимда автоклавда канча вақт стерилланади
 *20 мин
 30 мин
 25 мин
 60 мин
Асбобларнинг тозаллиги нималар билан аникланади.
 *бензидин
 амидопирин
 Гипохлорид
 Водород пероксида
Аутогематрансфузия нима
 *бемордан кон олиб куйиш
 алмашинув йули билан кон куйиш

шундай куйиш

тугри жавоб йук

Аутогемотрансфузия-бу:

*Беморни узидан олиб тайерланган

консервланган утоконни кайта куйиш

Донордан рестипиентга куйилаётган кон

Эритроциттар массани куйиш

Дренажлардан оккан конни куйиш

Аутогемотрансфузиянинг афзалликлари

нимадан иборат?

*гемотрансфузион асорат йуклиги

тежамкорлик

инфекциянинг утмаслиги

Оддийлик

Баданнинг бир неча кисмидаги таркок

фурункул нима дейлади?

*фурункулёз

сарамас

карбункул

Лимфаденит

Бактериоцид моддалар бу...

*бактериялар улдирувчи

бактериялар ривожланишини тухтатувчи

Вирусни улдирувчи

Антибиотикларни таъсирини кузгатувчи

Бактериоцид боғлам сифатида қайси

боғлам қўлланилади?

*лейкопластир

бинт

клей

Марля

Бактериоцид ва бактериостатик

моддалар антисептика қайси турига

киради.

*кимевий

биологик

физик

Механик

Бактериоцид ва бактериостатик

моддалар антисептика қайси турига

киради.

*кимевий

биологик

физик

Механик

Бактерицид ультрабинафша лампалар

операстиа столдан канча узокда

жойлаштириш керак

*2-3м²

2м² дан кам

3м²

1м²

Бактерияларга карши восита:

*Антибиотиклар

Кон зардоби

Антикоагулянтлар

Микроэлементлар

Бармок ва кафт езилмаслиги,супинастиа

бузилиши,кафтнинг осилиб колиши, 1-2

бармокларда сезгининг бузилиши

куйидаги нервнинг шикастланишини

курсатади;;

*билак нервининг;

тирсак ва урта нервларнинг;

тирсак нервининг;

урта нервнинг

Бармоқга қўйиладиган боғламлар

ўлчамлари?

*5-7 см

7см

10-12 см

30-40 см

Бемор карахт, химоявий реакстиа бор,

товушга кузини очади, огрикли таъсирга

инграйди. Хушнинг шу тарика бузилиши

куйидагилардан қайси бирига тугри

келади;;

*сопор;

чукур карахтлик;

юзаки карахтлик;

юзаки кома

Бемор муаммоларини аниклаш ва

хамширалик ташхисини куйиш

хамширалик иши 4 боскич нимадан

иборат:

*Режалаштирилган хамширалик тиббий

ёрдамини амалга ошириш

Курсатилган хамширалик ёрдамининг

натижасини бахолаш

беморни куриқдан утказиш

Бемор муаммоларини аниклаш ва

хамширалик ташхисини куйиш

Беморда кучли кузгалиш

бор.Гапиреди.Шикояти йук.Ётишни

хохламайди.Корин сохасидан жарохат

олган.Шок холатининг даражасини

курсатинг

*Эриктил фаза;

Торпид фаза;

Уткир шок;

Огир шок

Беморда очик синиш ва шикастланган йирик артериядан кон кетиш кузатилаяпти. Сизнинг тактикангиз:

*Зарарланган мучалга жгут куйиш

Мучални иммобилизастиялаш

Наркотик аналгетикларни куллаш

Ярага боглам куйиш

Беморда травматик захарланиш тахмин килинганда кабул булимидаги врач нима килиш керак;

*бемор реанимастия булимига еткизиб

травматик захарланишни даволаш;

Беморни токсикологик марказига юбориш;

Беморни травматологик булимига еткизиш;

Беморни хирургик булимига еткизиш

Бемордаги чапдан гемипарез, рухият узгариш, курув нервнинг атрофияси интракраниал гипертензия бош мия усмасининг каерда жойлашганини курсатади?;

*унг пешона-теп;

чап тепа-чакка;

мияча;

унг тепа-энса

Беморни парвариш килишни ташкил етиш, шу билан бирга инсон, оила хамда жамиятнинг физик, рухий ва ижтимоий талабларини кондиришга йуналтирилган тадбир хисобланади- бу-....?

*хамширалик иши

хакимлик иши

Талабалар иши

Кичик тиббий ходим иши

Беморнинг бош суяги чакка сохасида

ёрилиб унг сон суяги синса, кандай

травма дейилади?;

*аралаш краниостеребрал травма;

ёпик краниостеребрал травма;

очик краниостеребрал травма;

кушма ёкомбинастиялашган

Берилганлардан қайси бири юза маститга таалуқли?

*м. Субареоларис

м. Интрагландуларис

м. ретрогландуларис

м. неонаторум

Беҳуш ва огир ахволдаги беморни озиклантириш учун қайси усулни танлаш лозим:

*ошкозонга юборилган зонд оркали

овкатлантириш;

клизма килиб, озукани тугри ичакка

юбориш ё озиклантирувчи клизма;

узи мустакил овкатлангунга кадар

озиклантириш шарт эмас;

парэнтерал усулда углевод, оксил, минерал

тузлар эритмаларини кон томирларига

юбориш

биксинг алохила секторларида

халатлар, никоблар, шарчалар

жойлаштирилган. Бундай жойлаштириш

кандай номланади

*профиллашган

махсулашган

секторал

Сегментли.

Билвосита кон куйиш бу:

*Консервланган конни флакондан утказиш

Донордан рестициентга куйилаётган кон

Эритроциттар массани куйиш

Дренажлардан оккан конни куйиш

Билвосита куйиладиган коннинг

афзаллик томонлари нимадан иборат?

*куп микдорда куйиш

конда стабилизаторларнинг булиши

конда биологик субстратларнинг сакланиши

тоза кон куйиш

Бинтнинг биринчи марта айланиши нима дейилади?

*тур

бош

стиркуляр айлана

компрессия

Биологик антисептикага киради.

*Стрептомистин мушак орасига килиш.

Бирламчи хирургик ишлаш.

Сульфадиметоксин.

Пархез.

Биологик антисептик моддаларга

нималар киради:

*Вакстина, зардоб ва антибиотиклар.

Оксидловчилар.

Сульфаниламидлар.

Лазер нурлари.

Биологик антисептикага киради

*махсус зардоб

Вакстина

Нурлаш

Лампалар қўйиш

Биологик антисептикага киради.

*махсус зардоб

хаммаси

вакцина

хамма жавоблар тугри

Биологик антисептикага киради?

*Стрептомистин киритиш.

Жарохатни H_2O_2 билан ювиш.

Сульфадемитоксин бериш.

Плевра бушлигини Бюлау буйича дренажлаш.

Биологик антисептикага кирмайди:

*Сульфадемизин.

Зардоб.

Антибиотик.

Фитонстид.

Биологик антисептикага тааллукли эмас

А. сульфаниламидлар

Б. H_2O_2 билан ювиш

В. Вакстина

Г. Антибиотиклар

Бир донордан бир мартага канча

микдорда кон олиб, кон куйиш мумкин.

*500 мл;

100 мл;

300 мл;

400 мл

Бир неча соч халтачалари ва ёг

безларининг уткир йирингли

яллигланиши нима?

*карбункул

флегмона

абсстесс

фурункул

Биргина шикастловчи агент тананинг

муайян бир жойига кўп марта таъсир

қилса, у ... дейилади

*сурункали шикастланиш

травматик токсикоз

политравма

мураккаб шикастланиш

Биринчи бармоқ флегмонаси кайси

сохада жойлашади?

*тенор

кадтнинг орка юзаси

гипотенор

кафт уртаси

Биринчи булиб Листер усулини ким

куллаган

*Бурсов

Рейер

Пирогов

Гиппократ

Бирламчи жарохий ишлов бериш қачон қилинади;

*Жарохат тоза ва четлари текис булса;

Жарохатда йиринг булса;

Бемор харорати кутарилса;

Жарохат четлари фибрин билан копланган булса

Бирламчи жаррохлик ишлови беришга қарши курсатма:

*Шок

Кон кетиши

Жарохат ифлосланганда

ОИТСда

Бирламчи жаррохлик ишлови нимадан иборат:

*Жарохат деворлари ва тубини кесиб олиш, жарохатни тозалаш.

Йирингли чунтакларни бирлаштириш.

Дока пилик ва дренажлаш.

Иккиламчи чоклар куйиш.

Бирламчи жаррохлик ишловини бериш муддатларини

курсатинг, эрта, колдирилган,

кечиктирилган.

*24-48 соатгача ва 48 соатдан кечроқ;

3-7-10 чи соатлар;

1-2-3 соатлар;

3-5-8 чи суткадан

Бирламчи инфекцияланишда

микроблар жарохатга қаердан тушади:

*шикастланиш вақтида

богламлардан

бирламчи жарохлик ишлов беришда

беморни куриш вақтида

Бирламчи кон кетишга киради:

*шикастдан сунг дарров кон кетиши

шикастдан сунг биринчи суткада кон

кетиши

томирлар аррозиясидан кон кетиши

шикастдан сунг иккинчи суткасида кон

кетиши

Бирламчи учокни хирургик очишдан

кейин хам клиник яхшиланишни

булмаслиги мумкин:

*сепсис булганда гиперергик ҳолат

булганда

токсемия булганда

бактериемия булганда

яллигланиш жараени авж олиши

Бирламчи хирургик ишлов бергандан кейин колиб кетган некротик тукумаларни йукотиш учун нима килиш керак?

*ферментларни куллаш
антибиотикларни куллаш
жарохатни дренажлаш
иммобилизастиялаш керак

Битта ярадорга кокшолнинг олдини олиш учун қилинадиган анатоксин дозаси канча ва у биринчи марта ярадорнинг каерига қилинади.

*0,5 мл-МПП;

2 мл-РМП;

1 мл-МПБ;

1,5 мл –ВПНГ

Блекмор зонди қайси кон кетишни тухтатиш учун кулланилади?

*кизилунгачдан кон кетганда
геморроидал веналардан кон кетганда
ичаклардан кон кетганда
упкадан кон кетганда

Богич /жгут/ ни канча вақтга қуйиш

мумкин

*2 соат;

1 соат;

3 соат;

4 соат

Боғлам йўналиши қандай бўлиши керак?

*перифериядан марказга, жарохатланмаган жойдан жарохатга
жарохатланмаган жойдан жарохатга
ўнгдан чапга
перифериядан марказга

Боғламлар ва уларни қуйиш усулларини ўрганадиган фан?

*Десмургия

Травматология

спланхнология

Комбустиология

Боғламлар қуйиш ва уларни

алмаштириш қандай номланади?

*қайта боғлам қуйиш

боғлам

чокларни олиш

реконструкция

Боғлов материали сифатида ишлатилади

*лиггин

пахта

дока

Хамма жавоблар тўғри

Боғлов материаллари қайси белгисига қараб классификация қилинади?

барча жавоблар тўғри
мақсадига қараб
мустахкамланиш усулига қараб
турига қараб

Боғлов материаллари қандай хусусиятга эга бўлиши керак:

*яхши шимувчи;
узак қурийдиган;
эластик бўлмаган;
қийин стерилланадиган

Боғлов материалларини мустахкамлаш учун кулланилади:

*лейкопластирлар

скрипкалар

чоклар

шиналар

Болалар бош миясида бир минут

давомида кон айланиш ҳажми канча:

*500-700 мл.;

300-500 мл.;

700-900 мл.;

900-1100 мл.

Болалар қалла суягининг импрессион

синишлари ғқупол неврологик

узғаришлар қузатилмасағ қуйида қайд

этилган усулда даволанади:

*ботиб қирган қисм енидан қуйилган
пармали тешиқ орқали элеватор ёрдамида
қутариб тугрилаш;

мия қутиси қопқогининг декомпрессив
трепанастияси;

операстиа утқазииш талаб этилмайди;

ботиб синишнинг диаметрал қарама-қарши
томондан пармали тешиқ орқали сим
тикилиб импрессия қилиш мумкин

Болаларнинг бош мия жарохатлари

қатталарга нисбатан қуйидаги

гурухларда қурсатилган белгилар билан
фарқланади:

*болалар қалла суяги ва миясининг

компенсатор имқониятлари юқори

булганлиги сабабли умумий бош мия

симптомлари учокли белгиларидан устивор булади;

мия кутиси копкоги ва асосининг синишлари куп кузатилади, бехушлик муддати узок давом этади; субарахноидал кон куйилиши ва координастия бузилиши белгиларининг яккол ривожланиши; хаеий мухим аъзолар фаолиятининг издан чикиши, мия кутиси копкоги ва асосининг синиши, сариклик, кичиш каби холатлар куп-к куз-ши

Болдир товон бугими чузилган вақтда канак бойлам куйилади:

*саккизсимон
тошбакасимон
стиркуляр
Т-симон

Бомба портлашида вужудга келган тулкин зарбидан кайси органлар купрок зарарланади?;

*куриш, эшитиш ва нутк органларининг миядаги марказлари; кон айланиш ва эндокрин органлар; корин, юрак, упка органлари, харакат-таянч тизими; овкат хазм килиш органлари, вегетатив нерв тизими

Босиб турувчи боғлам кон кетишининг кайси турида ишлатилади:

*венос кон кетишда
артериал кон кетишда
паренхиматоз кон кетишда
артериовенос кон кетишда

Босимли боғламларнинг бошқача номи?

*гемостатик
корригастияловчи
окклюзион
стиркуляр

Бош ва орка мия чурраларини даволашда:;

*чурра ерилса шошилишч,
бошка вақтда эса 1-2 ешга кадар кузатилиб,
асоратлар хавфини камайтириб сунг операстия килиш;
барвакт операстия утказиш; консерватив усулда даволаш лозим;
кенг игна оркали чуррани сувини суриб босиб турувчи боғлама куйиш керак

Бош мия гематомасини аниклашда кайси диагностик текширишлар купрок ахамиятли;

*компьютер томографияси;
Ангиография;
Ээг;
Орка мия пункстияси

Бош мия эпик шикастланишида бемор касалхонага кандай холатда оборилади;

*белига еткизилиб;

Утириб;

Енбошлаб;

Корнига еткизилиб

Бош мия жарохати олган беморда чап томондан гемипарез, унг томондан мидриаз ва брадикардия кузатилиши нимадан далолат беради:;

*мия унг ярим шарида гематома;

мия асосида кон тупланиш;

мия чап шарида гематома;

бош мия чайкалиши

Бош мия жарохатларининг патогенезида курсатилаетган узгаришларнинг куйидаги тартибда ривожланиши характерлидир:

*ликвородинамик, гемодинамик, нейродинамик узгаришлар; гемодинамик, нейродинамик, ликвородинамик узгаришлар; гемодинамик, ликвородинамик, нейродинамик узгаришлар; ликвородинамик, нейродинамик, гемодинамик узгаришлар

Бош мия компьютер томографияси усули куйидагилардан кайсиларини билдиради:;

*ЭХМ кулланиладиган рентгенологик текшириш усули;

магнит майдони кулланиладиган рентгенологик текшириш усули;

бош миянинг биоэлектрик активлигини кайд килиш усули;

бош мия урта структураларининг силжишини кайд килиш усули

Бош мия хажми жараёнларини аниклашда куйида кайд этилаетган

кайси гурух кушимча текшириш

усуллари кулланилади;

*пневмовентрикулография, ангиография,

Эхо-ЭГ,; ЯМР, компьютер томография;

пневмовентрикулография,

пневмомиеелография,

пневмоэнстефалография,

электроэнстефалография,

Бош мия чайкалишига кайси белгилар тегишли;

*эс-хушини йукотиш ва амнезия;

Анизокория ва нистагм;

Афазия ва алаксираш;

Парезлар ва фалажлик

Бош мия чайкалишидаги кандай

потоморфологик узгаришлар

кузатилади;

*нерв хужайрасининг мембрана,

митохондрия ва бошка таркибий кисмлари

зарба ейиши;

мия тукумасида макроструктур узгаришлар;

мия пардалари ва тукумасида учокли

деструкстиялар;

миянинг шиши ва букиши

Бош мия чайкалишидан сунг кандай

асорат қолиши мумкин:

*эпилепсия;

оёқ-қўл фалажи;

муттасил кушиш;

афазия.

Бош мия чайкалишидан сунг кандай

патанатомик узгаришлар содир булади;

*майда нуктали кон излари булиб бош мия

шиши;

Бош мия хужайраси бир кисмининг

бузилиши;

Мия тукмаларида кон изларини булиши;

Мия тукмасининг бузилиши ва корасони

Бош мия чайкалишини кандай даволаш

м-н;

*Дегидратастион терапия;

Операстия б-н;

Захарсизлантириш усулида;

Амбулатория шароитида даволаш

Бош миянинг травматик босилиши

белгилари куйидаги гурухда

ифодаланган;

*Ўчокли симптомлар (анизокория,

анизорефлексия, гемисиндром, брадикардия

кома);

Хушнинг бузилиши, психомотор

безовталиклар, куп марта кайт

килиш, "уткир корин" симптоми

ривожланиши;

Қиска муддатли умумий бош мия

симптомлари, координатор ва вестибуляр

узгаришлар;

Артериал гипертензия, тана хароратининг

кутарилиши, мия кутиси шикастланиши,

галлюстинастиялар

Бош мияси чайкалган бемор учун

жарохатдан 1 соат утгач куйидаги

гурухда курсатилган аломатлар хос

*юзаки карахтлик, енгил даражадаги

координастион узгаришлар;

сопор холат, яккол ривожланган менингеал

белгилар;

бехушлик, психомотор безовталиклар;

дислокастион синдром, бульвар

фалажликлар

Бош, буйин ва умурткаси жарохатланган

беморларга махсус ёрдам кайси даволаш

муассасасида курсатилади.;

*СВПХГ;

ВПХГ;

ВПМГ;

ВПГЛР

Бошга кулланилиши кулай булган

бойлам:

"чепест" бойлами

сопконсимон бойлам

Вельпо бойлам

саккизсимон бойлам

Бошга қўйиладиган боғлам ўлчами?

*10 см

5-7 см

8 см

14 см

Бошнинг апоневрози бутунлиги

сакланган холда юмшок тукумаларида

жароҳат булиши канака травмалар гуруҳига мансуб?;

*эпик;

очик тешиб утмовчи;

очик тешиб утувчи;

очик

Бошнинг юмшоқ туқималари жароҳатларига тугри бирламчи ишлов бериш учун.;

*жароҳатни тозалаш, кирраларини тозалаш, гемостаз қилиш, жароҳатни тикиш ва асептик боғлам қуйиш керак; жароҳат тозаланиши ва босиб турувчи боғлам қуйиш зарур;

жароҳат кирралари тозаланиши, тикиш ва мазли боғлам қуйиш лозим;

жароҳат кирраларини кенгайтириш ва асептик боғлам қуйиш лозим

Бошнинг юмшоқ туқималари, апаневроз ва суяк усти пардасининг шикастланиши еки қалла гумбаз ва асос суяқларининг синиши қайси травма учун характерли?;

*очик;

аралаш;

эпик;

қушма

Броде абсессида рентгенограммада нима қўринади?

*суяқдаги думалоқ бўшлиқ суяқларнинг зичлашиши суяк бўлақлари секвестрлар

Буг стерилизастияларни нималар ердамида назорат қилиб турилади.

*мочевина тест индикатори бензоат кислота тест индикаторлари максимал термометрлар Тўғри жавоб йук

Бугим эпик жароҳатланганда бирламчи ҳакимлик ёрдами қандай муолажалардан иборат.;

*Шина қуйиб маҳкамлаш, анатоксин қилиш, асептик боғлам қуйиш;

Огриксизлантириш;

Маҳкамланган шинани текшириш;

Қуйилган шинани тугрилигини текшириш ва огриксизлантириш

Бугимлар жароҳати турлашда қимнинг классификастияси қулланилади?;

*Ткаченко;

Смирнов;

Тораченко;

Петров

Бугимлар жароҳатланганда операстиядан сунг гипсли боғлам қуйишига моёнелиқлар.;

*«қуприксимон » гипсли боғлам қуйилади.;

гипсли боғлам қуйиш зарур эмас;

гипсли боғлам қуйилиши зарур;

қатта қон томирлар жароҳатланганда

Бугимларнинг жароҳат қаналига қура яраланиши қандай гуруҳларга бўлинади.;

*Тешиб утган, тешиб утмаган, қур, тегиб утган, тегиб қайтган.;

Тешиб утган, Тешиб утган, қур.;

Тешиб утган, Тешиб утмаган,

Тешиб утган ва қур;

Бугимни тешиб қирган жароҳатларида қузатиладиган қечқи асоратлар.;

*анқилоз, қонтрактура;

Эмпиема;

қонартроз;

гематрозлар

Бўёвчи млддалар қандай хусусиятларга эга:

*Бактеристид.

Асептик.

Антиген.

Хаммаси.

Бўёвчи модалар қандай хусусиятларга эга:

*Бактеристид.

Асептик.

Антиген.

Хаммаси.

Буйин умурткаси синиб орқа мияси жароҳатланган беморни тиббий муассасага етқизиш учун қуйидаги қоидаларга риоя қилиниши шарт.;

*Беморнинг буйнига ека боғлами қуйиш, тахтага орқаси билан етқизиб нафас ва юрак фаолиятини назорат этган қолда олиб қориш;

Машинанинг орка уриндигига утирган кишининг тиззасига еткизиш, бир кул билан буйнининг остидан ушлаб шифохонага элтиш лозим;

Қаттик тахтага енбош еткизиш ва морфин инъексияси килиш;

Гормонал, тана хароратини пасайтирувчи дори-дармонлар ва люмбал пунксия килиб шифохонага элтиш керак

Буйин флегмонасининг энг хавфли асорати нима?

*медиастенит

эзофагит

тромбофлебит

сепсис

Буйин чукур флегмонасида лейкоцитар формулада қандай узгариш кузатилади

*чапга силжийди

унгга силжийди

силжимади

тугри жавоб йук

Буйиннинг чукур флегмонаси дастлабки боскичида қандай даво усули кулланилади?

* барча жавоб тугри

антибиотикотерапия

физиотерапевтик даволаш

антисептик эритмалар билан тозалаш

Буйрак ёпиқ зарарлангандаги асоратлар

*Қон интраперитонеал тарқалиб, қон аралашган сийдик қорин бўшлиғига тушади. ферментлари атрофдаги тўқималарга та`сир этиб, оғир перитонитни чақиради сийдик перитонитига олиб келади, сийдик флегмонаси, оғир интоксикацияга олиб келади

Ички қон кетиш, шок аломатларига олиб келади

Бурундан қон кетишни қайси усулда тухтатиш мумкин;

*тампонада;

Томирни босиш;

Босувчи боғлов куйиш;

Куйдириш

Бушликларга юбориладиган қандай антисептик моддаларни биласиз.

*Пенистилин, стрептомистин, диоксидин, хлоргексидин.

Хлорамин, пенистилин, водород пероксид. Физраствор, водород пероксид, йодоформ, хлоргексидин.

Плазма, пенистилин, зардоблар.

Бушликларга юбориладиган қандай антисептик моддаларни биласиз.

*Пенистилин, стрептомистин, диоксидин, хлоргексидин.

Хлорамин, пенистилин, водород пероксид. Физраствор, водород пероксид, йодоформ, хлоргексидин.

Плазма, пенистилин, зардоблар.

Бўғим бўшлиғига қон қуйилиши нима дейилади

*гемартроз

гематоракс

метрорагия

гемангиома

Бўёқчилар гуруҳига қиради:

*Фурастилин, фуругон

Йодонат, йодопирон

Хлорли охак

Курсатилганлардан ҳеч қайси

Бўлимда палаталардан ташқари қандай қушимча хоналар бўлиши керак.

*Барчаси тугри

Боғлов ва манипулятсиялар хонаси

Ошхона

Буфет, хаммом

Вақтида тест индикаторлари сифатида қулланилган моддалар

*олтингугурт

антипирин

пирамида

йод

Вақтинча қон тухтатиш нима

*қон кетганда 1-ердам курсатиб боғламлар куйиш

қул билан босиб туриш

Тугри жавоб а ва б

тугри жавоб йук

Вақтинча қон тухтатиш нима

*қон кетганда биринчи ердам курсатиб

боғламлар куйиш

Қон томирни боғлаш

Қон томирни тикиш

Ярага чоклар куйиш

Вақтинчалик гемостазга эришилади?

*босувчи боғлам, жгут куйиш, бармок билан босиш

томир протезини куйиш

томирга чок куйиш

жароҳатда томирни боғлаш

Вена пунксия нима

*венани тешиш
артерияни тешиш
капилляр тешиш
тугри жавоб йук

Венадан кон кетганда кандай боғлам куйилади

*босувчи боғлам
кискич
тампон
салфетка

Венадан кон кетганда кандай боғлам куйилади

*босувчи боғлам
кискич
нампон
салфетка

Венесексия утказишда жгут каерда куйилади

*жарохатланган венанинг юкорисигача
пастига
Жарохатланган вена устидан
жгут куйилмаган

Венесекстия нима:

*венани кесиш
капилляр кесиш
артерияни кесиш
С. тугри жавоб йук

Вибрастион касаллик қандай даволанади

*физиотерапевтик ва балнеотерапевтик
гемотрансфузия
гемодиализ
психотерапия

Вино спирти (денатурат) неча % ли эритмаси антисептика восита сифатида ишлатилади:

*70-96 % ли.
90-100 % ли.
20-90 % ли.
1-2 % ли.

Витамин К ни кон кетишни тухтатишда кулланилиши қайси усулга қиради?

*биологик
термик
химиявий
физикавий

Водород пероксиднинг неча фоизи эритмаси ишлатилади

*3-5%
0.1-0.5%
96%
80-82%

Водород пероксиднинг қайси хусусияти кучсиз?

*Жарохатни механик тозалаш.

Купик ҳосил қилиш.

Дезодорантловчи.

Органолептик хусусияти.

Водород пероксиднинг қайси таъсири кучсиз?

Купик ҳосил қилиш.

Дезодерант.

Механик тозалаш.

Некроз туқималарнинг чиқазилиши.

Водород пероксиднинг қайси хоссаи кучсизрок

*микробга қарши

купириш

Дезодорантлик

Органолептиклик

Газли гангрена қим томонидан биринчи бўлиб ёзилган?

*Амбруаз Парье

Пирогов

Шиммельбуш

Склифосовский

Газли гангренага қарши зардобнинг даволовчи дозаси:

*300 000 МЕ

500 000 МЕ

1000 000 МЕ

3000 000 МЕ

Газли гангренага қуйидагилардан қайси бири характерли эмас?

*терининг гипермияси

жарохатнинг кук-қунгир рангли бўлиши ва шиши

крепитастия

оёқ-қулларнинг шишиши

Газли гангрени ривожланиши учун ахамияти йук:

*шикастларда мучалларни етарли даражада

иммоблиластия қилмаслик

йирингли яраларни етарли даражада

очмаслик ва дренажламаслик

мучалларнинг узок эзилиши ва кон

айланишининг бузилиши

чуқур ифлосланган жарохатларда қаттиқ

боғламлар ва чоклар қуйиш

Газли гангренининг анатомик классификастиясига қирмайди?

*суяқ

эпифасстиал

субфасстиал

мускуллар ораси

Газли гангренининг ривожланиши

мумкин эмас:

*асептика коидасига риоя килиб операстия

бажарилганда

суякларнинг очик синишида

криминал абортларда

чукур совук олишларда

Газли гангренининг хилма-хил клиник

формалари орасида учрамайди:

*яширин кечувчи формаси

яшин тезлигида кечувчи

уткир формаси

уткир ости формаси

Галлоидлар гурухига мансуб

антисептикани аникланг?

*Йодоформ.

Бор кислотаси.

Хлоромин.

Сулема.

Гангренага қарши зардоб организмга

қайси йул б-н юборилади:;

*венага;

тери остига;

мушак орасига;

артерияга

Гангренага қарши зардобда

кlostридиумнинг даволаш ўлчами

/дозаси/:

*50 000 аб / хаммаси 150 000 /;

10 000 аб / хаммаси 30 000 /;

150 000 аб / хаммаси 450 000 /;

500 000 аб / хаммаси 1500 000 /

Гангренага қарши зардобда

кlostридиумнинг қайси тури бўлмайди:;

*кlost. гистолитикус;

кlost. перфрингенс;

кlost. одематум;

тўғри жавоб йук

Гарренинг склерозловчи остеомиелити

остеомиелитнинг қайси турига хос?

*Ўткир турига

Сурункали

Аралаш

Травматик турига

Гастростомияга курсатма:

*Кизилунгач ва кардия саратонида бошка

оператив усулларинг қарши курсатмаларида

Коматоз холатларда

Меъдадан кон кетганда

Меъдадан кон кетганда

Гемартрознинг махаллий симптомларига

кирмайди:

*артериал кон босимининг пасайиши

бугимда оғрик

харакатни чегараланганлиги

Кизилунгачдан кон кетганда

Гематома миясини босаётган бемор учун

зарур даволаш усулини танланг

*зудлик билан операстия килиш;

тезда люмбал пункстия килиш;

интенсив равишда консерватив даволаш;

флюктуастия симптоми

Гематораксда кон каерда йигилади?

*плевра бушлигида

бугим бушлигида

корин бушлигида

консерватив даволашни шарк табобати

билан бирга утказилиши маъкул

Гематораксда перкуссия қилганда

аникланади:

*тумтоклашган товуш

тимпаник товуш

упка товуши

перикард бушлигида

Гематрансфуга узгаришлари коннинг

қанча қисми қуйилади

*3.1

3.2

3.3

кутичасимон товуш

Гемоглобин 50%га пасайиб кетса беморга

нима қуйиш самаралироқ;

*Кон;

Аминокроевин;

Полиглюкин;

3.4

Гемоглобиннинг маердаги /нормал/

курсаткичи;

*140 г/л;

180 г/л; г/л;

170 г/л

Альбумин

Гемодиализга курсатм;

*азотемия;

гиперкальстемиа;

гипокальстемиа;

150 г/л

Гемостатик губкани кулланилиши кон

кетишни тухтатишининг қайси турига

қиради?

*биологик

химиявий
физикавий
гиперкалемия
Гемотораксда кукрак кафаси кайси ковурга оралигида пункстия килинади;
*7-чи;
2-чи;
3-чи;
механик
Гемотораксни аниклашни энг синалган текшириш усули:
*рентгеноскопия
бронхоскопия
ултратовуш билан текшириш
11-чи
Гемотрансфузион шок кайси холатда кузатилади?
*группаси тугри келмаган конни куйишда
донор касаллиги вақтида
бемор холатини билмасликдан
конни умумий тахлили
Гемотрансфузион шокнинг биринчи белгилари куйидагилардан иборат:
*туш ортида ва бел сохасида огрикнинг булиши
кунгил айниши
тошмаларнинг тошиши
кон куйиш техникасининг бузилишидан
Гемотрансфузия мураккаблашиши кон куйилгач канча утгач
*20-30 мин
1 соат
2 соат
кулокда шовкин хосил булиши
Гепатопанкреатодуоденал соха аъзолар усмаларининг диагностикасида кайсилари информатив деб хисобланади:
*ФГДС, УТТ
Холангиография
Эзофагоскопия, ангиография
3 соат
Гидроцефалия касаллигида мия ён коринчаларидан юракнинг унг булмасига найча оркали ликворни тушириш операстиясининг номи;
*вентрикулоаурикулостомия;
вентрикулостистерностомия;
вентрикулоплевростомия;
Ретроград панкреатохолангиография
Гипертензив кўкс оралиги эмфиземаси оғир асорати
*юракнинг экстреперикард тампонадаси

эзофагоспазм
трахеоспазм
вентрикулоперитонеостомия
Гипертоник эритма кулланилади.
*Йирингли жарохатларни ва йирингли бушликларни дренажлашда
Бирламчи хирургик ишлашда.
Компресс куйишда.
юракнинг интраперикард тампонадаси
Гиподинамия бу...
*кам харакатлик
куп карахтлик
харакатсизлик
Жарохатни ювиш учун.
Гипофизар-гипоталамик орка усмаларининг клиникаси куйидаги кайси симптомлар билан ифодаланади?;
*эндокрин ва офтальмологик узгаришлар,
турк эгари конфигурастиясининг узгариши,
интракраниал гипертензия;
тик туриш ва юришнинг бузилишлари,
дезориентировка, харакат функстиясининг бузилиши;
мия кутиси ичи гипертензияси,
координастия ва вегетатив узгаришлар;
Тугри жавоб йук
Гипсли боғламларга қайси модда шимдирилади?
*калстий сульфат
Охак
стемент
рухиятнинг бузилиши, тутканок хуружлари,
сезувчанликнинг бузилиши
Госпитал базада кукрак кафаси корин бушлиги ,чанок сохаси, жарохатланганларга кандай ёрдам курсатилади.;
*Махсус ёрдам;
Малакали ёрдам;
Фельдшерлик ёрдами;
ун
Госпитал инфекстия кузгатувчиларининг асосийлари:
*Протей, стафилококк, кук йирингли таёкчаси
Стрептококк, протей, стафилококк
клостридийлар
Биринчи тиббий
Госпиталларда ядро куролидан жарохатланган ярадорларнинг неча

**фоизига кон куйиб доволаш зарурати
булади.;**

*70% гача;

25 %;

50%;

Клебсиелла, ичак таёкчаси

Грамманфий сепсисни чакирувчи микроб

*пневмококк

стрептококк

Ичак таёкчаси

15%

**Граммусбат сепсисни купинча кайси
микроблар келтириб чикоради**

*стафилококк

стрептококк

Ичак таёкчаси

Протей

**Гумороидал тугунлардан кон кетса нима
килинади**

*гумораидал тугунлар боғланади

жгут куйилади

чок куйилади

Протей

**Даволаш муассасаларида йирингли
инфекстияни юктириш бу:**

*Госпитал инфекция

ятроген инфекция

"мудрок" инфекция

тугри жавоб йук

Даволовчи боғламларнинг вазифаси?

*доривор модда етиб боришини яхшилаш

герметикликни таминлаш

даволаш

кайталанувчи инфекция

**Дезо боғлами қандай боғлам турига
киради?**

*иммобилизастион

коррегастион

окклюзион

тўғри жавоб ёқ

**Дезо боғлами ўнг қўлга қўйилса боғлам
йўналиши қандай?**

*чапдан ўнгга

ўнгдан чапга

юқоридан пастга

гемостатик

**Дезо боғлами чап қўлга қўйилса боғлам
юналиши?**

*ўнгдан чапга

чапдан ўнгга

юқоридан пастга

бўйиндан елкага

**Дезо боғлами, Гиппократ қасамёди
мустахамланиш усулига кўра қанақа
боғламга киради?**

*Бинтли

Компрессион

Окклюзион

бўйиндан елкага

**Дезодорастияловчи таъсирга эга булган
антисептик моддага нима киради?**

*Калий перманганат.

Деоксидин.

Йоданат.

Бинтсиз

**Деформастиаларни йўқотишда қайси
боғлам ишлатилади?**

*Корригастион

окклюзион

тортувчи

Симоб дихлориди.

Диагностик операстиаларга киради:

*Лимфа тугунидан биопсия олиш

Панаристийни олиш

Чуррани бартараф килиш

гемостатик

Диагностик операстиаларга киради?

*лимфа тугунидан биопсия олиш

чуррани бартараф килиш

аппендэктомия

Аппендэктомия

Диагностика ва даволаш максатда

**люмбал пункстия килинадиган оптимал
вактни курсатинг:**

*куз туби текширилган, травмадан 8-10

соатдан сунг;

рениамотолог билан маслахатлашиб зудлик

билан;

невропатолог тавсиясига кура исталган

вактта;

панаристияни очиш

Дислокация синдроми ривожланаётган

беморга зарур ёрдам бериш усулини

тангланг:

*дегидратастиа, вентрикулопункстия, бош
томонини пасайтириш;

юракни массаж килиш ва сунъий нафас

бериш лозим;

люмбал пункстия, гормонотерапия;

бундай беморга люмбал пункстия килиш

мумкин эмас

Диффуз аксонал травманинг патоморфологияси қайси жавобда тугри курсатилган:

*аксонларнинг узилиши, нуктасимон ва кичик учокли кон куйилишлар;
аксонларнинг шиши ва букиши,
субарахноидал кон куйилиши;
аксонларнинг чузилиши, массив интрастеребрал кон куйилиш;
кортикостероидлар, юрак гликозидлари,
бош кисмини кутариш

Донордан бир мартада неча мл. кон олиш мумкин?

*500,0
200,0
1000,0

мия коринчаларига кон куйилиши, мия хужайраларнинг зарарланиши

Думба сохасида пайдо буладиган абстессларнинг олдини олиш нимадан иборат;

*Дори юборишдан олдин терини спирт билан артиш;
Уз вақтида кокшолга карши зардоб юбориш керак;
Операстидан олдин терини фурастиллин билан ювиш;
1500,0

Думба сохасидаги абстессни қандай қилиб тўғри даволаш керак:

*абстессни етарли даражада кесиб очиши;
операстияни кичкина кесиш билан бажариши лозим;
зич қилиб тиким қўйиши керак;
Сурункали организмдаги латент инфексияни даволаш

Елимли боғламларни кўчириш учун нимадан фойдаланилади ?

*Барча жавоб тўғри
бензин
эфир
йўгон игна билан пункстия қилиши керак

Ен коринчалар бир-бири билан қайси тешик оркали боғланиб туради?

*Монро;
люшка;
Можанди;
спирт

Енбош холатда мияси енгил даражада лат еган беморнинг ликвор босими қайси гуруҳда тугри курсатилган:

*200 дан 250 мм сув устунигача;
100 дан 150мм -";
150 дан 200мм -";

Сильвиев

Енгил даражада мияси лат еган беморнинг стастионарда уртача даволаш муддати куйидаги кунларга тенг:

*9-14 кун;
1-8 кун;
15-21 кун;
50 дан 100мм -"

Енгил уйкучанлик, фикрлаш ва топширикларни бажариш секинлашуви куйидагича бахоланади:

*юзаки карахтлиқ;
эс-хуш равшан;
чукур карахтлиқ;
22-28 кун

Енгил ярадорларга мулжалланган госпиталга қандай тоифадаги ярадорлар жунатилади.;

*бир хафтада тузаладиганлар;
икки хафтада тузаладиганлар;
турт хафтада тузаладиганлар;
сопор

Ёпик краниостеребрал травманинг куйидаги турлари бор.;

*мия чайкалиши, енгил, ўрта ва оғир даражали
мия лат ейиши ва босилиши; енгил, ўрта ва оғир даражада
мия чайкалиши, мия лат ейиши ва босилиши; конвекситал мия лат ейиши,
базал

бир ойда тузаладиганлар

Ёпик краниостеребрал жароҳатларининг замонавий классификациясига куйидаги олимларни қайси бири асос солган?

*Пти;
Гален;
Ибн Сино;
мия лат ейиши, мия босилиши; коммостион-контузион синдром ва контузион-компрессион синдром

Ёпик пневмотораксда қилинадиган амалиёт?

*кўкрак қафаси пунксияси
трахеостомия
орқа мия пунксияси
Гиппократ

Ёлик синишларда кузатиладиган асосий клиник аломатлар.;

*шиш, кизариш, оғрик, харакни чегараланиши;
характни чегараланиши, оғрик;
деформастиа,
шиш, кизариш.; оғрик, деформастиа,
операстиа

Еризипеллоид сарамаснинг кўзгатувчиси нима?

*Чўчка сарамаси таёқчаси
Энтеробактериялар
Чўчка тасмасимон чувалчанги
кон қуйилиш

Еризипеллоид сарамаснинг яширин даври неча кун?

*3-7 кун
10-12 кун
1 сутка
Эхинококк

Ёругликка чидамсиз кукунни топинг:

*СТетил перидини хлорид, 0,2 % ли.
Дегмистид, кумуш нитрат.
Этакридин, лактат, риванол.
тез юзага чиқади

Ёругликка чидамсиз кукунни топинг:

*СТетил перидини хлорид, 0,2 % ли.
Дегмистид, кумуш нитрат.
Этакридин, лактат, риванол.
Фенал дегмистид.

Ёток яра, бу -...

*Мадори куриган, ётиб колган беморлар танасининг доимий босим остида булган кисмларида ривожланадиган ярали-некротик жараёнга айтилади
Тери, шиллик каватларда карбонат ангидритнинг йигилиб колиши
Огир автохалокатдан кейин хосил буладиган буртма
Фенал дегмистид.

Ёток яралар туби каерда тугайди

*суякда
мускулларда
Тукималарнинг узида
Тана харорати кутарилганда тери каватларининг кизариши

Ёток яралар хосил булганда терида махалий узгаришлар куйидагича булади:

*некроз
кизариш

стианоз

Жигарга бориб илдиз куяди

Ёток яралар хосил булгунча терида хосил булмайди:

*гиперпигментастиа
гиперемия
терининг тушиши
шиш

Ёток яралар хосил булишининг профилактикаси:

*Беморларни холатини узгариб туриш,
махсус резина чамбарлар куйилиши
Антибиотикотерапия
Гипероксигенотерапия
пуфакчалар хосил булиши

Ёток яраларда тери улиб, некротик тукималар ажралгандан кейин нима хосил булади?

*тоза жарохат
йирингли жарохат
киста

Ички аъзолар йирингли касалликларни адекват даволаш

Ёток яраларнинг асосий асорати сепсис

жигар етишмовчилиги
буйраг етишмовчилиги
флегмона

Ёток яраларнинг олдини олишда махалий куллаш эффектликрок булади:

*камфорли спирт
гипертоник эритмалар
ферментлар

Юрак етишмовчилиги

Ёток яраларнинг профилактикасида ахамиятли булиб хисобланмайди:

*пархезга эътибор
чойшабларнинг холати
терининг холати
малхамли бойлам

Ёток яраларнинг профилактикасида бел остига куйилади:

*резинали халка
судна
пленка

гигиеник муолажалар

Ёток яраларнинг энг хавфли асоратларидан бири, бу-...

*Септик холат ривожланиши
Профуз кон кетиши
Аритмиянинг пайдо булиши
кленка

**Еш болаларда миянинг олдинги
коринчалари қаердан
вентрикулопункстия килинади?**

*катта ликилдок;

куз орбитаси устидаги тешик;

кичик ликилдок;

Юрак-кон-томир, буйрак етишмовчилиги

**Жангда офистернинг юмшок тукумалари
куплаб осколкали (яраланиб)**

**жарохатланган. Суяк ва кон томирлари
жарохатлангани йук.;**

*Операстияга курсатма йук;

Иккиламчи жаррохлик ишловини бериш;

Иккинчи марта жаррохлик ишловини

бериш;

сагитал синус

**Жарохат атрофига неча фоизли йод
биланн ишлов бериш керак**

*5%ли;

1%ли;

7%ли;

Бирламчи жаррохлик ишловини бериш

**Жарохат атрофидаги терининг йиринг
билан таъсирланишини олдини олиш
учун кулланилади:**

*рухли малхам

лейкопластир

клеол

12%ли

**Жарохат иккиламчи битганда
куйидагилар булмайд:**

*ирламчи битиш фибрин билан

Чандикланиш ва эпителизастия

Гранулястия ривожланиши

спирт эритмаси

**Жарохат инфекстиясида кулланадиган
энг самарали дренаж усули:**

*Оким билан ювиладиган дренаж

Редон дренажи

Ярим найлар

Кон куюкаларининг эриши

**Жарохат инфекстиясини олдини олиш
учун ишлатиладиган энг самарали
дренажлаш усули:**

*Оким билан ювиладиган дренажлаш усули

Редон усулида дренажлаш

Резинали чикаргич

Резинали чикаргич

**Жарохат инфекциясини олдини
олишнинг энг самарали усули:**

*Антисептик боғлам куйиш

Антибиотикларни венага юбориш

Жарохатни бирламчи жаррохлик ишловини
бериш

докали турундалар

**Жарохат йиринглаганидан кейинги
кетиши:**

*аррозив

холемик

паренхиматоз

жарохат атрофига антибиотиклар юбориш

**Жарохат йиринглашини олдинини
олишни ким биринчи булиб айтган**

*Листер

Бурсов

Пирогов

нейротрофик

**Жарохат киргоги, туби кесиб олинб,
бирламчи чок куйилади. Кайси
антисептика кулланилади?**

*Механик

Физик

Биологик

Колесов

**Жарохат киргоги, туби кесиб олинб,
бирламчи чок куйилади. Кайси
антисептика кулланилади?**

*Механик

Физик

Биологик

Хамма турлари

**Жарохат кирраларининг очилиб туриш
даражаси нимага боғлиқ?**

*ушак ва пайлар шикастланишига

Нерв толалари шикастланишига

Жарохатнинг чукурлигига

Хамма турлари

Жарохат олгандан сунг бирламчи

**жаррохлик ишлови беришнинг максимал
муддати:**

*2 соатгача

24 соатгача

48 соатгача

Фасстиялар шикастланишига

Жарохат олгандан сунг бирламчи

**жаррохлик ишлови беришнинг максимал
муддати:**

*12 соатгача
24 соатгача
48 соатгача
8 кунгача

Жарохат сохасидаги огрик интенсивлиги боглик эмас?

*инфексия турига
асаб хужайраларининг сонига
рухий холатга
8 кунгача

Жарохат фурастилин билан ювилиб гипертоник эритмасига хулланган тампон куйилди. Кайси антисептик усул ишлатилмади?

*Механик.
Кимёвий.
Биологик.
жарохатловчи предмет уткирлигига

Жарохат четларини ва тубини соглом тукума чегарасига операстия йули билан олиб ташлаш йулини 1-булиб ким яратган

*механик
кимевий
физик
Физик.

Жарохат четларини ва тубини соглом тукума чегарасига операстия йули билан олиб ташлаш йулини биринчи булиб ким яратган

*механик
кимевий
физик
биологик

Жарохатга бирламчи ва иккиламчи ишлов бериш фарклари?

биринчи ишлов жарохатнинг бирламчи ва бевосита окибатлари учун берилади бирламчи шилов жарохатдан кейин биринчи булиб берилади

Жарохатга йиринг ёки бошка инфекция булса иккиламчи жарохатни ишлови берилади
биологик

Жарохатга бирламчи жарохат ишловини бериш – бу:

*Жарохатни антисептик билан ювиш ва гемостаз
Жарохат чеккалари, деворлари ва тубини кесиб олиш
Йирингли ажратмани чиқариш

Жарохатларга бирламчи ва иккиламчи ишлов беришда деярли фарқи йук
Жарохатга бирламчи жаррохлик ишлов бериш кандай кетма-кетликда (тартибда)

амалга оширилади: А-жарохатга чок куйиш; Б-гемостаз; В-улик тукумаларини кесиб ташлаш; Г-жарохатни кесиб кенгайтириш; Д-жарохатга дренаж куйиш.;

*Г+В+Б+Д+А;
А+Б+В+Г+Д;
А+Д+Б+В+Г;

Жарохат чеккалари ва тубини кесиб олиш

Жарохатга бирламчи жаррохлик ишлови бериш курсатмаларини айтиш?;

*Кориннинг тешиб утган жарохати;
Юмшок тукумаларнинг нуктасимон жарохати;

Кукракнинг тешиб утган жарохати (ички аъзоларнинг жарохатисиз);

А+Д+Б+В+Г

Жарохатга бирламчи жаррохлик ишлови бериш пайтида суяк синиклари ердамида суяк дефектларини бекитиш операстиясининг номи:

*аутокраниопластика;
гомокраниопластика;
ксенопластика;

Кул ва оёкнинг тешилиб утган жарохати(суяк, нерв ва кон томирлари жарохатисиз)

Жарохатга бирламчи чоклар куйиш мумкин эмас;

*инфексия ривожланиш хавфида;
Кандли диабетда;
Камконлик /анемия/ да;
аллопластика

Жарохатга бирламчи чоклар куйиш мумкин эмас;

*жарохатда йиринг булса;
Сариклик касаллигида;
Сифилис касаллигида;
Аллергияда

Жарохатга жаррохлик ишлови беришда куйиладиган чоклар муддатини курсатинг.

*жаррохлик ишлови берилгач 5-7 чи, 12-15 чи суткада;
1-2-3 чи соатда;
4-8-10 чи хафтада;
Камкуват толиккан беморларда

Жарохатга иккиламчи инфекция кандай тушади?

*пинстетдан

тупрокдан

кийимдан

муддати белгиланмаган

Жарохатга инфекция тушишининг олдинини олишнинг каратилган тадбир

*асептик

антисептика

санатсия

сочлардан

Жарохатга инфекция тушишининг олдинини олишнинг каратилган тадбир

*асептик

антисептика

санатсия

операсия

Жарохатга ишлов беришда

кулланиладиган тиббий комплексни курсатинг.

*Б-1;

ПВ;

В-2;

операсия

Жарохатга куйиладиган бирламчи ва иккиламчи чоклар фарклари?

*бирламчи чок – бу жарохатга бирламчи ишлов бериш билан тугатиладиган чок иккиламчи чок - бу жарохатга иккиламчи ишлов бериш билан тугатиладиган чок
Жарохат пайдо булгандан кейин 48соат ичида куйиладиган чокни бирламчи чок деб хисоблаш керак

Б-1

Жарохатга тушган микроблар канчадан сунг ривожланишини бошлайди ва уз потогенлик таъсирини курсатади?

*6-8 соатдан кейин

1-2 соатдан кейин

3-4 соатдан кейин

Келтирилганларнинг хаммаси аник эмас

Жарохатда анаэроб инфекция

ривожланишининг олдини олишда энг самарали восита:

*Гипербарик оксигенасия

Эрта жаррохлик ишлови

антибиотиклар

1-2 кундан кейин

Жарохатда инфекциянинг

ривожланишида рол уйнамайди?

*тери коплами бутунлигининг

бузилмаслиги

гематома

улик тукималар

Гангренага карши зардоблар

Жарохатда кук йиринг таёкчаси

ушишни тухтатувчи энг эффектив

антисептик восита:

*фурастиллиннинг 1:5000 нисбатдаги

эритмаси

Левомеколь малхами

Кумуш воситалари

кон йукотиш

Жарохатда ниманинг булиши очик жарохатни битишини сусайтиради?

*ўлик тукималар

кон айланишининг кучайиши

иннервастиянинг сакланиши

3%ли борат кислота эритмаси

Жарохатда ноклостридиал анаэроб

инфекцияни чакирувчи

микроорганизмлар:

*Бактериоидлар, фузобактериялар

Пептострептококклар

Протей

бирламчи чок куйилиши

Жарохатда протеолиз кучайиши кайси

жараёнга ножуя таъсир курсатади?

*Жарохат битишига

макрофаглар миграциясига

лейкоститларнинг фагоститоз килишига

Бифидобактериялар

Жарохатда протеолиз кучайиши учун

кайси воситалар кулланилади?

*протеолитик ферментлар

антибиотиклар

сульфаниламидлар

Пролиннинг гидроксидланиш жараёнига

Жарохатда хиднинг булиши чиритувчи

микроорганизмларнинг кайси махсулот

ишлаб чикариши билан боглик?

*ероводород

Феноллар

Аммиак

Левомеколь малхами

**Жарохатдаги еки организмдаги
микробларни еקותишга каратилган
тадбирлар**

*антисептика

асептика

санатстия

Меркаптан

**Жарохатдаги еки организмдаги
микробларни йўқотишга каратилган
тадбирлар**

*антисептика

асептика

санастия

операстия

**Жарохатдан ажраладиган кук яшил
рангли модда кайси микроб учун хос?**

*кук йирингли таекча

ичак таекчаси

стрептокок

операстия

**Жарохатдан сунг хушига келган бемор 3-
4 соатдан кейин яна хушини йукотди.**

**Чапдан мидриаз, унгдан гемисиндром,
брадикардия ривожланган. Эхо-ЭСда
чапдан унгга бмм силжиш бор.Диагноз
куйинг:**

*миянинг чапдан босилиши;

миянинг урта даражали лат ейиши;

миянинг унгдан огир даражали лат ейиши;

стафилокок

**Жарохатланган бемор 6 кун беҳуш
ётибди. Психомотор безовталиқ, куз
олмалари калкиши, икки тарафдан
мидриаз, гемодинамик узгаришлар бор.
Калла гумбази суяги ёрилган, люмбал
ликвор кон аралаш:тугри жавобни
танланг?**

*миянинг огир даражали лат ейиши,
субарахноидал кон куйиш калла суягининг
гумбази ерилиши;

мия лат ейишининг урта даражаси, калла
суягининг тепаси ерилиши;

бош миянинг енгил даражали лат ейиши,

калла гумбази суяги ерилишининг;

миянинг енгил даражали лат ейиши

**Жарохатланган жойда сует гранулятсия,
оқма яраларнинг пайдо бўлиши, шиш,
лимфангит, флебит аниқланади.Бу
клиник манзара остеомиелитнинг қайси
турида учрайди?**

*Ўткир травматик остеомиелит

Ўткир гематоген остеомиелит

Сурункали остеомиелит
мия чайкалиш. Субарахноидалкон
куйилиши. Калла суягининг ерилиши

**Жарохатларни даволашда куп каватли
бойламни карбол кислотаси билан бирга
куллашни таклиф этган олим:**

*Листер

Пирогов

Бергман

Иккиламчи сурункали остеомиелит

**Жарохатларнинг йиринглаш сабабини
экспрементал шароитда аниқлаган олим:**

*Пастер

Листер

Пирогов

Земмелвейс

**Жарохатни иккиламчи битишига сабаб
булади:**

*жарохатнинг йиринглаши

бирламчи хирургик ишлов

бирламчи чокларнинг куйилиши

Шиммелбуш

**Жарохатни некротик туқималардан
тозалаш учун «Ируксол» мази
кулланилган. Кайси антисептика
кулланилган?**

*Химик

Механик

Физик

жарохатга иккиламчи чок куйиш

**Жарохатни некротик туқималардан
тозалаш учун «Ируксол» мази
қўлланилган. Кайси антисептика
кулланилган?**

*Химик

Механик

Физик

Биологик

**Жарохатни ташки таъсирдан саклаш
учун кулланиладиган воситалар
комплекси кандай номланади?**

*богламлар куйиш

операстия

тахтакашлаш

Биологик

**Жарохатнинг биологик тозаланиш
даврида даволаш муолажалари нимага
йуналтирилган булиши керак?**

*Улган туқимани тезрок кучиришга

Сув-электролит балансини тиклашга

Азот балансини тиклашга

шиналаш

Жароҳатнинг биринчи фазаси

қуйидагилардан иборат:

*тукималарнинг шишишини кучайиши
хужайралар ферментларининг кучайиши
осмотик босимни ошиши

Эпителизастияни тезлаштиришга

Жароҳатнинг дастлабки боскичида

йирингли жароҳатни даволаш учун

қандай воситалар қулланилади?

*Антисептиклар

Протеолитик ферментлар

Альгипор, Экстеристил, Метилурастил

калсий ионни ошиши

Жароҳатнинг дастлабки боскичида

томирлар кенгайиши қайси моддалар

ажралиши билан боғлиқ?

*Гистамин

Серотонин

Кислотали РНКаз

Шостакович бальзами

Жароҳатнинг иккиламчи инфексияси

қандай ятроген факторлар билан боғлиқ?

*антисептика коидаларининг бузилиши

Жароҳатга чанг тушиши

Антибиотиклар билан даволаниш

ЛДГ

Жароҳатнинг иккинчи боскичида

йирингли жароҳатни даволаш учун

қандай воситалар қулланилади?

*некролитиклар

сорбентлар

антисептиклар

Огрикни колдирувчи воситаларни қуллаш

Жароҳатнинг микроблар билан

бирламчи ифлосланишининг сабаби:

*Жароҳатга ёт жисмлар ва чанг тушиши

Боғламни нотугри қуйиш

боғламни кеч қуйиш

дегидратация килувчи воситалар

Жароҳатнинг микроблар билан

иккиламчи ифлосланишининг сабаби:

*Бирламчи ностерил холда боғлам қуйиш

Операстиянинг кечикиши

Жароҳатга чанг тушиши

операстиянинг кечикиши

Жароҳатнинг микроблар билан

ифлосланиши сабаби:

*Жароҳатга ёт жисмлар ва чанг тушиши

Боғламни нотугри қуйиш

Жароҳатни антисептик билан ювиш

Боғламни кеч қуйиш

Жароҳатнинг секин битиши қайси

беморларда купрок учрайди?

*Кандли диабетга чалинган беморларда

Ёш болаларда

Хомиладор аёлларда

Стерил бинтли боғлам қуйиш

Жароҳатнинг эрта ва кечки иккиламчи

чокларининг фарқлари?

*Эрта иккиламчи чок деганда 10-14 кунда

қуйиладиган чоклар тушунилади, кечки

иккиламчи чоклар эса 15-30кунда

қуйиладиган чоклардир ва эрта иккиламчи

чок пролиферастия боскичида қуйилади,

кечкиси эса жароҳатнинг регенерастия ва

репарастия боскичида қуйилади

эрта иккиламчи чок ҳар доим жароҳат

девори кесилмасдан кечкиси эса охиргилари

кесилиши билан қуйилади

Жароҳатларга бирламчи ва иккиламчи

ишлов беришда фарқ йук

Рухий касалланган беморларда

Жарроҳ кулини операстияга

тайёрлашнинг шошилиш усуллари:

Брун усуллари

СТергил усуллари

Спасокуковский – Кочергин усули

Хаммаси тугри

жаррохлик давридаги беморларнинг

мувммолари

*огрик, куркув стресси, диспепсия ва х.к.

юкори кайфият, диспепсия

огрик, булемия

Ультратовуш ванналари билан

Жаррохлик сепсиси барча жаррохлик

касаликларининг неча фоизини ташкил

этади?

*0,05-01%

20-22%

75-80%

Галлюстинация, юкори кайфият

Жаррохлик сепсиси қайси боскичлардан

ибора

*махаллий ва умумий даво

лой билан даволаш

Дам олиш масканлари

98%

Жаррохлик сепсиси ривожланишига қайси омиллар муҳим рол уйнайди (нотугри жавобни топининг)

*беморнинг еши

сепсис кузгатувчиси вирулентлигининг юкори булиши

Инфекциялар кириш дарвозаси борлиги

Давоси йук касаллик

Жаррохлик сепсисида улим неча %

ташкил етади

*22-25%

34-36%

13-17%

Микроблар яшаши ривожланиши ва конга тарқалиши учун муҳим шарт шароитлар мавжудлиги

Жигар ёпиқ шикастланганда даволаш учун қилинадиган ишлар?

*кон кетишни тўхтатиш учун зудлик билан операстия

шикастланган қисми одатдагидек тикилади чарви билан тампонада қилинади

13-21%

Жигар тўқимасига қон кетишни қайси инструментрал текширишлар орқали аниқлаш мумкин?

*КТ, ангиография, УЗИ

рентгеноскопия, рентгенография

ФГС, УЗИ

тежамли резекция қилинади

Жигар чегараси товушининг ноаниклиги қайси касалликда кузатилади

*Меъда яраси тешилишида;

Ичак тутилишида;

Уткир аппендиститда;

Қон ва сийдикнинг биокимёвий тахлили

Жигар шикастланганида нима кузатилади;

*Корин бушлигига қон куйилиши;

Йуталганида қон тушиши;

Қон қусиш;

Уткир холестиститда

Зарарланган орқа мия илдизлари

соҳасида сезги ва рефлекслари йуқолиши қайси усмалар учун хос?

*экстремедулляр;

интрамедулляр;

метастатик;

Гиперсолевастия

Зарарланмаган туқимани хавфли трансформастиясига олиб келади:

*онкоген

вирус

канстероген

умуртка погонаси усмалари

Зардобни узидан ташқари ҳамма группа конлари эритроцитларини

агглютинация

киладиган,

эритроцитларни эса ҳеч қандай зардобда агглютинация қилинмайди, қон қайси группа?

0 (I)

B (III)

A (II)

вилоген

Зардобни узидан ташқари ҳамма группа конлари эритроцитларини

агглютинация

киладиган,

эритроцитларни эса ҳеч қандай зардобда агглютинация қилинмайди, қон қайси группа?

*0 (I)

B (III)

A (II)

AB (IV)

Иккиламчи қон кетишининг профилактикасига қирмайди:

*жгутни қуллаш

антибиотикларни қуллаш

жароҳатга тулик бирламчи хирургик ишлов бериш

AB (IV)

Иккиламчи қон кетишининг олдини олишининг ишончли услуби.

*Тула қонли бирламчи жаррохлик

ишловини қуллаш;

қон кетишни узул қесил тухтатиш;

жгутни яхшилаб боғлаш;

гемостатиклардан

Иккиламчи сурункали остеомиелитда

оқма ё'лини аниқлаш учун инвазив усуллардан қайси бири қўлланилади?

*Фистулография

УТТ

МРТ

шокни олдини олиш

Иккинчи ва биринчи бармоқларнинг

йирингли тендовагинити қандай қилиб билан флегмонасини чақиради?

*билан ва тирсак сўновиал қинлари

воситасида Паон Пирогов бушлиги орқали

сероз геморагик суюқликнинг қафтдан

биланқақ утиши орқали

хосил булган экссудат билак тирсак
бушлигига утиши оркали
КТ

**Иккламчи инфекцияланишда микроб
жарохатга каердан тушади:**

*жарохатни даволаш вақтида
жарохатланиш вақтида
жарохатдан 6 соатдан кейин
барча жавоб тугри

Илмий антисептикага ким асос солган?

*Листер
Земмельвейс
Пастер
беморларни транспортировкасида

Иммобилизастион боғламлар вазифаси?

*харакатни чеклаш
харакатни таминлаш
конни тухтатиш
Бурстев

**Иммуностимулловчи дориларга
кирмайди:**

*Ируксол.
Левомизол.
Лизостин.
тери жарохатини епиш

**Ингичка ичак ракида ракида қандай
асоратлар купрок учрайди:**

*Хамма жавоблар тугри
Ичак тутилиши
Кон кетиши
Тактивин

**Инструментлар анаэроб бактериялар
билан ифлосланганда, улар қайси
эритмага солинади:**

*водород пероксидига
фурастилинга
хлораминга
Усма перфорастияси

**Интракраниал гипертензия қайси
симптомлар хисобланади?**

*гипертензион синдром, курув нерви
дискидаги тургунлик, калла суягидаги
иккиламчи узгаришлар;
бош айланиш, хотира ва таъм билишнинг
сусайиши, кул-оёқлардаги кувватсизликлар;
хид билишнинг бузилиши, тутканок
хуружлари, артериал гипертензия;
формалинга

**Инфекция организмда қайси йул оркали
таркалади**

*Гематоген ва лимфоген;
Эндоневрал ва периневрал;

Капиллярлар ва венулалардан;
координастия бузилиши, гиперкинезлар,
эйфория, мушаклар тонусининг узгариши,
иштаханнинг сусайиши

**Инфекция тушиш хавфи булган
холатларда жаррохлик аралашувини
тугатишнинг оптимал йули:**

*ким билан ювиш учун дренаж колдириб,
жарохатни тикиш

Провизор чоклар билан боглама куйиш
Натрий хлор гипертоник эритмаси билан
боглам куйиб, жарохатни очик колдириш
Хужайролароро бушликлардан

**Инфистирланиш даражаси буйича
яралар булинади:**

*Йирингли, асептик, захарланган
Асептик, йирингли, янги инфистирланган
тоза, янги инфистирланган, юкумли
Найсимон пассив дренаж куйиб, жарохатни
тикиш

**ИПП ёрдамида кукрак кафасига
окклюзион копкоксимон боғлов куйиш
тартибини айтинг. А-Дока пахталик
богло В-резинали кобик пард В-бинт.;**

*Б+А+В;
Д+Г+В+Б;
Г+Д+А+Б;

асептик, скальпирланган, йирингли

**Йирик даволаш муассаларида
операстион блок нечта системага
бўлинади.**

*2 та

4 та

3 та

Д+Г+В+Б

**Йирик лимфа томирлари яллиғланганда
томир ичида қандай ўзгариш юзага
келади?**

*ингичка қизил ё'ллар пайдо бўлиши
лимфа томирларида тромб хосил бўлиши
лимфа томирларининг кенгайиши
1 та

**Йиринг Пирогов бушлигига очилганда
огрик каерда кузатилади?**

*билак

елка

бутун кафт

барча жавоблар тўғри

**Йирингли жараён бўлиб, суякнинг хамма
зоналарини-илик, суяк тўқимаси ва суяк**

**усти пардасини қоплаб оладиган
яллиғланишга нима дейилади?**

*Остеомелит

Остеопороз

Периостит

гипотенор

**Йирингли жараен кесиб очилмаганда
канаканги хавфли асорат бериши
мумкин?**

*сепсис

асорат бермайди

уз-узича жароҳат битади

Остеомиелофиброз

**Йирингли жараёнда қайси препарат
организм интоксикациясини
камайтиради:**

*гемодез

оксигено ва витамино терапия

желатинол

инфилтрат хосил килади

**Йирингли жараёнда организм иммун
функциясини оширади:**

*кон куйиш

антибиотиклар

сульфаниламидлар

албумин

**Йирингли жараёнда туқималар тез
парчаланиб, лимфангит, лимфаденит ва
флюктуация симптоми ривожланса
нима қилинади:**

*тезда операция

антибиотикотерапия

иммунотерапия

гемодез

**Йирингли жараённинг ривожланишини
чуқурлашишига қарши фактор:**

*қучли иммунитет

авитоминоз

организмнинг сенсibiliзацияси

стафилакокка қарши анатоксин

**Йирингли жароҳат NaClнинг гипертоник
эритмаси шимдирилган тампон ёрдамида
дренаж қуйилган. Антисептиканинг
қандай туридан фойдаланилган.**

*физик

механик

кимёвий

махаллий кон айланишинг бузилиши

**Йирингли жароҳат антисептик эритмаси
оқими билан ювилган ва дренажланган.**

Бу қандай антисептика

*аралаш

кимёвий

Механик

Биологик

**Йирингли жароҳат гипертоник эритмали
тампон билан дренажланган. Қайси
антисептик усул қулланилган?**

*Физик.

Биологик.

Механик.

Биологик

**Йирингли жароҳатда қандай оғрик
қузатилади?**

*уқилловчи оғрик

Оғрик булмайди

Санчилган оғрик

Аралаш.

**Йирингли жароҳатни даволаш учун
қандай воситалар қулланилади?**

*Антисептиклар

Сорбентлар

Нейролептиклар

Қучсиз оғрик

**Йирингли жароҳатни қузгатувчи грамм-
мусбат бактериялар:**

*тилларанг стафилококк

Эшерихиялар

протей

Витаминлар

**Йирингли жароҳатни ювишда
фурацилнинг қайси эритмаси
ишлатилади?**

*1:5000

1:200

1:1000

вибрионлар

**Йирингли жароҳатнинг йирингдан
тезрок тозаланиши ва битишини
тезлаштириш учун қандай моддалар
қуллаш мумкин?**

*ферментларни

антибиотикларни

сульфаниламидларни

1:10000

**Йирингли простесда беморларни
умумий даволашга қирмайди:**

*малхамли боғламларни қуллаш

интоксикацияга қарши қураш

микроб вирулентлигининг пасайтриш

малхамларни

Йирингли простессни организм ички мухитидан чегараловчи учок

хисобланади:

*пиоген кобик

лейкоститар вал

мушак фасстияси

организм химоя кучини ошириш

Йирингли простессни махаллий даволаш

максадига кирмайди:

*организм иммуно-биологик кувватини

ошириш

яллигланишни чегаралаш

йиринг чикишини тезлатиш

лимфа тугунлари

Йирингли простессни чукурлашувига

олиб келади:

*иккиламчи инфекция

лейкоститар инфилтрастия

модда алмашинувининг бузилиши

организмдаги интоксикастияни пасайтириш

Йирингли учок атрофидаги тукима

реакстияси ривожланиш боскичида

бириктирувчи тукимадан хосил булади:

*бириктирувчи тукима вали лейкоститар

вал

гранулястион вал

деморкостион вал

тана хароратини кутарилиши

Йирингли учок гранулястион тукима

билан коплангандан сунг кандай модда

даволаш учун ишлатилади?

*синтомистин эмульстияси

гипертоник эритма

антибиотик эритмаси

лимфа тукимаси

Йирингли учок очилгандан сунг

жарохатга кандай эритмага ботирилган

тампон куйилади?

*10%тузли эритма

фурастилин

0,9%тузли эритма

антесиптик моддалар

Йирингли учокка тулик жаррохлик

ишловини беришга карши курсатмалар:

*Хаётий мухим тузилмалар – нервлар,

йирик томирлар, пайлар шикастланиши

хавфи

Конда канд микдорининг усиши

нафас етишмовчилиги

протеолитик ферментлар

Йирингли учокни кесиб очишда хисобга

олинмайди:

*беморнинг жинси

яллигланиш боскичи

йирингни жойлашган жойи

Кенг таркалган йирингли жараён

Йирингли ялигланиш жараенида

операстияга курсатма бу:

*консерватив даво фойдасизлиги

бемор ахволи огирлиги

яллигланиш жараени авж олиши

лангерс чизиклари

Йирингли ярага куйилган боглов канча

вактдан кейин алмаштирилади ;

*8соатдан кейин;

2соатдан кейин;

4соатдан кейин;

антибиотиклар фойда бермаслиги

Йирингли ярани қайси антисептик модда

б-н ювиш яхши;

*водород пероксид эритмаси б-н;

йод эритмаси б-н ;

спирт б-н;

24соатдан кейин

Қайси агент таъсирида юрак

қоринчаларида фибриллястия пайдо

бўлади

*электр

иссиқ

совуқ

калий перманганат эритмаси б-н

Қайси антисептик биринчи кулланилган?

*Бор кислотаси

Водород пероксид

Сулема

бош мия чайқалиши

Қайси антисептик модда ярага ва

йирингли бушликка некролитик таъсир

килади;

*Трипсин;

3% ли водород пероксид эритмаси;

Формалин;

Йод

Қайси аъзодан кон кетганда кон оч кизил

рангда купикли булади;

*Упкадан;

Кизилунгачдан;

Меъдадан;

Сулема

Қайси восита ноклостридиал анаэроб инфекцияни даволайди?

*ксастиллин

СТефамизин

Гентамистин

Ичаклардан

Қайси жароҳатга “бушлик ёки чуқурга жойлашган туқималарни тана юзаси копланлари орқали ташки муҳит билан боғлаб турган, гранулястия ёки эпителий туқима билан копланган ингичка каналдир” – дейилади

окма яра

ёток яра

Диабетик панжа

Рифампистин

Қайси жароҳатлар бошқа жароҳатларга нисбатан тезроқ битади?

*катта донали кизил гранулястияли

жароҳатлар

оч-кизил рангдаги гранулястияли

жароҳатлар

малинали гранулястияли жароҳатлар

Хавли усма

Қайси инфекция сарамас қўзғатади?

*стрептококк

ентеробактерия

клебсиелла

гипер гранулястияли жароҳатлар

Қайси инфекциялар маститнинг келиб чиқишига сабаб бўлади?

*стафилакокк, энтеробактериялар

гонококк, стрептококк

гонококк, Пр.мирабилис

стафилакокк

Қайси йилда Ландштейнер томонидан коннинг учта гуруҳи аниқланди?

*1901 йил

1906 йил

йил

клебсиелла

Қайси касалликда нейротрофик кон кетиши кузатилади?;

*стинга /лавша/;

гастрит;

геморрой /бавосир/;

йил

Қайси касалликда стафилококк анатоксини кураклар уртасидаги тери остига 3-5 кун юборилади?

*фурункулёз

гидроденит

фолликулит

ўпка раки

Қайси кассалликлар окмали яра асоратини беради?

*кандли диабет

варикоз кассаллиги

нур касаллиги

сарамас

Қайси микроб жароҳатга тушса кокшол касаллигига олиб келади:

*Cl. Tetani

стрептококк

менингококк

артериал етишмовчилиги

Қайси моддалар жароҳатнинг яллигланишига олиб келади?

*Простагландинлар

Адреналин

ферментлар

сальмонелла

Қайси олим бош суяги трепанатсияси хақида дастлабки маълумотларни айтади

*Ибн Сино

Гиппократ

Гален

билирубин

Қайси пайтда окма яраларда ретенсион кисталар хосил булади

*окма яралар тешиги кичрайиб ёпишиб

колса

йиринг окиш бошлангандан сунг

Некроз хужайралар бошлангандан сунг

Пирогов

Қайси патологик жараён орқали талок ёрилиши мумкин

*безгак касаллиги

рак

нурланишда

Яллигланиш даврида

Қайси препарат маҳаллий кулланганда анаэроб инфекцияга қарши;

*Водород пероксид;

Кучли таъсир килади ;

Стрептостид;

травмада

Қайси сабаблардан сунг сепсис

ривожланиши мумкин (нотугри жавобни топинг)

*рухий касалликлардан сунг

жарохатдан сунг
Операстиядан кейин
Метилен куки

Кайси симптом уткир кон кетиш аломатига киради;

*НВ гематокрит ва эритроцитлар микдори пасайиши;
Асаби бузулиши;

Қон боимининг озгина пасайиши;
Ички касалликлардан кейин

Кайси симптом уткир кон кетиш аломатига кирмайди ;

*Харорат кутарилиши;
Терикатламлари оқариши;
Тахикардия;

Нв ва гематокрит пасайиши лекин эритроцитлар меъерда

Кайси усулда хирург кули тайёрланса узок стериллик сакланади?

*Спасокукоцкий – Кочергин

Альфель
Фюрбрингорт
Бош айланиши

Қайси физиотерапевтик муолажалар еток яраларда яхши самара беради
УВЧ

электроуйку
Электрофорез
Заблудовский

Кайси холатларда кон куйиш маън этилади;

*жигар ва буйракнинг фаолияти бузилганда;
Коллапс;
Йирингли захарланиш;
Массаж

Кайси холатларда травматик захарланиш ривожланади:

*иккала оёқ узок вақт босилганида;
чанок ва сон суяклари синганда;
қовургалар синганида;

Шок

Кайси холларда остеоартрит ривожланиши мумкин.

*метафиз ва диафиз остеомиелитида;
диафизар йиринглашда;
метафизар йиринглашда;
оёқ панжаси узок вақт босилганида

Қайси шокда фақат торпид фаза бўлади

*совуқ уришдан кейинги шок
электр шикастланишдан кейинги шок
куйишдан кейинги шок
эпифиз йиринглаганда (остеомиелит)

Қайси яллиғланишда тери қатламлари зардобли яллиғланади ва у катталашиб борувчи шиш, лимфостаз ва лимфангоит билан бирга кечади?

*Эризипелоид сарамас
Йирингли медиаститит
Бўйин чуқур флегмонаси
анафилактик шок

Кайси ярага бирламчи ишлов берилмайди:

*ярада яллиғланиш аломати бўлса;
ярадан қон оқмаса;
яра кирралари туғри бўлса;
Паранефрит

Калла гумбази суяклари ботиб синиши туфайли суяк парчаларини олиб ташлаш операстияси қандай номланади?

*декомпрессив трепанастия;
суяк-пластик трепанастияси;
пармали тешик куйиш;
яра кичик бўлса

Калла суяги асосининг синиши қайси гуруҳ жарохатларига киради?

*очик;
ёпик;
аралаш;
резекстион трепанастия

Калла суяги ичида йиғилган қон ёки синган калла суяги парчасининг мия моддасини эзиб қўйиши - ...

*мия қисилиши
мия урилиши
мия чайқалиши
кушма (комбинастиялашган)

Қандай белги лат еган жарохатга хос эмас

*жарохат четлари текис ва очилган;
Жарохат четлари нотекис;
Жарохат атрофи конталаш билан;
инсулт

Қандай белги санчилган жарохатга мос келмайди:

*жарохат яраси очилган /зияние/;
ичга қон кетиши;
оғриқ;
Жарохатдан кам кон кетмоқда

Қандай белги уткир аппендиститда кузатилмайди;

*Бош айланиши хушдан кетиш оек-куллари
кукимтир ва совуқ катиш;
Кайд килиш;
Харорат кутарилиши;
ички аъзоларнинг шикастланиши

Кандай вазиятда жароҳатнинг иккиламчи инфекцияланиши юзага келади:

*бирламчи жароҳлик ишлови вақтида асептиканинг бузилиши
боғламлар куйишда асептикага риоя қилиш
операстиа вақтида асептикага эътибор қаратиш

Кунгил айнаш

Кандай вазиятларда жароҳатни бирламчи ишлов бериш /пхо/ мумкин эмас;

*Жароҳат атрофи кизарган ва шишган;
Жароҳат четлари нотекис эзилган;
Жароҳатдан қон кетмоқда;
текув материаллари етарли стерилизастия қилинганда

Кандай вазиятларда жароҳатни бирламчи ишлов бериш /пхо/мумкин::

*хаммаси тугри;
жароҳат четлари нотекис эзилган;
жароҳатдан қон кетмоқда;

Бигиз билан санчилган жароҳат

Кандай жароҳат тезроқ битади;

*Кесилган;

Эзилган;

Санчилган;

бигиз билан санчилган жароҳат

Кандай жароҳатларда йирингли

асоратлар кам кузатилади?

*к теккан

Йиртилган

Кесилган

Ут очар қуролдан шикастланган

/огнестрельное/

Кандай жароҳатларда купрок юкумли

асоратлар кузатилади?

*Эзилиб-йиртилган

санчилган

ук теккан

Санчилган

Кандай касаллик билан касалланган одамларда қон кетиш хавфи юкори эмас:

*гастрит

стирроз

авитаминоз

кесилган

Кандай киши донор була олмайди?

*вирусли гепатит билан касалланган

грипп билан касалланган

остеомиелит билан касалланган

гемофилия

Кандай қурол билан шикастланишида санчилган жароҳат булади;

*Пичок;

Шиша;

Писка;

зотилжам билан касалланган

Кандай қурол билан шикастланишида чопилган жароҳат бўлади:

*болта;

пичок;

шиша;

Скальпел

Кандай очик жароҳатда қон кетиш яққол намоен булади?

*чопилган

урилган

йиртилган

скальпель

Кандай сабабга қура думба соҳасида абстесс пайдо булади;

*Дори юборишдан олдин тери спирт билан яққил артилмаган;

Чанок сили булиши;

Чанок захми булиши;

тишланган

Кандай текширишдан сунг йирингли жароҳатни тугри даволаш имқонияти булади;

*йирингдаги микробларни антибиотикларга сезгирчанлигини аниқлаш;

Қон умумий анализи;

Сийдик умумий анализи;

Қуймиқ нервнинг яллигланиши

Кандай тоифадаги ярадорлар МедСанБат да даволанади.;

*бир ҳафтада тузаладиганлар;

10 кунда тузаланадиганлар;

5-10кунгача тузаладиганлар;

Биохимик анализи

Кандай турдаги синишларда гипсли боғламлар қулланилади.

*синиб силжиш булмаган ҳолларда;

ёпик синишларда;

кичик бармоқлар синишларда;

1 ойда тузаладиганлар

Кандай ҳолат қон қуйиш учун мутлак курсатма булади;

*қон йукотиш (уктир анемия);

Интоксикастиа /захарланиш/;

Организмнинг химоя қучини ошириш учун;

қундаланг синиб силжишларда

Кандай шароитда жарохатга иккиламчи чок куйилади;

*жарохатда гранулястия хосил булса;
Жарохатдан ажралма чикса;
Жарохатга атрофидаги тери кизарса;
Силласи куриганда

Кандидомикозда кулланилади:

*Нистатин.
Сульфадемизин.
Стрептомистин.

Бемор гавда харорати кутарилса

Канча вақт утганидан сунг жарохатга микроблар таркалиб купайиши мумкин ;

*24 соатд ва ундан куп вақтда;
1-2соатда;
3-4соатда;
Пенстилин.

Канча вақтдан кейин ярадаги тампон кон еки йиринг билан шимирилиниб ўз хусусиятини йуқотади:

*8 соатдан -----;
2 соатдан кейин;
4 соатдан -----;
6-8 соатда

Капилляр кон кетиш асосан учрайди:

*тирналган жарохатларда
кесилган жарохатларда
йиртилган жарохатларда
6 соатдан ----

Каплан ва О.И .Марков буйича очик синишлар кандай турларга булинади.;

*бирламчи, иккиламчи синишлар;
бирламчи, иккиламчи ва учламчи синишлар;
бирламчи очик синишлар;
ук билан жарохатланганда

Карбункул кайси касалликда огир асорат билан кечади

*кандли диабет
юрак ишемик касалликлари
буйрак касалликлари
очик тешиб кирган ва тешиб кирмаган жарохатлар

Карбункул кандай асоратга олиб келади?

*сепсис
гидраденит
медиастенит
меда яраси

Карбункул купрок кайси сохада асоратланади?

*Юз
думба
буйин

тромбофлебит

Карбункул нима?

*Бир неча соч халтачалари ва ёг безларининг уткир йирингли яллигланиши нима?

клетчатканинг уткир таркалган яллигланиши

лимфа тугунларининг яллигланиши
кукрак

Карбункулда некротик туқималар кандай туширилади?

*25% салистил кислота

70% спирт

электрофорез

тер ва апокрин безларининг уткир яллигланиши

Карбункулда кандай кесимдан фойдаланилади?

*Крестсимон

овал

радиал

левостин

Карбункулнинг келиб чиқишидаги асосий омил?

*диабет

травма

яра

чизикли

Карбункулнинг кузгатувчисини топинг.

*стафилококк, стрептококк

ичак таёкчаси

кук йиринг таёкчаси

вирусли касалликлар

Касалхона мебели кандай талабларга жавоб бериши керак.

барчаси тугри

касалхона учун кулай булиши керак

беморларни осон парвариш қилишни таъминлаш

гонококк

Катастрофа ва катта ялпи фалокатлар

пайтида куп сонли бош мия жарохатлари

олган беморларга ердан бериш учун.;

*фалокат руй берган жойда госпиталлар

ташқил этиш, кечиктириб булмас

манипулястия ва операстияларни

бажаргандан сунг марказий сахар

шифоноаларига жарохатланганларни

кучириш;

дуч келган транспортда

жарохатланганларни сахарга жунатиш;

мебеллар яхши ювиладиган булиши керак

Катетерлар 0,1% дезоксонда неча дакика дезинфекцияланади

*15 мин

30 мин

25 мин

шахарга жунатиш

Катетерлар 0,5%водород перексидда нечи дакика дезинфекцияланади

*80 мин

15 мин

25 мин

60 мин

Катетерлар 1%хлораминда нечи дакика дезинфекцияланади

*30 мин

15 мин

25 мин

60 мин

Катта кон томирларининг жарохати куйидагиларга олиб келмайди:

*хакикий артериал аневризмага

пульсастияловчи гематомага

елгон артериал аневризмага

60 мин

Катта кон томирлари жарохатланганда узил-кесил кон тухтатиш тиббий

эвакуациянинг кайси даврида амалга оширилади.;

*ОМО

(ОМЕД, БД);

МПП;

артериовеноз аневризмага

Катта поликлиникаларда нечта операстион хонаси ва операстион блок ажратилган.

*2 та Операстион хона ва 1 та опер блок

1 та Операстион хона ва опер блок йук

3та Операстион хона ва 2 та опер блок

БМП; ВПНТ

Катта энса суяги ва чакка-тенториал тешикларга мия таркибий кисмларининг

дислокация пайтида кисилганида

беморга ёрдам курсатиш учун кайси

усулни танлайсиз?

*кроватьнинг бемор боши

жойлашгантомонини пасайтириш, дегидра-

стия, вентрикулопунксиякилиб ликвор

чикариш;

кроватьнинг бемор боши жойлашган

томонини кутариш, люмбал пунксия

килиш;

юракни билвосита массаж килиш, беморга

сунъий нафас беришни ташкил этиш;

Ҳамма жавоблар тўғри

Кафтни кайси сохасидан кесма утказилмайди?

*кафт уртаси

гипотенор

тенор

беморни куч билан силкитиб туриш ва

ёнокларига секин-секин уриб диккатини

чалгитиш

Кафтнинг букилиши бузилиши,катта

бармокни бошка бармоқларга

якинлаштирмаслик,"куш панжа" ва 4-5

бармоқларда сезишнинг йуқолиши

куйидаги нерв шикастланишини

курсатади:

*тирсак нервининг;

билак нервининг;

урта ва билак нервининг;

бармоқлар асоси

Качон ва ким томинидан АВ (IV) гуруҳ

қони топилган:

*Янский 1907 й;

Шамов 1919 й;

Бландель 1820 й;

билак ва урта нервларининг

Качон кандидоз ривожланади:

*антибиотикларни катта дозада узок вақт

кулланилганда;

кенг куламда таъсир келувчи антибиотиклар

кулланилганда;

антибиотиклар кам улчам/доза/ да

кулланилганда;

Вольф 1832 й

Качон лейкоцитоз булиб лейкоцитар

формуланинг чапга силжиши руй беради;

*йирингли, чириган-йирингли жараенларда;

Меъда яраси тешилишининг дастлабки 1-

соатида;

Уткир оддий аппендицитда;

антибиотикларни нистатин ва леворинлар

билан кушиб куллаганда

Келиб чиқиши ва сабабларига кура

синишлар булинади

*Тугма ва орттирилган (травматик ва

патологик);

Очик ва эпик;

Тулик ва кисман;

Корин бушлиги саратони борларда

Келиб чиқишига кура окма яралар

кандай булади

*тугма ва ортирилган

тугма

Ортирилган

Бугим ичида ва ташкарисида

Келтирилган қаторлардан қайси бири юза маститга тегишли?

*м. суперфизиалис, м. субареоларис

м. интрагландуларис, м. ретрогландуларис

м. неонаторум, м. адолессентиум

Тугма, ортирилган ва усматабиат

Келтирилган муолажаларнинг қайси бири жароҳатларни даволашда асептика талабларига таалукли?

*боғлов материаллари ва асбоб –

ускуналарни стериллаш, жаррохлик

кулкопларини шлатиш.

операстиа майдонида ишлов бериш

Тасодифий жароҳатларга жаррохлик

ишловни бериш

тўғри жавоб йўқ

Кесилган жароҳатга тегишли белгини аниқланг:

*жароҳатдан кескин қон кетиш

кузатилмоқда;

жароҳат четлари нотекис эзилган;

жароҳат атрофи шилиниш ва қонталаш

билан;

Тугри жавоб йўқ

Кечки бирламчи ишлов иккиламчи

жаррохлик ишловидан нима билан

фаркланади?

*Дренаж куйиш ёки куймаслик билан

операстиа муддати

операстиа техникаси

жароҳат четлари некрозга учраган

Кечки иккиламчи қон кетиш қачон

учрайди?

*қон томир деворини йирингли

емирилишида

жароҳатни дренажлаганда

лигатурани силжиши натижасида

бирламчи жаррохлик ишлови

берилмаганлиги

Киздирувчи лампалар антисептиканинг

қайси турига қиради

*физик

биологик

химик

жароҳатни купол қайта боғлаганда

Киздирувчи стерил тампонлар

антисептиканинг қайси турига қиради

*физик

биологик

химик

механик

Кизилунгач саратонининг эртанги клиник белгиси:

*дисфагия

Кахексия

Регургитастия

механик

Кизилунгач хавфсиз усмаларининг даволаш усули:

*Кизилунгач усмасининг энуклеастияси

Кизилунгачнинг пластикаси

Химиотерапия

Эпигастрал соҳасида огрик

Кизилунгач хавфсиз усмаларининг информатив диагностик усуллари:

*Рентгенологик усуллар, эзофагоскопия

Эзофагометрия

Эхография, ЭЭГ

Нур билан даволаш

Кизилунгачдан қон келганда 1-ердам

*шу соҳада муз халтача куйилади

жгут куйилади

1% викасол килинади

Эзофагометрия

Кийшик ва буралиб синишлар қандай усуллар ёрдамида даволанади.

*Дани, Ткаченко, Сиваш ва Фишкин

пластинкалари ва миҳлари куллаб;

очик усул билан туғирлаб остеосинтез

килинади.;

гипсли боғламлар куйилади;

тўғри жавоб йўқ

Кимевий антисептика қиради:

*Микроорганизмлар усишини тухтатиш.

Факат микробларни ривожланишини

тухтатиш.

Антисептик моддалар билан микробларни

йукотиш ва ривожланишини тухтатиш.

интрамедулляр остеосинтез

Кимевий антисептика қиради:

*Микроорганизмлар усишини тухтатиш.

Факат микробларни ривожланишини

тухтатиш.

Антисептик моддалар билан микробларни

йукотиш ва ривожланишини тухтатиш.

Тукима некрозларини ажратиш.

Кимевий антисептикада ишлатиладиган қуқун

*стрептостид

вишневский мази
нафталон
Тукима некрозларини ажратиш.

Кимевий антисептикада ишлатиладиган кукун

*стрептостид
вишневский мази
нафталон
хамма жавоблар тугри

Кимевий антисептикда кулланилади

*хаммаси
вишневский мази
нафталон
Левомекол

Кимевий антисептикда кулланилади

*хаммаси
Вишневский мази
нафталон
ируксол

Кимевий препаратлар билан бактерия

замбурег, усмаларни йук килиш бу...

*киметерапия
асептика
антисептика
ируксол

Кимнинг организми кон кетишга чидамлироқ булади?

*аёлларнинг
болаларнинг
эркакларнинг
физиотерапия

Кириб борувчи санчилган жароҳатнинг илк оғир асорати;

*хаётий зарур аъзоларнинг зарарланиши ва кон кетиши;

Жароҳатга инфекция тушиши;

Шок ;

карияларнинг

Кискични томир кисиб куйиш

*чукур жойлашган катта томирларни кисиб куйиш
капилардан
венадан

Сурункали камконлик ва кон кетиши

Киш пайтида мучалда жгутнинг

максимал куйилиш муддати:

*1 соат
30 минут
2 соат

тугри жавоб йук

Клейли боғламларнинг ахамиятли тамони нимада?

*тез ва осон ўрнатилади
катта жойни эгаллайди
жароҳатга чуқурроқ киради
2,5 соат

Клейли боғламларнинг камчилиги

*аллергик реакция чақиради
тез қотади
кўп сарф килиш керак
ёпишадиган хусусиятига эга эмас

Клеол қолдиғи нима билан тозаланади?

*бензин, спирт, эфир
бензин
спирт
хажми катта

Клеол, коллодий қанақа боғлам турига киради?

*Клейли
бинтсиз
бинтли
эфир

Клетчатканинг уткир таркалган яллиғланиши нима дейилади?

*флегмона
гидроденит
абсцесс
лейкопластирли

Клиник кечиш тезлигига қараб сепсиснинг қайси тури умуман учрамайди?

*Секин кечувчи
Яшин тезлигида кечувчи
уткир
фурункул

Клиник кечиши буйича йирингли инфекция булмайди:

*аралаш
уткир умумий
уткир маҳаллий
сурункали, қайталаниб турувчи
Клостридиал анаэроб инфекция кузгатувчилари қандай токсик моддаларни ишлаб чиқаради?

*Нейротоксин
Экзотоксин
Эндотоксин

сурункали маҳаллий, умумий
Клостридиал анаэроб инфекцияни даволашда қандай антибиотиклардан фойдаланилади?

*Гентамистин, Хлорамфеникол
Амикастин

Метастиклин, Неомистин

Липополисахарид

Клостридиал инфекция билан касалланганлар купрок нимага шикоят киладилар?

*Тана харорати кутарилиши, калтираш юрак уришининг тезланиши

Шикастланган сохада кучлирок босим ва эзилиш хиссиёти

Тетрастиклин, Метистиллин

Клостридиал инфекция кузгатувчиси:

*Cl.perfringens, Cl. Oedematiens,

Cl.hystoliticum, Cl.septicum

Cl.tetani, Cl. Oedematiens

Cl.hystoliticum

Шикастланган сохада тери рангининг узгариши

Клостридиал инфекцияли жарохатда дастлабки белгилар кузатилади:

*1-2 суткада

5-7 суткада

2-3 haftaда

Cl.septicum , Cl.hystoliticum

Кокшол билан зарарланиш мумкин:

*очик жарохатланишда

кокшол билан касалланган одамларнинг

кони беморга куйилганда

мушак ва суякларнинг ёпик шикастларида

3-4 суткада

Кокшол таёкчаси кайси типдаги экзотоксин ишлаб чикаради?

*нейротоксин

миотоксин

ститотоксин

кокшол билан беморларни парвариши

пайтида

Кокшолга карши зардоб даволаш максадиди канча дозада кулланилади?

*3 сутка давомида хар суткасида вена ичига

100 -150 мингАЕ

5-6 кун 300000АЕ

10 кун 500000АЕ

антитоксин

Кокшолга карши зардобнинг профилактик улчами канча;

*3000мб;

1000мб;

1500мб;

3сутка давомида огирлигига караб 50-80000АЕ/кг

Кокшолда инкубастион давр канча?

*4-14 кун

1-3 кун

15-30 кун

2000мб

Кокшолни кайси касаллик билан диф. диагностика килиш осон?

*истерик тутканок

бош мия шикасти билан

менингоэнстефалит

30-45 кун

Кокшолни специфик даволашдаги ККЗ (ПСС)нинг бир марталик дозаси:

*150 000 АЕ

50 000 АЕ

200000АЕ

алкогол билан захарланиш

Кокшолнинг кайси формаси жуда хавфли?

*яшин тезликда кечувчи

уткир

латент

300 000 АЕ

Кокшолнинг клиник кечишига караб классификастиясига кирмайди:

*мурт кечадиган

кучли ривожланган

уткир

рестедивли

Кокшолнинг огирлик даражасига караб классификастиясига кирмайди:

*кокшоли опистотонус

енгил формаси

уртача огрилигда

сурункали

Кокшолнинг олдини олиш учун

ишлатиладиган анатоксиннинг улчами канча булиши керак:

1.0 мл;

2.0 мл;

2.5 мл;

огир формаси

Кокшолнинг продромал даври учун хос эмас:

*артериал босимнинг пасайиши ва

тахикардия

чайнов мушакларининг тез чарчаши

куп терлаш ва таъсирчанлик

3.0 мл

Кокшолнинг спестифик профилактикасига кирмайди:

*жарохатга бирламчи хирургик ишлов бериш

шошиличч кокшолга карши зардобни куллаш

шошиличч равишда кокшолга карши анатоксин ва зардобни куллаш жарохат сохасида огрик ва титрок булиши

Кокшолнинг шошиличч спестифик профилактикасида кулланилади:

*Безредко буйича ККЗ (ПСС)1500 -3000А/Е

Безредко буйича ККЗ (ПСС)10000А/Е кокшолга карши анатоксин 0,5

карши анатоксин ва зардобни куллаш

Кокшолнинг энг хавфли асорати хисобланади:

*асфиксия

мушакларнинг йиртилиши ва суякларнинг синиши

упка ателектази

кокшолга карши гаммаглабулин 250 МЕ

Коллоидли боғлам таркиби?

а) 4гр коллоксилин 76 гр эфир, 96% ли спирт20 гр

б)96% ли спирт20 гр

с)33гр этил спирт 20 гр эфир

ютишнинг бузилиши

Компрессион боғламлар қачон ишлатилади?

*инфилтрат, тромбофлебит булганида синишларда

ёрилишларда

д) 4гр коллоксилин 76 гр эфир

Қон таркибининг қайси элементларида

агглютинин бўлади;

зардобда;

лейкоститларда;

эритроститларда;

қонашларда

Қон гурухи нима?

*Эритроститар антигенлар туплами

Антителолар йигиндиси

Иммун антителолар туплами

тромбоститларда

Қон гурухини аниклаш учун неча серияли зардоб керак?

*2

3

4

Зардоб оксиллари

Қон гурухлари нечта

*4 та

3 та

6 та

5

Қон йукотишда компенсация боскичларини курсатинг?

*химоя компенсатор

тулик ва кисман

бирламчи ва иккиламчи

2 та

Қон кетганда бемор 1-гурух булса к.к

*1-куйилади

2 куйилади

2-3 куйилади

Табиий ва сунъий

Қон кетиш нима

*асосий қон томирдан жарохатланиши

натижасида кетадиган ҳосила

томирларда босим ошганда пайдо булиши

тугри жавоб йук

тугри жавоб йук

Қон кетиш нима?

*Асосий қон томирдан жарохатланиши

натижасида кетадиган ҳосила

Томирларда босим ошганда пайдо булиши

Гиперкоагуляция

А ва Б жавоблар

Қон кетиши уз-узидан тухташи мумкин

*тромб ҳосил булиши натижасида

қон босимини томирда пасайиши

натижасида

қон ивишини ошиши натижасида

Гипокоагуляция

Қон кетишини буткул тухтатиш усулига кирмайди:

*жгут куйиш

механик усул

физик усул

томир атрофида яллигланишни

ривожланиши натижасида

Қон кетишини вақтинчалик тухтатиш усулига қиради:

*қон томирига қискич куйиш

қон томирига чок куйиш

электрокоагуляция

биологик усул

Қон кетишини тухтатиш учун Эсмарх

жгути қанча вақтгача куйилади?

*2 соат

1 соат

3 соат

томирни протезлаш

Кон кетишини тухтатишни биологик усулига кирмайди:

*электрокоагуляция

кон куйиш

гемостатик губкани куллаш

4 соат

Кон кетишини узил-кесил тухташиш усуллари?

*физик ва кимёвий, биологик ва аралаш

биологик ва механик, этиологик

механик, физик ва патогенетик

кон плазмасини куйиш

Кон кетишининг анатомик классификациясига кирмайди:

*нейротрофик кон кетиш

артериал кон кетиш

веноз кон кетиш

кимёвий, термик ва аралаш

Кон кетишининг анатомик таснифи буйича фаркланади?

яхирин ички ва яширин ташки

бирламчи ва иккиламчи

эрта ва кечки

капилляр кон кетиш

Кон кетишининг сабалари энг тулик тугри жавобни курсатинг?

*томирлар шикасти, нейротрофик жараёни

сепсис

стинга

яккаланган ва куплаб

Кон кетишининг тухтатишнинг усуллари фаркланади?

*вактинча ва узил-кесил

физик ва кимёвий

Механик ва биологик

кон томири утказувчанлигининг ошиши

Кон кетишининг узил-кесил тухташишнинг биологик усулида кулланиладиган препаратлар?

*юкоридагиларнинг хаммаси тугри

гемостатик губка

гемотрансфузия

ишончли ва ишончсиз

Кон кетишининг узил-кесил тухташишнинг кимёвий усулида кулланиладиган препаратлар?

*адреналин, CaCl_2 , AgNO_3

корглиокон, строфантин

тромбин, AgNO_3

тромбин

Кон кетишининг энг тулик таърифини беринг: бу коннинг... окиб кетишидир

*организм тукумаларига бушлигига ва

ташки мухитга

ташки мухитга

Организм тукумаларига

гемостатик губка, фибринли плёнка

Кон кетишни вактинчалик тухтатишга кирмайди?

*томирни бойлаш

томирни бармоқ билан босиб туриш

жугутни куйиш

Организм бушликларига

Кон кетишнинг кайси турида купикли кон кетиш кузатилади?

*Упкадан кон кетганда

Меъдадан кон кетганда

Кизилунгачдан кон кетганда

кул-оекларни бугимдан максимал букиш

Кон кетишнинг кайси турида хаволи эмболия ривожланишининг хавфи бор?

*Веноз кон кетишда (буйин веналари жарохатланишида)

Капилляр кон кетишда

Артериал кон кетишда

Бурундан кон кетганда

Кон кетишнинг умумий симптомларига кирмайди:

*Гемоглобиннинг фоизини ошиши

Бош айланиши, кунгил айниши, кушиш

Артериал босимининг пасайиши

Профуз кон кетганда

Кон кетса тухтатиш, термик,усули

*юкори харорат

3% перекис водород эритмаси

калстий глюконат

Тери рангининг окариши

Кон компонентларига кирмайди:

*суяк кумиги

эритроциттар масса

тромбоститар масса

тугри жавоб йук

Кон куйиш кон кетишини доимий тухтатишнинг кайси турига киради?

*биологик

химиявий

физикавий

лейкоститар масса

Кон куйиш тартибин айтинг.А-кон

мослигига синов куйиш, Б-резус

факторни аниклаш,В-биологик синов

куйиш, Г-индивидуал синов куйиш, Д-

коннинг софлигини аниклаш ва

системага тайерлаш;

*Д+Г+А+Б+В;

Г+А+В+А+Д;

В+А+Г+Д;

механик

Кон куйиш техникаси бузилганда қандай асорат булиши мумкин?

*тромбоэболия

гемотрансфузион шок

СПИДни юктириш

А+Б+В+Г+Д

Кон куйишга кўрсатма неча хил

*2

3

4

пироген реаксияларини булиши

Кон куйишга қарши курсатма

*утқир септил эндокардит

анемия

витамин танкислиги

тугри жавоб йук

Кон куйишга қарши курсатма булиб

хисобланади:

*упка шиши

утқир камконлик

йирингли касалликлар

тугри жавоб йук

Кон куйишга қарши курсатмалар:

*Жигар фаолиятининг огир зарарланиши

Шок холати

Артериал босимининг пасайиши

сурункали камконлик

Кон куйишга курсатма

*кон кетиш натижасида руй берган утқир

анемия

гипопратенурия

витамин етишмовчилик

Огир операстиялар

Кон куйишга курсатма булиб

хисобланади:

*камконлик

бронхиал астма

упка сили

тугри жавоб йук

Кон куйишда асорат булмаслиги учун нима керак эмас?

*Объектив текшириш

кон группасини аниклаш

резус мосликни аниклаш

упка шиши

Кон куйишда пироген реаксия

кузатилади?

*тана хароратини кутарилиши билан

туш оркасидаги огрик билан

белда огрик билан

биологик мосликни аниклаш

Кон куйишдан кейин хосил булган

пироген реаксияда шошилишч

кулланилади:

*10%-ли калстий хлор килинади

полиглюкин куйилади

желатинол куйилади

бош огриши билан

Кон куйишдан олдин аниклаш зарур

эмас:

*рестипиентнинг касбини

коннинг яротилишини

кон группасини

викасол килинади

Кон куйишнинг қайси холатларида хаво

эмболияси кузатилиши мумкин?

*кон куйиш техникаси бузилганда

тугри келмайдиган конни куйишдан

сифатсиз тайерланган конни куйишдан

резус-факторни

Кон оқаетган томир маълум булмаса

*дока ва бинтли ингичка тампон

салфетка

Дока, бинтли ингичка тампон, салфетка

оқим билан (струйно) кон куйишдан

Кон оқса уни тухтатиш иложи булмаса

*томирни боғлаш керак

тампон

салфетка

тугри жавоб йук

Кон плазмаси қандай булиши керак

*тунг

ипир-ипир

қора рангда

туғри жавоб йук

Кон препаратларига қиради:

*Протеин

Желатиноль

Полиглюкин

қизил рангда

Кон таркибининг қайси элементларида

агглютиноген булади;

*Эритроцитларда;

Плазмада;

Зардобда;

Липостабил

Кон таркибининг қайси элементларида

агглютинин булади;

*Зардобда;

Лейкоститларда;

Эритроцитларда;

Лейкоцитларда

Кон томир девори утказувчанлиги бузилганда, кон кетиши учрайди:

*инфекцион токсик простессларида ошқозон ва 12 бармокли ичак яраларида кон босими ошганда

Тромбоститларда

Кон томир деворининг яллигланиши натижасида кон кетиши номланади:

*иккиламчи кечки

бирламчи

сурункали

веналарни варикоз кенгайишида

Кон томирини боғлаш кон кетиши тухтатишнинг қайси усулига қиради:

*механик

физикавий

биологик

иккиламчи эрта

Кон томирлар характерига кура қандай кон кетишлар фарк қилинади.;

*Артериал, веноз, артерио-веноз, капилляр (паренхиматоз);

Аррозив, артериал, веноз, капилляр;

Артериал, веноз капилляр.;

химиявий

Кон томирни бураш кон кетиши тухтатишнинг қайси усулига қиради?

*механик

биологик

физик

Очик ва ёпик артериал ва веноз

Кон тухтатишнинг химиявий усулларига қиради:

*витаминлар юбориш

Е-аминокапрон кислотаси

плазма қуйиш

химик

Кон тухтатувчи восита сифатида неча фоизли кальций хлорид қулланилади?

*1% - 100,0

2% - 20,0

5% - 15,0

электрокоагуляция

Кон тухтатувчи тасма /жгут/ нинг тугри қуйилганлиги қуйидагилардан билинади:

*кисиб боғлаш билан

кул-оёқ рангидан

периферияда пульс йўқолиши

20% - 10,0

Кон урнини босувчи суюкликлар классификациясига қирмайди:

*плазма препаратлари

гемодинамик

дезинтоксикацион

кон кетишнинг тухташи

Кон урнини босувчи суюкликлар микдори

*3

2

4

парентерал озиклантирувчи

Кон урнини босувчи суюкликларга қуйидагилар қиради:

*плазма

гемодез

полиглюкин

5

Кон урнини босувчи суюкликларга қуйидагилар қиради:

плазма

гемодез

полиглюкин

эритроциттар масса

Қонаётган сохани қатта қарви билан тампонлаш қайси усулга қиради?

*биологик

химиявий

физикавий

эритроциттар масса

Қонда ниманинг қамайиши талокда

микроблар қупайиши ва талок

қатталашисига олиб келади

*гаммаглобулинлар

иммуноглобулинлар

Лейкоконцентрат

механик

Қонда тайер пларина қуйиш кон

тухтатишнинг қайси усули

*биологик

химик

физикавий

Анти қук йиринг плазмаси

Қондаги қайси узғаришлар

ноклостридиал анаэроб инфекцияга хос?

*ейкоститоз, лимфопения

Анемия, гипопротеинемия

лейкоститоз, лимфоститоз

термик

Қонни кон томиридан ташқарига чиқиши қандай номланади?

*кон кетиши

гематома
кон куйилиши
лейкоститоз, моноцитоз

Конни консервастия килиш учун кулланилади:

*натрий ститрати

гепарин
фибриноген
эксимоз

Конни реинфузия килишда инфузиатга нима кушилади?

*гепарин
калсий хлор
антибиотиклар
калсий хлор

Конни стимулловчи таъсирга эришилади?

*АЮК(ОСТК) ни купайтириб
кон зардоби оксиллари билан
кон ивишини кучайтириб
ферментлар

Конни тукумалараро тупланиши кандай номланади?

*гематома
кон куйилиши
кон кетиш
оксидланиш простессини кучайтириб

Коннинг гемостатик таъсирга кандай эришилади?

*кон ивишини кучайтириб
АЮК(ОСТК) ни купайтириб
юрак кон-томир тизими ишини яхшилаб
гемангиома

Коннинг кайси элементида резус фактор жойлашган;

*Эритроцитларда;
Плазмада;
Зардобда;
модда алмаштирувини активлаштириб

Консервастия килинган кон +4, +6 даражада неча кун сакланади?

*21 кун
7 кун
10 кун
Лейкоститларда

Консервастияланган кон неча даражали харорат остида сакланади?

+4, +6 град.
0 град.
-8 град.
30 кун

Конторли боғламлар қаерга қўйилади?

*қорин олд девоир чурраларида
чов чурраларида
сон чурраларида
-2, -6 град.

Конуссимон шаклдаги спирал боғлам қаерга қўйилади?

*тирсак ва тизза
бармоқлар
сон
асептик боғлам учун

Корин бушлиги ковак органлари ёрилишида рентгенологик текширишда аникланади:

*эркин газ
Клойберг косачалари
ичаклар пневмотози
сон ва елка

Корин бушлигида кон кетиш кайси диагностик методлар ёрдамида аникрок аникланади?

*коннинг умумий анализи
корин бушлигининг обзор R-скопияси
тугри ичакни бармоқ билан текшириш
тери ости эмфиземаси

Корин бушлигидаги эркин газни кандай ташхислаш мумкин ;

*Корин бушлиги рентгенографияси оркали;
Корин бушлигини пункстия килиб;
Ультра товуш текшириш оркали;
корин бушлигининг УТТ

Корин бушлигининг уткир нурланиб тешиб утган жарохатига курсатиладиган жаррохлик ёрдам ВПМГ нинг кайси булимида курсатилади.;

*Хирургия булимида;
Шока карши муолажа булими;
Инфекстия булимида;
Гастрофиброскопия оркали

Корин ва чанок сохаси жарохатланганда махсус тиббий ёрдам курсатиладиган даволаш муассасини курсатинг.;

*СВПХГ (ГА);
СВПХГ(НХ);
СВПХГ(ПР);
Кабул-таксимот булимида

Коринда кон кетиши кандай термик усули бор

*диатермия
электркагуляция
химиотерапия
ВПХГ

Корнстанг кайси эритмада сакланади?

*Формалин-фенол-сода эритмасида.

Этил спиртида.

Йоднинг спиртдаги эритмасида.

тугри жавоб йук

Корнстанг нимада сакланади?

*Сулема.

Спирт.

Йод.

Хлоромин эритмасида.

Коррозияга учрайдиган асбоблар канча кайнатилади

*30 мин

45 мин

15 мин

Хлорамин.

Краниостенозлар клиник жихатдан куйидаги гуруҳда курсатилган белгилар билан характерланади:

*Бош оғриши туфайли безовталиқ, мия кутиси чоклари ва ликилдоқларининг барвақт бекилиши,

Бош хажми улгайишининг тухтаб колиши;

бош хажмининг катталашуви, мия кутиси деформастияси, тиришиш; хушни йукотиш билан кечадиган тиришишлар,

Тана хароратининг кутарилиши, катта ликилдоқнинг буртиб туриши, кайт этиш ва менингеал белгилар ривожланиши;

20 мин

Краниостеребрал травма туфайли ички аъзолар ва мия фаолиятлари катастрофик равишда бузилиб, икки томонлама мидриаз кузатилган ахволни бахоланг

*ута огир;

урта; огир;

терминал

Бош хажмининг кичик булиши, ликилдоқ хажмининг узгармаслиги, куриш ва эшитиш фаолиятларининг бузилиши

Краш синдромида беморнинг нафас олишини яхшилаш учун қандай иш қилинади

*гипербарик оксигенатсия

трахеостомия қилинади

вена ичига эуфиллин юборилади

нормал

Краш синдромида даволаш чора тадбирлари

*юк олингач жгут ёки тахтакач қўйиш

зарарланган сохага муз қўйилиб,

новокаинли блокада қилинади

некротомия ва ампутатсия

кислородли баллон қўлланилади

Кремер шиналари қанақа боғлам турига киради?

*иммобилизастаион

шинали

бинтсиз

наркотик, антигистамин препаратлар

Крестсимон боғлам қачон қўйилади?

*нотуғри конфигурацсияли юзаларда

оёқ жарохатларида

тери юзасига

тахтадан

КРП ва КХП билан жарохатланганларга махсус ёрдам курсатиладиган госпитални курсатинг.;

*ВПМГ;

ВПХГ;

ВПГЛР;

белга

Куйида санаб утилган махаллий огриксизлантириш усулларида кайси бири утказувчанлик огриксизлантиришга киради?

*венага юборилувчи

суякка юборилувчи

совутиб огриксизлантириш

D СВПХГ

Куйидаги боғловларнинг кайсиниси гипсли;

*Кокситли;

Тошбакасимон;

Урмаловчи;

перидурал

Куйидаги гуруҳларнинг кайси бирида

енгил даражада мияси лат еган беморни

даволашнинг тугри усули кайд этилган.;

*десенбилизастияловчи, дегидратация,

ноотроп, гемостатик ва тинчлантирувчи

дорилар;

гемостатик, гормонал, вазопрессор ва

антибактериал терапия; тутканокка карши

дорилар,

физиотерапия, гипербарик оксигенация.;

биостимуляторлар,

Тармокли

Куйидаги келтирилган меъда касалликларидан қайси бири рак олди ҳолатига мансуб

*меъда полипоз

сурункали атрофик гастрит

талок жароҳати

гемостатик ва витамин дорилар, кон ва

унинг урнини босувчи дори-дармонлар

Куйидаги микроблардан қайси жароҳат инфексиясини чақирмайди?

*St. epidermidis

Стрептококк

Кук-йирингли таёкчаси

электрокоагуляцияси

Куйидаги симптомлардан қайси бири очик жароҳатнинг асосий симптоми бўлиб ҳисобланмайди:

*функсиянинг бузилиши

кон кетиши

яра четларининг очилиб қолиши

Протей

куйидагилардан қайси бири антисептикага мос келмайди

*венага 1%ли фурастилин эритмасини юбориш

жароҳатни фурастилин эритмаси билан ювиш

Мушак орасига антибиотик юбориш

тана коплами бутунлигининг бузилиши

Қуйидагилардан қайси бири биксларда сакланаётган материаллар стериллигини текширишнинг энг қафолатлиси ҳисобланади

*бактериологик

микулич усули

Антипирин эриши

Антисептикни организм бушликларига

юбориш

Куйидагилардан қайси бири физик антисептикага мисол бўлади

*шикастланган жойни тампон ёрдамида тампонлаш

некрозга учраган туқималарни олиб ташлаш

Фермент сакловчи малхам билан боғлаш

Олтингугурт эриши

Куйидагилардан қайси энгил

кранистербрал травма ҳисобланади;

*бош миянинг чайқалиши, бош миянинг энгил даражали лат ейиши;

бош миянинг урта даражали лат ейиши; бош миянинг босилиши,

бош миянинг энгил даражали лат ейиши;

Шикастни антисептик билан ювиш

Куйидагиларни қайси бири хавфсиз усмалар ҳисобланади

*фиброаденома

меланома

аденокарстинома

бош миянинг чайқалиши, бош миянинг босилиши

Куйидагиларнинг қайси антибиотик эмас?

*Сульфадемизин.

Фузистин.

Ампиокс.

лимфосаркома

Куйилаётган коннинг ижобий таъсирига нима кирмайди;

*усмани устириш таъсири;

Урин босувчи таъсири;

Иммунобиологик таъсири;

Эритромистин.

Куйилган кон қайси мақсадда таъсир қилмайди?

*антиаллергик

кон урнини тулдириш

гемодинамик

Захарсизлантириш таъсири

Куйилган коннинг иммунобиологик таъсири ҳосил бўлади:

*иммунизастика қилинган плазма қуйишдан тоза кон қуйишдан

эритроциттар масса қуйишдан

дезинтоксикастика

Куйиш касаллигини умумий даволаш нимага қарши йуналтирилмаган?

*травматик токсикоз профилактикасига гипопротенемияга

интоксикастикага

плазма қуйишдан

Кукрак бушлигига қуйилган дренаждан суюклик чиқарилиб бушлик ривонол билан ювилди. Қайси антисептик усул ишлатилмади?

*Механик.

Физик.

Микробиологик.

инфексияга

Кукрак қафасининг эпик

шикастланишида жароҳат бўлиши мумкинми;

*булиши шарт эмас;
Булиши шарт;
Тери ости эмфиземаси;
Кимёвий
Кукс оралиги аъзоларининг силжиши кайси ҳолатларда купрок юз беради;
*клапанли пневмотораксда;
Очик пневмотораксда;
Епик пневмотораксда;
Тери ости эмфиземаси булмайд
Кул оёкнинг имобилизастияси учун ишлатиладиган тиббий комплексни айтинг?
*Б-2;
Б-4;
Б-3;
Пневмонияда
Кул-оёк артерияларидан кон кетганда куйидагиларни кайсиси яхши самара беради?
*босувчи боғлам
кул-оёкларни кутариб куйиш
бармок билан босиш
ВБ
Кулранг ваталар нима учун ишлатилади?
*компрессион мақсадда иссиқликни саклаш учун
ярага қўйилади ва гиграскопиги учун
Оператсияда тампонлар ўрнига жгут куйиш
Купинча фурункулни чакиради:
*стафилакок
кук йиринг таекчаси
ичак таекчаси
яра атрофини артиш учун
Куплаб ва кушалок жарохатлар клиник манзарасига кура нечта гурухга булинади.
*икки гурухга;
учта гурухга;
турта гурухга;
бактериоидлар
Курсатилган антисептик моддалардан кайси бири органик моддалар гурухига киради?
*Спирт.
Огир металл тузлари.
Хлоромин.
бирламчи ва иккиламчи
Курсатилганлардан кайси бири биологик антисептикага кирмайди?

*Спестифик зардоб
Кон куйиш
Вакстин
Йод.
Курсатилганлардан кайси бири Вишневский мази таркибига киради?
*Кастор ёғи.
Ксероформ.
Балик ёғи.
Антибиотик
Курсатилганлардан кайси бири физик антисептикага киради?
*Тампон куйиш.
Некротик тукималарни олиш.
Антисептик билан ювиш.
Дегот.
Курук иссиқлик билан қандай жисмлар стерилизастияланади.
*шишалар, металллар
боғлов материаллари
резина катетерларни
Ферменгли боғлам куйиш.
Курук иссиқлик стерилизастияларида қанча курук иссиқлик бериб стерилланади
*160-200°С
100-150°С
200° дан юкори
коғоз ва пластинкалардан тайерланган жихозлар
Кучли бактериостид хусусиятига эга
*симоб дихлорид
Рух сульфат
Натрий хлорид
Ҳамма жавоблар тўғри
Кучли шикастланиш натижасида рўёбга келувчи тананинг умумий реакцияси
*травматик шок
травматик касаллик
коллапс
глюкоза
Кушма нурланишли жарохатларгани даволашни клиник даволаш даврларини курсатинг. А-реабилитастия, Б-уткир, В-эрта, Г –касаллик авж олган давр, Д-яширин;
*Б-В-Д-Г-А;
Г-Б-А-Д-В;
Д-А-Г-В-Б;
травматик токсикоз
Қўзга қандай боғламлар ишлатилади?
*бинокуляр, монокуляр

бинокуляр
монокуляр
А-Д-Б-Г-В

Кўрсатилган антисептик моддалардан қайси бири аноорганик моддаларга киради?

*Йод.

Формалин.

Бўёқчилар.

чепест

Лактацияни олдини олиш мақсадида сут безига куйилади:

*босиб турувчи бойлам

ушлаб турувчи бойлам

косинкали бойлам

Фурастилин.

Лат ейишдаги беморда кузатиладиган ўзгаришлар

*бўғимларда вақт ўтиши билан склеротик

ўзгаришлар

қон қуйилиши

шиш

лейкопластрли бойлам

Лейкопластир, Т-симон боғлам

мустахамлаш усулига кўра булади

*бинтсиз

бинтли

шинали

суякларда кисталар пайдо бўлади

Лейкопластирли боғламлар камчилиги?

*терининг сочли қопламларида қўллаб

бўлмади, аллергия реакция чақиради

терининг сочли қопламларида қўллаб

бўлмади

Аллергия реакция чақиради

окклюзион

Лимфа томирларининг яллиғланишига кўпроқ қайси инфекция сабаб бўлади?

*Стафилакокк

Протеус вулгарис

Слостридиум диффисуле

Ўпишмайди

Лимфа томирларининг яллиғланишига нима дейилади?

*Лимфангит

Тромбофлебит

Лимфоаденит

Гонококк

Лимфа тугунининг яллиғланишида инфекция манбаи нима?

*барча жавоблар тўғри

стафилококклар

ентеробактериялар

Флеботромбит

Лимфа тугунлари йиринглаганда қандай даволанади?

*лимфа тугунини ёриб, дренажланади

лимфа тугуни олиб ташланади

бемор тинч жойга ётқизилади

ичак таёқчаси

Лимфа тугунларининг йиринглаш ва парчаланиш билан бирга келиши нима деб аталади?

*лймпхаденитис пурулента

лймпхангитис симплекс

ймпхангитис трунсуларис

спиртли компресслар қилинади

Лимфа тугунларининг яллиғланишига нима дейилади?

*Лимфаденит

Тромбоз

Лимфангит

лймпхаденит

Лимфаденит фазалари қайси жавобда тўғри кўрсатилган?

*Зардобли, йирингли, тикланувчи

Махаллий, умумий

Ўткир, сурункали

Флеботромбит

Лимфаденитнинг нечта фазаси бор?

*3 та

2 та

4 та

Инфилтратсия, гранулятсия

Лимфангитнинг иккиламчи формаси қанақа ҳолатда юзага келади?

*Оқма яралардан кейин

Йирингли паротитдан кейин

Веналарнинг яллиғланишидан кейин

1 та

Листер антисептикасининг асосий камчилиги нима?

*Захарлиги.

Амалга ошириш кийинлиги.

Дори кимматлиги.

Флегмонадан кейин

Магистрал кон томиридан кон кетиши нимага олиб келади?

*ўткир камконликка

сурункали камконликка

кон томирларининг кенгайишига

Жараённи бажаришга куп вақт кетиши.

Мадори қуриган, етиб қолган беморлар танасининг доимий босим остида бўлган

кисмларида ривожланадиган ярали-некротик жараён-бу...?

*ёток яра

диабетик панжа

Хавфли усма

артериал кон босимининг кутарилишига

Мақсадига кўра боғлов материаллари?

*окклюзион, доривор, гемостатик

гемостатик, гипсли, шинали

окклюзион

Хавфсиз усма

Марказий бронх саратонида курсатилган:

*Пулмонэктомия

Лобэктомия

Лапаротомия

Химояловчи, доривор, шинали

Марказлашган системада хамма

операстион хоналар кандай урин

эгаллайди

*бинонинг маълум бир каватини эгаллайди

Ҳар бир хирургик булим учун айрим

операстиа хоналари ташкил килинади.

Муолажа хонасига якин булиши керак

Бронхоскопия

Массив кон кетишда бемор нимадан улиши мумкин?

*хаётий мухим марказлар функстиаси бузилганда

артериал босим тушишидан

жигар етишмовчилигидан

Тўғри жавоб йўқ

Мастит кўзгатувчилари сут безига

кўпинча қайси ё'л билан ўтади?

*лимфаген

гематоген

тўқима суюқлиги орқали

буйрак етишмовчилигидан

Маститда инфекция учун кириш

дарвозаси нима?

*кўкрак учи атрофидаги пигмент

зонасининг ёрилиши, кўкрак учи, сут

безининг шикастланиши

кўкракдаги лимфа томирлари

кўкракдаги кон томирлари орқали

инфексия сут безининг ўзида бўлади

Маститда тана харорати неча градусгача

кўтарилиши мумкин?

*40

36,7

37

барча жавоблар тўғри

Маститнинг абсесслар билан юзага келиши нима деб аталади?

*м. Суперфисиалис

м. интрагландуларис

м. адолссентиум

38

Материалларни биксларда стериллашни

таклиф этган олим:

*Шиммелбуш

Листер

Пастер

м. неонаторум

Махсус боғламларга нима киради?

*Рух-желатинолли

шиналар

гипсли боғлам

Пирогов

Махсус зардоблар антисептиканинг

кайси турига киради

*биологик

кимевий

физик

бинт

Махсус зардоблар антисептиканинг

кайси турига киради

*биологик

кимевий

физик

хамма жавоблар тугри

МедСБ да операстиа килишга

курсатмалар.;

*операстиа килинмайди.;

бугимлар жарохатланганда;

суяклар эзилиб синиб кон томирлар

жарохатида (кон кетишида);

механик

Метастазли усма деб аталади;

*Усма хужайраларини кон ва лимфа орқали

таркалиши ва янги усмаларни пайдо

килиши;

Хавфлига айланувчи усма;

Усманинг атрофдаги аъзога усиб кириши;

суяклар куплаб синганда

Механик антисептика уз ичига олади:

*Жарохатнинг бирламчи жаррохлик

ишлови.

Фитонстидларни куллаш.

Лазер нурларини куллаш.

Усманинг рестидивида

Механик антисептикага киради:

*Некрэктомия.

Тампонлаш.

Гипсли иммобилизастия.
Ультрабинафша нурларни куллаш.
Механик антисептикага кирмайди?
*Жарохатни дренажлаш.
Улган тукималарни кесиб ташлаш.
Жарохат киргоқларини ва тубини кесиб текислаш.
Вишневский малхами куйиш.
Механик антисептикага нима киради
*улган тукимани олиб ташлаш
докали тампон билан дренаж куйиш
Гипс боглами ёрдамида иммобилизастия килиш
Йирингли бушликларни ювиш.
Меъда ва 12 бармок ичак ярасидан кон кетишида кайси дори ишлатилмайди;
*Гепарин;
Желатин;
Кальций хлорид;
Жарохатга водород пероксид билан ишлов бериш
Меъда ва 12 бармок ичакдан кон кетишини аниклаш усули;
*Гастрофиброскопия;
Меъдага зонд куйиш;
Рентгеноскопия;
Викасол
Меъда ости беги ёпиқ зарарлангандаги асоратлар
*ферментлари атрофдаги туқималарга таъсир этиб, оғир перитонитни чақиради кон интраперитонеал тарқалиб, кон аралашган сийдик қорин бўшлиғига тушади. сийдик перитонитига олиб келади, сийдик флегмонаси, оғир интоксикастияга олиб келади
Ректороманоскопия
Меъда саратони купрок каерга метастаз беради?
*Жигарга
Калконсимон безга
Упкага
Ички кон кетиш, шок аломатларига олиб келади
Меъда саратони операстиясига абсолют карши курсатмалар бу:
*Жигарда куп сондаги метастазлар
Талокга метастазлар
Усманинг катталиги
Мушакларга
Меъда саратонини ташкислаш учун энг кулай усу лбу:

*Гастроскопия биопсия ва ститология биргаликда
Ангиография
Рентгенография
Тугри жавоб йук
Меъда саратонини химиотерапияси учун кайси восита кулланилади?
*5-фторурастил
Контрикал
Гордокс
Бронхоскопия
Меъда саратонининг энг куп учрайдиган локализастияси:
*Антрал кисми
Фундал кисми
Кардиал кисми
Квамател
Меъда саратонининг эртанги диагностикасида нима ёрдам беради?
*Гастроскопия
Обзор рентгеноскопия
Контрастли рентгенография
Тотал зарарланиши
Меъда тана кисми саратони учун характерли эмас:
*Дисфагия
Анемия
Эпигастрал кисмида огрик
Флебография
Меъдадан кон кетганда музли халтада каерда ва қачон музли халта куйилади
*эпигастрал сохада 15 мин
мезогастрал сохада 30 мин
Унг коворга остида 1 соат
Озиш
Меъдадан кон кетганда муз халтача куйилади
*эпигастрал сохада
қорин сохада
бошга
тугри жавоб йук
Меъданинг кайси кисмида жойлашган саратонининг клиникаси кеч намоен булади?
*Тана кисмида
Кардиал кисмида
Субкардиал кисмида
кукрак мушаклари устида
Микробларни химиявий препаратлар ва юкори температурада йукотишни таклиф этган олим:
*Бергман

Луи-Пастер
Пирогов
Антрал кисмида

Микробларнинг патогенлик хусусиятини фаоллаштириш учун муҳим роль уйнамайди:

*кислород
гемолизин
лейкоститин
Шиммельбуш

Микробларнинг ривожланиши учун яхши шароит бўлиб ҳисобланмайди:

*антисептик воситаларни куллаш
парчаланган туқималарнинг бўлиши
вирулентлиги юқори бўлган микробларнинг тушиши
некротоксин

Микробларнинг туқимага киришига жавобан яллигланиш реакцияси қуйидаги турда ифодаланади:

*температуранинг кутарилиши
кон айланишининг бўзилиши
функциянинг бўзилиши
умумий кон айланишининг бўзилиши

Мия гематомаси қандай инструментал текширишлар орқали аниқланади?

*ангиография, КТ, электроенцефалография
рентгеноскопия, рентгенография, УЗИ
МРТ, колонография
шиш ҳосил бўлиши

Мия касалликларини аниқлашда энг муҳим ва замонавий усул қуйидагидир;:

компьютер томография, ЯМР, ультратовуш доплерография;

Эхо-энцефалоскопия, люмбал пункция,
пневмовентрикулография; каротид ангиография,
люмбал функция, пневмостернография;
ультратовуш доплерография,
ларингоскопия, электроенцефалография

Мия қоринчаларининг орқа шохчасини вентрикулопункция қилиш усулини қим тавсия қилган?;

*Дэнди;
Поленов;
Кохер;

краниография, спондилография
Мия қутиси орқа чуқурчасининг усмалари учун қуйида қайд этилаётган қайси гуруҳдаги белгилар мос келади;:

*мушаклар гипотонияси, координация бўзилиши, интракраниал гипертензия, бульбар симптомлари; вақт ва жой дизириетировкаси, телбасимон хатти-харакат,

Жексон тутканоги, мотор-сепсор афазиялари; эндокрин узғаришлар, бош мия нервлари фаолиятининг бўзилиши, кон босими кутарилиши,
эйфория; хидлов функциясининг бўзилиши, қуз олмасининг
харакатлантирувчи нервлар фалажланиши,
Пти

Мия чайқалганда, қучли шикастланишда бемор хушидан кетиб, ўзига келгач воқеани эслай олмаслиги ... дейилади

*ретроград амнезия
ступор
стопор
квадрат ва гомоним
гемианопсия; локайдлик;

Мия чайқалиши қандай шароитда даволанади

*стаационар
поликлиника
амбулаторий
коллапс

Миянинг огир даражали лат ейишида қуйидагича патоморфологик узғаришлар қузатилади;:

*мия пустлоги ва ок кисмининг яккол деструкциялари;
майда нуктали кон қуйилишлар;
сийрак кон қуйилишлар, миянинг буқиши;
уй

Миянинг ташқи қавати устида -(1), ташқи қавати остида - ... (2), мия тўқимасининг ўзида - ... (3) қон қуйилиши нима дейилади?

*1-эпидурал гематома, 2-субдурал гематома, 3-интракраниал гематома
1-субдурал гематома, 2-эпидурал гематома, 3-интракраниал гематома
1-интракраниал гематома, 2-эпидурал гематома, 3-субдурал гематома
ультроструктуровўй деструктив узғаришлар

Мияси енгил даражада лат еган бемор учун зарур бўлган қушимча текшириш усуллари қайси гуруҳда келтирилган;:

*краниография, люмбал пункстия,
Эхо-Эс, КТ; люмбал ва субоксипитал
пункстия,

АГ, КГ, пневмостистернография,
ультротовуш доплерографияси;
1-интракраниал гематома, 2-субдурал
гематома, 3-эпидурал гематома

**Мияси огир даражада лат еган бемор
яхши даволанса куйидаги асоратлар- дан
кайсилари кузатилади;**

*вегетатив узгаришлар, кон-томир,
вестибуллар, диэнстефал узгаришлар;
рухият узгариши, модда ва алмашинув-
эндокрин узгаришлар,
яккол булмаган харакат ва нутк
буилишлари, сийрак тутканок хуружлари;
хотира ва акл-заковатининг
/интеллоктининг/ кучайиши,
жисмоний фаоллик; яккол ривожланган
харакат, нутк, рухий, координатор
узгаришлар,
ЯМР, люмбал пункстия, радиоизотоп
диагностикаси;

**Мияси огир даражали лат еган беморни
даволаш учун куйидаги усул куллаш
маъкул;**

*гормонал ва дегидратастион, гемостатик ва
десенбилизастияловчи,;
антибиотик ва юрак гликозидлари,
ноотроплар; гипербарик оксигенастия,
массаж ва даволаш гимнастикаси, витамин-
лар, халк табибига мурожат килиш;
физиотерапия, оксил ва тинчлантирувчи
дорилар,
тез-тез кузатиладиган тутканок хуружлари.

**Мияси урта даражада лат еган беморни
даволаш учун тугри усулни танланг;**

*антибактериал, гормонал, тутканокка
карши, дегидратастия ва десенбилиза-
стияловчи дори-дармонлар, ноотроплар;
гемостатик ноотроп, юрак гликозид
препаратлари, физиотерапия;
витаминлар, антибиотиклар, оксил ва
тинчлантирувчи дори-дармонлар,
анальгетик ва огрик колдирувчилар,
тажрибали терапевт назорати;

витаминлар, дегидратастия, ноотроплар
**Мияси урта даражада лат еган беморнинг
бошка органлари фаолияти нормал булиб
тугри даволаш курси утказилса куйидаги
натижа кутилиши мумкин;**

*тулик согаяди;
чукур (1 гр) инвалидлик руй беради;
енгил (2 гр) инвалидлик қолади;
физик совутиш, антибиотиклар,
биостимуляторлар, массаж ва даволаш
гимнастикаси

**Мияси урта даражали лат еган бемор
учун зарур булган кушимча текшириш
усулларини танланг**

*краниография, Эхо-ЭС, АГ, КТ; люмбал
пункстия, ультратовуш
доплерографияси, краниография;
радиоэотоп диагностика,
хисоблаш диагностикаси fГлазко кома
шкаласиf,
нисбатан (3 гр) согайиш кузатилади
**МПП да битта ярадорга куйиладиган кон
групаси ва дозасини курсатинг.;**

*0(I) 500 мл;
А(II) -1000 мл;
В(III)-2000 мл;
люмбал пункстия; компьютер томография,
ЯМР, ЭЭГ, краниография

**МПП да енгил ярадорларга даволаш
муалажаларининг муддати канч;**

*3-5 кун;
60 суткагача;
90 кунгача;
АВ(IV)-200 мл

**МПП нинг кайси булинмасида
Школьников усули буйича новокаибли
огрисизлантириш кулланилиши
мумкин?;**

*Боглов хонасида;
Кабул-турлаш булимида;
Кучирувчи(эвакуастия) булимида;
10 суткагача

**Муддатига кура кандай кон кетишлар
фарк килинади.;**

*бирламчи ва иккиламчи;
эрта ва кечки;
бирамчи, кечки ва иккиламчи;
Изоляторда

Мустахамлаш усулига кўра боғлов материаллари?

*бинтли, бинтсиз

шинали, гипсли, бинтли

окклюзион, компрессион

эрта, бирламчи ва иккиламчи

Н.Н Каншин қачон жароҳатни икки

бушликли дренаж найча ва

программалаштирилган ювиш билан бир

вақтда унинг вакуум-аспирациясини

таклиф этган?

*1957

1968

1982

бинтли, окклюзион, компрессион

Найсимон бинтлар қулланилади?

*кийинтириш билан

бинтлаш оркали

клеол билан

1990

Найсимон суяқлар қундаланг синганда

асосий даво усули.

*интрамедулляр остеосинтез;

остеосинтез;

Ткаченко пластинкасини қуллаш;

клейстер билан

Найсимон суяқларнинг қайси бирида

остеомиелит кўпроқ учрайди?

*Сон, елка, ката болдир

Кичик болдир, тирсак

Сон, тирсак

Сиваш аппаратини қуллаш

Нафас олиш жуда сийрак, периферик

томирлар уриши ва қон босими

аниқланмайди. Бу шокнинг қайси

босқичи

*агонал олди ва агонал

енгил

Аорта

Найсимон суяқларда остеомиелит

учрамайди

Нейротоксинни қайси инфекция

қузгатувчиси ишлаб чиқаради?

*анаэроб Клостридиал

энтеробактер

Хеликобактер пилори

Оғир

Нейроэктодермал усмалар қайсилар

хисобланади?;

*медуллобластома, глиобластома, астраститом, олигодендроглиома, эпендимом;

папиллома, эпендиома, ангиоретикулема,

олигодендроглиома, невринома;

эпендимом, пинеалом, менингиома,

астраститом, глиобластома

Лактобактериялар

Некроз сабаблари

*ишемия ва туқималардаги нейтрофик

узғаришлар

углеводли таомлар истемол қилиш

Оғир жисмоний зуриқиш

астроститом, менингиома,

олигодендроглиома, глиобластома,

медуллобластома

Некрозга учраган туқималарни қайси

олиб ташлаш антисептиканинг қайси

турига ҳос

*механик

қимевий

физик

Об-ҳавонинг узғариши

Некрозга учраган туқималарни қайси

олиб ташлаш антисептиканинг қайси

турига ҳос

*механик

қимевий

физик

биологик

Некротик туқималарни тезроқ йуқотиш

учун нима қилинади?

*жароҳатга протелитик ферментлар

қуйилади

яралар юлинади

Тез-тез массаж олиб турилади

биологик

Нефротоксик антибиотикга қайси?

*Тетрациклин.

Аминаглюкозид.

Стефалоспорин.

Жисмоний тарбия

Неча % жарроҳлик сепсиси барча

жарроқлик қасалликларини ташқил

этади.

*0,05-1%

0,02-0,05%

0,1%

Метрогил.

Неча % ли вино спирти (денатуратнинг)

эритмаси антисептика восита сифатида

ишлатилади:

*70-96 % ли.
90-100 % ли.
20-90 % ли.
0,08-1,2%

Неча фоиз одамларда резус-фактор булмади;

*15 фоиз;
5 фоиз;
10 фоиз;
1-2 % ли.

Неча фоизли пероксид водороди йирингли жарохатларни ювишда латилади;

*3%;
10%;
1%;
20 фоиз

Нимага гипербарик оксигенастиа кlostридиялар ушшини тухтатади?

*Кlostридиялар анаэроб микроб булганлиги туфайли
Катта босим
Махаллий температура кутарилиши
0,5%

Ниманинг булиши кокшолни ривожланишига олиб келувчи факторларга кирмади?

*дренажли трубканинг булиши жарохатда некроз тукималарни булиши жарохатда ёд жисмнинг булиши лейкоцитлар миграстиясини кучайиши

Нокlostридиал анаэроб инфекциянинг экспресс- диагностика усули:

*Газ-суюкли хроматография
Иммерсион микроскопия
Люминесцент микроскопия
жарохатда йирингли чунтакларниг булиши

Нокlostридиал инфекстияда кайси узгаришлар кузатилади?

*укималар тук кулрангада, ёг томчили тук рангли ажралма
Тукималар кизгиш-кулрангда, ажралма кам микдорда
Суюк экссудат курумсимон лахталар ажралмаси билан
Серологик реакстия

Нур билан стерилизастия килишда кандай нурлардан фойдаланилади.

*А.В ва А нурлардан

Б. В нурлардан

В. А нурлардан

тукималар конашининг кучайиши

Огиздан купик аралаш оч кизил рангли кон кетиши кайси аъзодан кон кетиши учун хос?

*упкадан
кизилунгачдан
ошкозондан
Т нурлардан

Огир даражали бош мия лат ейиши аломатлари куйидаги гурухда тугри акс эттирилган

*А узок муддатли беҳушлик, бош мия стволи, гипоталамус ва бошка хаети муҳим марказлар фаолиятининг бузилиши, яккол ривожланган учокли (локал) симптомлар, калла суягининг синиши; .киска муддатли беҳушлик, уйкучанлик, дармонсизлик, бироз ривожланган умумий бош мия симптомлари, вегетатив ва вестибуляр бузилишлар;

мия кутиси копкоги ва асосининг синиши, беҳушлик, кузатилгани холда ликворда субарахноидал кон куйилиши булмаслиги; стато-координастион фаолият бузилиши, ичаклардан

Огир даражали кранистеребрал травмалар гурухига куйидагилардан кайси киради;

*бош миянинг огир даражали лат ейиши, диффуз аксонал жарохатлар бош мияни уткир босилиши;
бош миянинг чайкалиши, бош мия лат ейишининг барча даражалари; диффуз аксонал травмалар,
бош миянинг енгил даражали лат ейиши;
бош миянинг уткир босилиши,
рефлекслар ассиметрияси, параплегия, вестибуляр узгаришлар, ретроград амнезия

Огир даражали куйган беморларда биринчи кундан куйидаги кайси моддаларни куллаш тавсия этилади?

*плазма
кон зардоби
эритроцитар масса

бош миянинг урта даражали лат ейиши,
калла суяги асосининг синиши

**Огир краниостеребрал травма туфайли
буридан ликвор аралаш кон окаетган
беморга диагноз куйинг:**

*КСТТ бош миянинг огир даражали лат
ейиши, калла суяги асосининг синиши;
бош миянинг чайкалиши, калла суягининг
пешона кисмидан синиши;

бош миянинг енгил лат ейиши, бурун
суягининг синиши;

консервланган кон

**Огир краниостеребрал травмадан сунг
беморда куриш йуколган. Миянинг кайси
кисми шикастланганлигини курсатинг**

*энса кисми;

тепа кисми;

пешона кисми;

бош миянинг чайкалиши, асос ва бурун
суягининг огир синиши

Огир металл тузларига нималар киреди:

*Симоб дихлорид, кумуш нитрат.

Кумуш нитрат, риванол.

Карбол, толуол.

чакка кисми

**Одам организмнинг антибиотикларга
сезгирлигини аниклаш?**

*Тери ичига юбориш.

Мушакга юбориш.

Венага юбориш.

Карбол, протаргол.

**Одам хушидан кетганда биринчи
навбатда кандай ердам курсатилади;**

*жарохатланган кишини текис жойга
еткизиб бош томонини пасайтириб куйлак
екаларини бушатилади;

Беморга купрок тоза хаводан нафас олиш
учун ердам берилади;

Беморнинг юз ва баданига совук сув
сепилади еки намланган сочик билан
артилади;

Кузга томизиш.

**Одамларнинг неча фойизда реузус-
мусбат кон кузатилади?**

*85

100

25

Бемор юзларига енгил шапатилади

**Оддий солдат Д. портлаш вактида корин
сохасида жарохатланган. Ахволи
огир, совук тер босган, пульси 160 та, АКБ
60/0 мм. сим .уст. Шахсий курсатгичи 8
Гр. КРП формасини айтинг.;**

*ута огир;

КРП йук;

огир;

42

**Оддий солдат М. сонининг олд ва орка
сохасида иккита яра бор, енгил кон
окмокд Ранги окарган, холати уртач А-
оёгини имобилизастия килиш, В-
новокаинли огриксизлантириш, Г-
богловни тугрилаш ва назорат килиш, Д-
регистростия, Е- яра атрофига 2 млн.
пенстиллин ва +0,5 ШС юбориш
Сизнинг харакатингиз.;**

*Д+В+Е+Г+Б+А;

А+Д+Б+В+Г;

А+Г+В+Д+Е;

уртача

**Оддий солдат МПП га 2 оёги ва елка
сохасининг куйиши билан келтирилди.**

**Куйиш майдонини «туккизлик» майдони
буйича аникланг ва касаллик холатининг
даражасини айтинг.;**

*жуда огир 55%;

20%-урта;

40%-огир;

А+Г+В+Д+Е

**Оддий солдат Н. портлаш натижасида
корни билан тош устига йикилган ва
каттик огрик сезди. Тура олмайди.**

**Ичишга сув сурайди. Ярадорни ОМО
нинг кайси булимига олиб бориш зарур?;**

*Операстия булимига;

Госпитал булимига;

Эвакуастия булимига;

2%-шок

**Оддий солдат Н.МПП га корин
сохасидаги куйиш билан олиб келинган.**

**Куйиш майдони 1700 см Куйиш
майдонини маълум схема буйича
аникланг.;**

*40%;

10%;

20%;

Шокка карши муолажа

**Оддий солдат Т. Химиявий захарланган
зондан келтирилди. Унг сониди 4x4 см ли
яра бор, тери атрофи кизарган, кичик**

бинафша рангли пуфакчалар бор.
Саримсок хиди анкийди ёнаётган резина хиди келади.;
*куйиш;
нурланиб куйиш;
иприт;
1%
Оддий солдат яраланиб 4-соатдан сунг куйидаги холатда МПП га келтирилди. Холати огир,совук тер, сувсираш,пульс 120 та ,кон босими 80/40 мм.сим.уст.Куйидаги пульс /АДк индекс буйича кон йукотиш микдорини аникланг.;
*1000 мл;
500 мл;
2000 мл;
нурланиш касаллиги
Одонтоген сепсисда инфекциянинг кириш дарвозаси нима хисобланади?
*Тиш, огиз бушлиги
Корин бушлиги
киндик
D 3000мл
Оек-куллар артерияси жарохатида кандай эритма билан 1 ламчи ишлов берилади
*2% кордиамин
фурастилин
Калий перманганат
Кул-оёк жарохати
Окклюзион боғламлар қачон қўйилади?
*пневмотораксда
бош ёрилганда
оёк синганда
тугри жавоб йук
Окма яра ажратмалари (нотугри жавобни топинг)
*хеч нарса ажралмайди
йиринг
Сийдик
гемотораксда
Окма яралар ажратмалари хусусиятига кура булади (нотугри жавобни топинг)
*гармонли
сийдикли
Йирингли
Ичак суюклиги
Окма яралар диагностикаси
*фистулография
ЭКГ
Ангиография

Ликворли
Окма яралар этиологияси (нотугри жавобни топинг)
*Об-хавонинг узгариши
ёт жисмлар
Усмалар
МСКТ
Окма яраларни диагностик текширишларда ишлатиладиган контраст моддалар (нотугри жавобни топинг)
*барий сульфат
тромботраст
Уротраст
Яллигланиш
Окмалар канали кайси малхам билан тампонада қилинади
*Вишневский
лиотон-гель
СТенепар
Верографин
Окмали яралар канаканги асоратлар бериши мумкин?
*флегмона
гангрена
трофизация бузилиши
Оксолин
Окмали яранинг топографиясини аниклаш учун кайси тешириш усули утказилади?
*фистулография
рентгенография
УЗИ
ракка айланади
Оксидланиш хусусиятига ега булган антисептик
*симоб оксистианоз
бор кислота
Хлорамин
ангиография
Оксидловчилар гурухига мансуб антисептикани аникланг?
*Бор кислотаси.
Хлоромин.
Фурагин.
Карбол кислота
Оксидловчиларга киради:
*Борат кислотаси.
Карбол кислотаси.
Хлорамин.
Сулема.

Операцион блок бевосита кимнинг назорати остида булади.

*катта операцион хамширанинг

Кичик хамширанинг

Хақимнинг

Сулема.

Операцион блок хоналарининг умумий хажми канча булади.

*36-40 м²

30-35 м²

27-30 м²

Бош хақимнинг

Операцион блокнинг ишлаб чиқариш хоналаридан қайси бири алоҳида эътибор талаб қилади.

Автоклав

Стерилизация қилиш хонаси

Муолажа хонаси

25 м²

Операцион хоналари доим қандай усулда тозаланаяди.

*Ҳамма вақт хуллаш усулида

Доим қурук усулда тозаланаяди

Спирт билан тозаланаяди

Ювиниш хонаси

Операцион хонанинг ҳарорати қанча бўлиши керак

*24 С

25 С

27-28 С

Формалин ва спирт билан тозаланаяди

Операцион хонасида микроблар сони ҳар 1 м³ да қанчадан ошмаслиги керак.

*500г

300 г

1 млн г

30 С

Операцион хонасини тозалашнинг усуллари нечта.

*5 та

4 та

2та

700 г

Операцион хонасининг ҳаво намлиги қанча

*50%

25%

45%

3 та

Операцион хонасининг ҳавосини дезинфекция қилиш учун яна қандай усуллар бор

*бактерицид ультрабинафша нурлари билан дезинфекцияловчи эритмалар шамоллатириш 35%

Операция жароҳати билан мулоқатда бўладиган ҳамма воситаларда микробларни йукотишни таклиф қилган олим:

*Бергман ва Шиммельбуш

Пастер ва Листер

Пирогов

формалин ердамида

Операция учун мулжалланган асбоблар нечи дақиқа қайнатиш билан стерилланади

*45 мин

60 мин

30 мин

Листер

Операцияда қуйиш учун тайерланган тоза қон қанча муддат ичида қуйилиши керак?

*2 соатгача

10 соатгача

15 соатгача

90 мин

Операциядан кейинги инфекциянинг сабаби ва ташқи муҳитдан тушадиган микроб

*Пирогов

Зиммельвейс

Листер

20 соатгача

Операциядан кейинги инфекциянинг сабаби ва ташқи муҳитдан тушадиган микроб

*Пирагов

Зиммельвейс

Листер

Колесов

Операциядан олдин қулга ишлов бериш усуллари қай бири ёрдамида қулнинг тулик стериллигига эришиш мумкин?

*первомур билан

новосепт билан

хлоргексидин билан

Колесов

Операциялар муддатига қараб фарқланади?

*шошилич, тезкор ва режали

радикал, режали ва поллиатив

Шошилинич, тезкор ва поллиатив
Спастокукосткий-Кочергин усули билан
**Операцион буюмларнинг стериллигини
назорат қилишнинг энг объективи
кайси?**

маълум эриш нуктасига эга булган
дориларни куллаш

бактериологик тестлар

термометрия

куп боскичли, шошилинич ва режали

**Операция жарохати йиринглашининг
олдини олиш учун бажарилади?**

*жарохатни дренажлаш

жарохатга узи сурилувчи чоклар куйиш

герметик боғлам куйиш

Буг босими курсатиши буйича

**Операция пайтида окмали яра йулини
тугри аниклаш ва кесиб ташлаш учун
кайси модда ишлатилади?**

*метилен куки

йодолипол

рентгеноконтраст

жарохатга куплаб, якин жойлашган чоклар
куйиш

**Операциядан сўнг тромбоземболик
асоратларнинг олдини олиш учун?**

*юкоридагиларнинг хаммаси тугри

эластик бинт билан оёкларга бойлам куйиш

антикоагулянтларни куллаш

вазография

**Оралик сохаси зарарланишида одатда
қандай боғлам қўйилади?**

*Т-симон боғлам

Дезо

компрессион

дезагрегантларни куллаш

**Организм иммунобиологик хусусиятини
ошириш максидида кулланилади:**

*анатоксин

антибиотиклар

сульфаниламид препаратлари

окклюзион

**Организм чиниктириш қандай турлари
бор, 1 тадан ташқари**

*уйку фазалари

сув муолажаси

хаво ванналари

гемодез

**Организмга тушган йирингли
микробларга қарши организмни умумий
жавоб реаксияси боғлиқ булмайд:**

*организмда авитаминоз холатига

токсин микдорига

микроблар вирулентлигига

Тугри жавоб йук

**Организмнинг шикастланишга булган
умумий реаксиясини ташхисида қандай
бахолаш мумкин?**

*аррохлик шок

Уткир кон йукотиш

Жаррохлик кома

парчаланган туқималар микдорига

**Орка мия суюклиги (ликвор) каерда
ишлаб чиқарилади:**

*мия коринчаларининг томирли

чигалларида;

мия артериялари ва веналарида;

миянинг каттик ва юмшок пардаларида;

Жаррохлик асфиксия

**Орка мия суюклиги суриладиган
(резорбция этиладиган) жойни
курсатинг:**

*орка миянинг от думи кисми;

катта ярим шарларнинг сагиттал синуси;

гипофиз ва эпифиз;

бош ва орка мияда

**Орка мия умуртқалар орасида қисилган
бўлса ёки умуртқа бир-биридан силжиб
қисиб қолса қилинадиган тактика?**

*ламинэктомия

консерватив

тахтакач қўйилади

бош ва орка мия

**Орка мия усмалари куйидаги неврологик
белгилар билан кечади;**

*сезги, ҳаракат чиқарув функцияларининг

бузилиши, ликвородинамик синовда тусик

топилиш,

оксил-хужайра диссостиясияси; махаллий

огрик,нейродистрофик узгаришлар,оёкларда

ҳаракат функциясининг

бузилиши,бугимлар шиши ва

деформагияси;

чиқарув аъзолари фаолияти бузилиши,

умуртқа погонаси деформагияси, огрик

синдроми, ликворда ститоз ошиши; огрикли

синдром,

орка мия пункцияси

Орка мия чайқалиши белгилар

*ичаклар атония, диурез бузилиш,

сезишнинг камайиши

мускуллар фалажи, ихтиёрсиз харакатлар нафас олишининг бузилиши, брадипное умурткаларда суяк-деструктив узгаришлар, бош мия нервларифаолияти бузилиши, вегетатив узгаришлар

Орқа мия чайқалиши қандай даволанади.

*барча жавоблар тўғри консерватив даволанади узок осойишталик режим тахикардия, артериал қон босимининг пасайиши

Остеомиелитда инфекция иликка тушгач, қанақа паталого- анатомик манзарани юзага келтиради?

*Зардобли яллиғланиш, гиперемия, илик шиши

Сарамас, мастит Томир яллиғланиши, флегмона орқа мия фаолияти рағбатлантирилади

Остеомиелитни қайси инфекциялар чақиради?

*Стафилакокк, стрептококк, энтеробактерия Протеус вулгарис, псевдомонас аерогиноза Пневмококк, гонококк, пептококк Экссудат ривожланиши

Остеомиелитнинг қайси турида физиотерапевтик(балчикли аппликатсиялар ва ванналар) муолажалар қўлланилади?

*Гарренинг склерозловчи остеомиелити

Албуминоз остеомиелит

Броде абсесси

Пр. Морганини, Пр. Инсонстнс

Остеомиелитнинг қайси турида жароратнинг 39-40 градусга етиши, камқувватлилик, эт увишиши каби клиник аломатларини беради?

*Ўткир гематоген остеомиелит

Сурункали остеомиелит

Ўткир травматик остеомиелит

Йирингли артрит

Остеомиелитнинг қайси формаси кўпроқ учрайди?

*Диафизар формаси

Эпифизар формаси

Метафизар формаси

Иккиламчи сурункали остеомиелит

Офистер жангда чанок суяклари жарохатланган. Ахволи огир. Окарган.

Пульси АКБ -80/40 мм. сим. уст. Соатбай

диурез 20 мл. соатиг Шок даражасини аниқланг.;

*Шок III даража-1500 мл.;

Тўғри ичак ёрилган;

Шок II даража-1000 мл.;

Эпифизар, метафизар формаси

Офистернинг унг сониди осколкали яра бор.Уткир огрик ,харорат кутарилиши,совук тер босади.

Жарохатдан водород хиди келади.Умумий ахволи огир. Септик шок. Даво муолажаларини тавсия килинг.;

*Жаррохлик ишлови бериш;

Консерватив даволаш;

ПСС, ПГС;

Шок йук.

Оч кизил рангда, конни пульсастига билан чикиши қандай кон кетиш учун хос:

*артериал

веноз

капилляр

Коннинг бактериологик текширувини утказиш.

Очик ва окклюзион гидростефалияларни бир-биридан фарклашда кулланиладиган усул:

*Арендт синамаси;

вентрикуляр пункстия,

пневмомиелография;

пневмрэнстефалография,

пневмовентрикулография;

паренхиматоз

Очик жарохатда кизариш, шиш, температуранинг кутарилиши нима билан боглик?

*яллиғланиш

кон айланишининг ёмонлашуви

кон айланишининг кучайиши

ангиография, миелография

Очик жарохатни битиш простессини секинлаштиради:

*инфекстиянинг борлиги

кон айланишининг яхшилиги

иннервастиянинг сакланиши

жарохатнинг битиши

Очик пневмотораксда биринчи тез ердан;

*герметик боглов куйиш;

Операстига;

Дори-дармонлар билан даволаш;

жарохат киргоқларининг яхши бир-бирига якинлашиши

Очиқ пневмоторакснинг хавфсизлиги нимада

*кўкс оралиғи баллотомиясини вужудга келтиради

плеврада хаво йиғилиб қолади
инфексия тушиб ривожланади

Упка кон томири оекчаларини операстия килиш

Очиқ синиш қуйидагилар билан кечади:

*тери ёки шиллиқ қават бутунлигининг бузилиши;

мушаклар ва пайлар йиртилиши;
ички аъзоларнинг жарохатланиши;
нафас олиш тўхталади

Очик тешиб утувчи краниостеребрал травма куйидагилардан кайси бири:

*мия каттик пардаси бутунлиги бузилса;
апоневроз кавати бутунлиги бузилса;
калла суяқларининг бутунлиги бузилса;
суяқлар деформастияси аниқ кўриниб турса

Ош тузи гипертоник эритмаси кулланилади?

*Йирингли бушликни санастиёлаш учун Сурувчи компресс учун.
Асбобларни стериллаш
калла юмшок туқималарининг бутунлигини бузилса

Ош тузининг гипертоник эритмаси (5-10%)га тампонларни ботириб куллашдан максад:

*Жарохатдан суюкликни чикаришни кучайтириш.

Микробларга каршилиқ хусусиятини ошириш.

Дренажлаш хусусиятини ошириш.

Сарамасни даволашда.

Ошкозон ярасидан кон кетиш кандай турга киради?

*яширин

ташки

ички

Йукори осмотик босим хосил килиш.

Ошловчи таъсирга эга булган антисептик моддага нима киради:

*Этил спирти.

Фурастиллин.

Формалин.

ташки яширин

Пай панаристийсида зарарланиш кузатилади...

*бармоқларни букувчи пай

букувчи ва ёзувчи пай

бармоқларни ёзувчи пай

Карбол кислотаси.

Панаристий кузгатувчисини аниқланг.

*Стафилококк

стрептококк

кук йирингли таёкча

фалангалар орасидаги бугим

Панаристийда биринчи уйкусиз кеча

булиши оператсияга курсатма деб айтган олим?

*Войно-Ясенский

Стручков

Пирогов

анаэроб бактериялар

Панаристийда огрик характери канак?

*пулсастияловчи

симилловчи

санчувчи

Смолов

Панаристийларда кайси

огриксизлантириш усулидан

фойдаланилади?

*Лукашевич-Оберст

Вишневский

Школьников

санчиксимон

Панаристийнинг асорати нима?

*пандактилит

флегмона

абсстесс

умумий эндотрахеал

Панаристийнинг асосий кузгатувчисини?

*ок стафилококк

анаэроб бактерия

стрептококк

барча жавоб тугри

Панаристийнинг купрок кайси тури учрайди?

*тери

пай

бугим

кук йиринг таёкча

Пандактилитнинг кандай турлари мавжуд?

*барча жавоб тугри

хул некроз тури

курук некроз тури

суяк

Парапроктит очилганда мустахкамлаш мақсадида қанақа боғлам қўйилади?

*Т-симон

Дезо

Гардишсимон

аралаш

Паренхиматоз кон кетганда қайси усул билан фойдаланиш керак?

*Тампонада

Боғлам қўйиш

Кон томирга чок қуйиш

окклюзион

Паренхиматоз кон кетиш деб айтилади:

*жигардан кон кетганда

ичакдан кон кетганда

ошкозондан кон кетганда

Кон томирни боғлаш

Паренхиматоз кон кетишда пульс булади:

*тезлашган

секинлашган

таранглашган

кизилунгачдан кон кетганда

Паренхиматоз кон кетишда тери ранги

қуйидаги қуринишда булади?

*окарган

гиперемия

стианотик

узгармайди

Паренхиматоз органларнинг

шикастланиши нимаси билан жуда

хавфли

*бўшлиққа кон кетиши

кучли оғриқ

асфиксия

иктерик

Паронихия операстиясида қандай

усулдан фойдаланилади?

*Канавел

Оберст-Лукашевич

Клапп

перитонит

Патологик синишда қиради:

*очик синиш

суяк хахими

ёпик синиш

Стручков

Патологик уйқучанлик, оғриқ ва бошка

таъсирларга қузини очиш қуйидагича

белгиланади:

*сопор;

чукур қарахтлиқ;

юзак қарахтлиқ;

тугма синиш

Пенистиллинни қим биринчи булиб

қашф қилди

*Флеминг

Пастер

Пирогов

юзак қима

Перикардга қонқуйилишининг хавфли томони;

*юракда қон тикилиши;

юрак иши етишмовчилиги;

гемоглобиннинг қамайиб кетиши;

Склифосовский

Перитонитда қузатиладиган сйптом

*тахтасимон қорин

юз, бурун, қулоқ учининг қўқариши

эпигастрал соҳада оғриқ

миокард инфаркти

Перитонитда қузатиладиган сйптом номи?

*Схёткин-Блюмберг

Кохер-Волкович

Мондор

асстит

Пешана, қакка ва энса соҳасини епиш учун қулланиладиган бойлам:

*гиппократ бойлам

Вельпо бойлам

стиркуляр бойлам

Боткин

Плазмани қуйқа пленқадаги қўриниши нимани билдиради

*қоннинг яроксизлигини

қон яроклилигини

қон ифлослигини

сакқизсимон бойлам

Плевра бушлигига тешиб қирувчи

жарохатларда энг қуп учрайдиган асорат қайси ;

*Пневмоторакс;

Ковургаларнинг зараланиши;

Упка ва плевранинг яллигланиши;

қоннинг тоза эканлигини

Плевра бушлигидан дренаж най орқали экссудат қиказилди. Қайси антисептика қулланилади?

*Физик.

Микробиологик.

Химик.

Қоннинг ташқарига оқиши

Пневмотораксда кукрак кафасини кайси когурга оралгида пункстия килинади;

*2-чи;

9-чи;

10-чи;

Биологик.

Пневмотораксни кайси даволаш

усулидан бошлайсиз;

*консерватив даволаш;

Операстия килиш;

Махсус даволаш;

11-чи

Пневмоэнстефалогрфия ва пневмовентрикулография куйидаги олим томонидан таклиф этилган:

*Денди;

Макевин;

Кушинг;

Гормонлар билан давалош

Портлаш вактида солдатнинг кул ва оеклари куйган. Куйик майдони ва даражасини аникланг.;

*54% -III даража;

9%-IV даража;

1%-I даража;

Бехтерев

Пролиферация даврида кайси хужайралар ката ахамиятга эга?

*Моноцитлар

Макрофаглар

Лейкоститлар

36%-II даража

Пролиферация даврида кайси

хужайралар катта ахамиятга эга?

*лейкоститлар

моноцитлар

макрофаглар

Фибробластлар

ПТП да ярадорларни тиббий саралашдан мақсад.;

*тиббий ёрдам заруратини аниклаш ва

ёрдам курсатиш;

госпиталга жунатиш;

тезрок эвакуастия килиш;

фибробластлар

ПТП даги боглов хонасида кандай ярадорларга зарур тиббий ёрдам курсатилиши зарур.;

*Ички кон кетиш кузатилганда;

кон кетиш узил кесил тухтатилгандан сунг;

Шокдан чиккан ярадорларга;

шокни олдини олиш

Пульсланувчи гематома (кон лахтаси) қачон ҳосил булиши мумкин.;

*артериал кон томир тешилса;

катта кон томир жароҳатланса;

веноз кон томир жароҳатланса;

Ташки кон кетиш кузатилганда

Радикал операстия хисобланади?

А. холестистэктомия

Б. биопсия

В. плевра бушлигини пункстияси

артерия кон томири энига жароҳатланса

Рак қайси туқимадан ривожланади

*Безли еки коповчи эпителийдан

етилмаган бириктирувчи туқимадан

кон томирдан

Г. ичак ракида айланиб утувчи анастомоз

Регионар антисептикада, антисептик модда юборилади.

*Кул-оёқ юмшок туқималарга

Бугим ичига

Меъда - ичакга

лимфа тугунларидан

Регионар антисептикада, антисептик модда юборилади.

*Қўл-оёқ юмшок туқималарга

Бўғим ичига

Меъда - ичакга

Мушак орасига

Редон дренажлари қайси антисептика турига қиради.

*физик

кимевий

биологик

Мушак орасига

Редон дренажлари қайси антисептика турига қиради.

*физик

кимевий

биологик

механик

Режали операстия утказилади:

*Ут пуфагида тош булганда

Чурра кисилганида

Асфиксияда

механик

Режали операция утказилади?

*ўт пуфагида тош булганида

асфиксияда

уткир аппендиститда
Уткир аппендиститда

Резина кулқоп асбоблар ва бошқа резина буюмларни дезинфекция килиш учун қайси антисептик қулланилади

*Сулема

Риванол

Фурастиллин

чурра кисилганида

Резус мосликни аниқлаётганда сув хаммомида иссиқлик булиши керак:

*45-48 град.

30-35 град.

50-55 град.

Формалин

Резус шоки синамаси яна нима дейилади

*Соловьев

Арикин

Пирогов

55-60 град.

Резус-омил 1940 йилда қайси олимлар томонидан аниқланган?

*Ландштейнер ва Винер

Фишер ва Рейс

Павлов ва Бурденко

тугри жавоб йук

Резус-омил бу нима?

*антитела

аглютиноген

оксил

АҚШ олимлари

Резус-омил бу нима?

*антитела

аглютиноген

оксил

ёт нарса

Резус-фактор қон таркибининг қайси элементида аниқланади?

*Эритроцитларда

Лейкоститларда

Қон зардобида

агглютинин

Резус-фактор нима?

*антигенлар системаси

агглютининлар системаси

агглютиногенлар системаси

Тромбоститларда

Резус-факторни аниқлаш учун керак эмас:

*қон зардобиди

эритроцитлар чуқмаси

антирезус зардоб

агглютинин ва агглютиногенлар системаси

Реинфузия бу:

*Сероз бушлиқларга оқиб кетган қонни қайта қуйиш

Беморни узидан олиб тайерланган консервланган утоконни қайта қуйиш

Донордан рестициентга қуйилаётган қон

сув хаммоми

Реинфузия қачон утказилади?

*Қуқрак ёки қорин бушлиқларига қон кетганда

Ошқозон-ичак трақтига қон кетганда

Мучаллар йирик қон томирлар шикастланганда

Эритроциттар массани қуйиш

Ретелакс нима ?

*Ип газлама толалари билан резинани ўраб олинган эластик найчасимон бинт

халтача ва боғлаш тасмаси

сопқонсимон бинт

Бурундан қон кетганда

Ретроград амнезия, уйқучанлик,

горизонтал нистагм қаби

узғаришларнинг қранистеребрал

травмадаги 1 соат сунг кузатилиши

қандай жароҳатга туғри келади;

*урта даражали мия лат ейиши;

бош мия чайқалиши; о

гир даражали мия лат ейиши;

шинали боғлам

Ретромаммар абсесс қаерда пайдо бўлади?

*сут беэи орасидаги юмшоқ тўқималарда ва

қуқрак қафаси фассиясида

тери остида

сут безлари бўлакчасида

миянинг босилиши

Ретромаммар абсессларда терини кесиш

қайси усулда амалга оширилади?

*Барденхаер усули билан ёй шаклида

радиар кесишмалар

эллипсоид кесишма

сут ё'лларида

Рефлексларнинг умумий чуқур

пасайиши, хушдан кетиш ва

гемодинамиканинг бузилиши. Бу қандай шок

*электр шикастланишдан кейинги шок

совуқ уришдан кейинги шок

қуйишдан кейинги шок

Меё усули билан кесиш

Ривожланиш сабаби ноаник булган сепсис тури:

*криптоген
инфексион
операстиядан кейинги
анафилактик шок

РНК синтези ингибитори

*рефомистин
пенистиллин
ампистиллин
бактериал

Россияда 1-марта карбол кислотани ким ишлатган;

*Субботин

Листер
Пирогов
стипрокс

Россияда ким биринчи булиб кон гурухига мансуб конни куйган?

*Шамов

Боткин
Юдин
Шиммельбуш

Россияда ким биринчи булиб конни мувофокият билан куйган?

*Вольф

Янский
Боткин
Розенгард

Ртут оксистианид кайси антисептик гурухига киради?

*Галлоид

Огир метал тузлари
Сульфаниламидлар
Пирогов

Ртут оксистианид кайси антисептик гурухига киради?

*Галлоид

Огир метал тузлари
Сульфаниламидлар
Альдегидлар

Рус олимлардан биринчи марта асептикани ким таклиф килган;;

*Склифосовский;

Пирогов
Бобров
Альдегидлар

Саккиз соат олдин бош мия жарохати олган беморда бош огриши, айланиши, кунгил айнаши бор, умумий холсизлик кузатилади. Асаб тизимида рефлекслар асимметрияси, нистагм ва энгил

менингеал белгилар. Унг чакка тери ости гематомаси бор. Краниограмма нормад Ликвор кон аралаш. Диагноз куйинг

*миянинг энгил даражали лат ейиши;
унг чакка сохасида тери ости гематомаси;
бош миянинг чайкалиши;

Дьяконов

Саломатлик тугрисида таълимот

*валелогия
саналогия

деонтология

огир даражали мия лат ейиши

санаб утилган даволаш турларидан кайси бири биологик антисептикага таалукли?

*ульфадиметоксин кабул килиш
оксилли пархез

H₂O₂ билан ювиш

этика

Санчилган яранинг илк огир асорати;

*хаетий зарур аъзоларнинг зарарланиши ва кон кетиши;

Жарохатга инфекция тушиши;

Шок ;

Мушак орасига стрептомистин юбориш

Сарамас инфекцияси тери ости клетчаткасига ўтса нима ривожланади?

*флегмона, тўқима гангрена

фурункул

карбункул

Сурункали камконлик ва кон кетиши

Сарамас, скарлатина,

эндокардитларнинг келтириб чиқарувчи кузгатувчилари кайсилар булиб хисобланади?

*стрептокок

ичак таёкчаси

стафилакок

фолликулит, чипқон

Сарамасда инфекция учун кириш дарвозаси нима?

*барча жавоблар тўғри

хилинган жойлар, яралар

ерининг ёрилиши

кук йирингли таекча

Сарамаснинг кайси турида сарамас яллиғланиши йўқолиб, кейин бошқа жойда қайтадан пайдо бўлиши юзага келади?

*Эр. Мигранс

Эр. Буллесум

Эр. Гангреносум	80гр
шиллик пардонинг шикастланиши	100гр
Сарамаснинг қайси турида терида қизариш, шиш билан намоён бўлади?	2.5-3.5гр
*Эритематоз сарамас	Сепсис касаллигида беморнинг кундалик растионини неча литр суюкликлар ташкил этади
Буллёз сарамас	*2,5-3,5л
Эризипелоид сарамас	1л
Эр. Эритхематосус	1-1,5л
Сарамаснинг такрор қўзиб туриши қайси касаллик бошланишига сабаб бўлади?	60гр
*Фил оёқ касаллигига	Сепсисда биокимевий узгаришлар (нотугри жавобни топинг)
Флегмона ривожланишига	*гиперпротеинемия
Фурункул ривожланишига	билирубинемия
Гангреноз сарамас	азотемия
Саркома қайси туқимадан ривожланади; ;	0,5-1л
*етилмаган бириктирувчи туқимадан; ег туқимадан;	Сепсисда жарохат атрофида қандай узгаришлар кузатилади (нотугри жавобни топинг)
тоқайдан;	*терининг кукариб кетиши
Йирингли медиастинитга	жарохат атрофида шиш
Сепсис бу-...	Терининг оқариши
*Бу турли хил микробларнинг ва уларнинг токсинларининг кон оркали барча азо ва тизимларга таркалишидир.	гипопротеинемия
Бу микробларнинг ва уларнинг токсинларининг лимфотугунларига йигилиб қолишидир	Сепсисда қонда қандай узгаришлар кузатилади (нотугри жавобни топинг)
Бу микробларнинг ва уларнинг токсинларининг лимфоайланиши оркали барча лимфотугунларини зарарланиши эпителиал туқимадан	*ЭЧТ пасайиши
Сепсис диагностикаси (нотугри жавобни топинг)	анемия
*УТД, КТ	ЭЧТ ошиши
шикоятлар	Жарохатнинг узидан кулранг- оқиш
анамнез	Сепсисда сийдикда қандай узгаришлар кузатилади
Тўғри жавоб йук	*оксил, цилиндрлар, эритроцитлар пайдо бўлиши
Сепсис касаллигида беморнинг кундалик растионида неча гр йог ташкил этади.	ранги узгаради
*80гр	Узгаришлар кузатилмайди
500гр	лейкоститоз
100гр	Сепсисда тана харорати нечагача кутарилади
Объектив ахволи	39-40
Сепсис касаллигида беморнинг кундалик растионида неча гр оксил ташкил этади.	37-37.5
*100гр	36.8-37
80гр	Хажми ошади
500гр	Сепсиснинг клиник боскичлари (нотугри жавобни топининг)
70гр	*яширин даври
Сепсис касаллигида беморнинг кундалик растионини неча % углеводлар ташкил этади	бошлангич даври
*500гр	Септиемия даври
	кутарилмайди
	Сепсиснинг носпестифик султ имунотерапиясида қандай дори воситалар кулланилади
	*антистафилококк плазмаси

антистафилококкли гаммаглобулин
Полиглобулин
Септикопиемия даври
**Сепсиснинг специфик султ
иммунотерапиясида кандай дори
воситалар кулланилади**
антистафилококкли гаммаглобулин
иммуноглобулинлар
Лейкоконстентрат
Лейкоконстентрат
**Сепсиснинг умумий симптомлар
каторига кирмайди**
*Еток яралар
бош огриги
Уйку бузилиши
Анти кук йиринг плазмаси
**Септик шок ривожланганда улим неча%
ташкил етади**
*70-80%
50-57%
80-90%
Тана хароратининг кутарилиши ва терлаш
**Сийдик пуфаги ёпиқ зарарлангандаги
асоратлар**
*сийдик перитонитига олиб келади, сийдик
флегмонаси, оғир интоксикастига олиб
келади
ферментлари атрофдаги тўкималарга таъсир
этиб, оғир перитонитни чакиради
кон интраперитонеал тарқалиб, кон
аралашган сийдик қорин бўшлиғига тушади.
63-69%
Синиш асоратларига кирмайди;
*Организмнинг сувсизланиши;
Йирик бугимлар жарохатланиши;
Йирик нерв толаларидаги жарохатланиш;
Ички қон кетиш, шок аломатларига олиб
келади
Синиш деган бу
*касаллик натижасида еки мажбурий холда
суяк бутунлиги бузилиши;
бўғим юзаларининг бир биридан силжиш;
суякнинг патологик деформастияси;
Синган жойнинг йиринглаши
**Сифатсиз кон куйиш натижасида пайдо
буладиган асорат**
*бактериал ифлосланиш
гемоллиз булганда
консервланган коннинг ифлосланиши
суяк ёки бўғимнинг шикастланиши

**Скелет тортмаси кайси холларда купрок
кулланилади**
*Болдир, сон ва бармок суяклари синишид;
Оёк суяклари синганда
Кул ва оёк суяклари синганда;
тугри жавоб йук
**Совук стерилизастияда оксиллар
коагулястияси канча харорат атрофида
бажарилади.**
*45-60°С
60-95° С
50° С
Кул суяклари синганд
**Солдат Н.унг оёгида анаэроб инфекстиа
туфайли даволанаяпти. Оёги сон
сохасидан пастки учлиги ампутастия
килинган. Яра битган. Сизнинг эксперт
хулосангиз.;**
*харбий хисобдан учирлиб топилиши
лозим бутунлай яроксиз;
2 ойга дам олиш; тинчлик вақтида
яроксиз харбий вазиятда ярокли;
40° С
**Сон артериясини бармок ьилан босганда
кайси асорат ривожланиши мумкин?**
*Кон кетишнинг давом этилиши
Сепсис
Хаволи эмболия
харбий хизматга ярокли
**Сонга қўйладиган боғламлар кенглиги
қанча бўлади?**
*14 см
12 см
10-12см
Гангрена
**Сопқонсимон бойлам қаерларга
қўйлади?**
*хамма жавоблар тугри
иякга
чаккага
10 см
**Соч халтачаси ва тери ёг безининг
йирингли яллигланиши нима дейилади?**
*фурункул
сарамас
карбункул
бурунга
**Спастокукоцкий-Кочергин усулида кулга
ишлов беришда новшадил спиртининг
кайси асосий хусусиятидан
фойдаланилади**

*ёгларни эриган холатга утказиш хусусияти
антисептик хусусияти
Куритовчи
флегмона
Спиралсимон боғлам мақсади?
*тана ва мучаларнинг катта юзаларини ёпиш
белда жарохат бўлса
оёқ синса
Тери тешикларини кенгайтириш
Стерил боғлов материали нима мақсадда ишлатилади?
*тўғридан-тўғри ярага қуйиш учун
тўғ'ридан-тўғ'ри ярага қўйиш ва боғламларни мустахкамлаш учун
операстиа ичига
қўл чиқганда
Стерилизастия килинган материаллар хао неча кунда бактериологик анализга утказиш зарур
*6-10 кунда
2-3 кунда
хар кун
боғламларни мустахкамлаш учун
Стерилизастия кандай усуллар билан амалга оширилади
*химик, физик
химик, биологик
физик
15 кун
Стерилизастия кандай усуллар билан амалга оширилади
*химик, физик
химик, биологик
физик
химик, физик, биологик.
Стерилизастия сифатини текшириш учун нималардан фойдаланилади
*стериллаш индикаторлари билан
стериллаш лампалар билан
Стериллаш нурлар билан
химик, физик, биологик.
Стерилизастия физик усулларига киради
*термик ва нур билан
этилен, охак, киметермик билан
кимёвий воситалардан фойдаланиш
Ҳамма жавоблар тўғри
Стерилизастия физик усулларига киради
*этилен, охак, киметермик билан
термик ва нур билан
охак, киметермик билан
Ҳамма жавоблар тўғри

Стерилизастиядан ташқари опер.хонаси кандай усулда тозаланади
*физиотерапевтик
биологик
босим остида буг билан
Ҳамма жавоблар тўғри
Стерилизастиядан ташқари операстион хонаси кандай усулда тозаланади
*физиотерапевтик
биологик
босим остида буг билан
Тўғри жавоб йук
СТилиндр шаклдаги боғламлар қаерга қўйилади?
*елка, сонга
бошга
кузга
Ҳамма жавоблар тўғри
Стимулястиа нима
*еколган кон урнини коплаш
химоя кучлари
орнанизм захарланишини олдинини олиш
бармоқларга
СТиркуляр боғлам асосан қаерга қўйилади?
*барча боғламлар циркуляр боғламдан бошланади
оёқга
белга
тугри жавоб йук
СТитрат натрийни захарли таъсирини ва гипокальстемияни олдини олиш учун кандай эритма кулланилади.;
*Кальстий хлор 10% 5 мл эритмаси;
Калий хлорнинг 5% ли 5 мл эритмаси;
Кальстий хлор 5% 5 мл эритмаси;
қўлга
СТитрат шокни олдини олиш учун ишлатилади:
*глюкоза
атронин
кальстий хлорид
Калий хлорнинг 10% ли 5 мл эритмаси
Стрептомистинни куп куллаш.....олиб келади
*эшитиш бузилишига
куриш бузилишига
Хид билишини бузилишига
гемодез
Стресс турлари....
*уткир ва сурункали

яхши-емон
эрта-кечки
Харакатни бузилишига
Субсититутстия нима
*еколган кон урнини коплаш
химоя кучлари
орнанизм захарланишини олдинини олиш
Тугри жавоб йук
Субтенториал жойлашган бош мия усмаларининг клиникаси неврологик симптомларнинг куйидагича нисбати кузатилади:
*умумий бош мия симптомлари учокли симптомлардан устивор булади;
менингеал симптомлар умумий бош мия симптомларидан устивор;
дислокасион симптомлар локал симптомлардан устивор;
тугри жавоб йук
Сурункали анемия билан касалланган беморга кандай килиб кон куйиш мумкин?
*Вена ичига томчилаб
Артерия ичига
Суяк ичига
учокли симптомлар умумий бош мия симптомларидан устивор
Сурункали интракраниал гипертензиянинг рентгенологик аломатлари куйидагича:
*суяк юпкаланиши, чоклар ва кон-томирлар тасвирининг кенгайиши,
бармок изларининг чуқурланиши;
эпифизнинг силжиши ва охакланиши;
суяк дефектлари ва баъзи жойларининг буртиши;
Тугри жавоб йук
Сурункали остеомиелитнинг қайси турида жаррохлик ё'ли билан йирингли ўчоқ ёрилади, гранулятсия қириб олиб ташланади?
*Олле остеомиелити
Склерозловчи остеомиелит
Броде абсесси
асос бушлиги ва калла суяги деформастияси
Сурункали остеомиелитнинг қайси турида суяк трепанатсия қилинади, йиринг чиқариб юборилади, бўшлиққа плomba қўйилади?
*Броде абсесси
Албуминоз остеомиелит

Склерозловчи остеомиелит
Ўткир травматик остеомиелит
Сурункали чайқалиш туфайли қайси касаллик келиб чиқади
*вибрастия
травматик
очиқ синишлар
Гематоген остеомиелит
Сурункали чайқалишда бемордаги ўзгаришларни белгиланг
*бўғимларда вақт ўтиши билан склеротик ўзгаришлар
кон қуйилиши
шиш
мия чайқалиши
Суспензорийли боғлам мақсади?
*мойкни кўтариб туриш
оралиқни химоялаш ун
чурраларни ёпиш
суякларда кисталар пайдо бўлади
Сут беzi саратонида усма диаметри 2,5см гача ва периферик лимфотугунлар узгармаган булса касалликнинг қайси боскичига тугри келади:
*1
2Б
3
Тугри жавоб йук
Сут беzi фиброаденомасида курсатилган:
*Сут беzi резекстияси
Химиотерапия
Нур билан даволаш
3А
Сут безининг 0,5 см дан кичик усмаларида диагностика мақсадида курсатилган:
*Маммография
УТД
Пальпастика
Гормонотерапия
Сут безининг инфилтратсиясида қандай дори воситалар қўлланилади?
*навакаинли антибиотиклар
химиятерапия
канамитсин кунига 1-2 грамм
Перкуссия
Сут безлари бўлакчасининг йирингли яллиғланиши нима деб аталади?
*м. интрагландуларис
м. суперфисиалис
м. адолссентиум
спазмолитиклар

Сут безларининг яллиғланиши нима деб аталади?

*мастит

Абссестес

Гидраденит

м. неонаторум

Суяк ичига қон қуйиш қим томонидан ташкил қилиган

*Аитки

Пирогов

Ронин

карбункул

Суяк панаритсиясида рентгенологик узғариш нечанчи кунда аникланади?

*2-хафтанинг охири си

4 хафта

1 ойда

тугри жавоб йук

Суяк синганда транспорт иммобилизастиясидан фойдаланишнинг максади?

*суяк булақларини силжишини олдини олиш

жарохатга инфекция тушишини олдини олиш

синган суякни даволаш максадида

7 кун

Суяк синишларида йиринглашнинг олдини олишни самарали усули?;

*бирламчи жаррохлик ишловини куллаш.;

антибиотикларни мушак ичига юбориш; антибиотиклардан суяк ичига юбориш;

репозистия максадида

Суяк синишларида шок олдини олишнинг самарали усулларида бири. (ПТП да);

*новокаинли махаллий огриксизоантириш

(Вишневский усули);

операстия қилиш;

иммобилизастия қилиш;

антибиотикларни суяк ва мушак ичига

юбориш

Суяк усти пардаси яллиғланишининг қанақа турлари бор?

*сероз, йирингли

геморрагик

оқма ярали

наркоз бериш

Суяк усти пардасининг яллиғланиши нима деб аталади?

**переоститис

стеомелитис

оститис

зардобли, йирингли

Суяк хасмолида йирингли тешик яралар қачон пайдо булади.

*2-хафта

3хафта

1 ой

остеоартроз

Суяклар синганда даволовчи иммобилизастия сифатида қандай боғламлардан фойдаланилади.;

*Юмшок бойламлардан;

Крамер шинасидан;

Дитерхс шинасидан;

1,5 ой

Суяклар синишида уларнинг анотомик жойлашувига қура қандай турланади.

*метафизар, эпифизар, диафизар.;

Метафизар, диафизар;

Буйига, энига, эгри синишлар;

Гипсли бойламлардан

Суякларнинг синиш характериға қура қандай турлари фарк қилинади.;

*Очик ва ёпик.;

Тешиб утган, тешиб чикан.;

Тешиб чиккан, тешиб утган, теккан.;

Юкори, паски ва урта учлигидан

Схокнинг турлари

*травматик, геморрагик, кардиоген, токсик инфекциян, анафилактик

абдоминал, торакал

физик, кимёвий, механик, электр

Тешиб утган, тегиб утган, кур.

Талок ёпиқ зарарлангандаги асоратлар

*Ички қон кетиш, шок аломатларига олиб келади

ферментлари атрофдаги тўқималарга тасир

этиб, оғир перитонитни чақиради

қон интраперитонеал тарқалиб, қон

аралашган сийдик қорин бўшлиғига тушади.

эректил ва торпид

Талок чуқур ёрилган холларда қон кетишини узил-кесил тухташиш?

*талок артериясини боғлаш

ёрикни тикиш

спленэктомия

сийдик перитонитига олиб келади, сийдик флегмонаси, оғир интоксикастига олиб келади

Тананинг кайси соҳасида маҳаллий иммунитет кучли ривожланган?

*юзда

кукракда

оралик соҳасида

талокнинг ёрилган жойини пломбалаш

Тананинг турли хил соҳаларида, ички аъзоларда йирингли метастатик учоклар пайдо бўлиши:

*септикопиемия

септистемия

абсстесс

бармоқларда

Тендовагинитда дастлаб қандай даволаш усулидан фойдаланилади?

*антибиотиклар

иммунитетга таъсир этувчи препаратлар

эрта операстия

флегмона

Тери ости панаристийсини даволашда қандай кесмалардан фойдаланилади?

*жуфт ёнбош кесма

понасимон кесма

йирингли учок уртасидан кесма

лазеротерапия

Тери ости панаритсийси учун хос бўлмаган белгини аниқланг.

*флюктуастия

огрик

шиш

радикал кесма

Тери ости эмфиземаси купрок қайси

холларда юз бериши мумкин;

*Пневмотораксда;

Гемотораксда;

Хилотораксда;

тугри жавоб ёк

Тери ости эмфиземасининг оғир асорати

*асфиксия

пневмоторакс

гемоторокс

Гемоперитонеумда

Тери панаристийда экссудат қаерга йигилади?

*дерма каватлари орасида

тирнок олди ёстикчасида

гиподерма каватда

иккиламчи инфекция манбаи

Тери панаристийсида қандай асоратлар қузатилади?

*лимфангит

тромбофлебит

сепсис

дистал фалангаларда

Терида сарғиш, хира ёки геморрагик экссудат билан тўла пуфакчалар пайдо бўлиши сарамаснинг қайси турига хос?

*Эр. Буллесум

Эр. Гангреносум

Эр. Эритхематосус

кафт флегмонаси

Терининг ва шиллик пардаларнинг

кучайиб борувчи уткир яллиғланишидир бу...

*сарамас

флегмона

карбункул

Эр. Мигранс

Терининг жунли қисмига қуйиш мумкин эмас:

*елимли бойлам

бинтли бойлам

косинкали бойлам

лимфангит

Терининг, камроқ шиллик пардонинг кучайиб борувчи ўткир яллиғланишига нима дейилади?

*Сарамас

Карбункул

Флегмона

трикотаж бойлам

Термик стерилизастия қилиш нечта фазада олиб борилади

*4

3

5

Абсстесс

Термик усулда стерилизастия қилиш автоклавда қанча харорат керак

*110-140°C

160-200° С

90-100°C

2

Терминал ҳолатлар босқичлари кетма-кетлигини топинг:

*эректил, торпид ва клиник улим

эректил, суниш ва тугаш

талваса олди, талваса ва клиник улим

220°C

Тешилган яранинг купинча епилиб колиши сабаби;

*Яра тешигини кушни аъзолар бекитиб куйиши ;

Яранинг кушни аъзоларга утиши;

Саратонга айланиши;

талваса, клиник улим ва биологик улим

Тиб конунлари нечта китобдан иборат

*5

4

6

Меъда овкат утиш кисмининг торайиши

Тиббиетда ишлатиладиган ок

гигроскопик дока кайси антисептика

турига киради.

*физик

кимевий

биологик

3

Тиббиетда ишлатиладиган ок

гигроскопик дока кайси антисептика

турига киради.

*физик

кимевий

биологик

механик

Тикилган кичик асептик оператсиядан

кейинг жароҳатларни химоя қилиш учун

нималардан фойдаланилади ?

*Барча жавоб тўғри

коллодий

БФ -6

механик

Тиқиш ипининг кайси бири сурилиб

кегиш хусусиятига эга ;

*Кетгут;

Ипак;

Соч толаси;

Бинт

Тирик туқималарнинг кон оқаетганда

жойларда етказиш кон тухтатишдан

кайси усули киради.

*биологик

химик

физикавий

Лавсан

Тирнок ости хасмолининг даво усулини

аниқланг

*оператив

консерватив

УВЧ

термик

Тишланган жароҳатга тегишли белгини аниқланг;;

жароҳат четлари нотекис ва йиртилган холда;

жароҳат четлари текис;

жароҳат атрофи қонталаш ва шилиниш билан;

ноинвазив усул

Тишланган жароҳатнинг хавфли

асоратини курсатинг;

*Кутуриш касаллиги ривожланиши;

Кон кетиш;

Карахтлик;

жароҳат соҳада кучли оғриқлар

Томирни кенгайтирувчи моддалар

*1,2,3,4,5,6,7

1,3,4,5,6

1,2,3,4,5,6

Кокшол касллиги ривожланиши

Тортувчи боғлам функсияси?

*суяк бўлақларини тортиш

бўғимларни итариш

харакатни чеклаш

1,4,5,6,7

Тошбақасимон боғлам тури?

қайталанувчи, тарқалувчи

қайталанувчи

стиркуляр

харакатчанликни таминлаш

Травма сабабли хуши чуқур карахт еки

сопор, ички аъзолар фаолиятида кисман,

жиддий яримшар ва краниобазал

симптомлар кузатилган беморнинг

ахволини баҳоланг;;

*огир;

урта;

терминал;

тарқалувчи

Травма тасирида организм хаёт

фаолиятининг бузилиши ва ундан келиб

чиқадиган гомеостазнинг комплекс

ноаниқлиги ... деб аталади

*травматик касаллик

шок

коллапс

ута огир

Травмадан зарарланишлар умумий

хирургик касалликларнинг неча %ини

ташкил қилади

*30-35

15-20

50-60

травматик токсикоз

Травмадан сунг беморда бир соат беҳушлик икки марта қусиш кайд этилган. Менингеал белгилар, нистагм, чап томонлама енгил гемипарез бор. Қалла суяги унг тепа-чакка сохада ёрилган. Ликвор оч кизил рангд Тугри жавобни танланг:

*урта даражали миянинг лат ёйиши, калла суягининг унг тепа-чакка сохада ерилиши, субарахноидал кон куйилиши;
0.1-0.2

Травматик захарланиш ташхисини аник куйиш учун қайси усул кулланади;

*Корин бушлиги ва кукрак кафаси аъзоларини ультратовуш б-н текшириш;
А/д ни улчаб пульсни санаш;
Кон ва сийдикни текшириш;
бош миянинг чайкалиши, чап томондан гемипарез; бош миянинг босилиши,

Травматик захарланишга қайси белги хос эмас;

*жарохат сохада оғриқлар ва харакатлар йўқлиги;
жарохат сохада кучли оғриқлар;
кўнгил айниш холсизлик;
Корин бушлиги аускультастияси

Травматик захарланишга карши курашда қайси усул яхши натижа беради;

*рентген нури билан даволаш /рентгенотерапия/;
Огрик тухтатиш билан бирга утказиладиган даво мажмуини куллаш /комплекс терапия/;
Дегидратастияли /терапия/ даволаш;
эзилган оек шишган кукимтир ва таранглашган

Травматик захарланишга нима сабаб бўлиши мумкин::

*узок вақт аъзо ёки тукмалар эзилиши; куйиш;
шикастланиш билан бирга овқатдан захарланиш;
Физиотерапия килиш

Травматик касаллик неча даврдан иборат

*1

2

3

асоратланган синишлар ва чиқишлар

Травматик касалликнинг қайси даври нисбий адаптатсия даври ва

асоратларнинг эрта пайдо бўлиш даври хисобланади

*2

1

3

4

Травматик команинг характерли ташки белгиларини аникланг::

*менингеал белгилар, ликворея, марказий фалажлик ва безовталиклар;
сийдик хиди анкиши, баланд кон босими, менингеал белгилар;
огиздаги астетон хиди, юздаги шиш, тил тишланиши ва бошдаги жарохат излари;

4

Травматик токсикоз қайси босқичлардан иборат?

*эрта, оралик, кечки

енгил, ўрта, оғир

эрта давр, кечиккан асоратлар, соғайиш даври

талвасалар, куп терлаш, беихтиер сийиб куйиш

Травматик токсикозда қайси оқсил буйрак найчаларининг беркилишига олиб келади

*миоглобин

гемоглобин

албумин

бошланғич, барқарорлашган, охирги давр

Травматик токсикозда қайси органлар етишмовчилиги кузатилади

*жигар-буйрак

нерв системаси

ўпка

трансферрин

Травматик узок муддатли комадан сунг ички органлар фаолияти

муътадиллашуви биров мия пустлоги

функстияси тикланмаслиги қандай аталади::

*вегетатив (аппалик) холат;

астеник синдром;

бульбар синдром;

қалқонсимон без

Травматик шок фазалари

*эректил ва торпид

енгил ва оғир

коллапс ва шок

эпилептик статус

Травматик шокда юрак томир фаолиятини ўз холига келтириш учун қилинадиган чора тадбирлар

*барча жавоблар тўғри
йўқотилган қон ўрнини тўлдириш
*вазопрессорларни қўллаш
енгил, ўрта, оғир

Травматик шокни даволашда биринчи навбатда қулланилади:

*наркотик огриксизлантирувчи воситаларни қуллаш
блокадалар
беморларни исситиш
қон кетишни тўхтатиш

Травматик шокнинг қайси босқичида нафас сони 30-40та, қон босими 70-50, харорати паст.

*И
ИИ
ИИИ

антигистамин воситаларини қуллаш

Травматик шокнинг торпид фазаси қайси даврлардан иборат

*бошланғич, барқарорлашган, охирги давр
енгил, ўрта, оғир
эрта давр, кечиккан асоратлар, соғайиш
даври
ИВ

Транспортли иммобилизация синишларда қачон қулланилади;

*бемор шифохонага юборилишидан олдин;
Суяк булаклари қулда жойига қуйилгандан сунг;
Остеосинтез қилингандан сунг;
эрта, оралик, кечки

Трофик яра деб нимага айтилади?

*шиллик каватларда озикланиш бузилиши сабабли пайдо булган нуксонга айтилади
суякларнинг озикланиши бузилиши муносабати билан юзага келадиган нуксон
Бугимларнинг нуксонланиши
Сийдик умумий анализидан сунг

Трофик яра ойокда булса қандай консерватив даволанади

*оёқ иммобилизацияси
массаж

Жисмоний ҳаракат
Тугри жавоб йук

Трофик яра, бу-...

*Тери, шиллик каватларда озикланиш бузилиши сабабли пайдо булган нуксон

Тери, шиллик каватларда карбонат ангидритнинг йигилиб қолиши
Оғир автохалокатдан кейин ҳосил буладиган буртма

Даволовчи жисмоний тарбия

Трофик яралар этиологияси (нотугри жавобни топинг)

*жисмоний зуриқишни ошиши
лимфостаз

Трофик бузилишлар

Тана харорати кутарилганда тери каватларининг кизариши

Трофик яраларни даволаш усуллари:

*Консерватив ва оператив

Склеротерапия

Оператив

Артериал омиллар

Трофик яраларнинг келтириб чиқарадиган сабаблари:

Артериал омиллар, веноз омиллар, трофик бузилишлар, юкумли омиллар
Ошқозон-ичаклар яра касалликлари, қон кетиш билан асоратланган
Қуп микдоридаги қусишлар, кабзиятлар, ич кетиши

Химиотерапия

Трофик яраларнинг патогенезида асосий рол уйнамайди:

*антибиотикотерапия

туқималар ишемияси

микростиркуляциянинг бузилиши

Бош мия қон айланишининг бузилиши, афазия, аритмиялар

Трофик яраларнинг ривожланиши натижасида қандай асоратлар ҳосил булиши мумкин:

*Қон кетиши, йиринглаши, купол чандиклар ривожланиши, малигнизация жараёни юзага келиши

Шок ҳолати ривожланиши, беморнинг эс-хушининг бузилиши

Ўткир нафас, буйрак етишмовчилигига моддалар алмашинувининг маҳаллий бузилиши

Трофик яраларнинг ривожланиши учун зарур булган шароитларни курсатинг:

*Туқималарда иннервация, қон айланиши ва мода алмашинувининг бузилиши

Тана суякларининг синиши

Ошқозон ва 12-бармоқли ичак яраларидан профуз қон кетиши

Ўткир полиорган етишмовчилигига
Трофик ярани пайдо булиш сабаблари?
*махаллий кон айланишнинг бузилиши
ёғ махсулотларнинг куп истемол килишдан
Умумий кон айланишнинг бузилиши
Бош мия кон айланишининг бузилиши,
афазия, аритмиялар
Т-симон боғламлар қандай мақсадда ишлатилади?
*Оралик зарарланишида
бошда
елка чиқишида
А ва Б тугри
Тугма суяк чиқиши юзага келади:
*туғиш пайтида
она корнида
тугридан кейин биринчи соатларда
умуртқа синишида
Тугридан-тугри кон куйишнинг камчиликлари куйидагилардан иборат:
*беморга куп кон куя олмаслик
тоза кон куйиш
коннинг хамма биологик субстатларининг сакланиши
чакалоклик даврида
Тугридан кейинги сепсисни келиб чиқишига сабаб, инфексияни врачлар кулидан ички текширув пайтида утиши деган фикрни айтган олим:
*Земмелвейс
Листер
Бергман
кон стабилизаторларининг булмаслиги
Тузилишига кура окма яралар.....(нотугри жавобни топинг)
*мускул окма яралар
эпителиал
Лабсимон
Шиммелбуш
Тук жигар рангли кон кетиш хос:
*венадан кон кетишига
артериядан кон кетишига
капиллярдан кон кетишига
Гранулястияли
Тукима оркали томирни боғлаш усули канча ишлатилади
*томир лигатураси тоник хафи булса
томир енса
томир йиртилса
паренхиматоз аъзодан кон кетишига
Тукималарда чекланган холда йиринг тупланишига нима дейилади?

*абсстесс
гидроденит
флегмона
тугри жавоб йук
Тукималарни ювиш учун неча % ли оксидловчилар ишлатилади:
*2-5 % ли.
6-7 % ли.
2-6 % ли.
фурункул
Тукималарни ювиш учун неча % ли оксидловчилар ишлатилади:
*2-5 % ли.
6-7 % ли.
2-6 % ли.
2-4,5 % ли.
Турларнинг ўралиш йўналиши?
*ўнгдан чапга
чапдан ўнгга
фарқи ёк
2-4,5 % ли.
Тўқималарнинг узок эзилиш синдроми
*Краш синдроми
Мондор синдроми
организмнинг яллиғланишга умумий қарши реаксияси синдроми
юкоридан пастга
Уз конини куйиш нима деб аталади?
*аутогемотрансфузия
тугридан-тугри куйиш
бевосита куйиш
Хашимото синдроми
Узок давом этган йирингли простесс учун характерли белги:
*ички органлар амилоидози
ривожланган лейкоцитоз
гектик температура
ретрансфузия
Уйгонмаслик ва кузини очмаслик,огриқдан кам ва чекланган даражада таъсирланиш куйидагича бахоланади;;
*юзаки кома;
чукур карахтлиқ;
сопор;
ривожланган махаллий гиперемия
Уйгонмаслик, огриқдан таъсирланишнинг мутлок йуқолиши куйидагича номланади;;
*чукур кома;
чукур карахтлиқ;
юзаки кома;

юзаки карахтлиқ

Уйку артериясидан кон кетганда бармоқ билан томирни каерга босиб кон кетиши тухтатилади?

*умуртканинг кундаланг усигига

калконсимон безга

умров суягига

сопор

Ук отувчи ва ядро куролидан яраланган ярадорларнинг неча % га ОмедБД да кон куйиш зарурати булади.;

*15-35 %;

10-15%;

5-10%;

буйин мушагига

Укдори жароҳатларида бирламчи хирургик ишлов беришни таклиф этган олим:

*Пирогов

Рейер

Листер

50-100%

Улимга олиб келиши мумкин булган

минимал кон йукотиш микдори;

*1500мл;

500мл;

1000мл;

Пастер

Ультратовуш билан стерилизация килинади

*жарроҳ куллари

кичик пластмасса объектлар

боглов материаллар

2000мл

Ультратовуш тулкилар таъсирида нималар дезинфекция килинади.

*кичик пластмасалар

шиша металл буюмлар

резина катетерлар

Кулкоплар

Умров суяги синган беморларга куйидаги бойлам куйилади:

*Вельпо бойлам

тошбакасимон

гиппократ бойлам

Ҳамма жавоблар тўғри

Умумий мия симптомларига кайсилар киради.;

*бош огриги, бош айланиши, кушиш, куз

тубида тургунлик, психик бузилиши;

кушиш, бош айланиши, эпилептик хуружлар, афазия; психик бузилишлар,

нерв илдизи симптомлари, координацион

бузилишлар, рефлекслар асимметрияси;

кайтиб келувчи бойлам

Умумий хирургик булимларда беморлар етадиган хонанинг кенглиги 1 уринда канчани ташкил килиши керак.

*6.5-7.5 м2

5.3-6.5м2

6-7 м2

бош огриги, парез ва параличлар, курув

нервлари диски тугунлиги

Умурткалар остеохондрози

патогенезидаги кетма-кетлик

даврларини курсатинг

*ностабиллик, чуррали, диск ичи

узгаришлари, терминал; чуррали,

ностабиллик, терминал, диск ичи

узгаришлари;

диск ичи узгаришлари, терминал, чуррали,

ностабиллик; терминал, ностабиллик,

чуррали,

7.2-7.8 м2

Унг елканинг паски учлигида куплаб

пуфаклар бор. Елка ва билак соҳаси

шишган. Териси кулранг. Яра

кайнатилган гуштга ухшаш, мушаклари

куруниб турибди. Жароҳат кандай

турланади. Сизни харакатингиз?;

*Анаэроб палатага;

жарроҳлик булимига;

Боглов хонасига;

диск ичи узгаришлари

Унг елканинг паски учлигида куплаб

пуфаклар бор. Елка ва билак соҳаси

шишган. Териси кулранг. Яра

кайнатилган гуштга ухшаш, мушаклари

куруниб турибди. Жароҳат кандай

турланади. Сизни харакатингиз?;

*Анаэроб палатага;

жарроҳлик булимига;

Боглов хонасига;

операстиа хонасига

Унг оёқ, чап кул ва бош соҳаси куйган

куйиш майдонини ва куйиш даражасини

аникланг;

*36%-огир;

10%-енгил;
20%-уртача;
операстия хонасига

Унг сон сохаси курул яротдан жарохатланиб кон кетганда (сон артерияси жарохатланган). Тиббий биринчи ёрдам курсатиш тартибини айтинг. А-огриксизлантириш, Б-асептик боғлам, В-жгут куйиш, Г-иммобилизастия, Д-антибиотиклар;

*А+Г+Д+Б+В;

Д+Б+А+Г+В;

В+Б+А+Д+Г;

64%-ута огир

Унг сон сохаси курул яротдан жарохатланиб кон кетганда (сон артерияси жарохатланган). Тиббий биринчи ёрдам курсатиш тартибини айтинг: А-огриксизлантириш, Б-асептик боғлам, В-жгут куйиш, Г-иммобилизастия, Д-антибиотиклар;

*А+Г+Д+Б+В;

Д+Б+А+Г+В;

В+Б+А+Д+Г;

Г+Д+А+Б+В

Упка марказий эндобронхиал саратоннинг эртанги клиник белгиси:

*Йутал ва кон тупуриш

Нафас олганда хансираш ва огрик

Пневмоторакс

Г+Д+А+Б+В

Упка саратонини асосий даволаш усули бу:

*оператив

Консерватив

Химиотерапия

Юкори тана харорати

Упка усмаларини аниклаш учун кулланилмайди:

*Пневмомедиастинография

Рентгеноскопия

Томография

Гормонотерапия

Урта даражали бош мия лат ейишга хос белгилар куйидаги гурухда акс эттирилган:

*бир соатгача хушдан кетиш, учокли (локал) симптомлар кузатилиши, мия кутиси копкоги ва асосининг синиши, субарахноидал кон куйилиши;

киска муддатли беҳушлик, нафас олиш ва юрак аритмиялари, кон босимининг ошиши; тетраплегия, курак ва бел-думгаза сегментлари фаолиятини бузилиши, субарахноидал кон куйилиш;

Бронхоскопия

Урта даражали кранистеребрал травмалар гурухига куйидагилардан кайси киради:;

*бош миянинг урта даражали лат ейиши,

бош миянинг сурункали босилиши;

бош миянинг чайкалиши,

бош миянинг енгил ва урта даражали лат ейиши;

кулок ва бурундан кон ва ликвор окиш, узок муддатли кома холати, тана харорати ва кон босимининг кутарилиши

Урта даражали кранистеребрал травмалар гурухига куйидагилардан кайси киради:;

*бош миянинг урта даражали лат ейиши,

бош миянинг сурункали босилиши;

бош миянинг чайкалиши, бош миянинг

енгил ва урта даражали лат ейиши;

бош миянинг огир даражали лат ейиши ва бош миянинг чайкалиши;

бош миянинг огир даражали лат ейиши ва бош миянинг чайкалиши;

Урушда ярадорларни даврама-давр даволаш услубини ким таклиф килган ?;

*Оппель;

Леонардов Б.К.;

Смирнов Е.И.;

бош миянинг урта даражали лат ейиши ва бош мияни уткир босилиши

Усма кайси йул билани таркалмайди

*имплантастион

лимфатик

контакт

Ахутин М.Н.

Усмани аниклашда текширув усули информатив эмас:

*Бемор анамнези

Эндоскопик текширув

Биопсия

кон томир оркали

Усмани аниклашда текширув усулларига кирмайди

*бактериологик экма

бемор анамнези

биопсия
 СТитологик текширув
Утказувчанликнинг юкоридан пастга караб бузилиши,орка мия илдизлари зарарланганда юзага келадиган огриклар кайси усмалар учун характерли?;
 *интрамедулляр;
 экстремедулляр; метастатик;
 орка мияни босувчи лаборатор текширув
Утказувчанликнинг юкоридан пастга караб бузилиши,орка мия илдизлари зарарланганда юзага келадиган огриклар кайси усмалар учун характерли?;
 *интрамедулляр;
 экстремедулляр;
 метастатик;
 кукс оралиги усмалари
Уткир аппендицитда лапароскопик операстиянинг асосий кулайлиги:
 *Жараённинг табиати ва таркалганлигига бахо бериш
 Операстиянинг кам харажатли булиши
 Яхши косметик самара
 орка мияни босувчи кукс оралиги усмалари
Уткир йирингли инфексия учун кандай лабораторик курсатгичлар хараактерли эмас:
 *тромбоститопения
 лейкоцитоз
 нейтрофилез
 Йирингли асоратларни олдини олиш
Уткир йирингли инфексия учун характерли эмас:
 *лейкопения
 температуранинг ошиши
 тахикардия
 СОЭнинг ошиши
Уткир кон кетишда камконликнинг сабаби?
 *стиркулястиядаги кон хажмининг камайиши
 олигоурия
 томирлар кискариши
 лейкоцитоз
Ушбу микроорганизмлардан кайси бири сепсисни кузгатмайди?
 *Эубактерия
 стрептококк
 стафилококк
 юрак фаолиятининг бузилиши

Ўлимга олиб келиши мумкин бўлган минимал қон йўқотиш микдори;
 *1500мл;
 500мл;
 1000мл;
 анаэроб
Ўлимга олиб келиши мумкин бўлган минимал қон йўқотиш микдори;
 *1500мл;
 500мл;
 1000мл;
 2000мл
Ўмров суяги синганда 1-ёрдам сифатида қандай боғлам қўйилади ?
 *дезо
 суспензорий
 окклюзион
 2000мл
Ўпка артерияси тромбозмболиясини униклашда ёрдам берувчи текшириш усули?
 *ЭКГ
 Рентген
 УЧД
 дезо ва суспензорий
Ўпканинг парчаланиб ёрилиши нимага олиб келади
 *клапанли пневмоторакс
 гидроторакс
 плевра бўшлиғида экссуда хосил бўлишига коннинг кимёвий тахлил
Ўрмаловчи боғлам қаерга қўйилади?
 *қўл ва оёкга
 *бошга
 оёкга
 клапанли гидроторакс
Ўсмани аниклаш текширув усулларига кирмайди:
 *Бактериологик экма
 Бемор анамнези
 Биопсия
 кузга
Ўсмирларда сут безларининг яллиғланиши нима деб аталади?
 *м. адолессентиум
 м. неонаторум
 парапроктитис
 Эндоскопик текшириш
Ўта кучли захар булиб ипак тайерлашда ишлатилади
 *сулема
 рух сулфат

Симоб

пхлебитис

Ўткир гематоген остеомиелит қанақа асоратларни юзага чиқаради?

*Умумий йирингли инфекция, камқонлик, ички а'золарнинг амилоид бўқиши

Суяк ички склерози

Суяк пардасининг қалинлашганлиги

фурастиллин

Ўткир гематоген остеомиелит кўпинча қайси суякларда учрайди?

*Найсимон суяклар

Ясси суяклар

Ғалвир суяклар

Секвестрларнинг мавжудлиги

Ўткир йирингли касалликларда

антибиотикотерапиянинг давомийлиги:

*10-12 кун.

5-7 кун.

12-15 кун.

Ғовак суяклар

Ўткир кон йукотишда қанча кон йукотилса улимга олиб келади?

*2500,0 мл

500,0 мл

1000,0 мл

15-20 кун.

Ўткир лимфаденит сурункали фазага ўтганда қандай жараён юзага келади?

*без тўқимаси гиперплазияси, фиброз индуратсия

сероз ва йиринг яллиғланиш

лимфагранулематоз

1500,0 мл

Ўткир остеомиелитга нималар қиради?

*Гематоген, травматик

Олленинг албуминоз остеомиелити

Броди абсесси

абсесс, флегмона

Ўткир остеомиелитда суяк секвестрлари мавжуд бўлса қандай даволаш методидан фойдаланилади?

*Радикал оператсия (секвестрэктомия)

Физиотерапевтик муолажа

антибастериал терапия

Гарренинг склерозловчи остеомиелити

Ўткир травматик остеомиелитнинг

йирингли асорати натижасида нимага сабаб бўлиши мумкин?

*Оёқ ёки қўл қорқсонга учрашига, сепсисга, ички аъзоларнинг амилоид дегенерастияланишига

Флегмона, фибриноз экссудат пайдо бўлишига

Лимфаденит, оқма яралар, фиброз

индурастия юзага келишига

Паллиатив оператсия

Фаол аспирастияга қирмайди:

*Жане шпристи билан.

Бюлау буйича дренаж.

Электроотсос.

Калстий тузларининг тўпланиб қолиши,

сероз йирингли яллиғланиш юзага келишига

Фибринолиз бу:

*Кон ивишининг пасайиши

Кон ивишининг юкори булиши

Кон томирнинг шикастланиши

Вакуум системаси.

Физик антисептикага қирмайди:

*Жарохатни ювиш

Гипертоник эритма куллаш.

Жарохатни дренажлаш.

Кон кетиш

Физик антисептикада ишлатилади

*хаммаси

фен аппарати

тампонлар

Капилляр ва гигроскопик материаллар

ишлатиш.

Физик антисептикани мохияти нима?

*Микробни улдириш

Иммунитет кутариш

Микробни зайифлаштириш

дренажлар

физик антисептиканинг мазмуни

А. шикастланган сохадаги микроблар

ривожланиши учун нокулай шароит яратиш

Б. бемор иммунитетини ошириш

В. Микробнинг патогенлик хусусияти

пасайтириш

Микроб спораларини улдириш.

Физик антисептикларга мисол

келтиринг:

*Шикастланган жойни тампон ёрдамида

дренажлаш

Фермент сакловчи малхам билан боғлаш

Некрозга учраган туқимани олиб ташлаш

Г. Микробларни йук қилиш

Физикавий антисептика усулларига

қирмайди:

*Стериллик.

Осмотик.

Гигроскопик.

Антисептик билан ювиш

Физикавий антисептика усуллари
кирмайди:
 *Стериллик.
 Осмотик.
 Гигроскопик.
 Диффузия.

Физикавий антисептиканинг асосий вазифаси нима?
 *Микробларни йук қилиш.
 Организм реактивлигини ошириш.
 Жароҳат ажратмасини ташқарига чиқариш.
 Диффузия.

Физикал текширишда кирмайди
 *сийдик умумий таҳлили
 палпастика
 пульсни санаш
 Токсинлар сурилишини қамайтириш.

Флегмона бошланғич босқичида қандай даво чораси қурилади?
 *консерватив
 қон қуйиш
 оператив
 аускультация

Флегмона қузғатувчиси нима?
 *стафилококк
 анаэроб бактерия
 ичак таёкчаси
 тугри жавоб йук

Флегмона нима?
 *тери ости клетчатканинг уткир тарқалган яллигланиши
 соч халтаси ва тери ёғбезининг йирингли яллигланиши
 лимфа тугунларининг яллигланиши
 қук йиринг таёкча

Флюктуация қайси касалликнинг муҳим симптоми ҳисобланади?
 *абсцесс
 Гидраденит
 Флегмона
 тер ва апокрин безларининг уткир яллигланиши

Формалин буглари билан стерилланади
 оптик системали асбоблар
 шпристлар
 Резина қулқоплар
 фурункул

Фурацилин жароҳатни ювиш учун қандай концентратияда ишлатилади?
 *1: 5000
 1: 200
 1: 500

Кесувчи асбоблар
Фурацилин қайси концентратияда ишлатилади?
 1:5000
 1:200
 1:500
 1: 10000

Фурункул абсцессга утганда қандай даволанади?
 *фақат хирургик даво
 лазеротерапия
 УВЧ-терапия
 1:2000

Фурункул дастлабки босқичида қандай узғаришлар бўлади?
 *Соч халтасида маддали думбокча ҳосил бўлади
 атрофи кизаради
 танада шиш
 консерватив даво давом эттирилади

Фурункул қузғатувчиси?
 *тилларанг стафилококк
 анаэроб бактерия
 ичак таёкчаси
 чандикланиш қузатилади

Фурункул нима?
 *соч халтаси ва тери ёғбезининг йирингли яллигланиши
 клетчатканинг уткир тарқалган яллигланиши
 лимфа тугунларининг яллигланиши
 қук йиринг таёкча

Фурункулда қанча вақтдан сунг чандикланиш қузатилади?
 *икки ҳафта
 1 ой
 1 ҳафта
 тер ва апокрин безларининг уткир яллигланиши

Фурункулда қузатиладиган асоратлар берилган қаторни аниқланг
 *барча жавоб тугри
 лимфаденит
 сепсис
 1,5 ой

Фурункулдаги конуссимон яллигланиш марказида нима ҳосил бўлади?
 *чегараланган йирингли некроз
 майда тугунлар
 тери яралари
 флегмона

Фурункуллэзни даволашда қулланилади?

*барча жавоб тугри
иммунитетга таъсир этувчи препаратлар
антибиотиклар
папиллома

Фурункулнинг улимга олиб келувчи асорати нима?

*веноз синусининг тромбози
абсесс

флегмона
хирургик муолажа

Ҳаво инфекцияси профилактикасига кирмайди

*операстия майдонида ишлов бериш
ультрабинафша нурлари

Никоб тақиш
перитонит

Ҳаво стерилизаторлари ишининг курсатгичи.....булиб ҳисобланади.

*рангли индикаторлари
ТИК-6

гидрохинон
Ҳаво алмаштириш

Ҳаво стерилизаторлари ишининг курсатгичи.....булиб ҳисобланади.

*рангли индикаторлари
ТИК-6

гидрохинон
Хамма жавоблар тугри

Ҳаво эмболияси қайси веналар шикастланишида қуп учрайди?

*буйин венаси
юз венаси

қул венаси
Йод

Ҳавсиз усмаларга қиради:

*фиброаденома
атерома

десмоид
оёқ венаси

Ҳавфли усмаларда бутун организм танасига таъсир қилувчи даволаш турини курсатинг:

*химиотерапия
Криохирургия
Гормонотерапия
тухумдон кистомаси

Ҳавфли усмаларда камқонликни сабаби нима булади?

*аррозив қон кетиш
ишемия
В 12 витаминининг сурилишини бузилиши
физиотерапия

Ҳавфли усмаларнинг диагностикаси:

*СТитоморфология, биопсия
Рентгенография
Коннинг умумий тахлили
кахексия

Ҳавфли усмаларнинг замонавий назарияси бу ...

*Хюбнер ва Годаро назарияси
Вирхов назарияси

Фишер-Вазельс назарияси
Сийдик умумий тахлили

Ҳавфли усмаларнинг қайси босқичида паллиатив операстиялар утказилади:

T4 N3 M1
T1 N0 M0

T3 N2 M0

Зильбер-Конгейм назарияси

Ҳавфли усмани радикал операстия қилиш керак;

*1 ва 2 босқичида;
Факат 1 босқичида;

3 ва 4 б-чда;

T2 N1 M0

Ҳавфли усмани радикал операстия қилиш керак;

*1 ва 2 босқичида;
Факат 1 босқичида;

3 ва 4 б-чда;

Факат 4 б-чда

Ҳавфсиз ўсмани олиб ташлашнинг мутлоқ курсаткичлари;

*малигнизастияланиши;

секин ўсиши;

ўсма атрофи яллиғланиши;

Факат 4 б-чда

Ҳавфсиз ўсмани олиб ташлашнинг мутлоқ курсаткичлари;

*малигнизастияланиши;

секин ўсиши;

ўсма атрофи яллиғланиши;

ўсманинг оғриши

Ҳаётин системалар функциясининг тўсатдан прогрессив пасайиб кетишига ... дейилади

*шок

травматик касаллик

қоллапс

ўсманинг оғриши

Ҳалгача ва боғлов тасмаларидан иборат боғлам тури?

*суспензорий

окклюзион
коррегастион
травматик токсикоз
Хамширалик жараени 1-боскичи мохияти
*Беморни текшириш
бемор муаммолари
парвариш режаси
контурли
хамширалик иши 1 боскич нимадан иборат
*Беморни куриқдан утказиш
тиббий ёрдам курсатиш режасини тузиш
Курсатилган хамширалик ёрдамнинг натижасини баҳолаш
хамширалик тахлили
хамширалик иши 2 боскич нимадан иборат
*Бемор муаммоларини аниқлаш ва хамширалик ташхисини куйиш
беморни куриқдан утказиш
тиббий ёрдам курсатиш режасини тузиш
Бемор муаммоларини аниқлаш ва хамширалик ташхисини куйиш
хамширалик иши 3 боскич нимадан иборат
*тиббий ёрдам курсатиш режасини тузиш
Курсатилган хамширалик ёрдамнинг натижасини баҳолаш
беморни куриқдан утказиш
Курсатилган хамширалик ёрдамнинг натижасини баҳолаш
Ҳамширалик иши 5 боскич нимадан иборат
*Курсатилган хамширалик ёрдамнинг натижасини баҳолаш
режалаштирилган хамширалик тиббий ёрдамни амалга ошириш
беморни куриқдан утказиш
ёрдамнинг натижасини баҳолаш
хамширалик иши неча боскичга булинади?
*5
3
4
Бемор муаммоларини аниқлаш ва хамширалик ташхисини куйиш
Хамширанинг халқаро шарҳи ойномаси қачондан чоп этила бошланди
*1929
1922
1930

6
Хар бир тур ўзидан олдинги турнинг қанчасини эгаллайди?
*1/2, 2/3 қисми
3/4 қисми
ўзидан олдинги тур устидан тушмайди
1939
Хар қандай тасодифий жароҳат ҳисобланади:
*инфекция тушган
кокшол билан зарарланган
кучли кон кетадиган
тўғри жавоб ёқ
Харбий жароҳат инфекциясининг олдини олиш учун ёнида нима булади.;
*ИА;
ИПП;
ИПП;
шокка олиб келадиган
Харбий-дала жарроҳлиги фанининг асосчиси ким?;
*Пирогов Н.И.; .
Вишневский; .
Еланский Н.Н.;
СМВ
Хафвли усмаларга хос эмас
капсула булиши
атипия
метастаз бериши
Оппель
Химиявий антисептика моддаларининг таъсири нимага асосланган:
*Бактериостид таъсир.
Захарсизлантириш таъсири.
Махаллий таъсир.
полиморфизм
Химиявий усулда кон кетишни тухтатишга қиради:
*аминокапрон кислотасини куллаш
фибрин пленкасини куллаш
кон куйиш
Биологик таъсир.
Химояловчи боғлам яна қандай аталади?
*асептик
корригастион
окклюзион
тромбинни куллаш
Хирург қўлини ишлов бериш учун ишлатилади
*спирт
Калий перманганат
Симоб

компрессион

Хирургик инфекциянинг классификациясига куйидагилар киради:

*махаллий уткир йирингли инфекция операстиядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши

кон томирларида йирингни таркалиши
фурастиллин

Хирургия сузи қайси тилдан олинган?

*Грекча.

Лотинча.

Арабча.

сурункали чиритувчи инфекция

Хирургияда инфекцияни рифожланиш факторига кирмайди:

*сапрофит инфекциянинг мавжудлиги организмнинг иммунобиологик кучи микробнинг микдори ва вирулентлиги
Узбекча

Хлоргексидининг неча фоизли сувли эритмаси ишлатилади:

*0,5-0,02 % ли.

100 % ли.

30-40 % ли.

беморнинг аллергиясиз даражаси

Хлоргексидининг неча фоизли сувли эритмаси ишлатилади:

*0,5-0,02 % ли.

100 % ли.

30-40 % ли.

10-40 % ли.

Ҳозирги вақтда лапоротомия қайси

огриксизлантириш усули билан бажарилади;

*эндотрахеал огриксизлантириш орқали;

Никоб орқали;

Вена ичига наркоз моддаларини юбориш;

10-40 % ли.

Хона хавосини нурлатиш муддати нечи соатдан ошмаслиги керак

*6-8 соат

23 соат

4-5 соат

Махаллий огриксизлантириш

Чакалоқларда купрок учрайдиган сепсиснинг бирламчи учоги:

*киндик

одонтоген

отоген

7-9 соат

Чакалоқларда орқа миянинг пастки чегараси қайси бел умурткасига тугри келади?;

*иккинчи;

биринчи;

учинчи;

гинекологик

Чакалоқларда сут безларининг яллиғланиши нима деб аталади?

*м. неонаторум

м. Адолессентиум

парапроктитис

туртинчи

Чап кукрак VII-ковурга йуналишида узунлиги 6 см ли чизикли яра бор. Синик ковурга учи қуриниб турибди. Яра орқали хаво сурилади. Пульс АКБ-70/60 мм.сим.уст. Яра қафт билан ёпилади. Кон қусиш қузатилади. Ташхис?;

*очик пневмоторакс;

зуриқувчи пневмоторакс;

ёпик пневмоторакс;

пхлебитис

Чап сон соҳасида иккита яра бор: олд юзасида 1x1 см ва орқа юзасида 3x5 см енгил кон окмоқд Ранги оқарган. Ахволи уртача пульси 100 та 1 мин; АКБ-99/55 мм.сим.уст. Шок даражасини аниқланг.

*биринчи даражали шок;

ииккинчи даражали шок;

учинчи даражали шок;

кукрак эмфиземаси

Чап соннинг олд пастки учлигида 3x5 размерда яра бор. Яллиғланган.

Мушаклар ранги қайнатилган гуштга ухшаш, мушаклар қуриниб турибди.

Жароҳат қандай турланади? Сизни ҳаракатингиз?

*Клостриадал мионроз;

Клостриадал бузхмаган йеллюлит;

Столбняк (кокшол);

шок ҳолати йук

Чап соннинг юқори учлиги қатта яра бор, енгил кон окмоқд Оқарган. Умумий ахволи оғир. Актив ҳаракат чап оёқда йук. Жароҳатда қатта суяк булақлари бор. Ташхи;

*чап сон бугимининг тешиб кирган
сохасидаги яраланиш;
думбанинг яраланиши;
сон суягининг синиши;
Абстесс

Чепест тананинг қайси қисмига ишлатилади?

*бошга
оёқга
қўлга
соннинг лат ейиши

Чиритувчи инфекциянинг махаллий белгилари:

*Жарохат ифлос, хира, кизгиш-кулрангада булиши

Каймоксимон, окиш рангли ажралма
Суюк ажралма, курумсимон лахталар
аралашмаси билан

қўл ва оёқга

Чириш сабабини очган олим:

*Луи-Пастер

Ливенгук

Пирогов

Жарохат юзаси кизгиш-кулранг , куп
конайди

Шикастланиш касаллигининг қайси даврида буйрак усти беги пўстлоқ қисмидан гормонлар ишлаб чиқарилиши қўпаяди?

*ўткир давр

шокдан кейинг эрта давр

кечиккан шикастланиш

Листер

Шикастланиш туфайли териси кучган жарохатда операстияни кандай тугатиш мумкин

*Красовитов буйича пластика килинади

кучган тукима кесиб ташланади

кесилган тукима тегишли тукимага

тикилади

соғайиш даври

Шикастланишлар классификациясини нималар ташкил қилади

*ишлаб чиқаришга боғлиқ,ишлаб

чиқаришга боғлиқ бўлмаган, қасддан

килинган шикастланишлар

физик, кимёвий шикастланишлар

оддий ва мураккаб шикастланишлар

жарохатни бекитиш учун кесилган

тукимадан қисман фойдаланилади

Шилинган яра купрок қайси аъзода учрайди;

*Бошнинг сочли қисмида;

Болдир сохаси;

Бармоқлар ва кафтда;

механик, кимёвий, электрик, рухий
шикастланишлар

Шиллик каватларидан қон кетишини тухтатиш учун суртиш йули билан фойдаланадиган неча фойзли адреналин ишлатилиши лозим?

*0,1%

0,2%

0,5%

Тизза ва тирсак сохаларда

Шимиш хусусиятини ошириш учун тампон /дренаж/ нима билан хулланади;

*Ош тузининг 10% ли гипертоник эритмаси билан;

Фурастиллин эритмаси билан;

3% пероксид водороди эритмаси билан;

1%

Шимиш хусусиятини ошириш учун тампон /дренаж/ нима билан хулланади;;

ош тузининг 10% ли гипертоник эритмаси билан;

фурастиллин эритмаси билан;

3% пероксид водороди эритмаси билан;

96° этил спирти билан

Шифо китоби деб номланган фалсафий энсклопедиясини ким езган

*Ибн Сино

Гален

Платон

96 град этил спирти билан

Шок индекси 1 даажаси бўлганда йўқотилган қон хажми неча фойзни ташкил қилади

*20-30

40-50

10-15

Гиппократ

Шок индекси 1.5ни ташкил ё`қотилган қон хажми неча фойзга тенг?

*30-50

20-25

10-15

60-70

Шок индекси формуласи

*томир уриши/систолик босим

систолик босим/томир уриши
томир уриши/нафас сони
60-70

Шок индексини таклиф қилган олим

*Алвогер

Пирогов

Кузин

томир уриши/диастолис босим

Шокнинг 1-даражасида кон босими;

*сим уст 90/60мм;

Сим уст 130/90мм;

Сим уст 100/70;

Волтер

Шокнинг 2-даражасига хос кон босими;

*Сим уст 80/50 ;

Сим уст 120/80;

Сим уст 100/70;

Сим уст 120/80мм

Шокнинг 3-даражасига хос кон босими ;

*Сим уст 60/30;

Сим уст 120/80;

Сим уст 100/70;

Сим уст 90/60

Шокнинг қайси фазасида беморнинг нутқи ва ҳаракат қўзғалиши кучли намоён бўлиб, эмоционал белгиларга бойдир

*эректил

торпид

агонал

Сим уст 90/60

Шокнинг коллапсдан фарқи;

*эс-хушнинг сакланиши;

кон босимининг пасайиши;

рефлексларнинг сусайиши;

агонал олди

Шошилич операстияларга курсатма булла олади:

*Меъданинг перфоратив яраси

Жигар раки

Веналарнинг варикоз кенгайиши

ранг окариши

Шошилич операстияларга курсатма була олади?

*меъданинг перфоратив яраси

трофик яра

жигар раки

Трофик яра

Элесфурия нима

*алмашинув йули билан кон куйиш

донор кони куйиш

тугридан-тугри куйиш

липома

Эмарх жгутини куллашга курсатма булиб қайси кон кетиш ҳисобланади?

*артериал

паренхиматоз

ички

тугри жавоб йук

Эпигастрал сохада тусатдан пайдо булган кучли ханжарсимон огриклар қайси касалликда кузатилади;

*Меъда яраси тешилишида;

Бочадондан ташкари булган хамладорликда;

Уткир чириган тешилган аппендиститда;

нейротрофик

Эпифиз усмаларининг клиник манзараси қуйидагилардан иборат::

*муддатдан олдин жинсий вояга етиш, эрта
жисмонийва аклий ривожланиш,
полидипсия, полурия, булимия, нистагм;
эндокрин бузилишлар, семириш, артерия
кон босимини кутарилиши, аденомия,
жинсий ожизлик;

гигантизм, куп терлаш, мушакларнинг ута
ривожланиб кетиши;

Ингичка ичак тешилишида

Эризепилоид тананинг қайси қисмида куп учрайди;

*Бармоқлар;

Юз;

Товон;

умумий дармонсизлик хуружи, вегетатив
кон томир ва рухий бузилишлар, жинсий
безлар гипофункстияси

Эритроцитларнинг меъёрдаги /нормадаги/ кўрсаткичи::

*5,0 х10¹²/л;

6,5 х10¹²/л;

6,0 х10¹²/л;

Билак

Эмарх жгути нотугри кулланилганда нимага олиб келади?

*юмшок туқималарни кисилишига

кон кетишини кучайишига

нервларнинг жарохатига

2,5 х10¹²/л

Эс-хуш бузилиши даражалари кетма-

кетлиги қайси гуруҳда юзакидан чуқурга
караб тугри ифодаланган::

*карахтлик, сопор, юзаки кома, чукур кома, терминал кома; сопор, карахтлик, юзаки кома, чукур кома, терминал кома; юзаки кома, сопор, чукур кома,

огрик кучайишига

Эс-хушнинг равшанлиги куйидаги гуруҳда тугри ифодаланган;

*А хушерлик, ориентир ва адекват реакцияларининг сакланиши; топшириklarни секинлик билан бажариш, ориентирнинг бузилмаслиги; вакти-вакти билан хушерлик, ориентирнинг бузилиши; .уйкуга мойиллик, терминал кома, карахтлик; чукур кома, терминал кома, юзаки кома, сопор, карахтлик

Эхо-энцефалоскопияда М-Эхо сигнал куйидагини курсатади;

*мия урта структураларининг силжиши ва мия ички босимини; мия каттик пардасидаги узгаришларни; мия ярим пардаларидаги умумий узгаришларни;

адекват реакция сакланиши

Юза майда лимфа томирлари яллиғланганда терида қандай ўзгариш бўлади?

*Еритема

сианоз

ариклик

хажмли жараен хажми ва жойлашувини

Юза майда лимфа томирларининг яллиғланиши нима деб аталади?

*лймпхангитис симплекс

лймпхангитис трунсуларис

лймпхаденит

экземаларнинг пайдо бўлиши

Юзаки антисептикага қиради:

*Фурастинин билан ювиш.

Мускул орасига инекция.

Жарохат атрофига киритиш.

лймпхаденитис пурулента

Юқори мучаларнинг иммобилизастион боғламини номи

*Дезо

Гипсли

марляли

Вена томирига 1% фурагин юбориш.

Юмшок боғламларни терига куйиш учун кулланилади:

*клеол

скрипкалар

шиналар

шинали

Юмшок туқималар ноклостридиал инфекцияси қайси клиник шаклда намоён бўлади?

*ионекроз

Фасстиит

СТеллюлит

клейстер

Юмшок туқималарнинг ёпик шикастланишлари нималарга бўлинади

*чайқалиш, лат ейиш, шикастланиш,

узилиш, ёрилиш, эзилиш

санчилган, кесилган, тишланган, узилган

лат ейиш, шикастланиш, эзилиш

лимфаденит, лимфангит

Юмшок туқималарнинг лат ейишида даволаш чора тадбирлар

*барча жавоблар тўғри

1-соатларда совуқ компрессорлар, муз

шиш қамайгандан сўнг физиотерапия ва

массаж

урилган, эзилган, тишланган, санчилган

Юрак ёпик жарохатланишида юз бериши мумкин булган белгиси;

*юрак томпонадаси;

Кусиш;

Сулак окиши;

қонли кисталарда пунксия қилиниб олиниб ташланади

Юрак жарохатланса перикард тикиладими;

*ипак билан қисман оралик куйиб /редкие/ чокланади;

Ипак билан куп чок /частёе/ куйилади;

Кетгут билан тикилади;

Кон босимининг ортиши

Юрак тампонадаси келиб чиқади:

*гемоперикардиумда

гемотораксда

юрак нухсонларида

От ели билан тикилади

Ядроларга махсус жаррохлик ёрдами курсатиладиган госпиталнинг кискартирган атамасини курсатинг?;

*ВПХГ (ТА);

ОМО;

Омед БД;

гемоперитониумда

Яллигланиш жараёнига йирингли инфекция қўшилиб, тери некрози пайдо бўлиши сарамаснинг қайси турига хос?

*Эр. Гангренозум

Эр. Мигранс

Эр. Буллесум

НППГ

Яллигланиш простессидида иссиқ простедура кулланилишига қарши курсатма:

*гар йиринг хосил булган булса

яллигланишни инфилтрастия фазасида

йирингли учокни очгандан сунг

Эризипеллоид сарамас

Яллигланиш холати бошлангич даврида кулланилмайди:

*хирургик муолажа

иситувчи компресс

ултра киска тулкили лазер

тана харорати ошганда

Яллигланиш-инфилтрастия жараёнида антибиотиклар фойда бермаса даво усули.

*операстия

витаминотерапия

иммунотерапия

паст интенсивли лазер

Яллигланишнинг махаллий белгиларига кирмайди:

*СТианоз

Хароратнинг кутарилиши

шиш

совук таъсир эттирилади

Янги олинган жароҳат учун мос эмас:

*Жароҳат кирраларининг очилиб туриши

Кон кетиши

Огрик

огрик

Янги олинган жароҳатда қандай микроблар купрок учрайди?

*Тилларанг стафилококк

стрептококк

кук йиринг таёкчалари

Мускулларнинг кискариши

Янги тасоддифан содир этилган жароҳатларни даволашда инфекцияга

қарши асосан қайси антисептика кулланилади?

*Механик антисептика.

Биологик антисептика.

Химик антисептика.

Энтеробактер

Янги тасоддифан содир этилган жароҳатларни даволашда инфекцияга қарши асосан қайси антисептика кулланилади?

*Механик антисептика.

Биологик антисептика.

Химик антисептика.

Аралаш антисептика.

Яра герметиклигини таъминлаш мақсадида қанақа боғлам қўйилади?

*окклюзион

компрессион

корригастияловчи

Аралаш антисептика.

Яра перфорастияси деган нима;

*Меъда еки 12-б ичак яраси тешилиши;

Ярани саратонга утиши;

Яраинг атрофдаги қушни аъзоларга емириб утиши;

доривор-махсус

Яра тешилишининг ташхислашда қайси текшириш усули билан кулланиш мумкин эмас;

*Меъдани барий куйкаси билан

рентгеноскопик текшириш;

Коннинг биохимиевий текшириш;

Корин бушлигини рентгеноскопик

текшириш;

Меъданинг пилорик кисмида торайиш

кузатилиши

Ярада микроб учун куйидаги қайси шароит булганда йирингли яллигланиш кузатилади?

*озиклантирувчи мухит

ег тукимаси

кислотали мухит

Лапараскопик текшириш

Ярадор Б.умумий ахволи огир. Жангда кукрак соҳасига тешиб утувчи жароҳат олган. Пульси 120 марта 1 мин да, АҚБ-80/60 мм.сим.уст.тенг. Соатбай диурез 20 мл. Кон йукотиш микдори ва шок даражасини аниқланг.;

*IV- даража шок -3000 мл;

II- даража шок-1500 мл;

III- даража шок-2000 мл;

ишкорли мухит

Ярадор кома холатида. Ранги оқарган, беихтиёр равишда пешоб кетиш кузатилади. Энса сохасида конталаш бор. Нафаси 25 марта , 1 минда пульс 100 март Унг томонда чуқур рефлекслар юкори. Бабинский симптоми унгдан мусбат. Энса мушаклари таранглашган. Ташхис куйинг.;

*Бош мия чайкалиши;

Бош мия лат ейиши;

Бош мия босилиши;

I-даража шок -1000 мл

Ярадор Н.холати ярим утирган. Нафас вақтида кукрак олдинги V-VIII ковургалар кукрак кафаси билан бирга сезиладиган тери ости эмфиземаси ва кукариш намоён булган. Сизнинг харакатингиз. А-эвакуастия. Б-регистрастия. В-новокаинли огриксизлантириш. Г-тарокатомия, Д-ковурга клапани тортиш трахеостомия. Е-наркоз;

*Е+Д+В+Б+А;

Г+Д+А+Б+Е;

Б+А+Г+Д+Е;

Эмболия

Ярадор огир шок холатида. Сизнинг хатти харакатингиз? А-юрак марказини стимуловчи пераратлар килиш, Б-кон куйиш, В-гормонал препарат килиш, Г-огриксизлантириш, Д –кислород, Е-операстия.;

*Д+Г+Б+А+Е;

Е+Д+Г+В+Б+А;

А+В+Г+Д+Е;

Д+Е+А+Б+В

Ярадор портлаш натижасида 5 соат давомида тупрок остида колган. Ранги оқарган.Ахволи огир.Куткарилгандан сунг, 50 мин.утгач оёгида шиш,куплаб кон талашлар пайдо булди. Пульси 120,АКБ-80/40 мм.сим.уст.Узок сикилиш синдроми даражасини аникланг.;

*Огир;

Уртача;

Ута огир;

В+А+Б+Г+Д

Ярадор портлаш натижасида кукрак кафаси снаряд яшиги билан сикилиб колган. Нафаси кийинлашган. Тери ранги кукарган, эс-хуши бузилган.

Пульси ипсимон (сушлашган), АКБ-80/40 мм. сим. уст. Юзи шишган. Буйин, юз, куз сохасининг териси нуктасимон конталаш. Беморга диагноз куйинг.;

*Травматик асфиксия;

Кукрак кафаси лат еган;

Гематоракс;

Енгил

Ярадор портлаш пайтида улуктириб ташланган. Чанок сохасида кучли огрик сезган.Тура олмаган. Оеги ярим букилган холда чанок сохасида кучли огриди.

Катетеризастия пайтида 2 л. консимон

пешоб олинган. Корин парда

таранглашган. Сизнинг ОмедБД

дахаракатингиз: А-регистрастия, Б-кон

куйиш, В-лапаротомия, Г-сийдик

пуфагини тикиш, Д-госпитализастия.;

*А+Б+В+Г+Д;

Д+Г+В+Б+А;

Д+А+Г+В+Б;

Пневматоракс

Ярадор хушини йукотмаган. Умурткаси

утмас предмет билан шикастланган. Бел

сохасидаги огрикдан шикоят килади. Оёк

учларини кимирлата олмайди ва

танасининг пастки яримини хис кила

олмайди. Ранги оқарган ,нафаси

тезлашган. Умурка погонасининг кукрак

кисмида конталаш бор. Ташхисингиз.;

*орка миянинг босилиши;

орка мия лат ейиши;

орка мия чайкалиши;

Д+А+Г+В+Б

Ярадорларларнинг сон суяги синиб,

тешиб кирган жарохати бор. II-чи

даражали шок. Сизнинг харакатингиз. А-

эвакуастия. Б-ПСС, В-яра атрофига

антибиотик килиш, Д-шокка карши

муолажалар килиш. Г-иммобилизастия;

*Д+В+Б+Г+А;

Д+Г+А+Б+В;

А+Б+В+Г+Д;

умурканинг синиши

Ярадорларни тиббий турларга булишни ким тавсия килган ?;

*Пирогов Н.И.;

Бурденко Н.Н.;

Джанелидзе Ю. Ю.;

А+Б+Г+В+Д

Ярадорнинг калла суяги синган.

Зурикувчи пневматорак Юзида I-

Пдаражали куйиш. Ярадорни каерга

жунатиш зарур.;

*СВПХГ(ГА);

ВПГЛР;

СВПХГ;

Шамов Н.

Ярадорнинг корин бушлиги

жарохатланган. Окарган. Ичак

чарвисининг ярадан ташкарига чиккан

кисмини кули билан ушлаб турибди. АКБ

60/40 мм. сим. уст. парда зуриккан.

Ташхис;

*Шок перитонит.;

Жигарнинг ерилиши.;

Ошкозоннинг ерилиши;

ВПТГ

Ярадорнинг корни ички аъзолари билан

ёпик жарохатланган, шок холати.-

Ярадорни МПП нинг кайси булинмасига

жунатиш зарур.;

*изоляциярга;

сортировка булимг;

эвакуастия килиш;

Корин бушлигига кон куйилган.

Ярадорнинг кукрак кафасининг унг

томонида тешиб утган жарохати

бор.Ахволи огир.Кукрак кафасида тери

ости эмфиземаси яккол намоён

булган.Кукрак буйин ,корин сохасида

эмфизема перкуссияда унг томонда

тимпаник товуш. Юрак тепкиси чапга

силжиган. Ташхис?;

*зурикувчи пневмоторакс;

очик пневмоторакс;

ёпик пневмоторакс;

операстион булимга

Ярадорнинг унг сониди юмшок

тукималар кафт сохасига тенг хажмда

яраланган. Кон кетиш хажмини

аникланг.;

*500 мл;

100 мл;

1000 мл;

кукрак эмфиземаси

Ярадорнинг эс-хуши бузилган.

Кийинчилик билан саволларга жавоб

беради. Жарохат олган вазиятни эслай

олмайди. Кийимида кусук массалалар

изи, бошида кон талаш ва тирналган

яралар бор.Ташхис куйинг.;

*Бош мия босилиши;

Бош мия лат ейиши;

Бош мия чайкалиши;

1500 мл

Ярани 10% ош тузи эритмаси билан

намланган тампон билан дренажлаш

антисептиканинг кайси усулига киради;

*Физик

Химиевий

Биологик

Калла суягининг синиши

Ярани 10% ош тузи эритмаси билан

намланган тампон билан дренажлаш

антисептиканинг кайси усулига киради;

Физик;

Кимевий;

Биологик;

Механик

Ярани ет жисмлар ва улган

тукималардан тозалаш йули билан олиб

бориладиган хирургик усул

антисептиканинг кайси турига мансуб;

*Механик

Физик

Химиявий

Механик

Ярани ет жисмлар ва улган

тукималардан тозалаш йули билан олиб

бориладиган хирургик усул

антисептиканинг кайси турига мансуб;

*Механик;

Физик;

Химиявий;

Биологик

Биологик

Биологик

Ярани очик холда даволаш

антисептиканинг кайси усулига киради;

Физик

Химиявий

Механик

Биологик

Ярани очик холда даволаш

антисептиканинг кайси усулига киради;

Физик;

Химиявий;

Механик;

Биологик

Биологик

Ярани улбтрабиновшан нурлаш

антисептиканинг кайси усулига киради;

Физик;

Химиевий;

Биологик;

Биологик

**Ярани ультрабиновшан нурлаш
антисептиканинг кайси усулига киради**

Физик

Химиевий

Биологик

Механик

Механик

9. Н А З О Р А Т САВОЛЛАРИ

Билет -1

- 1.Десмургия тугрисида тушунча.
- 2.Кон куйишга курсатма ва карши курсатма.
- 3.Антисептика. Кимевий турига таъриф беринг.

Билет -2

- 1.Кон кетиш. Кон кетиш турлари.
- 2.Коллапсда 1-ердам
- 3.Жарохатга бирламчи хирургик ишлов бериш тартиби.

Билет -3

- 1.Епик жарохатларга 1-ердам курсатиш
- 2.Хирургия сузининг маъноси.Хозирги замон хирургиясидан фарки.
- 3.Асаптика сузи маъноси.

Билет -4

- 1.Очик жарохатларга 1-ердам
- 2.Антисептикани биологик тури
- 3.Кон гурухлари хакида маълумот

Билет -5

- 1.Кон кетишни вактинча тухтатиш
- 2.Богламларга куйиладиган талаблар
3. К.И.И.ни олдинини олиш.

Билет -6

- 1.Ташки кон кетишга 1-ердам
- 2.Асептика
- 3.Суяк синишга 1-ердам

Билет -7

- 1.Очик жарохат турлари
- 2.Инфицирланган жарохатларга хирургик ишлов бериш.
- 3.Хушдан кетганда 1-ердам

Билет -8

- 1.Коннинг томирлардан кетишига кура турлари
- 2.Чайкалиш синдроми
- 3.Антисептиканинг механик тури

Билет -9

1. Хирургияда хамширалик жараенининиг боскичлари
2. Десмургия сузининг маъноси
3. Очик жарохатларни парваришлаш

Билет -10

1. Хирургия тарихи хакида маълумот
2. Асептика сузи маъноси.
3. Касалхона ичи инфекциясини олдинини олишда чора тадбирлар

Билет -11

1. Кон йукотиш даражаларини бахолаш
2. Резус фактор хакида маълумот
3. Венадан кон кетганда 1-ердам

Билет -12

1. Кон кетишни механик тухтатиш
2. Операцион хамширага куйиладиган талаб
3. Жарохатни битиш турлари.

Билет -13

1. Травматик шок
2. Антисептика коидаси. Аралаш антисептика
3. Кон куйишни асоратлари олдинини олиш

Билет -14

1. Очик жарохатларни парваришлаш
2. Десмургия сузининг маъноси
3. Кон кетишни вақтинча тухтатиш

Билет -15

1. Еток яраларни парваришлаш ва даволаш
2. Боглам куйишга куйиладиган талаб
3. Кон кетишни кимевий тухтатиш

Билет -16

1. Кон гурухлари тугрисида маълумот
2. Коллапсда 1-ердам
3. Жарохатга бирламчи хирургик ишлов бериш

Билет -17

1. Антисептика
2. Шикастланиш турлари
3. Хирургик инструментларни стериллигини аниклаш

Билет -18

- 1.Кон гурухлари тугрисида маълумот
- 2.Ички кон кетишда биринчи ердам
- 3.Антисептиканинг биологик тури.

Билет -19

- 1.Сурункали кон кетиш хақида маълумот
- 2.Хирургиянинг хозирги замон хирургиясидан фарқи
- 3.Артериядан кон кетганда 1-ердам

Билет -20

- 1.Кон кетишни батамом тухтатиш
- 2.Асептика
- 3.Епик жароҳатларни даволаш

ЯКУНИЙ НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

Билет -1

- 1.Шикастланишни таспортировка қилиш
- 2.Қарбункул таърифи
- 3.Сурункали хирургик инфекцияга нима қиради

Билет -2

- 1.Имобилизация сузининг маъноси
- 2.Остиомилит турлари
- 3.Гемаангиома нима

Билет -3

- 1.Қуйиш даражалари
- 2.Панарицийни турлари
- 3.Комбинирланган жароҳатга таъриф беринг

Билет -4

- 1.Яхши сифатли усмаларнинг турлари
2. Панаритса нима
- 3.Оператциядан кейинги бемор парвариши

Билет -5

- 1.Сепсис нима
- 2.Маститга таъриф беринг
- 3.Травматологик беморни ренген қуригига тайерлаш

Билет -6

1. Епик шикастларни таспартировка қилиш
2. Уткир йирингли инфекция турлари
3. Линфаадиномага таъриф беринг

Билет -7

- 1.Некрозларни даволаш
- 2.Липома нима
- 3.Онкологик беморлардан анамнез йигиш

Билет -8

- 1.Куйишнинг 3-4-даражасига ердам курсатиш
- 2.Емон сифатли усмаларнинг хусусияти
- 3.Оператциядан кейин беморларни гемодинамикасини назорат килиш

Билет -9

- 1.Усмалар таърифи
- 2.Фурункулни карбонкулдан фарки
- 3.Камбинирланган жарохатни парваришлаш

Билет -10

- 1.Гидроденит нима
- 2.Еток яраларни олдинини олиш
3. Олма яраларни даволаш

Билет -11

- 1.Сепсисни келтириб чиқарадиган инфекция номи
- 2.Сарамас кузгатувчиси
- 3.Маститларни даволаш

Билет – 12

- 1.Кокшол клиникаси
- 2.Сон суяги синганда транспартировка килиш
- 3.Анаэроб инфекция нима

Билет -13

- 1.Карбункул этиологияси
- 2.Йирингли инфекцияга ишлов бериш
- 3.Кушма жарохатни транспартировка килиш

Билет -14

- 1.Сепсис нима
- 2.Хирургияда хамширалик жараени
- 3.Маститни клиникаси

Билет -15

1. Еток яраларни парваришлаш
2. Кокшол клиникаси
3. Панарицийни турлари

Билет -16

1. Тукималар некрози деганда нимани тушунаси
2. Емон сифатли усмаларнинг хусусиятлари
3. Куйиш нима

Билет -17

1. Куйишнинг неча хил даражалари учрайди
2. Кокшол этиологияси
3. Сарамас клиникаси

Билет -18

1. Кокшол клиникаси
2. Гемангиома нима
3. Карбункул тарийфи

Билет -19

1. Сепсис нима
2. Панариций нима
3. Операциядан олдинги бемор парвариши

10. ГЛОССАРИЙ

Аппендикуляр абсцесс - аппендикуляр инфилтратда яллиғланиш жароёнининг йиринглашга ўтиши билан изоҳланади. Бунда, аппендикуляр инфилтратни консерватив даволашга қарамай, бемор аҳвол ёмонлашади, тана ҳарорати, айниқса кечкурунлари юқори бўлади.

Аппендикуляр инфилтрат (чегараланган перитонит) - ингичка ичак қовузлоқлари, катта чарви, йўғон ичакнинг бир-бири ва париетал қорин пардаси билан қўшилиб кетган биргаликдаги яллиғланиши бўлиб, унинг марказини яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ва атрофида йиғилган экссудат ташкил этади.

Бартомье-Михельсон белгиси. Кўпчилик беморларда, чап ёнбош соҳасида ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасини пальпация қилганда оғриқларнинг кучайиши кузатилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тариқа чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул кини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади. Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Бобров — Лук — Шампионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Валь симптоми – ичакнинг механик тутилиб қолишининг характерли белгиси ҳисобланади. Валь симптоми шишиб чиққан ичак қовузлоғи туфайли чегараланган метеоризм пайдо бўлишидир.

Воскресенский симптом – ўткир панкреатитда эпигастрал сохада қорин аортасида пульсация йўқолиши.

Гиршпрунг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам холларда кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачик четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиғи қолади.

Дальмеди симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айти вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Дельрампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёриғининг кенгайиши - лагофталъм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Жирав усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Иванов белгиси – ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушаклари-нинг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суягининг олдинги юқори ўсимтаси орасидаги масофа кичрайиши кузатилади.

Интрасфинктер оқма — оқма канали тўлиқ тўғри ичак сфинктери ичида бўлади.

Кивуль симптоми – қоринни пайпаслаб кўриш ва перкуссия қилиш қорин бушлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида энг тўлиқ тасаввур беради. Перкуссия ёрдамида сигмасимон чамбар ёки кўричак буралганда қисилган қовузлок чегарасини аниқлаш - юқори чегараланган тимпанит симптоми, перитонит сабабли функционал тутилиб қолишда қорин бўшлиғида озод суюқлик борлигидан пайқаш мумкин.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни кўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган. Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини

пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қискариши - “қовоқ қискариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Кўйлак сирпаниши белгиси фақат ўткир аппендицит учун хос бўлган белги ҳисобланади. Бу белги 1940 йил, В.М. Воскресенский томонидан таклиф этилган. Бемор кўйлаги билан қорин девори ёпилади, сўнг ўнг қўл бармоқлари учи билан ўнг ёнбош соҳасидан чапга юзаки ва кескин ўтказилса, оғриқ кучаяди (Воскресенский симптоми, “кўйлак сирпаниши”).

Кукуджанов усули (соддалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри ичак қинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет холида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дубликатура ҳосил қилинади.

Қорин чурраси (hernia) деб, қорин бўшлиғидан ички органларнинг қорин деворидаги табиий ёки сунъий тешик орқали унинг ташқарисига, қорин пардасининг уларни қоплаб турадиган девор олди варағи билан бирга чиқишига айтилади.

Локвуд — Бассини усули — сон ҳалқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади. Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (margo falciformis) ва тароқсимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

Лотеиссен симптоми – айрим ҳолатларда қоринни аускультация қилганда нафақат ичак перистальтикаси йўқолиши, балки юрак уриши ва нафас олиш эшитилади.

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларининг енгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Матье-Скляров симптоми – ичак тутилиб қолганлигини аниқлашда қоринни пальпация қилиш аускультация сингари катта аҳамиятга эга. Хирург қоринни пайпаслаб кўришда қорин пардаси таъсирланиш симптомлари бор-йўқлигини, «чайкалиш шовқини» борлигини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Мейо-Робсон симптоми ўткир панкретитда чап қовурға-умуртқа бўрчагида оғриқ.

Мелихов симптоми - “кахр-ғазаб билан қараш”.

Образцов белгиси – бемор юқорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида энг оғриқли нуқта топилади. Шу соҳада кўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёғини, букмаган ҳолатда 90° га кўтариш илтимос қилинади. Бунда, оғриқнинг кучайиши кузатилади. Оёқ туширил-ганда оғриқ камаяди. Айниқса, чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Обухов касалхонаси симптоми – сигмасимон чамбар ичак учун характерли белги - тўғри ичак сфинктери очиқ турган ҳолатда унинг ампуласи бўш ҳолатда (баллонсимон кенгайиш) бўлади.

Опель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Парлавеччо усули — ташқи халқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Пилефлебит - қопқа венаси тармоқларининг йирингли тромбофлебити бўлиб, жигар абсцесслари, сепсис ривожланишига олиб келади. Беморларнинг аҳволи бу асорат юзага келганда ғоят даражада оғир, интоксикация кучайган бўлади. Тана ҳарорати жуда юқори ва гектик хусусиятга эга бўлади. Жигар гепатоцитларининг зарарланиши оқибатида жигарнинг катталашиши, баъзи ҳолларда сарикликнинг пайдо бўлиши юзага келади. Бемор аҳволи жигар етишмовчилигининг ривожланиши ҳисобига оғирлашади. Бу асоратлар кўшилганда ўлим даражаси юқори бўлади ва беморлар асосан жигар-буйрак етишмовчилигидан нобуд бўладилар.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дубликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади. Бу методикага биноан уруғ тизимчаси бевосита тери остида бўлади.

Праксин усули — кўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Прокунин усули — сон каналидаги ички халқани тароқсимон мускул ва шу номдаги фасциядан олинган лахтак билан ёпилади. Апоневрознинг чов бойламига параллел қилиб кесиб олинган трансплантатнинг энига мувофиқ тилинади. Уруғ тизимчасини юқорига сурилади ва корнцанг ёрдамида сон ҳалқаси зонасидаги кўндаланг фасцияни тўмтоқ ҳолда сурилади. Сон ҳалқаси орқали тароқсимон мускул лахтагини ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасига ўтказилади, унга трансплантат ўрнатилиб, сон каналининг ички тешиги бекитилади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдидан тикилади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Ровзинг белгиси - чап ёнбош соҳасини бир қўл билан босиб туриб, иккинчи қўл билан енгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳаракат қилинганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ (йўғон ичак ичидаги газ ҳаракати натижасида) пайдо бўлиши, бу белгининг мусбатлигидан дарак беради.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Ру усули — **Черни** усулидан фарқли равишда юқоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламини чокка қамраб олади.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида фақат тугунчали чоклар солинади.

Сирпанувчан чурралар. Бу чурра халтчасининг деворларидан бири қорин пардаси билан қисман қопланган (масалан, қовуқ, юқорига кўтариладиган ва пастга тушадиган ичак) чурралардир. Чурра халтачаси камдан-кам холларда батамом бўлмайд.

Ситковский белгиси – бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади. Қуйидаги белги, кўричак ва чувалчангсимон ўсимта тутқичини чўзилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайишига асосланган.

Спасокукоцкий симптоми – қорин бўшлиғини аускультация қилишда аниқланадиган «тушаётган томчилар» симптоми ичак ўткир тутилиб қолишининг характерли патогномоник белгиси хисобланади. Бу сингиб кетган ном симптомининг келиб чиқишига унчалик мувофиқ келмайди: гап «тушаётган томчилар» устида эмас, балки ўзида суюқлик ёки газ сақлаб турган бирор бўшлиққа суюқлик ёки ҳаво пуфакчалари қуйилиши тўғрисида бораяпти.

Спасокукоцкий усули — **Жирар** усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини қамраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яккам-дуқкам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли кўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касаллик-нинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг

аёлларда, эркакларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

Транссфинктер оқма — оқма канали қисман сфинктер орқали ўтади, қисман клетчаткада жойлашган.

Уотсон — **Чейне** усулининг Прокунин усулидан фарқи шундаки, тароқсимон мускулдан олинган асоси юқорига йўналтирилган 6—7 см узунликдаги лахтақ Пупарт бойламига ташқаридан тикиб кўйилади. Трансплантатни томир кинига ва тароқсимон мускулга кўшимча маҳкамланади.

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўқималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чиқган ўткир касаллигидир. Бу касаллик кўп учрайди ва қорин бўшлиғи органларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% холларда учрайди. Касалликни диагностика қилиш қийинлиги, оғир кечиши ва леталлик юқорилиги (ўрта хисобда 8-10%) хирургларнинг диққат-эътиборини тортиб келади, оғир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади. Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан 3-3,5 марта кўпроқ оғрийдилар.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сарбарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар қаторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъ-сири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар хужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қилади, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок кўйилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Чурра дарвозалари — қорин деворининг чурра чиқадиган кучсиз жойларидир (чов чуқурчаси, киндик ҳалқаси, қориннинг оқ чизиғи, диафрагмадаги тешик). Нормада бу тешиклар орқали у ёки бу анатомик тузилмалар ўтади (уруғ тизимчаси, бачадоннинг юмалоқ, бойлами, томир-нерв дасталари ва х, к.). Травматик ва операциядан кейинги чурраларда қорин

шикастланганда мускуллар ва апоневрозларда ёки хирургик операцияда ҳосил бўлган тешиқлар чурра дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Чурранинг таркибий элементлари — чурра дарвозаси, чурра қопчаси, чурра ичидаги нарса, чурра пардаларидир.

Штельваг симптоми - кўзнинг аҳён-аҳёнда пириллаши (очишиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуқтага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Щеткин-Блюмберг симптоми – ўткир аппендицитда ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

Экстрасфинктер оқма — оқма канали чаноқнинг клетчатка бўшлиқларидан ўтади ва сфинктерни четлаб ўтиб, чот терисига очилади.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (энде-мия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркаклар ва аёллар ўртасида деярли баравар бўлади..

11. МУЛЬТИМЕДИЯЛАР, ДИАФИЛЬМЛАР, ЭЛЕКТРОН ДАРСЛИКЛАР

РЎЙХАТИ

<u>Илмий текшириш асослари фанидан тайёрланган</u>	
<u>мультимедиялар:</u>	
	Мавзу
1	Асептика ва антисептика
2	Ҳаво-томчи инфекциясининг профилактикаси
3	Контакт инфекциясининг профилактикаси
4	Касалхона ичи даги хирургик инфекцияни профилактикаси
5	Қон кетишини ташхислаш ва қон йўқотишни даражасини аниқлаш
6.	Қон оқишини тўхтатиш усуллари
7.	Десмургия
8.	Оператив хирургик техникаси
9.	Жароҳат ва жароҳат инфекциялари
10.	Шикастланиш синдроми. Ҳамширалик жараёнининг ўзига хослиги
11	Хирургик аралашувларда ҳамширалик жараёни
12	Ўсмалар синдроми
13	Травматик шок. Узоқ вақт эзилиш синдроми
14	Термик шикастланишлар
15	Суякларнинг синиши ва чикиши

16	Сил
17	Некрозлар
18	Бош, кукрак кафаси ва кориннинг эпик шикастлари

12. КАФЕДРАДАГИ АДАБИЁТЛАРНИНГ ЭЛЕКТРОН ВЕРСИЯСИ РЎЙХАТИ

1. Гуманенко Е.К. (под редакцией) Военно-полевая хирургия. Учебник. ГЭОТАР-Медиа. - Москва. 2008 г.
2. Қориев М., Алимов Р., Гулямов Б.Д., А.Саидов. Ҳарбий дала жарроҳлиги. Дарслик. -Тошкент. 2007 й.
1. .Ю. Быкова, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. «Военно-полевая хирургия» Учебник. – Москва. Издательство ГЭОТАР-Медиа. 2009 г.
2. Е.К.Гуманенко. «Военно-полевая хирургия» Учебник. – Санкт-Петербург. ООО "Издательство Фолиант" 2008 г.
3. Е.К.Гуманенко. «Военно-полевая хирургия» Учебник. – Санкт-Петербург. ООО "Издательство Фолиант". 2008 г.
4. С.А.Жидков, В.Е.Корик, В.Г.Богдан. «Боевая хирургическая травма»: Методические указания. – Минск. ООО “Издательство Фолиант”. 2007 г.
5. В.А. Попов. «Физиологические основы военно-полевой и неотложной хирургии». Методическое пособие для практикующих врачей. Санкт-Петербург. Издательство ЭЛБИ – Санкт – Петербург. 2003 г.
6. Н.А.Ефименко. «Военно-полевая хирургия». Учебник. -Москва. Издательство Медицина. 2002 г.
7. С.А.Жидкова, С.Н.Шнитко. «Военно-полевая хирургия»: Учебник. - Гродно. Издательство Гродно ГрГМУ. 2001 г.
8. А.К.Равской, А.А. Люфинг, Е.А.Войновский, В.М.Клипак. «Огнестрельные ранения живота и таза». Руководство. Москва. Издательство М.: Медицина, 2000 г.
9. Х.А.Мусалатов. «Хирургия катастроф». Учебник. Москва. - Издательство Медицина, 1998 г.
10. П.Г.Брюсов, В.М.Шаповалов, А.А.Артемьев. «Боевые повреждения конечностей». – Москва. Издательство ГЭОТАР. 1996 г.

Интернет сайтлари

1. <http://www.ejbjs.org>
2. <http://www.jbjs.org.uk>
3. <http://www.traumatic.ru>
4. <http://www.trauma.bd.ru>

**13. КАФЕДРА ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИ ТОМОНИДАН
ЧОП ЭТИЛГАН УСЛУБИЙ-ҚЎЛЛАНМАЛАРНИНГ ЭЛЕКТРОН
ВЕРСИЯСИ РЎЙХАТИ**

1.	Каримов Ш.И.	Хирургик касалликлар.	Тошкент.	1996
2.	Савельев В.С.	Руководство по неотложной хирургии брюшной полости.	М.Медицина	1981
3.	Каюмов Т.Х.	Хирургикда ҳамширалик иши.	Тошкент	2006
4.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	М.Медицина	1995
5.	Комилов С.О. Очилов Ў.Б.	Хирургияда ҳамширалик иши	Бухоро	2012

