

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА  
МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ  
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ЎРТА МАХСУС, КАСБ-ҲУНАР ТАЪЛИМИ МАРКАЗИ

ЎРТА МАХСУС, КАСБ-ҲУНАР ТАЪЛИМИНИ  
РИВОЖЛАНТИРИШ ИНСТИТУТИ

*А. Ж. Ҳамраев, М.А. Ҳамедова*

# ХИРУРГИЯ

*Тиббиёт коллежлари учун дарслик*

ТОШКЕНТ „ЎҚИТУВЧИ“ 2002

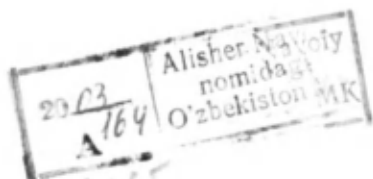
614.0(02/07)

Тақризчилар: Сам. Дав. Тиббиёт институти хирургия кафедраси  
мудири, тиббиёт фанлари доктори,  
проф. А. С. САЛОМОВ.

Самарқанд 2- тиббиёт коллежи директори  
Х. Х. ХОДИЕВ, Жиззах тиббиёт коллежи  
директори, т.ф.н., доцент М. И. СУБХОНҚУЛОВ

Мазкур китоб 2 та бўлим ва 17 та бобдан иборат. Унда ҳамширалар амалиётида энг зарур бўлган мавзулар ёритилган. Китобда хирургия фани ва унинг Ўзбекистонда ривожланиш тарихига ҳам аҳамият берилган. Ҳар бир боб охирида талабалар билимини баҳолаш учун тестлар ва мавзуга доир масалалар келтирилган.

10 29332  
3



X 4108050000—161 Кат.буюртма — 2002  
353(04) — 2002

ISBN 5—645—03977—7

© „Ўқитувчи“ нашриёти, 2002

---

---

## СЎЗ БОШИ

Ўзбекистон Республикасининг „Таълим тўғрисида“ги ва „Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури“ тўғрисидаги қонун талабларига амал қилган ҳолда касб-ҳунар коллежлари учун ўқув дарсликларини янгидан ёзиш бугунги кун талабидир. Шу асосда республикамиз учун чуқур билимга эга бўлган, кенг фикрлай оладиган етук ўрта тиббиёт ходимларини тайёрлаш тиббиёт коллежлари зиммасига юклатилган.

Мазкур дарслик ана шу фикрларни инобатга олган ҳолда Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ҳамда Соғлиқни сақлаш вазирлиги Ўқув-услубий маркази томонидан тасдиқланган режа асосида ёзилган.

„Хирургия“ фани кундалик турмушимизда учраб турадиган ва хирургик йўл билан даволанадиган касалликлар, уларнинг сабаблари, кечиши, даволаш, олдини олиш, стериллаш, хирургик инфекция, қон кетиш, қон қуйиш, беморни операцияга тайёрлаш, оғриқсизлантириш, операциядан кейин парвариш қилиш, десмургия ҳамда жароҳатланиш, „ўткир қорин“ яллиғланиши, ўсма ва туғма нуқсонлар синдромларини ўрганади.

„Хирургия“ фани бошқа тиббий фанлар билан бир қаторда анатомия, фармакология, терапия, ҳамширалик иши, лотин тили ҳамда тиббиёт терминологияси каби фанлар билан узвий боғлиқ ҳолда ўқитилади.

Ушбу дарслик хирургик йўналишидаги талабалар учун мўлжалланган бўлиб, ундаги бўлим ва мавзулар жуда ихчам, содда, мутахассис фойдаланиши учун қулай қилиб ёритилган. Дарсликни ёзишда хирургияга доир бир неча ўқув дарсликларидан ва тиббиёт коллежлари учун ёзилган „Хирургия ва реанимация асослари“ китобидан фойдаланилди.

Дарсликни яхшилашга қаратилган барча фикр-мулоҳазаларингизни бажону дил қабул қиламиз.

Бизнинг манзил: *Тошкент, Навоий кўчаси, 30. „Ўқитувчи“ нашриёти, кимё-биология ва умумтехника адабиётлари таҳририяти.*



# УМУМИЙ ХИРУРГИЯ



## I. КИРИШ

### Хирургия тўғрисида тушунча

„Хирургия“ сўзи юнонча сўз бўлиб, cheir — қўл ва ergon — ҳаракат, иш деган маънони англатади. Хирургия сўзини ҳозирда бундай тушуниш бу фаннинг мазмунига тўлиқ мос келмайди. Бу сўз хирургларнинг чиққан суякларни ўрнига солиш, жароҳатларни тозалаб, унга дори қўйиш ва қон олиш каби муолажалар билан шугулланган давригагина ҳосилдир. Ҳозирги вақтда хирургия деганда тиббиётнинг беморларни консерватив усуллар ёрдамида даволаш билан бир қаторда, хирургик усулда даволаш ҳам тушунилади. Ташхис қўйишда, беморни операцияга тайёрлаш ва операциядан сўнг даволашда патофизиология, гистология, клиник фармакология, иммунология ва биокимёнинг энг янги ютуқларидан фойдаланилади, мураккаб, замонавий тиббиёт техникаси, асбоб ва ускуналари ишлатилади.

Хирургик касалликларни қуйидаги гуруҳларга ажратиш мумкин:

1. Ривожланиш нуқсонлари, норасоликлар ва майиб-мажруҳликлар (қизилўнғач, ингичка ва йўғон ичак, орқа чиқарув тешиги атрезияси, ичакларнинг иккиланиши, қуён лаб, юракнинг туғма нуқсонлари ва ҳоказо).

2. Орттирилган ва паразитар касалликлар.

3. Шикастланишлар (жароҳатлар, суякларнинг чиқиши, синиши, қуйиш, совуқ олиши, электрдан шикастланиш).

4. Хирургик инфекция (абсцесслар, флегмоналар, остеомиелит, суяк-бўғим сили ва ҳ.к.).

5. Ўсмалар (хавфсиз ва хавфли ўсмалар).

6. Эндокрин аъзолар касалликлари.

7. Ўткир яллиғланишлар (перитонит, ўткир аппендицит).

Хирургиянинг равнақ толиши муносабати билан терапевтик касалликлар деб аталадиган айрим касалликлар хирургик усулда даволадиган бўлди (масалан, туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари). Аъзо ва тўқималар (буйрак, жигар, ўпка, юрак)ни трансплантация қилиш (кўчириб ўтказиш) жорий этилиши билан хирургия учун кенг имкониятлар яратилмоқда.

Ҳозирги вақтда хирург ёрдамнинг қўлами анча ошди. Илгари фақат ички касалликлар мутахассислари даволаган кўпгина касалликларга эндиликда хирургик усул билан даволаш натижасида катта ютуқларга эришилмоқда. Ўпка сили, туғма ва орттирилган юрак



нуқсонлари, юрак, жигар, буйрак касалликлари, меъда ости безини трансплантация қилишда хирургик даво ва текшириш усулларининг ўрни салмоқлидир.

Ҳозирги замон хирургиясида фақат механик таъсир кўрсатиш воситаларидан эмас, балки, физика, кимё, биология ва тиббиётнинг назарий фан соҳалари (анатомия, физиология, биокимё, микро-биология, иммунология, фармакология)нинг энг янги ютуқларига асосланган турли боинқа усуллардан ҳам фойдаланилади.

Хирургик операциялар доираси ҳам сезиларли даражада кенгайди. Аслини олганда, организмдаги ҳар қандай аъзо касаллигини хирургик йўл билан даволаш мумкин. Хирургик операция кўп ҳолларда ниҳоятда мураккаб бўлади ва у ўз ичига фақат даволашнигина эмас, балки селектив ташхислашни ҳам қамраб олади. Операциялар пайтида мураккаб аппаратлардан, шунингдек, кўпинча ультратовуш, лазер, магнит майдони, микрооптика, радиоактив изотоплар, бўёқ, контраст моддаларни эритиш билан амалга ошириладиган ташхис усуллари билан бир қаторда, сунъий қон айланиши ва гемодиализ, гемосорбция ва плазмофорез усулларидан ҳам фойдаланилади.

### Хирургик операция ҳақида тушунча

Хирургик операция — беморнинг тўқима ва аъзоларига даволаш ва ташхис мақсадида механик таъсир кўрсатишидир.

**Операцияларнинг турлари.** Операциялар *бажарилиш муддатига кўра*: режали — беморни пухта текшириб тайёрлагандан кейин бир неча кун ўтгач бажариладиган ва *шошилиш* — беморни касалхонага ётқизилиши билан минимал тайёргарликдан кейин шошилиш қилинадиган операция турларига бўлинади.

Операциялар *хусусиятига кўра*: радикал — патологик ўчоқ тўлиқ олиб ташланадиган ва поллиатив турларга бўлинади. Поллиатив турда ўчоқ олиб ташланмаслиги мумкин, бироқ вақтинча операция туфайли бемордаги оғир кечинмалар бартараф қилинади.

Операциялар *бажарилиш турига кўра*: қонли ва қонсиз турларга бўлинади. Қонли тури деганда тўқималарни кесиш, улардан қон оқишини тўхтатиш, тўқималарни бириктиришда чок қўйиш ва операциянинг хусусиятига кўра бошқа муолажаларни бажариш тушунилади. Қонсиз тури қон оқмайдиган хирургик муолажаларни бажариш операцияларидир. Бунга чиққан суяклар ва суяк синиқларини жой-жойига солиш киради.

Операциянинг ҳамма турида, айниқса қонли операциялардан кейинги даврда, инфекциянинг олдини олишга, беморни яхши оғриқсизлантиришга ва кесилган тўқималардан қон оқишини тўхтатишга қаратилган профилактик тадбирлар комплексини амалга ошириш мақсадга мувофиқдир.

## Ҳамширалик жараёни ҳақида тушунча

Ҳамширалик жараёни ҳамширалик ишини ўз ичига қамраб олган замонавий тушунча ҳисобланади. У бемордаги касаллик туфайли юзага келган жисмоний, психологик, ижтимоий ўзгаришларни бартараф қилишга қаратилган даво муолажалари ва тадбирларни ташкиллаштиришдан иборат бўлган бир неча муаммоларни ўз ичига олади.

Ҳамширалик жараёнининг мақсади бемор соғлигини тиклаш, унинг организмни қувватлантиришга қаратилган асосий тадбирларни ўз вақтида бажаришдир. Ҳамширалик жараёни ҳамширадан фақат беморни парваришлашда яхши техник тайёргарликни ва билим савиясини оширишинигина эмас, балки унинг бемор билан шахс сифатидаги муносабатида, муолажа сифатида объект шаклида касбий маҳоратида баҳоланиши керак.

Ҳамширалик жараёни 5 асосий босқичдан иборат:

**1. Ҳамширалик текширишнинг ўтказиш ва беморнинг соғлиги ҳақидаги маълумотларни йиғиш.** Бу иш субъектив ва объектив усулларда олиб борилади.

**Субъектив усулда** — бемордан физиологик, психологик, ижтимоий, атроф-муҳит ҳақидаги маълумотлар йиғилади, унинг шу давргача бўлган тиббий текшириш тўғрисидаги маълумотлари билан танишилади.

**Объектив усулда** — бемор физиологик текширилиб, касалликка оид маълумотлар (ташқи кўриниши, аҳволи, ўриндаги ҳолати, тери ва шиллиқ пардаларининг ранги, ҳолати ва ҳ.к.) қайд қилинади. Беморнинг бўйи ва оғирлиги, ҳарорати, пульси ва қон босими ўлчаниб, ҳужжатлаштирилади ва касаллик тарихи тўлдирилади. Касаллик тарихи ҳамширанинг мустақил касбий юридик ҳужжати ҳисобланади.

**2. Бемордаги мавжуд муаммолар асосида ҳамширалик ташҳисини қўйиш.** Бемордаги муаммолар мавжуд ва келиб чиқиши мумкин бўлган муаммоларга бўлинади.

Масалан, бемор ичагидан қон кетиши ҳолати ҳамширалик ташҳисини қўйиш учун муаммо бўлса, унинг оқибати кейинчалик геморрагик шокка айланиши беморда ҳали юзага чиқмаган, аммо вақт ўтиши билан пайдо бўлиши мумкин бўлган ҳолат деб баҳоланади. Шунинг учун бундай ҳолларда қон қусиш, мелена, бош айланиши, ичакдан қон кетиши, қориндаги оғриқ каби ҳодисалар сезилса, ҳамширалик ташҳиси қўйилади.

Бемор касаллигини аниқлаш ва уни даволашда ҳамшира ва шифокор ташҳисининг аҳамияти катта. Шифокор ташҳисида бемордаги барча патологик ҳолатлар мажмуаси бирлаштирилиб изоҳланса, ҳамшира ташҳисида беморнинг баён қилган шикоятини клиник белги ва реакцияларига асос қилиб олинади.

**3. Ҳамшира фаолиятини режалаштириш ва парваришлаш мақсадини аниқлаш.** Бунда ҳамширанинг даво режаси тезкор ва услубий

мақсадларни ўз ичига олиб, узоқ ва яқин муддатларда бажаришга мўлжалланади ҳамда бемор ҳолатини яхшилашга қаратилган бўлади. Бунинг учун ҳамшира дастлаб ўзининг барча имкониятлари даражасини ҳисобга олган ҳолда беморнинг тузалиш муддатини, даво натижаси ва шарт-шароитларини чамалаб чиқиб, беморни даволаш ва парваришlash режаларини ҳамширалик касаллик тарихига ёзиши лозим бўлади.

**4. Режаларни амалга ошириш.** Бу босқичда ҳамшира касалликнинг олдини олиш, текшириш, даволаш ва реабилитация тадбирларини амалга ошириши лозим.

Ҳамшира муолажалари 3 гуруҳга бўлинади:

**Алоқадор ҳамшира муолажаси** — беморни даволаш шифокор назорати ва кўрсатмаси асосида бажарилади.

**Мустақил ҳамшира муолажаси** — ҳамшира муолажани ўз хоҳиши, фикрлаши бўйича шифокор кўрсатмасисиз мустақил амалга оширади.

**Ҳамкорликдаги ҳамшира муолажаси** — ҳамшира ва шифокор бошқа мутахассислар билан биргаликда даволаш ишларини олиб боради.

**5. Ҳамширалик парвариши даражасини баҳолаш.** Бу босқичда ҳамширанинг фаолияти беморда кузатиладиган динамик ҳолатлар натижаси билан аниқланади. Бунда беморнинг ҳамшира давосидан кейинги тузалиш натижаси, ҳамширалик парвариши мақсадидан келиб чиққан ютуқлари, ҳамшира ёрдамнинг фойдалилик даражаси ва беморни даволашдаги яқуний муаммоларни ечувчи тадбирлар аниқ белгиланади.

### **Хирургиянинг қисқача тарихи**

Хирургиянинг илк куртаклари жуда қадим замонларда пайдо бўлган. Тош асридаги кишиларнинг трепанация қилинган (сунъий тешиклар) калла суяклари қазилмаларда топилган. Қадимги мисрликлар оёқ-қўлларни кесиб ташлашни (ампутация), бичиб қўйишни билишган, синган узун найсимон суякларни қимирламайдиган қилиб боғлаш техникасидан хабардор бўлишган. Қадимий ҳиндлар хирургик ишларни ишлатишган ва тўқималарни тикиш усулларини ишлаб чиқишган. Уларда турли-туман хирургик асбоблар бўлиб, шулар ёрдамида бурунни тиклаш бўйича пластик операциялар бажаришган. Ўша вақтларда табиблар жуда катта ҳурмат-эътиборга сазовор бўлганлар. Кўҳна Юнонистонда ва Римда хирургия юксак даражада ривож топган.

Юнонистонлик Гиппократ илмий тиббиётга ва хирургияга асос солган. Гиппократ йирингли жароҳатларни даволаш, қон тўхтатиш усулларини ишлаб чиққан. У операцияга тайёргарлик кўришда озодаликка қатъий риоя қилиш, тоза ёмғир сувини ишлатишни



*Абу Али ибн Сино*

тавсия этади. Синган суякларни даволашда шиналар, тахтакачдан фойдаланган, мас-саж, бадантарбияни жорий қилган, унинг хирургик техникаси эса жуда юксак даражада эди.

Қадимги Рим табиби Авл Корнелий Цельс ўз даврининг тиббиёт билимларини ўз асарларида батафсил баён қилган. У ҳозирги вақтда ҳам ўз аҳамиятини йўқотмаган. Унда чуррани кесиш, қовуқдаги тошларни олиш, калла суягини трепанация қилиш, қон кетишини тўхтатиш усуллари тасвирлаб берилган.

Эрамининг II асрида яшаган Клавдий Гален физиология, анатомия ва амалий хирургияга доир талайгина қимматли маълумотлар ёзиб қолдирган. Гален томирни бу-

раш йўли билан қон оқишини тўхтатиш усулини билган. Чокларни тикишда ипак ип ишлатган, тиртиқ лабни операция қилиш усулини ва бошқа кўпгина операцияларни ўз китобларида тасвирлаб берган.

Бухоролик буюк олим ва ҳаким, 100 дан ортиқ илмий асарларнинг муаллифи Абу Али ибн Сино (Авиценна, 980 — 1037 й.й.) хирургиянинг ривожланишига катта ҳисса қўшди. Ибн Синонинг ўша даврнинг назарий ва амалий тиббиёт даражасини таърифлаб берган „Тиб қонунлари“ асари алоҳида диққатга сазовордир. Ибн Сино ўзининг ушбу китобида оғриқ ва оғриқсизлантириш, шикастланиш, йирингли яллиғланиш жараёнлари ва жароҳатлар соҳасида ўзининг чуқур билимини намойиш эта олган. Тиббиётга оид асарларида (уларнинг сони 40 дан ортиқ), хусусан, „Тиб қонунлари“да Ибн Сино бутун Ўрта асрлардаги Европа ва Шарқ табобатининг ўзигача бўлган асосий ютуқларини умумлаштириб ва бир тизимга солибгина қолмай, балки ўзининг сермашаққат шахсий тадқиқотлари натижалари билан бойитган ва уларни кўп жиҳатдан ривожлантиришга муваффақ бўлган.

Рус олими В. Д. Петровнинг эътирофи бўйича „Тиб қонунлари“ ўз даврида одамнинг соғлиғига ва касалликларига тааллуқли билимларни ўзига тўла-тўқис қамраб олган бутун бир тиббий қомусдир.

Ўрта асрларда дин ҳукмронлиги туфайли хирургия фани кенг ривожланмади. Чунки инсон ички аъзоларини тўлиқ ва мукамал билиш, ўлим сабабини аниқлаш учун даволаш, мурдаларни ёриб кўриш ва қон чиқариш билан боғлиқ бўлган операциялар тақиқланган бўлиб, бунинг учун ўлим жазоси берилар эди. Хирургия, хусусан, ҳарбий хирургия хунармандлар, сартарошлар ихтиёрида эди. Машҳур француз хирурги Амбруаз Паре (1517 — 1590 й.й.) ўқ теккан жароҳатларни даволаш тўғрисида таълимот яратди. Ампутация техникасини такомиллаштириш ва қон томирларини боғлаш усулларини яратишда унинг хизматлари катта.

Жароҳатларни даволашда Парацельс (1493 — 1541й.й.) кимёнинг ютуқларидан фойдаланди. У жароҳатни битирадиган воситалар ва кўпгина дори препаратларининг қўллаш усулларини ишлаб чиқди. А. Везалийнинг (1514 — 1564 й.й.) анатомик тадқиқотлари, Гарвейнинг (1578 — 1657й.й.) қон айланиш қонунларини кашф қилиши, Левенгук (1632 — 1723 й.й.) томонидан микроскопнинг ихтиро қилиниши хирургиянинг жадал суръатлар билан ривожланиши учун шароит яратиб берди. 1731 йилда Парижда Хирургик академия таъсис қилиниб, у ўша давр илмий хирургиясининг марказига айланган эди.

XVII асргача қон кетиш, йиринглаган жойни кесиш, куйдириб даволаш ҳолларида тампонада қилишга доир маълумотлар аҳён-аҳёнда учраб турар эди. Хирургик ёрдам, асосан, мутахассис табиблар, шикастбандлар томонидан кўрсатилар эди. XVII асрдагина полк шифокорлари, уларнинг қўл остида эса дорихоначилар ва сартарошлар пайдо бўла бошлади. 1654 йилда биринчи рус тиббиёт мактаби („шикастбандлар“) ва иккита муваққат ҳарбий госпитал очилди.

1706 йилда Москвада Пётр I фармонида кўра биринчи госпитал очилди. Бу „Россиядаги тиббиёт мактаби ёки тиббиёт-хирургия билим юрти“ эди. XVIII асрда Петербургда тиббиёт Академияси ва Москвада тиббиёт факультети бўлган университет очилган эди. Бу муассасалар кейинчалик йирик тиббиёт марказига айлантирилди ва хирургиянинг ривожланишига улкан таъсир кўрсатди.

Москва университетиде „Хирургик операциялар баёни“ китобининг муаллифи, профессор Е. О. Мухин салмоқли ўрин эгаллаган эди.

1846 йилда кимёгар Жексон ва тиш врачлари Мортон эфир бугларидан нафас олинса, киши беҳуш бўлишини ва мутлақо оғриқ сезмаслигини исботладилар. 1847 йилда хирург-акушер Симпсон хлороформ наркотини амалиётга жорий қилди. Ўша даврда касалхона ичида юз берадиган инфекция чинакам офат ҳисобланиб, кўпчилик ҳолларда ажойиб тарзда бажарилган операцияларнинг натижасини пучга чиқарар эди. Беморлар жароҳатнинг йирингли зарарланишидан нобуд бўлар эдилар.

Инглиз хирурги Листер Пастер (1827 — 1912 й.й.) мойли ва сиркали бижгишнинг ривожланишида микроорганизмларнинг ролига доир ишларига асосланиб, жароҳатнинг йиринг бойлашига жароҳатга ҳаводан тушадиган тирик микроорганизмлар сабаб бўлади, деган ҳулосага келади. Листер бу микробларга қарши курашиш учун карбол кислота қўллашни таклиф этади. Шу мақсадда у операция хонасига ва хирург қўлига пуркатилар эди. Операция чоклари ва операция жароҳатига ҳам карбол кислотага шимдириб олинган махсус боғлам қўйиладиган бўлди.

*Антисептик усул* хирургиянинг ривожланишига тўртки бўлиб хизмат қилди, бироқ унинг бир қанча камчиликлари ҳам бор эди. Карбол кислота жароҳат регенерациясини секинлаштиради ва сўрилиб, заҳарланишга сабаб бўлиши мумкин. Бу хавфни камайтириш мақсадида Бергман *асептика усулини таклиф* қилди. Бунга, асосан,

яра боғлов материали ва хирургик асбобларни юқори ҳароратда буг билан стериллаш, шунингдек, операциянинг ўзини ва операция блокани асептик ҳолатда тутишни алоҳида ташкил этиш принципи ётади.

Ландштейнернинг қон гуруҳларини кашф этиши ва Янский томонидан қон қуйиш усуллариининг ишлаб чиқилиши хирургиянинг янада ривожланишига сабаб бўлди.

XX асрнинг ўрталарида қизилўнғач, ўпка, юрак, таянч-ҳаракат аппаратида, шунингдек, мия ва нервларда муваффақиятли равишда операциялар ўтказиш усули ишлаб чиқилди ва амалиётга кенг жорий қилинди.

Петербург Тиббиёт академиясида „Клиник хирургиядан қўлланма“ ёзган профессор И. Ф. Буш етакчи олимлардан эди. Унинг шоғирди, профессор И. В. Буяльский хирургик анатомия атласини яратди.

Н. И. Пирогов Москва университетининг тиббиёт факультетини тамомлагандан сўнг Юрьев (ҳозирги Тарту) университетининг профессорлик фаолиятига махсус тайёргарликдан ўтиб, 26 ёшида хирургия кафедрасига бошчилик қилган. „Артерия ўзағи ва фасцияларнинг хирургик анатомияси“ номли асарини нашр қилдирган.

Н. И. Пирогов хирурглар анатомияни, айниқса турли аъзо ва тўқималар орасидаги ўзаро муносабатни ўрганадиган топографик анатомияни яхши билишлари лозимлигини уқтириб ўтади. У топографик анатомиядан атлас яратди. Кейинчалик тиббиёт факультетларида янги топографик анатомия ва оператив хирургия кафедралари пайдо бўлди.

Н. И. Пирогов жароҳатларнинг йиринглаши олдини олиш мақсадида хирургия бўлимининг махсус тартибини ишлаб чиққан. У беморлар ётадиган хоналарнинг яхши шамоллатилишини, шифокорларнинг қўли ва асбобларнинг тозаллиги устидан назорат қилинишини талаб қилган, жароҳатни қайнаган сувда ювиш учун махсус чойнаклар тутишни жорий этган. Шунингдек, йиринглашнинг сабабчиси Гиппократ эслатиб ўтганидек, миазмалар эканлигини уқтирган.

Н. И. Пирогов ўзининг „Умумий ҳарбий-дала хирургиясининг асослари“ китобида жароҳатларнинг олдини олиш ва даволаш чоралари билан бирга „жанг майдонида“ ярадорларни саралашга алоҳида аҳамият бериш керак, деган. У Россияда биринчи бўлиб синган суякларни даволашда гипс боғламлари ишлатишни таклиф этган.

Хирургларнинг бундан кейинги авлоди ўз орасидан бир қанча йирик олимларни етиштириб чиқарди. Улар орасида асептика ва антисептиканинг тарқалиши ва ривожини учун кўп ҳисса қўшган Н. В. Склифосовский алоҳида ўринни эгаллайди.

XX асрнинг бошида Петербургда — В. А. Оппель ва У. Н. Турнер, Москвада — А. В. Мартинов ва П. П. Дьяконов, Қозонда —

В. И. Разумовский, Саратовда — С. И. Спасокукоцкий, Томскда — П. И. Тиховнинг хирургик мактаблари вужудга келди.

С. П. Фёдоров (1869 — 1936 й.й.) буйрақлар, сийдик йўли ва қовуқ хирургиясини ишлаб чиқишга катта ҳисса қўшган. Ўт пуфаги хирургиясига доир бир қанча асарлар яратган.

П. И. Дьяконов (1855 — 1908 й.й.) земство хирурглигидан Москва университетининг оператив ва госпитал хирургияси клиникаси раҳбари лавозимигача бўлган улкан йўлни босиб ўтди. У хлороформ наркозининг хусусиятларини ҳар томонлама ўрганиб чиқиб дунёда биринчилардан бўлиб ўпкани операция қилди ва айни пайтда ўпка томирларининг айрим анатомик элементларини боғлаш ёки кесишни, қизилўнғачни кесиб олиб ташлашни муваффақиятли амалга оширди.

А. А. Бобров (1850 — 1904 й.й.) П. И. Дьяконовнинг устози эди. У моҳир хирурглар авлодини тайёрлади. Уларнинг орасида С. П. Фёдоров ҳам бор эди. А. А. Бобров чуррани кесишнинг оригинал усулини ишлаб чиқди, мия чуррасини операция қилиш ва суяк силени даволаш усулини тавсифлаб берди. Суюқлик юбориш учун мўлжалланган Бобров аппаратидан ҳозирги кунда ҳам фойдаланилмоқда.

С. И. Спасокукоцкий (1870 — 1943 й.й.) ўпка ва плевранинг йирингли касалликлари хирургияси, қон қуйишга доир клиник-экспериментал тадқиқотлар, хирург қўлига ишлов бериш усули ва бошқа соҳаларга оид ёзган қимматли асарлари билан машҳур эди.

1944 йилда тиббиёт фанини ривожлантириш мақсадида собиқ Иттифоқда Тиббиёт Фанлари академияси таъсис қилиниб, у атоқли олимларни бирлаштирди. Хирургия Иккинчи жаҳон уруши йилларида айниқса, катта ютуқларни қўлга киритди. Ярадорларнинг 70% идан кўпроғи даволангандан сўнг сафга қайтди, ваҳоланки, Биринчи жаҳон уруши даврида жароҳатланганларнинг атиги 40 — 50%и сафга қайтган эди. Кейинчалик хирургиянинг энг йирик намояндалари, яъни қуйидаги олимлар етишиб чиқди:

П. А. Герцен (1871 — 1946 й.й.) нинг номи билан аталадиган бир қанча оригинал операциялар бор: сон чуррасини кесиш, қовуққа ичакни улаш, тўғри ичакни фиксация қилиш, қизилўнғач пластикаси шулар қаторига киради.

Н. Н. Бурденко (1878 — 1946 й.й.) шок, жароҳатларни даволаш, ҳарбий-дала хирургияси, нейрохирургия масалаларини ишлаб чиқишга кўп ҳисса қўшди. У нейрохирургия институтига асос солган.

Ю. Ю. Жанелидзе (1883 — 1950 й.й.) юрак хирургиясига асос солганлардан бири эди. У пай ва суяк пластикаси, ичакнинг тутилиб қолиши, шочилинч хирургияга бағишланган оригинал ишлар муаллифидир.

Н. Н. Петров (1876 — 1964 й.й.) таниқли онколог, онкологиядан фундаментал қўлланма асарининг муаллифи. У раққа қарши кураш системасини ташкил қилиш ишига катта ҳисса қўшган.

А. В. Вишневский (1874 — 1948 й.й.) маҳаллий обриқсизлантириш усуллари, мой-бальзамли боғламлар ва бир қанча операцияларни ишлаб чиқиб, тиббиёт амалиётига жорий қилди. Унинг ишларини ўғли А. А. Вишневский (1906 — 1974 й.й.) давом эттирди.

А. Н. Бакулев (1890 — 1967 й.й.) юрак ва йирик томирлар хирургиясининг асосчиси ҳисобланади. У Юрак-томирлар хирургияси институтини ташкил қилди ва Тиббиёт Фанлари академиясининг президенти бўлди.

С. С. Юдин (1891 — 1954 й.й.) меъда-ичак хирургиясига доир кўпгина асарлар муаллифи ҳисобланади. Унинг қизилўнгач пластикази, орқа мия анестезиясига доир ишлари айниқса таҳсинга лойиқ.

Республикамизда катталар хирургиясини ривожлантиришга академик олимлар Б. В. Петровский, А. А. Вишневский, В. И. Стручков, Н. М. Амосов ўзларининг салмоқли ҳиссаларини қўнган бўлсалар, болалар хирургиясини ривожлантириш ва кадрлар билан бойитишда академик Ю. Ф. Исаков, профессорлардан Г. А. Баиров ва А. И. Лешюшкинларнинг хизматлари каттадир.

### **Ўзбекистонда хирургия фанининг ривожланиши**

Туркистон ўлкаси руслар томонидан истило қилинганидан кейин биринчи тиббий даволаш муассасаси 1861 йилда Тошкентда очилган ҳарбий лазарет (1870 йилда у ҳарбий госпиталга айлантирилган) эди. 1872 йилга келиб Самарқандда 20 ўринли шаҳар касалхонаси очилди. Кейинчалик Каттакўрғон, Фарғона, Маргилон, Қўқон (1883 й.), Петро-Александровск (ҳозирги Тўртқўлда, 1886 й.) да шифохоналар иш бошлади.

1903 йилда Тошкентда Халқаро Қизил Хоч ва Қизил Ярим ой жамиятлари хирургик касалхонаси, 1906 йилда эса Тошкент шаҳар касалхонасида хирургик бўлим ташкил этилди.

1913 йилда Халқаро Қизил Хоч ва Қизил Ярим ой жамияти йўналиши бўйича П. Ф. Боровский Тошкент ва Сирдарё вилоятида ягона хирург бўлиб ишлаган. П. Ф. Боровский (1863 — 1932 й.й.) йирик олим ва Туркистонда биринчи бўлиб, Тиббиёт институти қошида госпитал хирургия кафедрасини очган ташкилотчи эди. У ўз умрининг кўп қисмини хавфли ўсмалар („Туркистонда хавфли ўсмалар“, (1924 й.), „Хавфли ўсмалар этнологиясига замонавий қарашлар“, (1930 й.), ўт йўллари, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси хирургиясини ўрганишга бағишлаган. Ўзбекистонда хирургиянинг ривожланишига катта ҳисса қўнган олимлардан М. С. Астров, И. И. Орлов, С. А. Маъсумов, Л. Д. Василенко ва бошқалар унинг шогирдлари эдилар.

1917 йилда Туркистон (ҳозирги Ўзбекистон Миллий университети) университети таркибда тиббиёт факультети ташкил қилинди. Кўп ўтмай Ўрта Осиё Тиббиёт институти ташкил этилди. 1930 —





*С. А. Маъсумов*



*М. А. Ашрапова*



*С. М. Аъзамхўжаев*

1940 йилларда Самарқанд, кейинчалик эса Андижон, Бухоро ва Нукусда тиббиёт олий ўқув юртлари ташкил топди.

1917 йилдан бошлаб атоқли олим, профессор В.Ф.Войно-Ясенецкий (1877 — 1961 й.й.) Тошкент шаҳар касалхонасининг бош шифокори ва хирург этиб тайинланди. У 1920 — 1923 йилларда топографик анатомия ва оператив хирургия кафедрасини ташкил қилди. Унинг „Йирингли хирургия. Очерклар“ (1934 й.) номли илмий асари Давлат мукофотига сазовор бўлган, у регионар анестезия, уч шохли нервни этил спирти билан оғриқсизлантириш усулини ишлаб чиққан.

П. Ф. Ситковский (1883 — 1933 й.й.) — Туркистон университети тиббиёт факультетининг ташкилотчиси, даволаш факультетининг биринчи декани эди, у факультет хирургияси кафедрасини ташкил қилиб, ушбу кафедрада 1920 — 1931 йиллар давомида фаолият кўрсатган. У сариқ касаллигида операциядан кейинги қон оқишларни ўрганишга (қон ивишига) катта ҳисса қўшган, қон ивишини ўрганиш учун коагулометрни ихтиро қилган. Олим ўтқир аппендицитнинг клиник белгиси — „Ситковский симптоми“ни тасвирлаган (1922 й.), кетгутга йод бўғлари билан ишлов бериш усулини таклиф қилган (1926 й.). У шунингдек Ўзбекистонда юз-жағнинг пластик хирургияси, Тошкент илмий хирургия жамияти ва „Туркистоннинг тиббий тафаккури“ номли биринчи тиббий ойнома ташкилотчиси саналар эди. Унинг клиникасидан профессорлардан У. А. Ирлин, П. П. Гаренко, доцентлардан В. М. Парадоксов, Ф. Я. Соколов, Л. М. Обухова ва бошқалар етишиб чиқди.

Тошкент Давлат тиббиёт институти умумий хирургия кафедрасини 1920 йилда Н. С. Перешивкин ташкил қилиб, 1920 — 1933 йилларда кафедрага мудирлик қилган. У „Пластик цистоскопия атласи“нинг муаллифи эди. Ўрта Осиёда эндемик бўқоқни ўрганишни бошлаб берган, Туркистонда урология бўлимига асос солган ва унга ташкилотчилик қилган. Унинг шогирдлари Д. Л. Введенский, У. А. Ротенберг, Э. А. Фракман ва бошқалардир.

Самарқанд Давлат тиббиёт институтида госпитал хирургия кафедрасини проф. С. П. Шиловцев (1934 — 1939 й.й.), кейинчалик проф.



*В. В. Воҳидов*



*Ү. О. Орипов*



*Ш. И. Каримов*

У. Б. Монашкін (1939 — 1949 й.й.), факультет хирургияси кафедрасини проф. Б. Е. Панкратов (1934 — 1945 й.й.), проф. А. В. Сушевский, умумий хирургия кафедрасини проф. А. А. Козиревлар (1932 — 1936 й.й.) бошқарганлар. Ушбу институтнинг оператив хирургия ва топографик анатомия кафедраси ташкилотчиси проф. А. В. Сушевский (1887 — 1951 й.й.) бўлган. У кафедрани 1932 — 1938 йилларда бошқарган. Кейинчалик уни проф. У. Н. Александров (1938 — 1972 йилларда) бошқарган.

Ўзбекистоннинг хирургия фани бўйича кўзга кўринган олимлари И. И. Орлов, С. А. Маъсумов, М. П. Постолов, М. А. Ашрапова, В. В. Воҳидов, Ү. О. Орипов, С. М. Аъзамхужаев, Ш. И. Каримов, Ф. Ф. Назировлар республикамізда тарқалган регионар хирургик патологияни даволашнинг муаммоларини ишлаб чиқишга самарали ҳисса қўшдилар.

С. А. Маъсумов (1902 — 1980 й.й.) тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби, республикамізда дастлабки маҳаллий хирург олимларни тарбиялашда, эндемик бўқоқ ва ўт-тош касалликларини хирургик усулда даволаш ва хирургияни ташкил этишда катта ҳисса қўшган олим ҳисобланади. Унинг раҳбарлигида 5 та докторлик ва 25 та номзодлик диссертацияси ёқланган. У 100 дан ортиқ илмий ишларнинг муаллифи эди. Қилган салмоқли меҳнатлари эвазига бир неча бор орден ва медаллар билан тақдирланган.

М. А. Ашрапова (1919 — 1992 й.й.) — тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган врач ва фан арбоби, Иккинчи жаҳон уруши қатнашчиси. У хирургия соҳасида биринчи ўзбек олимаси, бош мия жароҳатларидаги биокимёвий ўзгаришлар, жигар ва портал гипертензия хирургияси соҳасида илмий ишлар қилиб, республикамізда хирургияни ривожлантиришга салмоқли ҳисса қўшганлардан эди. Унинг раҳбарлигида 8 та номзодлик диссертацияси ёқланган, 100 дан ортиқ илмий ишларнинг муаллифи ва республика хирурглар уюшмасининг раиси бўлган. Халқ олдидаги хизматлари учун қатор орден ва медаллар билан тақдирланган.



*Ф. Ф. Назиров*



*К. Х. Тагиров*

С. М. Аъзамхўжаев (1917 йилда туғилган) тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган врач ва фан арбоби. У шошилинич хирургия, меъда ва ўн икки бармоқ ичак, жигар ва портал гипертензия, носпецифик ярали колитни хирургик усулда даволаш бўйича кўпгина илмий изланишлар олиб борган, 5 та докторлик ва 15 та номзодлик диссертациясига раҳбарлик қилган, 250 дан ортиқ илмий ишларнинг муаллифи. У республикада бош хирург бўлиб ишлаган.

В. В. Воҳидов (1917 — 1996 й.й.) — тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академиясининг академиги — ўпка, кўкс оралиғи, жигар, ўт йўллари, юрак, магистрал қон томирлар хирургияси ва қорин бўшлиғи аъзолари шошилинич хирургиясининг ривожланишига катта ҳисса қўшган олим. Унинг раҳбарлигида 20 та докторлик ва 40 та номзодлик диссертацияси ёқланган, 200 дан ортиқ илмий ишларнинг муаллифи эди. В. В. Воҳидов Бутун жаҳон хирурглар ассоциациясининг ҳақиқий аъзоси, „Ўзбекистон тиббиёт журнали“ нинг бош муҳаррири, „Хирургия“ журналининг муҳарририят аъзоси бўлган.

1974 йилда унинг ташкилотчилиги туфайли Бутуниттифоқ хирургия илмий марказининг Тошкент филиали (ҳозирги Ўзбекистон Республикаси акад. В. В. Воҳидов номидаги Хирургия илмий маркази) очилиши республикада хирургияси тарихида муҳим воқеа бўлди. Бу марказга Восит Воҳидович Воҳидов узоқ йиллар моҳирлик билан раҳбарлик қилиб келди. Унинг бошчилигида аорта ва магистрал қон томирлар, юрак, ўпка, меъда ва ўн икки бармоқли ичак, жигар ва ўт йўллари хирургик касалликларини даволаш илмий маркази ташкил этилди. Олим республикада хирургиянинг ривожланишига катта ҳисса қўшди. Ҳозирги пайтда бу масканда жигар циррози ва портал гипертензия хирургияси (проф. Ф. Ф. Назиров), лазер хирургияси (проф. Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби Ю. И. Калиш), меъда-ичак хирургияси (проф. А. М. Ҳожибеков), қизилўнғач хирургияси (проф. А. Х. Янгиев) ва микрохирургия бўйича қилинган операциялар жаҳон стандартларига мос келади ва бу маскан республикада хирургия фанини ривожлантиришда улкан мактаб бўлиб ҳисобланади.

Ў. О. Орипов (1924 — 2001й.й.) — тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академиясининг академиги — жигар, меъда ости беши, меъда-ичак тизими хирургияси, буйрак ва меъда ости бешини кўчириб ўтказиш колопроктология марказларининг ташкилотчиси ҳисобланади. У 25 та докторлик ва 80 га яқин номзодлик илмий ишларига раҳбарлик ва 30 дан ортиқ илмий ихтироларга муаллифлик қилган.

Ш. И. Каримов 1943 йилда туғилган. Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академиясининг академиги, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби. Унинг раҳбарлигида 13 та докторлик, 50 га яқин номзодлик диссертациялари ёқланган, 300 дан ортиқ илмий ишларнинг муаллифи. Ш. И. Каримов аорта ва қон-томир касалликлари, эндоваскуляар ва эндобилиар хирургия, ўткир перитонит, сурункали ўпка, плевра ва қандли диабет касалликлари хирургиясини ривожлантиришга катта ҳисса қўшган олим. Россия Тиббиёт Фанлари академиясининг академиги, Бутун жаҳон хирурглари ва Пирогов номидаги хирурглар ассоциациясининг аъзоси, „Ўзбекистон тиббиёти журнали“нинг бош муҳаррири, 1989—1991 йилларда Соғлиқни сақлаш вазирининг биринчи ўринбосари, 1991—1998 йилларда Вазир лавозимларида ишлаб, Ўзбекистонда хирургия (амбулатор хирургия)ни ривожлантиришга салмоқли ҳисса қўшди.

Ф. Ф. Назиров 1950 йилда туғилган, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Россия Тиббиёт Фанлари Лазер академиясининг академиги. 1998 йилдан бошлаб Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазир лавозимида ишлаб келмоқда. Унинг раҳбарлигида шу кунгача 15 та докторлик ва 25 дан ортиқ номзодлик диссертацияси ёқланган. Жигар, портал гипертензия, меъда ости беши, меъда, ўт йўллари хирургиясига доир, хирургиянинг энг мураккаб соҳалари бўйича иш олиб бориб, хирургияни замон талаблари даражасига олиб чиқишда астойдил меҳнат қилмоқда.

Ф. Ф. Назиров раҳбарлигида Республика миқёсида тиббий тизимда янги ислоҳотлар жорий қилинди. Тошкентда Республика шошилич тиббий ёрдам илмий-текшириш институти ташкил топди, вилоят ва туманларда алоҳида тез тиббий ёрдам илмий маркази филиаллари шакллантирилди ва бу марказларда аҳолига тиббий ёрдам бериш давлат қарамоғида қолди. Республикамизда ягона Саломатлик институти ташкил топди. Янги давлат таълим стандартлари ишлаб чиқилиб, амалиётга татбиқ қилинди. Соғлиқни сақлаш тизимидаги бирламчи звенодаги қишлоқ шифокорлик пункти ва амбулаторияларнинг техник-таъминот базалари мустақамланди ва аҳолига хизмат кўрсатиш тизими сифати тубдан ўзгартирилди. Хусусий тиббий муассасаларни шакллантиришга ва уларни ривожлантиришга катта имкониятлар яратилди.

Томирлар хирургиясининг ривожланиши Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг I-клиник касалхонаси базасида

1969 йилда ихтисослашган бўлим ташкил этилгандан кейин бошланди. Ҳозирги вақтда бу йўналишни акад. Ш. И. Каримов ва унинг шогирдлари, Ўзбекистон Республикаси Хирургия илмий марказининг томирлар хирургияси бўлимида акад. В. В. Воҳидовнинг шогирдлари, лимфа томирлар хирургиясини проф. С. У. Жумабобоевнинг шогирдлари муваффақиятли ривожлантирмоқдалар.

Томирлар хирургиясида қўлга киритилган ютуқлар туфайли академик Ў. О. Орипов, проф. Д. Л. Арустамов ва Н. И. Паклар томонидан буйракни муваффақиятли кўчириб ўтказиш ва гемодиализ республика маркази 1974 йилда Тошкентдаги I- клиник касалхонада очилган.

Туркистонда эндемик бўқоқ муаммоларини ўрганиш ва уни ривожлантириш, даволаш ишларига проф. С.А.Маъсумов раҳбарлигида унинг шогирдлари — Ўзбекистон Республикаси Фанлар академиясининг академиги Ё. Х. Тўрақулов, профессорлар Р. К. Ислонбеков, Р. Ю. Омиров, А. Саидхоновлар катта ҳисса қўшдилар.

Республикада Оператив нефрология ва урология марказини проф. Д. Л. Арустамов томонидан ташкил этилиши, эндо-урологик операцияларнинг бажарилиши (проф. Ф. А. Оқилов) ва литотрипсийанинг ишлатилиши замонавий хирургия технологияларига яқинлашганлигидан далолат беради. Ҳозирги пайтда республикада миқёсидаги тиббиёт институтлари қошидаги клиника, ихтисослаштирилган илмий хирургия ва амбулатор хирургия марказларида лапароскопик, эндоскопик операцияларнинг бажарилиши, замонавий тез тиббий марказларнинг вилоят ва туман даражасида ташкиллаштирилиши жаҳон стандартларига тенглашганидан далолат беради.

**Болалар хирургиясининг қисқача тарихи.** Ўзбекистонда болалар хирургияси кафедрасининг ташкил топиши ва болалар хирургия мактабининг шаклланиши проф. К.Х.Тагиров номи билан боғлиқ.

К. Х. Тагиров (1907—1987 й.й.) — тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон ва Қорақалпоғистон Республикасида хизмат кўрсатган врач, Ўзбекистонда болалар хирургиясини 1947 йил курс тариқасида ташкил қилиб, уни ривожлантиришга пойдевор қурган. Болаларда буйрак-тош касаллиги ва аномал нуқсонлар муаммоларини ечишга доир 100 дан ортиқ илмий ишларнинг муаллифи.

1971 йилда республикада Ўрта Осиё Педиатрия институтининг ташкил топиши, болалар хирургиясининг ривожланишида муҳим ўрин эгаллади.

А. С. Сулаймонов (1937 йилда туғилган), тиббиёт фанлари доктори, профессор, Россия Табиий Фанлар академияси ва Қозоғистон Миллий академиясининг академиги. У болаларда учрайдиган буйрак-тош, ўпка ва жигар эхинококкози, йўғон ичакнинг туғма нуқсони касалликлари муаммоларини ечишда, болалар хирургиясини ривожлантириш ва миллий кадрларни тайёрлаш, болалар хирургияси соҳасида мутахассис шогирдларни етиштиришда хизматлари катта

бўлиб, 3 та докторлик ва 30 дан ортиқ номзодлик илмий ишларга раҳбарлик қилди. Проф. А. С. Сулаймонов таҳрири остида ўзбек тилида биринчи „Болалар хирургияси“ дарслиги чоп этилди ва олим томонидан болалар хирургияси республика уюшмаси ва болалар хирургияси марказининг (1994 й.) ташкил топиши диққатга сазовордир. Унинг шогирдлари тиббиёт фанлари доктори Ж. Б. Бекназаров томонидан болалар урологияси ва тиббиёт фанлари доктори А. Ж. Ҳамроев томонидан болалар проктологиясининг шакллантирилиши Республикамизда болалар хирургик хизматини юқори поғоналарга кўтарилаётганидан далолатдир.

1980 йилда иккинчи болалар хирургияси кафедрасининг профессори Э. М. Ходиев томонидан ташкил топиши ва ривожлантирилиши, 1991 йилдан бошлаб эса проф. Н. Ш. Эргашев томонидан бошқарилиши ва республикада чақалоқлар хирургиясининг йўлга қўйилиши диққатга сазовордир.

Самарқанд Давлат тиббиёт институти қошида проф. М. А. Аҳмедов болалар хирургия кафедрасини ташкил этди ва кейинчалик унинг шогирдлари профессор И. А. Аҳмаджонов, М. К. Азизов, Ю. М. Аҳмедовлар томонидан ривожлантирилди. Ушбу институт қошида 1983 йилда иккинчи болалар хирургия кафедрасининг проф. А. М. Шамсиев томонидан ва 1993 йилда эса Самарқандда Болалар хирургияси вилоят марказининг ташкил топиши, бу ерда проф. Ж. А. Отақуловнинг фаолият кўрсатиши республикада болалар хирургиясининг ривожланишида катта аҳамият касб этди.

Анджонда 1971 йилда профессор С. Р. Раҳимов ва унинг шогирдлари томонидан биринчи болалар хирургияси кафедраси ташкил топди. Кейинчалик профессор Б. М. Қиличев томонидан иккинчи болалар хирургияси кафедраси ҳам очилди.

Ҳозирги кунда I Тошкент Давлат тиббиёт институти болалар хирургияси кафедрасига профессор М.М.Алиев, II Тошкент Давлат тиббиёт институти болалар хирургияси кафедрасига профессор Ш. Т. Салимов раҳбарлик қилиб келмоқдалар.

**Ортопедия ва травматологиянинг қисқача тарихи.** 1931 йилда Ўзбекистон ортопедия ва травматология институти ташкил этилиб, унда шу ихтисослашган соҳани ривожлантиришга катта ҳисса қўшган проф. Б. И. Берлинер, О. Ш. Шокиров, Н. М. Шоматов ва бошқалар кўп йил самарали меҳнат қилганлар. Айниқса, Иккинчи жаҳон уруши йилларида ногиронларга ортопедик-травматологик ёрдам бериш бўйича самарали ишлар қилинган. Тиббиёт институтлари қошида ортопедия ва травматология кафедраларининг очилиши мутахассислар етиштириб бериш билан бирга, тиббиёт фанининг бу соҳасини ривожлантиришга имкон яратди.

**Онкологиянинг қисқача тарихи.** Туркистонда онкология хизматининг ривожланиши проф. П. Ф. Боровский номи билан боғлиқ, бироқ мунтазам даволаш ва онкологияга қарши профилактик ишлар, онкология, рентгенология ва радиология соҳасидаги илмнинг тарақ-

қий этиши 1931 йилда Ўзбекистон рентген-радиология ва онкология институти ва диспансернинг очилишидан бошланди.

1946 йилда Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институти қошида, сўнгра тиббиёт институтлари қошида ҳам онкология ва рентген-радиология кафедралари ташкил этилди. Ҳозир Онкология илмий-текшириш институти проф. С. Н. Наврўзов томонидан бошқариб келинмоқда.

**Нейрохирургиянинг қисқача тарихи.** Ўзбекистонда, дастлаб, II Жаҳон уруши давригача нейрохирургик шошилинич ёрдамни мутахассислар М. С. Астров, М. А. Захарченко, Л. Я. Шаргородскийлар, кейинчалик нерв ўсмаларининг оператив давосини И. И. Орлов ва А. С. Умаровлар неврология бўлимлари ичида ташкил этганлар ва биринчилардан бўлиб асаб касалликлари кафедраси таркибида фаолият кўрсатганлар. Нейрохирургия фан сифатида II Жаҳон уруши даврида ривожлана бошлади.

И. И. Орлов катта эвакогоспиталларда нейрохирургия бўлимини ташкил қилишда ва уларда юқори малакали ихтисослашган ёрдам кўрсатишда катта хизмат кўрсатган. Бу даврда П. О. Эмдин, Г. А. Рихтер, Ю. Я. Калужнийлар нейрохирургик хизматни ривожлантиришга катта ҳисса қўшганлар. 1946 йилда республикада Травматология ва Ортопедия илмий-текшириш институти қошида 60 ўринли нейрохирургия бўлими очилган ва унга проф. А. Г. Тишин раҳбарлик қилган. Бу бўлимда мутахассислардан А. А. Букейхонова, М. М. Мақсудов, М. Ҳ. Қориев, А. С. Мирсодиқов ва бошқалар фаолият кўрсатганлар. 1968 йилда республика ва вилоятларда нейрохирургия бўлимлари очилди. 1982 йилда Республика нейрохирургия илмий маркази проф. М. Ҳ. Қориев томонидан ташкил қилинди ва ҳозиргача фаолият кўрсатиб келмоқда. Республикамизда болалар нейрохирургиясининг ташкил топиши ва ривожланиши проф. А. С. Мирсодиқов номи билан боғлиқ.

### **Мамлакатимизда хирургик ёрдамнинг ташкил этилиши**

Ўзбекистоннинг вилоят шифохоналарида кўп тармоқли ихтисослаштирилган хирургик бўлимлар мавжуд.

Уларда хирургик ёрдам қуйидагича ташкил этилган:

— Қишлоқ шифокорлик пункти (ҚШП) ёки қишлоқ шифокорлик амбулаториясида (ҚША) хирург кўргунга қадар кечиктириб бўлмайдиган биринчи тиббий хирургик ёрдам кўрсатилади.

— Участка касалхоналарида кечиктириб бўлмайдиган хирургик ва травматологик ёрдам кўрсатилади, ҚШП, ҚША ва участка касалхоналари туман марказий касалхоналари назорати остида фаолият кўрсатади.

— Туман марказий касалхоналарида кечиктириб бўлмайдиган ва режали хирургик ҳамда травматологик ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатилади.

— Вилоят, шаҳар ва республика касалхоналарида кечиктириб бўлмайдиган ва режали хирургик ёрдамдан ташқари, тор ихтисослаштирилган хирургик ёрдам ҳам кўрсатилади.

— Республика тиббиёт институтлари, Илмий-текшириш институтлари, Хирургия илмий марказларида ва республика клиник касалхоналарида кечиктириб бўлмайдиган ва ихтисослаштирилган хирургик ёрдам кўрсатилиши билан бир қаторда, хирургияга оид илмий муаммолар ҳам ҳал қилинади.

### **Шошилинч ҳамда кечиктириб бўлмайдиган хирургик ва травматологик ёрдамни ташкил қилиш**

Кечиктириб бўлмайдиган биринчи хирургик ёрдам — шаҳар, вилоят ва туман поликлиникаси, касалхонаси, травматология пункти ва тез тиббий ёрдам бригадаси томонидан кўрсатилади. Қишлоқда бу ёрдам фельдшер-акушерлик пунктида — фельдшер, ҚШП ва ҚШАда тезда — умумий амалиёт шифокори, тез тиббий ёрдам бригадасида — хирург ва травматолог, участка ёки туман марказий касалхонасида — мутахассис хирург томонидан кўрсатилади. Юқори малака талаб қиладиган кенг кўламдаги хирургия ёрдами махсус операция хонаси бўлган туман, шаҳар, вилоят касалхоналарининг хирургия бўлимларида вилоят ва республика санитар авиацияси орқали тажрибали ихтисослашган мутахассис хирург, травматолог, нейрохирург, анестезиолог ва реаниматологлар чақирuvi билан амалга оширилади. Республика ва вилоят клиник касалхоналарида эса тор хирургик ихтисослашган бўлим, илмий марказ ва махсус илмий-текшириш институтларида — юқори малакали мутахассис, доцент, профессор ва академиклар томонидан амалга оширилади.

Ҳозирги вақтда республикаимизда миллий дастур режалари асосида аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш икки йўналишда, кечиктириб бўлмайдиган ва режали тиббий хизмат орқали амалга оширилмоқда. Бу борада Республика марказида тез тиббий ёрдам кўрсатиш илмий-текшириш институти маркази фаолият кўрсатмоқда. Вилоятларда унинг филиаллари ташкил қилинган ва улар туман марказий касалхоналари фаолиятини ҳам ўз ичига олади. У ерда оғир касалларга барча тиббий йўналишлар бўйича бир жойда (бўлимда, касалхонада) шошилинч ёрдам кўрсатилади. Беморлар даволаниб бўлганидан (уйига жавоб берилганидан) кейин лозим бўлса, махсус ихтисослашган бўлимларда ва реабилитация марказларида қўшимча даволаниб, асоратсиз тузалиб кетадилар.

Шошилинч тиббий хизматга муҳтож бўлмаган режали касаллар эса махсус ихтисослашган хирургик (торакал, абдоминал, йирингли, урология, проктология, ортопедия, гинекология) бўлимларда ва илмий-текшириш институтларида хирургик йўл билан тўлиқ даволаниб чиқадилар.



## **Ихтисослаштирилган хирургик ёрдам кўрсатиш**

Махсус хирургик ёрдам кўрсатиш хирургиянинг айрим соҳаларида, шу жумладан, онкология, гинекология, суяк-бўғим сили, травматология, ортопедия, нейрохирургия, эндокринология, болалар хирургияси, ўпка, юрак қон-томирлар хирургияси, микро ва йирик хирургия клиникаларида, шунингдек, кўпинча, республикадаги ихтисослаштирилган илмий марказларда тўла-тўқис олиб борилади.

### **Хирургик ёрдам кўрсатишда фельдшер (акушер) ва ҳамширанинг тутган ўрни**

Тўсатдан авж оладиган оғир касалликлар ва бахтсиз ҳодисалар (жароҳатланиш, заҳарланиш, куйиш, қон кетиши, ҳушдан кетиш) ҳаётда доимо учраб туради. Бундай ҳолларда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш фельдшер ва акушердан юқори малака талаб қилади. Фельдшер (акушер) ва ҳамшира саломатлик марказларида, тез тиббий ёрдам машинасида, фельдшер ва акушерлик пунктларида мустақил даволаш-профилактика ишларини бажаришда, ҳамшира ташхисини ўтказишда, бирламчи тиббий ёрдам беришда ва беморни тегишли тиббий — даво муассасаларига юбориш каби асосий тиббий хизматларни бажаради.

Ҳамшира (фельдшер)нинг хирургик хизматни амалга оширишдаги умумий тадбирларига қуйидагилар киради:

1. Хавфли хирургик касал гуруҳларни аниқлаш, оммавий ахборот воситалари ёрдамида аҳоли ўртасида тунунтириш ишларини олиб бориш, ўсма билан касалланган беморларни аниқлаш.

2. Ҳамшира қуйидаги ҳолларда беморни умумий амалиёт шифокори ёки тор мутахассисларга йўллайди: шикастлар, куйишлар, совуқ уриши, электр токидан шикастланиш, аэроб ва анаэроб инфекция, сепсис, сил, қон кетиши, „ўткир қорин“ оғриғи, чурра қисилиши синдроми, ичак тутилиши, асцит, ўсмалар, гангрена, тромбоз, эмболия, яралар, оқмалар, буйрак ва сийдик йўллари тош касалликлари, қовуқ шикастлари, цистит, простатит, облитерация-ловчи эндартрет, веналарнинг варикоз кенгайиши ва ҳ.к.

3. Ҳамшира қуйидаги амалий кўникмаларни бажара олиши лозим бўлади: қўл ва операция майдонини зарарсизлантириш, стериллаш, беморни наркоздан сўнг парваришлаш, инфузия ва трансфузия, қон гуруҳи, Rh омилни ва биологик мосликни аниқлаш, боғлов усуллари, қорин ва плевра бўшлиғини функция қилиш, йирингли бўшлиқларни очиш, жароҳатни дренажлаш, қовуқни катетерлаш, цистоскопияга стерил асбоблар тайёрлаш.

4. Реабилитация ва диспансеризацияда фаол қатнашиш. Яллиғланишга қарши дори-дармонларни қўллаш, физиотерапевтик даволаш, ампутациядан кейинги чўлтоқни, илиостома, колостома, гастростома, эпицистостомани парвариш қилиш.

Ҳамшира билиши керак бўлган амалий кўникмаларга қуйидагилар киради:

— психологик мулоқот; наркотик воситалар юбориш; ингалятор қўллаш; жгут қўйиш; қон кетган вақтда уни тўхтатиш; кўкрак қафасини массаж қилиш; кислород бериш; ошқозонни ювиш; тиббиёт хужжатларини тўлдириш; ҳуқнанинг турли усулларини қўллаш, сунъий нафас олдириш; аналгетикларни қўллаш; асептик боғлам қўйиш; антигистомин препаратларини қўллаш; юракни билвосита массаж қилиш; тилтутқичини қўллаш; оғир беморларни парваришини тўғри ташкил қилиш; шифокор томонидан буюрилган даволаш ва текшириш муолажаларини тўғри ва аниқ бажариш; жароҳатланишни олдини олиш ҳамда ётоқ яраларини тўғри парвариш қилиш ва ҳ.к.

**Қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пункти фельдшери қуйидаги ҳолларда тайинланади:**

— қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пункти фельдшери лавозимига ўрта тиббиёт билим юртини „даволаш иши“ мутахассислиги бўйича битирган мутахассис тайинланади.

— ҳудудий бошқарув соғлиқни сақлаш муассасаси раҳбари мавжуд тартиблар асосида фельдшер мутахассисни лавозимга тайинлайди ва бўшатади.

**ҚШПда фельдшернинг умумий вазифалари:**

— қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пунктига бириктирилган аҳолига шифокор кўригигача бўлган тиббий ёрдам кўрсатиш;

— шифокор бўлмаганда беморларни амбулатор қабул қилиш, касалларга ва ҳомиладорларга уйда тиббий ёрдам кўрсатиш;

— қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пунктида шифокор йўқлигида касалнинг олдига бошқа даволаш-профилактика муассасаларидан керак бўлган мутахассисни чақириш ёки касални шифокор олдига олиб бориш;

— шифокор тавсияларини бажариш;

— беморни шифокор кўригига тайёрлаш;

— соғлом аҳоли ва касаллар диспансеризациясида қатнашиш;

— лаборатория текшируви усулларини ўзлаштириб, уни қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пунктида ўтказиш;

— қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пунктидаги физиотерапия аппаратларининг ишлатилишини ўзлаштириб, беморларни даволашда қўллаш;

— эпидемияга қарши кураш муассасалари маълумотларига биноан юқумли касалликлар билан касалланганларни, улар билан мулоқотда бўлганларни ва юқумли касалликка чалинган деб гумон қилинган беморларни аниқлаш мақсадида уйма-уй юришларда қатнашиш;

— соғлом турмуш тарзини тарғибот қилишда тиббий тушунтириш ишларини олиб бориш;

— назоратдаги муассасалар ва корхоналардаги жорий санитария назоратида қатнашиш;

### **Фельдшернинг ҳуқуқлари:**

— ўз соҳасидаги ва мутахассислик талабларига риоя қилган ҳолда беморлар текширувини ўтказиш, ташхис қўйиш, даволашни тавсия қилиш, даволаш, шифокор муолажаларини бажариш ва профилактик ишлар олиб бориш;

— қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пунктида шифокор йўқлигида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ўрнатилган тартибда касаллик варақаларини, маълумотларни ва бошқа тиббий ҳужжатларни тайёрлаб бериш;

— қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пунктида бўлим бошлиғи йўқлигида ўрта тиббий ходимларга фармойишлар ва кўрсатмалар бериш;

### **ҚШПи доясининг умумий вазифалари:**

— ҳомиладорларга ва гинекологик касалларга тиббий ёрдам кўрсатиш;

— ҳомиладорларни ва гинекологик касалларни вақтида аниқлаш;

— аёлларнинг амбулатор қабулини олиб бориш;

— ҳомиладорларни ва туққан аёлларни уйида патронаж қилиш;

— аёлларга кечиктириб бўлмайдиган акушерлик ва гинекологик ёрдам кўрсатиш, шифокорни маслаҳатга чақириш ва кейинчалик даволаш- профилактика муассасаларига кузатиб бориш;

— қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пунктида ва уйда гинекологик касалларни назорат қилиш;

— ўткир хирургик касалликларда ва нохуш ҳодисалар (жароҳатланиш, қон кетиши, заҳарланиш ва бошқалар)да беморларга биринчи ёрдам кўрсатиш, кейинчалик шифокорни чақириб ёки яқинроқда жойлашган даволаш-профилактика муассасасига етказиш, зарурият бўлганда кузатиб бориш;

— ҳомиладорларни ва гинекологик касалларни шифокорларга ва даволаш -профилактика муассасаларига ўз вақтида юбориш;

— аёлларни профилактика кўрикларидан ўтказишда қатнашиш;

— шифокорлар тавсияларини бажариш;

— шифокорнинг режали кўригига ҳомиладорларни ва гинекологик касалларни тайёрлаш;

— ҳомиладорларга ва гинекологик касалларга даволаш -профилактика ёрдами билан боғлиқ бўлган айрим лаборатория текширувларини ўтказиш;

— гинекологик касалларга физиотерапия муолажаларини ўтказиш;

— аҳоли орасида оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш, оилани режалаштириш, табиий овқатлантириш, ҳомиладорлик ва эмизиш пайтида сифатли овқатланиш, болаларда туғма нуқсонларни ва насл касалликларининг олдини олиш ҳақида тиббий-оқартув ишларини тарғибот қилиш;

### **ҚШПи дояси ҳуқуқлари:**

— ўз соҳасидаги ва мутахассислик ҳуқуқларига тегишли тартибда текширувлар ўтказиш, ташхис қўйиш, ҳомиладорликнинг

муддатини аниқлаш, даволашни тавсия қилиш ва даволаш, шифокор муолажаларини бажариш;

— ўрнатилган тартибда маълумотномаларни ва бошқа тиббий ҳужжатларни бериш;

— доя қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пункти мудирига бевосита бўйсунди. Доянинг ишини қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пунктининг фаолият доирасига кирадиган акушер-гинекологик ёрдамни кўрсатиш масъулияти юклатилган акушер-гинеколог ва бошқа шифокорлар бошқаради;

— доя ўз мутахассислиги бўйича савиясини ошириб бориши лозим.

— Доя ўз соҳасига тегишли бўлган ҳужжатларни ўрнатилган тартибда юритади, қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пункти мудирига акушер-гинекологик ёрдам бўйича ҳисоботлар тақдим этади;

— қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пунктида ҳамшира йўқлигида доя ўзининг вазифаларидан ташқари, бир ёшгача бўлган болаларнинг соғлигини ва ривожланишини назорат қилади;

— қишлоқ (шаҳар) шифокорлик пункти мудирини дояни ўз соҳасидаги ва мутахассислик ҳуқуқларига тегишли миқдорда пунктига юклатилган „Доя Низоми“да кўзда тутилмаган вазифаларни бажариш учун жалб қилади.

### **Фавқулодда ҳолатларда ҳамширанинг фаолияти**

Қисқа муддатга ҳушдан кетиш — бош миёда қон айланишининг ўткир етишмовчилиги оқибатида содир бўлади. Бу ҳолат одам қаттиқ чарчаганда, кўрққанда, ҳаноси оғир хонада бўлганда юз беради. Бу ҳолат, кўпинча, камқон, юқумли касалликлардан энди тузалган беморларда кузатилади. Бунда беморнинг боши айланади, кўнгли айниди, кўз олди қоронғилашиб ҳушини йўқотади. Беморнинг ранги кескин оқариб, бадан териси совуқ тер билан қопланади, оёқ-қўллари совийди, томир уриши тез ва кучсиз бўлиб қолади. Одатда, хуруж 20 — 40 секунд давом этади ва бемор ҳушига келади. Бундай ҳолатларда беморнинг ёстиги олиниб, каравотининг оёқ томони кўтариб қўйилади. Дераза очилиб, бемор кўйлагининг ёқалари ечилади, юзига, кўкрагига совуқ сув пуркалади, новшадил спирти ҳидлатилади. Тадбирлар самара бермаса, шифокор чақирилади.

Шок сўзи — „туртки“ деган маънони англатади. Бу атама шартли равишда келиб чиқиши ҳар хил бўлган қатор ўхшаш клиник ҳолатларни билдиради. Шок организмнинг асосий ҳаётий функциялари бўлмиш қон айланиши ва нафас олишнинг бузилиши билан белгиланади. Шокка қон йўқотиш, оғриқ, қонсизланиш, тўқималардан сўрилган парчаланиш маҳсулотларидан заҳарланиш каби омиллар сабаб бўлади. Клиника амалиётида кардиоген, травматик анафилактик, куйиш, геморрагик жароҳат ва бошқа шок турлари учраб туради.

Шок босқичли жараён бўлиб, унда эректил ва торпид босқичлар бир-биридан фарқланади.

**Эректил босқич** жароҳатдан кейин бирдан ривожланади ва бунда беморда ўзига ва атрофдаги воқеаларга танқидий муносабат йўқолади. Терининг ранги оқарган, томир уриши тезлашган, қон босими нормал, баъзан юқори бўлади. Эректил босқич 10—20 дақиқа давом этади ва торпид босқичга ўтади.

**Торпид босқичда** беморнинг қон босими пасаяди, кўзгалини карахтлик билан алмашинади. Шок динамик жараён бўлиб, енгил босқичида даволанмаса, у оғир босқичга ўтиб кетиши мумкин.

#### **Биринчи ёрдам:**

- нафас йўллари тозалаш ва ҳаво ўтишини таъминлаш;
- ташқи қон кетишини тўхтатиш;
- огриксизлантириш;
- иммобилизация;
- тез фурсатда касалхонага етказиб бориш.

Қон кетиши ички, ташқи ва яширин бўлиши мумкин. Ички қон кетиши — организм бўшлиқларига қон кетганда, ташқи қон кетиши — бутунлиги бузилган тери ва шиллиқ қаватлардан қон оққанда, яширин қон кетиши ичаклардан қон кетганда содир бўлади.

Меъдадан қон кетганда қон қусиш кузатилади. У меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасининг ёки жигар касалликларининг асорати сифатида юзага чиқади. Қон кўп кетганда беморнинг аҳволи ёмонлашади, дармони қурийди, кўз олди қоронғилашади, боши айланади, кўнгли айнийди, ташна бўлади ва ҳатто қисқа муддатга ҳушидан кетиши мумкин. Беморнинг ранги оқарган, томир уриши тезлашган, кучсиз ҳолатда бўлади. Бундай ҳолларда тезда шифокорни чақириш керак. Шифокор келгунча беморни ётқизиб, меъда соҳасига музли халтача қўйиб, унга дори-дармон, овқат бермасдан тинчлантиришга ҳаракат қилиш керак. Ичакдан қон кетганда ахлатга қон аралашиб келиши ёки ахлат ўрнига қон келиши мумкин. Бунда беморни ўринга ётқизиб, қорнига совуқ нарса қўйиш, ахлатни эса шифокор келгунча сақлаш керак бўлади.

Ўпкадан қон кетганда оғиздан оч қизил рангли кўпиксимон қон ажралиб чиқади. Бу ўпка силида, ўсмаларда, юрак порогидида ва қатор бронх касалликларида учрайди. Агар қон кетиши кучли бўлса, кетаётган қон бронхларни бекитиб қўймаслиги учун беморни қорни билан ётқизиб, қаравотининг оёқ томонини 40 — 60 см баланд қилиб кўтариб қўйилади.

Агар беморнинг аҳволи унчалик оғир бўлмаса, унинг қаддини баланд қилиб ўтқизилади. Беморга муз бўлакчалари ютиш, совуқ сув ичиш, тўш соҳасига музли халтача қўйиш тавсия қилинади. Хирургия бошқа тиббиёт фанларидан фарқли ўлароқ ўз хусусиятига эга бўлиб, бунда беморни операция қилиш керак бўлади. Операция қилишда асептика ва антисептика қоидаларига катта эътибор берилади. Аксинча, унинг муҳимлигига етарлича баҳо бермаслик операция жароҳатининг йиринглаб кетишига ва бошқа оғир оқибатларга сабаб бўлади.

Хирургик хизматни кўрсатиш ва уни ташкиллаштириш жараёни бўйича шошилиш, кечиктириб бўлмайдиган — аппендицит, ичак тутилиши, перетонит ҳамда режали касални обдан текшириб, кейин оператив даво ўтказиш турларига бўлинади. Булар тўғрисида тўлиқ маълумотлар кейинги бобларда кенг баён қилинади.

### **Хирургияда тиббиёт этикаси ва деонтология**

Ҳар бир тиббиёт ходими инсон ва жамият олдидаги катта жавобгарлик ҳиссини ҳар доим сезиб турмоғи лозим. Шунинг учун тўғри керакки, даволашнинг мувафаққияти ва самарадорлиги беморнинг тиббиёт ходимларига бўлган ишончига боғлиқ, ваҳоланки, тиббиёт касалликни эмас, балки беморни даволайди. Даволашнинг ҳар бир поғонасида бемор онгига соғайишга ишонч ҳиссини сингдириб бориш ҳар бир инсонпарвар тиббиёт ходимининг бурчидир, инсонпарварлик эса тиббиёт касбининг ажралмас хусусиятидир.

Этика сўзи грекча — „aethos“ деган сўздан келиб чиққан бўлиб, урф-одат, ахлоқ деган маънони билдиради. Тиббиёт этикаси эса тиббиёт ходимлари фаолиятидаги инсонпарварликда акс этади.

Тиббиёт инсоният тарихидаги энг дастлабки касблардан бўлиб, инсонни даволашда у жуда бой тажриба тўплади ҳамда инсоният фаолиятидаги бошқа касблардан ўзига хослиги билан алоҳида ажралиб туради.

Ўрта асрларда ижод қилган буюк ҳаким Абу Али ибн Сино тиббиёт ходимларининг хулқига катта эътибор бериб, тиббиёт ходимининг алоҳида жисмоний ва руҳий фазилатларга эга бўлиши тўғрисида куйидаги фикрларни айтган: „... ҳакимда бургутнинг кўзи, қизларнинг моҳир кўли, илоннинг донолиги ва шернинг юраги бўлиши керак“. Бундан ташқари, табибларнинг ахлоқ фазилатлари ва бемор билан бўладиган муомаласидаги хусусиятлари ҳақида тўхталиб, ҳакимларга касалликдан ва уни даволашдан қўрқиш ҳиссини бемор онгидан узоқлаштириш учун қўлидан келган барча зарур чора-тадбирларни кўришни маслаҳат берган ва ҳатто мусиқадан даволаш воситаси сифатида фойдаланишни тавсия этган. Аллома „бемор борки, сўз билан даволаса бўлади“, деган эди.

Тиббиёт этикаси қадимги Юнонистонда жуда ривожланган. Буни Гиппократ қасамёдида ҳам кўриш мумкин. Тиббий қасамёд бўлғуси тиббиёт ходимларини тайёрлашда катта тарбиявий аҳамиятга эга бўлиб, тиббиёт этикасининг ривожланишига катта ижобий таъсир кўрсатади ва кейинчалик тиббиёт институтлари, билим юр்தларини битириб чиққан талабаларнинг қасамёдига айланган.

Тиббиёт этикасининг асосий вазифалари — жамият ва фуқароларнинг фаровон яшashi йўлида ҳалол меҳнат қилиш, ҳамиша ва ҳар қандай шароитда беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш, уларга диққат-эътибор ва гамхўрлик билан муносабада бўлиш, ўзининг барча хатти-ҳаракатларида, муомаласида олижаноблик, инсонийлик

қонун-қоидаларига риоя қилиш, тиббиёт ходимининг юксак вазифаси ва бурчини англаб етиш, ўз Ватанига, ҳукуматига меҳр-муҳаббат ва садоқатни тарбиялаш, юксак инсонпарварлик касбининг олижаноб анъаналарини давом эттириш, уни сақлаш ҳамда бойитиш, тиббиёт ходимини кўтаринки меҳнат руҳида тарбиялашнинг мавжуд барча воситаларини умумлаштириш ва янгиларини ишлаб чиқишдир.

Тиббиёт ходимининг ташқи қиёфаси ҳам катта аҳамиятга эга. Кийимларни пала-партиш кийиш, халатнинг ифлослиги, тирноқларнинг кирлиги ва ўсиб кетганлиги тиббиёт ходимлари фаолиятида йўл қўйиб бўлмайдиган ҳолатлардир. Ажойиб шифокор ва ёзувчи А. П. Чехов: „Шифокорлик касби бу жасоратдир, у ҳамма нарсадан воз кечишни, қалб мусаффолиги ва фикр софлигини талаб этади. У ақдан доно, маънан пок ва жисмонан тетик бўлиши лозим“, — деб ёзган эди.

Деонтология (юнонча *dentos* — зарур, лозим бўлган нарса, *logos* — таъминот) — тиббиёт этикасининг бир қисми бўлиб, тиббиёт ходимининг ахлоқ-одоби, ўзини тута билиши ва муомаласини амалий фаолиятида қўллаш билишдир.

Тиббий деонтологиянинг асосий вазифалари:

— тиббиёт ходимлари хулқ-атворини, беморларни даволаш натижаларини яна ҳам яхшилашга қаратилган йўл-йўриқларни ўрганиш;

— тиббий фаолиятидаги ноқулай омилларга чек қўйиш;

— тиббиёт ходимлари билан бемор ўртасида ўрнатиладиган ўзаро муносабатлар мажмуини ўрганиш;

— самарали бўлмаган тиббий фаолиятнинг зарарли оқибатларини тугатиш.

Ер юзиде тиббиёт ходими фаолиятидек меҳр, юрак ҳисси, ақл-идрок, билим билан қўшилиб кетган бирорта касб йўқ. Гёте шундай деб ёзган эди: „Буюк ва олижаноб ақл-идрок, билим олдида бош эгмаганман, олижаноблик, инсонпарварлик олдида эса тиз чўкаман“. Хушмуомалалик ва одоблиликда намоён бўладиган меҳр иссиқлигидек, инсон фазилати бошқа касбларга нисбатан таъабат учун сув ва ҳаводек зарурдир. Хитой мақолларидан бирида: „Доно бўлмаса ҳам, одобли бўлиш мумкин, ammo одобли бўлмай туриб, доно бўлиш мумкин эмас“, — дейилади.

Гиппократ тиббиёт ходимлари ўзини қандай тутиши кераклиги ҳақида шундай деган эди: „Нима иш қилмоқчи бўлсанг, уни хотиржам ва пухта бажар. Беморни керак пайтида кўнглини ол, яхши, қувноқ гаплар билан кайфиятини кўтар, айрим пайтларда — шароит шуни тақозо қилса, беморнинг талабларини қатъий рад қил, бошқа вақтларда эса уни тинчлант“.

Деонтология жараёнларини такомиллаштиришда шифокорнинг ўрни алоҳидадир. У беморни текширади, ташхис қўяди, унга дори-дармон, парҳез буюради, маслаҳатлар беради, касалликнинг кечишини кузатади, ўрта тиббиёт ходими эса шифокор тайинлаган топшириқ ва

кўрсатмаларни бажаради. Бемор билан шифокор ўртасида ишонч пайдо бўлишида ҳамширанинг роли жуда каттадир. Ҳамшира гамхўр, ширин сўз бўлиб, этика меъёрларига риоя қилиши, сабр-тоқатли ва ўз-ўзини тута билиши, шифокор ва даволаш муассасаси обрў-эътиборини оширишга ҳисса қўшиши, таъобат сирини сақлай билиши шарт.

Тиббиёт ходимининг сўзи беморнинг даволашида доим муҳим ўрин тутиб келган. Беморга айтилган ҳар бир ширин сўз унинг кўнглини тинчлантириши, соғайишга умид уйғотиши лозим. Баъзан тиббиёт ходимларининг ўйламасдан айтиб юборган сўзлари беморда касаллик чақиради. бу *ятрогенция* деб аталади. Ятроген касалликларнинг асосий сабабчиси — умумий тиббий маданиятнинг етишмаслиги, шошма-шошарлик, вақтнинг камлиги, беморга касалликнинг ёмон ташҳиси ёки оқибатини, таҳлилларнинг натижаларини айтиб қўйиш ва бошқалардир.

Беморлар одатда тезда кўнгли оғрийдиган ва тиббиёт ходимининг ҳар бир сўзини ўзига оладиган бўлиб қолади. Кўп маргалаб руҳиятнинг таъсирланиши ва касалланиши, атроф-муҳитни эса нотўғри талқин қилиши туфайли беморга тиббиёт ходими айтган ҳар бир қўпол сўз катта зарар келтиради.

Айрим пайтларда тиббиёт ҳамшираси бемор билан бўлган суҳбат чоғида беморга касалликнинг ёмон оқибати, текширишларнинг ёмон натижалари ҳақида айтиб юборади ва кўпинча, беморлар қўлига ҳатто хавфли, оғир касалликдан дарак берувчи таҳлил натижаларини ҳам бериб қўяди. Бемор қандай касаллик билан касалхонага ётмасин, ҳар доим тиббиёт ҳамшираси унинг руҳий ҳолати ва кечинмаларини тушуниши, англаб етиши ва гаплашганда эҳтиётлик билан, тиббий сирни сақлаб гапириши керак.

Агар беморда онкологик касаллик бўлса, эҳтиёткорлик ва хушфезъллик билан муомала қилиш зарур. Бемор тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилган бўлса, унинг тиббий ёрдамга кеч келганини, касалликнинг ўтиб кетганини ва уни даволаш қийинлигини ачиниш ёки афсус билан айтиш ёки юз кўринишида ифода қилиш умуман мумкин эмас. Бу пайтда таъобат унга тўлақонли ёрдам бера олмаслигини сездирмаслик керак.

Ҳамшира ўлаётган бемор олдида унинг ҳушсизлигини назарда тутиб, беморнинг касаллиги, кечиши ва салбий оқибати тўғрисида беморхонада шу ташҳис билан ётган беморлар олдида гапириб юбормаслиги лозим. Беморлар эшитганини ўзига қаттиқ олади ва натижада уларнинг касаллиги оғирлашади. Шунинг учун тиббиёт ҳамшираси „сўз — ҳам даволаши, ҳам кўнглини жароҳатлаши“ мумкинлигини доимо ёдда тутиши керак. Бемор олдида нимаики гапирилса, хотиржамлик, вазминлик билан гапирилиши лозим. Беморга ёки унинг олдида, қўшни хонада қандай беморлар ётгани ҳақида гапирмаслик ёки уни таҳлил қилмаслик керак.

Кўпинча тиббиёт ходимлари текшириш натижаларидан беморни хабардор қилиб қўядилар. Бу нотўғри, албатта.



Қадимги юнон мақолида шундай дейилади: „Бир сўз айтишдан олдин икки марта ўйласанг, унда сен иккита яхши сўз айтган бўласан“. Буни ҳар бир тиббиёт ходими доимо эсда тутиши зарур.

Шуни эътироф этиш керакки, табобат иши қанчалик яхши йўлга қўйилмасин, бирон-бир шифокор йўқки, каттагина илмий-амалий тажрибага эга бўла туриб, ғоят эътиборли ва жиддий бўлишига қарамай, ўз фаолиятида ҳар қандай касалликни беҳато даволаган бўлсин. Хатонинг ҳар бир турига қараб шифокор тегишли равишда ўз жазосини олади, яъни фуқаролик хатоси бўлса, кўрсатилган зарарнинг ўрнини қоплашда суд йўли билан ва маъмурий, жамоатчилик тартибида амалга ошириладиган жавобгарликка тортиш, агар маъмурий хато бўлса, жарима солиш, буюмларни мусодара қилиш, вақтинча вазифасидан бўшатиш билан чегараланилади. Агар интизомга доир хато бўлса, огоҳлантириш, хайфсан, қаттиқ хайфсан, қуйи лавозимга ўтказиш, ишдан бўшатиш, ўқув юртидан ҳайдаш чоралари қўлланилади.

Тиббиёт ходимлари республика жиноят кодексининг тегишли моддаларида бевосита қўзда тутилган жиноятларни қасддан содир қилганда ва ўз фаолияти вақтида зарур бўлган эҳтиёткорликка риоя қилмаганда, эътиборсизлиги ёки ноҳақлиги туфайли ўз вазифаларини тўлиқ ёки етарли даражада бажармаганда жиноий жавобгарликка тортилади.

Тиббиёт деонтологиясининг муҳим масалаларидан бири, бу шифокорликнинг сири масаласидир. Гиппократ қасамёдида: „Мен даволаш чоғида, шунингдек бошқа пайтларда ҳам беморларнинг ҳаётига тааллуқли бўлган ошкор қилиш мумкин бўлмаган нарсаларни кўрмасам ёки эшитмасам, демак, булар сир сақланадиган қарорлардан деб ҳисоблайман. Қасамёдимни сўзсиз бажараётганим учун мен ҳаётда ва фаолиятимда бахтиёр бўлай, одамлар орасида абадий ҳурмат қозонай, қасамёддан чекинувчи ва ёлгон қасам ичувчилар учун бунинг тескарисини бўлсин“, деб ёзилган.

Хирург ишининг хусусияти шундаки, у ҳар доим беморнинг ҳаёти ёки соғлиги ҳал бўладиган қисқа вақт ва ҳатто санокли дақиқаларда қийин муаммоларни ечиши керак бўлади. Буларга фақат ташхис қўйишигина эмас, балки операция хавфи даражасини, у ёки бу ташхис қўювчи ёки даво муолажаларининг керак ёки ноқераклигини аниқлаш, шошилиш операцияга бемор ва унинг яқинларининг розилигини олиш ва бошқалар кирази. Бундай муаммоларни ҳал қилишда хирургдан зўр маънавий куч, билим ва тажрибаларни ишга солиш, бемор, жамоа ва жамият олдидаги бурчнинг нақадар масъулиятли эканлигини тушуниб етиш кабилар кирази.

Хирургнинг имконияти кўпинча операциянинг муваффақиятли чиқишига ҳар доим ҳам кафиллик бера олмаслик, операция хавфи даражасини имкони борича камайтириш муаммоси ва бошқалар билан мушкулланиб туради. Бундай ҳолларда хирург ўзбилармонлик қилмай,

устозлари, ҳамкасблари, тажрибалироқ хирурглардан маслаҳат олиши, керак бўлса, уларни ёрдамга чақириши лозим. Албатта, бунда ёрдамга келган шифокор беморни кўрганда, операция пайтида ёки ундан кейинги даврда таъна қилмаслиги, хирург обрўйига путур етказмаслиги керак.

Айрим пайтларда, касаллик туфайли азоб чеккан, оғир кечинмаларга кўмилиб кетган бемор поликлиникадаги хирург хонаси ёки боғлаш хонасига, касалхонанинг қабул бўлимига ёки бошқа хоналарнинг санитария ҳолатига, унинг жиҳозларига эътибор беради. Масалан, кушеткадаги гижимланган чойшаб, касаллик тарихи ёки амбулатория қарталарининг сочилиб ётиши ва бошқалар беморнинг гашига тегади.

Тез тиббий ёрдамга мурожаат қилганлар кўпинча рўй берган ҳодиса ёки касаллик туфайли ҳаяжонланган ёки кайфиятлари бузилган бўлиши мумкин, тиббиёт ходимлари бу ҳолатни доим ёдда тутишлари зарур. Бемор ёки унинг яқинлари тез ёрдам бригадасини албатта сабрсизлик билан кутадилар ва улар учун қисқа фурсат ҳам жуда узоқдек туюлади. Бундай пайтда тиббиёт ходимининг хатти-ҳаракати, муомаласи, юз ифодаси катта роль ўйнайди. Бир-икки оғиз ширин сўз билан бемор ва унинг яқинларини тинчлантириш, соғайишига ишонч ва умид уйғотиш зарур, аммо бемор оғир аҳволда бўлса, яқинлари билан суҳбат чоғида ҳеч қачон унинг соғайишига юз фоиз кафиллик бериш керак эмас.

Шошилинч хирургик касали бор беморни касалхонага топшириш босқичи мураккаб ва муҳим жараён ҳисобланади. Масалан, қабулхона бўлимига топширилган беморни навбатчи хирург зудлик билан кўрса ва тез ёрдам ташхиси тасдиқланиб, зудлик билан операция таклиф қилинса, операциядан воз кечиш ёки бошқа келишмовчиликлар бўлиши мумкин эмас. Аксинча, қабул бўлимида бемор узоқ вақт кўрилмасдан кушеткада ётса, бу бемор ва унинг яқинларида ишончсизлик, шубҳа туғдиради ва одатда, келишмовчиликларга сабаб бўлади.

Айрим ҳолларда беморнинг яқинлари табобат билимларидан хабарсизлиги, маданий савияси пастлигидан, хирургларни хуш кўрмаслигидан „буларга фақат кесини бўлса бас“ ёки „балки ўтиб кетар“ деган фикрга бориб, операциядан воз кечадилар ёки беморни касалхонага ётқизишдан бош тортадилар. Бунга деонтологик ва касб нуқсони деб қараш керак.

Одамлар орасида „қўли енгил хирург экан“, „иши доим ўнгидан келади“, деган ибораларни эшитамиз. Албатта, истеъдод билан билимни инкор этиб бўлмайди, ҳар иккаласи хирургда мужассам бўлса, „хирургик бахт“нинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Афсуски, шундайлар ҳам борки, улар ўзларининг хирургик фаолиятида фақат енгил хирургик беморларни танлаб операция қиладилар ва оғир беморлардан узоқроқ бўлиб, шу тариқа обрў-эътибор қозонмоқчи

бўладилар. Афсуски, бундай хирурглар халқ олдида ҳам, ҳамкасблари олдида ҳам тўла шон-шухратга эга бўла олмайдилар.

Хирургик стационарда ишлайдиган барча ходимлар, дарс ўтаётган шифокорлар, ҳамширалар, талабалар ўзларининг ташқи кўриниши, ширинсуханлиги билан бошқаларга ўрнак бўлиши зарур.

Тиббиёт ҳамшираси беморни текширишда, уни турли хил операцияларга тайёрлашда, шифокор тайинлаган даво муолажаларини амалга оширишда ва беморлар парваришида бевосита қатнашади. Бемор билан муомала қилган кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари бемор хаёлини оғир ўй-фикрлардан холи қилиши, чалғитиши, уни тетиклантириб, соғайиб кетишига ишонч уйғотиши керак. Бунда, албатта беморнинг ўзига хос хусусиятларини ва ўша вақтдаги аҳволини ҳисобга олиш ҳам лозим; бир беморни чидаб туришга кўндириш керак бўлса (сал оғрийди-ю, лекин кейин енгил тортасиз), бошқасини ҳар хил гап-сўзлар билан чалғитиш керак бўлади.

Беморлар кўпинча ўрта ва кичик тиббиёт ходимларидан ўзининг ташҳиси ва қандай натижа билан тугагини сўрашади. Беморнинг дарди оғир бўлса, айниқса унда хавfli ўсма (рак) касаллиги бўлса, буни унга айтиш мутлақо ярамайди. Касалликнинг қандай яқунланишига келганда, ҳамшира комил ишонч билан „тузалиб кетасиз“, деб айтиш керак.

Беморнинг олдида у яхши тушунмайдиган ва кўнглида ваҳима ва қўрқинч уйғотадиган: „шок“, „агония“, „қон туфлаш“, „гематома“, „коллагс“ сингари ибораларни ишлатмаслик керак. Наркотик уйқу ва ҳатто юзақи кома ҳолатидаги беморлар ҳам баъзан палатадаги гап-сўзларни эшитиб, кўнглига туғиб қўйишини эсдан чиқармаслик керак. Чунки бемор кўнглига озор етадиган бўлса, бу унинг аҳволини оғирлаштириб қўйиши, баъзи ҳолларда эса даволанишдан бош тортиб, ҳатто ўзини-ўзи ўлдирishга уриниб кўришига сабаб бўлиши мумкин.

Гоҳо беморлар бетоқат, даводан кўнгли тўлмай, гумонсирайдиган бўлиб қолишади, уларда эс-ҳуш айниб қолиши, насвасага тушиб туриши мумкин. Ана шундай ҳолларда кичик ва ўрта тиббиёт ходимлари сабр-тоқатли ва хушмуомала бўлишлари зарур. Бемор билан ҳеч қачон гап талашиб ўтириш ярамайди, лекин даволанишининг зарурлигини тушунтира олиш керак. Шу билан бирга ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари аҳволи унча оғир бўлмаган беморларнинг интизомни, даво режимини бузишига, палатада чекишига, спиртли ичимлик ичишига йўл қўймасликлари, қаттиққўл бўлишлари, аммо қўполлик қилмасликлари лозим.

Ҳамширанинг ташқи қиёфаси катта аҳамиятга эга бўлиб, ишга келгандан кейин у дазмолланган тоза халат ёки мазкур муассасада одат бўлган кийимларни кийиб олади. Кўчада кийиб келган пойабзалини осон тозалайдиган ва юрганда товуш чиқармайдиган шиппак ёки алоҳида туфлига алмаштиради. Сочларини махсус қалпоқ тагига бостириб олади. Саранжом ва озода ҳамшира қиёфаси бемор кўнглида завқ уйғотади.

Аксинча, кийим-кечакдаги пала-партишлик, халатнинг кир бўлиши, қалпоқ ёки рўмол тагидан сочларнинг чиқиб туриши, ҳаддан ошириб пардоз-андоз қилиш, тирноқларни ўстириш, бўяш эса бемор кўнглида тиббиёт ҳамширасининг юқори малакасига, унинг аниқ, тоза ишлай олишига шубҳа пайдо қилади. Бемор шубҳалари бундай ҳолларда кўпинча ўринли бўлади. Баъзан бемор оғирлашиб қолиши мумкин, лекин бу вақтда ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари саросимага ёки ваҳимага тушмасликлари керак.

Қандай ҳодиса рўй бермасин (шовуллаб қон кетиши, юрак ритмининг тўсатдан издан чиқиши, шок, агония, клиник ўлим ҳолатларида), тиббиёт ходимларининг барча хатти-ҳаракатлари жуда аниқ ва ишончли бўлиши керак. Вазият қанчалик хавотирли бўлса, шунчалик паст товушда гапириш керак. Ҳушидан кетмаган беморга, бақриқ-чақриқлар ёмон таъсир кўрсатади; бу бошқа беморларнинг тинчини бузади, ҳаяжонлантиради, уларнинг соғлигига зарар етказиши мумкин; булар беморга ўз вақтида ва малакали ёрдам кўрсатишга халақит беради.

Ҳамшира кўпинча беморнинг қариндош-уруғлари ва яқин одамлари билан мулоқотда бўлишига тўғри келади. Бунда ҳам эҳтиёткорлик талаб этилади. Бемордан дардининг тузалмаслигини ёки аҳволининг оғирлашиб қолганини яширган ҳолда буни унинг қариндошларига ётиги билан тушунтириш керак. Бироқ улар орасида ҳам бемор одамлар бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, улар билан гаплашганда ниҳоятда эҳтиёткор бўлиш лозим. Беморни кўргани келган одамлар билан гаплашишдан олдин шифокор билан маслаҳатлашиш керак.

Айниқса, телефонда гаплашганда эҳтиёт бўлиш, хусусан бирор жиддий хабарни айтмаслик, балки шифохонага келиб шифокор билан шахсан гаплашиш кераклигини тушунтириш лозим.

Тиббиёт ҳамшираси малакасини доимо ошириб бориши, даволаш муассасасидаги умумий муҳит эса бунга ёрдам бериши керак.



## II. ХИРУРГИЯ ИШINI ТАШКИЛ ҚИЛИШ

### Хирургик стационарнинг тузилиши

Хирургик бўлимни очишда даволаниши лозим бўлган беморлар гуруҳини, қўлланиладиган операция усуллари ҳисобга олиш лозим бўлади. Умумий хирургик бўлимларда беморлар ётадиган хонанинг кенлиги бир ўринга 6,5 — 7,5 м<sup>2</sup> ни ташкил қилиши лозим. Хоналарда 2 — 4 тадан ўрин, изоляторда 1 — 2 та ўрин бўлиши ва уларда алоҳида ҳожатхона ҳам бўлиши мақсадга мувофиқ. Палаталардан ташқари бўлимда боғлаш ва муолажа хоналари, ошхона, буфет, ваннахона, тиббиёт ходимлари учун санитария шохобчаси, ҳамширалар ва шифокор хоналари бўлиши керак.

Туман ва шаҳар касалхоналарида очилган умумий хирургия бўлимида аҳолига юқори малакали стационар хирургик ёрдами кўрсатилади. Умумий хирургия бўлимининг қарийб 50% ини ўткир хирургик патология ва 20 — 40% ини шикастланиш ва суяк-бўғим аппарати касалликларига учраган беморлар ташкил қилади.

Йирик клиникаларда ва илмий-текшириш институтларида ихтисослашган онкология, урология, проктология, торакал, абдоминал ва юрак-томирлар хирургияси, микрохирургия бўлимлари ташкил қилинади. Ўткир хирургик инфекцияси бўлган беморларни алоҳида бўлимга жойлаштириш мақсадга мувофиқ. Чунки улар умумий хирургик бўлимда асептик операцияни бошидан кечирган беморларга инфекция тарқатувчи манба бўлиб катта хавф туғдиради. Маълумки, стационарга тушган хирургик касалларнинг 5%идаги патоген микроблар бир ойдан сўнг касалларнинг 70% ида, 1,5 ойдан сўнг 100% ида топилади. Шунинг учун беморни палатага жойлаштиришда касалхонага тушган вақтни ҳам ҳисобга олиш керак.

Умумий хирургия бўлимида асептик операция қилинган ва йирингли жароҳат инфекциялари билан касалланган беморлар учун алоҳида-алоҳида боғлаш хонаси ташкил қилинади. Боғлаш хонасида тоза халат, ниқоб ва қўлқоплар ишлатилиши, ҳар гал боғлам қўйилгандан сўнг хирург ва ҳамшира қўлини дезинфекция қилиши зарур. Бўлимда операция ёки боғлаш хонасида ҳаво алмашинишини таъминлайдиган кондиционер, ВОПР-0,9 ёки ВОПР-1,5 мосламалари қўлланилади, улар ҳавони мунтазам тозалаб туради. Кейин боғлов хонасида бактерицид лампаларни ишлатиш орқали ҳаводаги микроблар сони 15 дақиқада 7—10 мартагача камайтирилади.

### **Палаталар ва уларнинг жиҳозланиши**

Хирургия бўлимини жиҳозлаш ва ишни тўғри ташкил қилиш хирургик ёрдамга муҳтож касалларни тўғри даволашда асосий омиллардан бири ҳисобланади.

Хирургия бўлимларида режа бўйича 2—4 ўринли палаталар ажратиш кўзда тутилади. Бундан ташқари, оғир аҳволдаги ёки алоҳида ётқизилиши зарур бўлган беморлар учун 1—2 ўринли палаталар ажратилади.

Касалхонада ишлатиладиган мебеллар қуйидаги талабларга жавоб бериши керак: касал учун қулай бўлиши, беморларни осон парвариш қилишни таъминлаши, бир жойдан иккинчи жойга осон сурилиши, сақлаш учун қулай бўлиши, касалларнинг турли ёшдаги гуруҳларига мувофиқ бўлиши, тозалаганда ва дезинфекциялаганда ишдан чиқмаслиги керак.

Касалхонада металл ёки ёғоч каравот асосий буюм ҳисобланади, унинг гилдираклиси жуда қулай (каравот гилдирагига ричаг ўрнатилган, унинг ўрнини ўзгартириш ва бир жойда сурилмайдиган қилиш ҳам мумкин). Бундай каравотни кичик ҳамширанинг ўзи ҳам осонгина

сура олади. Ҳар бир каравотда металл ёки бўялган тахтачадан ясалган бош таглиги, шунингдек, бемор ўзи ўтириб-туриши учун каравот устида махсус осилма мослама ҳам ўрнатилган бўлади. Бундан ташқари, палатада стол-тумбочка ва курси бўлади. Оғир касалларни овқатлантириш учун олиб қўйиладиган каравот усти столчаси, қон ва суюқлик ампулалари осиб қўйиладиган таглик, юргизиладиган замбил, кресло ва шу кабилар бўлиши керак.

Кўпгина хирургик усуллар бемор учун хавотирли ва шикастлантирувчи бўлиб, хирургнинг моҳирлигидан ташқари, бир қанча хирургик чора-тадбирларнинг ташкил қилинганлигига, асбоб-ускуна ва аппаратлар билан жиҳозланишидан ташқари ишни ташкиллаштирилганлигига боғлиқ бўлади.

Хирургик клиникаларда кейинги йилларда айлана шаклдаги бўлимлар кўплаб қурилмоқда. Унинг афзаллиги ўтиш жойларининг қисқариши ҳисобига ходимларнинг беморлар билан мулоқот даврини узайтириши ва бунда бўлимлар яқин бўлиб, бир-бирига ўтиш кам вақтни талаб қилишидир. Мамлакатимизда шундай бинолардан бири акад. В.В.Воҳидов номидаги Республика Хирургия илмий марказидаги барокамерали бино ҳисобланади.

Замонавий хирургия бўлимлари, одатда, 60 ўринга мўлжалланган бўлади. Айрим ҳолларда 25 — 40 ўринли махсус хирургия бўлимлари ҳам мавжуд. Замонавий хирургик палаталар икки секциядан иборат бўлиб, улар зал, шлюз ёки коридор билан туташтирилади.

Бўлимда қуйидаги хоналар бўлиши кўзда тутилади: навбатчи ҳамшира пости (4 м<sup>2</sup>), муолажалар хонаси (18 м<sup>2</sup>), боғлаш хонаси (22 м<sup>2</sup>), ошхона (ўринлар сони беморлар умумий сонининг 50 — 60% ини ташкил қилади), ётоқхона жиҳозларини саралаш ва ишлатилган жиҳозлар, тозалаш воситаларини сақлаш хонаси (15 м<sup>2</sup>), ваннахона (12 м<sup>2</sup>), ҳуқна хонаси (8 м<sup>2</sup>), ҳожатхона (эркаклар, аёллар ва ходимлар учун алоҳида).

Бўлимда бўлим мудирининг хонаси (12 м<sup>2</sup>), ординаторлар хонаси (10 м<sup>2</sup>), катта ҳамшира хонаси (10 м<sup>2</sup>), хўжалик бекаси хонаси (10 м<sup>2</sup>) бўлиши лозим.

Институт клиникаларида профессор, доцентлар учун иш хонаси ва 10 — 12 кишига мўлжалланган ассистентлар учун ўқув хоналари алоҳида бўлади.

**Қабулхона бўлими.** Беморлар қабулхона бўлими орқали қабул қилинади ва касалликнинг турига қараб тегишли бўлимларга ётқизилади.

Қабулхона бўлимида регистратура, беморларни бирламчи кўздан кечириш хоналари, 1 — 2 та ташхислаш палаталари, шунингдек, юқумли беморлар учун изолятор, ванна (эркаклар ва аёллар учун алоҳида), тоза кийимлар ва беморлар кийимини сақлаш хоналари бўлади.

Қабулхона бўлимида бемор санитария ишловидан ўтказилиб, гигиеник ваннага туширилади, унинг сочи педикулёзга текширилиб, бит, сиркалар бор-йўқлиги аниқланади ва беморга касалхона кийими кийдирилади.

**Умумий хирургия бўлими.** Хирургик беморлар махсус жиҳозланган ва ускуналар билан таъминланган хирургия бўлимида даволанади. 20 — 25 ўринга мўлжалланган кичик участка ва туман касалхоналарида хирургия бўлими бўлади. Уларда шопилинч хирургик ёрдам кўрсатиш, кичикроқ режали операцияларни бажариш имконини берадиган операция ва яра боғлаш учун махсус хоналар бўлади.

Хирургия бўлимида беморлар учун палаталар, операция блоки, боғлаш хонаси ва қўшимча хоналар — ванна, ошхона, буфет бўлади. Хирургия бўлимида совуқ ва иссиқ сув, марказдан иситиш системаси, канализация ва ҳавони тозалаб турадиган вентиляция бўлиши лозим.

**Травматология бўлими.** Шикастланган беморларни даволаш учун мослаштирилган хирургик бўлимдир. Одатдаги бўлимдан фарқли равишда травматология бўлимида рентген, гипс боғлаш, аппарат хоналари, даво физкультураси, механотерапия ва физиотерапия хоналари бўлиши зарур.

**Травматология пункти.** Бир қанча касалхоналар ва поликлиникаларда махсус даволаш-профилактика бирлиги сифатида травматология пункти бўлиб, унда шикастланган беморларга травматологик ёрдам кўрсатилади. Травматология пунктида травматолог учун махсус хона, операция, гипс-боғлов ва рентгенология хоналари бўлиши лозим.

Травматология пунктида бирламчи шифокорлик даражасидаги тиббий ёрдам кўрсатилади. Бунда суяк синиқлари репозиция қилинади, оддий гипс боғламлари қўйилади, чиққан суяклар ўрнига солинади, кичикроқ жароҳатларга хирургик ишлов берилади. Бемор стационарда даволанишга муҳтож бўлганда уни травматология бўлимига юборилади. Травматология пункти ўз ҳудудидаги травматологик беморларни ҳисобга олади, улар стационардан уйига жўнатилгандан кейинги реабилитация ишларини олиб бориш, шунингдек, травматологик беморларни меҳнатга лаёқатли қилиш масалалари билан шуғулланади.

**Гипс-боғлов хонасида** одатда синган жой оғриқсизлантирилади, чиққан суяклар жойига солинади, гипс боғламлар қўйилади, синган суяклар тахтакачланади. Асептика нуқтаи назаридан гипс ва яра боғлов хонаси операция хонасига қўйиладиган талабларга мос келиши керак. Гипс-боғлов хонасида синган суякларни жой-жойига солиш, суякларни тахтакачлаш, гипс боғламларини қўйиш учун махсус аппаратура, кўчма рентген аппарати ва бошқалар бўлиши керак. Катта ҳажмдаги ускуналар (шитлар, каравот оёқчасига қўйиладиган тагликлар, бош остига қўйиладиган мосламалар, ён томондан тортиш учун мосламалар ва ҳоказолар) аппаратхонада сақланади.

**Операция блоки.** Операция блоки — хирургик бўлимнинг „юраги“ ҳисобланиб, қуйидаги гуруҳларни ўз ичига олади.

1. Операция ўтказиладиган хоналар (операция зали, наркоз аппаратлари ва бошқа асбоб-ускуналар турадиган хона, операциядан олдинги ва бемор наркоздан уйғонгандан кейинги хоналар).

2. Хўжалик хоналари (кийим-кечак, асбобларни сақлаш, қон ва қон ўрнини босувчи суюқ препаратлар сақланадиган хона).

3. Тиббийёт ходимлари хонаси (операция ва боғлов материалларини тайёрлаш, автоклав, марказий стериллаш хоналари).

Операция блоки махсус ажратилган жойда бўлиб, хирургик ҳамда интенсив терапия бўлимлари билан коридор орқали тутанган ва хирургия бўлими ҳамда озиқ-овқат шохобчасидан узоқда бўлиши лозим. Унинг деразалари шимол ва шимоли-ғарб томонга қаратилган бўлиши керак. Бу ҳол операция хонасини йилнинг иссиқ кунларида қизиб кетишдан сақлайди, ходимлар ва беморлар учун қулай микроклим яратади. Операция блоки чанг ва шовқиндан ҳоли бўлиши учун бинонинг юқори қаватларига (иккинчи қаватдан паст бўлмаслиги керак) жойлаштирилади. Операция блоки йирингли зонадан имкони борича четда бўлиши, шунингдек, ҳар иккала зона учун айрим-айрим хоналар, кийим-кечак, жиҳозланган материаллари, асбоблар бўлиши керак. Хирургия ёрдамининг ҳажми ва мақсадига қараб қўшимча рентген, сунъий буйрак, эндоскопия бўлимлари ташкил қилинади.

Операциянинг асоратсиз ўтишини таъминлаш учун операция блоки қуйидаги уч зонага бўлинади:

**Биринчи зонага** асептика қоидаларига қатъий риоя қилиниши шарт бўлган хоналар, жумладан, операция зали, стериллаш хонаси, сунъий қон айланиш лабораторияси киради.

**Иккинчи зонага** операция зали билан узвий боғланган хоналар, жумладан, операция залидан олдинги хона, наркоз аппаратлари турадиган жой киради.

**Учинчи зонага** материал ва асбоблар, хирурглар ва ҳамширалар хонаси, санпропускник киради.

Учинчи зона иккинчи зона билан коридор орқали боғланади. Биринчи ва иккинчи зоналар бир-бири билан инфекциянинг палаталардан операция хонасига кириш йўлини тўсиш учун тамбур орқали боғланади.

Иккита операция хонаси бўлган ҳамда умумий операциядан олдинги ва стериллаш хоналари мавжуд бўлган операция блоки мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Замонавий хирургик стационардаги палаталар, операция блоки ва хоналарига қўйиладиган талаблар бошқа профилдаги тиббий йўналишлардан фарқ қилади.

Хирургия бўлимидаги ишнинг ҳажмига кўра бир неча операция хоналари бўлиши мумкин. Бироқ тоза ва йирингли операция хоналари бўлишини кўзда тутиш лозим. Биргина операция хонаси бўлган жойларда дастлаб тоза операцияларни биринчи навбатда ўтказиш ва



йирингли операциядан кейин хонани тўла-тўқис йиғиштириб тозалаш шарт эканлигини унутмаслик керак. Иккита операция хонасига эга бўлган операция блокади йирингли операция хонаси худди тоза операция хонаси каби махсус йиғиштириб тозланади. Деворлари ва шипи чанг тутулиб қолмаслиги учун мойли бўёқ билан бўялади. Хонанинг полига кафель ёки керамик плиталар ётқизилади.

Замонавий операция хоналарининг деворларига оқ ёки пушти рангли махсус кафель плиталар ёпиштирилади. Ҳозирги пайтда туман хирургия бўлимларида одатда иккита бир-биридан ажратилган тоза ва йирингли касалликларни операция қиладиган заллар мавжуд. Операция зали бевосита операция ўтказиладиган жой бўлиб, тахминан 100 ўринли хирургия бўлими учун 40 м<sup>2</sup> ли, кенг, ёруғ хона ажратилиши лозим.

**Иситиш.** Хоналарни радиаторлар билан буғда иситган яхши. Радиаторларда чанг тўпланиб қолишига йўл қўймаслик учун уларнинг устини ўраш лозим. Операция хонасининг ҳарорати бир меъёрда — 22—24°С атрофида бўлиши шарт.

**Ёритиш системаси.** Операция хоналарига шимоли-ғарбга йўналган, оч рангли бўёқ билан бўялган кенг дераза қуриш тавсия қилинади. Баъзи минтақаларда операция хоналари деразасиз бўлиб, уларда операциялар сунъий ёруғликда ўтказилади. Аммо сунъий ёруғлик хирургни тез чарчатиб, унга салбий таъсир қилади. Операция хонасида умумий ва маҳаллий сунъий ёруғликдан фойдаланилади. Умумий ёритиш учун 400 лк ли панелли люминесцент лампалар ёки 200 лк ли лампалар қўлланилади. Маҳаллий ёритиш умумий ёритишдан 100 марта ортиқ бўлиши керак. Ҳозирги кунда шипга ўрнатиладиган, стационар, 4—7—9 ва 12 рефлекторли, соясиз ёритиш системалари мавжуд. Бу ёритиш системалари учун аккумуляторлар бўлиши лозим, чунки уларни умумий электр токи келмай қолганда қўллаш мумкин. Лампалар етарлича ёруғ бўлиши ва рангни бузиб кўрсатмаслиги лозим. Тик тушадиган қуёш нури хирург ишини қийинлаштиради ва ёзда хонани қизитиб юборади. Шунинг учун операция майдонини ёритиш учун хирург боши ва қўлларига соя туширмайдиган махсус лампалар тақиб олади. Зарурат бўлганда қўшимча равишда ён томондан ёритиладиган лампалар ёки хирург бошига қиядиган шахтёр лампочкаси типидagi махсус ёритгичлар ишлатилади. Булар нейрохирургик операцияларда айниқса зарур.

Операция жароҳатлари чуқур бўлса, соясиз лампа билан ҳатто ён томондан қўшимча ёруғлик берилганда ҳам уларни яхши ёритиб бўлмайди. Шунинг учун стационар ёритиш системасидан ташқари, 1—3—4 ва 6 рефлекторли, ён томондан ёритадиган ҳаракатлантирувчи ёритиш системалари ҳам бўлиши шарт. Шунингдек, қорин, кўкрак бўшлиғи операцияларида махсус оптикаси бўлган, ёруғлиги 17,6 В ли лампаларнинг нуридан фойдаланилади. Операция хонасининг мебели кўчма, енгил, силлиқ, тузилиши содда, осон ювиладиган ва сирли бўёқ билан бўялган бўлади.

**Шамоллатиш.** Операция хонаси яхши шамоллатилиши керак. Бунинг учун кўпроқ ҳаво оқиб келадиغان ҳаво алмаштиргич мосламалар қўллаган яхши. Совиладиган, иситадиган, ҳавони намлаб берадиган эмас, балки стерилизация ҳам қиладиган махсус кондиционерлар маъқул ҳисобланади.

**Жиҳозлар.** Операция хонасида ишга зарур аппаратлар ва мебеллар бўлиши керак; операция вақтида беморга ҳар қандай зарур ҳолатни эгаллаш имконини берадиган операция столи, асбоблар ва яра боғлаш материали қўйиладиган операция ҳамшираси столлари, хирург учун асбоблар столчаси, қон оқишини тўхтатиш учун термокоагулятор, электрсўргич ва анестезиологик аппаратлар шулар жумласига киради. Кислородли ва наркотик газли баллонлар операция хонасидан чиқариб қўйилади. Газ махсус газ найлари ёрдамида берилиши лозим. Операция хонаси ва операциядан олдинги хонанинг жиҳозланиши юқорида қайд қилинган эди. Операциядан олдинги хона ҳамма операция блокларида, ҳатто участка касалхонасида ҳам бўлиши шарт. Операциядан олдинги хонада хирург ва операция ҳамшираси қўлларини ювиб ва дезинфекция қилиб операцияга тайёрланади. Кўпинча ундан асбобларни стериллашда ҳам фойдаланилади. Наркоз операция хонасида ҳам берилиши мумкин. Аппарат хонаси тўғридан-тўғри операция хонаси билан боғлиқ бўлиши мумкин эмас. Аммо улар орасида иккиёқлама алоқа бўлиб, беморнинг асосий кўрсаткичлари ёритилган таблода ўз аксини топиши мумкин.

Ҳозирги пайтда операция учун ишлатиладиган асбоблар тўплами ва миқдори шунчалик кўпки, уларни тўғри сақлаш ва фойдаланиш учун махсус хона ажратиш талаб қилинади. Асбобларнинг операциядан олдинги хона, стериллаш хонаси ва ҳоказоларнинг шкафларида сақланишини тўғри деб бўлмайти, чунки бу улардан фойдаланишни қийинлаштиради. Баъзи ҳолларда хона ҳавосининг намлиги асбобларнинг бузилишига олиб келади. Асбоблар айрим қисмларга ажратилган ҳолда шиша шкафларнинг жовонларига териб қўйилади.

Операция блокларнинг ишлаб чиқариш хоналаридан иккитаси алоҳида эътиборни талаб қилади:

а) *автоклав хонаси* — чойшаблар ва боғлов материаллари стерилланадиган жой. Операция хонасига хизмат қиладиган автоклавлар операция блокига жойланиши ва катта операция ҳамширасининг бевосита назорати остида ишлатилиши лозим;

б) *стерилилаш хонаси*. Бу хонада асбоблар учун стерилизаторлар бўлиб, у иссиқлик манбалари — электр токи ва газ билан таъминланган бўлади. У операция хонаси ёнида ёки иккита операция хонаси ўртасида жойлашган бўлиб, улар стерил асбобларни узатиш учун қилинган туйнуқлар ёрдамида туташтирилади.

Ҳозирги кунда йирик клиникаларда операция хоналарида ички инфекциядан сақлаш учун (агар талабалар ва курсантлар кўп бўлса) махсус телевизор ёки ойнали тўсиқ орқали операцияни

кузатиш тавсия қилинади. Операцияда қатнашувчи кишилар: хирург, унинг ёрдамчиси, анестезиолог ва ҳамширалар санитария-гигиена назорати остида бўладилар. Санитар қўриқхонада қайта кийиниш хонаси бўлиб, ечиладиган кийим учун алоҳида шкафлар ва ходимларнинг операция вақтида киядиган махсус кийимларини алмаштириш учун кўчма пардалар бўлиши керак. Бундай хонанинг йўқлиги, одатда асептиканинг қўпол бузилишига олиб келади. Операция хонасига кўчада юриладиган пойабзал билан кириш қатъиян ман қилинади.

Операция бригадасига бактерия ва суюқлик кирмайдиган қалин импрегнация қилинган пахтали ашё (легилен)дан тайёрланган бактерицид кийим бериледи. Операция кийими фақат шу ерда кийиледи, шунинг учун операция кийимининг ранги бошқа кийимлардан фарқ қилиши (масалан, яшил рангда бўлиши) керак. Тиббий қалпоқ сочни бекитиб туриши керак. Бурун, оғиз, иякни бекитиб турадиган ниқоб филтр вазифасини бажаради. Бурун чеккаларини ўраб туриши учун ниқобнинг махсус металл мосламаси бўлади. Ниқоб тўрт қаватли докадан тайёрланади. Бурун ва оғизни бекитиб турадиган ниқобдан ташқари, ходимлар ҳаёт фаолияти чиқиндиларини чиқариб ташлайдиган махсус мосламалар ихтиро қилинган. Айрим ўта тоза операцияларда (юракни кўчириб ўтказиш, юракка клапанлар қўйиш) операция қиладиган хирурглар ва ҳамширалар махсус кийим ва шлемлар кийишади, уларнинг пешаналарига доимо енгил шабада келиб туради. Нафас билан чиқарилаётган ҳаво ва тер ходимлар юзи ва бўйнидан вакуум насослар ёрдамида тортиб олиниб, хонадан ташқарига узатилади. Шлемга операция қилувчилар билан гаплашиш, алоқа қилиш учун мослама ўрнатилган. Бу система ишончли асептикани вужудга келтиради.

**Операция хонасини тозалаш.** Операция бўлмаган кунлари операция хонасига ҳеч ким киритилмайди, эшиклари ёпиб қўйилади. Зарур бўлмаса, операция хонасига кириш ман этилади. Иш вақтида эса тозалик ва тартибга қатъий риоя қилинади. Қон ва жароҳат оқмасига ишлатилган дока шарчалар махсус тоғорага ташланади. Операция пайтида жароҳат ва бўшлиқдан олинган экссудат ва йирингли моддалар электр сўргич ёрдамида идишларга йиғилади.

Операция хоналари ҳамма вақт нам усулда (1% ли хлорамин Б, 3% ли водород пероксид, 0,5% ли ювиш воситалари, 0,2% ли дезоксан, 1,2% ли дихлор) тозаланеди.

Операция хонасини тозалаш:

1. **Операция пайтида тозалаш.** Ҳамшира полга тасодифан тушган салфетка, шарчаларни йиғиштиради ва қон ёки экссудатдан ифлосланган полни артади. Шарча ва салфеткаларни ҳамшира қўлқоп ёки махсус қисқич билан олиши керак.

2. **Операция тугагандан кейин хонани тозалаш.** Бу билан навбатдаги хирургик ёрдам учун операция хонасининг тозаланишига эришилади.

**3. Операция куни тугаллангандан ёки шошилич операциялардан кейинги кундалик тозалаш.**

**4. Ҳафтанинг операция бўлмайдиган кунда режа бўйича бошдан-оёқ тозалаш.** Операция хонаси (шип, деворлар, деразалар) совунли қайноқ сув, 3 — 6% ли водород пероксид эритмаси, 0,5% ли ювиш воситалари ҳамда 1% ли хлорамин Б суюқлиги билан ювиб чиқилади.

**5. Профилактик тозалаш.** Эрталаб иш бошлаш олдидан хонанинг пастки қисмлари (пол, асбоб-ускуналар, дераза ромлари) антисептикларга ҳўлланган латта билан артилади.

Операция хонасини бактериал жиҳатдан текшириш шуни кўрсатадики, куннинг охирида ҳаво эммасида (микробларни экиш) бактерия колониялари сони кескин кўпаяди, ўз вақтида шамоллатиш, нам усулда тозалаш эса уни кескин камайтиради. Аммо ҳавони бу хилда тозалаш кўнгилдагидек бўлмайди. Шунинг учун операция хонаси ҳавосини дезинфекция қилиш учун қисқа тўлқинли бактериоцид лампалардан фойдаланилади.

Бактериоцид лампалар ҳавонинг конвекция оқими ҳаракати йўналиши бўйича ўрнатилиши керак, яъни улар махсус мослама билан полдан 2 м баландликда бўлади ёки шипга осилади. Операция хонасига кираётган ҳавони бактериоцид нурлантириш учун бириккита лампани кириш эшиги тепасига ўрнатиш лозим. Ҳар бир лампа ўз атрофида диаметри 2 — 3 м<sup>2</sup> бўлган сатҳни эгаллаган стерил зонани ҳосил қилади. Шу сабабли лампаларни операция столидан 2 м дан узоқ масофага жойлаштириш керак. Чунки жароҳат юзасининг ва сероз эндотелиал тўқима билан қопланган аъзоларнинг узоқ муддат нурлантирилиши организм учун фарқсиз эмас, куйишга сабаб бўлиши ҳам мумкин. Бактериоцид лампаларни тўсиш учун алюминдан ясалган акс эттиргичлар тавсия қилинади.

Хона ҳавосини нурлантириш муддати кишилар бўлганда 6 — 8 соатдан ошмаслиги керак. 2 — 3 соат бактериоцид лампалар қўллашдан сўнг операция хонасининг ҳавосидаги микроблар сони 50 — 80% гача камаяди. Хона ҳавоси бараварига бир соат ичида шамоллатилса ва ультрабинафша нурлар билан дезинфекция қилинса, ҳавода микроорганизмларнинг сони 75 — 90% гача камаяди. Ҳозир амалиётда бактериоцид лампаларнинг БУВ-15, БУВ-30, БУВ-30П турлари кўпроқ ишлатилади.

Операция хонаси ҳавосини дезинфекция қилиш клиник хирургик муассасаларда айниқса муҳим аҳамиятга эга. Ходимларнинг кўп бўлиши ҳавода микробларнинг кўпайишига олиб келади ва бу асептик шароитни ёмонлаштиради. Шунинг учун операция блокига микроорганизмлар тушишини камайтириш мақсадида ходимлар ва беморлар учун алоҳида стерил шлюзлар қилинади.

Микроорганизмларни ташқи муҳитдан тушиши ва тарқалишини кескин камайтириш мақсадида ходимлар кийимларини алмашти-

ришлари, бармоқларини гигиеник дезинфекция қилишлари, махсус пойабзал, қалпоқ ва ниқоблардан фойдаланишлари лозим. Операция блокада хирургдан тортиб то ҳамширагача, ҳамма ходимларнинг сидқидилдан, пухта ишлаши ва даволашнинг муваффақиятли чиқишига имконият яратилиши шарт. Қатъий интизом ва росттўйлик операция хонасида ишловчи ходимларнинг ижобий фазилатидир.

Операция хонасининг вентилияцияси микроорганизмларни ушлаб қоладиган фильтрли кондиционерлардан иборат бўлади. Операция хонасининг ҳарорати 24°C, ҳаво намлиги 50% ва микроорганизмларнинг сони ҳар 1 м<sup>3</sup> да 500 дан ошмаслиги керак.

Юқори стерилликда бажариладиган хирургик муолажаларда операция хоналарида лампалардан келувчи (горизонтал ва вертикал) нурлардан фойдаланилади. Бу ҳолда горизонтал ва вертикал ҳаво оқими соатига 500 мартагача алмашилиши керак. Бундай ламинар оқим хонадаги бемор ва хирурглар бригадасидан чиқадиган заррачаларни чиқариб юборади. Горизонтал оқимда ҳаво девордан қарама-қарши томонга йўналади, шунинг учун анестезиолог операция майдонини тўсиб қўймаслиги керак, вертикал оқимда эса ҳаво пол томонга оқади. Бундай операция хоналарида стериллик ўн мартагача кам бўлади. Ламинар ҳаво оқимини вужудга келтириш учун бокслардан фойдаланса бўлади. Уларнинг деворлари ойна ва пластикадан ишланган бўлиб, вертикал ҳаво оқими юқоридан пастга йўналади.

Мураккаб операцияларни бажариш учун ҳозирги кунда юқори атмосфера босими остида кислородга тўйинган ҳаво ёрдамида операция қилишга имкон берадиган барооперация хоналари мавжуд. Уларда мураккаб ускуналарнинг тўғри ишлашини таъминлаш учун махсус ўргатилган тиббий ва техник ходимлар керак.

### **Дезинфекцияловчи иш эритмасини тайёрлаш. Хлораминнинг иш эритмасини тайёрлаш**

Хлораминнинг иш эритмаси, %	1 л сувга қўшиладиган хлорамин, г	5 л сувга қўшиладиган хлорамин, г	10 л сувга қўшиладиган хлорамин, г
0,5	5,0	25,0	50,0
1	10,0	50,0	100,0
2	20,0	100,0	200,0
3	30,0	150,0	300,0
5	50,0	250,0	500,0

#### **! Эслатма.**

Хлораминнинг тайёрланган иш эритмаси 24 соатга, 10% ли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси 10 кунгача яроқли ҳисобланади.

## Водород пероксиднинг 0,5% ли иш эритмасини тайёрлаш

Эритма, %	30% ли пергидрол, мл	Ювувчи кукун, г	Сув миқдори, мл
3% ли водород пероксид ва ювувчи эритма	100	5	895
6% ли водород пероксид ва ювувчи эритма	200	5	895

## 10% ли хлорли оҳак тиндирмасидан иш эритмасини тайёрлаш

Иш эритмаси, %	10% ли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси	Сув миқдори	Тайёр эритма миқдори, л
0,5	50 мл	950 мл	1
1	100 мл	900 мл	1
2	200 мл	800 мл	1
3	300 мл	700 мл	1
5	500 мл	500 мл	1
3	3 л	7 л	10
5	5 л	5 л	10

### ! Эслатма.

1. Дезинфекцияловчи модда сақланадиган идишларда модданинг номи, унинг концентрацияси % да, тайёрланган сана ва ҳамширанинг имзоси бўлиши шарт.

2. Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2000 йил 30 октябрдаги 560-сонли буйруғига асосан, бир марта ишлатиладиган шприцлар, игналар ва бир мартали системалар 5% ли хлорамин эритмасида ёки 2,5% ли кальций хлорид, хлорли оҳакда 2 соат сақлангандан сўнг ёқиб юборилади.

3. Тиббий асбобларни водород пероксид ёки гидроперидда ювиш мумкин, кейин оқар сувда ювиб ташланади. Ветошларни қайнатиш (содали сувда 15 мин), 2 — 3% ли зарарсизлантирувчи эритмада 1 соат ювилиб, тоза сувга чайиб олиш мумкин.

4. Лаборатория анжомлари, аппаратлар, ишдан кейин ветош билан артилиб, 0,5% ли хлораминнинг эритмасида ювилади.

## Муолажа хонасида ишлатиладиган дезинфекцияловчи моддалар

Дезинфекцияловчи моддаларнинг номи ва % миқдори	Зарарсизлантириш тури
0,5% ли хлорамин, кальций гипохлорид эритмаси, хлорли оҳак эритмаси	Қўлни ювиш учун
1% ли хлорамин, кальций гипохлорид эритмаси, хлорли оҳак эритмаси	Стерил пинцетни сақлаш учун. Кундалик тозалашда анжомларни артиш учун
3% ли хлорамин, кальций гипохлорид ва хлорли оҳак эритмаси	Қон теккан жихозларни артиш учун (2 марта). Катта тозалаш ишларини олиб бориш ва кўп марта ишлатиладиган шприцларни зарарсизлантириш учун
5% ли хлорамин, кальций гипохлорид эритмаси, хлорли оҳак эритмаси	Бир марта ишлатиладиган шприц ва системаларни зарарсизлантириш учун
6% ли водород пероксид ва 0,5% ли содални сув	Умумий тозалаш ишларини олиб бориш учун
1% ли хлорли оҳак ва 0,5% ли кальций гипохлорид эритмаси	Девор, қаттиқ анжомлар ва полни ювиш учун

### ! Эслатма.

1. Умумий тозалаш тадбирларини ўтказишда дезинфекцияловчи моддалар алмаштириб ишлатилади.

2. Кўп марта ишлатиладиган шприц ва асбоблар кальций гипохлорид эритмасида зарарсизлантирилмайди, чунки улар тез ишдан чиқади.

3. Меъёрда 1 м<sup>2</sup> майдонга 200 мл дезинфекцияловчи иш эритмаси ишлатилади. Муолажахона майдони 12 м<sup>2</sup> дан кам бўлмаслиги керак.

*Масалан*, девор, пол учун 10,5 л дезинфекцияловчи модда ишлатилади. Катта тозалаш ишларини ўтказиш учун бу эритмадан 15 л керак бўлади.

**Операция олди хонаси** — операция ҳамшираси, хирург ва унинг ёрдамчиларининг операцияга тайёргарлик кўриши учун хизмат қилади. Тайёргарлик қўл ювишдан бошланади. Бунинг учун совуқ ва иссиқ сувли махсус чиганоқлар, қўл ювиладиган тоғоралар, қум соатлар керак бўлади.

**Наркоз хонаси** — одатда махсус хона бўлиб, унда анестезиолог ишлатадиган наркоз аппаратлари, дори воситалари, ҳужжатлар сақланади. Баъзан бу хонада беморда наркознинг бошланғич босқичлари ўтказилиб, сўнгра беморни операция хонасига олиб кирилади.

**Стериллаш (автоклав) хонаси** — операция учун ишлатиладиган дока, оқ сурплар ва асбобларни стериллаш учун автоклав, стерилизатор ва қайнатгичлар ўрнатилган бўлади.

**Асбоблар хонаси** — хирургик асбоблар ва аппаратларни сақлаш учун хизмат қилади ва улар махсус шиша шкафлар билан жиҳозланган бўлади.

**Материаллар хонаси** — операция учун ишлатиладиган дока, оқ сурплар, яра боғлаш ва чок қўйиш материалларини тайёрлашда фойдаланилади. Унда спирт, эфир ва бошқа дори-дармонларнинг ортиқчаси сақланади.

**Боғлаш хонаси** — боғлашлар, айрим муолажа ва кичик операциялар ўтказишга мўлжалланиб, махсус жиҳозланган бўлмоғи лозим. Боғлаш хонаси майдони битта боғлаш учун 15 м<sup>2</sup> га тўғри келиши керак. Боғлаш хонасига операция хонасига қўйиладиган талаблар қўйилади (деворлари мойли бўёқ билан бўялган ёки плитка ёпиштирилган ёруғ хона бўлиши керак). Боғлаш хонасининг ҳарорати 20°С дан кам бўлмаслиги лозим. Унинг жиҳозлари: бемор ярасини боғлаш, асбоблар ва яра боғлаш материали учун алоҳида столлар, ўтирадиган беморлар учун бир нечта стул, ечилган боғламлар учун контейнер, асбоблар ва дори моддалар учун шкафдан иборат бўлади. Асбоблар қўшни хонада стерилланади.

Боғлаш хонаси марказдан бериладиган система орқали совуқ ва иссиқ сув билан таъминланиши ва у ниҳоятда озода сақланиши лозим. Асбоблар ва яра боғлаш материали турадиган столнинг усти операция хонасидаги сингари ёпиб қўйилади ва лозим бўлганда, аввал тоза яралар, сўнгра эса „йирингли“ яралар боғланиши мумкин бўлади. Иш куни охирида боғлаш хонаси нам усулда артиб тозаланади ва ҳавоси ультрабинафша нур билан нурлантирилади. Йирингли бўлимларда эса алоҳида „тоза“ ва „йирингли“ беморлар учун иккита яра боғлаш хонаси бўлади.

**Палаталар.** Хирургия бўлимида кенг, ёруғ ва яхши шамоллатиладиган палаталар бўлиши керак. Мебелнинг юзаси силлиқ бўлиши лозим. Аксинча, буни иложи бўлмаган ҳолларда у осон тозаласа бўладиган оч рангли эмал бўёқ билан бўялади. Каравотлар беморларнинг олдига ҳамма томондан бора олинадиган қилиб жойлаштирилади. Беморлар операциядан кейинги биринчи кунларда операциядан кейинги палаталарга ётқизилади. Касалхонада махсус йирингли бўлим бўлмаса, йирингли беморлар учун алоҳида палаталар ажратилади.

Хирургия бўлимидаги палаталарда битта ўринга катталар учун 7 м<sup>2</sup>, болалар учун эса 6 м<sup>2</sup> майдон ажратилади. Аксарият палаталар 4 ўринга мўлжалланган бўлиши, шунингдек, 2 та икки ўринли ва 2 та бир ўринли палаталар ҳам бўлиши керак. Палатада ўринларнинг сони 3—4 тагача бўлмоғи лозим.

Бир ёшгача бўлган болаларни 2 ўринли палатага, бир ёшдан катта болаларни 4 тадан кўп бўлмаган ўринли палаталарга жой-



лангириш лозим. Бир ёшгача бўлган болалар учун катта палаталарни алоҳида боксларга бўлиш керак. Ҳар бир боксда 1—2 тадан ўрин бўлиши мақсадга мувофиқ. Чақалоқлар учун ажратилган боксларга қўйилган каравотлар (кювезлар) 2 тадан онимаслиги керак. Битта касалга мўлжалланган ва санитария тармоғига эга бўлган палата (ярим бокслар) дан изолятор сифатида фойдаланиш мумкин. Ташқаридан алоҳида кириладиган боксларгина тўлиқ изоляция қилинади.

Болалар хирургияси бўлимларида чақалоқлар, эмизикли болалар, бир ёшдан уч ёшгача бўлган ва ундан катта ёшдаги болалар учун алоҳида палаталар ажратилиши керак. Марказий шифохоналарда чақалоқлар ва чала туғилган болалар учун ҳам алоҳида бўлим ёки палаталар ажратилади.

Болалар хирургияси муассасалари ўзига хос тузилишга эга бўлиб, касалхона ичи инфекцияси тарқалишининг олдини олиш учун камида 25% палаталар алоҳида ажратилган бўлиши керак. Бундан ташқари, палаталардан 15—20 дақиқа давомида беморларни эвакуация қилиб, кўчириш имконияти (кўплаб лифтлар, кенг зинапоялар) яратилган бўлиши лозим.

Болаларга машгулотлар ва ўйнаш учун махсус хоналар ажратилган бўлиши керак. Шундан 20% га яқини оналар учун ажратилиши керак.

Ҳар бир палатанинг ички бўёғи, мебеллари ва ёритилиши талабга жавоб бериши лозим. Ҳозирги даврда касалхоналарда оқ ранг билан биргаликда бошқа ранглари ҳам қўллаш кенг тус олмоқда. Палаталарда ювиниш жойи ва ойналар, умумий ва ҳар бир каравот учун алоҳида ёритиш ҳамда ҳамширани чақириш системаси, радиони қулоққа тутиб эшитиш системаси бўлиши кўзда тутилган. Бир ёки икки ўринли палаталар қўшимча марказлаштирилган кислород бериш системалари билан жиҳозланиши зарур.

Металл ёки диван каравотлар билан жиҳозланган палаталар жуда қулай бўлиши керак, бу она ва боланинг ётиши учун имкон беради.

Аксарият каравотлар функционал бўлиши керак. Палаталарда яна каравот ёнида турадиган тумбочка, кийим илгич, умумий стол, стуллар, қоғоз учун тўр идиш ва деворга ўрнатилган шкаф бўлиши керак. Ётиб даволанадиган касаллар учун каравотнинг устига кўтариб-тушириладиган столлар керак бўлади. Палатада ўстириладиган гуллар бўлиши ва деворларга 1—2 та тасвирий санъат намуналаридан осиб қўйиш ҳам мақсадга мувофиқдир.

Палаталар ва умуман, бўлимда ҳаво ҳароратини иситиш асбоблари ёрдамида мўтадиллаштириб туриш керак. Умумий хирургия бўлимларининг палаталарида ҳарорат 20°C, болалар бўлимларида эса 22°C атрофида бўлиши керак. Ҳавонинг нисбий намлиги 55—60% , ҳаво ҳаракатчанлиги секундига 15 м атрофида бўлиши зарур. Бўлимдаги ҳамма палаталар табиий ёруғлик билан яхши ёритилиши, деразалар жанубга, жануби-шарқ ёки жануби-ғарбга қараган бўлиши керак. Палата эшикларида даволовчи шифокор ва ҳамширанинг исми-шарифи ва фамилияси ёзиб қўйилади.

Беморлар дам оладиган жой зал ҳисобланади. Унда 1—2 та диван, журнал столчаси, стуллар, гуллар ва рўзнома-журналлар бўлиши керак. Агар телевизор ўрнатиб ва деворларга тасвирий санъат асарлари намуналаридан осиб қўйилса, яна ҳам кўркем бўлади.

**Ординатор хонаси.** Бу ерда ҳар хил тиббий ҳужжатлар тўлдирилади. Столлар, стуллар, китоб ва кийим-кечак учун шкаф, ювинадиган жой, ойнадан ташқари бу ерда китоб жавонлари бўлиши керак. Эълонлар тахтчасида навбатчилар рўйхати, ҳафтада қилиниши лозим бўлган операциялар, беморларни текшириш ва даволашнинг ҳар хил схемалари осиб қўйилади.

Ординаторлар хонасига бўлим амалий фаолиятини (қилинган операциялар сони, асосий касалликлар бўйича ўлим ҳоллари сони, бир неча йил давомида ва охириги йил чораклар билан) кўрсатувчи стендлар, диаграммалар ва бошқа кўрсаткичлар қўйилади.

Китоб жавонига хирургия, анестезиология ва реанимацияга оид асосий қўлланмалар қўйилиши керак. Бўлимда фотоаппарат ва илмфан билан шуғулланиш учун керакли бошқа нарсалар бўлиши керак. Столдаги ойна тагида ҳамма ходимларнинг тўлиқ манзилгоҳи ва телефонлари ёзилган варақа туриши лозим.

Хонадаги мавжуд компьютер, ёзув машинкаси, телефон ва селектор шифокорлар ишини осонлаштириш учун хизмат қилади.

**Муолажа хонаси.** Бу хонада инъекциялар амалга оширилади, бўшлиқларга пункция қилинади, дори моддаларни узоқ муддат юбориш учун доимий катетерлар қўйилади ва ҳоказо.

Хирургик стационарда касаллиги оғирлашиб қолган, операциядан чиққан беморлар учун зарурат бўлганда реанимация тadbирларини бажариш имконини берадиган махсус аппаратлари бўлган палата ёки интенсив терапия бўлими жиҳозланади. Операциядан чиққан беморлар тўшаги олдида кеча-кундуз ишлайдиган ҳамширалар пости ташкил қилинади.

Жуда оғир, агонал (ўлаётган) ҳолатдаги беморлар махсус хона — изоляторга ётқизиблиб даволанади.

**Ҳамшира пости.** Ҳамшира пости ҳамширанинг асосий иш жойи бўлиб, у палаталардаги беморга, палаталар эса унга яхши кўриниб турадиган жойда бўлиши, анестезиология, реанимация бўлимларида эса пост бевосита палатада жойлашади. Пост дори-дармонлар, асбоблар, парвариш воситалари, ҳужжатлар қўйиладиган шкафлар билан жиҳозланиши керак.

Ҳамшира постида телефон, сигнализация, стол чироғи ва қоғозлар бўлиши керак. Ойна тагида муолажа тартиби ва парҳези кўрсатилган касаллар рўйхати, ҳароратни қайд қилиш варағи, календарь, айрим шифокор кўрсатмалари (масалан, ўмров ости венасига қўйилган катетерга қараб бориш, таҳлилга намуналар олиш ва ҳ.к.), беморларни ҳар хил текширишларга, йўл-йўриқлар ва операцияларга тайёрлаш қодалари ёзилган бўлиши лозим.

Бундан ташқари, пост ёнидаги шкафда дорилар, термометр, шпател, банкалар, иситгичлар, меъдани ювиш ва шира олиш учун ишлатиладиган зондлар бўлиши керак. Пост ёнига тарози, бўй ўлчагич ва музлаткич қўйилади. А ва Б рўйхатидаги дорилар муолажа хонасидаги сейфларда сақланади. Шкафда анафилактик шок ҳолатида ёрдам бериш учун мўлжалланган дорилар туради. Беморларга лозим бўлганда ҳамширани чақирishi учун ёруғлик ёки товуш сигналлари ўрнатилади.

### **Поликлиника кундузги шифохонасининг хирургия бўлими**

Поликлиниканинг хирургия кабинети хирургик касалликлар билан оғриган беморларни қабул қилишни ва касалхонага ётқизишга муҳтож бўлмаганларни ўша ерда операция қилиш билан даволашни таъминлайди.

Касалларнинг кўпчилиги ярани боғлатиш, томирга дори қўйиш ва бошқа муолажаларни олиш учун муолажа хонасига мунтазам қатнайти. Одатда, у ерда умумий аҳволи унчалик оғир бўлмаган беморларнинг кичик ҳажмдаги операциялари бажарилади. Бу бўлимда ишни асоратларсиз ва ташхис ҳамда даволаш ишларини ўтказишга ёрдам берадиган қилиб ташкил қилинади. Хоналарнинг сони, уларнинг режалаштирилиши аҳолининг сони, хирургик бўлимларнинг фаолияти ва ҳажмига боғлиқ (шаҳар, вилоятлардаги ихтисослаштирилган поликлиникалар ва ҳ.к.).

Хирурги бўлган участка касалхонаси амбулаториясида кўпи билан иккита (хирургия кабинети ва боғлаш хонаси) ва камида битта хона (боғлаш хонаси) ажратилади.

Туман марказий поликлиникасида хирург кабинети ва у билан туташган боғлов хонаси ажратилади. Иш ҳажми катта бўлганда операция хонасида қилиниши мумкин бўлган тоза операциялар учун қўшимча операция хонаси ажратилади. Бу хоналарнинг ҳаммаси ёнма-ён жойлаштирилади. Агар операция хонаси битта бўлса, унда аввало асептик муолажа бажарилади (атерома, ёт жисми олиш, жароҳатларга биринчи хирургик ишлов бериш ва ҳ.к.), йирингли операциялар (ҳасмол, флегмона, чипқон), одатда кейин бажарилади.

Йирик поликлиникалар (шаҳар, вилоят, клиник поликлиникалар)да иккита операция хонаси ва операция олди хонаси бўлган операция блоки ажратилади. Операция хоналарининг бирида йирингли, иккинчисида эса тоза операциялар бажарилади. Кейинги йилларда поликлиниканинг хирургия бўлимида бажарилаётган операциялар чурралар крипторхизм ва истисқоларни бартараф қилувчи, липомаларни олиб ташлаш операциялари бажарилади. Бемор операциядан сўнг бир неча соат кундузги стационарда махсус кузатишда бўлади. Иккитадан ортиқ кабинети (қабул учун) бўлган поликлиникаларда уларни ихтисослаштириш мақсадга мувофиқ. Ма-

салан, тоза, йирингли операция хоналари, боғлов, операция олди, стериллаш хоналари бўлган операция блокига ажратилади.

Поликлиникада хирургия бўлимини режалаштириш ундаги хоналар таркибига боғлиқ. Масалан, боғлов хонаси ва хирург хонаси бўлса, улар ёнма-ён жойлаштирилиб, беморлар кутиш хонаси орқали чиқилади. Поликлиника хирургик бўлимнинг жиҳозланиши стационардагидан кўра соддароқ бўлади.

Хирург хонасида стол, 2 та стул, касалларни текшириш учун клеёнка қопланган кушетка (касалнинг ечиниши қулай бўлиши учун уни парда (ширма) орқасига қўйган яхши), рентген суратларини ўқиш учун негатоскоп бўлади.

Боғлов хонасининг жиҳозларига стерил хирургик асбоблар учун стол, дори-дармонлар ва эритмалар учун столча ва шкаф, стерил чойшаблар, боғлов материаллари ва бинтлар солинган бикслар (таглик), иссиқлик манбаи билан асбобларни қайнатиш учун стерилизатор, курсилар, қўл ювгич, ечилган бинтлар ва боғламлар учун қопқоқли сирланган челақлар, наркоз учун керакли асбоб-ускуна, боғлов хонаси асбоблари тўплами ва бошқалар киради.

Операция, операция олди ва стерилизация қилиш хоналарининг жиҳозлари операция столи, асбоблар учун кўчма столча, винтли курсилар (2—3 та), чойшаблар, боғлов материаллари ва бинтлар учун бикслар (3 та), наркоз учун кўчма аппарат, автоклав, бикслар учун шкаф, кичик операцион асбоблар ёки умумхирургик асбоблар тўплами ва ҳоказолардан иборат.

Йирингли хирургик операциялар бемор қабул қилингандан кейин боғлов хонасида ёки махсус ажратилган йирингли операция хоналарида бажарилади. Режали операциялар олдиндан белгилаб қўйилган операция кунларида тоза операция хоналарида қилинади. Кичик шикастланишларда бирламчи ишлов бериш бемор муружаат этиши билан тоза операция хонасида бажарилади. Қайта боғловлар хирург томонидан ёки унинг бевосита назорати остида боғлов хонасидаги ҳамшира томонидан бажарилади.

### **Тоза ва йирингли хирургия**

Хирургия бошқа тиббий фанлардан фарқли равишда ўз хусусиятларига эга бўлиб, бунда беморлар операция йўли билан даволанади. Операция қилишда асептика ва антисептика масалаларига катта эътибор берилади. Асептикада эътиборсизлик, хатоларга йўл қўйиш ва антисептиканинг нечоғли муҳимлигига етарлича баҳо бермаслик операция жароҳатининг йиринглаб кетишига ва бошқа асоратларга сабаб бўлади.

Хирургия муассасаларида беморлар „тоза“ ва „йирингли“ беморларга бўлинади. Шу муносабат билан тоза ва йирингли хирургия тафовут қилинади.

**Тоза хирургия** — йирингли ва яллиғланиш касалликлари (бўқоқ, меъда яраси, хавфсиз ва хавфли ўсмалар ва ҳ.к.) бўлмаган беморларни даволаш билан шуғулланади.

**Йирингли хирургия** — касалланиб қолишига инфекция сабаб бўлган беморларга ёрдам беради. Инфекциянинг бир бемордан иккинчисига, айниқса, „йирингли“ беморлардан „тоза“ беморларга ўтиши эҳтимолини назарда тутиб йирингли касалликлари бор беморлар махсус палаталарга ётқизилади. Бундай беморлар сони кўпайганда махсус йирингли хирургия бўлими ташкил қилинади. Ҳолбуки, бу бўлимда асептикага кўпроқ риоя қилинади.

### Хирургик асбоблар

Операциялар учун ишлатиладган асбоблар иккита катта гуруҳга:

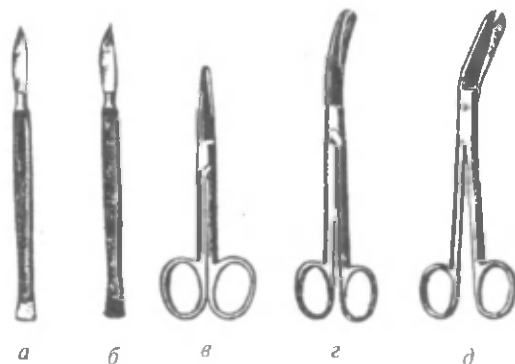
1) деярли ҳамма операцияларда ишлатиладиган умумий асбоблар — тўқималарни кесиш учун скальпель, пинцетлар, илмоқлар, зондлар, цапкалар, корнцанглар; жароҳатдан қон оқишини тўхтатиш учун қисқичлар;

2) операцияларнинг айрим турларидагина фойдаланиладиган махсус асбоблар — йирингли абдоминал, торакал хирургия, нейрохирургия, урология ва проктологияга бўлинади. Куйида энг кўп ишлатиладиган асбоблар келтирилган.

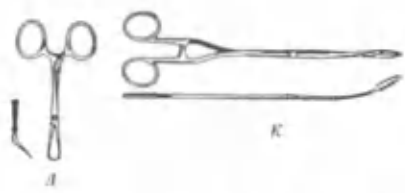
**Тўқималарни кесувчи асбоблар** (1- расм): а, б) учи ўткир, қоринчали скальпеллар; қайчилар: в) учи ўткир тўғри, г) Купер; д) томирлар учун ишлатиладиган қайчилар.

**Кўшимча асбоблар: пинцетлар:** а) тишли; б) хирургик; в) анатомик; **зондлар:** г) Кохер; д) тарновсимон; е) тугмасимон; **жароҳатни очувчи илмоқлар:** ж) Фарабер; з) бир ва кўп тишчали; и) корнцанг; л) цапкалар (2- расм).

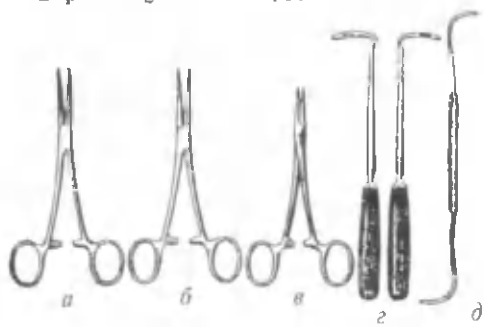
**Қон тўхтатувчи қисқичлар ва лигатура игналари:** а) Кохер; б) Бильрот; в) „чивин“ типдаги қисқичлар; **игналар:** г) Дешан (ўнг ва чап); д) комбинация қилинган (3- расм).



1 - расм. Тўқималарни кесувчи асбоблар.



*и з ж е д г в б а*  
 2- расм. Қўшимча хирургик асбоблар.



3- расм. Қон тўхтатувчи қисқичлар ва лигатура игналари.



4- расм. Тўқималарни тикишда ишлатиладиган асбоблар.

**Тўқималарни тикишда ишлатиладиган асбоблар:** а) Гегар игна тутқичи; б) юмалоқ; в) кесадиған; г) атравматик игналар; д) Мишель скрепкасини кўйиш учун тўплам (4-расм).

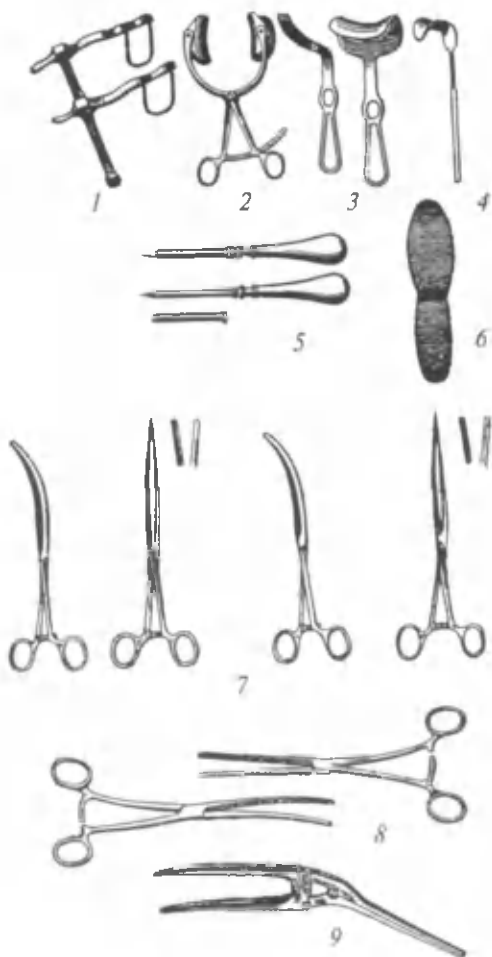
**Шприцлар:** а) Жане; б) „Рекорд“ 2,0; 5,0; 10,0 ва 20,0 граммли бир ва кўп марта ишлатиладиган шприцлар.

**Қорин бўшлиғи операцияси учун асбоблар:** **жароҳат кергич:** 1) Гессе; 2) Микулич; 3) жигар; 4) қорин кўзгулари; 5) троакар; 6) Реведен шпатели; 7) ичакнинг юмшоқ жомлари; 8) ичакни босиб турадиган жомлар; 9) ичакни босиб турадиган Пейер жоми (5-расм).

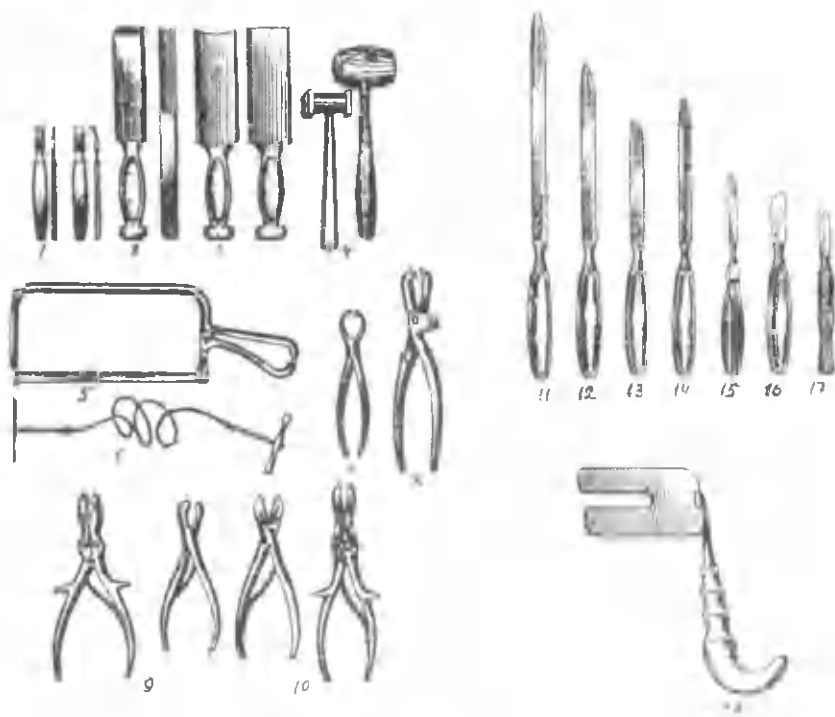
**Суякларда ўтказиладиган операциялар учун асбоблар:** **распаторлар:** 1) Фарабеф (тўғри, қайрилган); 2) ясси ва тарновсимон; 3) **остеотом;** 4) **болгачалар** (металл ва ёғочдан ишланган); **арралар:** 5) ёйсимон; 6) сим; 7—8) Ольенинг фиксацияловчи қисқичлари; 9) Люэр қисқичи; 10) Листон қисқичи; **пичоқ:** 11—14) ампутациялари (катта, ўрта, кичик); ханжарсимон; 15) фалангасимон; 16) резекцион; 17) скальпель; 18) ретрактор (6-расм).

**Трахеостомияда:** трахеостомик конюля; Труссонинг трахея кергичи; бир тишли илмоқ каби асбоблар ишлатилади.

**Кўкрак қафаси ва бўшлиғини операция қилишда ишлатиладиган асбоблар:** 1) Дуайн распатори; 2) Дуайн қисқичлари; 3) Шумахер; 4) Штилле; 5) Люэр қисқичи; 6) жароҳат кенгайтиргич; 7) Фридрих қисқичи (7-расм).



5-расм. Қорин бўшлиғи операцияси учун асбоблар.

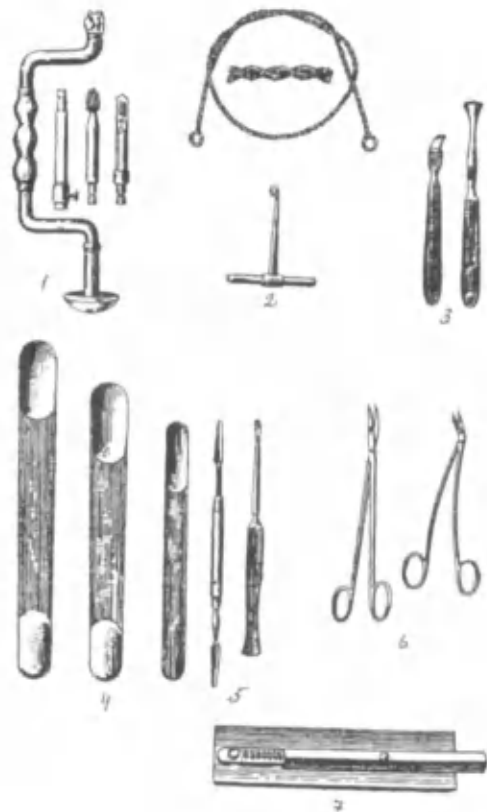


6- расм. Суяк операциялари учун асбоблар.



7- расм. Кўкрак қафаси ва бўшлиғини операция қилишда ишлатиладиган асбоблар.





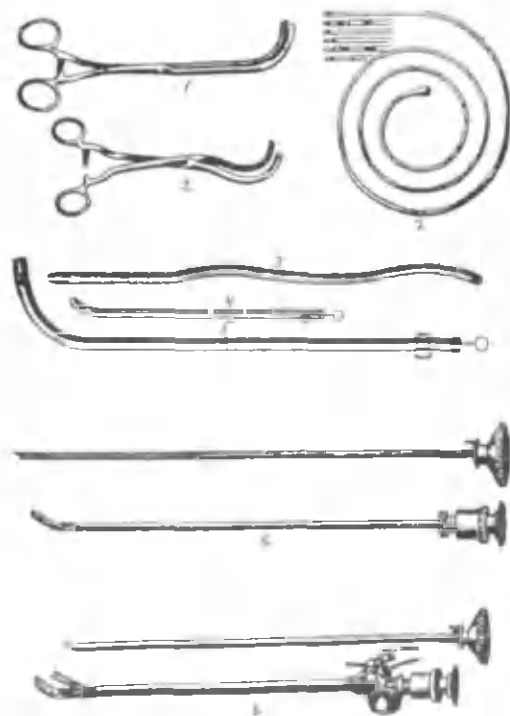
8- расм. Нейрохирургик операциялар учун асбоблар.

**Нейрохирургик операциялар учун асбоблар:** 1) парма фрезлари билан; 2) Жиглининг сим арраси; 3) распаторлар; 4) мия шпателлари; 5) диссекторлар; 6) қайчилар; 7) клипса (8- расм).

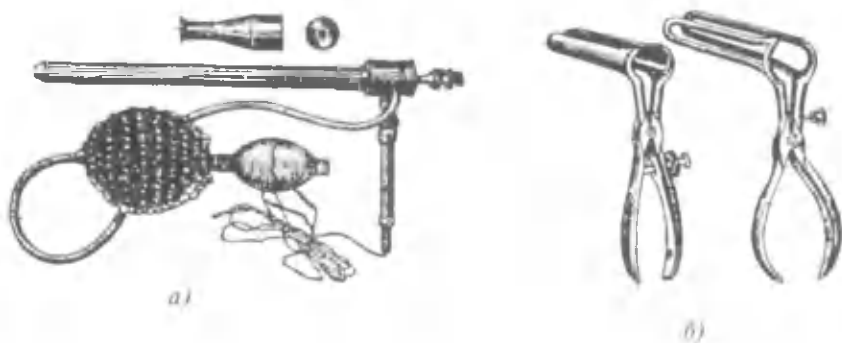
**Урологик операциялар учун асбоблар:** 1, 2) Фёдоров қисқичи; 3) резина катетер; 4,5) металл катетерлар; 6) цистоскоплар; 7) сийдик найи катетерлари; 8) катетерлаш учун цистоскоп (9- расм).

**Тўғри ичакдаги операциялар учун асбоблар:** а) ректоскоп; б) ректал кўзгу (10- расм).

Замонавий операция хоналари, айниқса махсус профилдаги операция хоналари юракдаги мураккаб операциялар учун сунъий қон айланиш аппаратлари, бош мия биопотенциалларини ёзиб бориш учун электр энцефалография; юрак ишини назорат қилиб турадиган электр кардиоскоп, кардиомониторлар ва сунъий нафас бериш, наркоз аппаратлари билан жиҳозланган. Бундан ташқари, кўп операциялар учун зарур аппаратлар: термокоагуляторлар (қон оқишини тўхтатиш ва тўқималарни электр пичоқ билан кесиш),



9- расм. Урологик операциялар учун асбоблар.



10- расм. Туғри ичакни текшириш учун асбоблар.



a)



a)



a)

11- расм. Замонавий текшириш усуллари.

электр сўргич (суюқликларни сўриб олиш учун) аппаратлари, телевизорли эндоскопик „OLYMPUS“, ультратовуш текшириш „АЛОКА“ аппаратлари ва портатив телевизорли рентген „WHA-10,T“ аппарати (11- расм, а, б, в) ва шу кабилар бўлади.

### **Операция ҳамширасининг иш фаолияти**

Операция хонасини тайёрлаш бўйича тадбирларнинг ҳаммаси операция ҳамширасининг вазифаси ҳисобланади. Қуйидагилар унинг ихтиёрида бўлади: 1) операция, операция олди хонаси, автоклав ва материаллар хонаси; 2) асбоблар ва уларни операцияга тайёрлаш; 3) операция ва боғлов материали ҳамда уларни стериллаш; 4) чоклар учун материаллар ва уларни тайёрлаш; 5) операция хонасини керакли дори-дармонлар билан таъминлаш.

Касалхонада бир нечта операция ҳамшираси ўрни мавжуд бўлганда ҳамшираларнинг вазифалари ўзаро тақсимланади. Улардан бири — катта ҳамшира моддий жавобгар ҳисобланади ва бошқа ҳамшираларнинг ишига бошчилик қилади. Асбоб-ускуналар унинг ихтиёрида бўлади. У операция материалларини (салфеткалар, тампонлар, шарчалар) тайёрлаш, уни стериллаш устидан кузатиб боради, дорилар ёзиб беради.

Операция ҳамшираларининг қолган ҳаммаси материал тайёрлашда ва операцияда бевосита иштирок этади.

Операция ҳамшираси кичик тиббиёт ходимлари устидан диққат билан кузатув олиб бориши ва асептиканинг операцияда қатнашаётганлар (шифокорлар, талабалар ва бошқалар) томонидан ҳар қандай бузилишни тўғрисида хирургга хабар қилиши шарт. Операция қилаётган хирурглар асептиканинг қандай бўлмасин бузилишини сезмай қолганларида ҳамшира бу ҳақда уларни зудлик билан хабардор қилиши зарур.

Операция вақтида хирургларни зарур асбоблар ва материаллар билан таъминлаш операция ҳамширасининг асосий вазифаси ҳисобланади. Одатда, операциядан олдин, асбоблар тури билан бирга стерилизатордан олинади ва уларни ҳамширанинг стерил чойшаб ёпиб қўйилган асбоблар столига қўйилади. Бунда чойшабнинг намланиб қолмаслиги текшириб турилади, чунки бу асептиканинг бузилишига сабаб бўлади.

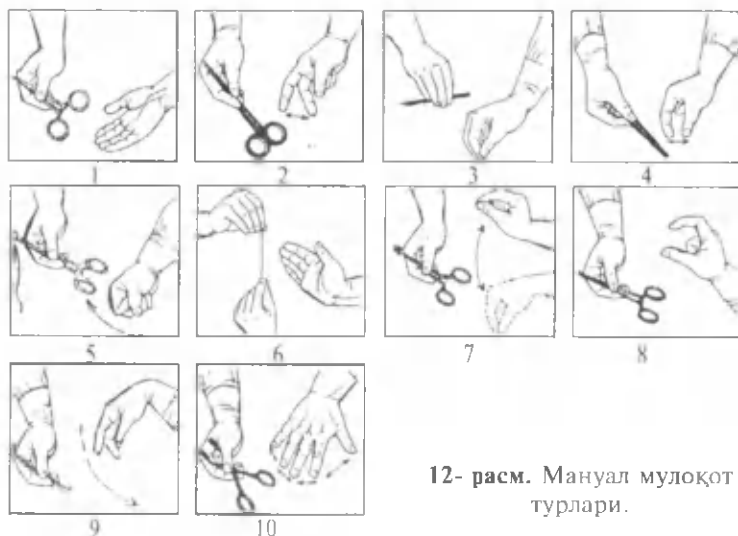
Асбоблар турлари бўйича, шунингдек операциянинг бориши ҳисобга олинган ҳолда босқичлар бўйича териб чиқилади. Ҳамшира столидаги заҳира асбоблардан бир қисмини кичик столга олиб қўяди, бу стол бевосита операция столи яқинида бўлиб, операциянинг ҳозирги босқичини таъминлаш учун зарур асбоблар қўйилади. Агар ҳамшира столнинг стериллиги учун операция ҳамширасининг ўзи жавоб берса, ассистент столнинг стериллиги учун операция қиладиган хирурглар ҳам жавоб берадилар.

Операция ҳамшираси асбобларнинг бекаму кўстлигини текшириб туриши керак. Асбоб икки усулда узатилади. Ҳамшира асбобни бевосита хирург ёки унинг ассистенти қўлига беради ёки асбобни столга қўяди. Бунда хирург асбобни ўзи олади. Ҳамшира хирургга асбобни унинг қўлини шикастлаб қўймаслик учун оҳиста узатиши керак. Кўпчилик ҳолларда операция вақтида хирургнинг бутун диққат-эътибори операция майдонида бўлиб, узатилаётган асбобга қарамайди. Шунинг учун операция ҳамшираси **операциянинг бошидан охиригача боришини билиши** ва бирор нарсани тушунмаса, уни хирургдан сўраши лозим бўлади.

Операция бригадасининг операция вақтида бетартиб ишлашига йўл қўймаслик керак. Агар операция вақтида асбоб биронта ностерил нарсага тегиб кетса, ҳамшира бу ҳақда хирургга маълум қилиши, асбобни эса четга олиб қўйиши керак. Чок материални узатиш катта тажриба ва чаққонликни талаб этади. Чок материални қўл билан эмас, асбоб билан олинадди. Бунда пинцет билан ипнинг учидан ушланади, ип стерилланган галтак ёки буюм ойнасидан аста тортиб бўшатилади. Керакли узунликдаги ип бўшатиладиган сўнг қайчида қирқилади. Кетгутдан фойдаланиш қўлай бўлиши учун уни олдиндан кесиб, керакли узунликдаги иплар тайёрлаб қўйилади. Керакли ипни узатиш учун ҳамшира операциянинг боришини кузатиб туриши ва қандай узунликдаги ип талаб қилинишини яхши билиши керак. Ипнинг пишиқлиги асосан унинг йўғонлигига боғлиқ.

Кўп ҳолларда операция жараёнида операция хонасидаги баъзи наркоз ва сўргич аппаратларнинг жадал ишлаши ва ходимларнинг операция жараёнида фаол иштирок этиши натижасида операция хонасида шовқин юзага келади ва бу ҳолат операция жараёнига ва операция сифатига салбий таъсир қилиши мумкин. Шунинг учун операция жараёнида мумкин қадар осойишталикни сақлаш жуда муҳим омиллардан биридир. Шу жиҳатдан хирургнинг операция ҳамшираси билан (имо-ишорали) мануал мулоқот орқали фаолиятни давом эттириши мақсадга мувофиқдир. Бу ҳолат айниқса маҳаллий огриқсизлантириш остида ўтказиладиган операцияларда, бемор операция жараёнини эшитмаслиги ва ундан кўрқмаслиги учун амалиётда жуда кўп қўлланади.

Операция қилувчи хирург бундай ҳолда одатдагидек беморнинг ўнг томонида туриб, ўнг қўлини яқин турган операция ҳамширасига узатади. Ҳамшира хирургнинг қўл орқали кўрсатилган мануал сигнали ёрдамида керакли асбобларни унинг қўлига мос қилиб бериши керак. Баъзан хирург кўзини операция майдонидан узмасдан асбобни олиб ишлатади, шунинг учун ҳамшира ўткир асбобларни беришда хирург қўлини қўққисдан жароҳатламаслиги учун эҳтиёт чораларини кўриши лозим бўлади.



12- расм. Мануал мулоқот турлари.

Амалиётда қўл ишлатиладиган асбобларни узатишнинг 10 та мануал сигналлари мавжуд (12- расм).

Ушбу расмдаги 1- ҳолат — хирургнинг ўнг қўлини очиб узатиши „асбобни яна бер“ деган белгисидир. Бунда ҳамшира асбобнинг уткир қисмини пастга қаратиб, тутқич томонини узатади. 2 — қўлнинг II — III бармоғини очиб-ёпиш ҳаракати „қайчини бер“. 3 — хирургнинг ўнг қўл бармоқларини ёпиб кўрсатиши „скальпелни бер“. 4 — қўлнинг I — II бармоғини очиб-ёпиши „пинцетни бер“. 5 — кафтни мушт ҳолатида кафт-тирсак бўғимидан ҳаракатлантириши „тикишга бер“. 6 — кафтини очиши — „боғлашга бер“. 7 — бармоқларини букиб қўлини кафт-тирсак бўғимидан юқори ва пастга ҳаракатлантириши — „ишловга бер“. 8 — бош ва кўрсаткич бармоқ ҳаракатлари — „қисқични бер“, 9 — қўлни осилтириш ҳаракати — „ретракторни бер“ (қўшимча айтиш орқали). 10 — панжа бармоқларини ёнига очиб-ёпиши — „жароҳат кенгайтиргични бер“ деган белгисидир.

Операция ҳамшираси ипни хирургга узатишдан олдин унинг пишиқлигини текшириб кўради. Одатда, ингичка иплар кичикроқ томирларни боғлашда, бирмунча йўғон иплар йирик томирларни боғлашда ва бир қадар пишиқ иплар тўқималарни, яъни аплоневроз пардаларни тикишда ишлатилади. Лавсан ва капрондан тайёрланган ҳатто жуда ингичка иплар ҳам жуда пишиқ бўлади. Лекин ўта эластиклиги уларнинг ечилиб кетишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун фақат „хирургик тугун“ қилиш ва уни уч марта боғлаш керак.

Чок қўйиш учун игнани танлаш жуда муҳимдир. Игнанинг ўлчами ва унинг тури чокка қўйиладиган талабларни ҳисобга олиб танланади. Томирларни боғлаш ёки ичи ковак аъзолар — (меъда-

ичаклар) деворини тикиш учун юмалоқ „ичак“ игналаридан фойдаланилади. Чокларни герметик қилиш талаб этилмайдиган бир қадар қаттиқ тўқималарни тикишда уч қиррали, кескир игналар ишлагилади. Ип қанчалик йўғон бўлса, игнани ҳам йўғони танланади. Операция ҳамшираси ипни игнага тез ва тўғри ўтказиб бериши лозим.

Операция ҳамшираси операция вақтида салфетка, шарчалар, бирорта асбоб ёки бошқа ёт жисмнинг тасодифан жароҳатда қолиб кетмаслиги устидан назорат қилиб туриши лозим. Бунга йўл қўймаслик учун салфетка ва асбоблар сони операциядан олдин ва кейин саналади ҳамда дока шарчалар фақат корнцанглар ёрдамида узатилади.

Хирургга ёрдамчи ходимлар етишмаган ҳолларда операция ҳамшираси истисно тариқасида ассистент вазифасини бажариб туриши мумкин.

Тажрибали ва виждонан хизмат қиладиган операция ҳамшираси хирургнинг инсон ҳаётини қутқариб қолишдаги қийин, фахрли ва масъулиятли ишида унинг биринчи ёрдамчиси ҳисобланади. Буни асло унутмаслик керак.

### **Хирургия бўлимида ҳамшира юритадиган тиббий ҳужжатлар**

Тез ёрдам машинасида келтирилган беморнинг расмий ҳужжатлари билан ёки шаҳар поликлиникалари йўлланмалари билан келган беморларнинг расмий ҳужжатлари билан даволаш ташкилотлари қабулхонасида дастлаб ҳамшира танишади.

*Қабул бўлимида касалларни рўйхатга олиш ҳужжатлари қуйидагича:*

- касалхонага ётқизишни расмийлаштириш журнали;
- маслаҳатларни расмийлаштириш журнали;
- ҳар хил сабабларга кўра касалхонага ётқизишдан бош тортган ёки ётиши ман қилинган беморларни расмийлаштириш журнали.

*Тиббий ҳамшира хирургик бўлим иш фаолияти учун расмий ҳужжатлар тузишда қатнашади:* буларга касаллик тарихининг титули ва дориларни қайд қилиш варақларини тўлдириш, беморларнинг вазни ва бўйини ўлчаш, касаллик тарихига барча таҳлилларни ёпиштириш; бир ёшгача бўлган болаларда неча марта ич келиши, унинг хусусиятини, миқдорини назорат қилиш варағини тўлдиришлар киради.

*Хирургик бўлимнинг катта ҳамшираси томонидан юритиладиган ҳужжатлар:*

- касалларнинг ўлимини қайд қилиш журнали;
- дорилар ва уларнинг сарфланишини рўйхатга оладиган журнал;
- кучли таъсир этувчи ва наркотик дориларни рўйхатга олиш журнали.

*Операция ва боғламларни рўйхатга олиш ҳужжатлари:*

- операцияларни қайд қилиш журнали;

- боғламларни рўйхатга олиш журнали;
- қон, плазма ва қон ўрнини босувчи суюқликларни рўйхатга олиш ва улар тўғрисидаги ҳужжатлар журнали.

*Стационарда юритиладиган ҳужжатлар:*

- ходимларнинг келиб-кетишини назорат қилиш журнали;
- беморларни рўйхатга олиш журнали;
- 639- сонли буйруққа асосан дори-дармонлар ҳисоботи журнали;
- шикоят ва таклифлар журнали;
- 5 дақиқалик йиғилишлар журнали;
- бўлимнинг текширув журнали;
- маърузалар, ходимлар савиясини ошириш учун суҳбатлар ўтказилиши ҳақидаги журнал;
- меҳнат хавфсизлиги ва ёнғинга қарши хавфсизлик бўйича юритиладиган журнал.

*Постда юритиладиган ҳужжатлар:*

- беморларни рўйхатга олиш журнали;
- таҳдиллар журнали;
- парҳез журнали;
- беморларнинг ҳаракати ҳисоботи журнали;
- НBS антигенига олинган қонларни қайд қилиш журнали.

*Муолажа хонасида юритиладиган ҳужжатлар:*

- муолажаларни қайд қилиш журнали;
- кварцлаш журнали;
- бўлимдаги хоналар ва коридорларга узил-кесил ишлов беришни қайд қилиш журнали;
- қон қуйишни қайд қилиш журнали;
- дори-дармонлар; пахта, спирт, шприц ва бир марталик системаларни қайд қилиш журнали.

*Боғлаш хонасида юритиладиган ҳужжатлар:*

- боғламларни қайд қилиш журнали;
- боғлов учун ишлатилган материалларни (бинт, дори-дармонлар, спирт ва б.) қайд қилиш журнали;
- кварцлаш журнали;
- боғлаш хонасига тўла-тўқис ишлов беришни қайд қилиш журнали.
- асбобларни қайд қилиш ва стериллаш журнали.

**Дала шаронтидаги хирургик ишда ҳамшира фаолияти.** Ҳарбий ва фавқулодда ҳолат даврида жароҳатланган аскар ва фуқароларга хирургия хизматини кўрсатиш етакчи ўринни эгаллайди. Хирургик хизмат асосини қатъий равишда босқичма-босқич даволаш ташкил қилади. Бу системада тиббий эвакуациясининг ҳар бир босқичида қатъий белгиланган тадбирлар ва бирламчи тиббий ёрдам ҳамшира томонидан амалга оширилади. Жангда аскарнинг жароҳати боғланади, унга жгут қўйилади, қон тўхтатилади, оддий иммобилизация қили-



нади ва бемор батальон тиббиёт пунктига (БТП) етказилади. Бу пунктда зарурат бўлганда боғлам алмаштирилади, оғриқ қолдирувчи воситалар юборилади, жгут ечилиб қайта боғланади, транспорт иммобилизацияси қилинади.

Кейинги босқич полк тиббиёт пунктидир (ПТП). Бу босқичда беморга биринчи шифокорлик ёрдами кўрсатилади. Бу ерда қон ва қон ўрнини босадиган суюқликлар қуйилади, зарурат бўлган тақдирда қоқшолга қарши зардоб юборилади, транспорт иммобилизацияси текшириб кўрилади. Кейинги босқичда тиббий-санитария батальонида (тибсанбат) ихтисослашган хирургик ёрдам кўрсатилади (очиқ пневмотораксни бекитиш, жароҳатни бирламчи хирургик тозалаш, қорин бўшлиғи аъзоларини текшириш ва ҳ.к.). Беморлар бу ердан кўчма дала госпиталига ёки ихтисослашган госпиталларга (енгил ярадорлар учун, қорин аъзолари шикастланганлар учун, кўкрак қафаси аъзолари шикастланганлар учун госпитал ва ҳ.к.) жўнатилади. Узоқ муддат даволанишга муҳтож беморлар фронт орқасидаги госпиталларга юборилади.

Жанг майдонида санинструктор, БТП да — фельдшерлар, ПТП да — ҳамшира, умумий ихтисосликдаги шифокорлар, тибсанбатда — умумий ихтисосликдаги хирурглар, эвакуациянинг кейинги босқичларида — бирмунча тор хирургик ихтисосликдаги мутахассислар билан биргаликда (торакал абдоминал хирурглар, урологлар, травматологлар ва ҳ.к.) ёрдам кўрсатади.

Ҳамширанинг, шу жумладан, операция ҳамширасининг жанг ва фавқулодда ҳолат даврида ишлаши жуда оғир кечади. Бу асосан электр энергиянинг бўлмаслиги ёки баъзан ишламаслиги, сувнинг баъзан етишмовчилиги ёки эвакуацион палаталарнинг тезда жойини ўзгартириш ҳисобига келиб чиқади. Беморлар бир вақтнинг ўзида кўплаб, ҳеч қандай СПИД, гепатит, сил ва ҳ.к. касалликларга текширилмаган ҳолда очиқ ва ёпиқ жароҳат билан тиббий ёрдамга муҳтож бўлиб қолади. Бундай ҳолда биринчи оғир беморлар гуруҳи, яъни ҳаётий хавф туғдирувчи аъзоларнинг шикастланишида (қон кетиш, жигар, талоқ, ўпка, мия ва ҳ.к.ларнинг оғир шикастларида) биринчи навбатда тиббий, хирургик ёрдам кўрсатилади. Иккинчи гуруҳга бирламчи хирургик ишловга муҳтож касаллар киради. Бу гуруҳларни ажратишда ва беморларга биринчи ёрдам бериш, хирург маслаҳати асосида уларга ҳамшира ва операция ҳамшираси ёрдам беради.

### **Хирургияда профилактик йўналиш**

Замонавий хирургия профилактик йўналишга, яъни бирор касаллик ёки шикастланишнинг олдини олишга катта эътибор беради. Шу мақсадда профилактик кўриклар ўтказилади. Текширилаётган кишида ўпканинг бирор сурункали касаллиги (сурункали бронхит, ўпканинг сурункали пневмонияси), гастрит, полипоз, колит ва бошқа

бир қатор касалликлар аниқланса, у диспансер ҳисобига олиниб, вақт-вақтида текшириб турилади. Диспансер текшируви рақ сингари жиддий касалликларни бошланғич босқичида аниқлаш ва унга ўз вақтида радикал даво ўтказиш имконини беради. Шикастланишнинг олдини олиш учун иш жойига, хавфсизлик техникасига, меҳнатни илмий асосда ташкил қилинишига, оғир яллиғланишга олиб келиши эҳтимоли бўлган кичик шикастланишлар (тирналиш, уриб олиш, майда жароҳатлар)да тиббий ёрдамга ўз вақтида мурожаат қилинишига аҳамият берилади.

**Хирургиянинг физиологик хусусиятлари.** Ҳозирги вақтда операция йўли билан даво қилишда бирор аъзонинг нормал физиологик функцияларини вужудга келтириш масаласи биринчи ўринга қўйилади. Масалан, туғма ва ҳаётда орттирилган юрак пороклари операциялари юракнинг нормал иши бузилганлиги сабаби (бўлмачалараро ва қоринчалараро тўсиқлардаги тешиқларни тикиш, патологик ўзгариб қолган клапан ўрнига сунъийсини қўйиш ва ҳ.к.)ни бартараф этадиган қилиб ишлаб чиқилган. Меъда-ичак йўлларидаги операцияларда уларнинг нормал ишлаши учун энг қулай шароитлар яратилади. Таянч-ҳаракат аппарати шикастланганда даво тадбирлари нормал физиологик функцияни, масалан, оёқ функциясини тиклашга қаратилган бўлади.

Аъзо ва тўқималарни трансплантация қилиш (кўчириб ўтказиш) соҳасида қўлга киритилган сўнгги ютуқлар ҳозирги замон хирургиясининг физиологик йўналишига ёрқин мисол бўла олади. Бу операцияларда патологик ўзгарган аъзо олиб ташланади ва ўрнига бошқа одамдан олинган нормал ишлаб турган аъзо кўчириб ўтказилади.



## **Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар**

1. 2% ли хлорамин эритмасини тайёрлаш учун сув ва хлорамин миқдори қанча бўлиши керак?

- а) 1 л сув, 2 г хлорамин;
- б) 990 мл сув, 10 г хлорамин;
- в) 980 мл сув, 20 г хлорамин;
- г) 950 мл сув, 50 г хлорамин;
- д) 970 мл сув, 30 г хлорамин.

2. 0,5% ли ишчи эритмани тайёрлаш учун сув ва 10% ли хлорли оҳақ миқдори қанча бўлиши керак?

- а) 100 мл хлорли оҳақ, 9,9 л сув;
- б) 200 мл хлорли оҳақ, 9,8 л сув;
- в) 500 мл хлорли оҳақ, 9,5 л сув;
- г) 1 л хлорли оҳақ, 9 л сув;
- д) 2 л хлорли оҳақ, 8 л сув.

3. Операция хонасида ҳаво ҳарорати қандай бўлиши керак?

- а) 20 — 22°C;
- б) 22 — 24°C;**
- в) 34 — 36°C;
- г) 26 — 28°C;
- д) 30 — 32°C.

4. Операция хонасининг тозалигини сақлаш учун қандай тозалаш ишлари ўтказилади?

- а) операция вақтида тозалаш;
- б) якуний тозалаш;**
- в) кундалик тозалаш;
- г) режали тозалаш;
- д) а, б, в, г ҳаммаси тўғри.**

5. Боғлов хонасидаги ҳавони зарарсизлантириш учун қачон ва қанча муддатга бактерицид лампалар қўйилади?

- а) иш бошлашдан олдин 1 соат;
- б) иш тугаганидан кейин 1 соат;**
- в) иш вақтида 30 дақиқа;
- г) иш тугаганидан кейин 2 соат;
- д) иш бошлашдан олдин 30 дақиқа ва иш тугаганидан кейин

30 дақиқа.



*Э с л а т м а . тўғри жавобнинг тагига чизилган.*



## III. ХИРУРГИЯДА ИНФЕКЦИЯ ТУШИШИНING ОЛДИНИ ОЛИШ

### Хирургик инфекция тушунчаси

„Инфекция“ термини заминда макроорганизм (одам организми) билан микроорганизм (микроблар) ўртасида вужудга келадиган ўзаро патологик жараён (муносабат) тушунилади. „Хирургик инфекция“ деганда одам организмига жароҳат, микроб тушиши ёки организмнинг ҳимоя кучлари бирмунча пасайиши оқибатида юзага келадиган йирингли яллиғланиш жараёнлари (сепсис, фурункул, карбункул, флегмона, псевдофурункулёз, аденофлегмона, сарамас ва б.) тушунилади.

Хирургик инфекция ҳақида сўз юритилганда қуйидаги тушунчаларни билиш лозим бўлади. Буларга **бирламчи инфекция** — жароҳатга бирламчи инфекция тушиши, **реинфекция** — бирламчи инфекция жараёни тугалланмасдан унинг такрорий юқиши, **суперинфекция** — бирламчи инфекция жараёни тугалланмасдан унинг такрорий юқиши ва унинг шиддатли кечиши киради.

Хирургик инфекциянинг олдини олиш асосини организм ҳимоя кучларининг кучайиши, тери ва шиллиқ пардаларнинг микрофлорадан ифлосланишининг камайиши, шунингдек, шикастланиш-

ларнинг олдини олиш ва унга ўз вақтида хирургик ишлов бериш таъкил этади. Хирургик инфекцияга қарши курашишда аввало организмнинг иммунологик кучларини имкон даражасида ошириш ва микрофлоранинг ривожланиши учун ноқулай шароитларни яратиш йўллари амалга оширилади. Бунинг учун хирургия амалиётида антисептик препаратлар, антибиотиклар, организмнинг ҳимоя кучларини оширадиган препаратлар, шунингдек, даволашнинг хирургик усул ва услублари қўлланилади.

**Инфекциянинг жароҳатга тушиш йўллари.** Жароҳатга инфекция экзоген ва эндоген йўл билан тушиши мумкин.

**Экзоген** йўл билан инфекция ташқи муҳитдан: ҳаводан, жароҳатга теккан буюмлардан (контакт инфекция), ходимлар сўзлашаётганда ва йўталганда ажраладиган сўлагидан ва шиллигидан (томчи инфекция), тўқималарда қолдирилдиган чок, дренаж, металл стержень, тампон ва бошқалардан (имплантацион инфекция) тушиши мумкин.

**Эндоген** йўл билан инфекция бемор организмнинг ўзидаги инфекция ўчоқларидан (терининг йирингли зарарланиши, муртак безлари, нафас йўллари ва ичак шиллиқ пардасининг ўткир ва сурункали яллиғланиши ва ҳ.к.) юқади. Инфекция жароҳатга операция вақтида, шунингдек, операциядан кейинги даврда қон томирлар (гематоген йўл) ва лимфа томирлари (лимфоген йўл) орқали тушиши мумкин.

Хирургияда жароҳатга микроб тушиши хавфини камайтириш имконини берадиган изчил тадбирлар системаси ишлаб чиқилган. Бунга ҳозирги замон хирургиясининг асоси ҳисобланган антисептика ва асептика усулларини қўллаш йўли билан эришилади.

**Йиринг ҳосил қилувчи микроблар.** Патологик жараёнларни келтириб чиқарадиган йиринглатувчи микроблар аэроб (кислородли муҳитда яшайдиган ва ривожланадиган) ва анаэроб (кислородсиз муҳитда яшайдиган ва ривожланадиган) бўлиши мумкин.

**Стафилококк** (*Staphylococcus aureus*) — анаэроб шароитларда ҳам ривожлана оладиган аэроб ҳисобланади. Кенг тарқалган ва ҳавода, буюмларда, кийим-бошларда, одам танасида ва шу кабиларда бўлади. Оқ ва тилла ранг стафилококк фарқ қилинади. Бу микроб кўпинча йирингли жараёнларнинг қўзғатувчиси бўлиб хизмат қилади.

**Стрептококк** (*Streptococcus pyogenes*) — стафилококк сингари кенг тарқалган, бирмунча чидамли. Йирингли жараёнларга сабаб бўлади, аксарият сероз пардалар ва бўлимларнинг синовиал пардаларини яллиғлантиради.

**Пневмококк** (*Pneumococcus*) — аэроб шароитларда яшайди. Ўпка бўлимларининг синовиал пардаларини айниқса кўп яллиғлантиради.

**Ичак таёқчаси** (*B. coli communis*) — ичакларда ва нажасдан ифлосланган жойларда бўлади. Аэроб ва анаэроб шароитларда кў-

паяди. Кўпинча, йирингли жараёнларнинг ўтишини оғирлаштиради. Бу микроб таъсирида тўқима, мушаклар, пайлар ва фасциялар ириб кетиши мумкин.

Хирургияда аэроб бактериялардан газли гангрена ва қоқшол қўзғатувчилари ниҳоятда хавфлидир.

**Газли гангрена таёқчаси** (*Clostridium perfringens*) — газли гангренининг энг кўп тарқалган қўзғатувчисидир. У спора ҳосил қилади, токсинлар ва газ ишлаб чиқаради. Токсинлари гемолиз, умумий интоксикация ва нерв системасининг зарарланишини келтириб чиқаради.

**Хавфли шиш таёқчаси** (*Clostridium oedematiens*) — спора ҳосил қиладиган микроб. Тўқима ва мушаклар шишишига сабаб бўладиган токсинлар ажратади.

**Септик вибрион** (*Clostridium vibriion septicum*) — унинг токсинлари сероз ва сероз-геморрагик яллиғланиш ҳисобига авж олиб борадиган шишга сабаб бўлади. Мушаклар ва тўқиманинг некрозига олиб келади. Токсинлари томирларни зарарлантиради.

**Тўқимани эритадиган бацилла** (*Clostridium histolyticum*) — спора ҳосил қиладиган, ҳаракатчан микроб. Тўқималарни некрозга учратадиган ва эритиб юборадиган токсинлар ажратади.

**Қоқшол таёқчаси** (*Clostridium tetani*) — спора ҳосил қиладиган микроб. У тетаногемолизин ва тетаноспазмин токсинларини ишлаб чиқаради, кейинги токсин марказий нерв системасини специфик зарарлантириб, қоқшол касаллигини келтириб чиқаради.

Тиббиёт ходимларига юқори гигиеник талаблар қўйилади. Ушбу талаблар туфайли хирургик стационарга инфекция олиб кирилиши ва уни ташқарига олиб чиқиш ҳамда тарқатишнинг олди олинади. Оқибат-натихада бу **касалхона ичи инфекцияларининг** носпецифик профилактикаси бўйича тадбирларни самарали олиб боришга ижобий таъсир кўрсатади.

**Касалхона ичи инфекциялари** — бу беморнинг даволаш муассасаларида орттирган юқумли касалликларидир. Хирургик клиникаларда ҳозирги замон касалхона ичи инфекцияларини турли микроблар (тилла ранг стафилококк, кўк йиринг таёқчаси, протей, ичак таёқчаси, клессиелла, кандида замбуруғлари ва б.) келтириб чиқаради. Клиник жиҳатдан улар асосан йиринглаш ва септик синдром кўринишда намоён бўлади.

Хирургик стационарларда ички инфекциянинг манбаи йирингли септик касалликларнинг ўткир ва сурункали тури билан касалланган катта ва кичик ёшдаги беморлар ёки патоген микроорганизмларни симптомларсиз тарқатувчилар (тиббиёт ходимлари) ҳисобланади. Касалхона ичи инфекциясини қўзғатувчилари асосан ҳаво-томчи, қўллар, чойшаб, ёстиқ жилди, боғлов материаллари, асбоб-ускуналар ва аппаратуралар орқали юқиши мумкин. Касалхона ичи инфекцияси стационар, поликлиника, ташхис ва даволаш физкультураси хоналари орқали тарқалиши мумкин.

Палаталар, махсус ёки ихтисослашган инфекция бўлимлари, операция бўлимларининг „ифлос“ зоналари, кирхоналар, душ ва ҳожатхоналар, қўл кўп тегадиган жойлар (жўмраклар, эшик тутқичлари, оёқ кийимлар) инфекция хавфи юқори бўлган зоналар ҳисобланади. Патоген микроорганизмларнинг бир касалдан иккинчисига ўтиши касалларнинг стационарда узоқ муддат бўлиши билан боғлиқ бўлади. Шунинг учун касалларни стационарда имкони борича қисқа вақт ичида — операциядан олдинги даврда текшириб, операциядан кейинги даврда эса тезроқ уйига жавоб берилиши талаб қилинади.

Бундан ташқари, касалхона ичи инфекциясининг олдини олишда санитария-гигиена тадбирлари кенг қўламда олиб борилади. Бунга айна пайтда патоген микроблар (стафилококк) ташувчиларни ўз вақтида аниқлаш, сурункали инфекция ўчоқларини санация ва бартараф қилиш, тиббиёт ходимининг қўлларини микробсизлантиришнинг такомиллаштирилган усулларини қўллаш, умумий овқатланиш объектларида санитария-гигиена қоидаларини сақлаш ва дезинфекция воситаларидан фойдаланиш асосий омиллардан ҳисобланади.

Касалхона ичи инфекциясига қарши кураш тадбирларини амалга оширишда бош шифокор, хирург ва профилактика муассасаларининг мудирларига жавобгарлик юклатилади ва булар бош, катта, ўрта тиббиёт ҳамшираси ва кичик тиббий ходимлар иштирокида амалга оширилади. Касалхона ичи инфекциясига қарши курашиш учун хирургия бўлимларида мунтазам назорат олиб бориш, бўлимда, боғлов ва операция хоналарида асептика ва антисептика, санитария-гигиена қоидаларига қатъий амал қилиш лозим.

Хирургия ихтисослигидаги бўлимларга ишга кирган ҳар бир ходим тўлиқ тиббий кўриқдан (стоматолог, оториноларинголог кўриги ва патоген стафилококк бор-йўқлигига бактериологик усул ёрдамида) ўтади ва санитария-эпидемиология талаб ва тадбирларини ўтказиш бўйича кўрсатмаларни олади. Ишга қабул қилинган тиббий ходим диспансер ҳисобига олинади, у ҳар уч ойда бир марта тиббий кўриқдан ўтади. Агар бацилла ва микроб ташувчилар аниқланса, микроб ўчоқлари санация қилиниб, бемор бутунлай соғайгандан кейин ишга қабул қилинади. Агар касалхона ичи инфекцияси тарқалса, бундай ҳолларда тиббий ходимлар дарҳол навбатдан ташқари қайта тиббий кўриқдан ўтказилади.

Тиббий ходимнинг шахсий гигиенасига бадани, кийим-боши, жинсий аъзоларини покиза сақлаш, соч ва тирноқларини ўз вақтида олиб юриш, тишларини ҳар куни тозалаш, оғиз бўшлигини чайиб туриш киради. Тиббий ходим ишга келганида гигиеник душ қабул қилиши, таҳорат қилиши, ички кийимларини алмаштириши лозим. Инфекция тушган ёки беморнинг ахлати, сийдиги, қусуғи, балғами, қони ва йиринги теккан асбоб, чойшаб, халатларни тозалашда, пол, девор ва шифтларни ювишда, таҳлилга намуна олишда тиббий ходим клеёнка фартук, резина қўлқоп кийиб олиши лозим, иш бажарил-

гандан кейин улар микроблардан бактериоцид эритмалар орқали юкүмсизлантирилади. Қўл совун билан обдан ювилади ва шахсий сочиққа артилади.

Агар ходимнинг қўли инфекция тушган нарсаларга теккан бўлса, у қўлларини этил спиртининг 80% ли, хлоргексидин биглюконатнинг 70% ли эритмаси ёки хлораминнинг 0,5% ли эритмаси билан 2 дақиқа давомида ювилади.

Халат ва қалпоқлар ҳар куни алмаштириб турилади. Эркак ва аёлларнинг тор шим кийишларига рухсат берилмайди. Дезинфекция қилишга қулай юмшоқ чарм пойабзал кийиш тавсия қилинади. Тиббий ходим боғлов хонасига, интенсив терапия ва жонлантириш бўлимларига, операция блокларига кириши олдидан юқоридагиларга қўшимча равишда оғиз ва бурнига ниқоб тутиб, оёғига бахила кийиши, қалпоқ ва халатини алмаштириши лозим. Кўпинча баъзи бир манипуляция ёки муолажаларни бажаришда бир марта кийиладиган кийим-кечакларни кийиш мақсадга мувофиқ. Тиббий ходим бўлимда чекмаслиги ва спиртли ичимлик ичмаслиги лозим.

### **Антисептика ва асептика**

Антисептика деганда жароҳатдаги микробларни йўқотиш ёки унинг сонини камайтиришга қаратилган тадбирлар системаси тушунилади.

Антисептиканинг физик, механик, кимёвий, биологик ва аралаш турлари мавжуд:

*Физик антисептика* воситаларига дренаж, стерил тампон, шарчалар, қиздирувчи, ультрабинафша лампалар ва инфрақизил лазер аппаратлари киради. Бундай физикавий воситалар ёрдамида жароҳатдаги заҳар (токсин) ва йирингларни ўз вақтида физиканинг сўриш, оқим йўналиши ҳосил қилиш қонунлари асосида чиқариб ташлаш кўзда тутилади.

*Механик антисептикага* жароҳат ва унинг атрофини механик усул ёрдамида тозалаш, ёт жисмларни олиб ташлаш, некрозга учраган ва ўлиши муқаррар тўқималарни кесиб олиб ташлаш, жароҳатга бирламчи ишлов бериш ва тикиш киради.

*Кимёвий антисептикада* микробларни йўқотиш (бактериоцид) ёки жароҳатда унинг ривожланишини тўхтатиш (бактериостатик) хусусиятга эга бўлган турли кимёвий йўл билан олинадиган антисептик моддаларни ишлатиш кўзда тутилган. Бунга малҳамлар (Вишневский, ируксол ва синтомицин), кукунлар (ксероформ, йодоформ), эмульсиялар, йод, спирт ва шу гуруҳдаги кимёвий ва тиббиёт амалиётида ишлатиладиган барча дорилар киради.

*Биологик антисептикага* турли биологик дори моддалари киради. Булардан махсус вакциналар, иммуноглобулинлар, қон, плазма ва анатоксинлар бемор организмига киритилганда унинг умумий (специфик ва носпецифик) иммунитетини ошади, микроорганизмларга

бўлган курашувчанлик қобилияти ортади ва натижада микроблар организмдан йўқолади. Антибиотиклар, бактериофаг ва анатоксинлар микроб тўқималарига ёки унинг заҳарларининг маълум бир турига макроорганизм томонидан тўғридан-тўғри таъсир қилиб, уни йўқ қилади ёки нейтраллайди. Протеолитик ферментлар эса жароҳатдаги яроқсиз тўқималарни лизисга учратиб, унинг тезроқ тозаланишини таъминлайди ва микроб тўқималари озиқланишини бузади.

*Аралаш антисептика* — юқорида келтирилган антисептика турларини тиббиёт амалиётида алоҳида қўллашнинг фойдаси ва имконияти камлиги туфайли, улар доимо биргаликда ишлатилади. Шунинг учун аралаш антисептикадан амалиётда кўп фойдаланилади. Масалан, жароҳатни замонавий усулларда тез даволаш учун жароҳатга бирламчи хирургик ишлов берилади. Бунда жароҳат четлари кесилади (механик антисептика), атрофларига йод билан ишлов берилади ва жароҳат водород пероксид эритмаси билан ювилади (кимёвий антисептика), қоқилолга қарши зардоб ва антибиотиклардан биронтаси организмга юборилади (биологик антисептика), жароҳатга гипертоник эритмага шимдирилган салфетка қўйилади ёки УВЧ (физик антисептика) қўлланилади.

*Антисептик воситалар.* Ҳозирги вақтда кўп сонли антисептик моддалар қўлланилади. Булардан амалиётда кўп ишлатиладиганларини келтириб ўтамиз.

#### **1. Галлоидлар.**

*Хлорацид* (Chloracidum) — 0,5% ли эритмаси хирург қўлини зарарсизлантириш, резина қўлқоплар, катетерлар, дренажларни стериллаш, инфекция тушган жароҳатларни, йирингли бўшлиқларни ювиш учун қўлланилади.

*Хлорамин В* (Chloraminum В) — 2% ли эритмаси худди шу мақсадлар учун қўлланилади.

*Хлоргексидин* (Chlorhexidinium) — 20% ли сувли эритмаси хлоргексидин биглюканат кўринишида чиқарилади. Операция майдонини тайёрлаш учун 70% ли этанолдан тайёрланган 20% ли эритмаси ишлатилади. Куйиш жароҳатларини ювишда 0,05% ли, қовуқни ювишда 0,02% ли сувли эритмаси ва хирург қўлини ювишда 0,5% спиртли хлоргексидин биглюканат эритмаси ишлатилади.

*Йоднинг спиртли эритмаси* (Solutio jodi spirituosa) — 5% ли эритмаси операция майдонига, жароҳат четларига суртиш учун дезинфекция қиладиган восита сифатида қўлланилади.

*Йодонат* — йоднинг сувдаги 1% ли эритмаси операция майдонини микробсизлантириш мақсадида ишлатилади.

*Йодопирон* — 1% ли сувли эритмаси операция майдонини ва хирург қўлини микробсизлантиришда, йирингли жароҳатларни даволашда ишлатилади.

*Люголь эритмаси* (Solutio Lugoli) — йод ва калий йодининг спирт ёки сувдаги эритмаси. Кетгутни стериллаш ва шиллиқ пардаларга суртиш учун қўлланилади.



## 2. Оксидловчилар.

**Водород пероксид эритмаси** (hydrogenii peroxydati diluta) — 3 — 5% ли эритмаси йирингли жароҳатларни ювиш учун дезинфекция қиладиган ва ёқимсиз ҳидни йўқотадиган восита сифатида қўлланилади. Бунда ҳосил бўладиган кўпик билан ҳаётга лаёқатсиз тўқималар механик равишда тозаланади.

**Калий перманганат** (Kalii permanganas) — кучли оксидловчи, 0,1 — 0,05% ли эритмаси жароҳат, 0,01 — 0,1% ли эритмаси томоқ ва оғизни ювиш, 0,02 — 0,1% эритмаси чайиш учун, 2 — 5% ли концентрацияси яра ва куйган юзага суртиш учун ишлатилади.

**Борат кислота** (Acidum boricum) — кўк йиринг таёқчасидан зарарланишда жароҳатларни ювиш учун 2 — 3% ли эритмаси қўлланилади, малҳам ва сепма дорилар кўринишида ишлатилиши ҳам мумкин.

## 3. Оғир металл тузлари.

**Симоб дихлорид** (Hydrargiri dichloridum) — симобнинг 1:1000 нисбатдаги эритмаси (сулема) парвариш буюмлари, қўлқопларни дезинфекция қилиш учун қўлланилади. Сулема кучли заҳар. Уни ишлатишда эҳтиёткорликка риоя қилиш керак. А рўйхати бўйича сақланади.

**Диоцид** (Diocidum) — кучли антисептик таъсири бор. Қўлни ювишда 1:3000 — 1:5000 даги, тикиш материаллари ва асбобларни стерилизация қилишда 1:1000 даги эритмаси ишлатилади.

**Кумуш нитрат** (Argentii nitras) — жароҳат, қовуқ ва шу кабиларни ювиш учун дезинфекцияловчи восита сифатида (1:500 — 1:1000 нисбатидаги концентрацияси) қўлланилади. Грануляция тўқималарини куйдириш учун 5 — 10% ли эритмасидан фойдаланилади.

**Протаргол** (Protargolum) — 1 — 3% ли эритмаси қовуқ яллиғланганда битирувчи, антисептик ва яллиғланишга қарши восита сифатида қўлланилади.

**Колларгол** (Collargolum) — 0,2% ли эритмаси йирингли жароҳатларни ювиш учун дезинфекциялайдиган ва яллиғланишга қарши восита сифатида ишлатилади.

Ҳамма кумуш препаратларини ёқут рангли, оғзи маҳкам бекитиладиган идишда, ёруғлик тушмайдиган жойда сақлаш керак.

## 4. Спирт.

**Этил ёки вино спирти** (Spiritus aethylicus) — дезинфекциялаш ва ошлаш хусусиятига эга. 70 — 96% ли эритмалари қўлга ва операция майдонига суртиш учун ишлатилади.

## 5. Формальдегид.

**Формалин** (Formaldehydum solutum) — формальдегиднинг 36,5 — 37,5% ли сувли эритмасидан иборат. Асбобларни дезинфекция қилиш учун 0,5% ли эритмаси қўлланилади. У уч хил моддан ташкил топган эритма таркибига киради (1000 мл дистилланган сувга 20 г формалин, 10 г карбол кислота, 30 г натрий карбонат ҳисобидан).

## 6. Фенол.

**Фенол ёки карбол кислота** (*Acidum carbolicum*) — 2 — 3% ли эритмаси парвариш буюмларини дезинфекция қилиш, асбоблар, резина қўлқопларни стериллаш учун қўлланилади. Уч хил моддалан ташкил топган эритма таркибига киради.

## 7. Бўёқ моддалар.

**Этакридин лактат — Риванол** (*Aethacridini lactas*) — 1:500 ва 1:2000 нисбатдаги концентрацияси йирингли жароҳатларни даволаш, йирингли бўшлиқларни ювиш учун ишлатилади.

**Бриллиант яшили** (*Viridi nitens*) — спиртдаги 0,1 — 0,2% ли эритмаси йирингли касалликларда териға суртиш учун қўлланилади.

**Метилен кўки** (*Methylenum coeruleum*) — спиртдаги 1 — 3% ли эритмаси куйиш ва терининг йирингли касалликларида антисептик восита сифатида ишлатилади.

## 8. Нитрофуран препаратлари.

**Фурацилин** (*Furacilinum*) — 1:5000 нисбатдаги эритмаси йирингли жароҳатларни даволаш, бўшлиқларни ювиш учун қўлланилади. Анаэроб флораға фаол таъсир этади.

**Фурагин** (*Furaginum*) — 0,1% ли эритмаси оғиз бўшлиғини ва жароҳатни ювишда кучли антисептик восита сифатида ишлатилади.

**Фурадонин** (*Furadonini*) — урологик касалликларда овқатдан кейин кунига 3 — 4 марта 0,1 — 0,155 г дан ичиш учун қўлланилади.

## 9. Сульфаниламид препаратлар.

**Стрептоцид** (*Streptocidum*) — турли соҳаларда жойлашган яллиғланиш жараёнларида ишлатилади. Кунига 4 — 6 марта 0,5 — 1 г дан ичиш учун буюрилади.

**Сульфадиметоксин** (*Sulfadimethoxinum*) — сульфаниламид қаторидаги препарат. Ҳоят фаол. Пролонгирловчи таъсирға эға. Аввалиға кунига 1 г дан 2 марта, кейинроқ кунига 1 г дан тайинланади.

## 10. Антибиотиклар (биологик антисептиклар).

Улар микроблар, ўсимликлар, ҳайвон тўқималаридан ва синтетик йўл билан олиниши мумкин.

Кимё соҳасида эришилган ютуқлар узайтирилган таъсири бўлган, ўзгартирилган синтетик ва яримсинтетик антибиотиклар яратиш имконини берди.

Қуйида хирургия амалиётида энг кўп ишлатиладиган ангибиотиклар келтирилади.

**Пенициллин гуруҳи.** Бу гуруҳда пенициллиннинг кўпгина тузлари бўлади. Препаратлари турли микроорганизмларға нисбатан кенг таъсир доирасиға эға. Пенициллин физиологик эритмада, кўпроқ 0,25 — 0,5% ли новокаин эритмасида эрийди. Пенициллин организмдан тез чиқарилади, шунинг учун уни суткасиға 4—6 мартагача юборилади. Катталар учун ўртача бир марталик дозаси 500 минг — 1 млн. ТБ, суткалик дозаси 2—3 млн. ТБ гача. Пенициллинни тери остиға, мушак орасиға, венаға, артерияға, турли

бўшлиқларга (қорин, плевра бўшлиғига, бўғимга), интратрахеал ва орқа мия каналига юбориш мумкин. Пенициллин феноксиметилпенициллин (*Phenoxymethylpenicillinum*) ҳолида ичиш учун қўлланилади, бу меъда шираси таъсирида парчаланмайди.

**Бициллин** (*Bicillinum*) — бензилпенициллиннинг кристаллик тузи. Юборилган соҳадан жуда секин — 2 ҳафтача сўрилади ёки 2 ҳафтада 1 марта 1,2 млн. ТБ дозада юборилади.

**Ампициллин** (*Ampicillinum*) — пенициллин қаторидаги антибиотик. Таъсир доираси кенг яримсинтетик препарат. Аралаш инфекция кўзгатган касалликларда қўлланилади. 0,25 — 0,5 г дан 4 — 6 соат оралатиб ичиш тавсия этилади.

#### **Цефалоспоринлар гуруҳи.**

**Цефалоридин** — микробларга қарши таъсир механизми пенициллинга ўхшайди, ammo у микроорганизм хужайралари қобиғи ҳосил бўлишига тўсқинлик қилади ва бактериоцид таъсир кўрсатади. 20 — 60 мг/кг дан 2 — 3 марта мушак орасига юборилади. Баъзан оғир касалликларда 60 мг/кг ҳисобида вена ичига ҳар 6 соатда дистилланган сувда эритилган эритмаси юборилади.

**Цефазолин** (кефзол) — кенг таъсир доирасига эга бўлган антибиотик бўлиб, у граммусбат ва грамманфий микробларга бактериоцид таъсир кўрсатади. 0,25 — 0,5 г дан 3 марта мушак орасига, болаларга 20 — 50 мг/кг дан суткасига 3 — 4 марта юборилади.

#### **Тетрациклин гуруҳи.**

**Охситетрациклин** (*Oxytetracyclini hydrochloridum*) — тузилиши ва таъсирита кўра тетрациклин ва биомисин (агромицин) га яқин. Таблетка ҳолида бир қабулга 100 — 500 минг ТБ дан кунига 3 — 4 марта буюрилади. Суткалик энг юқори дозаси 2 г.

**Морфоциклин** (*Morphocyclinum*) — суткасига 1 — 2 марта венага 75 — 150 минг ТБ дан 20 — 30 мл 40% ли глюкозада эритиб, аста-секин юборилади. Оғир инфекцияларда (сепсис, ўпка абсцесси, плевра эмпиемаси ва ҳ.к.) буюрилади.

**Сигтомицин** (*Sigmomycinum*) — тетрациклин ва олеандомициндан иборат комбинация қилинган препарат. Ичишга 0,25 г дан, мушак орасига 0,1 г дан, венага 0,25 — 0,5 г дан қўлланилади. Таъсир доираси ва қўлланилиши олететрин каби.

#### **Стрептомицин гуруҳи.**

**Стрептомицин** (*Streptomycinum*) — турли-туман микрофлорага, шунингдек сил микробактерияларига ҳалокатли таъсир кўрсатади. Суткасига 1 — 2 марта 500 минг — 1 млн. ТБ дозада мушак орасига юборилади.

**Стрептомициллин** (*Streptomicillinum*) — бензилциллин ва стрептомицин тузлари аралашмасидан иборат препарат. Стрептомициллинда пенициллин билан стрептомицин хоссалари мавжуд, шунга кўра аралаш инфекцияли беморларни даволашда таъсирчан восита.

### **Макролидлар гуруҳи.**

**Эритромицин** (Erythromycinum) — граммусбат микробларга, жумладан бошқа антибиотикларга резистент микробларга ва айрим йирик вирусларга (трахома) ҳалокатли таъсир қилади. Ҳар 4 — 5 соатда 100 — 200 минг ТБ дан овқатдан олдин қўлланилади. Суткалик дозаси 800 минг — 2 млн. ТБ. 1 г да 100 минг ТБ тутган малҳамидан маҳаллий фойдаланилади. Венага кунига 2 марта 200 минг ТБ дан эритромицин-аскорбат 5% ли глюкоза эритмаси қўлланилади.

**Олеандомицин фосфат** (Oleandomycinum phosphas) — таъсир доираси кенг препарат. Пневмония, плеврит, ўпка абсцесси, эмпиема, йирингли бронхоэктазиялар, стафилококк, стрептококк ва пневмококк сепсис, остеомиелит, сийдик ҳамда ўт йўллари касалликларини даволашда ишлатилади. Суткасига 4—6 марта 125 — 250 минг ТБ дан таблетка ҳолида ичиш учун буюрилади.

**Канамицин** — анаэроб ва сил таёқчаларига таъсир қиладиган аминогликозид. 0,5—1 г дан таблеткалари ичишга, эритмалари мушак ва томирларга юборилади.

**Гентамицин** — граммусбат ва грамманфий коккларга, протей, салмонелла, ичак таёқчасига бактериостатик таъсир қилади. Суткасига 1—3 мг/кг миқдорида 7—8 кун мобайнида мушак ичига юборилади.

### **Аминогликозидлар гуруҳи.**

**Мономицин** (Monomycinum) — таъсир доираси кенг препарат. Тетрациклин, левомецетин, стрептомицинга чидамли микроорганизмларга нисбатан фаол. Мушак орасига (суткасига 3 марта 250 минг ТБ дан), бўшлиқларга юборилади, маҳаллий ва ичиш учун қўлланилади. Узоқ вақт қўлланилганда эшитув нерви зарарланади, баъзан буйрақлар зарарланиши кузатилиши мумкин.

**Колимицин ёки неомицин сульфат** (Colimycinum) — таъсир доираси кенг препарат. Қорин ва плевра бўшлиғидаги йирингли жарёнларни, инфекция тушган жароҳатларни даволаш учун қўлланилади. Бўшлиқларга 700 минг — 1,4 млн. ТБ гача 10 — 20 мл 0,5% ли новокаин эритмасида суюлтириб юборилади. Жароҳатларга даво қилиш учун 0,25 — 0,5% ли колимицин эритмасига ҳўлланган тампонлар, терига эса сиртдан қўлланилади.

**Турли гуруҳлардаги антибиотиклар.** Полимиксин М сульфат (Polymyxini M sulfas). Грамманфий микробларга, айниқса кўк йиринг таёқчасига таъсир қилади. Секин битаётган жароҳатлар, абсцесслар, яраларни ювиш, уларга дока босиш учун фақат маҳаллий қўлланилади. 100 мл да 500 минг — 1 млн. ТБ препарат сақлаган сувдаги эритмаси ишлатилади.

**Ристомицин** (Ristomycinum) — таъсир доираси кенг препарат. Фақат венага суткасига 2 марта 500 минг ТБ дан 250 — 500 мл физиологик эритмада томчилаб юборилади. Узоқ вақт қўлланилганда лейкопения ва тромбопения пайдо бўлиши мумкин.

**Линкомицин** (Lincomycinum hydrochloridum) — пенициллин, стрептомицин, тетрациклин, неомицин ва бошқа антибиотикларга чидамли

микроорганизмларга нисбатан фаол. Мушак орасига суткасига 2 марта 0,5 г дан юборилади. Ўткир ҳолатлар ўтиб кетгандан сўнг кунига 3 марта 0,5 г дан капсулада юборилади. Кўп ишлатилиши беморда кўпинча дисбактериоз ҳолатни келтириб чиқаради.

#### **Левомецетин гуруҳи.**

**Левомецетин** (Levomecetinum) — таъсир доираси кенг синтетик препарат. Кунига 3 — 4 марта 0,5 г дан, овқатдан 20 — 30 дақиқа олдин ичишга буюрилади.

**Синтомицин** (Synthomycinum) — таъсир қиладиган қисми левомицетин ҳисобланади. 1—5—10% ли эмульсияси йирингли жароҳат, куйган юза, яра кабиларни даволаш учун сиртдан қўлланилади.

#### **Замбуруғга қарши антибиотиклар.**

**Нистатин** (Nystatinum) — патоген замбуруғларга, айниқса, Candida туркумига кирадиган ачитқисимон замбуруғларга таъсир қилади. Бактерияларга чидамсиз. Турли соҳаларда жойлашган кандидамикозни даволаш ва олдини олишда қўлланилади. Кунига 3 — 4 марта 500 минг ТБ дан таблеткада ёки кунига 6 — 8 марта 250 минг ТБ дан қўлланилади. Оғир кандидамикозда дозаси оширилади.

**Леворин** (Levorigium) — бу ҳам кандидамикозда кунига 2—3 марта 500 минг ТБ дан капсулада ичиш ёки кунига шиллиқ пардаларга суртиш учун малҳам ҳолида қўлланилади.

**Амфотерицин В** (Amphotericinum В) — юқорида санаб ўтилган препаратлар билан даво қилиш наф бермаган турли хил замбуруғ касалликларида қўлланилади. Кун ора 50 минг ТБ дан 40 мл 5% ли глюкоза эритмасида эритиб венага юборилади.

Антибиотиклар турининг кўплиги бирор препаратни ёки уларни биргаликда қўллаш имконини беради. Бироқ, у ёки бу антибиотикларни биргаликда қўллашда уларнинг бирга таъсир қилиш хусусиятини ҳисобга олиш зарур. Баъзи ҳолларда антибиотиклар бир-бирининг таъсирини кучайтиради, бошқа ҳолларда эса улар таъсирида антагонизм кузатилади.

**Беморларнинг антибиотикларни кўтара олишини аниқлаш.** Антибиотикларга ортиқча сезувчанликни аниқлаш учун тери ичи синамаси қилиб кўрилади. Шу мақсадда 1 минг ТБ антибиотик сақлаган 0,1 мл физиологик эритма биланнинг ички юзаси терисига юборилади. Назорат тариқасида антибиотиксиз шунча миқдордаги физиологик эритмадан фойдаланилади. Сезувчанлиги юқори бўлган шахсларда антибиотик юборилган соҳада анчагина шиш, гиперемия, тошмалар пайдо бўлади. Беморда антибиотикка мусбат реакция бўлганда унга антибиотик юбориб бўлмайди.

Антибиотикларнинг ҳаммаси замбуруғга қарши препаратлар — нистатин, леворин ва амфотерицин В билан яхши аралашади.

**Антибиотиклар билан даволашдаги хато ва хавфлар. Антибиотикнинг оптимал дозасини аниқлаш.** Антибиотикнинг терапевтик дозаси асоссиз кўпайтирилганда токсинлар таъсир қилиш хавфи пайдо бўлади. Масалан, стрептомицин, канамицин, мономицин дозаси

ошириб юборилганда уларнинг ототоксик таъсири кучайиб, бемор эшитув қобилиятини батамом йўқотиб қўйиши мумкин. Дозаси етарлича бўлмаганда даво таъсири кам бўлади ва касалликнинг кечиши сурункали тус олиши мумкин.

**Антибиотиклар билан даволашга нотўғри кўрсатмалар бериш.** Вирусли инфекцияларда, келиб чиқиши номаълум бўлган иситмаларда антибиотиклар буюриш мумкин эмас.

**Антибиотикни нотўғри танлаш.** Антибиотик таъсир доирасининг ҳар бир аниқ ҳолда ажратиб олинган қўзғатувчига мос келиши антибиотиклар билан муваффақиятли даволашнинг асосий шarti ҳисобланади. Кўп ҳолларда таъсир доираси тор препаратларни қўллаш зарур. Таъсир доираси кенг антибиотик буюрилганда токсик ҳодисаларни кузатиш ва дисбактериоз вужудга келиши мумкин. Антибиотикнинг фармакодинамикасини ва унинг патологик ўчоққа кириш йўлларини ҳам назарда тутиш зарур.

**Антибиотиклар комбинациясини асоссиз қўллаш.** Антибиотиклардан фойдаланишда монотерапияга, яъни микрофлоранинг сезувчанлик хусусиятини ҳисобга олган ҳолда битта препаратни қўллашга асосланиш керак. Антибиотикларни аралаш инфекцияда ташхис бактериологик тасдиқланганда комбинация қилиб буюрилади. Антибиотиклар комбинацияси асоссиз қўлланилганда қўшимча токсинли ва аллергик таъсир юзага келиш хавфи ортади.

**Яроқлилик муддати ўтган ва нотўғри сақланган антибиотикларни ишлатиш мумкин эмас.**

### Антибиотикларнинг асоратлари

**Аллергик реакциялар** — антибиотикка сезувчанлиги ошган беморларда пайдо бўлади. Сенсibiliзация реакцияга сабаб бўлган антибиотикнинг ўзидангина эмас, балки сезувчанликни юзага келтирадиган бошқа дори моддаларидан ҳам пайдо бўлиши мумкин. Аллергик реакциялар „эшакем“ тошиши, ҳиқилдоқ ва трахеянинг шишиши, астма хуружи (бўғилиш), аллергик тумов, конъюнктивит, ўткир диарея (колит) билан намоён бўлади. Лекин шуларнинг ичида энг оғири **анафилактик шокдир**. У инъекция қилингандан бир неча дақиқа ўтгач ривожланади. Бунда касалнинг дармони қурийди, бадан териси оқаради ва совуқ тер босади, қўл ва оёғи музлаб, кўкара бошлайди, артериал қон босими кескин пасаяди, пульси ипсимон бўлиб қолади, талваса тутади, бемор ҳушидан кетади. Баъзан юз ва шиллиқ пардаларида шиш пайдо бўлиб, „эшакем“ тошиши, кўнгли айниб, қусиши ёки ичи кетиши мумкин.

Оғир ҳолатларда эса беморнинг ичидан қон кетиши, диспноэ, мия шиши ва жигарнинг заҳарланиши ҳисобига коматоз ҳолат кузатилиши ёки бемор қисқа муддатда ўлиб қолиши мумкин. Бу ҳолатларда зудлик билан қуйидаги чораларни қўриш лозим бўлади:

а) дори юборилган жой юқорисидан жгутни артериялар ва ве-

налар босиладиган қилиб қўйиш керак. Бунда жгут тўғри қўйилган бўлса, текширганда периферияда пульс аниқланмайди;

б) иккинчи қўл венасига аллергияга қарши препарат (димедрол, дипразин, супрастин, гидрокортизон ва б.) юбориш;

в) жгутни ечмай, препарат юборилган жой атрофидаги тери остига адреналин эритмаси юбориш (0,1% ли 1 мл адреналин 0,9% ли натрий хлорид эритмасида эритилади) лозим бўлади. Бу эритма томирларни торайтирувчи таъсир кўрсатиб, анафилактик шокка сабаб бўлган препаратларнинг сўрилишини секинлаштиришга хизмат қилади.

Бу оғир асоратнинг олдини олиш учун бемордан илгари шу препаратга бўлган реакция хусусида сўрашдан ташқари, биринчи инъекцияни битта қўл ёки оёқ соҳасига қилиш (реакция пайдо бўлган тақдирда жгут қўйишга имкон бўлиши учун) ва беморни биринчи кун мобайнида, айниқса, инъекциядан кейинги дастлабки дақиқаларда синчковлик билан кузатиб бориш керак.

Тайинланган дори ўрнига тери остига янглишиб бошқа дорини юбориш дорининг кимёвий хоссаларига қараб турли кўнгилсиз ҳолларга сабаб бўлиши мумкин. Шприцни тўлдиришдан (қурук ампула игнада қолган бўлса), инъекциядан олдин доридоғи ёзувни қайта текшириш йўли билан бунинг олдини олиш мумкин. Борди-ю, хато қилиб қўйилса, препарат юборилган жой юқорисидан жгут боғланади ва қандай дори юборилгани маълум бўлса, ўша жойга қарама-қарши таъсир қиладиган препарат юборилади. Агар маълум бўлмаса, дори юборилган жой атрофидаги тери остига 0,9% ли натрий хлор эритмасидан ҳаммаси бўлиб 50 — 100 мл гача юборилади, бу юборилган препарат концентрациясини пасайтиришга ва шу билан унинг зарарли таъсирини камайтиришга имкон беради.

Оғир ҳолатларда венага дори юбориш тавсия қилинади. Венага томчи усулида ноадреналин (500 мл физиологик эритмада 5 мг дозада коргикостероидлар ва мезатон билан бирга) юбориш мумкин. Преднизолонни венага аста-секин 50 — 100 мг дозада, гидрокортизонни 100 — 250 мг, кальций хлориднинг 10% ли эритмасини 10 мл дозада юборилади.

Ҳиқилдоқ шишида трахеостомия қилинади, сунъий нафас олдирилади, кислород берилади. Венага эуфиллиннинг 2,4% ли эритмасидан 10 мл ва димедролнинг 2,5% ли эритмасидан 1 мл юборилади. Пенициллин юборилганда вужудга келган анафилактик шокни мушак орасига 800 000 ТБ пенициллиназа юбориб даволаш зарур.

Бундан ташқари, амалиётда ҳаёт учун унчалик хавф туғдирмайдиган бошқа реакциялар ҳам кузатилиши мумкин. Бундай реакцияларга: зардоб касаллигини эслатувчи синдром, эозинофилия, лейкопения ва агранулоцитар, тошмалар, дерматит, эшакем, ангионевротик шиш (Квинке шиши), ринит, бронхит, стоматит, гастрит, энтероколит, неврит, плексит, нефрит ва уларнинг бирга учрайдиган хиллари киради.

**Токсик реакциялар** ҳар қандай антибиотик айниқса катта дозаларда қўлланилганда пайдо бўлиши мумкин. Клиник жиҳатдан эшитув нервига (қисман ёқи батамом эшитмайдиган бўлиб қолиш), вестибуляр аппаратга (вестибуляр бузилишлар), кўрув нервига (кўзнинг хиралашуви) таъсир этиб, полиневрит, парестезия, бош оғриғи, бош айланиши, марказий нерв системаси, меъда-ичак йўллариининг турли хилдаги зарарланишида намоён бўлади.

**Суперинфекция.** Антибиотиклар билан даволаш жараёнида асосий касалликка сабаб бўлган флора йўқотилади. Бу вақтда бошқа касаллик кўзгата олиш эҳтимоли бўлган шартли патоген микрофлоранинг тез ривожланиши кузатилиши мумкин (эндоген суперинфекция).

**Кандидозлар.** *Candida* туркумига кирадиган ачитқисимон замбуруғлар кўзгатади. Антибиотикотерапия (айниқса, таъсир доираси кенг препаратлар билан) нормал микрофлоранинг турли хил вакиллари ўртасида бўладиган одатдаги нисбатни бузади (бактериялар ўсишини тўхтатиш ва ачитқисимон замбуруғларнинг жадал суръатда кўпайиши) ва *Candida* нинг фаоллашишига имкон беради. Кандидозларда ташқи қопламлар (тери, шиллиқ пардалар) ва ички аъзолар (нафас йўллари, меъда-ичак йўллари, сийдик-таносил системаси ва ҳоказолар) нинг зарарланиши кузатилади. Даволаш антибиотикни бекор қилиш ва нистатин буюришдан иборат.

**Бактериолиз — (Яриш-Герксгеймер) реакцияси.** Баъзан кўп миқдорда антибиотиклар юборилганда микроблар тезда ҳалокатга учраб, бир талай эндотоксин ажралиб чиқиши мумкин. Клиник жиҳатдан бу эт жунжикиши, иситма, тахикардия, терлаш, баъзан диарея билан юзага чиқади. Оғир ҳолларда ҳароратнинг пасайиши, коллапс, ҳушдан кетиш, олигурия, анурия қайд қилинади, даво қилинмаса, бемор оламдан ўтиши мумкин. Юрак дорилари юбориш, кўп миқдорда суюқлик қуйиш, антигистамин препаратлар бериш лозим.

## Асептика

Асептика деб, операцион жароҳатга микроблар тушишининг олдини олишни таъминлайдиган тадбирлар комплексига айтилади.

Шу мақсадда ташкилий тадбирлар, физикавий омиллар, айрим антисептик ва кимёвий препаратлардан фойдаланилади. Микроблар ва уларнинг спораларини йўқотиш **стериллаш** дейилади. Стериллашнинг турли хил усуллари мавжуд бўлиб, буларга: куйдириш, чўлантириш, автоклавлаш, қайнатиш, кимёвий моддалар, нур, ультратовуш орқали ишлов бериш киради.

**Куйдириб стериллаш.** Куйдиришда стериллаш яхши бўлмайди ва у асбобларни ишдан чиқаради, шунинг учун камдан-кам ҳолларда, масалан, тайёр стерил асбоб бўлмаган шошилинич операцияларда ишлатилади. Шу мақсадда стерилизатор қопқоғига ёки тоғорачага



асбобларни қуйиб, озроқ миқдорда 96° ли спирт қуйилади ва ёқилади. Спирт ёниб бўлганидан сўнг асбобларни ишлатиш мумкин.

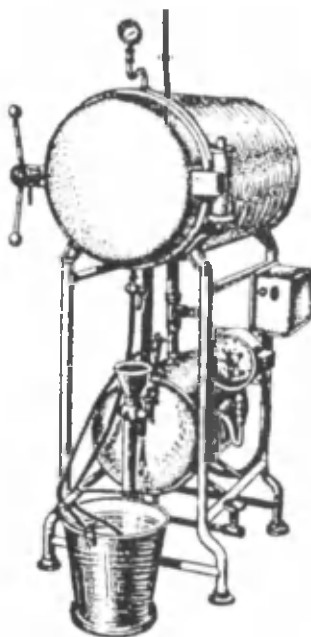
**Қуруқ иссиқлик билан стериллаш.** Металлдан ясалган асбобларни стериллаш бирмунча кенг тарқалган. Шу мақсад учун қуруқ иссиқлик берадиган махсус шкафдан фойдаланилади. Шкаф бекитилади ва электр тармоғига уланади, 10—15 дақиқа ўтгач, шкафдаги ҳарорат 120 — 140°С гача кўтарилади. Ҳароратнинг доимийлиги контакт термометр билан бошқариб турилади. Стериллаш муддати 30 дақиқа. Бу усулда стериллаш ишончли бўлади ва асбоблар ишдан чиқмайди.

**Автоклавлаш.** Босим остида буғ билан стериллаш автоклавлаш дейилади. Операция учун чойшаблар, боғлов материали, резина қўлқоплар, асбоблар, қон қуйиш учун система ва бошқаларни автоклавлаш мумкин. Автоклавлар тузилиши ва тури жиҳатидан ҳар хил бўлади, бироқ ҳаммасининг ҳам ишлаш усули деярли бир хил. Автоклав одатда қўш деворли металл қозондан иборат бўлиб, деворлари орасига сув қуйилади (13- расм).

Стерилланадиган материаллар махсус биксларга солиниб, автоклавга қўйилади. Автоклав қопқоғи ёпилади ва зичлигини сақлаш учун болтлари бураб қўйилади. Автоклавнинг манометри, эҳтиёт клапани, сув ва буғни чиқариш учун жўмаклари бор. Автоклавда сувни қиздирадиган манба электр иситгич, газ ва бошқалар бўлиши мумкин. Автоклавда сув қиздирилганда қайнаб буғ ҳосил бўлади. Бунда камерадаги босим ва шунга мувофиқ ҳолда ҳарорат ошади. Босим билан буғ ҳарорати ўртасида узвий физик боғланиш мавжуд: 1 атм. — 120°С; 1,5 атм. — 127°С; 2 атм. — 134°С га тенг.

Шундай қилиб, босим нечоғли юқори бўлса, ҳарорат ҳам шунча юқори бўлади. 1 атм. босимда стерилизация 1 соат, 1,5 атм.да — 45 дақиқа, 2 атм.да эса 30 дақиқа давом эттирилиши керак.

Автоклав ишламай турганида суви тўкиб қўйилади. Автоклавлаш учун: а) буғ чиқадиган кранни очиш; б) қиздириш манбаини улаш; в) автоклав камерасидаги ҳаво ўрнига буғ киритиш учун 15 — 20 дақиқагача буғ чиқаришни давом эттириш; г) кранни бекитиб, босимни талаб этиладиган даражагача (1,5 — 2 атм) етказиш зарур. Замонавий автоклавларда бу босим автоматик тарзда сақлаб турилади.



13- расм. Автоклав.

Резина қўлқопларни стериллашда уларнинг устига ва ичига талък сепилади, жуфт-жуфт қилиб қўйилади, ёпишиб қолмаслиги учун дока салфеткага ўралади ва алоҳида барабанга жойланади ва улар 1,5 атм. босимда 30 дақиқа стерилизация қилинади.

Катетерлар, дренажлар, шунингдек қон қуйиш системаларини йиғма ҳолда стерилизация қилишда улар сочиққа ўраб биксга жойланади ва 1 атм.да, 1 соат давомида стерилизация қилинади. Стерилланган материаллар биксларда кўпи билан 3 суткагача сақланиши мумкин.

Стериллаш муддати тугалланганидан сўнг: а) унинг иситгичини улаш; б) буг чиқадиған жўмрагини аста-секин охиригача очиб, босимнинг нолга қадар тушишини кутиб туриш; в) автоклав қопқоғини очиб; г) биксларни олиш ва дарҳол улардаги буг чиқадиған тешикларни бекитиш; д) автоклав қопқоғини ёпиш зарур.

Стериллаш устидан назорат ўрнатиш шарт. Бунинг учун муайян ҳароратда суёқландиған моддалар: олтингургурт кукуни (117°C), антипирин, амидопирин (110°C), резорцин (119°C), кахрабо кислота (180 — 184°C), аскорбин кислота (187 — 192°C), пилокарпин гидрохлорид (120°C), бензоат кислота (121°C) дан фойдаланилади. Бу моддалардан бири пробиркага солинади. Стериллаш тугагандан сўнг модда суёқланса, бу жараён тўғри ўтказилған ҳисобланади. Кукун батамом суёқланмаса, стериллашни такрорлаш керак бўлади.

Бундан ташқари, кам деганда 10 кунда бир марта бактериологик текширув ўтказилади. Бунинг учун материалнинг кичик бўлакчалари пробиркага солинади, дока тикин билан бекитилади ва пробирка барабан ичига қўйилади. Стериллаш тугаганидан сўнг бу пробиркалар бактериология лабораториясига жўнатилади. Лабораториядан олинған хулоса махсус папкада сақланиши керак.

**Операция учун чойшаблар, кийим-бошлар ҳамда боғлов материалларини стериллаш.** Операция учун хирург, ассистентлар ва операция ҳамшираси махсус кийимлар кияди. Кўпчилик хирургик муассасаларда тиббий ходимлар салат рангли ёки ҳаво ранг махсус енгил кийим киядилар.

**Тиббий ниқоблар.** Томчи инфекцияси хавфини камайтириш учун ходимлар оғиз ва бурнига махсус ниқоб тутиб юради. Ниқоблар ўлчами 16x20 см бўлған 4 қаватли докадан тайёрланиб, бурчакларига 4 та боғич чашиб қўйилади. Ниқобларнинг бошқа турлари ҳам ишлатилади, бироқ улар қандай шаклда тикилған бўлмасин, бурун, оғиз, иякни беркитиб туриши шарт. Ниқоблар ишлатишдан олдин стерилланади. Ниқобни тутишда унинг устки боғичларини хирургнинг қўлига тегиб кетмайдиган қилиб ушлаб туриш керак. Ҳамшира орқа томонга ўтиб боғичларни учидан ушлайди ва уларни қулоқ чиганоқлари орқасидан ўтказиб, бошнинг тепа қисмига боғлайди.

**Халатлар.** Операция учун махсус ёпиқ халатлар пишиқ оқ, пушти ёки ҳаво ранг матодан тикилади. Халатларнинг ранги турли хилда бўлиши мумкин. Операция учун мўлжалланған халатлар нозик матодан

тикилмаслиги керак, чунки бир-икки марта ишлатилгандан кейин улардан тер ва бактериялар ўтадиган бўлиб қолади. Операция бригадасидаги ходимларнинг терисида операция бошлангандан 30 дақиқа ўтмасданоқ микроблар пайдо бўлади. Яхшиси, чойшаб ва халатлар учун зич импрегнация қилинган газламадан (пахтали) фойдаланган маъкул. Костюмнинг манжетлари ва боғламлари қўлни қисмайдиган, эластик, юмшоқ бўлиши керак. Ниқоб оғиз ва бурунни ёпиб туриши лозим. Стериллашдан олдин халатнинг энги ва боғичлари ичига қилиб тахланади.

**Қалпоқчалар ва рўмоллар.** Операцияда қатнашадиган ходимлар сочини батамом бекитиб турадиган газмолдан тикилган қалпоқчалар кийиши ёки учбурчакли рўмол (косинка) ўраши шарт.

**Чойшаблар.** Асбоблар қўйиладиган столга бир неча қават қилиб тахланган стерил чойшаб ёзиб қўйилади. Уни ёзишда ностерил буюмларга тегиб кетмаслигига қараб турилади. Ходим чойшабни қўлини узатиб турган ҳолда ҳавода ёзади. Беморни чойшабга ўраганда унинг четлари операция столидан камида 0,5 м пасга тушиб туриши керак.

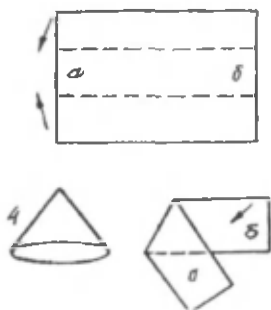
**Сочиқлар.** Операция майдонига ишлов берилганидан сўнг уни ажратиб қўйиш учун ишлатилади.

**Салфеткалар.** Салфеткалар гигроскопиклик хусусияти юқори бўлган, ёғсизлантирилган, тўрлари йирик бўлган докадан тайёрланади. Докадан бинтлар, тампонлар ва шарчалар қилинади. Салфеткалар ҳар хил ўлчамдаги квадрат ёки тўғри тўрт бурчакли дока парчаларидан иборат: катта салфеткалар — 2 дона, 1 м докадан (50×70 см), ўртача салфеткалар — 4 дона, 1 м докадан (50×35 см), кичик салфеткалар — 8 дона, стандарт, эни 70 см бўлган 1 м докадан (25×35 см) тайёрланади. Доканинг четлари иккала томонидан 1,5 — 2 см дан қилиб ичига қайтарилади, сўнгра салфетка узунасига иккига буклаб қўйилади. Салфеткаларни операция вақтида жароҳатни қуритиш, жароҳат четларини бекитиш, яра боғлаш, жароҳат устига ёпиб қўйиш учун ишлатилади (14- расм, б).

**Тампонлар.** Узун дока тилишларини салфетка сингари четларини қайириб, эни бўйлаб икки қават қилиб буклаб тайёрланади. Тампонларнинг узунлиги ҳар хил. Улар жароҳатдан қон оқишини тўхтатиш ва йирингли бўшлиқларни дренажлашда ишлатилади.

**Шарчалар.** 4 хил қилиб тайёрланади: ўртача салфеткалар (5×7 см) ва кичик салфеткалар (2,5×3,5, 5×5 ва 2×2 см). Бир парча дока учга букланади ва марказини чўққили бурчак қилиб тахланади. Асосида қолган қисми ичига қайириб қўйилади (14- расм, а).

Салфеткалар, тампонлар, шарчалар ва бинтлар йирингли операциялардан ва беморнинг анаэроб инфекцияли ярасини боғлагандан сўнг албатта куйдирилади. Фақат қон теккан материални 0,5% ли нашатир спирти эритмасига 2—3 соат мобайнида бўктириб қўйилади ва 30 дақиқа мобайнида сода эритмасида қайнатилгандан кейин одатдаги усулда ювиш ва яна қайтадан ишлатиш (яра боғлаш хонасида) мумкин.



14- расм. Салфетка ва шарчани тайёрлаш усули.

Оқ пахта суюқликни яхши шимади. Уни жароҳатга салфетка устидан қўйиш мумкин. Бу — суюқликнинг жароҳатдан боғламга яхши оқиб чиқишини таъминлайди.

Халатлар, тиббий ниқоблар, чойшаблар ва яра боғлаш материалларининг ҳаммаси албатта стерилланади. Бунинг учун ҳамма материаллар махсус металл барабанларга — биксларга жойланади. Бикслар қопқоғи зич бекитиладиган турли ҳажмдаги юмалоқ металл идишлардир. Бикснинг ён томонида биксга буг киришига имкон берадиган тешиклари

бўлади. Бу тешиклар сурилувчи бандаж билан бекитилган бўлиши мумкин. Стериллаш вақтида бикс тешиклари албатта очиб қўйилади, стерилизациядан кейин эса бандаж билан бекитилади. Стерилланадиган материал биксларга маълум тартибда жойлаштирилади. Биксга материал жойлашнинг уч хил усули мавжуд:

1. Кичикроқ операция хоналарида *универсал жойлаш* усулидан фойдаланилади. Биксга операция учун талаб қилиниши эҳтимоли бўлган материалларнинг ҳамма тури қаватма-қават қилиб ҳар бир қаватга эса секторлар билан жойланади. Биринчи қаватга қўл салфеткалари, халатлар, ниқоблар, пахта бўлаклари, иккинчи қаватга чойшаб ва сочиқлар, учинчисига салфеткалар, тампонлар, шарчалар ва шу кабилар жойланади.

2. Операцияларнинг муайян тури учун мақсадга *мувофиқ жойлаш* усули қўлланилиши мумкин (масалан, ичак резекцияси учун зарур материалларнинг ҳаммаси жойланади).

3. Катта операция хоналарида кўпинча маълум турда жойлаш усулидан фойдаланилади (материалнинг маълум тури: халатлар, чойшаблар, тампонлар ва шу кабилар жойланади).

Барабан ичига буг бемалол ўтиши учун ҳамма буюмлар говак қилиб жойланади. Барабан қопқоғи дастасига стерилизация қилинган вақт ва стерилизацияни ўтказган масъул шахснинг фамилияси ёзилган ёрлиқ (этикетка) ёпиштириб қўйилади.

**Қайнатиб стериллаш.** Бу усул билан одатда металлдан ясалган асбоблар, шиша ва резина буюмлар стерилланади. Асбобларни чўтка ва совун билан тозалаб ювгандан сўнг, 2% ли сода эритмасида сув қайнаб чиққан вақтдан бошлаб, 45 дақиқа мобайнида қайнагиш йўли билан стерилизация қилинади. Йипрингли инфекция ва айниқса анаэроб микроорганизмлардан ифлосланган асбобларни қисмларга ажратиб қайнатиш лозим. Стериллаш қопқоғи зич бекитиладиган ва электр иситгичи бўлган металл қутидан иборат махсус стерилизаторларда бажарилади. Асбоблар махсус тўрга жойланади ва

стерилизаторга солинади. Стериллаш тугагандан сўнг тўр махсус илмоқлар билан олинади ва стерил столга қўйилиб, шу ерда улар тартибга солинади.

Шиша буюмлар: шприцлар, пробиркалар, мензуркалар алоҳида қайнатиб стерилланади. Шприцларни қисмларга ажратиб стериллаш шарт. Шиша буюмлар стериллашдан олдин докага ўралади ва совуқ ёки илиқ сувга солинади, орқа мия анестезияси учун ишлатиладиган шприц ва игналар дистилланган сувда алоҳида қайнатилади.

**Асбобларни стериллаш.** Операция учун ишлатиладиган асбоблар 2% ли сода эритмаси ёки сувда у қайнаб чиққан пайтдан бошлаб 45 дақиқа давомида қайнатиш йўли билан стерилланади. Стериллашнинг бу усули энг оддий ва кенг тарқалган усул ҳисобланади. Асбоблар қопқоғи зич ёпиладиган, тубига тўр тўшалган турли металл стерилизаторларда стерилланади. Суюқлик қайнаб чиққач, ҳар бир асбоб қисмларга ажратилган ҳолда стерилизаторга тўри билан туширилади. Сувнинг қайта қайнаш вақти стерилизациянинг бошланиш вақти ҳисобланади. Ҳозирги кунда стерилизаторлар автоматик тарзда ишлайди. Стериллаш тугагандан кейин асбоблар солинган тўр стерилизатордан чиқариб олинади (ундаги сув оқиб кетгунча кутиб туриш лозим), кейин асбоблар стерил столга териб қўйилади.

Операция пайтида ифлосланган хирургик асбоблар оқар сув тагида яхшилаб ювилади. 1% ли водород пероксид ва баравар миқдордаги совун кукунли эритмада 50°C да ивителиди. Кейин тампон ёки махсус чўтка билан яна ювилади. Охириги босқичда асбоблар оқар сув ва дистилланган сув билан яна ювилиб, кейин қуригилади. Аниқроғи, ишлатилган асбоблар иссиқ сувда 30 сек давомида чўтка билан ювилади ва ювувчи эритма солинган махсус идишга (суюқликнинг ҳарорати 50°C бўлиши керак) 15 дақиқа давомида ивितिб қўйилади, кейин асбоблар чўтка, пахта, дока тампон билан ювувчи эритмада 30 сек давомида тозалаб ювилади ва оқиб турган сувда чайилади, кейин эса 5 мин дистилланган сувда қайнатилади ва 85°C да қуригилади.

Асбобларнинг тозалик даражаси амидопирин, бензидин ва фенолфталеин синамалари билан текширилади. Бу синамалар қонқарсиз бўлса, асбоблар қайта юкүмсизлантирилади.

Йирингли операциялардан кейин ҳамма тиббиёт асбоб-ускуналари дезинфекция қилиниши керак. Коррозияга учрайдиган асбоблар 30 дақиқа давомида 2% ли сода эритмасида қайнатилади, анаэроб инфекция бўлганда қайнатиш муддати 90 дақиқага узайтирилади. Сийдик йўллари катетерлари, цистоскоплар ва тиббиёт анжомлари 1% ли хлорамин эритмасида 30 мин, 0,5% ли ювиш воситалари билан водород пероксидда 80 мин, 0,1% ли дезоксонда 15 дақиқа дезинфекция қилинади. Бу ҳолда ҳавони стерилизациялашда тегишли ҳароратни сақлаш ва стерилизацияни 60 дақиқа давом эттириш керак. Кесадиған учли асбоблар (скальпель, нина, қайчи,

устара пичоғи) ҳаво ёрдамида стерилланса, улар ўтмаслашмайди. Асбоб тўпламлари ҳам 1,1 атм. босимда автоклавда 45 дақиқа ёки 2 атм. да 20 дақиқа стерилланади. Стерилланган асбоблар 3 суткагача стериллигини йўқотмайди.

Коррозияга учрайдиган хирургик асбоблар ва пластмасса (резина) буюмлар 18°C ҳароратда 6% ли водород пероксид эритмасида 360 дақиқа ва 50% ли водород пероксидда 10 дақиқа сақлаб турилса бас. Резина ва пластик материалдан ясалган тиббиёт ашёлари 1% ли дезоксон -1 эритмасида 45 — 50 дақиқа дезинфекция қилинади.

### **Кимёвий стериллаш**

Кесадиган асбоблар ишқорли сувда ювилгандан сўнг оқар сув тагида чайилади, қайнаб турган сувга 5 дақиқа солиб стерилланади, кейин спиртта 30 дақиқа ёки таркибида уч хил моддаси бор эритмада 3 соат сақланади. Турли мақсадларда ишлатиладиган ярим қаттиқ (ипак, локланган) катетерлар махсус буг-формалинли стерилизаторларда ёки қопқоғи ишқаб бекитиладиган шиша цилиндрларга осиб қўйилган ҳолда стерилланади. Стериллаш формалин буглари билан 2 сутка мобайнида бажарилади. Шу мақсадда цилиндр тубига 2 — 3 таблетка формалин қўйилади ёки 20 — 30 мл суяқ формалин қўйилади.

Оптик системали асбоблар (цистоскоп, ректоскоп ва б.) ни стериллашда пробиркаларнинг ҳар бирини 1:1000 концентрациядаги симоб оксиданид эритмаси билан ювиб, сўнгра спирт ва физиологик эритма билан (оптикасига тегмасдан) артилади. Бир нечта пробиркаларни стериллашда уларни дезинфекциялайдиган 1:5000 нисбатдаги диоцид эритмасига (5 л сувга 100 г сода) 3 — 4 соатга солиб қўйиш усулидан ҳам фойдаланилса бўлади.

Резина қўлқопларни „совуқ“ усулда стериллаш қўйидагилардан иборат: а) таркибида уч хил модда бўлган эритмада 3 соат мобайнида стериллаш; б) 2% ли хлорамин эритмасида 1 соат мобайнида стериллаш; в) 1:1000 нисбатдаги сулема эритмасида ҳам 1 соат мобайнида стериллаш; г) 1:5000 нисбатдаги диоцид эритмасида 30 дақиқа давомида стериллаш. Уларни стерил сочиқ билан артиб қури-тилгандан ва стерил тальк сепилгандан сўнг стерил барабанда сақлаш мумкин. Бу поликлиника ва амбулатория шароитида айниқса қулай усул ҳисобланади.

### **Нур билан стериллаш**

Касалликнинг олдини олиш учун гамма нурланиш изотоплари дозаси кучли бўлиши, яъни 2,5 млрд. (25000 Грей)га тенг келиши керак.

Бу усул катта инерт кучига эга бўлиб, стериллашнинг кучи материалларнинг ҳар хил чуқурлигига етиб боради. Амалиётда бета-

ва гамма- нурланиш қўлланилади. Полиинфекция ва мутация натижасида янги бактериялар колонияси ривожланишининг ультратовушли стерилизация олди олинади. Бу усулда стерилизаторлар кучсиз антисептик (0,05% ли хлоргексидин биглюконатнинг сувли эритмаси) билан тўлдирилади ва ультратовуш тўлқинлари таъсирида хирургик асбоблар, кичик пластмасса объектлар ёки хирург бармоқлари дезинфекция қилинади. Сўнгги вақтларда асбоблар, резина буюмлар (катетерлар, қўлқоплар ва ҳ.к.) ва оптик асбобларни стериллашда махсус аппаратлар ҳам қўлланилмоқда. Аппаратлар ультратовуш, плазма ва керамик инфрақизил нурларнинг микроорганизмларга бактериолитик таъсири принципига асосан дезинфекция қилинади. Бундай стерилизаторлар паст ҳароратда ва жуда қисқа муддатда стериллаш хусусиятига эга бўлиб, бунда асбобларнинг чидамлилиги сақланиб қолади.

Кимёвий совуқ стериллаш этилен оксид ҳамда кучли антисептиклар (0,2% ли парацетат кислота эритмаси, 6%ли водород пероксид эритмаси, учламчи эритма) қўлланилади. Бунда реакция натижасида ҳосил бўлган 45 — 60°С гача бўлган совуқ ҳарорат микроорганизм оқсиллари коагуляция ёки денатурацияланиб, ашёни стерилланишига сабаб бўлади. Этилен оксид сув ва спиртда эримайдиган бактериялар протеинини алкиллаш хусусияти бўлган бактерицид моддадир.

Амалиётда мустақил бошқариладиган газли стерилизатор ишлатилади. Бу мақсадда 750 — 1000 мл 55°С ли этилен оксиддан фойдаланилади. У жуда ихчам бўлиб, автоклавда ёки ҳаво стерилизаторида катетерлар, хирургик қўлқоплар, томир протезлари, эндоскоплар, респиратор ва сунъий қон айланиш аппаратлари стерилланади. Ҳозирги пайтда паст ҳароратли плазма стерилизатор (СТЕРРАД-100S) амалиётга кириб келмоқда (15- расм). Унинг ишлаши 50°С дан паст ҳароратда водород пероксидни плазма ҳолатига келтириб, ҳосил бўлган ионлар, электронлар, нейтрал атомлар ва молекулаларнинг микроорганизмларни йўқ қилиш ёки дезактивация қилиш принципига асосланган. Бундан ташқари, керамик инфрақизил ёриткичлар ёрдамида, 60°С дан паст ҳароратда хирургик асбобларни стерилизация қилиш амалиётга кириб келмоқда. Унинг иш принципи микроорганизм танасидаги биокимёвий ҳаётий занжирни бузиш ва шу орқали уларни йўқ қилишга қаратилган.

Ҳозирги кунда ҳар хил операциялар орқали тарқалиши мумкин бўлган инфекцияларнинг олдини олиш, уларнинг юқишини камайтириш ва стерилизацияга бўлган талаблардан воз кечиш ва энг муҳими қон орқали юқадиган (гепатит, СПИД) касалликларнинг олдини олиш, тиббиёт ходими (хирург, ҳамшира)нинг соғлиғини муҳофаза қилиш борасида бир марта ишлатиладиган асбоблар — чойшаб, кийим-кечаклар хирургия амалиётида кўп ишлатилади. Булар операцияда ишлатиладиган чойшаб, халат, тиббий ниқоб,



15- расм. Плазма стерилизатор.

ўнғач, меъда, ингичка ва йўғон ичак, сийдик йўллари, сунъий ва патологик оқмаларни парваришлашда бир марта ишлатиладиган боғлов материаллари ёки ахлат, сийдик халта касал ва шифокор учун жуда қулай. Бу хирургик кийим- кечак, асбоб-ускуналар ва боғлов материаллари гигроскопик қоғоздан, пластмасса ва целлофан материаллардан тайёр стерил ҳолда ишлаб чиқарилади ва ишлатилгандан кейин тезда ёкиб юборилади. Бундай тиббий анжомларни ишлаб чиқариш ва ишлатиш ҳозирги пайтда дунёда жуда кенг тарқалган бўлиб, бизда тиббиёт амалиётида кенг қўламда ишлатилиб келинмоқда.

### Тиқиш ипларини стериллаш

Хирургия амалиётида чок материали сифатида ипак, капрон, лавсан, капрон ва қоғоз иплар, от ёли, аёллар сочи ва кетгут ишлатилади.

*Ипак ип* пишитилган ва тўқилган ипак кўринишида чиқарилади. Ипакнинг йўғонлиги 00 дан 16- рақамгача бўлади. Ингичка ипнинг 00 ва 1- рақамлиларини томирларга, 2- рақамлиларини ичаклар, асосан, лапоротомияда қориннинг тўғри мушакли апоневрозини тикишда ва суяклардаги операцияларда ишлатилади.

Ипак ип кўпроқ Кохер усулида стерилланади. Ипак калаваси илиқ сувда 2—3 марта совунлаб ювилади ва қуруқ сочиқ билан артилади. Ипак 3—5 м узунликда стерил қўллар ёрдамида шиша ғалтакларга ёки қирралари ўтмасланган буюм ойнасига ўралади ва ёғсизлантириш учун 12—24 соатга эфирга солиб қўйилади. Ипак ипни эфирли банкадан олиб, шунча муддатга 70° ли спиртга солиб қўйилади. Кейин у 1:1000 нисбатдаги сулема эритмасида 10 дақиқа мобайнида қайнатилади, сўнгра 96° ли спирт тўлдирилган, тиқини ишқаб бекитиладиган банкага солиб қўйилади. Ипак ип ишлатилгунча шу банкада сақланади. Уни автоклавда стерилласа ҳам бўлади, бироқ бунда унинг пишиқлиги камаяди.



*Капрон ва лавсан иплар* ҳам ипак ип каби стерилланади. Аммо, капрон, лавсан каби материалларни бошқа усулда стериллаш ҳам мумкин. Бунинг учун калавалар 1:5000 нисбатдаги диоксид эритмасига 24 соатга солиб қўйилади, сўнгра устидан 96° ли спирт қўйилади.

*Кетгут* — қўй ичагининг мушак ва шиллиқ парда ости қатламларидан тайёрланадиган, йўғонлиги ҳар хил иплардан иборат. Ингичка-йўғонлигига кўра унинг рақами 000 дан 9 гача бўлади. Тўқималарда кетгут 2—3 ҳафтадан сўнг сўрилади. Сўрилиш муддатини узайтириш учун унга махсус ишлов берилади, яъни хромланади ёки кумушланади. Баъзан формалин билан ишлов берилади. Бактериологик ифлосланиши мумкинлигини ҳисобга олиб, пухта стериллаш лозим.

**Кетгутни йод буғларида стериллаш (Ситковский бўйича).** Кетгут калаваси 24 соатга эфирга солиб қўйилади. Стандарт кетгут иплари уч бўлак қилиб қирқилади ва 1:1000 нисбатдаги сулеманинг бўялмаган эритмасига ботириб олинган дока тампонлар билан артилади. 1-рақамгача бўлган иплар 2 % ли калий йодид эритмасига 30 соатга, 1- рақамли ва бундан йўғон иплар рақамига қараб шунча дақиқага эритмага солиб қўйилади. Кетгутни кичик-кичик ҳалқа кўринишида ўраб, орасидан ип ўтказилади ва тубига кристаллик йод (3 л гача 40 г йод, 5 л га 60 г йод) солинган, тиқини ишқаб бекитиладиган стерил шиша банка ичига солиб қўйилади. Банка тиқини устидан парафин қўйилади. Банкани ҳар куни силкитиб туриш зарур. Ингичка кетгутни 3 сутка ўтгач, йўғонроғини 5 сутка ўтгач, ишлатса бўлади.

**Кетгутни люголниг спиртли эритмасида стериллаш.** Кетгут калаваси 12 — 24 соатга эфирга солиб қўйилади. Кейин эфир тўкилади. Кетгутга ҳар 8 кунда 2 марта люголниг спиртли эритмаси (1000 мл 96° ли спирт, 10 г калий йодид, 10 г соф йод) қўйиб турилади. Кетгут бактериологик назоратдан ўтказилади, сўнгра люгол эритмасида сақланади.

**Кетгутни люголниг сувли эритмасида стериллаш.** Бунинг олдинги усуллардан фарқи шундаки, бунда спиртли эритма ўрнига сувли эритма ишлатилади (спирт ўрнига шунча миқдорда дистилланган сув ишлатилади), стериллашдан кейин кетгут 96° ли спиртда сақланади.

Кетгутни 1:2000 — 1:1000 нисбатдаги диоксид эритмасида 48 соат мобайнида стериллаб, кейин спиртда сақлаш ҳам мумкин.

Ҳозирги пайтда ипак, кетгут, капрон ва лавсан иплар, хирургияда ишлатиладиган бошқа тикиш материаллари ампулаларда куруқ ҳолда ёки эритмалар билан махсус пакетчаларда стерил ҳолда, ҳар хил йўғонликда ва узунликда ишлаб чиқарилади. Юқорида келтирилган стерилизация усуллари уни сақлаш, кимёвий дориларни излаш ва ишлатишни назорат қилиш каби мураккаб иш фаолиятдан ходимларни халос қилиш билан бирга, уни танлаб ишлатиш ва ҳар қандай шароитда қўллаш имкониятини беради.

**Қўлни операцияга тайёрлаш.** Операцияда бевосита иштирок эта- диган тиббиёт ходими қўлининг тозалигини қўнт билан кузатиб бориши лозим. Қўл териси тирналган бўлмаслиги, тирноқлар олинган бўлиши ва унга лок бўёқ суртмаслик лозим. Қўлга ишлов беришнинг бир неча усуллари бор. Қўл дастлаб оқар сувда 5 дақиқа чўтка билан ювилади. Хирургик муолажаларни бажаришда қўл ювилгандан кейин, 96°ли спирт шимдирилган салфетка билан яхшилаб артилади. Тирноқ соҳалари ва тери бурмаларига 2—5%ли йоднинг спиртли эритмаси суртилади. Операция муолажалари учун эса қўлни механик сувда ювилгандан кейин қўйдаги усуллар билан ишлов берилади.

**Спасокукоцкий-Кочергин усули.** Қўлни ювиш учун мўлжалланган қуруқ тоғорага 5 мл 96° ли спирт қўйилиб, ёқилади. Тоғорани ҳар томонга қийшайтириб, унинг ички сатҳи қўйдирилади, кейин унга 1 л дистилланган сув қўйилади ва 5 мл 0,5% ли соф нашатир спирти қўшилади. Бунда қўлни олдин чўтка билан совунлаб ювиш шарт бўлмай, унинг амалда тоза бўлишининг ўзи кифоя қилади: 1) дастлаб қўл билакнинг учидан юқори қисмигача эритмада салфеткалар ёрдамида 3 дақиқадан 2 та тоғорада ювилади. Ювиш вақтида қўл доимо сувда бўлиши ва уни бирин-кетин тозалаб ювиш лозим. Бармоқлар ораси ва кафт юзаларини ювишга алоҳида аҳамият берилади; 2) кейин қўл стерил сочиқ билан қуритиб артилади; 3) қўлга 96° ли спиргга ҳўлланган салфетка билан 5 дақиқа мобайнида ишлов берилади; 4) тери бурмалари ва тирноқ юзаларига йоднинг 5% ли спиргтаги эритмаси суртилади.

**Қўлга диоцид билан ишлов бериш.** Қўл 40°С гача иситилган 1:5000 нисбатдаги диоцид эритмасига ҳўлланган стерил салфетка билан 3 дақиқа мобайнида ювилади, стерил сочиқ билан қуритилади ва 96° ли спиргга ботириб олинган салфетка билан унга 2 дақиқа мобайнида ишлов берилади. Йирингдан ифлосланган қўлга ишлов бериш учун 1:2500 нисбатдаги диоцид эритмаси қўлланилади.

**Қўлга церигел билан ишлов бериш.** Қўлнинг қуруқ терисига 3 — 4 г церигел қўйилади ва препарат кафт ва кафт орқа юзаларини, бармоқ ораларини ва билакнинг пастки учдан бир қисмини қоплагунча 8 — 10 секунд мобайнида унга обдан ишлов берилади. Сўнгра қўл ҳаво ёки вентилятор тагида қуритилади.

**Қўлга дегмин билан ишлов бериш.** Бу мақсадда дегминнинг сув- даги 1% ли эритмаси қўлланилади. Қўл 2 — 3 дақиқа мобайнида илиқ сув билан совунлаб ювилади ва дегминга ботирилган (ҳар бирини 3 дақиқадан) иккита тампон билан ишқаланади, стерил сочиқ билан артилади ва стерил қўлқоп кийиб олинади.

**Қўлга дегмицид билан ишлов бериш.** Бунинг учун 1:30 концен- трациядаги 29 қисм сув ва 1 қисм дегмицид қўлланилади. Ишлов бериш усули юқорида баён қилинганидаги каби.

**Қўлга С-4 (чумоли кислотаси) ёки первомур билан ишлов бериш.** Эритма қўл ювиш олдидан тайёрланади. Бунинг учун 85 мл 100%

ли чумоли кислотасига 170 мл 33% ли водород пероксид эритмаси аралаштирилиб, бутилкага солинади ва 1 соат музлаткичда сақланади. Бу даврда эритма чумоли кислотага айланади. Кейин эритма 10 л қайнаган сувга аралаштирилиб, ишчи эритма тайёрланади. Кейин қўл бир дақиқа давомида оқар сув тагида совунлаб ювилади ва стерил латта билан артилади. Тоғорага солинган (5 л) чумоли кислота иш эритмаси билан қўл 1 дақиқа ювилади ва стерил салфетка билан артилади. Сўнгра қўл спиртга ботирилган салфетка билан артилиб, стерил қўлқоп кийилади.

### **Операция майдонини тайёрлаш**

Операциядан олдин бемор гигиеник ванна ёки душга туширилади. Беморнинг ич кийимлари, чойшаби ва ёстиқ жилдлари алмаштирилади. Операция майдони операция куни устарада (яхшиси қуруқ усул билан) қирилади. Унга ишлов беришнинг бир неча усуллари бор.

**Филончиков-Гроссикх усули.** Терига спирт эритмаси суртилади, сўнгра йоднинг спиртдаги 5% ли эритмаси билан икки марта ишлов берилади. Териси нозик кишилар ва болаларда терини куйдириб қўймаслик учун йоднинг спиртдаги эритмаси билан қисман тозаланади.

**Баккал усули** териси нозик кишиларга қўлланилади. Операция майдонига бриллиант яшилининг 1% ли эритмаси билан ишлов берилади.

**Йодонат билан ишлов бериш.** 5% ли йодонат эритмасидан олиб, стерил ёки қайнатилган дистилланган сувда 5 марта суюлтирилади ва шу эритма билан операция майдонига ишлов берилади.

Операция майдонига ишлов бериш учун 1% ли дегмидин эритмасининг 1:30 концентрацияси, шунингдек, 1% ли роккал, 2,4% ли первомур ва 0,5% ли хлортексидин билгюконатнинг спиртли эритмасидан фойдаланиш мумкин.

### **Стериллаш сифатини текшириш**

Модда ва буюмлар махсус ўралган бўлиб, стериллаш индикатори таъсирлансагина стерилланган ҳисобланади. Ҳаво ва буг стерилизаторлари максимал термометрлар ва кимёвий тест-индикаторлар ёрдамида назорат қилинади. Стерилизаторларнинг сифатли ишлаш кўрсаткичлари кимёвий тест-индикаторлар (ранги, агрегат ҳолати) билан текширилади.

Ҳаво стерилизаторлари ишининг кўрсаткичи бўлиб, рангли термоиндикатор, ТИК-6 ва гидрохинон ҳисобланади. Қоғозга туширилган оч-салат рангли ТИК-6 маркали термоиндикатор 175 — 180°C ҳароратда тўқ қўнғир рангга киради. Гидрохинон 0,3 г миқдордаги шиша флаконларга солинади. 170 — 175°C да сарғиш-қўнғир рангдаги кукун эриб, қора рангли массага айланади.

Буг стерилизаторлари эса ҳар кун мочевина ва фуксинли бензоат кислота тест-индикатори ёрдамида назорат қилиб турилади.

Оқ кукунли мочевина 132°C, 2 атм. босимда эриб, шу рангли эритмани ҳосил қилади (биксларга 0,3 г мочевина флаконларда қуйилади). 120°C ва 1 — 1,1 атм босимида стерилизация назоратини фуксин, бензоат кислота бажариши мумкин. Уларни шиша найчага тўлдириб, стерилизациядан олдин биксларга қуйилади. Ҳарорат етарли бўлганда, фуксин эриб, бензоат кислота билан қизил ранг, аччиқ тури эса ишқорий фуксин билан кўк аморф массани ҳосил қилади.

Олдинлари тест-индикатори сифатида қўлланилган кукунсимон олтингурут, антипирин, пирамидон (110 — 120°C да эрийди) ҳозирги кунда кам ишлатилади. Шунингдек, Микулич синови ҳам бўлиб, бунда қоғозга „стерил“ сўзи ёзилиб, унга крахмалнинг 3% ли эритмаси суртилади ва устидан люголь эритмаси (йод — 1,0, калий йод — 2,0, дистилланган сув — 97,0) юритилганда йод крахмал билан бирикиб қоғоз кўкаради ва ёзувлар кўринмайди. У стерилланадиган материаллар билан биксларга солинади.

Юқори ҳарорат таъсирида йод буғланиб кетиб, қоғоз усти рангсизланади ва ундаги ҳарфлар яна кўринадиган („стерил“ сўзи) бўлиб қолади. Кейинги кўрсатилган икки усул ҳозир қўлланилмайди ва тарихий аҳамиятга эга. Этилен оксид билан стерилланганда тест-индикатор сифатида этилен билан глицерин эритмаси (1-суюқлик) ва литий бромид, бромкреазол пурпури билан этанол (2- суюқлик) эритмаси қўлланилади.

Стериллаш сифатини ҳар кун текширишдан ташқари, танлаш йўли билан стерилланган материаллар ҳар 6 — 10 кунда бактериологик анализдан ўтказилиши зарур. Бактериологик назорат ўта аниқ бўлиб, унинг қамчилиги — жавоби кеч маълум бўлиши ва бажариш қийинлигидир. Шунинг учун клиника амалиётида экспресс усуллар кенг қўлланилади. Тиббиёт ходимлари (хирург, унинг ёрдамчилари, операция ҳамшираси) қўлларини хирургик дезинфекция қилишгач, стерилланган махсус тиббий халат киядилар.

Қўл хирургик дезинфекция қилингандан сўнг терида микроорганизмлар қолмайди. Аммо бир оздан сўнг иш жараёнида тери ва без йўллари очилиб, кўзга кўринмас тери шикастларидан микроорганизмлар пайдо бўлади. Шунинг учун операцияни асептик ҳолда ўтказиш учун резина қўлқоп кийилади. Уни кийишда очиқ қўл билан қўлқопнинг ташқи томонига тегиб кетмаслик керак. Операция пайтида қўл қўлқопда терлаб ҳўл бўлади, унда сув йиғилади, бу қўлқоп шарбати дейилади. У вирулент микрофлорага бой бўлиб, агар қўлқоп тешиладиган, ёриладиган бўлса, суюқлик жароҳатга тушади ва инфекцияни кўпайтиради. Унинг олдини олиш учун операция пайтида қўлқоплар бутунлигига эътибор берилади ва ҳар 45 — 60 дақиқа давомида уни 2,4% ли первомур билан ювиб,

96% ли этил спирги билан артиб турилади. Қўлқопни осонгина кийиш учун унинг ичига стерилланган упа ёки тальк сепилади. Крахмал асосида тайёрланган упа талькка нисбатан яхшироқ, чунки у бутунлай сўрилиб кетади.

**Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 1995 йил 25 августдаги 0044—95- рақамли „Даволаш-профилактика муассасаларида зарарсизлантириш ишларини ўтказиш“ тўғрисидаги буйруғига** биноан даволаш-профилактика муассасаларидаги стериллаш пунктларини лойиҳалаш, қуриш, ундан фойдаланиш санитария меъёр ва қоидалари, хоналарнинг жойлашиш тартиби, анжомларни ювиш қоидалари ва стерилизация қилиш усуллари, стерилизация пунктидаги хоналарни тиббий анжомлар билан таъминлаш, стерилизация вақтида кетма-кетликка амал қилиш тўғрисида кўрсатма берилади.

**1994 йилнинг 10 аридаги 173- сонли буйруқ „Хирургик“** йўналишдаги даволаш-профилактика муассасаларида хирургик беморларга тиббий ёрдамни ташкил этиш ва касалхонаичи инфекцияларига йўл қўймасликда санитария-гигиена чора-тадбирлари тўғрисида бўлиб, хирургик йўналишдаги муассасалар ҳамда санитария-эпидемиология маркази ходимлари учун мўлжалланган. Унда даволаш-профилактика муассасаларида хирургик муолажалар ўтказилгандан кейин йирингли асоратлар келиб чиқишининг олдини олиш ва камайтириш, хирургик шифохоналарнинг тузилиши, жиҳозланиши, шифохонаичи инфекцияларига қарши кураш олиб бориладиган мажбурий тартиб ва муолажахоналар санитария-гигиена режими тўғрисида тўхталиб ўтилади.

**2000 йилнинг 30 октябридаги 560- сонли буйруқ „Вирусли гепатит касаллиги билан касалланишнинг олдини олиш чора-тадбирлари“** тўғрисида бўлиб, республикамизда вирусли гепатит касаллигининг А, В, С, Д, Е турлари рўйхатга олинаётганлигини ҳисобга олиб, гепатитнинг ушбу турини олдини олишга қаратилган. Буйруққа биноан барча даволаш-профилактика муассасаларида санитария-гигиена ва эпидемияга қарши дезинфекция ва стерилизация талабига риоя қилиниши, шифохонаичи инфекциясининг олдини олиш тадбирлари устидан назорат ўтказиш ҳамда донорлар, ҳомиладор аёллар, лаборатория ходимларини гепатитнинг „В“ турини ташувчиликка текширилиши кўрсатилган.

**1999 йилнинг 3 февридаги 55- сонли буйруқ „ОИТС касаллиги вирусининг қон орқали юқишини олдини олиш“** тўғрисида бўлиб, унда барча профилактик масалалар назарга олинган.

### **Операция столини тайёрлаш**

Ҳамшира стерил операция столини тайёрлашдан олдин қуйидаги ишларни бажариши лозим:

1. Қабул қилинган усул ёрдамида ҳамшира қўлини ювади.

2. Стерилланган халатни кийишда уни биксдан юқумсизланган қўл билан бирорта ҳам ностерил нарсага теккизмай олиниб, дастлаб ниқоб бурунга боғланади, кейин халатни ёзиб, бирин-кетин иккала энги кийилади ва халатни ҳамшира олд томонига ташлайди (16-расм, а, б). Халатнинг боғичларини бошқа одам орқа томондан боғлаб қўяди. Стериллаш олдидан чўнтакка солиб қўйилган белбоғни ҳамширанинг ўзи олади ва белбоғ учларини пастга осилтириб, ўзига мос қилиб тортиб туради. Санитарка белбоғнинг учларини ҳамширанинг орқа томонидан боғлаб қўяди (16-расм, в, г). Халатнинг энглари узунгина бўлиб, билакни панжага қадар тўла-тўқис бекитиб туриши керак.

3. Ҳамшира стерил қўлқопни кийишдан олдин унинг бутунлигини текшириб кўради. Ҳамширанинг стерил қўлқоп кийиш босқичлари қуйидагича:

а) қўлқопнинг чети очилади;

б) чап қўлнинг бош ва кўрсаткич бармоғи билан қўлқопнинг чети очилиб, дастлаб чап қўлга кийилади;

в) қўлқоп кийилган қўл билан ўнг қўлқоп четидан ушланиб ўнг қўлга кийилади;

г) бармоқлар ёрдамида қўлқопнинг букланган қисмлари тўғриланади;

д) ушбу усул ўнг қўлқоп четларини тўғрилашда ҳам ишлатилади;

е) ҳамшира 96° ли спиртга намланган шарча билан қўлқопдаги талък қолдиқларини яхшилаб артади. Шундан сўнг операция ҳамшираси қуйидаги усуллар ёрдамида стерил операция столини тайёрлайди.

А. Махсус асбоблар столини бир қаватли стерил чойшаб билан шундай ёпиш керакки, чойшаб стол атрофидан 15—20 см пастга тушиб турсин.

Б. Яна бир чойшаб икки букланиб, биринчи чойшаб устига ёпилади, биринчи чойшабнинг тушиб турган четлари иккинчи чойшаб устига қайрилади.

В. Стол устига асбоблар, чок материаллари, салфетка, тампонлар жойлаштирилади.

4. Асбоблар устидаги иккита стерил чойшаб ҳамма томондан ёпиладиган қилиб ёзилади ва пастдаги чойшаб билан қисқичлар ёрдамида бекитилади.

Шундан кейин операция ҳамшираси хирургга стерил халатни очиб, унинг тескари томонидан икки қўлига ташлаб, дастлаб қўлларини кийдиради, кейин халатни унинг елкасига ташлаб, кийдиради. Санитарка кийилган халатнинг орқасидан иплари ва белбоғини боғлайди. Шундан кейин ҳамшира стерил қўлқопни хирургнинг қўлига кийдиради, баъзи ҳолларда хирург халатни худди операция ҳамшираси кийдиргандек қилиб ўзи кияди. Шундан кейин



16- расм. Ҳамширанинг стерил халат кийиш босқичлари.



17- расм. Ҳамширанинг қўлқоп кийдириш босқичлари.



18- расм. Хирургнинг стерил халат кийиш босқичлари.

операция ҳамшираси хирургга қўлқопни қуйидаги тартибда кийдиради.

1. Дастилаб стерил қўлқоп четини кериб очади (17- расм, а).

2. Хирургнинг керилган бармоқларини мўлжаллаб қўлқопни кийдиради (17- расм, б, в).

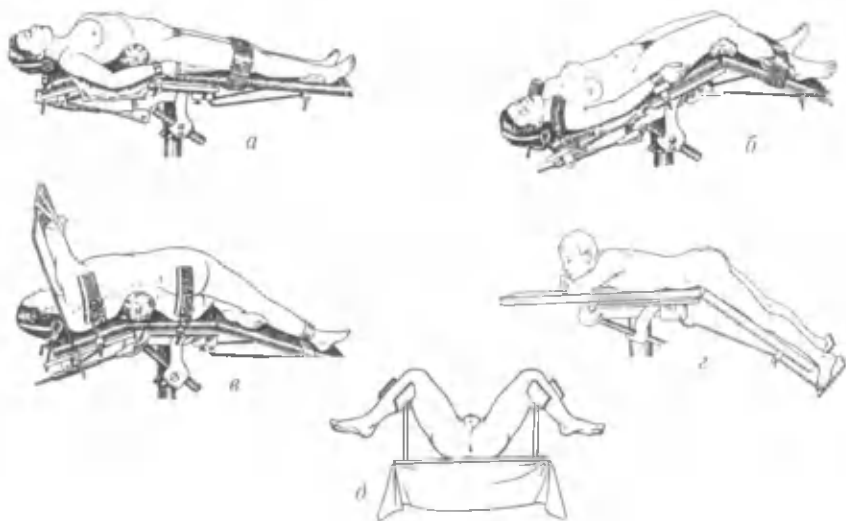
Хирург қўлқопни кия туриб бармоғини юқорига кўтариб кийишни енгиллаштиради.

Кейин ҳамшира хирургга қўлқопни тозалаш учун  $96^\circ$  ли спиртга шимдирилган шарчани беради. Баъзи ҳолларда хирург ўзи ҳамшира ёрдамисиз стерил халатни кияди. Бунинг учун стерил халат букланган ҳолатдан, аста-секин очилади (18- расм, *а, б, в*). Кейин халатнинг энглари — дастлаб ўнг, кейин чап қўл кийилиб, елкага илинади (18- расм, *г, д*). Ҳамшира орқадан халатининг илмоқ ва белбоғларини боғлайди (18- расм, *е, ё*). Хирург энгларни бойлаганидан кейин, қўлқопни ҳамшира кийдиради.

### Беморнинг операция столидаги вазияти

Бемор кўпинча чалқанча — горизонтал вазиятда ётади. Бу вазият меъда-ичак йўллари, кўкрак қафаси, оёқ-қўллардаги операциялар учун қулай. Бемор чойшаб ёзилган қаттиқ резина тўшакка, яъни операция столига ётқизилади, бошига клеёнка ёстиқ қўйилади. (19- расм, *а*). Бемор албатта фиксация қилинади (боғлаб қўйилади). Одатда, оёгининг тиззадан юқори қисми махсус камар ёки чойшаб билан боғланади. Бир қули боғланади, иккинчисини эса боғламай, ундан пульси текшириб турилади. Беморнинг беҳосдан ҳаракатлар қилишига йўл қўймаслик ва айниқса унинг наркоз вақтида йиқилиб тушмаслиги учун шундай қилинади. Беморнинг боши тепасига махсус равоқ ўрнатилиб, унга стерил чойшаб тортиб қўйилади — бу мослама беморнинг нафас йўлларини операция жароҳатидан тўсиб туради.

Бўйинда қилинадиган операцияларда (трахеостомия, қалқонсимон безни кесиш ва ҳ.к.) бемор чалқанча ётади. Елкалари тагига болишча қўйилиб, бошини орқага энгаштириб ётқизилади (19- расм, *а*).



19- расм. Беморнинг операция столидаги ҳолатлари.



Меъда, меъда ости беши, жигар, ўт йўлларидаги операцияларда белга болишча ёки операция столида бўладиган махсус мослама суриб қўйилади. Сут безини олиб ташлашда бемор салгина ёнбошга бурилади ва унинг қўли тўғри бурчак остида кўтарилади.

Бош томони пастга тушириб қўйиладиган (Тренделенбург) вазият (19- расм, б) кичик чаноқ аъзоларидаги операцияларда қўлланилади. Бундай ҳолатда ичак қориннинг юқори бўлимига сурилади ва операция майдонини бекитиб қўймайди. Стол 45° гача қиялатилади. Столнинг оёғи букилади ва унга беморнинг оёғи боғлаб қўйилади.

**Беморни ёнбошига ётқизиш** (19- расм, в). Бу вазият кўкрак қафаси органларидаги операцияларда талаб қилинади. Беморнинг қўли махсус тиргакка боғланади. Гавдасининг юқори бўлими баландроқ қилиб қўйилади. Ёнбошга ётқизиш вазиятида буйраклардаги операциялар бажарилади. Бундай ҳолларда белга болишча қўйилади, устки оёқ тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилади, столга тегиб турган иккинчи оёқ эса узатилади.

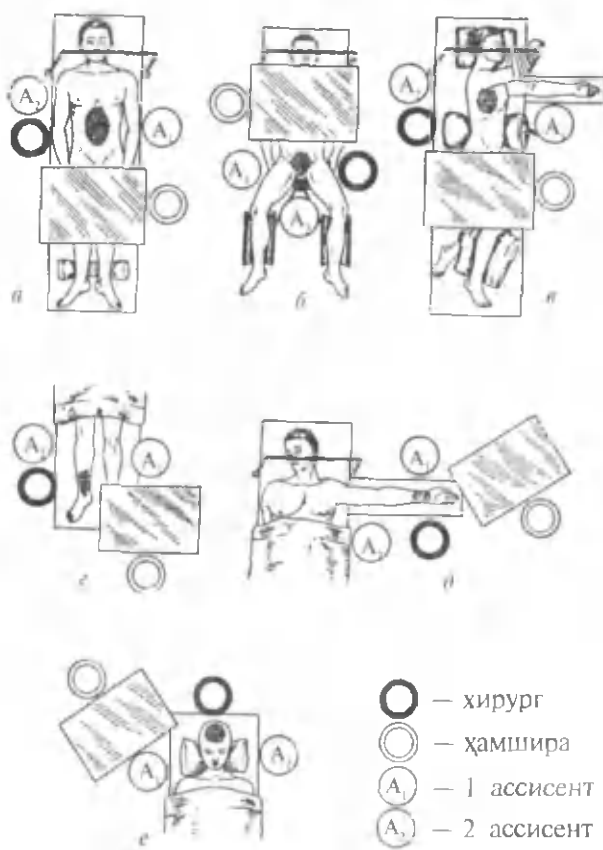
**Юз билан ётиш вазияти** (19- расм, г) умуртқа поғонаси, калла суягининг орқа чуқурчаси, думба ва бошқа аъзолардаги операцияларда қўлланилади. Беморнинг боши махсус тагликка маҳкамланади ёки четга буриб қўйилади.

**Оралик (гинекологик) вазияти** (19- расм, д). Бемор оралик, орқа чиқарув тешиги, қинда бажариладиган операцияларда шу вазиятда ётади. Бу вазиятда беморнинг думбаси столнинг чеккасида бўлиб, оёқлари кўтарилади ва кериб, махсус тиргакка қўйилади.

### **Операция вақтида хирургларнинг ўрни**

Операциянинг тури ва операция бригадаси аъзоларининг сонига қараб уларнинг жойи ўзгариб туриши мумкин. Одатда, қорин бўшлиғи аъзоларидаги операцияларда хирург беморнинг ўнг томонида, биринчи ассистент унга қарама-қарши томонда, учинчиси унинг ўнг томонида туради, бу ҳолат операциянинг жойига қараб турлича бўлиши мумкин (20- расм, а, б, в, г, д, е).

Бемор ёнбоши билан ётадиган кўкрак қафаси аъзоларидаги операцияларда хирург беморнинг орқа томонида, ассистентлар унинг рўпарасида туради. Операция бригадаси операциянинг характериға кўра имкон борича уни қулай ўтказишга ёрдам берадиган жойни танлаб туради. Операция ҳамшираси ўз столчаси билан одатда операция столининг оёқ томонида хирургга асбобларни узатишга қулай масофада туради. Анестезиология бригадаси операция столининг бош томонида туради.



20- расм. Операция вақтида хирург ва ёрдамчиларнинг урни.

### Организмда инфекциянинг ривожланиш шароитлари

Организмга инфекция тушгандан сўнг ҳамisha ҳам патологик жараён пайдо бўлавермайди. Организмнинг химоя кучлари (иммунитети) яхши бўлганда микробларга қарши курашувчанлик қобилияти ҳам юқори бўлади. Бу эса микробларнинг ҳалок бўлиши ва организмдан чиқиб кетишига сабаб бўлади. Аке ҳолда организм химоя кучларининг пасайиши ва организмга тушган касаллик қўзғатувчи микроб вирулентлигининг юқорилиги организмда инфекциянинг ривожланиши учун шарт-шароит яратиб, касаллик келиб чиқишига сабабчи бўлади.



## Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар

1. Сульфаниламидлар гуруҳига қайси препарат киради?  
а) олететрин;  
б) линкомицин гидрохлорид;  
в) сульфадиметоксин;  
г) пенициллин;  
д) стрептомицин.
2. Оғир металл тузларига қайси препарат киради?  
а) протаргол;  
б) фурациллин;  
в) борат кислота;  
г) калий перманганат;  
д) водород пероксид.
3. Механик антисептикада қайси усул қўлланади?  
а) ферментларни қўллаш;  
б) жароҳатни кесиш;  
в) жароҳатга УФО қўллаш;  
г) зардоб юбориш;  
д) вакцина юбориш.
4. Қуйидаги чок материалларидан қайси бири жароҳатнинг ички тўқималарини тикиш учун ишлатилади?  
а) кетгут;  
б) ипак;  
в) лавсан;  
г) от ёли;  
д) капрон.
5. Асбобларни стериллашда қайси эритмалар қўлланилади?  
а) автоклав;  
б) калий перманганат эритмаси;  
в) люголнинг спиртдаги эритмаси;  
г) хлорамин;  
д) люголнинг сувдаги эритмаси.



*Эслатма: тўғри жавобнинг тагига чизилган.*



### *Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар*

1. Бемор анемнезида йод препаратига реакция бор. Беморни операция қилиш учун операция майдонига йоддан бошқа қандай антисептик препаратлар билан ишлов бериш мумкин?

2. Операция учун юмшоқ боғлов материаллари стерилизацияга тайёрлаб қўйилди. Материаллар стериллигини назорат қилиш учун қандай препаратлардан фойдаланиш мумкин?



## IV. ДЕСМУРГИЯ

**Десмургия** — (грекча „desmos“ — алоқа, боғлам, қийиқча, ҳаркат, иш маъносини билдиради, синоними десмология) умумий хирургиянинг асосий бўлимларидан бири бўлиб, боғламлар тури ва боғлам қўйиш қодалари тўғрисидаги таълимотдир.

Боғлам деганда бемор танасига даво мақсадида маҳкам ўраб боғланган боғлов материали тушунилади.

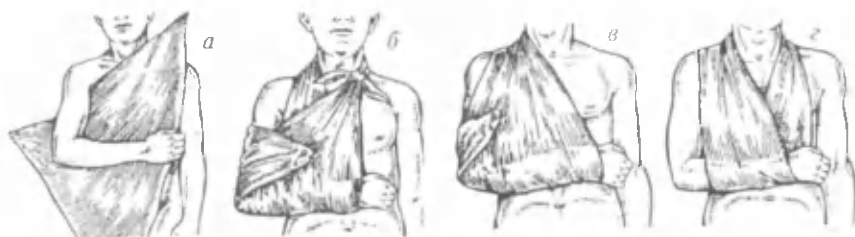
Жароҳатга ёки тананинг бошқа қисмларига даво мақсадида қўйиладиган материалга *боғлов материали*, боғламни алмаштиришга эса *қайта боғлаш* дейилади.

Материалининг қўлланилишига кўра боғламлар икки гуруҳга — *юмшоқ* (пластирли, клеолли, коллоидли, рўмолли, лейкопластирли ва бинтли) ва *қаттиқ* (декстринли, крахмалли, гипсли) боғламларга бўлинади.

### Юмшоқ боғлам турлари

**Клеолли боғлам.** Клеол қарағай елимининг барабар миқдорда олинган спирт ва эфирдаги эритмасидир. Жароҳат боғлам билан бекитилади. Боғлам атрофидаги териға клеол суртилади ва бироз қуришиб қўйилади. Боғлам ва клеол суртилган тери соҳалари дока билан бекитилади. Салфетканинг четлари териға маҳкам босилади. Доканинг ёпишмай қолган ортиқча қисми қайчи билан кесиб ташланади. Камчилиги — боғлам етарли даражада қаттиқ ёпишмайди ва тери қотиб қолган клеолдан ифлосланиб қолади.

**Коллоидли боғламнинг** олдинги боғламдан фарқи шундаки, бунда дока териға клеол билан эмас, балки коллодий (спирт ва эфир аралашган нитроклетчатка эритмаси) билан ёпиштирилади. Боғлам қўйиш техникаси: боғламга салфетка ёпилади ва салфетка четларига коллодий суртилади. Коллодий қотгандан кейин салфетканинг ортиқча қисми қирқиб ташланади. Коллодийни шпател билан суртиш тавсия этилади. Бундай боғлам 7—8 кунгача тушиб кетмайди. Боғламнинг қайишқоқлиги камлиги ва терини таъсирлаши унинг камчилигидир.



21- расм. Рўмол боғламни билакка қўйиш усуллари.

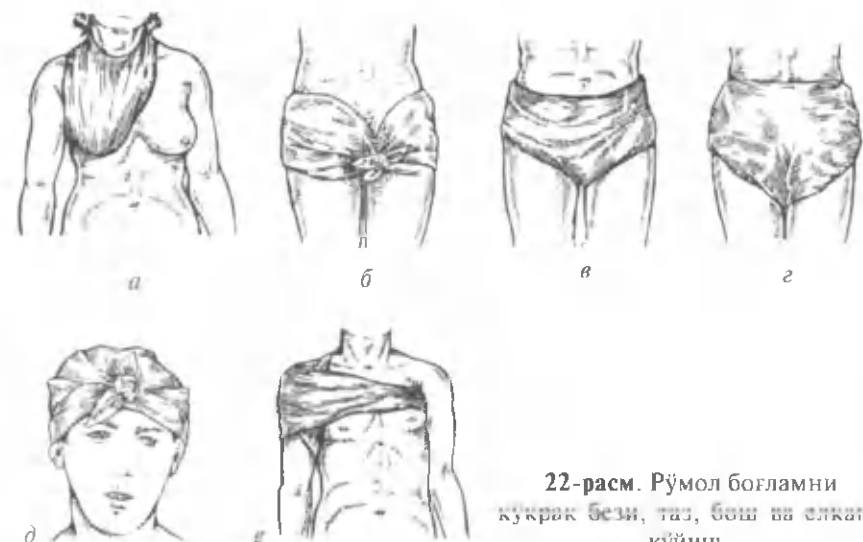
Худди шу мақсадда резина елим (эфир ва бензин аралашган резина эритмаси), БФ-6 елимидан фойдаланиш мумкин.

**Рўмолли боғламлар.** Бу мақсад учун учбурчак шаклидаги бирорта боғлов материали (дока, сурп, бўз ва ҳ.к.) парчаси ишлатилади. Бундай боғламнинг энг узун томони рўмол (косинка)нинг асоси, унинг рўпарасидаги бурчак — тепаси, қолган иккита бурчаги — учлари дейилади. Рўмол кўпинча қул ёки умров суяги шикастланганда қулни осиб қуйиш учун қулланилади (21- расм, а, б, в, г). Унинг ўртаси тўғри бурчак ҳосил қилиб букилган қисми билакка қуйилади, тепаси тирсакка йўналтирилади, учлари эса бўйинга боғланади. Рўмолнинг тепаси тирсак атрофида орқадан олдинга томон букиб текисланади ва тирсакнинг олд томонидан боғламга қадаб қуйилади

Кукрак безини рўмол билан боғлашда (22- расм, а) унинг асоси сут бези остига жойлаштирилади, тепаси қасал томоғи орқали орқадан елка устига, бир учи иккинчи елка устига олдинги томондан йўналтирилади, иккинчи учи эса қасал томондаги қўлтиққа туширилади. Рўмолнинг иккала учи ва тепаси орқадан боғланади.

*Чаноқ-сон бўғимига иккита рўмол билан боғлам боғланади* (22- расм, б, г). Битта рўмол (буклангани) билан белбоғ кўрйнишида гавда айлантририб боғланади. Иккинчисининг тепаси белбоққа маҳкамланади, унинг асоси чаноқ-сон бўғимини бекитади, учлари эса сон атрофидан ўралиб боғланади.

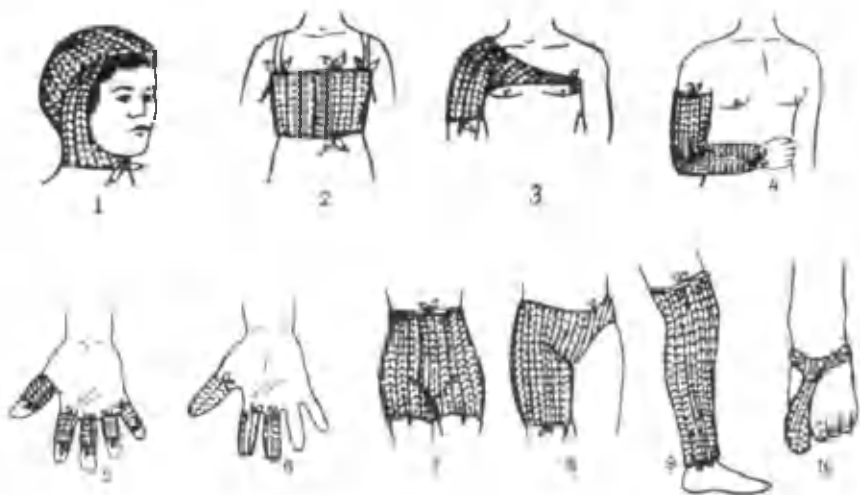
*„Плавки“ туридаги рўмол боғлам боғлашда* (22- расм, в) унинг тепаси оралиқдан ўтказилади, асоси билан қорин бекитилади, учлари эса орқага ўтказилиб, у ерда тепаси билан боғланади. Думба соҳасига боғлам „плавки“ боғлами тариқасида қуйилади. Унинг тепаси ва иккала учи олд томонидан боғланади.



22-расм. Рўмол боғламни кукрак бези, таз, бош ва елкага қуйиш.



23- расм. Рўмол боғламни қўл, оёқ панжаси ва бўғинга, сонга қўйиш.



24- расм. Катта ёшдаги беморларга тўрсимон боғлам қўйиш турлари.

Бошни боғлаганда (22- расм, *д*) рўмолнинг асоси энса соҳасига, тепаси юзга, учлари эса пешана орқали боғланади, тепаси боғланган учлари орқали бош тепасига қайрилади ва шу жойга тўғнаб қўйилади. Елка соҳасига битта рўмол (22- расм, *е*) билан боғлам боғлаш қулай.

Қўл ва оёқ панжасини рўмол боғлам билан боғлашда (23- расм, *а, б*) рўмолнинг ўртаси панжанинг кафт юзасига қўйилиб, тепаси бармоқлар орқасига ўтказилади ва кафт устида айлантририлади, учлари айлантририлиб тўпиқ юқорисидан боғланади, тепаси эса боғланган учлари тепасига маҳкамланади.

Оёқ панжаси ва сон соҳаларига рўмол боғлам қўйишда дастлаб у ўралади ва кейин унинг учлари боғлаб қўйилади (23- расм, *в, г*).



26-расм. Пластирли боғлам.

25- расм. Болаларда  
тўрсимон боғлам  
турлари.

**Эластик тўрсимон боғлам** („рэтэласт“) фабрикалар етти рақамда (0 дан 6 гача) ишлаб чиқарилади. У катта ёшдаги беморларда тананинг турли жойига қўйилган боғламларни жуда яхши ушлаб туради ва қулай (24- расм, 1—10). Тўрсимон боғламлар болаларда ҳам жуда кенг фойдаланилади (25- расм).

**Лейкопластирли боғлам.** Жароҳатга қўйилган боғлов материали бир неча тилиш ёпишқоқ лейкопластир билан бемор терисининг туксиз жойларига ёпиштирилади (26- расм). Лейкопластирли боғламнинг камчилиги шуки, унинг остидаги тери мацерацияланади (шили-нади) ва айниқса бўкканда кераклигича маҳкам ушлаб турмайди.

**Бинтли боғламлар.** Бу боғламлар бинтнинг бир парчасидан, битта бутун бинтдан ёки бинтнинг бир неча ўрамлари ёрдамида боғланади.

Оёқ, қўл панжаси бармоқларини боғлаш учун камбар бинтлар (эни 3—5—7 см); бош, панжа, билак, болдирни боғлаш учун эни ўртача (10—12 см) бинтлар; кўкрак қафаси, сут бези ва сонни боғлаш учун сербар (14—18 см) бинтлар ишлатилади.

Бинтлар фабрикада тайёрланади ёки улар ўша жойнинг ўзида докадан кесиб тайёрланади. Бинтнинг ўралган қисми *бошчаси*, эркин учи эса *дум* қисми дейилади. Боғлам яхши боғланиши учун у қўйидаги талаблар асосида аниқ бажарилиши шарт: а) боғлам гавданинг касал қисмини бекитиб туриши; б) лимфа ва қон айланишини бузмаслиги; в) беморга халақит бермаслиги; г) тоза бўлиши; д) гавдага зич ёпишиб туриши керак.

### Бинтлаш қоидалари ва боғламларнинг турлари

Бинтлашда бинтни тўғри ўраб боғлашга ёрдам берадиган қатор қоидаларга риоя қилиш зарур. Бемор бинтланадиган қисм учун қулай вазиятда (тик турган ёки ўтирган) бўлиши лозим. Гавданинг тегишли соҳасига берилган вазият бинтлашдан кейин сақланиб қолиши керак. Шу мақсадда турли хил болишлар, тиргаклар ёки махсус столлардан фойдаланилади. Бинтланадиган соҳа бинт боғлаётган киши кўкси



27- расм. Сопқонсимон боғлам.



28- расм. Т-симон боғлам.

тўғрисида бўлиши керак. Бинтлаш ақсарият четдан марказга томон, бироқ қатор ҳолларда боғлам тескари йўналишда боғланади. Бинтнинг маҳкамлайдиган ўрамидан кейин унинг ҳар бир кейинги ўрами олдинги ўрамнинг ярмини ёпиб бориши лозим. Бинт бошчасини бинтланадиган юзадан узоқлаштирмаслик ва бир меъёрда торғиш керак. Гавданинг конус шаклидаги қисми (сон, болдир, билак) ни бинтлашда бинт зич ёпишиб туриши учун 1—2 марта айлантирилгандан сўнг у қайириб боғланади.

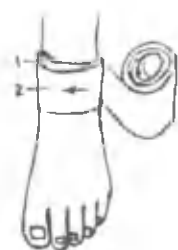
Бинтлаш охирида у тикиб маҳкамланади, тўғнагич билан тўғнаб қўйилади ёки бинтнинг ўртасидан йиртиб, икки бўлакка бўлинади, булар бинтланган қисм устидан айлантириб ўралади ва тугиб қўйилади. Бинтни жароҳат соҳаси устида маҳкамлаш тавсия қилинмайди, балки уни четроққа суриб маҳкамлаган маъқул.

Боғламларнинг қуйидаги турлари бир-биридан фарқланади.

**1. Сопқонсимон боғлам** (27- расм). Бинтнинг бир парчасидан тайёрланади. Бинтнинг иккала учи ўртасига йўналтирилган ҳолда узунасига кесилиб, унинг ўртаси кесмай қолдирилади. 27- расм (а, б, в, з) да бурун, ияк, энса ва пешанага сопқонсимон боғламни боғлаш жойлари кўрсатилган.

**2. Т-симон боғлам.** Ўртасига бошқа бинт тикилган ёки унинг учи ташлаб қўйилган бинт парчасидан иборат бўлади. Ундан кўпроқ

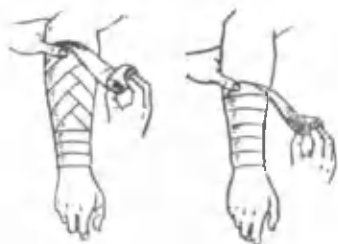




29- расм. Айлана боғлам.



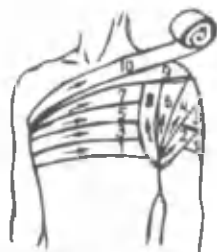
30- расм. Спиралсимон боғлам.



31- расм. Ўрмаловчи боғлам.



32- расм. 8- симон боғлам турлари.



33-расм. Бошоқсимон боғлам.

оралиқ соҳани боғлашда фойдаланилади: горизонтал қисми тана те-  
варагида белбоққа ўшаб айлантирилади, вертикал қисми эса бел-  
боғдан оралиқ орқали ўтказилади ва ўша белбоққа тананинг бошқа  
томонидан боғланади (28- расм).

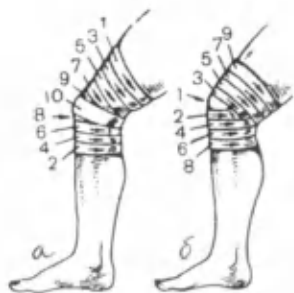
**3. Айлана боғлам.** Бинт гир айлантириб ўралади, бинтнинг нав-  
батдаги ўрами аввалги ўрамни тамомила бекитади (29- расм).

**4. Спиралсимон боғлам.** Бинтнинг навбатдаги ҳар бир ўрами ав-  
валги ўрамининг ярмини ёки бундан каттароқ қисмини бекитади  
(30- расм). Боғламнинг бу тури икки хил: юқорига кўтариливи  
бинтлаш — пастдан юқорига, пастга тушувчи бинтлаш эса бунинг  
аксича бўлади.

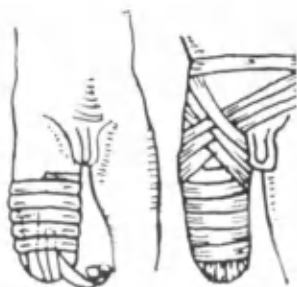
**5. Ўрмаловчи боғлам** спиралсимон боғлам кабидир, лекин  
ўрамлари бир-бирига дуч келмайди. Одатда, бинтлашнинг бошида  
мураккаб боғлам элементи сифатида танага қўйилган салфеткаларни  
тутиб туриш учун қўлланилади (31- расм).

**6. Саккизсимон боғлам.** Боғламнинг бу турида бинт ўрамлари бир-  
бири билан кесиштирилади (32- расм).

**7. Бошоқсимон боғлам.** Саккизсимон боғламнинг бошқа бир тури  
бўлиб, бинт ўрами бир чизиқ бўйича кесиштирилади, бу бошоқни  
эслатади (33- расм).



34- расм. Тошбақасимон боғлам. (а- тўпланувчи, б- тарқалувчи).



35- расм. Қайтарувчи боғлам.

**8. Тошбақасимон боғлам** аксарият бўғимларнинг букилган соҳасига қўлланилади. Унинг иккита — тарқалувчи ва тўпланувчи турлари фарқланади.

Тарқалувчи боғлам тизза бўғими соҳасига ёпилади, бунда бинт бўғимнинг ўртасидан, „тизза қўзидан“ айлантириб олинади. Кейинги ўрамлар аввалгисининг гоҳ пастидан, гоҳ юқорисидан галма-гал юргизилади. Бинт ўрамлари тақимда кесишади ва биринчи ўрамдан икки томонга тарқалиб, аста-секин бўғим соҳасини ёпади (34- расм. б).

**Тўпланувчи боғламни** ёпишда биринчи (маҳкамлайдиган) ўрам бўғим юқорисидан ёки унинг пастидан ўтади, иккинчи ўрам бўғими рўпарасига ўралади, учинчи ўрам бўғим соҳасига яқинлашиб, биринчисини, тўртинчи ўрам иккинчиси билан кесишиб, бўғим соҳаси тамомила ёпилгунча шу тариқа давом эттирилади (34- расм. а).

**9. Қайтувчи боғлам.** Бундай боғлам аксарият оёқ-қўлнинг кесиб ташлангандан (ампутация) қолган қисми (чўлтоғи) га ишлатилади (35- расм). Бинтни маҳкамлаш учун у бир неча марта айлантириб ўралади. Сўнгра уни бармоқлар билан тутиб туриб, 90° ли бурчак остида қайрилади ва чўлтоқ орқали узунасига ўрамлар билан маҳкамланади ва бинт билан тамомила бекилгунга қадар ўрам давом эттирилади.

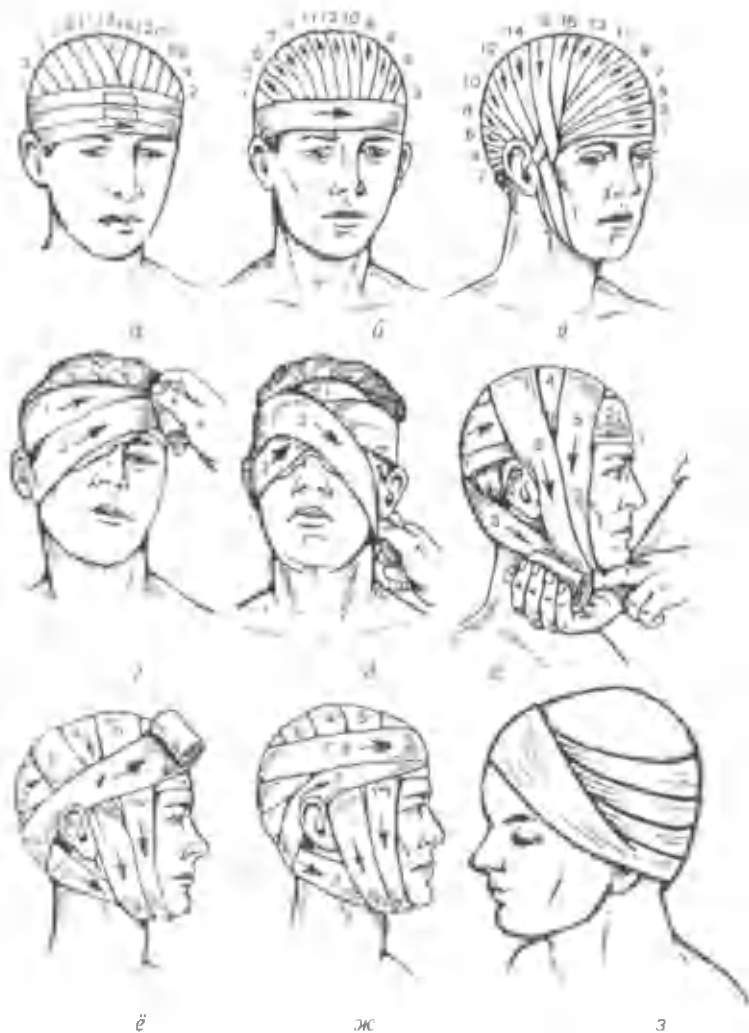
Боғламларнинг айтиб ўтилган турларидан гавданинг исталган соҳасини бинтлашда фойдаланиш мумкин. Шунинг учун қўлланиладиган боғламларнинг айрим турлари устида тўхталиб ўтамиз.

### Бош ва юз соҳасини боғлаш

Вазифасига кўра боғламларнинг бир неча тури қўлланилади.

**Бошдаги қайтувчи боғлам.** Бунда бошнинг олд ва орқа томонидан ҳамма соҳасини қоплагунча бинтни бир неча бор қайтариб, кейин унинг атрофидан 3 марта ўраб мустаҳкамланади (36- расм, а).

**Гиппократ қалпоғи.** Боғлам боғлаш учун икки бошчали бинт ёки иккита бинт қўлланилади. Ўнг қўлдаги бинт бошчаси билан циркуляр



36 - расм. Бош ва пастки жағ соҳасига қўйиладиган боғламлар:

ўрамлар қилинади ва бинтланаётган ўрамлар маҳкамланади. Улар тарқалиб ёки тўпланиб, аста-секин калла гумбазини бекитади (36- расм, б).

**Қалпоқча шаклида боғлаш.** Тахминан 1 м узунликдаги бинт парчаси бош тепасига кўндаланг йўналишда қўйилади, икки учини эса қулоқ супрасининг олдидан пастга туширилади ва таранг қилиб тортиб турилади (ёрдамчи ёки беморнинг ўзи). Бинт билан бош атрофидан биринчи циркуляр ўрам қилинади. Кейинги ўрам боғга етгач, бинтни шу боғ атрофида айлантирилади ва бир оз қийшиқ йўналишда энсани беркитиб юргизилади. Иккинчи томонда бинтни

бош атрофида қарама-қарши томонга айлантирилади ва қийшиқроқ йўналишда бошнинг пешона қисмига олиб борилади. Бинтнинг кейинги ўрами билан энса соҳаси бекитилади. Шу тариқа бош бир текисда бинтланади. Бинтнинг учи бошга боғланади, кейин боғ учлари жағ остидан боғланади (36- расм, в).

**Бир кўзни боғлаш.** Ўнг кўзни боғлашда бинт чапдан ўнгга қараб юргизилади. Чап кўзни боғлашда эса бунинг акси қилинади. Бинт циркуляр йўналишда бош атрофидан айлантириб маҳкамланади, сўнгра орқадан пастга — энсага туширилади ва қулоқ остидан қийшиқ ҳолда юқорига кўтарилиб беморнинг кўзи бекитилади. Қийшиқ ўрам доира ўрам билан маҳкамланади. Сўнгра аввалги ўрамнинг юқорисидан қийшиқ ўрам қилинади. Шундай қилиб, ўрамларни қийшиқ ўрамлар билан навбатлаб, бутун кўз соҳаси бекитилади (36- расм, г).

**Икки кўзни боғлаш.** Бинт гир айлантириб ўраб мустаҳкамлангач, кейинги ўрам бош тепаси ва пешона бўйлаб пастга туширилади ва юқоридан пастга томон чап кўзни бекитадиган қийшиқ ўрам қилинади, сўнгра бинтни энса орқали ўтказиб, пастдан юқорига томон ўнг кўзни бекитадиган қийшиқ ўрам қилинади. Бунинг натижасида бинтнинг кейинги ҳамма ўрамлари қаншар соҳасида кесишиб, иккала кўзни бекитади ва тобора пастга тушаверади. Бинтлаш охирида боғлам горизонтал доира шаклида ўраш билан мустаҳкамланади (36- расм, д).

**Нўхтасимон боғлам.** Бундай боғлам асосан ияк соҳасини бекитишда қўлланилади. Дастлаб бош атрофида циркуляр ўрам қилинади. Иккинчи ўрамни энса соҳасига бўйиннинг ён юзасига қийшиқ йўналишда юргизилади ва жағ остидан вертикал ҳолатга ўтказилади. Бинтни қулоқ супралари устидан олиб ўтиб, бош атрофида бир неча марта айлантирилади, сўнгра бинтни ияк остидан бошқа томонга ёки энсага қийшиқ ҳолда юргизилади ва горизонтал ўрамлар қилиб, боғлам мустаҳкамланади.

Пастки жағни тамомила бекитиш учун мустаҳкамлайдиган горизонтал ўрамлар қилгандан сўнг, бинт бошчасини энса бўйлаб қийшиқ ҳолда пастга туширилади, иякнинг олдинги қисми бўйлаб бўйиннинг ён томонига, кейинроқ бўйин атрофига туширилиб, орқага қайтарилади ва бинт ўрамини иякдан пастроққа тушириб вертикал ҳолатга ўтказилади ва боғлам бош атрофида мустаҳкамланади (36- расм, е, ё, ж).

**Неаполитанча боғлам.** Бинтни бош теварагида айлантириб ўрашдан, сўнгра бинтни касал томондан қулоқ ва сўргичсимон ўсиқ соҳасига туширишдан бошланади (36- расм, з).

### Бўйинни боғлаш

**Бўйиннинг юқори қисмини боғлаш.** Бош теварагида галма-галдан бир неча қийшиқ ўрамлар билан (пешона ва энса соҳасини ҳам қамраб олиб) доира ўрамлар қилинади. Энса соҳасини доира ўрамлар қилиб бинтлаш билан бирга, саккизсимон боғлам ҳосил қилинади.

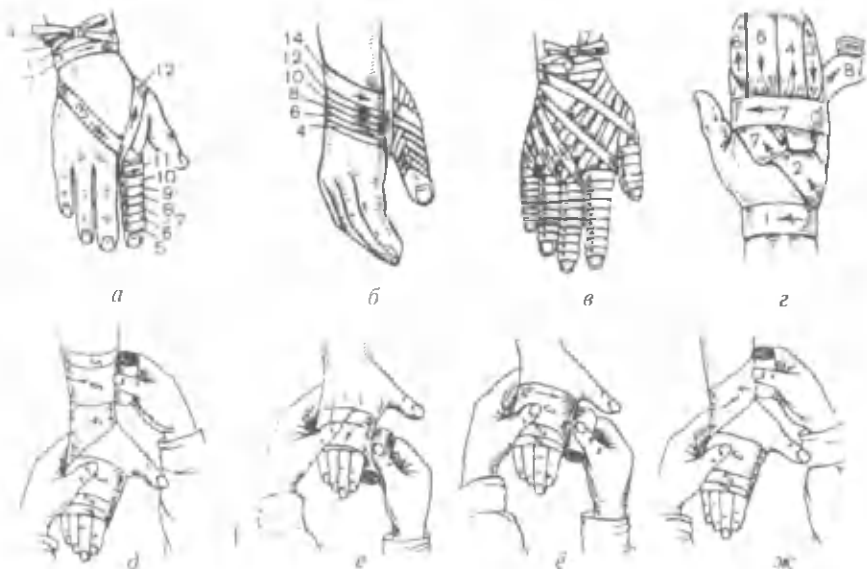
**Бўйиннинг пастки қисмини боғлаш.** Бош теварагидаги ўрамларни энса соҳасининг саккизсимон боғлами ва орқанинг бошоқсимон боғлами ўрамлари билан тўлдирилади.

### Қўлни боғлаш

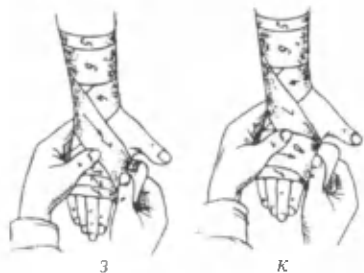
**Битта бармоқни боғлаш.** Боғлам кафт усти атрофида мустаҳкамлайдиган доира ўрамлар қилишдан бошланади. Сўнгра бинтни қўл панжасининг орқаси оша бармоқ учигача қийшиқ ҳолда йўналтирилади ва шу ердан пастдан юқори томонга, бармоқ асосигача спиралсимон боғланиб, кейин қўл панжасининг орқаси оша кафт устига келтирилади ва бу ерда маҳкамловчи циркуляр ўрамлар қилинади (37- расм, а).

**Бош бармоқни боғлаш** бошоқсимон бинтлаш тариқасида бажарилади. Мустаҳкамловчи доира ўрам ҳам кафт усти — билакда қилинади. Сўнгра бинтни қўл панжаси орқаси оша бармоқ учигача олиб борилади, бармоқ спиралсимон айлантирилиб ўралади, кафт усти — билакнинг орқа томонига, сўнгра кафт томонига қайтарилади. Бинт бармоқни томомила бекитгунча ўрамлар такрорланади (37- расм, б).

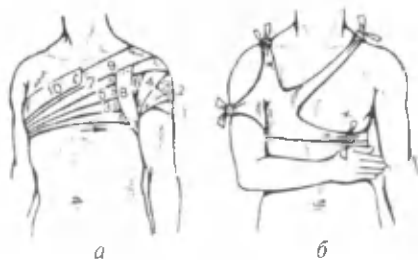
**Қўлқопсимон боғлам.** Битта бармоқни бинтлаш қоидасидан фойдаланиб, панжанинг ҳамма бармоқларини бирин-кетин „қўлқоп“ шаклида бинтлаб чиқиш мумкин. Чап қўлни бинтлашни қулайлаштириш мақсадида боғламни жимжилоқдан, ўнг қўлни бинтлашда бош бармоқдан бошлаш керак (37- расм, в).



37- расм. Қўлни боғлаш турлари.



37- расм. Қўлни боғлаш турлари.



38- расм. Елка бўғими ва қўлтиқ остига қўйиладиган боғлам.

**Панжанинг қайтувчи боғлами.** Бинт билакка маҳкамланиб, сўнгра у панжанинг орқа томони оша бармоқларга йўналтирилади ва кафт бўйлаб қайтилади. Билакда яна маҳкамловчи ўрам қилинади ва бинтни ўраш такрорланади. Қўл панжаси ва бармоқлар ҳам орқа томондан, ҳам кафт томондан бекитилгандан сўнг бармоқлар ва панжа бинтнинг кўндаланг ўрамлари билан ёпилади. Боғлам билакка маҳкамлаб қўйилади (37- расм, *д-ё*).

**Қўл панжаси ва бўғимнинг спиралсимон боғламлари** (37- расм, *ж, з, к*).

**Билакни боғлаш.** 1—2 ўрамдан сўнг бинтни қайириб спиралсимон ва айлана шаклда боғланади.

**Тирсак бўғимини боғлаш** тарқалувчи ва тўпланувчи тошбақасимон шаклли боғлам каби бўлади.

**Елка бўғимини боғлашда** оддий спиралсимон ёки бошоқсимон боғлам қўлланилади (38- расм, *а*).

**Қўлтиқни боғлаш.** Бунинг асосини бошоқсимон боғлам ташкил қилади. Елкада бинтнинг маҳкамлайдиган ўрамлари қилинади. Бинтни қўлтиқ соҳасидан елка устига, орқага, қарама-қарши томондаги қўлтиққа, кўкрак қафасининг олдинги юзасига қийшиқ юргизиб, биринчи ўрам елка усти соҳасида кесиптирилади ва бинт кўкрак қафасининг орқа юзасидан қўлтиққа чиқарилади. Кейинги ўрам олдинги ўрам каби бошланади, бироқ ҳар бир янги ўрамни аста-секин пича юқорига кўтариб ўралади, натижада бинт елка усти соҳасини ва қўлтиқнинг олдинги ва орқа қисмларини тамомила бекитади. Яхшироқ маҳкамлаш учун кўкрак қафасига қийшиқ йўналишда гир айлантириб, циркуляр ўрам қилинади. Бинтни орқага — соғлом елка устига ўтказилади ва бу ердан кўкрак қафасининг олдинги юзаси бўйлаб пастга — бинтланаётган томондаги қўлтиққа туширилади. Шундай ўрамларнинг бир нечтасидан сўнг боғлам узил-кесил маҳкамлаб қўйилади. Қўлтиқ остига рўмол бойлам қўйиш анча қулайдир (38- расм, *б*).

## Кўкрак қафасини боғлаш

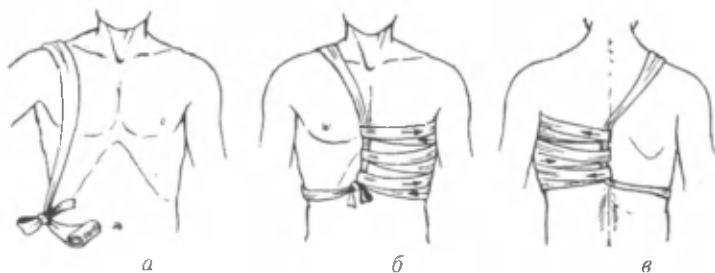
Кўкрак қафасига боғлам боғлашда қаттиқ бинтлаш нафас ҳаракатига халақит беришини, бўш боғланган боғлам эса фойдасиз эканлигини унутмаслик керак.

Бир томонлама кўкрак жароҳатини боғлаш қулай бўлиб, унда кўкрак қафасидаги нафас ҳаракати чегараланмайди. Бунинг учун дастлаб 1 м бинт учидан бойланиб, қўлни унинг ичидан ўтказиб, бемор елкасига ташланади. Кейин бинтни олд ва орқа томонидан ўтказиб бойланади ва жароҳат бекилади (39- расм, *а, б, в*).

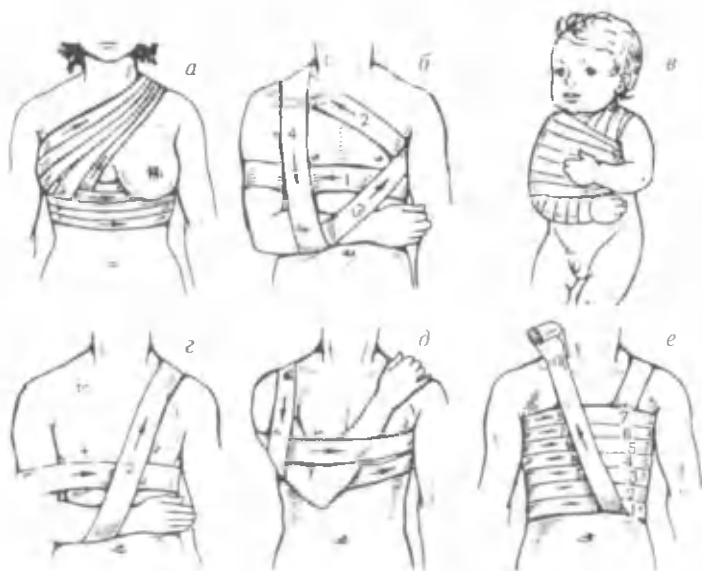
**Спиралсимон боғлам.** Тахминан 2 м узунликдаги бинт бўлагини ўнг ва чап елкага бинтнинг эркин учлари кўкрак қафасининг олдинги ва орқа томонидан тушиб турадиган қилиб ташлаб қўйилади. Боғламни кўкрак қафасининг пастки қисмидан, бинтнинг шу бўлагини бекитишдан бошланади. Бинтнинг спиралсимон ўрамлари аста-секин то қўлтиққача етказиб ўралади ва охириги ўрами билан маҳкамланади. Елкага ташланган бинтнинг осилиб турган учи кўкрак қафасининг олдинги юзаси бўйлаб юқорига кўтарилади, иккинчиси елка орқали ташланади ва учлари орқа томондан боғланади (40- расм, *е*).

**Хочсимон боғлам** гавданинг орқа қисмларини бинтлаш учун қўлланилади. Боғлам бир елка атрофини маҳкамловчи циркуляр ўрашдан бошланади, олд томондан елкага олиб чиқилади, орқага ўтказилади ва бинтни қарама-қарши томондаги қўлтиқ соҳасига қийшиқ ҳолда йўналтирилади. Бинт йўллари шу тариқа такрорлаб, уларни иккала елка устига аста-секин кўтариб ва кўкрак қафаси бўйича пастга тушириб, орқа бекитилади.

**Битта кўкрак безини боғлаш.** У кўкрак безини ёпиб туришдан ташқари, уни кўтариб турадиган ўзига хос суспензорий вазифасини ҳам бажаради. Ўнг томондаги кўкрак безини бинтлашда бинтни чапдан ўнгга, чап томондаги кўкрак безини бинтлашда ўнгдан чапга қараб ўралади. Боғлам кўкрак қафасини кўкрак безлари тагидан мустаҳкамлаб айлантриб ўрашдан бошланади. Кейинги ўрам кўкрак безининг пастки ва ички қисмларини қамраб олади, қарама-қарши



39- расм. Бир томонлама кўкрак жароҳатланганда қўйиладиган боғлам босқичлари..



40- расм. Кўкрак қафасини боғлаш турлари.

томондаги елкага кўтарилади ва елканинг орқа томонидан пастга йўналтирилиб бинтланаётган кўкрак беzi томондаги қўлтиққа боради. Сўнгра бинт кўкрак безининг пастки қисмини қоплайди. Айлантириб ўраш билан олдинги ўрам мустаҳкамланади. Кейинги ўрамларни кўкрак беzi пастдан батамом ёпилгунча аста-секин юқорига томон йўналтирилиб ўраш такрорланади. Эмизикли оналарда кўкрак безини боғлашда бола эмизиш ёки сутни соғини учун кўкрак беzi учи бинт билан ёпилмайди (40- расм, а).

**Иккала кўкрак безини боғлаш.** Дастлабки ўрамлар битта кўкрак безини бинтланадиги каби ўралади. Кейин бинтни кўкрак қафасининг кўкрак безига дастлаб бинт ўралган ярмидаги елкадан ўтказиб, орқада қийшайтириб ўралади. Бинтни пастга — кўкрак безлари оралиғига туширилиб, қарама-қарши томондаги кўкрак беzi бинтланади, сўнгра кўкрак қафаси гир айлантириб ўралади ва шу ҳолатда иккала кўкрак беzi ёпилади.

**Дезо боғлами.** Олдин қўлтиққа пахта болишча қуйилади. Билак тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букилади ва кўкракка қўйилади. Елка биринчи доира ўрам билан кўкрак қафасига бинтланади. Иккинчи ўрам қарама-қарши томондаги қўлтиқдан касал томондаги елкага йўналтирилиб, елкадан орқага оширилади ва пастга туширилади. Кейин бинт тирсак бўғимини қоплайди ва уни билакни ушлаб турган ҳолда юқорига, соғлом томондаги қўлтиққа томон қийшиқ йўналтирилади, сўнгра, кўкрак қафасининг орқа сатҳи бўйлаб ўтказиб, касал елкага йўналтирилади ва пастга туширилади,



сўнгра билакдан айлангириб ўтказилади ва кўкрак қафасининг орқа сатҳига, соғлом томондаги қўлтиққа томон йўналтирилади. Боғлам яхши мустаҳкамланмагунча ўрамлар такрор ўралаверади (40- расм, б).

**Болалардаги Дезо боғлами** (40- расм, в).

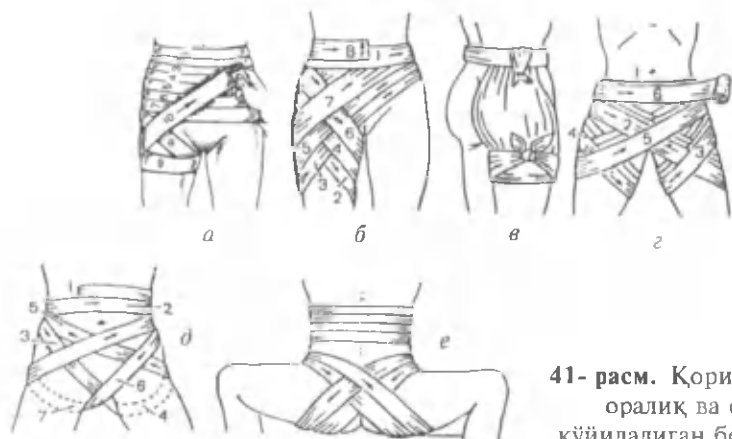
**Торакобрахиал боғлам** оддий ва аниқ боғлам ҳисобланади, у елка суяклари синганда қўйилади.

**Вельпо боғлами.** Касал қўл панжаси соғлом елкага қўйилади. Бинтнинг айланма ўрами билан касал қўл кўкрак қафасига маҳкамланади. Кейин бинт соғлом томондаги қўлтиқдан ўтказилиб, орқадан касал томондаги елкага қийшайтириб юритилади, пастга вертикал туширилади, тирсак ортига ўтказилади ва кўкрак қафасини айлангириб горизонтал ўраб, қўл қайта маҳкамланади. Бинт ўрамлари такрорланади. Горизонтал ўрамлар бундан олдинги ўрамлар пастига тушади, вертикал ўрамлар эса олдинги ўрамлар ичига тушади (40- расм, д).

### Қорин ва чаноқ соҳасини боғлаш

Қорин соҳасига, одатда, спиралсимон боғлам ёпилади, бироқ уни маҳкамлашда чаноқ ва соннинг бошоқсимон боғламини бирга қўллашга тўғри келади (41- расм, а).

**Бир томонлама бошоқсимон боғлам.** Боғлам қориннинг пастки, соннинг учдан бир юқори қисмини ва думба соҳасини боғлаш учун ишлатилади. Бинт ўрамлари кесишадиган жойга мувофиқ ҳолда орқа, ён ва олдинги (чов) бошоқсимон боғламлар фарқ қилинади. Белда циркуляр ўрамлар қилиб мустаҳкамловчи бинт боғланади, сўнгра бинт соннинг ён томонидан олдинга, кейин соннинг олдинги ва ички юзаси бўйича ўраб боғланади. Бинт соннинг орқа ярим доирасини айланиб ўтиб, унинг ташқи томонидан чиқади ва чов соҳасидан гавданинг орқа ярим доираси орқали қийшайиб ўтади. Бинт ўрамлари такрорланади. Бинтнинг кейинги ўрами олдингисидан юқорига



41- расм. Қорин, чаноқ, оралиқ ва сонга қўйиладиган боғламлар.

тушса, юқорига кўтарилувчи боғлам, пастга ўралса, пастга тушувчи боғлам дейилади (41- расм, б).

**Икки томонлама бошоқсимон боғлам** иккала сон ва думбанинг учдан бир юқори қисмини ёпиш учун қўлланилади. Бу ҳали олдинги боғлам каби белни циркуляр ўрашдан бошланади, бироқ бинтни иккинчи човнинг олдинги юзасидан, сўнгра соннинг ташқи юзасидан юргизилади, унинг орқа ярим доираси қамраб олинади, ички юзасига чиқарилади ва чов соҳаси бўйлаб тананинг орқа ярим доирасига ўтказилади. Бу ердан бинт ўрама бир томонлама бошоқсимон боғламдаги сингари давом эттирилади. Бинтни иккала оёққа навбат билан, гавданинг шикастланган қисми бекилгунча ўралади. Боғлам танада циркуляр ўрам билан маҳкамланади. Қориннинг пастки соҳаларини боғлашда спиралсимон айлана боғлам қилиниб, бирор-бир чов соҳаси билан мустаҳкамланади (41- расм, д). Думба соҳасини бир томонлама боғлашда рўмол боғлам жуда кўл келади. Иккала чов, юқори сон соҳаларини боғлашда саккизсимон ва хочсимон боғламлардан фойдаланиш қулайдир (41- расм, в, з).

**Оралиқ соҳасини боғлаш.** Оралиққа саккизсимон боғлам боғланади, бунда бинт ўрамлари оралиқда кесилсади (41- расм, е). Сон соҳасига рўмол бойлам қўйиш анча қулайдир.

### Оёқни боғлаш

Бунга ҳам қўлни боғлашдаги каби талаблар қўйилади.

Одатда, бир-икки ўрамдан сўнг айлантириб спираль шаклда ўралади.

**Тизза бўғими соҳасини боғлаш.** Бирлашадиган ёки тарқаладиган тошбақасимон боғлам боғланади (34- расмга қаранг).

**Болдирни боғлаш.** 1 — 2 ўрамдан сўнг айлантириладиган юқорига кўтарилувчи, спираль шаклдаги боғлам қўлланилади (42- расм, а).

**Товон соҳасини боғлаш.** Аксарият тарқалувчи тошбақасимон боғламдан фойдаланилади. Товондан (унинг марказий қисмидан) айлантириб бинтлашдан бошланади. Кейинги ўрамларни биринчи ўрамнинг юқорисидан ва пастидан навбатма-навбат ўралади. Бу ўрамларни товоннинг ёнидан, орқадан олдинга, товон юзасига ва оёқ кафтининг орқасига болдир-панжа бўғими ва пастга, панжа соҳасига ўтадиган қилиб қийшиқ айлантириб маҳкамланади, ўрамлар оёқ кафти устида кесилтирилади (42- расм, з).

**Болдир-панжа бўғимини боғлаш.** Одатда саккизсимон боғлам қўлланилади. Маҳкамловчи ўрам тўпиқнинг юқорисидан айлантирилади. Бинтни панжанинг орқа томонидан қийшиқ юргизиб, панжа атрофидан ўтказилади. Кейин бинтни юқоридан ўтказиб оёқ панжасининг орқа томони бўйлаб бундан олдинги ўрам билан кесилтирилади ва болдирнинг орқа ярим доираси атрофидан ўтказилади. Бинт ўрамлари такрорланади. Боғламни тўпиқлар олдида айлантириб ўрам мустаҳкамланади (42- расм, б, в, з).



42- расм. Болдирнинг панжа бугимини, товон соҳасини боғлаш турлари.

**Бармоқларни очик қолдириб оёқ панжасини боғлаш.** Бинт панжага ўралиб маҳкамланади, сўнгра уни оёқ панжасининг орқа томони бўйлаб товондан ўтказилади, кейин панжани гир айлантириб ўраб, товонга қайирилади. Товон соҳасида бинтнинг ҳар бир янги ўрами олдинги ўрамнинг юқорисига туширилади ва болдир-панжа бўғимига тобора яқин келтириб кесиштирилади (42- расм, д).

**Бармоқларни очик қолдирмай оёқ панжасини боғлаш.** Бинт тўпиқлар соҳасида айлантириб ўраб маҳкамланади. Сўнгра бинтни бутун панжа орқали узунасига юргизиб, бармоқлар ва товон соҳаси ёпилади. Бармоқларнинг учидан бошлаб оёқ панжасида кесишадиган спираль шаклдаги боғлам ёпилади. Маҳкамловчи ўрам тўпиқлар соҳасида бажарилади (42- расм, е, ж).

**Оёқ панжаси бош бармоғини боғлаш.** Боғлаш усули қўлнинг бош бармоғини боғлаш каби. Боғлам тўпиклар соҳасида маҳкамланади (42- расм, е).

**Суспензорий.** Мояклар, уларнинг ортиқлари касаллигида ёки ёрғоқда ўтказилган операциялардан сўнг, ёрғоқни кўтариб туришга мўлжалланган махсус мосламадир. Асосан, фабрикада тайёрланган суспензорийлар бўлади. Суспензорийни уйда тайёрлаш ҳам мумкин. Бунинг учун оддий бинтдан белбоғ қилинади. 1 м узунликдаги сербар бинт бўлаги қирқиб олинади. Бинтнинг икки чеккасидан қирқиб олинади, ўртасидан 10 см узунликдаги қисми қирқмасдан қолдирилади. Бу қисмнинг бир чеккаси ёрғоқ илдизи остига яқинлаштирилади, унинг учлари белбоғқа боғланади. Иккинчи чеккаси ёрғоқнинг олдинги қисмига ташланади ва унинг учлари ҳам белбоғқа бир оз тортиб боғланади.

Боғламдан жинсий олат учун тешик очиш мумкин. Боғлам (суспензорий) нинг асосий вазифаси ёрғоқни жинсий олат билан бирга юқори (қорин томонга) кўтариб туришдан иборат. Унинг ҳамма учини белбоғнинг олдинги қисмига боғлаб қўйиш шарт.

**Бандаж.** Қорин бўшашиб қолганда уни мустаҳкамлаш учун мўлжалланган материал ва чармдан тикилган махсус мосламадир. Бандажлар одатда қорин чурраларини қандайдир сабабга кўра операция қилиш имконияти бўлмаган ҳолларда қўлланилади.

**Индивидуал боғлов пакети.** Пакет бинтга бириктирилган иккита пахта-докали ёстиқчадан иборат. Уларнинг биттасини бинт устидан юргизиш мумкин. Яра боғлаш материали иккита пакетда: ички — тўгнағичли қоғоз пакетда ва ташқи — резина аралашган пакетда бўлади. Бинт ва ёстиқчалар стерил бўлади. Резина аралашган қават чизигидан йиртиб очилади, сўнгра ичидаги қоғоз қавати очилади, ёстиқчалар керакли жойга қўйилади ва ҳўл теккизилмаган юзаси билан жароҳат устига ёпилади.

Тешиб ўтган жароҳатларда битта ёстиқча билан кириш тешиги, иккинчиси билан эса жароҳатнинг чиқиш тешиги бекитилади, шундан сўнг ёстиқчалар бинт билан ўраб боғланади.



### **Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар**

1. „Сопқонсимон“ боғлам тананинг қайси соҳасига қўйилади?
  - а) бурунга;
  - б) иякка;
  - в) пешанага;
  - г) энсага;
  - д) кўрсатилганларнинг ҳаммасига.
2. Топшбақасимон боғлам тананинг қайси соҳасига боғланади?
  - а) бошга;
  - б) бўйинга;

- в) кўкрак қафасига;
- г) бўғинга;
- д) қорин соҳасига.

3. Спиралсимон боғлам қуйидагилардан қайси соҳага қўйилмайди?

- а) бўғинга;
- б) билакка;
- в) бармоққа;
- г) болдирга;
- д) кўкрак қафасига.

4. Елимли боғламни аниқланг.

- а) бинтли;
- б) клеолли;
- в) крахмалли;
- г) дуррачали;
- д) гипсли.

5. Очiq пневмотораксда қандай боғлам қўйилади?

- а) „Окклюзион“ боғлам;
- б) „Дуррачали“ боғлам;
- в) „Спиралсимон“ боғлам;
- г) „Дезо“ боғлами;
- д) „Сопқонсимон“ боғлам.



*Эслатма: тўғри жавоблар тагига чизилган.*



## V. ИНФУЗИЯ ВА ТРАНСФУЗИЯ

Қон қуйиш — тирик тўқимани кўчириб ўтказиш бўлиб, бемор организмга ҳар томонлама таъсир қилади, шунинг учун бу операция мутлақ кўрсатмалар бўлганда бажарилиши керак. Ҳозирги кунда трансфузиология махсус фан сифатида ажралиб чиқди. Гемотерапиянинг ижобий таъсирини ошириш учун қон компонентлари, унинг препаратлари ва қон ўрнини босувчиларни дифференциаллашган ҳолда қуйиш мумкин. Масалан, кўп қон йўқотилганда баъзи бир беморларга қон ўрнига эритроцитар массани трансфузия қилиш мумкин. Қон тўхтатиш (гемостатик) самарасига плазма, тромбоцитар масса, крио-преципитат ва бошқа препаратлар қўйиш билан эришиш мумкин. Клиникада янги трансфузия усулига риоя қилиш керак. Ҳозирги кунда қон қуйиш ўрнига беморга етишмайдиган маълум бир омил, эритроцитар, тромбоцитар, лейкоцитар массаларни, плазма ва унинг оқсил фракцияларини, қон дериватларини қуйиш тавсия қилинади.

Ўзбекистонда қон қуйиш хизматининг ташкилотчиси проф. В. К. Ясевич (1894 — 1965) ҳисобланади. Республикамиздаги гематология ва қон қуйиш институтининг тарихи, гематология ва трансфузиологиянинг тараққиёти, Ўзбекистонда гематологик ёрдам кўрсатувчи тиббиёт факультети ташкил қилиш учун 1920 йилда Тошкентга келган А. Н. Крюков номи билан боғлиқ. 1930 йилда Тошкентда проф. И. И. Орлов ташкил қилган хирургия клиникасида биринчи қон қуйиш хонаси очилган. Унинг раҳбари шу клиника проф. В. К. Ясевич бўлган. 1934 йилга келиб қон қуйиш хонаси Марказий қон қуйиш станциясига айлантирилди, унга махсус хоналар, асбоб-ускуналар ажратилган.

Кейинчалик, Самарқанд давлат тиббиёт институтида, Бухоро вилоят касалхонасида, Кўқон туманлараро касалхонасида, Сурхондарё вилоятида қон қуйиш бўлимлари ташкил қилинди.

1933 йилда Тошкент Марказий қон қуйиш станцияси ташкил этилган бўлиб, у Москвадаги Марказий қон қуйиш институтининг филиали ҳисобланар эди. 1940 йилда Марказий қон қуйиш станцияси Ўзбекистон гематология ва қон қуйиш институтига айлантирилди. Уни ташкил қилиш ва ривожлантиришда проф. В. К. Ясевич, М. З. Итин, Э. И. Отахонов, А. Ю. Юнусов, С. А. Аъзамхўжаева, Н. И. Исмоилов, К. Б. Болтаев, У. С. Сулаймонова ва бошқа олимларнинг хизматлари катта.

Республикада 10 дан ортиқ қон қуйиш институтлари, 200 га яқин марказий қон қуйиш станциялари, шаҳар ва туман касалхоналарида минглаб қон қуйиш бўлимлари ташкил этилган. 1000 дан ортиқ ўринга эга бўлган касалхоналарда қон қуйиш шунингдек, донорлик бўлимлари мавжуд. Ўзбекистонда оммавий донорлик ҳаракати ташкил этилган, унга „Қизил Хоч ва Қизил Ярим Ой“ жамиятлари уюшмаси раҳбарлик қилади. Ҳар бир соғлом одам умри давомида камида 1—2 марта қон топширса, қонга муҳтож бўлган беморлар соғлиғига соғлиқ қўшган бўлади.

Қон қуйиш ҳозирги вақтда жуда кенг қўлланиладиган бўлди. Қон қуйиш оғир асоратларнинг олдини олишга имкон бериб, гоят қимматли ва муҳим даво усули ҳисобланади.

### Донорлик

Даволаш муассасаларини қон, унинг компонентлари ва суяк илиги билан таъминлайдиган кишилар донорлар ҳисобланади.

Донорлар уч гўруҳга бўлинади: фаол, захирадаги ва қариндош донорлар. Вақт-вақтида қон хизмати муассасаларига мунтазам қон топширувчи кишилар *фаол донорлар* дейилади. Қон ва унинг компонентлари ва суяк илиги махсус кўрсатмаларга асосланиб олинади, у донорнинг хоҳишига қараб пуллик ёки бепул бўлиши мумкин. Бир марта ёки бир неча марта қон топширувчи одамлар *захирадаги донорлар* ҳисобланади ва одатда, улар бепул қон топширадилар.

*Қариндош донорлар* — даволаш муассасаларида даволанувчи қариндош-уруғларига қон қуйиш бўлимига бир марта келиб қон топширувчи кишилардир. Шунингдек, аҳоли орасида кам учрайдиган қон гуруҳига эга бўлган донорлар беш мартагача қон топширадилар. Бир марта олинадиган қон миқдори 400 — 500 мл., 20 ёшгача бўлган ва 55 дан ошган донорлардан 300 мл дан кўп қон олинмаслиги лозим.

**Суяк илигини тайёрлаш ва кўчириб ўтказиш.** Суяк илиги гемотрансплантация учун донорлар ва беморнинг қариндош-уруғлари, шунингдек тўсатдан ўлган кишилардан олинади. Суяк илиги асептикага риоя қилинган ҳолда, Кассирский игнаси билан тўш ва ёнбош суяк қиррасини 19—30 мм гача тешиш йўли билан олинади. Антикоагулянт сифатида гепарин, ЦОЛИПК-23 эритмаси, натрий цитрат ва бошқа моддалар қўлланилади.

Қон илиги эксфузия қилинган, ундан 5 — 6 мл олиб бактериологик текширишга юборилади.

Мурдалардан илик олинганда одам ўлганига 6 соатдан кўп вақт ўтмаган бўлиши керак, шу ҳолдагина миелокариоцитлар сифати бузилмаган бўлади. Суяк илиги қон ҳужайралари маълум сабабларга кўра (нурланиш касаллиги, гипопластик анемия ва бошқ.) дисперсияга учраганда ишлатилади.

### **Қон гуруҳлари ҳақида таълимот**

1901 йилда Ландштейнер касал ҳамда соғлом одамларнинг зардоби кўпинча болалар ва соғлом одамлар эритроцитлари билан бир хил агглютинация бериши ҳолатини, яъни изогемагглютинацияни маълум қилди. Изогемагглютинация реакцияси маълум кишиларнинг қон зардоби билан эритроцитлар қўшилиши натижасида рўёбга чиқади, бошқа ҳолларда эса агглютинация рўй бермайди. Ландштейнернинг тадқиқотлари бу гуруҳга мансуб бўлмаган одамлар эритроцитларининг агглютинация — гуж бўлиб ёпишиш натижаларини уч гуруҳга бўлади:

1. Биринчи гуруҳга мансуб одамларнинг қон зардоби олинади. Уларнинг эритроцитлари ва зардоби бу гуруҳга мансуб бўлмаган одамларнинг эритроцитлари ва зардоби билан ёпишмайди. Қон хусусиятларига қараб, бундай одамлар биринчи гуруҳга киритилган (I).

2. Қони иккинчи гуруҳ кишиларга зардоби учинчи гуруҳ эритроцитларини ёпиштирадиган, лекин биринчи ва иккинчи гуруҳдаги эритроцитларни ёпиштирайдиган одамларнинг қони киради. Бу гуруҳдаги одамларнинг эритроцитлари биринчи ва учинчи қон гуруҳлари зардоблари ёрдамида ёпишади (II).

3. Учинчи гуруҳга кирувчи шахсларнинг зардоби иккинчи гуруҳ эритроцитларини ёпиштирамайди, эритроцитлари биринчи ва иккинчи гуруҳ қон зардоби билан агглютинация берувчи шахслар учинчи гуруҳга киритилган (III).

Кейинги текширишлар қон зардоби маълум бўлган гуруҳ эритроцитлари билан ёпишмайдиган, лекин шу вақтнинг ўзиде эритроцитлар бошқа гуруҳ зардоблари билан ёпишадиган гуруҳ борлигини кўрсатди. 1910 йилда америкалик олим, шифокор олимп Масс қон гуруҳларини кўпчилик одамда текшириб, тўртинчи гуруҳга хос шахслар борлигини эълон қилди, 1928 йилда эса Миллатлар лигасининг Гигиена комиссияси 1910 йилда таклиф қилинган қон гуруҳларининг ҳарфлар номенклатурасини ишлаб чиқди ва ҳозир қон гуруҳларини белгилашда шу ҳарфлар қўлланилади. Қоннинг гуруҳларга ажратиш асосини одам эритроцитларида А ва В агглютиногенлар, қон зардобиде эса ( $\alpha$ ) *альфа* ва ( $\beta$ ) *бета* агглютининлар борлиги ташкил қилади. Агглютиногенлар ва агглютининлар бор-йўқлигига қараб қоннинг қайси гуруҳга мансублиги аниқланади.

Одамда агглютиногенлар ва агглютининлар бирикмасининг IV гуруҳи ва бинобарин, қоннинг IV гуруҳи учрайди.

**Биринчи гуруҳ — О (I).** Эритроцитларда агглютиногенлар [O] йўқ, зардобда эса иккала агглютинин — альфа ва бета бор.

**Иккинчи гуруҳ — А (II).** Эритроцитларда агглютиноген А, зардобда эса агглютинин бета бор.

**Учинчи гуруҳ — В (III).** Эритроцитларда агглютиноген В, зардобда эса агглютинин альфа бор.

**Тўртинчи гуруҳ — А Б (IV).** Эритроцитларда иккала агглютиноген (А ва В) бор, бироқ зардобда агглютининлар бўлмайд.

Агглютиноген А агглютинин альфа билан ва агглютиноген В агглютинин бета билан дуч келганда агглютинация (ёпишиш) реакцияси пайдо бўлади, тирик организмда эса қуйиладиган қон (донор қони) эритроцитларининг гемолизи юз беради.

*Қон қуйилганда донор эритроцитлари реципиент зардоби билангина гемолизга учрайди*, лекин бунинг аксича бўлмайд. Оттенберг қондасига кўра, донор плазмасидаги агглютининлар реципиент қонида жуда кам суюлади; шу сабабли организмда уларнинг титри жуда кичик бўлади ва реципиент эритроцитлари гемолизини юзага келтира олмайди. Кўп қон қуйилган тақдирдагина реципиент эритроцитларининг гемолизи юз бериши мумкин. Шунга кўра қон қуйилганда донор қони агглютиногенлари ва реципиент агглютининларинигина эмас, балки қуйиладиган қон агглютиногенлари ва агглютининларини ҳам назарда тутиш керак.

Биринчи гуруҳ — О (I) гуруҳ қонини ноиложликдан ҳар қандай кишига қуйиш мумкин (универсал донор). Аммо қони шу гуруҳдаги кишига биринчи гуруҳ қонинигина қуйиш мумкин. Фақат бир гуруҳдаги қонни қуйишга ҳаракат қилиш зарур.

Иккинчи гуруҳ — А (II) қонини иккинчи гуруҳдаги беморга ва ноиложликдан тўртинчи гуруҳдаги реципиентга қуйиш мумкин.

Учинчи гуруҳ — В (III) қонини учинчи гуруҳдаги беморларга ва камдан-кам ҳолларда қони тўртинчи гуруҳдаги реципиентларга қуйилади.



Тўртинчи гуруҳ — АВ (IV) қонини фақат шу гуруҳга мансуб беморга қуйиш мумкин. Камдан-кам ҳолларда қони шу гуруҳдаги беморга ҳамма гуруҳдаги қонни қуйиш мумкин (универсал реципиент).

**Қон гуруҳларини аниқлаш.** Буни аниқлашнинг иккита усули бор: стандарт зардоблар бўйича (тўғри реакция) ва стандарт эритроцитлар бўйича (тескари реакция).

*Қон гуруҳини стандарт зардоблар бўйича аниқлаш.* Бу усул бўйича қон гуруҳини аниқлаш учун аниқланадиган қон гуруҳлари аввалдан маълум зардоб билан аралаштирилади ва агглютинация бор-йўқлигига қараб қон гуруҳи тўғрисида хулоса чиқарилади. Аниқлаш учун уч гуруҳдаги олдиндан тайёрланган қон О (I), А (II), В (III) (стандарт зардоб)нинг ҳар бир гуруҳ учун иккита ҳар хил сериялари қўлланилади. Буюм ойнаси ёки чинни тарелкага ҳар бир сериядан бир жуфтдан — икки томчидан стандарт зардоб қўшилади. Зардоблар, албатта, алоҳида томизғич орқали олинади.

Текшириладиган беморнинг бармоғи спирт билан артилиб, унга махсус скарификатор игна санчилади ва 6 томчидан қон олиниб, стандарт зардоблар билан алоҳида шиша таёқчалар ёрдамида аралаштирилади. 5 дақиқадан сўнг сохта агглютинация реакциясини аниқлаш учун зардобга I томчидан физиологик эритма қўшилади. Агар натижада:

а) учала аралаштирилган томчида агглютинация рўй бермаса, бу текшириладиган қон О (I);

б) О (I) ва В (III) зардоблар билан агглютинация рўй берса, қон гуруҳи А (II) бўлади;

в) О (I) ҳамда А (II) зардоби билан агглютинация рўй берса, В (III) қон гуруҳи бўлади;

г) учала аралаштирилган зардобда агглютинация реакцияси бўлса, АВ (IV) гуруҳ бўлади.

Хато қилмаслик учун қон гуруҳи икки сериядаги стандарт зардоб билан аниқланади. Агар учала зардоб билан агглютинация рўй берса, АВ (IV) қон гуруҳини АВ (IV) қон гуруҳи зардоби билан қўшимча аниқлаш ўтказиш зарур бўлади. Шубҳали ҳолларда эса текширув бошқа сериядаги зардоблар билан такрорланади ёки стандарт эритроцитлар ёрдамида яна текширув ўтказилади.

*Қон гуруҳини стандарт эритроцитлар бўйича аниқлаш.* Чинни тарелкага реципиент қонидан тайёрланган 3 томчи зардоб туширилади. Зардобларга О (I), А (II) ва В (III) стандарт эритроцитларнинг тўғнағич бошчасидек келадиган томчилари қўшилади. 5 дақиқадан кейин бир томчидан физиологик эритма қўшилади.

Текшириш натижалари: а) О (I) стандарт эритроцитлар манфий реакция ва А (II) ҳамда В (III) стандарт эритроцитлар билан мусбат реакция рўй берганда — биринчи қон гуруҳи; б) О (I) ва А (II) стандарт эритроцитлар билан агглютинация реакцияси рўй бермаса ва В (III) стандарт эритроцитлар билан мусбат реакция рўй берса — иккинчи қон гуруҳи; в) О (I) ва В (III) стандарт эритроцитлар билан агглютинация реакцияси рўй бермаса ва А (II) эрит-

роцитлар билан мусбат реакция рўй бера — учинчи қон гуруҳи; г) ҳамма стандарт эритроцитлар билан агглютинация реакцияси рўй бермаганда — қон гуруҳи тўртинчи бўлади.

**Резус-омилни аниқлаш.** Биринчи марта *Macacus rhesus* маймуларида аниқланган. Бу омил кўпчилик кишилар (85%) қонида бўлади, бу гуруҳдаги кишиларни резус-мусбат кишилар (Rh+) дейилади. Қолган кишиларда (15%) бу омил бўлмайди ва улар резус-манфий кишилар (Rh-) дейилади. Резус-мусбат қонни резус-манфий одамга қуйилганда сенсibiliзация рўй беради, яъни антителолар ишланади (антирезус-агглютининлар). Бундай сенсibiliзация: 1) резус-манфий реципиентга резус-мусбат қонни қуйиш натижасида; 2) қони резус-манфий ҳомиладорларда ва ҳомиланинг қони резус-мусбат ҳомиладорликда содир бўлиши мумкин.

Бундай кишиларда антирезус-агглютининлар ишлангандан кейин резус-мусбат қонни қуйиш натижасида анафилактик шок рўй бериб, бу жуда оғир оқибатларга, ҳатто ўлимга сабаб бўлиши мумкин. Шунга кўра, қон қуйишда резус-мусбатликни албатта ҳисобга олиш зарур. Ҳар гал қон қуйишдан олдин қон гуруҳини аниқлаш билан бирга, қоннинг резус-омилини текшириш зарур.

Резус-манфий қон қони резус-мусбат беморларга ҳам (резус-манфий қон бўлмаганда), резус-манфий беморларга ҳам қуйилади, резус-мусбат қон фақат қони резус-мусбат кишиларга қуйилиши мумкин. Ҳозирги вақтда шунга ўхшаш, бироқ хоссалари камроқ юзага чиққан яна 5 та омил аниқланган. Амалий хирургияда улар одатда аниқланмайди.

### **Резус-омилни туз ва зардоб ёрдамида аниқлаш**

**Туз билан аниқлаш усули.** Ҳомиладорлик даврида резус-мусбат омил билан иммунланган аёллар қонидан тайёрланган резус-манфий зардоб ёрдамида аниқлаш усули ўтказилади.

Текширилаётган киши қони 4:1 нисбатда 4% ли натрий нитрат эритмаси қуйилган пробиркада аралаштирилади ва 3—5 дақиқа мобайнида центрифугаланади. Плазма тўкиб ташлангач, қолган эритроцитлар физиологик эритма билан 2 марта ювилади ва 2% ли аралашма ҳосил қилиш учун изотоник эритма билан аралаштирилади.

Кичкина пробиркага 2 томчидан антирезус зардобдан ва 2% ли текширилаётган эритроцитлар суспензиясидан бир томчидан солинади. Пробиркалар силкитилади ва 1 соатга 36—37°C даги термостатга қуйилади. Агглютинация реакцияси мусбат бўлганда пробирка тубига чўкма чўқади, манфий бўлганда реакция четлари текис юмалоқ доира шаклида кўринади.

### **Желатина билан аниқлаш усули**

1. Штативга 6 та пробирка қуйилади ва уларни қуйидагича: иккитаси „манфий“, иккитаси „мусбат“ ва иккитаси „бемор“ деб белгиланиб, унинг фамилияси, исми ва шарифи ёзилади.

2. 2 та контроль пробиркага бир томчи стандарт Rh манфий, иккита бошқа контроль пробиркаларга Rh мусбат ва пробиркаларнинг учинчи контроль жуфтига I томчидан текшириладиган эритроцитлардан солинади.

3. Ҳамма пробиркага +46 –48°C даги 10 % ли желатинадан I томчидан солинади.

4. 1- қатордаги ҳамма пробиркаларга бир сериядаги антирезус зардобидан бир томчидан, 2- қатордагиларга бошқа сериядаги антирезус зардобидан бир томчидан қўшилади.

5. Пробиркалар эҳтиётлик билан силкитилади ва 46—48°C ли сув ҳаммомига қуйилади ва 5 дақиқа ўтгач, штатив чиқариб олинади. Пробиркаларга 46—48°C гача илитилган изотоник эритмадан 5 — 10 мл дан қўшилади ва натижаси аниқланади: агглютинациянинг майда парчалари борлиги „резус-мусбат“ қондан, агглютинация йўқлиги „резус-манфий“ қондан далолат беради.

**Қоннинг резус мослигини аниқлаш.** Ҳар гал қон қуйишдан олдин албатта шу синама ўтказилади. Петри косачасига 2 томчи реципиент қони солиниб, зардобга донор қонининг кичкина томчиси қўшилади ва обдан аралаштирилади. Петри косачасига қопқоқ ёпиб (қуриб қолишдан сақлаш учун), 42 —45°C ҳароратдаги сув ҳаммомига 10 дақиқага қуйилади. Текшириш натижасига қараб қуйидагича баҳо берилади: агглютинация рўй берса, қон мос келмайди ва қон қуйиш мумкин эмас, агар агглютинация рўй бермаса, донор билан реципиент қони мос келади ва қон қуйса бўлади.

**Қоннинг гуруҳи мослигини синаш.** Мос келмаган қон қуйилганда юз берадиган оқибатларнинг оғирлигини ҳисобга олиб, ҳар гал қон қуйишда қоннинг гуруҳи мос келишига синамалар ўтказилиши лозим.

**Ўзаро (индивидуал) мослигини синаш.** Қуйиладиган (донор қони) қоннинг реципиент қони билан индивидуал мос келиш-келмаслиги қуйидагича синаб кўрилади. Бемор венасидан олинган қон (5 мл) натрий цитрат билан центрифугаланади ёки тиндириб қуйилади. 1 — 2 томчи бемор қони плазмаси бир томчи донор қони билан аралаштирилади. Агглютинация реакцияси рўй берса, донор қони бемор қони билан мос келмайди, аксинча, агглютинация рўй бермаса, мос келади.

**Биологик мослигини синаш.** Биологик мосликка синаш — донор қонини реципиентга қуйишнинг бошидан уни бўлиб-бўлиб юборишдан иборат (қон 25 мл дан 3 дақиқалик танаффус билан 3 марта юборилади). Реципиентда гемодинамика бузилишлари қайд қилинмаса ва шикоятлар бўлмаса, синама манфий саналади, қон қуйиш мумкин бўлади. Бемор безовталанса, бели оғривса, эти увишса ва шу каби ҳодисалар рўй берса, синамага мусбат баҳо берилади, қон қуйиш зудлик билан тўхтатилади, бемор эса махсус кузатиб турилади.

## Қонни консервациялаш (консервляш) ва сақлаш

Қон олиш ва уни сақлашда ишлатиладиган идиш ҳамда системалар олдиндан обдан тозалангандан сўнг стерилланади. Консервляш учун қон махсус операция хонасида стерилизация қоидаларга қатъий риоя қилинган ҳолда олинади. Бунда ходимлар операцияга кийингандаги каби кийинадилар, қўлларини ҳам ўшандай ювадилар ва операция майдони тозаланади, стерил материаллар ишлатилади ва ҳоказо.

Қон вене пункция йўли билан тирсак венасидан стабилизация қиладиган эритма билан тўлдирилган махсус банкаларга, ампулаларга ёки полиэтилен халталарга олинади. Қонни ивишдан сақлаб турадиган эритмалар — стабилизаторлар дейилади. Стабилизация қилинадиган эритмалар:

а) натрий цитрат эритмаси (0,5 г натрий цитрат, 0,85 г натрий хлорид, 100 мл дистилланган сув); 100 мл қонга шунча миқдорда эритма қўшилади; бундай қонни сақлаш муддати 12 сутка;

б) 5 — 6% ли натрий цитрат эритмаси; 100 мл қонга 10 мл эритма олинади, сақлаш муддати 15 сутка;

в) глюкоза-цитрат эритмаси (5 г натрий цитрат, 25 г глюкоза, 100 мл дистилланган сув); 100 мл қонга 10 мл цитрат эритмаси ва 1 мг глюкоза олинади; сақлаш муддати 25 суткагача.

Консервляшнинг ҳамма ҳолларида консервант сифатида қонга бирорта антибиотик ёки қонни парчалайдиган антисептик қўшилади.

Стабилизация қиладиган ва консервляйдиган бошқа эритмалар ҳам қўлланилади. Стабилизация қилиш учун қонни баъзан ионитли тузлардан утказилади, булар қондан кальций ионларини тортиб олиб, ивиш хоссасидан маҳрум қилади.

Қон олиб бўлингандан сўнг идиш герметик бекитилади ва унга қон гуруҳи, олинган вақт, консервляшнинг хусусияти ва донорнинг фамилияси ёзилган ёрлиқ ёпиштирилади. Қон резус-манфий бўлганда ёрлиққа бу ҳақда ёзиб қўйилади, резус-мусбат қонга эса бунинг ҳожати йўқ. Қон музлаткичда 4 — 6°С ҳароратда сақланади.

## Қон қуйиш усуллари

**Тўғридан-тўғри қон қуйиш.** Қон донор венасидан реципиент венасига бевосита қуйилади. Бемор оғир ҳолда бўлганда бу жуда таъсирчан усул ҳисобланади (тўсатдан кўп миқдорда қон йўқотиш, сепсис, гемофилия).

**Билвосита қон қуйиш.** Донор қони аввалига махсус идишларга йиғилади, стабилизация қилинади, консервланади ва кейинчалик зарур бўлганда қуйилади.

Қон қуйишнинг қуйидаги усуллари мавжуд:

— *венага қон қуйиш*, кўп қон йўқотилганда қон оқим қилиб ёки беморнинг ҳолатига қараб кўп миқдорда (1—1,5 л) қон қуйиш талаб этилганда томчилаб (дақиқасига 20—30 томчидан) қуйилади;

— *артерияга қон қуйиш*, клиник ўлим ҳолатидаги ёки шунга яқин ҳолатдаги беморларга қон босим остида қуйилади;

— *суяк ичига қон қуйиш*, қон суякнинг говак моддасига (тўш суяги, товон суяги, ёнбош суяк қаноти ва бошқаларга) қуйилади. Венага қон қуйиш техникавий жиҳатдан қийин бўлганда, масалан, болаларда қўлланилади;

— *алмаштириб қон қуйиш*, қон олиб ўрнига донор қонини қуйиш — гемолитик заҳарланганда, овқатдан ва дорилардан заҳарланишларда қўлланилади;

— *қайта қон қуйиш* (реинфузия, аутоотрансфузия) — беморнинг сероз бўшлиққа оқиб тушган ўз қонини, масалан, талок, ичактутқич йиртилганда, найчадаги ҳомиладорлик бузилганда қуйиш (оқиб тушган қон йиғилади, натрий цитрат шимдирилган 4 қават докадан филтёрлаб ўтказилади);

— *мурда қонини қуйиш* (ноинфекцион касалликлар — мияга қон қуйилиши, оғир шикаст сабабли миокард-инфарктдан ўлган кишиларнинг жасадидан олинади). Мурда қони ивимайди; шунинг учун у стабилизаторсиз (фибриноген йўқлиги сабабли) кўп миқдорда тайёрланади.

### **Қоннинг яроқчилигини аниқлаш**

Қон қуйишда олдин унга инфекция тушган-тушмаганлигини, лахталар ва гемолиз бор-йўқлигини текшириш зарур. Қуйиш учун яроқли қонда лахталар бўлмайди. Чўккан эритроцитлар устидаги плазма тиниқ ва сомондек сариқ рангда бўлади. Гемолизда плазма пушти рангга киради („локсимон“ қон). Қуйиладиган консерваланган қонда паспорт — ёрлик бўлиши керак.

### **Қон қуйиш усули**

Қон қуйиш қатъий тартиб билан амалга оширилади. Реципиентнинг қон гуруҳи ва резус-мансублиги аниқланади. Донор қони тўғрисида ҳам ана шундай маълумотлар бўлиши керак. Қон қуйишдан олдин бу кўрсаткичлар яна қайта аниқланади. Мос келиш-келмасликка, резус-мос келиш-келмасликка ва биологик синамага бевосита реакция ўтказилади. Қонни қуйишдан олдин уй ҳароратигача иситилади.

**ЛИПК флаконидан қуйиш.** Қон солинган флакон пробиркаси орқали олдиндан спирт билан артилган иккита махсус игна (узун ва калта) киритилади. Калта игнага қон қуйиладиган системанинг бир учи уланиб, флакон пробиркаси пастга қилиб тўнкарилади, томизгичнинг бир қисмида ҳаво бўладиган, найчада эса ҳаво бўлмайдиган қилиб тўлдирилади; системанинг иккинчи учи эса бемор вена-сига киритилган игнага уланади. Қон қуйиш учун махсус тайёрланган бир марта фойдаланиладиган система стерил ҳолатда махсус ўрамда сақланади ва қон қуйишда ишлатилади.

**ЦИПК ампуласидан қуйиш.** Ампуланинг пастки учидан резина қалпоқча олинади. Унга қон қуйиш системасининг найчаси кийгизилади. Ампуланинг устки тубусидаги резина қалпоқча кесилади ва устига стерил дона салфетка ёпиб қуйилади.

Системани қонга тўлдириш ва ундан ҳавони чиқариш учун системанинг игна қўйиладиган охири қон солинган ампула сатҳидан юқорига кўтарилади. Кейин системадан қисқич олинади ва томизгич ярмигача қонга тўлдирилиб, найчадан ҳаво чиқиб, қонга тўлиши учун (найча учидан қон оқими пайдо бўлгунча) найча-томизгич аста-секин пастга туширилади.

**Полиэтилен халтачадан қон қуйиш.** Қон қуйиш учун томизгичи бўлган системанинг иккала томонида игналари бўлади. Қон солинадиган халтача битта игна билан махсус найча орқали тешилади. Иккинчи найча орқали халтача тубига 1 — 2 см етмайдиган узун игна киритилади. Система флакондан қуйиш қоидаси бўйича тўлдирилади. Системанинг иккинчи игнаси бемор венасига киритилади.

**Иккита флакон (халтача)дан қон қуйиш.** Бу усул кўп миқдордаги қонни тез қуйиш ёки кўп миқдордаги қонни узоқ муддат қуйиш зарур бўлганда қўлланилади. Шу мақсадда томизгич билан иккала флакон ўртасига шиша тройник ўрнатилади. Юқорида айтиб ўтилган усул бўйича аввал системанинг биринчи қисми томизгичгача бир флакондан, кейин иккинчи флакондан тўлдирилади. Системанинг иккинчи қисми одатдаги усулга биноан тўлдирилади. Иккита флакондан қуйишда улардан бирида қон ўрнини босадиган эритма бўлиши шарт.

Айтиб ўтилган усулларнинг ҳаммасида система қонга тўлдирилгандан сўнг пастки учига қисқич кийгизилади, қон қуйиш учун идишлар махсус тиргакка ўрнатилади, венага игна киритилади, системадан қисқич олинади, озроқ миқдорда қон чиқарилади (ҳаво ҳайдалиб) ва системага игна уланади.

Артериал қон қуйишда узун игна учига (флакон), устки тубусга (ампула) ёки қўшимча игнага (халтача) баллон найчаси кийгизилади, баллондан қон қуйиш учун ишлатиладиган идишга ҳаво 160 — 180 мм симоб устунисидаги босим остидан ҳайдалади. Қон қуйиш 100 — 150 мл мин. тезлик билан ўтказилади.

*Қон қуйишга кўрсатмалар:*

- йўқотилган қон ўрнини босиш;
- организмни заҳардан тозалаш;
- травматик шокни даволаш ва олдини олиш;
- ҳаётий жараёнларни (гемопоз, регенерация, организмнинг иммун-биологик ҳимоя кучларини ошириш) рағбатлантириш;
- терминал ҳолатларда тирилтириш;
- қон оқишини тўхтатиш учун.

*Қон қуйишга мутлақ монеликлар:*

- юрак-томирлар системаси декомпенсациясида;
- ўпканинг фаол инфилтратив турида;
- аллергия касалликлар (эшакем, Квинке шиши, экзема ва б.)да;

- тромбоз ва эмболияларда;
- жигар ва буйракнинг ўткир яллиғланиш касалликлари (гепатит, нефритлар)да.

### **Қон қуйишда рўй берадиган асоратлар ва уларнинг олдини олиш**

1. *Гемотрансфузион шок.* Бу мос келмайдиган қон қуйишдан кейин юз беради (қон гуруҳини аниқлашдаги хато). Симптомлари: беморда кўкс эзилиши, бош, қорин ва бел оғиши, пульс тезлашиши, артериал босимнинг тушиб кетиши, баъзан кўтарилиши, беихтиёр сийиш ёки ич кетиши ҳоллари кузатилади. Бундай ҳолларда қон қуйиш дарҳол тўхтатилади, плазма, шокка қарши эритмалар, 5% ли глюкоза эритмаси қуйилади. Мос келадиган бир хил гуруҳдаги қон алмаштириб қуйилади ва паранефрал блокада қилинади. Уремия пайдо бўлганда меъда ювилади, „сунъий буйрак“ аппарати ёрдамида гемодиализ қилинади.

2. *Резус-омили мос келмайдиган қонни қуйиш клиникаси.* Бунда қон гуруҳи мос келмайдиган қон қуйишдаги каби касал ухлайди. Баъзан реакция бирмунча кечикиб юз бериши мумкин. Альбуминурия ва гематурия пайдо бўлиши ташхисни исботлайди. Давоси мос келмайдиган қон қуйишдаги каби.

3. *Ифлосланган қонни қуйиш.* Клиник симптомлари қисқа муддатдан (бир неча соатда) кейин пайдо булади. Бемор қалт-қалт титраб, пульси сусаяди, тери ва шиллиқ пардалари кўкаради, артериал босими пасаяди. Давоси — мос келмайдиган қонни қуйишдаги каби, баъзан антибиотиклар ҳам қўлланилади.

4. *Анафилактик шок.* Турли хил оқсилларга сенсibiliзацияланган организмда пайдо бўлади. Симптомлари: артериал босимнинг пасайиб кетиши, пульс тезлашиши, тери ва кўриниб турадиган шиллиқ пардаларнинг оқариши, нафаснинг юзаки бўлишидир. Даво — шокка қарши тадбирлар кўриш, антигистамин препаратлар қўллашдан иборат.

5. *Цитрат шоки.* Натрий цитрати кўп бўлган катта миқдордаги қон қуйилганда пайдо бўлади. Клиникаси: гемодинамик бузилишлар, талваса тутиши билан ифодаланади. Даволаш учун 10% ли кальций хлорид эритмаси венага юборилади.

6. *Пироген реакциялар* фақат қон эмас, балки қон ўрнини босадиган суюқликлар қуйилганда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бунга кўпинча турли хил бактерияларнинг ҳаёт фаолияти маҳсулотлари бўлган пироген моддаларнинг организмга тушиши сабаб бўлади. Симптомлари: эт увишиши, ҳарорат кўтарилиши, ҳолсизлик, нафас олишнинг бузилиши, терига тошмалар тошишидир.

Пироген реакцияларнинг олдини олиш учун қон қуйишда ишлатиладиган идиш ва системаларни тоза тутиш юзасидан кўрсатмаларни пухталиқ билан бажариш, қўлланиладиган препаратларнинг яроқлилик муддатига риоя қилиш керак бўлади.

7. *Юракнинг тўсатдан кенгайиши* ҳаддан таниқари тез қон қуйилганда юз беради. Симптомлари: бемор кўксида эзилиш ҳиссини сезади, нафас олиш қийинлашади, тери ва шиллиқ пардалар кўкаради.

8. *Ҳаво эмболияси* ҳаво системасидан қон билан бирга ўнг юракка ва ўпка томирларига ҳаво кирганда юз беради. Симптомлари: бемор кўксида оғриқ сезади, безовта бўлади, кўкаради, нафас олиши қийинлашади, юрак уришдан тўхтади.

9. *Тромб эмболияси*. Системадан ва игналардан қон ивиндилари ўпка томирларига тушиши ва уларда инфаркт ҳосил қилиши мумкин. Симптомлари: кўкракда оғриқ, қон туфлаш, эзилиш, иситмалаш каби ҳолатлар рўй беради. Тромблар бош мия томирларига ҳам тушиши (артериовеноз коммуникацияларда) мумкин. Бунда: бемор ҳушини йўқотади, артериал ва веноз босим тушиб кетиб, юзаки нафас олиш пайдо бўлади.

Тромб тушган игналарни система орқали „ювиш“ (тромбо-эмболия хавфли бўлганлиги сабабли) мутлақо ман қилинади.

Флаконлардан қон қуйилгандан кейин асоратлар рўй беришини назарда тутиб, тагида озгина қон қолдирилади.

10. *Қон айланиш системасидаги оғирлик ва юрак-томир етишмовчилиги*. Юракнинг тез катталашини ва унинг тўхташи бемор вена томирига кўп миқдорда қон юбориш натижасида ўнг юрак етишмовчилигига сабаб бўлади. Бу ҳол юрак хасталиги бўлган беморларда рўй беради ва унинг олдини олиш учун қонни томчилаб қуйиш зарур.

Кўп қон қуйилганда уни 37°С гача илитиб қуйиш юракнинг бирдан тўхтаб қолиши олдини олади.

11. *Калийдан заҳарланиш*. Узоқ сақланган қонда калий миқдори ошиб кетади ва бу юрак ишини сустлаштиради. Бу асоратнинг олдини олиш учун янги тайёрланган эритроцитар масса, 10%ли кальций хлорид эритмаси ишлатилади. Массив трансфузия деганда беморнинг қон томирига 24 соат ичида айланиб юрган қон ҳажмининг 40 — 50% и қуйилиши тушунилади. Б. В. Петровскийнинг фикрича, массив қон қуйиш синдромига қуйидагилар киради:

12. *Юрак-томир системаси асоратлари:*

— томир коллапси, асистолия, брадикардия, юрак тўхташи ва қоринчалар фибрилляцияси;

— қонда кальций миқдорининг камайиши, калийнинг кўпайиши;

— қоннинг ивиши ва ивишга қарши системанинг бузилиши;

— организм ҳимоя кучларининг камайиб кетиши ва ички аъзолар деворига майда қон қуйилиши.

Бу синдромнинг олдини олиш учун бемор ҳаёти хавф остида бўлмаган ҳолларда қонни кам миқдорда қуйиш ва унинг тайёрланган вақти 3 суткадан ошмаган бўлиши керак.



**Куйилган қон орқали юқумли касалликлар юқиши.** Юқумли касалликлар беморга консерваланган қон орқали ўтади ва оғир асоратларга сабаб бўлади. Одатда донорда касаллик инкубацион даврда бўлганда ёки уни текширишда диагностик хатоликларга йўл қўйилганда кузатилади. Баъзан касаллик донорда ноаниқ белгилар билан ўтиши мумкин (безгак, қизамиқ, тошмали ва қайталанувчи терлама, грипп, вирусли гепатит, СПИД ва б.) ва қон орқали реципиентда хасталикни келтириб чиқаради. Бундай асоратларнинг олдини олиш учун қон қуйиш муассасалари донорлар яшаб ва ишлаб турган туманлардаги санитария ва эпидемиологик шароитдан хабардор бўлишлари керак.

**Захми юқтириш.** Бирламчи ва иккиламчи захм давлари хавфли ҳисобланади. Бунда қон қуйилгач 15 кундан 150 кунгача беморда захм касаллиги белгилари пайдо бўла бошлайди. Бу асоратни даволаш захм касаллигини даволаш усули қаби бажарилади. Ҳозирги кунда NOUTC (СПИД) касаллигидан сақланиш асосий муаммо бўлиб қолди.

**Гепатит „В“ нинг юқиши.** Ҳозирги кунда гепатит „В“ нинг ҳаддан ташқари кўпайиб кетиши тиббиёт учун маълум муаммоларни туғдирмоқда. Бу асоратнинг келиб чиқишига вирус сабабчи эканлиги маълум бўлса-да, ҳанузгача у ажратиб олинмаган. Қон орқали, тўғрироғи унинг зардобидан ўтадиган хасталик гепатит „В“ дейилиб, тадқиқотчиларнинг фикрича, 5 — 13 дан 40 — 50% гача учрайди. Тери ташқи қаватининг шикастланиши, шунингдек қон ва хирургик даво усуллари натижасида гепатит „В“ беморларга юқиб қолиши мумкин, бу сабаблар орасида қон қуйиш асосий роль ўйнайди. Бу асорат юз бермаслиги учун донорлар текширилиши зарур.

### **Гемотрансфузия асоратларини даволаш**

*Гемотрансфузион шокни даволаш.* Гемотрансфузион шок зудлик билан даволашни талаб қилади ва ҳаётий аъзолар функцияси бузилмасдан бажарилиши лозим. Куйидаги даволаш усуллари қўлланилади:

1. Юрак-томирларга спазмолитик ва антигистамин дори моддаларини қўллаш (2 мл кордиаминни 40% ли глюкоза эритмасида эритиб, 0,06 мг корглюкон ва 2,4% ли эуфиллин), вена ичига кортикостероидлар, лазикс, фurosемид препаратларини юбориш.

2. Реополиглюкин (400 — 800 мл), гемодез (400 мл), 10 — 12% (200 — 300 мл) лактасол.

3. 15% ли маннитол ёки сорбитол қуйиш (200 — 400 мл).

4. Кумбс реакциясига асосланган ҳолда янги тайёрланган қон (250—300 мл), тез музлатилган плазма қуйиш.

Маннитолнинг гипертоник эритмаси буйрак филтрациясини яхшилади ва тўқималардаги суюқликни умумий қон ўзанига ўтишига ёрдам беради. Реополиглюкин эса микроциркуляцияни яхшилаб, беморни қисқа вақт ичида шокдан чиқишига ёрдам беради.

## Қон препаратлари

Ҳозирги замон тиббиётида қон компонентлари кенг тарқалган. Қатор касалхоналарда соф қон ўрнига уларни қўллаш бирмунча мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Қон компонентларининг турли хиллари мавжуд бўлиб, хирургия амалиётида кўп қўлланилади.

**Плазма** олишда қонни 48 соат тиндириб қўйиб, кейин олинади.

**Зардоб** плазма яратилгандан сўнг олинади. Плазма ва зардоб суяқ (натив плазма ва зардоб) қуруқ ҳолда чиқарилади. Қуруқ плазма 5 йилгача сақланиши мумкин. Ишлатишдан олдин у стерил дистилланган сувда (ёрлиғида кўрсатилган нисбатда — 25 — 30%) суюлтирилади.

Плазма қуйиш турли сабаблар натижасида юз берган шокда, қон кетганда, гемостаз мақсадида, организм оқсил йўқотганда (гипопротеинемия) ва бошқа ҳолларда қўлланилади.

**Эритроцитар масса** 80 — 90% эритроцит ва 20 — 10% плазмадан ташкил топган халтача ёки флаконларда чиқарилади. Камқонлик, гипо- ва диспротеинемия, интоксикация ҳолларида қўлланилади. Монелик қиладиган ҳоллар қон қуйишдаги кабидир.

**Лейкоцитар масса** таркибида кўп миқдорда лейкоцит бўлган препарат. У қон пайдо бўлишининг гипопластик ва апластик ҳолатида, дорилар агранулоцитози ва сепсисда қўлланилади. Монелик қиладиган ҳолларга: беморлардаги антилейкоцитар антителолар борлиги мисол бўлади.

**Тромбоцитар масса** суяқ ва қуруқ ҳолда чиқарилади. У қоннинг ивиш хусусияти бузилганда (Верльгоф касаллиги, апластик анемия ва бошқаларда) гемостатик восита сифатида венага қуйиш учун қўлланилади.

*Монелик қиладиган ҳоллар.*

Тромб ҳосил бўлишига мойиллик.

Қон оқишини, айниқса, паренхиматоз қон оқишини маҳаллий тўхтатиш учун қуйидаги препаратлар бирмунча кенг қўлланилади. Бунга қуруқ тромбин, гемостатик булут, биологик антисептик тампон ва фибрин пардаси киради. Қон ивишига қарши препаратлар жумласига фибринолизин ва тромболитин киради.

## Қон ўрнини босувчи суяқликлар

Қон ўрнини босадиган суяқликлар ўзининг мақсадга йўналган таъсири, яъни артериал босимни ошириши, дезинтоксикация, плазма оқсиллари синтезини тиклаши туфайли кенг қўлланилади. Уларнинг баъзилари комплекс таъсир кўрсатади. Масалан, полиглюкин қон босимини оширади ва организмнинг заҳарланишини камайтиради. Қон ўрнини босадиган эритмалар одатда венага томчилаб, кўпинча қон ёки унинг препаратлари билан бирга юборилади.

**I. Шокка қарши таъсир қиладиган қон ўрнини босувчи суюқликлар:** полиглюкин, реополиглюкин; гемовинил; ўртача молекулали поливинил.

**II. Дезинтоксикация қиладиган қон ўрнини босувчи суюқликлар:** гемодез; полидиз, гемосорб.

**III. Парентал овқатлантириш учун препаратлар:** гидролизин; казеин гидролизати; аминокептид; аминокровин; липофундин, нефрамин, вамин, инфезол.

Юқорида айтиб ўтилган ўта таъсирчан препаратлар билан бирга, тузли кристаллсимон эритмалар: 0,85% ли натрий хлорид эритмаси — физиологик эритма, Рингер—Локк эритмаси (9 г натрий хлорид, 0,25 г калий хлорид, 0,23 г калций хлорид, 0,2 г сода, 1 г глюкоза, 1000 мл сув), Рингер—Локк эритмаси (8 г натрий хлорид, 0,1 г калций хлорид, 0,075 г калий хлорид, 0,1 г сода, 1000 мл сув), ЦОЛИПК нинг тузли инфулизин (8 г натрий хлорид, 0,2 г калий хлорид, 0,3 г натрий фосфат, 100 мл сув) ва стандарт тузли эритмалар: *дисол*, *трисол*, *ацесол*. Тузли эритмалари асосан организм сувсизланганда, интоксикацияда, кўп қон йўқотилганда қўлланилади. Тузли инфузин айниқса самарали. Тез тайёрланиши тузли эритмаларнинг афзаллиги ҳисобланади.

### **Муолажа ҳамширасининг иш хусусиятлари**

Йирик хирургик стационарларда турли хил дори моддаларини парентерал юбориш билан боғлиқ бўлган муолажаларни бажариш учун махсус хона ажратилади.

Операция блокада асептика қоидаларига нечоғли қаттиқ амал қилинса, муолажа ҳамшираси ўз ишида бу қоидаларга худди шундай амал қилиши керак. Дори моддаларни парентерал юбориш (тери остига, мушак орасига, венага) игналари яхши ўрнатилган ҳар хил типдаги шприцлар ёрдамида бажарилади. Беморнинг инъекция қилинадиган соҳасидаги териси спирт билан яхшилаб артилади.

Инъекция қилишдан олдин ҳамшира қўлини албатта оқиб турган сув тагида совунлаб ювади. Дори моддасини юборишдан олдин хатога йўл қўймаслик учун дори моддаси солинган ампуладаги ёзувни текшириб кўриш керак. Ампула бошчаси кескичда арраланиб, шу жойи спиртга ҳўлланган пахта билан артилади ва синдирилади. Ампула ичига игна киритилади ва ампулани пастга қийшайтириб, ундаги эритма тортиб олинади. Шприц игнаси юқорига қилиб кўтарилади ва шприцдаги ҳаво чиқарилади.

Инъекцияларнинг ҳар хил турларини (тери ичига, тери остига ва вена ичига) бажариш усуллари беморларни парвариш қилишга доир тегишли қўлланмаларда тасвирланган. Микркатетер ёрдамида вена ва артерия пункцияси ёки венага стелет қуйиш, суяк ичига дори юбориш каби шифокор бажарадиган муолажалар ҳам бўлиб, у махсус қўлланмаларда ёритилган.



## Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар

1. Қайси қон гуруҳидаги донор „универсал донор“ ҳисобланади?
  - а) 0 (I);
  - б) А (II);
  - в) В (III);
  - г) АВ (IV);
  - д) юқоридагиларнинг бирортаси ҳам эмас.
2. Қоннинг қайси элементида агглютиногенлар бўлади?
  - а) плазмада;
  - б) зардобда;
  - в) лейкоцитда;
  - г) тромбоцитда;
  - д) эритроцитда.
3. Қоннинг қайси элементида агглютининлар бўлади?
  - а) плазмада;
  - б) зардобда;
  - в) лейкоцитда;
  - г) тромбоцитда;
  - д) эритроцитда.
4. Консерванланган қонни қандай ҳароратда сақлаш керак?
  - а)  $-2^{\circ}\text{C}$ ;
  - б)  $-1^{\circ}\text{C}$ ;
  - в)  $0^{\circ}\text{C}$ ;
  - г)  $4^{\circ}\text{C} - 6^{\circ}\text{C}$ ;
  - д)  $8^{\circ}\text{C} - 12^{\circ}\text{C}$ .
5. Қон қуйишда кузатиладиган асоратларнинг олдини олиш учун нималар қилиш керак?
  - а) қоннинг яроқлилигини текшириш;
  - б) қон гуруҳи мослигини текшириш;
  - в) биологик мосликни текшириш;
  - г) асептика қоидаларига риоя қилиш;
  - д) ҳаммаси тўғри.



**Эслатма:** тўғри жавоблар тўғрига чизилган.

## Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар

1. Қорин бўшлиғидаги оғир операциядан сўнг беморга хирург томонидан қон қуйиш тавсия қилинди. Шифокор назорати остида ҳамшира беморга қон қуя бошлаб, бемор ҳолатини назорат қилди. 30 дақиқадан сўнг беморнинг аҳволи бирдан оғирлашиб, лаблари кўкариб, ранги докасимон оқарди ва қалтирай бошлади. Қон босими кескин пасайиб, пульси ипсимон бўлиб қолди.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз? 2. Шошилинч ёрдам кўрсатинг.

2. Операциядан кейин беморга 200,0 мл гемодез вена ичига томчилаб юборила бошланди. 30 дақиқа ўтгач беморнинг нафас олиши қийинлашиб, қалтирай бошлади. Тана ҳарорати кўтарилди, ҳолсизланиб, терисига тошмалар тоша бошлади.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз? 2. Шошилинч ёрдам кўрсатинг.



## VI. ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

### Оғриқ

Оғриқ сезгиси таҳдид солаётган хавф тўғрисидаги даракчи сифатида эволюция жараёнида юзага келган. Бу жиҳатдан оғриқ ижобий ўрин тутди. Оғриқ сезгиси организмнинг оғриқ сабабчисини йўқотиш учун ўз кучларини сафарбар этишга мажбур қилади.

Оғриқни ҳис қилиш организмнинг турли хил морфологик структураларида нерв охирлари борлигига боғлиқ. Эктодермал тўқималар (тери, мугуз парда, тишлар), шиллиқ пардалар, париетал қорин пардаси, қон томирлар девори шундай нерв охирларига айниқса бой. Ҳар қандай кучли таъсирот цитоплазма денатурациясига олиб келади, бунда ҳужайраларда Н-моддалар (гистамин, ацетилхолин, гистамин-симон моддалар ва ксантиннинг айрим унумлари) озод бўлиб, оғриқ рецепторларнинг бевосита ёки билвосита кўзғалишига сабаб бўлади.

Оғриқ нерв охирларидан нерв толалари бўйлаб ўтказилиб, орқа мияга боради. Оғриқ импульслари орқа мия бўйича юқорига кўтарилиб, бош мия пўстлоғига ўтади.

Оғриқ, одатда, бошқа сезгилар билан бирга пайдо бўлади. Сезгилар ўзаро бир-бирига таъсир қилиб, самарани кучайтириши ёки пасайтириши мумкин. Оғриқ бўлади, деб кугилганида у яққолроқ юзага чиқади. Бош мия пўстлоғи фаолияти пасайтирилганда оғриқ кам сезилади, баъзан эса бўлмаслиги мумкин.

Организм оғриқ сезгисига бефарқ қола олмайди. Руҳий сфера ва асаб системаси томонидан скелет мушакларининг тортилиши ва таранглашиши, товуш жавоб реакцияси кузатилади, томирлар тонуси ва юрак иши ўзгаради. Бу ўзгаришлар чуқурлашиб, оғриқ шоки пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

## Оғриқсизлантириш ҳақида тушунча

Ҳозирги вақтда ҳам бемордаги оғриқни йўқотмасдан туриб операция қилинмайди. Шу мақсадда оғриқсизлантириш усули қўлланилади. *Оғриқсизлантириш* деганда оғриқ сезгисини қолдириш мақсадида қўлланиладиган тадбирлар йиғиндиси тушунилади. Оғриқсизлантиришнинг қуйидаги турларидан фойдаланилади:

1) махсус наркотик моддалар (эфир, азот (I)- оксиди ва бошқалар) ҳидлатиб, венага ёки тўғри ичак орқали махсус препаратлар (тиопентал-натрий, гексенал, нарколан ва ҳ.к.) юбориб юзага келтириладиган умумий оғриқсизлантириш;

2) оғриқ сезгилари операция соҳасида йўқотиладиган ва махсус моддалар (новокаин, совкаин, тримекаин ва бошқалар) юбориш йўли билан юзага келтириладиган маҳаллий анестезия;

3) оғриқсизлантиришнинг аралаш ва комбинация қилинган турлари (турли хил наркотик моддаларни ингалиция қилиб умумий оғриқсизлантириш, препаратларни ингалиция қилиш ва венага юбориш, умумий оғриқсизлантириш, маҳаллий анестезия ва ҳ.к.).

Оғриққа ва унинг оқибатларига қарши кураш билан анестезиология шуғулланади. Анестезиология оғриқсизлантириш билангина шуғулланиб қолмай, балки операция вақтида ва операциядан кейинги даврнинг дастлабки муддатларида организмнинг баъзи бир функцияларини ҳам бошқариб туради.

Тиббиёт фанининг бу соҳаси билан шуғулланувчи шифокорлар *анестезиологлар*, ўрта тиббиёт ходимлари эса *анестезистлар* дейилади.

Маҳаллий анестезияни операция қиладиган хирург бажаради. Анестезиолог бунда беморнинг умумий ҳолатини кузатиб туради.

Операциядан кейинги даврда ёки бемор шикастланганда, захарланганда уни танглик ҳолатидан ва клиник ўлимдан қутқариш учун махсус тадбирлар кўриш зарурияти вужудга келади. Бу масалаларни ўрганадиган фан *реаниматология*, шифокор эса *реаниматолог* деб аталади. Амалиётда анестезиология ва реаниматология билан битта шифокор — анестезиолог-реаниматолог шуғулланади.

Йирик даволаш муассасаларида бу мақсад учун махсус хизмат кўрсатиш бўлими, яъни реанимация бўлими ажратилади. Бўлимда анестезиолог-реаниматологлар, анестезист ҳамширалар, кичик тиббий ходимлар ишлайди. Бўлим махсус замонавий асбоб-ускуналар ва доридармонлар билан таъминланган бўлади.

### Умумий оғриқсизлантириш

Умумий оғриқсизлантириш деганда сунъий воситаларни қўланиш йўли билан марказий нерв системасини чуқур тормозлантириш тушунилади. Бунда эс-ҳуш, сезувчанликнинг ҳамма турлари биринкетин йўқолади, скелет мускуллари бўшашади ва рефлекслар сўнади.

Наркоз вақтида узунчоқ миядаги нафас ва томирларни

ҳаракатлантирувчи маркаслари сақланиб қолади. Наркотик моддалар дозаси кучайтирилганда бу маркаслар фаолияти тўхтаб қолиб, беморнинг ўлимига сабаб бўлади.

**Наркоз турлари.** Наркотик моддани киритиш йўлларига кўра *ингаляцияли* ва *ингаляциясиз* умумий оғриқсизлантириш турлари фарқ қилади.

Ингаляцион наркоз деб наркотик модда нафас йўллари орқали юбориладиган умумий оғриқсизлантириш турига айтилади. Ингаляциясиз наркозларга вена ичи, тўғри ичак, тери ости турлари киради.

Наркотик уйқунинг чуқурлигига кўра: наркоз *юзак* ва *чуқур* бўлиши мумкин.

Битта наркотик модда бериладиган наркоз *соф наркоз* (азот (I)-оксид, эфир, фторотан ва б.) дейилади. Наркотик моддаларнинг аралашмаси қўлландиган наркоз *аралаш наркоз* дейилади. Агар биргина наркотик моддаларгина эмас, балки уларни юбориш турли хил йўллари бир вақтда ишлатилса, *комбинацияли наркоз* деб аталади.

### Ингаляцияли наркоз

Наркознинг бу турига турли хил наркотик моддалар (эфир, фторотан, хлорэтил ва б.), газлар (азот (I)-оксид, циклопропан ва б.)ни нафас олиш (ингаляция) йўли билан синдиришга эришилади. Ингаляция учун амалиётда қуйидаги наркотик моддалар кенг қўлланилади.

#### А. Суяқ наркотик моддалар.

**Эфир** (aether pro narcosi) — ўзига хос ҳиди ва ачиштирувчи таъми бўлган рангсиз, тиниқ суяқлик. Осон алангаланadi. Эфирнинг ҳаво билан аралашган буғлари портлаш хусусиятига эга. Эфирнинг сифати қуйидаги усуллар орқали синаб кўрилади: 1) филтър қоғоздан буғлангандан сўнг ҳиди қолмаслиги керак; 2) ойнадан буглатилгандан сўнг нордон реакция берадиган чўкма қолмаслиги керак; 3) эритилганда кўк лакмус қоғозни қизартиради. Зарғалдоқ рангли шиша флаконларда 100 мл ҳажмда чиқарилади. Ўтдан узокда, ёруғлик тушмайдиган жойда сақланади.

**Хлороформ** (Chloroformium) — тиниқ, рангсиз суяқлик. Ёруғликда парчаланadi. Организмдан, асосан, сийдик билан чиқарилади. Софлигини синаш: 1) филтър қоғозидан буғланганда ҳиди қолмаслиги; 2) кўк лакмус ботирилганда қизартирмаслиги керак. Зарғалдоқ рангли шиша флаконларда 50 мл ҳажмда чиқарилади. Салқин жойда сақланади.

**Хлорэтил** (Aethylicum chloratum) — ўзига хос ҳидли, жуда учувчан, рангсиз суяқлик. Осон алангаланadi. Шиша ампулаларда 20 мл дан чиқарилади. Ёруғлик тушмайдиган салқин жойда сақланади.

**Фторотан** (флюетин наркотан) (Phtorotanium) — ёқимли ҳидга эга бўлган рангсиз суяқлик. Алангаланмайди ва портламайди. Эфирдан

бирмунча кучли заҳарли модда. Бемор 1 — 2 дақиқа ўтгач ҳушидан кетади, наркоз тезда юз беради. Кўпинча азот (I)- оксид билан бирга қўлланилади. Зарғалдоқ рангли флаконларда чиқарилади.

**Пентран** (Pentran) метоксифлуран, ингалан — ўзига хос мева ҳиди келадиган тиниқ суюқлик, алангаланмайди ва портламайди. Наркотик фаоллиги жиҳатидан эфир ва хлороформдан юқори туради. Озгина миқдори билан нафас олиш анальгезияни келтириб чиқаради. Наркоз аппаратларининг резина деталларига шимилиб қолиш ва кейин қайта диффузияланиш хоссасига эга, шунинг учун операция тугашидан 10 — 20 дақиқа олдин анестетик узиб қўйилади. Тўқ қора рангли зич бекитиладиган идишда сақланади.

**Трихлорэтилен** (Trichloethyleneum) — трилен, наркоген, рангсиз, ўзига хос ҳидли, тиниқ учувчан суюқлик. Кучли наркотик таъсирга эга, 0,4 — 0,7 ҳажм % концентрацияда анальгезия ҳосил қилади, 2 — 3 ҳажм % да наркотик таъсир беради. Қисқа муддатли операцияларда анальгезия учун қўлланилади. Зиқ бекитилган идишда, ёруғлик тушмайдиган салқин жойда сақланади.

**Винетен** (Wineten) — тиниқ, бензин ҳидини эслатадиган учувчан суюқлик. Кучли анестетик. Нафас олинадиган аралашмада 0,2 ҳажм % концентрацияда анальгезияни келтириб чиқаради. 2—3 ҳажм % да эса йўқотади, 4 ҳажм % да наркознинг хирургик босқичини ҳосил қилади. Тўқ рангли идишда паст ҳароратда сақланади.

**Б. Газсимон наркотик моддалар. Азот (I)- оксид** (Nitrogenium oxudulatum) — қулдирувчи газ. Пўлат баллонларда сақланади. Ёнмайди, ҳиди йўқ. Кўпинча 70 — 80% азот (I)- оксид ва 30 — 20% кислород ҳисобидаги аралашмаси ишлатилади.

**Циклопропан** ( $C_3H_6$ ) — тез ёнувчан газ бўлиб, портлаш хусусиятига эга. Баллонларда сақланади. Тез таъсир қилади. Кўпинча бошқа воситалар (азот(I)-оксид, эфир) билан бирга қўлланилади.

## **В. Кураресимон наркотик моддалар**

### **а) Деполяризацияловчи релаксантлар**

**Тубокурарин** — узоқ таъсир этувчи релаксант, вена ичига юборилади, 15 — 20 мг миқдори катта одамларда яхши релаксация беради. 30 мг миқдорда юборилса, нафас олиш тўхтайтиди. Унинг таъсири 2 — 3 минут ичида бошланиб, 30 — 45 минутгача давом этади. Бу препарат узоқ қўлланганда баъзан гипотония ва бронхоспазм рўй бериши мумкин. Тубокурарин гистаминга ўхшаш таъсир этгани учун уни бронхиал астма касаллигида ишлатиш мумкин эмас. Тубокурариннинг антагонисти прозерин ҳисобланади.

**Диплацин** — тубокурариннинг аналоги сувда яхши эрийдиган оқ кукун. У 2% ли 5 мл ли ампулада чиқарилади. Вена ичига интубацион наркоз учун 100—150 мг дан юборилади. 1—2 минутдан кейин релаксация бошланиб, бир соатгача давом этади. У катта дозаларда атропинга ўхшаш таъсир этади. Гистаминга ўхшаш таъсири бўлмагани учун уни бронхиал астмада қўллаш мумкин; тубокурариндан 3 марта кучсиз. Диплациннинг антагонисти прозерин саналади.



**Пиролаксон** (аналоги флакседил) — оқ кристалл кукун бўлиб, сувда яхши эрийди, 4% ли 1 мл ампулада чиқарилади. Релаксация дозаси — 80 мг бўлиб, 3 минут ўтгач таъсир бошланиб, 25 — 30 минутгача давом этади. 110 — 120 мг миқдори эса фаол нафас олишни 5 — 8 минутгача тўхтатади. Бу препарат ганглиоблокли таъсир этиб, артериал қон босимини бир оз пасайтиради (баъзан ошириши ҳам мумкин) ва юрак уришини тезлаштиради. Буйрак касаллиги, миастения, гипертония, склероз, юрак фаолиятининг декомпенсациясида қўлланилмайди. Пиролаксоннинг антагонисти — прозерин.

**Парамидон.** 0,1 % ли эритмаси 5 мл дан ампулада чиқарилади. Беморга 3—5 мл юборилса, релаксация юз бериб, 30—60 минутгача давом этади. Агар 10 мл юборилса, беморнинг нафас олиши тўхтайдди. Бу препарат диплацинга нисбатан 10 марта кучли бўлиб, бир оз торайтирувчи таъсирга ҳам эга. Парамидоннинг антагонисти — прозерин.

**Милаксен** — релаксация берувчи дозаси 12 — 12,5 мг, венадан юборганда, 3 — 5 минутдан кейин таъсир этиб, 20 — 30 минутгача давом этади. Бу препарат буйрак орқали чиқарилмайди. Гистаминга ўхшаш таъсир этмайди. Юрак-қон томирларига ва вегетатив нерв системасига таъсир этмайди. Шунинг учун буйрак касалликларида ҳам қўлланилиши мумкин. Милаксен дитилиннинг таъсирини кучайтиради.

#### **б) Деполаризацияловчи релаксантлар**

**Дитилин** (сукцинил-холин-йодид, анектин, сколин, курацит) — қисқа вақт таъсир этувчи релаксант. Организмда жуда тез зарарсиз моддалар — холин ва каҳрабо кислотага парчаланadi. Унинг 1 — 2 мл ли эритмалари қўлланилади. 20 — 30 мг миқдорда қўлланилса, релаксация юз беради, 40 — 60 мг эса нафасни тўхтатади. Одатда, 1 — 2 минутдан 4 — 7 минутгача таъсир қилади. Дитилин салбий таъсир этмайди. Уни буйрак касаллигида, миастения, бронхиал астмани беморларда ҳам қўллаш мумкин. Дитилин тез парчланиб кетадиган модда бўлгани учун уни тиопентал натрий, ишқорий эритмалар ва қон билан бирга юбориш мумкин эмас.

**Декаметоний** — йодид қисқа муддат таъсир этувчи релаксант бўлиб, унинг 0,2% ли эритмаси қўлланилади. Унинг 0,2 % ли эритмасидан 1 — 1,5 мл венага юборилса, 2 — 3 минутдан сўнг таъсири бошланиб, 15 — 20 минутгача давом этади. Нафас олишни тўхтатиш учун 2,5 мл миқдорда юборилса, бемор 5—10 минутгача нафас олмайди. Препаратнинг гистаминга ўхшаш таъсири бўлмагани учун миастения, бронхиал астма билан оғриган беморларга ҳам қўллаш мумкин.

### **Наркознинг босқичи ва даражалари**

Наркоз вақтида наркотик модданинг концентрация ва турига боғлиқ ҳолда унинг муайян босқичларини ва таъсир даражаларини фарқ қилиш мумкин. Қуйида эфирдан фойдаланишда наркознинг

инсон организмда кечиши тасвирланган. Бошқа наркотиклар қўлланилганда наркознинг кечишида баъзи ўзгаришлар кузатилиши мумкин.

**1- босқич** — анальгезия босқичи 3—4 дақиқа давом этади ва эс-хушнинг хиралашуви, оғриқ сезгисининг йўқолиши билан характерланади. Қорачиқлар ёруғликка реакция беради, рефлекслар сақланиб қолади, артериал босим, пульс аввалги даражада бўлади. Бу босқич (хушсиз қиладиган рауш-наркоз) дан кичикроқ операциялар (йиринглаган жойни кесиш) қилиш, баъзан оғриққа сабаб бўладиган муолажаларни бажаришда фойдаланилади.

**2- босқич** — қўзғалиш босқичи бирмунча узоқ давом этади ва беморда ҳаракат реакциясининг ошиши, нутқ марказининг қўзғалиши билан ифодаланади (бемор нима деяётганини билмай кўп гапирди). Артерия босими ошади, пульс тезлашади, мускул тонуси ва рефлекслари ошган бўлади, тез ва нотекис нафас олади, қайт қилиши мумкин. Бу босқич ичкиликдан қаттиқ маст бўлган одам ҳолатини эслатади. Ичкиликни истеъмол қиладиган беморларда қўзғалиш бирмунча кескин намоён бўлади.

**3- босқич** — хирургик босқич. Наркоз пайдо бўлиш вақти наркотик модданинг хусусиятига боғлиқ. Бу босқичда хирургик операциялар ўтказилади. Босқичнинг тўрт даражаси бор.

*Биринчи даражаси:* эс-хуш батамом йўқолган; оғриқ ва тактил (тери) сезувчанлиги йўқ, қорачиқлар торайган, бироқ мугуз парда рефлeksi ва мускулларнинг таранглиги сақланиб қолган, кўз соққаларининг „сузиб юрадиган“ ҳаракатлари сақланиб қолган бўлади.

*Иккинчи даражаси:* қорачиқлар торайган, мугуз парда рефлeksi сақланиб қолади. Мускуллар қисман бўшашади. Бу даражада тилнинг ҳалқумга тиқилиб қолиш хавфи бўлади.

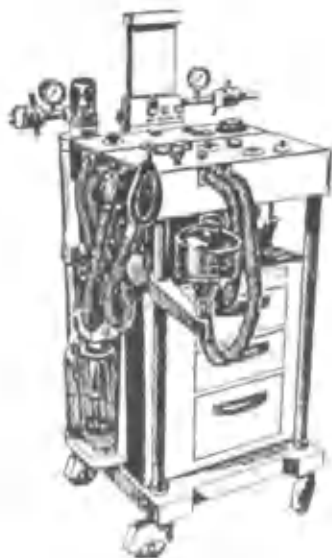
*Учинчи даражаси:* пульс секинлашади, артериал босим пасаяди, нафас юзаки бўлиб қолади. Кўз ёриғи кенгайди, мугуз парда рефлeksi йўқолади. Мускуллар батамом бўшашади.

*Тўртинчи даражаси:* нафас бирмунча юза, қорачиқлар кенгайган, ёруғликка реакция бермайди, мугуз парда нурсиз. Пульс тез, тўлиқлиги суёт бўлади. Артерия босими тобора пасаяди. Наркознинг бу даражага етиб боришига йўл қўйиб бўлмайди, чунки у ўлим билан тугаши мумкин.

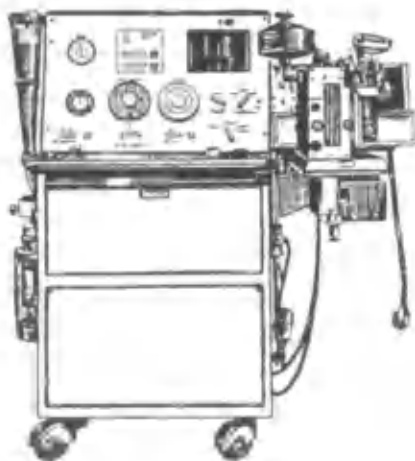
**4- босқич** — уйғониш босқичи. Наркознинг барча белгилари аксинча, тартиб билан йўқолиб боради ва ухлаш даври узоқроқ давом этади.

### **Ингаляцион наркоз учун маскалар ва аппаратлар**

Наркоз пайдо бўлган даврдан бошлаб кўп сонли маскалар ва аппаратлар таклиф қилинган. Уларнинг сифати ва тузилиши наркознинг кечишига кўп жиҳатдан боғлиқ. Уларнинг кўпчилиги ҳозирги вақтда хирургия амалиётида қўлланилмайди, фақат тарихий аҳамиятга эга, холос.



43- расм. Полинаркон аппарати.



44- расм. РО-6 аппарати.



45- расм. Бебилог-800 аппарати.



46- расм. МАК-100 аппарати.

Эсмарх ва Шиммельбуш маскалари тузилиши жихатидан энг оддий маскалардан ҳисобланади. Улар сим тўрдан ясалган бўлиб, операциядан олдин у бир неча қават дока билан тортиб қўйилади. Маскани юзга қўйиб, унга бир неча томчи наркотик модда томизилади. Садовенко маскаси намат тўлдирилган ва наркотик модда қўйиладиган металл резервуар, нафасни текшириб туриш учун резина қолча ва наркотик моддани юбориш учун регулятордан ташкил топган.



47- расм. Микровент аппарати.



48- расм. Оксислог-2000 аппарати.

Ҳозирги вақтда ингаляцион наркозда бериш учун полинаркон (43- расм), РО-6 (44- расм), Бэбилог-8000 (45- расм), Мак-100 (46- расм), Микровент (47- расм), Оксислог-2000 (48- расм) каби махсус аппаратлардан кенг фойдаланилади.

### Беморни наркозга тайёрлашда фельдшер (ҳамшира)нинг вазифаси

Беморни наркозга тайёрлаш операцияга умумий тайёрлаш вақтига тўғри келади. Анестезия ва амалиёт ўтказишдан олдин бемор умумий ва медикаментоз тайёргарликдан ўтиши керак. Умумий тайёргарликнинг асосини меъда ва ичак йўлини тозалаш ташкил қилади. Амалиёт режалаштирилган кун арафасидаги оқшомдан бошлаб бемор таом емаслиги шарт. Бемор ҳуқна қилиниб, ичаклари ювиб ташланади, кетидан бемор гигиеник ванна қабул қилиши зарур. Беморнинг хирургик операция ўтказиладиган майдон териси туклардан тозаланади. Анестезия бошланишидан олдин беморнинг меъдаси бўшатилган бўлиши шарт. Бунинг учун меъдага зонд юборилади ва „тоза сувгача“ ювилади.

Беморни бевосита анестезиядан олдин медикаментлар воситасида тайёрлаш **премедикация** дейилади. Премедикацияда анестезиядан 30—40 дақиқа олдин тери остига ёки мушаклар орасига инъекция қилинади ва 5—10 дақиқа олдин эса вена ичига дори юборилади. Премедикация учун ухлатувчи, нейроплегик ва нейролептик, атарактик, анальгетик, антигистамин ва холинолитик препаратлар қўлланилади.

Ухлатувчи дорилардан люминал (0,1 г.), ноксирон (0,25—0,5 г.) ва шу гуруҳдаги бошқа препаратлар хирургик амалиёт арафасида, ухлашдан 30 — 40 дақиқа олдин қабул қилинади. Атарактик самарага эришиш учун элениум (10 — 15 мг), диазепам, седуксен (5 — 10 мг) ёки шу сингари бошқа препаратлар тайинланади. Бу гуруҳдаги

препаратлар амалиёт арафасида, ухлашдан олдин ёки анестезияни бошлашдан 2 — 3 соат аввал берилади. Премедикация мақсадида дроперидол кенг ишлатилади, мушаклар орасига ёки вена ичига 5,0 — 7,5 мг дозаларда юборилади. Наркотик анальгетиклардан промедол (10 — 20 мг), омнопон (10 — 20 мг), морфин (5 — 10 мг), фентанил (0,05 — 0,1 мг) ва дипидолор (10 — 15 мг) кабилар ишлатилади. Улар анестезиядан 30 — 40 дақиқа



49- расм. Ингаляцион наркоздаги бемор боланинг умумий кўриниши

олдин юборилади. Антигистамин дорилардан дипразин (25 — 50 мг), супрастин (20 — 40 мг), димедрол (20 — 50 мг) қўлланилади.

Премедикациянинг кенг тарқалган кўриниши қуйидагича ўтказилади. Бемор наҳорда, анестезиядан икки соат олдин 5 — 10 мг седуксен ёки 0,3 — 0,6 г триоксазин ичади. Анестезияни бошлашга 30 — 40 дақиқа қолганда тери остига ёки мушак орасига 10 — 20 мг димедрол, 0,2 — 1,0 мг атропин сульфат, 10 — 20 мг промедол юборилади. Беморнинг тинч ётиши, уйқусираши, ташқи муҳитга лоқайдлиги, оғиз қуриши, юрак уришининг тезлашиши, артериал қон босимининг турғунлиги кабилар премедикация самарали бўлганлигидан далолат беради. 49- расмда ингаляцион наркоздаги бемор боланинг умумий кўриниши тасвирланган.

### **Ингаляцион наркозда юз берадиган асоратлар ва уларнинг олдини олиш**

Бу асоратларни икки гуруҳга бўлиш мумкин:

- 1) наркоз ўтказиш вақтида;
- 2) наркоздан кейин.

Наркоз вақтидаги асоратлар наркоз техникасини нотўғри ўтказиш, аппаратларнинг носозлиги, бемор аҳволининг оғирлиги натижасида содир бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда асфиксия юз бериши ва юрак тўхтаб қолиши мумкин. Бу:

1) механик сабаблар (тилнинг орқага кетиб қолиши, қусуқ массаларининг тиқилиб қолиши ва ҳоказо);

2) токсинли сабаблар (наркотик моддалар дозасини ошириб юбориш);

3) рефлектор сабаблар (наркотик модда таъсири остида юрак ва нафаснинг тўхтаб қолиши) туфайли юзага келади. Наркоздан кейинги даврда турли асоратлар содир бўлиши мумкин. Нафас фаолиятидаги

ҳар қандай асоратлар кислород танқислиги — гипоксемия ва карбонат ангидрид тўпланиб қолиши — гиперкапнияни вужудга келтиради.

Гипоксемия сезиларли ўзгаришларга сабаб бўлади. Беморнинг ҳуши айнийди, юрак уриши тезлашади, артериал қон босими аввал кўтарилади, сўнгра туша бошлайди, терлаш кучаяди, руҳий ва жисмоний қўзғалиши, тутқаноқ пайдо бўлади. Ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, юрак фаолиятининг тўхташи рўй беради.

Гипоксемияни даволашда асосий тадбир — гипоксемия сабабини йўқотишдан иборат. Шу билан бирга кислородни ингаляция қилиш, ёрдамчи ёки сунъий вентиляциядан фойдаланиш зарур.

А п н о э — нафас фаолиятининг бутунлай тўхташи бўлиб, анестетиклар ва анальгетиклар таъсиридан рўй беради. Бунда сунъий ўпка вентиляцияси қўлланилади ва апоэ сабабларини камайтириш тадбирлари кўрилади.

Индуктив анестезия асоратлари газ алмашинувининг бузилиши, анестетик ва фармакологик препаратларнинг таъсири, интубация жараёнидаги жароҳатланиш ва хатолар патологик рефлексларнинг намоён бўлиши оқибатидир.

### **Ингаляциясиз наркоз**

Ингаляциясиз наркоз қўллаш усулларига қараб вена ичига, тери остига, тўгри ичакка, сероз бўшлиқларига юбориладиган ва оғиз орқали бериладиган наркозларга бўлинади.

Булар орасида наркотикларни вена ичига қуйиш ҳозирги замон тиббиётида энг кўп ишлатилади. Ундан дастлабки наркоз ва узоқ давом этувчи тўлиқ наркоз учун ҳам фойдаланилади. Беморни вена ичига юбориладиган наркозга тайёрлаш уни ингаляцияли наркозга тайёрлашдан фарқ қилмайди.

Вена ичига қуйиладиган наркоз бошқа наркозлар учун базис-наркоз сифатида ишлатилади ва шунингдек бўйин, бош, юзда маҳаллий анестезия ёки ингаляцион наркоз қўллаш мумкин бўлмаган ҳолларда қўлланилади. Беморда чуқур интоксикация белгилари, сепсис ҳолати бўлса, жигар ва буйрақларнинг вазифаси бузилса ёки уларнинг етишмовчилиги кузатилган ҳолларда вена ичи нарकोзи қўлланилмайди.

Вена ичига қуйиладиган наркоз учун гексенал, пентотал ва бошқа турли наркотик моддаларни қуйиш усули бир хил бўлиб, бошлангич — базис-наркоз, қисқа муддатли ёки узоқ давом этувчи наркоз турларига нисбатан эса ўзгариши мумкин.

Наркотик моддалар эритмаси наркоз олдидан уларни физиологик ёки глюкоза эритмаларига аралаштириш йўли билан тайёрланади.

Базис-наркоз учун 2 — 5% ли гексенал эритмаси, 1% ли литиопентал-натрий эритмаси ва бошқалар шприц билан аста-секин (ҳар 20 — 40 секундда 1 мл эритма) вена ичига юборилади. Агар тез

юборилса, унда беморнинг нафас олиши тўхтаб қолиши мумкин. Наркотик модда юборила бошлагандан кейин беморга рақамларни баланд овоз билан санаш буюрилади, шунда бир дақиқа ўтмасдан у ҳисобдан адашади ва тез орада санаш тўхтайди. Бу наркотик уйқунинг бошланганидан дарак берса-да, наркознинг бошланиши одатда рефлексларнинг йўқолиши билан аниқланади. Базис наркоз ва қисқа муддат давом этувчи наркоз учун юбориладиган қуруқ препаратнинг максимал миқдори 1 г ҳисобланади.

Узоқ давом этувчи наркоз учун фракцион ёки томчилаб юбориш усули қўлланилади. Фракцион усул билан 3 — 5 мл наркотик модда эритмасидан қайта-қайта қуйиб туриш наркозни узоқ давом эттиради. 1,5 — 2 соат давом этадиган операцияларда эритма 3 — 4 — 6 марта қайта-қайта қуйилади. Бу эса бериладиган наркотик модда дозасининг кўпайишига (2 — 2,5 мл гача) ва наркоз хавфининг ошишига сабаб бўлади.

Вена ичи наркозида касал тез ухлайди, унда кўнгил айниши, қусиш ва нафас олишнинг қийинлашиши, қўрқиш кузатилмайди. Агар 5 — 10% ли гексенал ёки 2 — 5% ли тиопентал-натрий эритмасидан аста-секин юборилса, касал 40 — 70 гача санайди ва одатда 1 — 1,5 дақиқа ўтар-ўтмас ухлаб қолади. Шу даврда сарфланадиган наркотик модда эритмасининг миқдори 3 — 4 мл дан ошмайди. Наркознинг бошланишидаёқ бемор ҳушдан кетади ва карахт бўлади, бу ҳолатдан қисқа муддат давом этувчи операцияларни бажаришда фойдаланилади.

Мушаклар орасига юбориладиган гексенал наркозида бемор вена ичи наркозига нисбатан кечроқ уйқуга кетади ва чуқур ухламайди. Одатда 10% ли гексенал эритмасидан 20 мл (2 г қуруқ препарат) сон мушаклари орасига юборилади; кириш наркози учун унинг 10% ли эритмасидан 10 мл кифоядир. Юбориладиган 20 мл гексенал эритмасини бирданга ёки бўлиб-бўлиб 2 марта юбориш мумкин. Гексенал эритмаси операциядан 30 дақиқа олдин юборилса, бемор 10 — 12 дақиқадан сўнг ухлайди, лекин унда оғриққа нисбатан типирчилаш давом этади; 20 — 30 дақиқа ўтгандан кейин у чуқур ухлайди. Бу наркозда типирчилаш бўлмайди. Наркотик моддалар оддий усулда юборилганда, унинг секин-аста шимилиши натижасида наркоз хавфи анча кам бўлади.

**Вена ичи самбровин наркози.** Самбровин фақат вена ичи наркози сифатида қўлланилади, унинг энг юқори миқдори 2000 мг дан ошмаслиги керак (одам гавдасининг ҳар бир кг оғирлигига 7 — 10 мг ҳисобидан, болалар учун эса 5 — 7 мг дан). Одатда самбровиннинг 2,5% ёки 5% эритмаси (ош тузининг физиологик эритмасида) венага 20 — 30 секунд давомида юборилиши лозим. Самбровин венага юборилганда жуда ҳам тез наркотик уйқу беради. Бунда 20 — 30 секунд ўтмасдан операция қилиш мумкин бўлади. Наркотик уйқу 4 — 6 дақиқа давом этади (яхши премедикация қилинганда эса 8 — 10 дақиқагача чўзилиши мумкин).

Самбровин эритмасини 20 — 30 секунддан тез юборганда организмдаги гистамин миқдори кўпаяди, бу эса нафас олишни тезлаштиради, ундан кейин секинлашиб, натижада нафас олиш тўхтайдди. Бундай пайтда дарҳол сунъий нафас олдиришни бошлаш зарур. Баъзан самбровин артериал қон босимини пасайтириб юбориши, юрак уришини тезлатиши ҳам мумкин. Бундай ҳолни бартараф этиш учун самбровин кальций хлорид эритмаси (10% ли эритмасидан 5—10 мл) билан шприцда аралаштирилган ҳолда венага юборилади.

Юрак, жигар касалликлари, аллергия, шок, анемияда самбровин қўлланилмайди.

**Вена ичи кетамин наркози.** Одатда кетаминнинг 2 — 3 мг миқдори одам гавдасининг ҳар бир кг оғирлигига ҳисобланиб эритма ҳолида венага юборилса, у анальгезия (карахтлаш) ва анестезия беради. Бу ҳолат 15 — 20 секунддан сўнг кузатилади ва 10 — 15 дақиқа давом этади.

Агар одамнинг ҳар бир кг оғирлигига 5 — 6 мг ҳисобидан кетамин венага юборилса, бемор 2 — 4 дақиқа ухлайди, анестезия эса 30 — 40 дақиқа давом этади. Кетамин эритмасини бир неча марта қайта-қайта юборса ҳам бўлади. Лекин унинг марказий нерв системасининг турли марказларига бўлган таъсирини (баъзисини тормозлаб, баъзисининг фаолиятини кўтаришини) билиш лозим.

Кетаминнинг энг асосий камчилиги мускулларни тириштириш хусусияти ҳисобланади. Кетаминни комбинациялаштирилган ҳолда қўллаш анестезиянинг асосий қисми ҳисобланади. Катта операцияларни ўтказишда кетамин кириш ёки базис (асосий) наркоз сифатида қўлланилади, ундан ташқари болаларда ва катта одамлардаги куйган жойларни даволаш пайтида анестезия учун ишлатилади.

**Вена ичи виадрил наркози.** Виадрил қўлланилганда кўз қорачиги торайиб, кўз мугуз рефлекслари пасаяди. Виадрил фақат йўгон веналарга (0,5—2,5% ли эритмалари 5—10 мл\мин тезликда) юборилади. Чунки майда веналарга юборилганда тромб ҳосил бўлади, шунинг учун унинг эритмасини юбориб бўлгач, кетидан дарҳол изотоник эритма ёки новокаин эритмасини юбориш керак (венани ювиш учун).

Кириш наркози сифатида 7 — 11 мг дан гавда оғирлигига ҳисоблаб юборилади, умумий миқдори 0,1 дан 3,5 граммгача.

**Виадрилнинг ижобий томонлари:**

- 1) заҳарсизлиги;
- 2) безовталаниш, бронхоспазм, (—) ларингоспазм кузатилмаслиги;
- 3) аъзолар функциясига зиён етказмаслиги.

Секин таъсир этиши, бошқариб бўлмаслиги, венага юборилганда вена деворларига салбий таъсир кўрсатиши унинг асосий камчиликлари ҳисобланади.



**Вена ичи оксибутират натрий наркози.** Кириш наркози сифатида қўлланилганда, оксибутират натрийнинг 7 — 80 мг миқдорини ҳар бир тана оғирлигида тенг ҳисоблаб, 50 — 100 мл натрий хлорнинг изотоник эритмаси ёки 5% ли глюкоза эритмасида аралаштирилган ҳолда венага томчилаб 10 — 15 дақиқа давомида юбориш мумкин. Агар бундай эритма венага жуда тез (3 — 4 дақиқада) юборилса, юрак уриши секинлашиб, нафас олиш ритми бузилади, бемор талвасага тушади, кўнгли айниб, қайт қилади. Шунинг учун жуда эҳтиёт бўлиш керак.

Оксибутират натрий наркозининг клиник кечиши 5 даврга бўлинади:

1. Енгил ухлаш.
2. Безовталаниш.
3. Чуқур уйқу.
4. Анальгезия.
5. Чуқур наркотик уйқу даври.

*Биринчи босқичда* — венага оксибутират эритмаси юборилганда, бемор 5 — 7 дақиқа енгил ухлай бошлайди. Ҳатто у саволларга жавоб бериши ҳам мумкин. Бу даврда бемор одатдагидек нафас олиб турсада, унинг юрак уриши секинлаша бошлайди. Кўз қорачиқлари одатдагидек, ёруғлик таъсиридан торайиб, кўз шохсимон қобиғининг рефлекси сақланган бўлади.

*Иккинчи босқичда* — турли мушаклар қисқариши, титраши, қон босимининг ошиши, ритмининг бузилиши кузатилади.

*Учинчи босқичда* — оғриқни сезиш сақланган бўлиб, кўз соққаси қимирламай қолади, кўз қорачиғи торайган, шохсимон қобиқнинг реакцияси сақланган бўлади.

*Тўртинчи босқичда* — оғриқни сезиш анча сусайган, ютқин, ҳиқилдоқ рефлекслари сақланган бўлади. Бу даврда кичик, енгил операцияларни қилиш мумкин.

*Бешинчи босқичда* — бемор оғриқни тамомила сезмайди, мушаклар бўшашган, нафас олиш сусайган, ҳиқилдоқ ва ютиш рефлекслари тамомила йўқолган бўлади. Бу даврда интубация қилиш имконияти (релаксантсиз) туғилади, операция қилиш ҳам мумкин бўлади.

### **Тўғри ичак орқали наркозлаш**

Тўғри ичак орқали наркоз бериш амалиётда жуда кам учрайди. У баъзан базис наркоз сифатида ишлатилади. Йўғон ичак, жигар ва буйрак касалликларида бу хил наркоз умуман қўлланилмайди. Беморни наркозга тайёрлаш учун операциядан бир кун олдин унга овқат бермасдан, ичакларини тозалаш учун сурги дори ичирилади. Операциядан 2 — 3 соат олдин эса ҳуқна қилиб, ичаклари тозаланади. Шундан кейин беморни ёнбошга ётқизиб, унинг тўғри ичагига 12 — 15 см ичкарига резина найча (катетер) киритилади ва катта шприц

ёки резина баллон орқали наркотик модда эритмаси 37 — 38% гача иситилган ҳолда юборилади. Юборилган қуруқ авертин — нарколан, беморнинг ҳар 1 кг оғирлигига 0,1 г ҳисобида олинади. Юборилган эритма тўғри ичакдан лимфа ва қонга сўрилиб 5 — 10 дақиқа ўтгач, ўз таъсирини кўрсата бошлайди, бемор бўшашиб уйқуга кетади. Бемор ухлаган бўлса-да, оғриқ сезиш рефлекслари анчагача сақланган бўлади. 30 — 35 дақиқа ўтгач, бемор чуқур уйқуга кетади ва уни операция қилиш мумкин бўлади. Лекин уйқу юзаки 20% гача бўлиши операция қилиш учун баъзан тўсқинлик қилади. Шунинг учун бундай пайтда бошқа тур наркозлар билан комбинациялаштиришга тўғри келади.

Амалиёт анестезияси даврида гиповентиляция ёки гипервентиляция, артериал гипотензия ва гипертензия, юрак аритмиялари, регургитация, гипертермия, эмболия, тромбоз каби асоратлар кузатилиши мумкин.

Анестезиядан чиқариш даврида бемор уйғонишининг чўзилиб кетиши, узоқ давом этувчи апноэ, гиповентиляция, регургитация, ўпка ателектази, артериал гипотензия ва гипертензия, юрак аритмияси, гипотермия ва гипертермия, титроқ, туқаноқ, қусиш сингари асоратлар рўй бериши мумкин.

Анестезия босқичларида рўй берувчи қусиш ва регургитация оғир нафас танқислиги ва қон айланишининг етишмовчилигидан бўлади. Регургитация меъда ширасининг оғиз бўшлиғига ва нафас йўлларига оқиб тушишидир. Бу ҳолат аспирация деб ҳам аталади. Меъда шираси таъсиридан нафас йўллари обструкцияси, ларингоспазм, бронхоспазм рўй беради. Аспирация туфайли вужудга келувчи асоратлар — альвеола ва бронхлардаги ўзгариш ва яллиғланишлар — ўпка шишиши, пневмония (ўтқир экссудатив пневмония) ва ўпка абсцесслари беморни ўлимгача олиб бориши мумкин.

Аспирациянинг олдини олиш учун оғиз-бурун, ҳиқилдоқ ва меъда тозаланади, беморнинг боши оёқ томонига нисбатан пасайтирилган ҳолатга келтирилади. Селликке усули ва зонд-обтуратор қўлланилади. Аспирациянинг олдини олишда самарали премедикация ва адекват индуктив анестезия катта аҳамиятга эга. Беморни мустақил нафас режимига ўтказиш ва экстубация қилишдан олдин унинг эс-ҳуши, ҳиқилдоқ ва томоқ рефлекслари тикланган бўлиши зарур.

Аспирация синдромини четлаштириш учун ларингоскопия ва бронхоскопия воситасида нафас йўллари ва ўпкани тозалаш ва лаваж қилиш, эуфиллин, атропин сульфат, глюкокортикоид гормон, антибиотик ва антигистамин дорилар, оксигенотерапия ва сунъий ўпка вентиляцияси кабилар қўлланилади.

Анестезия босқичларида қон айланиш системаси асоратлари юрак фаолиятининг сусайиши, қон ҳажмининг камайиши, қон томирлар тонусининг ўзгариши ва қоннинг қуюлиш хусусияларининг бузилиши оқибатидан келиб чиқади.

Артериал гипотензия айланиб турган қон ҳажмининг камайиши, қон томирлар тонусининг пасайиши, гипоксия, анестетик ва анальгетиклар таъсири ва атония сингари омиллардан келиб чиқади.

Артериал гипертензия самарасиз премедикация, анестезиянинг юзакилиги, гипоксия ва гиперкапниялар оқибати ҳамда анестезия кўзғалиш босқичининг белгиси ҳисобланади. Артериал гипертензия газ алмашинувини яхшилаш, премедикация ва анестезия таркибида седатив, нейрелептик, кучли анальгетиклар, гипотензив моддалар ишлатиш ёрдамида четлаштирилади.

Анестезия давридаги юрак *аритмиялари* оғир асорат ва патология белгиси бўлгани учун ҳам хавфлидир. Нафас фаолиятининг бузилиши, қон йўқотиш, юзаки анестезия оқибатидан, эфир, атропин сульфати таъсиридан тахикардия келиб чиқади. Тахикардия юрак аритмиясининг жиддий кўриниши — *фибрилляциянинг* элчиси бўлиши мумкин.

**Брадикардия гипоксия**, вагус нервнинг таъсирланиши, сукцинилхолин таъсири, фторотан дозасининг ошиб кетиши натижасида вужудга келади. Брадикардия кўпинча асистолияга ўтади.

Анестезия босқичларида юрак уришининг тўхташи — *асистолия ёки фибрилляция* кўпинча гипоксия ва гиперкапния оқибати бўлади. Вагус нерви, ҳалқум, ҳиқилдоқ ва бошқа рефлексоген сатҳларнинг таъсирланиши, анестетиклар дозасининг ошиб кетиши кабилар юрак фаолиятининг тўхташига олиб боради.

**Эмболия ва тромбоз.** Ҳаво эмболияси юрак ва бош миянинг орқа қисмида ўтказилаётган амалиётлар, бачадон найларини ҳаво билан даволаш, йўлдош ажралиши, пневмоэнцефалография, вена томирларида инфузия бажарилаётганда рўй бериши мумкин. Вена қон томирига тушган ҳаво ўнг юракка етиб боради, у ердан ўпка артериясига ўтади ва ўпка артериясининг тўсилишига олиб келади. Ўпка артериясининг эмболияси юракнинг ўнг қоринчаси етишмовчилигини келтириб чиқаради. Ҳаво эмболияси белгилари пайдо бўлиши билан бемор чап биқинига ётқизилади, сунъий ўпка вентиляцияси ва ўткир юрак етишмовчилигининг комплекс терапияси ўтказилади. Торакотомияда юракнинг ўнг қисми пункция қилиниб, ҳаво сўриб олинади.

Веналар тромбозини глюкозанинг юқори концентрацияли эритмаси, осмотик, диуретик ва айрим анестетиклар (сомбревин) ҳосил қилади.

*Ўпка артериясининг тромбоэмболияси* жуда хавфли асорат. Бу асоратнинг ўткир шакли юрак етишмовчилигининг оғир кўриниши билан ифодаланadi. Бир неча дақиқа ичида юрак фаолияти тўхташи мумкин. Тромбоэмболия рўй берганда антикоагулянтлар ва фибринолитиклар юборилади, юрак-ўпкага муттасил даво қилинади.

*Спонтан гипотермияга* терморегуляция депрессияси, иссиқлик сарфланишининг ошиб кетиши сабаб бўлади.

*Нормал гипертермик* реакция ҳар қандай жароҳатланиш, касаллик ва хирургия амалиётига жавобан вужудга келади ва ҳароратнинг 37,5 — 38°С гача кўтарилиши билан намоён бўлади.

*Патологик гипертермияни* иссиқликнинг ҳосил бўлиши ва сарфланиши мувозанатидаги силжиш вужудга келтиради. Терморегуляция марказини рағбатлантирувчи (андреномиметик, аналептик), қон томирларини торайтирувчи (вазопрессор) ва иссиқлик узатилишини камайтирувчи (атропин) препаратлар кўпинча патологик гипертермияга олиб келади. Гипертермик реакциянинг оғир ва хавфли кўриниши тез кечувчи гипертермия ҳисобланади. Бундай гипертермия тана ҳароратининг 41 — 42°С гача кўтарилиши, тутқаноқ тутиши, нафас олиш ва қон айланишининг бузилиши билан намоён бўлади. Гипертермияни даволашда сунъий ўпка вентиляцияси, сунъий гипотермия, тана ҳароратини пасайтирувчи препаратлар, детоксикацион ва коррекцион усуллар, юрак фаолиятини кучайтирувчи дорилар қўлланилади.

*Меъда-ичак* йўли томонидан ҳиқичоқ тутиш, қусиш, регургитация каби асоратлар рўй бериши мумкин.

Тил асосининг таъсирланиши, меъда шиллиқ пардасига анестетикнинг таъсири, гипоксия, гиперкапния, гипергидратация, IV қоринча тубидаги қусиш марказининг кўзғалиши натижасида қусиш рўй беради.

*Узоқ давом этувчи уйғониш* анестетиклар дозасининг ошганлиги ва уларнинг кумулятив самараси, анестезия босқичларида рўй берган гипоксия ва метаболик силжишлар оқибатидир.

*Узоқ давом этувчи апноэ* — бемор ҳушига келса ҳам, унинг мустақил нафас олиши тикламайдиган ва миорелаксантлар қўлланишига хос асоратдир. Бу асоратнинг интенсив терапияси сунъий ўпка вентиляцияси ўтказиш, гиповолемия, ацидоз ва метаболик силжишларни бартараф қилишдан иборат.

*Титроқ тутиши* — узоқ давом этувчи амалиёт мобайнидаги иссиқлик йўқотиш ва совуқдан таъсирланиш оқибатидир. Титроқ тутишининг олдини олиш учун амалиёт хонасида 22 — 24°С ҳароратни сақлаб туриш, инфузион эритмалар ҳароратини тана ҳароратига тенглаштириш, махсус мосламалар воситасида беморни иситиш талаб қилинади.

*Тутқаноқ тутиши* гипоксия ва мия шишиши белгиси, инсулт, тромбоэмболия, гипогликемия, метаболик ацидоз ва алкалоз, гипокальциемия оқибатлари бўлиши мумкин. Тутқаноқ синдромида интенсив терапия нормал газ алмашинувини таъминлаш, гидроин ва кислота-асос мувозанатини тиклашдан иборат. Тутқаноқни йўқотиш учун 5 — 10 мг седуксен, 30 — 50 мг/кг ҳисобида натрий оксибутират ёки 5 — 6 мг/кг дозада гексенал, 20 — 40 мг лазикс юборилади.

Наркоздан кейинги даврдаги асоратлар аъзолар системаси бўйича қуйидагилардан иборат:

**Нафас аъзоларида** юз берадиган асоратлар (яллиғланиш, ателектаз, бронхитлар) аксарият эфир наркозидан кейин учрайди. Бу асоратларни профилактика қилишда операциядан кейинги даврда беморларга фаол ёрдам бериш (даво физкультураси, нафас гимнастикаси, балғам ажралишини фаоллаштириш, эрта ўриндан турғизиш), шунингдек антибиотиклар ва сульфаниламидларни қўллашнинг аҳамияти катта.

**Юрак** ишининг бузилиши заҳарли таъсир қиладиган циклопропан ва эфир қўлланишдан сўнг кўпроқ кузатилади. Ўткир юрак етишмовчилиги вужудга келиши, бу эса баъзан ўлимга олиб келиши мумкин. Профилактикаси: юрак дорилари юборилади ва наркознинг бирмунча мукамал турини қўллаш йўли билан наркотик модда камроқ ишлатилади.

**Жигардаги** асоратлар аксарият эфир ва хлороформ қўллашдан сўнг пайдо бўлади ва жигарнинг функционал бузилишлари билан юзага чиқади, бироқ ёғли айниш (дистрофия) ва ўткир сариқ (атрофия) касаллиги кузатилиши мумкин. Профилактикаси: миорелаксантлар қўлланиб, беморни уйқунинг паст босқичларида тутиб туриш ҳисобига наркотик моддалар дозасини камайтиришдан иборат.

**Буйрақларда** юз берадиган асоратлар аксари олигурия ва альбуминурия кўринишида юзага келади. Сийдикнинг нисбий зичлиги ошади, лейкоцитлар ва эритроцитлар пайдо бўлади. Одатда бу ҳодисалар тез ўтади ва махсус даволаш усулларини талаб этмайди.

Наркоз ва операциядан кейинги углевод алмашинуви бузилади, натижада ацидоз ривожланади. Ацидоз клиник жиҳатдан бош оғриши, кўнгил айниши, қусиш, уйқусизлик билан намоеён бўлади.

Оғир ҳолларда руҳий толиқиш юзага келади, бемор алаҳлайди, кома рўй бериши мумкин. Ацидозни аниқлаш учун ишқорий-кислотали ҳолатни билиш лозим. Шу мақсадда ҳозирги вақтда „Микро-Аструп“ ёки „АЗИВ“ аппаратларидан фойдаланилади. Ацидозга даво қилиш учун натрий бикарбонат, глюкоза инсулин билан қўлланилади. Организмнинг сувсизланишига ва гипохлорэмияга олиб келадиган сув-туз алмашинувининг бузилиши иккинчи асорат ҳисобланади.

Сув-туз алмашинуви бузилганда ажратиладиган сийдик миқдори ва ундаги натрий хлорид концентрациясини кузатиб бориш лозим. Кўп миқдорда суюқлик, ош тузи, физиологик эритма юбориш лозим.

**Периферик нервлар фалажи** наркоз вақтида бирорта нерв ўзагининг механик шикастланиши натижасида ва бирмунча камроқ ҳолларда наркотик модданинг марказий нерв системасига заҳарли таъсири натижасида содир бўлиши мумкин. Кўпинча елка чигали ёки қўл айрим нервлари (билак, тирсак, ўрта нерв) нинг фалажланиши кузатилади, бу — наркоз вақтида қўлни ёзиб қўйиш ёки нерв ўзагининг операция столи қирраси билан суяк ўртасида босилиб қолиши туфайли ўша нервларнинг чўзилиб кетиши натижасида юз беради. Фалажнинг енгил даражаси тез тузалади.

Бирмунча оғир фалажланиш ҳолларида эса махсус даво олиб борилади; прозерин, дибазол ишлатилади, электр муолажалар амалга оширилади.

**Ингаляцион наркозни қўллаш ва унга монелиklar.** Ҳозирги вақтда ингаляцион наркозни қўллаш бирмунча кенг тарқалган. Ингаляцион наркоз остида барча мураккаб операциялар бажарилади.

Ингаляцион наркозни қўллашга монелик қиладиган ҳоллар абсолют ва нисбий бўлади.

Наркоз қўлланганда ўлим юз бериши эҳтимоли бўлган ҳоллар абсолют монелик қиладиган ҳолат ҳисобланади. Асоратлар юз бериши эҳтимоли бўлган ҳоллар нисбий монелик қиладиган ҳолларга киради. Абсолют монелик қиладиган ҳоллар қуйидагилар:

1) декомпенсация босқичидаги юрак-томир системаси касалликлари, дори-дармонлар билан даволаш қор қилмайдиган руй-рост юзага чиққан гипертония касаллиги, шок, коллапс, ўткир анемия ҳамда интоксикация билан боғланган оғир турдаги гипотония;

2) аниқ кўринган ўпка етишмовчилиги билан кечадиган нафас аъзолари касалликлари—ўткир пневмония;

3) жигар функциясини қаттиқ бузадиган жигар касалликлари — гепатит ва бошқалар;

4) буйрак функциясини бузадиган касалликлар — ўткир нефрит;

5) кахексия ва камқонликнинг оғир босқичлари; бош мия ичи босими ошиши билан кечадиган касалликлар — ўсмалар ва бошқалар. Функционал бузилишлари камроқ юзага чиққан, юқорида айтиб ўтилган касалликлар наркозга нисбий монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади.

### **Маҳаллий оғриқсизлантириш ва унинг турлари**

Маҳаллий оғриқсизлантириш (анестезия) деганда беморнинг эҳсуши сақлаб қолингани ҳолда операция майдони соҳасидагина оғриқ сезувчанликнинг йўқолиши тушунилади.

Ҳозирги вақтда хирургия амалиётида маҳаллий оғриқсизлантиришнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади:

1) дори суртиб анестезия қилиш;

2) инфильтрацияли анестезия;

3) футляр (ниқоб) анестезия;

4) регионар анестезия;

5) вена ичи ва артерия ичи анестезияси;

6) суяк ичи анестезияси;

7) совитиш билан анестезия қилиш;

8) перидурал анестезия;

9) орқа мия анестезияси;

10) каудал, пресакрал, паранефрал анестезия.

Маҳаллий анестезия хавфсизлиги жиҳатидан хирургияда кенг қўлланиладиган усулдир. Оғриқсизлантиришнинг бу тури асосан

кичик операцияларда (аппендэктомия, чуррани кесиш ва ҳ.к.) қўлланилади, бироқ етарлича малака бўлганда маҳаллий анестезия остида катта операцияларни ҳам бажариш мумкин. Операцияларнинг қарийб 80% и маҳаллий офриқсизлантириш усулида қилинади.

Маҳаллий анестезия учун нисбатан хавфсиз ва кам токсинли новокаин кенг қўлланилади. Новокаин 0,25 — 0,5% ли эритма ҳолида ва баъзан ўтказувчи йўллар анестезияси учун 1 — 2% ли эритмаси ишлатилади. Стерил эритмаси операция хонасидан олдинги хонада сақланади. Новокаин эритмаси солинган флаконга „Новокаин эритмаси“ деб ёзилган ёрлиқ ёпиштирилиб, унда, концентрацияси ва тайёрланган вақти кўрсатилади. Новокаиндан фойдаланишда операция ҳамшираси ёрлиқни албатта текшириб, унинг бошқа модда эмас, балки новокаин эканлигига ишонч ҳосил қилиши керак.

Маҳаллий анестезия учун шприцлар, игналар ва новокаин учун идиш бўлиши зарур. Шприц ва игналарни дистилланган сувда алоҳида стериллаш лозим, чунки стериллаш жараёнида ишлатиладиган сода эритмаси новокаиннинг таъсирини камайтиради.

Маҳаллий анестезиянинг асоратлари камдан-кам ҳолларда рўй беради. Новокаинга сезувчанлиги юқори бўлган айрим беморларда новокаиндан заҳарланишнинг клиник белгилари намоён бўлади: бош айланади, ҳолсизланади, кўнгли айнийди, тери ва кўринадиган шиллиқ пардалар бўзаради, томир уриши тез, тўлиқлиги суст бўлади.

Бирмунча оғир заҳарланишларда безовталаниш, кўзғалиш, кўркүв сезгиси, галлюцинациялар, қусиш кузатилади. Тегишли клиник белгилари пайдо бўлганда анестезияни тўхтатиш, беморга амилнитрит ҳидлатиш (пахта бўлакчасига 5 томчи), 1 — 2 мл 20% ли кофеин эритмаси, 1 мл 1% ли димедрол эритмасини инъекция қилиш зарур. Барбитурат кислота препаратларидан бирини: 5 — 10 мл 2% ли теопентал-натрий эритмасини венага юбориш ёки 2 — 3 мл 10% ли барбитол-натрий эритмаси ёки 0,1 г люминал ичириш ёки 5 — 10 мл 5% ли этадаколдин-натрий эритмасини венага юбориш мақсадга мувофиқ.

Кислородли ингаляциялар буюриш муҳим. Новокаиндан ташқари, маҳаллий анестезия учун 0,5%, 1% ва 2% ли эритмалар ҳолида (стоматологияда), тримекаин (0,25 — 0,5—1% ли эритмаси инфилтрацион анестезия учун ва 2% ли эритмаси регионар ҳамда орқа мия анестезияси учун), лидокаин (0,25 — 0,5% ли эритмаси инфилтрация анестезияси учун, 1 — 2% ли эритмаси ўтказувчи йўллар ва орқа мия анестезияси учун), дикаин (0,3% ли эритмаси перидурал анестезия учун, 2 — 3% ли эритмаси суртиб анестезияланг учун) қўлланилади.

**Сақлаш.** А рўйхатда (совкаин, дикаин), Б рўйхатда — бошқа анестетиклар сақланади.

**Суртиш ва намлаш йўли билан анестезия қилиш** кўз касалликлари амалиётида урологияда, оториноларингологияда, бронхологияда ва бошқаларда қўлланилади. Офриқ сезгисини йўқотиш зарур бўлган

тўқима соҳалари I — 10% ли новокаин эритмаси ёки 0,1% ли совкаин эритмасига ҳўлланган тампон билан артилади ёки намланади. Шиллиқ парданинг катта қисмига, айниқса дикаин ва совкаин каби анестетикларни суртишдан заҳарланиш эҳтимоли борлиги учун хавфлидир.

**Инфильтрацияли анестезия.** Бу усул операция соҳасидаги ҳамма тўқималарга анестезия қилинадиган эритмани қаватма-қават қилиб шимдиришдан иборат. Бу мақсад учун одатда 0,25 — 0,5% ли новокаин эритмаси ишлатилади. Сўрилувчи инфилтрат усули билан анестезия қилиш қўйидагичадир. Кесма чизиғи бўйлаб тери ингичка игна билан лимон пўсти кўринишида анестезия қилинади, сўнгра йўғонроқ ва узунроқ игна билан бирмунча чуқур тўқималар инфилтрация қилинади. Инфильтрацияни аста-секин, қаватма-қават тўқималар кесилган сайин ўтказиш мумкин.

**Футляр анестезия.** Оғриқсизлантиришнинг бу тури оёқ-қўллардаги операцияларда қўлланилади. Кесма сатҳининг юқорисидан жгут боғланади, жгутдан пастроқда икки ёки уч нуқтадан тери орқали 0,25% ли новокаин эритмасини (500 — 800 мл) апоневроз остига чуқур инъекция қилинади. Новокаин эритмаси фасциал гилофларга юборилиб, бу ерда новокаин нерв тизимларига тушади ва оғриқсизлантирувчи таъсир юзага келади.

**Асорати:** жгут тез ечиб олинганда новокаин интоксикацияси юз бериши мумкин. Профилактикаси: жгутни аста-секин ечиш, **давosi** — юқорида айтиб ўтилган антидодларни ишлатишдан иборат.

**Регионар анестезия.** Новокаин эритмасини бевосита нерв ёки уни ўраб турган тўқималарга юборишга асосланган. Шу мақсадда 10 — 20 мл миқдордаги I — 2% ли новокаин эритмаси қўлланилади. Оғриқсизлантиришнинг бу тури бармоқлардаги операцияларда (Лукашевич усулида ўтказувчи анестезия) ва қўлдаги операцияларда (Куленкамф усулида ўтказувчи анестезия) кенг ишлатилади.

Асорати — нерв шикастланиши кузатилади.

**Давosi:** прозерин, дибазол, электр билан қилинадиган муолажалар.

**Вена ва артерия ичи анестезияси.** Анестезиянинг бу тури қўйидагича ўтказилади. Оёқ ёки қўл қонсизлантирилгандан сўнг ўша заҳоти эластик бинт билан операция майдонининг юқори чегараси устидан веноз жгут қўйилади. Пункция йўли билан ёки томир ажратилгандан сўнг томирга новокаин эритмаси юборилади. Қўл учун 60 — 80 мл, оёқ учун 100 — 200 мл 0,25 — 0,5% ли новокаин эритмаси ишлатилади. Оғриқсизлантиришнинг бу тури қўл-оёқдаги операцияларда қўлланилади. Жгут тез ечиб олинганда новокаин интоксикацияси рўй бериши мумкин. Бу асоратнинг олдини олиш мақсадида жгутни аста-секин ечиш зарур. Асоратларни даволаш учун антидодлар юборилади.

**Суяк ичи анестезияси.** Вена ичи анестезиясининг бир тури ҳисобланади. Оёқ ёки қўлга веноз жгут қўйилади, сўнгра суякнинг (товон суяги, сон суяги дўнглари, катта болдир суягининг устки метафизи, билак ва тирсак суякларининг бошчаси) говак моддасига



новокаин эритмаси юборилади. Новокаин эритмасининг миқдори ва концентрацияси анестезиянинг бундан олдинги туридаги кабилар. Оғриқсизлантиришнинг бу тури ортопедияда ва травматологияда таянч-ҳаракат аппаратидаги операцияларда кенг қўлланиладиган бўлди. Асоратлари, профилактикаси ва давоси бундан олдинги усуллардагига ўхшайди.

**Совитиб анестезия қилиш.** Шу мақсадда хлорэтил оксидатини оғриқсизлантириш керак бўлган тўқималар соҳасига йўналтирилади. Хлорэтил бугланганда ҳарорат кескин кўтарилади. Мана шу совитиш оғриқсизлантирувчи таъсирни келтириб чиқаради. Оғриқсизлантириш фақат тўқима юзасида, хусусан, терида юз беради. Кичикроқ операцияларда, масалан, юза жойлашган йиринглаган соҳани кесишда қўлланилади.

**Перидурал анестезия.** Оғриқсизлантиришнинг бу турида анестезия қиладиган моддани орқа мия анестезияси каби субарахноидал бўшлиққа эмас, балки перидурал бўшлиққа юборилади, қаттиқ мия пардаси тешилмайди. Анестезия қиладиган модда сифатида 3:1000 физиологик дикаиннинг эритмаси (20—30 мл), 1% ли тремикаин эритмаси (20—20 мл) ёки 1% ли лидокаин эритмасидан (20—30 мл) фойдаланилади.

Орқа мия анестезиясига қараганда оғриқсизлантиришнинг бу турида хавф-хатар кам бўлади. Оғриқсизлантирувчи таъсир 4—5 соат давом этади, ичакнинг операциядан кейинги парезлари юз бермайди. Ҳозирги вақтда узоқ давом этадиган перидурал анестезия қўлланилади. Оғриқсизлантиришнинг бу тури торакал операциялардан сўнг беморларда оғриқни йўқотишда қўлланилади. Камчилиги шуки, бажариш учун кўп вақт сарф бўлади, релаксация етарли эмас. Каудал анестезия перидурал анестезиянинг бир кўриниши ҳисобланади. Бу усул гистоскопия, геморроидэктомия ва айрим урологик амалиётларда оғриқсизлантириш ҳамда ҳомилдорнинг кўзи ёриши пайтида қўлланилади. Каудал анестезия учун 2% ли 20,0 мл маркаин, 1% — 20,0 мл дикаин эритмалари ишлатилади. Каудал анестезия ҳосил қилиш учун думғаза бўшлигининг дистал қисмига анестетик юборилади. Юборилган анестетик 1- бел умуртқаси сатҳигача тарқалади ва шу соҳа иннервацияси қилинади.

**Пресакрал анестезия** паравертебрал анестезиясининг бир кўриниши бўлиб, думғаза суягининг бештала тешигидан чиқувчи нерв толаларининг ўтказувчанлигини блокада қилишга асосланган. Анестезиянинг бу усули кичик чаноқ органлари, урология ва проктология амалиётларини бажаришда кенг қўлланилади. Анестетик ўрнида тримекаин, лидокаин ва новокаиннинг 0,5% ли эритмалари ишлатилади.

Кучли оғриқ синдроми ва вегетатив нерв системасининг жароҳатланиш ҳолларида маҳаллий анестетикларни юзага келтирувчи блокадалар кенг ишлатилади. Блокада воситасида носинаптик сигналларнинг узатилиши тўсилади, симпатик рефлектор механизми ва кўндаланг-тарғил мушаклар фаоллиги кучайишининг олди олинади. Акушерлик тажрибасидан парацервикал ва жинсий нерв блокадаси, оёқ ва

қўлдаги операцияларда озиқлантириш учун қуймич-сон нервлари ҳамда билакларга гилофли блокадалар ишлатилади. Бўйиннинг вагосимпатик блокадаси кўкрак қафаси ва органлари жароҳати ҳамда касаллиги оғриқ синдромини четлаштиришда самарали тадбир ҳисобланади.

**Паранефрал** блокада рефлектор анурия, меъда-ичак йўли парези ва шу сингфрал ҳолатларни даволаш тадбири сифатида ишлатилади. Блокада қилиш учун новокаиннинг 0,2% ли эритмасидан 80,0 мл миқдорида паранефрал соҳага юборилади.

**Орқа мия анестезияси.** Оғриқсизлантиришнинг бу турида анестезия қиладиган орқа миянинг субарахноидал бўшлиғига юборилади. У орқа мия суюқлиги билан аралашиб, орқа мия нервлари иллизини намлайди, натижада оғриқсизлантирувчи таъсир юзага келади. Анестезия қилинадиган модда юбориладиган жойнинг пастиди оғриқсизлантириш юзага келади. Анестезия учун 1 — 2 мл 5% ли новокаин, 0,5 — 1 мл 1% ли совкаин, 1 — 2 мл 2% ли тримекаин, 1 — 2 мл 2% ли лидокаин эритмаси қўлланилади.

Анестезия бошлангандан сўнг сезувчанликнинг ҳамма тури (оғриқ, тактил сезги, температурани сезиш) йўқолади. Орқа мия анестезияси артериал босимни бирмунча тушириб юбориши мумкинлигини унутмаслик керак. Шунинг учун бемор кўпинча ётган ҳолатда бўлиши зарур.

Препарат юборилгандан сўнг бемор чалқанча ётқизилади. Боши баландроқ кўтариб қўйилади. 10 — 15 дақиқадан сўнг анестезия юз беради. Новокаин ишлатилганда анестезия тахминан 1 — 1,5 соат, новокаин, тримекаин, лидокаин ишлатилганда 2 — 5 соатга чўзилади. Орқа мия анестезиясида қорин бўшлиғи, кичик чаноқ аъзолари ва оёқда турли хил операцияларни ўтказиш мумкин. Қуйидаги асоратлар кузатилиши эҳтимоли бор: 1) пункция вақтида игна учи сезувчан нерв иллизига тегиб кетганда қаттиқ оғриқ пайдо бўлиши; 2) артериал босим пасайиб кетиб, ҳатто коллапс рўй бериши мумкин. Асоратларида даво қилиш учун қон ва қон ўрнини босадиган суюқликлар қўйилади, мезатон, эфедрин, адреналин, юрак дорилари юборилади.

Анестезия даражаси юқори бўлганда нафас тўхташи мумкин, буни сунъий нафас олдириш йўли билан бартараф қилинади, бундан ташқари, лобелин буюрилади. Баъзан беморнинг ҳарорати бир оз кўтарилади, кўнгли айнийди, қусади, боши оғрийди, сийдиги тугилади. Бундай ҳолларда симптоматик даво қўлланилади.

### **Анестезист-фельдшер (ҳамшира) ишининг хусусиятлари ва беморларни наркоздан кейинги парвариши**

Анестезист-фельдшер қуйидаги вазифаларни бажаради:  
— анестезиолог-шифокор буюрган дори-дармонларни беморга юбориш;

— наркоз учун анестезиологик аппаратура, шунингдек асбоблар, медикаментлар, наркотик воситалар, кислород ва бошқаларни тайёрлаш;

— наркоздан сўнг асбоблар ва аппаратларни тозалаш ва дезинфекция қилиш;

— беморни наркозга ўз вақтида етказиш ва уни операция столига ётқизишни устидан назорат қилиш;

— наркоз даврининг бошидан-охиригача — бемор уйғониб бўлгунга қадар анестезиолог-врачга доимо ёрдам бериб туриш;

— операция вақтида наркоз картасига пульс, нафас, артериал босим ва бошқа кўрсаткичларни ёзиб бориш;

— операция қилинган беморни операциядан кейинги палатага кўчириш, уни кузатиш ва анестезиолог-шифокор рухсатисиз операция хонасидан кетмаслик;

— оғриқсизлантиришга сарфланган препаратларнинг ҳисобини олиб, уларни дорихонадан ўз вақтида регистрация қилиш;

— анестезиология асосларини билиш, зарурат бўлганда ниқобли наркоз бера олиши ва бошқариладиган нафасга ўтказиш олиши лозим.

Операциядан сўнг дастлабки кунларда анестезиолог-врач ва анестезист-ҳамшира беморнинг аҳволидан хабардор бўлиб туради. Функционал қаравот олдиндан тегишли ҳолатда ўрнатиб қўйилади. Иситгичлар, нам кислород учун аппарат, томизгичлар учун таглик, аспиратор, тонометр, фонендоскоп, стерил шприцлар, реанимация тadbирлари учун зарур бўлган дори-дармонлар тўплами, салфеткалар, оғиз кенгайтиргич, тил туткич, ҳаво ўтказгич, ларингоскоп, трахеостом учун тўплам, артерия ичига қон ҳайдаш учун система ва дефибрилятор тайёрлаб қўйилади.

Одатда, операциялардан сўнг бемор ёстиқсиз чалқанча бошини ёнбошга қилиб ётқизилади. Оёғига иситгич қўйиш ва бурунга нам кислород бериш йўлга қўйилади, қон ёки қон ўрнини босадиган суюқлик венага томизилади. Пульс, нафас, терининг ранги кузатиб борилади ва артериал босим ўлчанади. Бу маълумотларнинг ҳаммаси махсус картага ёзиб қўйилади. Беморнинг ҳолатига қараб бу маълумотлар 15, 30 ёки 60 дақиқадан сўнг ёзиб борилади. Анестезист-ҳамшира барча ўзгаришлар ҳақида анестезиологга хабар қилиб туриши лозим. Беморни бир зум ҳам ёлғиз қолдирмаслик шарт.

Интубацион наркоздан кейин анестезиолог трахеядан найчани мустақил нафас олиш батамом тиклангандан кейингина чиқариб олади. Бунда тилнинг орқага кетиб қолиши олдини олиш учун ютиш рефлeksi пайдо бўлгунга қадар беморнинг бошини ён томонга энгаштириб туриш лозим. Шу мақсадда баъзан беморнинг ўзига ҳаво ўтказгич киритиш лозим бўлади. Беморни атайлаб уйғотиш керак эмас. Қусуқ массасидан аспирация юз беришининг олдини олиш учун беморнинг боши ён томонга бурилади, салфеткалар ва сургич билан вақт-вақтида оғиз бўшлиғи тозалаб турилади, суюқлик ичишга йўл қўйилмайди.

Беморни мунтазам кузатиб бориб, унинг томир уриши ўрганилади, артерия босими ўлчаб турилади, нафас олиши кузатиб борилади, шундагина асорат хавфини пайқаб олиш ва уни ўз вақтида бартараф қилиш учун чоралар кўриш мумкин. Таъсир кучи давомли миорелаксантлар билан ўтказилган наркоздан кейин нафас тўхташи кечикиб юз бериши мумкин, бундан олдин бемор ланж бўлади, мушаклари бўшашиди, юзаки нафас олади. Бундай ҳолларда кислород бериш, прозерин (миорелаксантлар антидоти), атропин юбориш керак.

Баъзан артериал босимнинг кескин пасайиб кетиб (қоллапса ўтадиган), оғриқ шоки, қон йўқотиш, ўткир юрак сустлиги ва етишмовчилиги, нафас ва буйрак усти безларининг етишмовчилигига сабаб бўлиши мумкин. Бунда тезкор терапия чораларининг ҳаммаси ишга солинади.

Наркоз асоратлари орасида бронхга шилимшиқ ёки қон тиқилиб қолиши сабабли юз берадиган ўпка ателектази кўпроқ келиб чиқиши мумкин. Ателектазни бартараф қилиш учун бронхоскопия ўтказилади, профилактика тариқасида суткасига 3 — 5 дақиқада 10 — 12 нафас гимнастикаси (қорин ва кўкрак учун), йўталиб туфлаб ташлаш, резина ўйинчоқлар ёки шар пуфлаш (ўпкада ҳаво босимини ошириш унинг ёзилишига имкон беради) тавсия этилади.

Асоратсиз маҳаллий анестезияда операциядан кейин беморни парвариш қилишга ҳожат бўлмайди. Даволаш касалликнинг характерига ҳамда ўтказилган операцияга кўра олиб борилади.

Орқа мия анестезиясидан кейин бемор чалқанча ётқизилади, боши тагига ёстиқ қўйилмайди, ўрнидан туришга рухсат этилмайди. Беморни шу вазиятда 2 сутка мобайнида сақлаб туриш лозим. Албатта, бундай ҳолларда, худди наркоздан кейин бўлганидек, беморнинг томир уриши ва артериал босими мунтазам текшириб турилади.



### **Талабаларнинг мавзуга доир билимини аниқлаш учун тестлар**

1. Наркознинг қайси босқичида операция қилинади?
  - а) 1;
  - б) 2;
  - в) 3- а.
  - г) 3- б;
  - д) 4.
2. Наркоздан кейинги энг кўп учрайдиган асорат:
  - а) кардит;
  - б) юракнинг тўхташи;
  - в) нефрит;
  - г) бронхит;
  - д) зотилжам.

3. Музлатиш йўли билан огриқсизлантиришда қуйидагилардан қайси бири ишлатилади?

- а) новокаин;
- б) дикаин;
- в) лидокаин;
- г) совкаин;
- д) хлорэтил.

4. Интубация учун қандай ашёлар керак бўлади?

- а) ларингоскоп;
- б) шпатель;
- в) эндотрахеал най;
- г) най учун мандрен;
- д) юқоридагиларнинг ҳаммаси.

5. Қайси наркотик модда газсимон?

- а) эфир;
- б) хлорэтил;
- в) фторотан;
- г) хлороформ;
- д) азот (I)- оксид.



*Эслатма: тўғри жавоблар тагига чизилган.*

### ***Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар.***

1. Маститнинг юзаки тури билан огриган беморнинг новокаинга аллергияси борлиги аниқланди. Операцияда маҳаллий анестезия қилиш учун беморга огриқсизлантиришнинг бошқа қайси усулини қўллаш мумкин?

2. Меъда яраси ташхиси билан операция қилинаётган беморнинг териси операция вақтида тўсатдан кескин оқариб, муздек тер чиқди. PS кескин тезлашиб, А/Б кескин пасая бошлади. Кўп ўтмай, PS ипсимон бўлиб, юрак уриши тўхтади.

**Савол:** Нима учун беморда бундай ҳолат юз берди?



## **VII. ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ДАВР**

Операцияга тайёргарлик кўриш даври (операциядан олдинги давр) бемор стационарга келган ёки шифохонага мурожаат қилган пайтидан бошлаб, то операция бошлангунча ўтадиган вақтни ўз ичига олади. Операцияга тайёргарлик даврини босқичга ажратиш мумкин: ташхис қўйиш ва беморни хирургик йўл билан даволашга тайёрлаш. Дастлабки босқичда ташхис қўйилади, турли аъзо ва системаларнинг аҳволи текшириб кўрилади ва операция қилиш учун

маълумотлар аниқланади. Кейинги босқичда эса бемор операцияга тайёрланади. Операциядан олдин беморнинг меъда-ичак системаси тозаланади.

Меъда ва ичакнинг дам бўлиши юрак ва ўпканинг (системасининг ҳам) функциясини бузади. Операция меъда-ичак системасида бажарилаётган бўлса, улардаги моддалар қорин бўшлиғига тушиб, қорин пардасини яллиғлантиради. Операция пайтида меъданинг тўла бўлиши наркозда кўнгил айниб, операция пайтида асфиксияга олиб келиши мумкин.

Овқатнинг меъдадан ичакларга ўтиши бузилмаган ҳолларда уни операцияга тайёрлашнинг ўзи кифоя қилади. Агар меъдада овқат эвакуацияси бузилган бўлса, операциядан олдин у сўриб олинади. Бунинг учун йўғон меъда зондидан ва катта шприцдан (Жане) фойдаланилади. Меъдада куюқ овқат қолдиқлари ва шиллиқ бўлса, уни ювиш керак бўлади. Бундай ҳолларда шприц ўрнига зонд учига катта шиша воронка кийгазилади.

Беморни операцияга тайёрлашда унинг бадан терисини тайёрлаш катта аҳамиятга эга, чунки тери бурмаларида, тешикчаларида кўплаб микроблар тўпланган бўлади. Шунинг учун ҳам беморни операция арафасида чўмилтириб, кийимлари алмаштирилади.

Операция кунни беморнинг сочлари, тирноқлари олиниб, соқол-мўйловлари қирилади. Операциядан бир кун олдин бемор умумий ванна қабул қилади. Ҳар бир беморни чўмилтириш учун ваннани иссиқ сувда мочалка ва чўткаларни қайнатиб стериллаш тавсия қилинади.

Ванна ювилгандан кейин у 3% ли лизол эритмаси ва илиқ сув билан чайиб ташланади. Беморни чўмилтиришдан олдин 37—38°C ли сув билан 3/2 қисмигача тўлдирилади. Ювинишда беморга ёрдам бериб, унинг териси рангидан ва айниқса аҳволдан хабардор бўлиб туриш керак.

Умуман, беморларни операцияга тайёрлашнинг маҳаллий, умумий ва махсус турлари бор.

Маҳаллий тайёргарликда бемор тозалигига алоҳида аҳамият берилади. Унинг операция майдони атрофидаги туклари қирилади. Масалан, аппендицитда қорин олдинги деворининг (қов соҳасини кўшиб) 3/2 қисмининг туклари қирилади. Бунинг учун терини жароҳатламайдиган ўткир устаралардан фойдаланиш зарур. Тери операция арафасида қирилган бўлса, терининг кесилган жойларига инфекция тушиб, йиринглаб кетиши ва операцияни кечиктиришга сабаб бўлиши мумкин. Туклар қирилгандан кейин терини спирт, диоцид ёки бошқа антисептик эритма билан артиш керак.

Умумий тайёргарлик муҳим ҳаётий функцияларни нормаллаштиришга қаратилган бўлиб, хирург билан анестезиолог уни бирга ҳал қилади. Инсон организмнинг ички имкониятларини аниқлаш учун содда, аниқ маълумот олиш мумкин бўлган усуллардан (Штанге, Генча ва б.) фойдаланилади. Нафас чиқариб тутиб туриш 12 — 10 с дан кам бўлса, бу юрак-томирлар, нафас олиш система-

ларининг функционал ҳолати ва имкониятларини пастлигини билдириб, наркоз ва операциянинг хавфи катта эканлигидан далолат беради.

Беморни санитария ва гигиеник жиҳатдан озода қилиш тўла ва қисман бўлади. Тўла санитария ишловида режали операция арафасида бемор тирноқларини олиш, душ ёки ванна қабул қилиб операция қилиниши керак бўлган соҳани тозалаб ювиш керак. Бемор операцияга тайёрланаётган палата поли, ҳамма нарса кечқурун хлораминнинг 0,5% ли эритмаси билан артилиши, шамоллатилиши ва ультрабинафша нурлар билан нурлантирилиши керак.

Бемор қисман санитария ишлов бериш шошилинич операциялардан олдин амалга оширилади. У тирноқларни олиш, қўлни, оёқларни ва тананинг бошқа ифлосланадиган қисмларини гексахлоран суспензиясида ҳўлланган сочиқ билан артишни ва операция майдонидаги сочни қиришни ўз ичига олади.

Операция арафасида бемор қўл соати, узуклари ва бошқа қимматбаҳо буюмларини сақлаш учун топширади. Премедикациядан олдин бемор қовуғини бўшатиши, кўзойнак, олинадиган контакт линза ва протез тишларини олиб, уларни палатада қолдириши лозим.

Операцияга тайёргарлик кўриш даврининг қанча давом этиши касалликнинг хусусиятига, беморнинг умумий аҳволига, операциянинг шошилиничлик даражасига ва хирургик йўл билан даволашнинг кўламига боғлиқ равишда ўзгариб туради. Кечиктириб бўлмайдиган операцияларда (қон кетишини тўхтатиш, чувалчансимон ўсимта ўткир яллиғланганда, меъда яраси тешилганда, ҳомила бачадондан ташқарида бўлган ҳолларда) операцияга тайёргарлик кўриш даври қисқа бўлади. Бу фурсат ичида фақат оддий тадбирлар (ювиниш, сочни олиш), шунингдек текширишлар (қон ва сийдикни текшириш, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғини рентгенологик текшириш) амалга оширилади.

Оғир аҳволдаги беморлар учун операция зудлик билан қилинадиган бўлса, сув муолажалари қўлланилмайди. Юрак ва томирлар, трансплантология хирургиясида, меъда ва ўт йўллари тиклаш хирургиясида операцияга тайёргарлик даври баъзан бир неча ҳафтага чўзилиб кетади.

Беморни операцияга тайёрлашнинг аҳамиятини баҳолаш мушкул, чунки қилинадиган операциянинг муваффақиятли ўтиши кўпинча ана шу тайёрлашга боғлиқ бўлиб қолади. Хирург операцияга тайёргарлик кўриш давридаёқ хирургик йўл билан даво қилинаётган пайтда эҳтимол тутилган қийинчиликларни олдиндан кўра билиши керак. Бу қийинчиликлар шартли равишда оғриқсизлантиришнинг тури, қон кетиш эҳтимоли, операция шоки ёки ҳаётий муҳим аъзоларнинг шикастланиши эҳтимоли билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Беморни операцияга тайёрлаш даврида ўзгаришга учраган аъзолар фаолияти коррекция қилинади. Катта ҳажмдаги радикал операция паллиатив операцияга нисбатан катта захираларни талаб қилади.

Операцияга тайёргарлик даврида режали операциялар куйидагича ажратилади: 1) олис, 2) яқин орадаги ва 3) бевосита операцияга тайёргарлик кўриш даври. Масалан, олис операцияга тайёргарлик кўриш даврида беморда бўқоқ ёки тугма юрак касали бўлса, санаторий давоси қўлланилади, бодомсимон без ва чириган тишлар санация қилинади. Яқин орадаги операцияга тайёргарлик кўриш даврида (7 — 15 кун давомида) соматик системанинг умумий ҳолати яхшиланади, бевосита операцияга тайёргарлик кўриш даврида эса санитария ишлови ўтказилади, қовуқ ва тўғри ичакдаги моддалар чиқариб юборилади. Операциядан олдин беморнинг оғирлиги ва қон босими ўлчанади. Бемор кийимлари ечилиб, оқ халат кийдирилади ва ҳамшира беморнинг ўзини, касаллик тарихи ва текшириш натижаларига оид ҳужжатларни олиб операция хонасига киради.

Бевосита операцияга тайёргарлик даври тадбирлари ва белгиланган турдаги (стенозда меъдани тозалаш, йўғон ичакни резекция қилишдан аввал уни сифонли ҳуқна қилиш, йирингли ўпка касалликларида нафас йўллари санация қилиш) операцияга тайёрлаш учун ўзига хос тадбирлар тафовут қилинади: ҳар қандай операция олдидан беморни тайёрлаш даври учун бир хил ва мажбурий бўлган тадбирлар (гигиеник сувли ванна, сочни олиш, ҳуқна қилиб тозалаш, қовуқни бўшатиш) бевосита операцияга тайёргарлик кўриш даври учун тегишлидир.

**Беморни руҳан тайёрлаш.** Хирургик операциядан олдин бемор у ёки бу даражада руҳан эзилиши мумкин. Буни баргараф этиш ёки камайтиришнинг уддасидан чиқилса, бу беморни операцияга тайёрлашга ҳам операциядан кейинги натижаларга ҳам яхши таъсир кўрсатади. Тиббиёт ходими беморнинг асаб системасини бутун даволаниш даврида, айниқса, яқин орада бўладиган операцияга тайёргарлик кўриш даврида авайлаб-асраши зарур. Бу даврда беморда бўлажак операция билан боғлиқ кўрқув ва ишончсизлик пайдо бўлади, салбий кечинмалар юзага келади, кўпдан-кўп саволлар туғилади. Буларнинг барчаси организм реактивлигини пасайтиради. Шунинг учун саволларга тўлиқ, ишончли жавоб бериб, улардаги кўрқувни йўқотиш лозим.

Операцияга тайёргарлик кўриш даврида бемор билан шифокор ўртасидаги алоқа айниқса кучаяди. Врачнинг беморни операция яхши тугашига ишонтира олиш қобилияти ҳамда даволаш беморга янгидан-янги куч бағишлайди. Оғир, тузатиб бўлмайдиган касалликларда (масалан, хавfli ўсма касалликларида) шифокор онгли равишда ҳақиқатни бемордан яширади, акс ҳолда бемор соғайиб кетишига бўлган сўнгги умидини ҳам йўқотади ва касаллик янада тезлик билан авж ола бошлайди.

Операцияга тайёргарлик кўриш даврида уйқусизликка ва оғриққа қарши кураш муҳим аҳамиятга эга. Шу мақсадда уйқу, асабни тинчлантирувчи (транквилизаторлар) ва оғриқсизлантирувчи доридармонлар (анальгин, промедол, омнопон, морфин) қўлланилади.



Беморнинг соғайишига ўзини-ўзи ишонттира олиши, шунингдек, соғайиши ҳақиқат эканига ишонттира олиш ва тиббий гипноз катта аҳамиятга моликдир. Белгиланган операция кунини болаларга ва ҳис-туйғуга тез бериладиган беморларга билдирмаган маъқул; бундай беморларга наркоз беришни палатадаёқ ёки операция хонасидан олдинги хонада (операцияга тайёрланиш хонасида) бошлаш мақсадга мувофиқ.

Ҳар бир ҳолда ҳам операцияга беморнинг розилигини олиш зарур. Агар бемор ҳушини йўқотган бўлса ёки руҳий касаллик туфайли муайян жавобни бера олмаса, у ҳолда хирургик йўл билан даволаш масаласи шифокорлар консилиуми билан ҳал этилади. Бемор болани операция қилиш учун унинг ота-онаси розилигини олиш зарур. Жуда шошилиш операцияларда, бемор боланинг ота-онаси бўлмаса, у ҳолда бу масала ҳам консилиум йўли билан ҳал этилади.

### **Меъда-ичак системасини рентгенологик текширувга тайёрлаш**

Бунда рентгеноконтраст моддаларнинг қизилўнғач, меъда, ўн икки бармоқли ичак, ингичка ва йўғон ичаклар орқали юбориб, рентгенологик текширув ўтказилади. Бу текширишлар беморнинг меъда, ичагини ахлат ва елдан тозалашга қаратилган махсус тайёр-гарликдан кейин амалга оширилади. Бемор текширув арафасида қаттиқ овқат (қора нон, картошка, бодом, ўрик ва бошқалар) емаслиги керак. Кечқурун ва текшириш кунини эрталаб тозаловчи ҳуқна қилинади. Текшириш арафасида ва шу кунини ичакда ел ҳосил бўлиши (метеоризм)нинг олдини олиш учун сурги дори берилмайди. Меъдада кўп суюқлик йиғилиб қолганда уни бир неча кун давомида ювиб бориш керак. Ичилган контраст (дори) моддалар одатда йўғон ичакка бир кеча-кундуздан кейин ўтади ва шунинг учун беморни ҳуқна қилмасдан текшириш керак.

Агар бемор текширишга яхши тайёрланган бўлса, рентгенологик усул диагностика учун қимматли маълумотлар беради.

### **Ўт пуфаги ва йўлларини рентгенологик текширишга тайёрлаш**

Холецистография — жигарнинг йоднинг айрим бирикмаларини қонга сингиб, уларнинг ўт билан ажралиб чиқариш қобилияти ва ўт пуфагида йиғилишини ўрганишга асосланган.

Холецистографияга ҳипагност, осбил, холевит ва бошқа дорилардан бирортасини кечқурун бир марта ва бўлиб-бўлиб қабул қилиш йўли орқали тайёрланиш мумкин.

Холеграфия ўт йўлларини рентгенологик текшириш усулидир. Юқоридаги текширишлар яхши натижа беришида беморларни тўғри тайёрлашнинг аҳамияти катта.

Текширишдан 15 — 20 соат ва 1 — 1,5 соат олдин беморга тозаловчи ҳуқна қилинади, чунки ичак ахлат ва елдан холи бўлиши керак.

## Беморни режали операцияга тайёрлаш

Режали операция ўтказиш учун мажбурий ва махсус текшириш турлари белгиланади. Мажбурий минимум текширишга: кўздан кечириш, пальпация, аускультация киради. Шу билан бирга қон, сийдик ва нажаснинг умумий таҳлили, қон босимини ўлчаш, айрим ҳолларда кўкрак қафасининг умумий рентген тасвири, қон гуруҳи ва резус омилни аниқлаш лозим. Кекса ёшдаги беморларни текширишда электрокардиография ва терапевт маслаҳати қўшилади. Махсус текширишларда, масалан, қонни текшириш лозимлигини инобатга олиб: а) бактериологик, серологик, б) биокимёвий, в) морфологик текширишлар ўтказилади. Шу жумладан, сийдикни текширишда Земницкий-Абурже, Аддис-Каковский, Ничепоренко синамалари, қанд миқдорини аниқлаш ва биокимёвий текширишлар қўлланилади.

**Юрак-қон томир системаси.** Юрак-қон томир системасини текширишда бирор хил касаллик (юрак пороги, гипертония касаллиги ва ҳ.к.) аниқланади. Беморларда артериал босим (айрим ҳолларда веноз босим ҳам), пульс албатта ўлчанади, электрокардиография, оксигеометрия (қоннинг кислородга тўйинишини аниқлаш) ва умумий қон таҳлили қилинади. Бирорта патология аниқланганда шифокор керакли дори-дармонларни беморга буюради ва уни бартараф қилиш чоралари кўрилиб даволанади.

**Нафас аъзолари.** Нафас аъзоларини текширишда юқори нафас йўллари катари, бронхит, ўпка яллиғланишини аниқлаш, операциядан олдинги даврда бу яллиғланиш жараёнларини йўқотиш керак. Оғриқсизлантириш турини танлашда УТС (ўпканинг тириклик сизими; нормада 3500 — 4500 мл) аниқланади. Штанге синамаси (бемор максимал нафас олганда қанча вақт нафасни тутиб тура олиши; нормада 40 — 50 секунд) ва Гообразе синамаси (ўшанинг ўзи, бироқ максимал нафас чиқарганда нормада 15 — 20 секунд) қилиб кўрилади. Мураккаб операцияларда, айниқса ўпка ва юрак операцияларига тайёрлашда спирография, юрак бўшлигини зондлаш ва бошқа текширувлар ўтказиш шарт.

**Ҳазм аъзолари.** Оғиз бўшлигини соғломлаштиришда (санацияга) милкнинг яллиғланиши ва чириган тишларни олдиришга катта аҳамият берилади. Меъда-ичак йўлларида бирор касаллик (гастрит, меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра касаллиги, колит, бавосил ва ҳ.к.) борлиги аниқланганда улар дори-дармонлар билан даволанади. Операция умумий наркоз остида олиб бориладиган ҳолларда жигар функциясини текшириб кўриш зарур (зардобнинг умумий оқсели ва унинг фракциялари, Таката-Ара, тимол ва формалинни синамалар).

**Сийдик-таносил системаси.** Сийдикнинг умумий таҳлили ва Зимницкий синамаси қилинади, қолдиқ азот аниқланади. Керак бўлганда урологик текшириш ўтказилади. Буларга вена ичига дори юбориб экскретор урография, уретрома юбориб, цистография ёки

цистоскопиялар қилиш киради. Аёллар операциядан олдин албатта гинекологик текширилади. Патология топилганда тегишлича даво олиб борилади. Операция вақтида ва операциядан кейинги даврда қон кетиши хавфининг кучайиши сабабли ҳайз кўриш даврида операция қилинади.

**Қон ва қон яратувчи аъзолар.** Операциядан олдин қоннинг умумий анализидан ташқари қон оқиши ва қон ивиш вақти аниқланади. Мураккаб операциялардан олдин коагулография ва тромбозэластография қилинади. Операция вақтида ва операциядан кейин беморда қон ивиши пасайса, бемор кўп қон йўқотиши мумкин. Қоннинг ивиш хусусияти ошганда тромбозлар ва эмболиялар пайдо бўлади. Қонда юз берган ўзгаришларни назарда тутиб операциягача керакли ўзгартириш қилинади.

**Асаб-руҳий сфера.** Бемор психикасини эҳтиёт қилиш зарур, чунки унга озор етказиш касаллик кечишини оғирлаштиради. Айрим беморлар ўзида рак касаллигини борлигини билгандан кейин руҳан эзилади: ўйчан бўлиб қолади, иштаҳа ва уйқуни йўқотади.

Тиббиёт ҳамширасининг вазифаси беморни тинчлантириш ва унга тасалли бериш. Унга бўлажак операциянинг нечоғлик зарурлигини тушунтириш, операциянинг яхши натижа билан тугашига ишонтириш, мисол тариқасида шундай операцияни бошидан кечирган беморларни тузалиб кетганлиги тўғрисида сўзлаб бериш керак. Тиббиёт ҳамшираси бирор ҳолатни тушунтиришда даволовчи шифокорнинг тағлирига асосланиши лозим. Маълумотлар бир-бирига тўғри келмаган ҳолларда бемор тиббиёт ходимига ишонмай қолади.

Касаллик тарихининг бемор қўлига тушиб қолишига асло йўл қўймаслик керак, чунки махсус билими бўлмаган бемор ундаги маълумотларга тушунмай, ўзича нотўғри хулоса чиқариши мумкин.

**Тери қопламлари.** Тери қопламларини кўздан кечирганда йиринглаган жой, яллиғланган инфилтратлар борлигига аҳамият бериш керак. Теридаги ҳамма яллиғланиш жараёнларини тугатиш зарур, чунки операциядан кейин бу касалликлар эндоген инфекция манбаи бўлиб қолиши ва ҳатто йирингли жараённи авж олдириб, оғир асоратлар келтириб чиқариши мумкин.

Операциядан бир кун олдин бемор гигиеник ванна қабул қилади, операция майдони соҳасидаги тук-жуңлар фақат операция қилинадиган куни тозаланади.

### **Ёши улғайган беморларни операцияга тайёрлаш хусусиятлари**

Беморларни операцияга тайёрлашнинг умумий қонун-қоидалари ҳамма учун бир хил, бироқ организмнинг ички имкониятлари камайиб кетиши ва операция жароҳатига қаршилиқ кучининг пасайиши сабабли катта ва кекса беморлар атрофлича текширишга ҳамда тегишлича медикаментоз тайёрланишга муҳтож бўладилар.

Ёши катта кишиларнинг юрак-томир системасида кўпинча ёшга оид ўзгаришлар кузатилиб, қон айланиш етинимовчилиги аломатлари билан ўтади. Уларни, албатта, электрокардиограмма қилиб, кейин терапевт маслаҳати ўтказилади, кардиотроп дори-дармонлар тайинланади. Уларда аксарият пневмосклероз ва ўпка эмфиземаси кузатилади. Жигар ва буйракларда ҳам маълум ўзгаришлар содир бўлади. Буларнинг ҳаммаси касалликнинг ўтишини анча оғирлаштиради ва операциядан олдинги тайёргарлик муддатини узайтириб юборади. Бундай беморлар учун нафас гимнастикаси операциядан кейин содир бўладиган пневмониянинг олдини олишда муҳим восита бўлиб хизмат қилади.

Ёши катта беморлар ичак функцияси етарлича ишламаганидан қабзиятдан нолиб юрадилар. Операциядан олдин уларга тегишли юмшоқ парҳез овқатлар тайинланади, вақт-вақтида тозаловчи ҳуқна қилинади.

Беморга илиқ душ хонасида санитария ишлови ўтказилади. Ваннага тушиши буюрилган бўлса, сув ҳарорати 36 — 37°C дан ошмаслиги керак. Организмнинг қаршилиқ кучи камайганлигини ҳисобга олиб уни совқотишдан асраш лозим.

Гуруҳдаги беморларга барбитуратларни эҳтиётлик билан буюриш керак (нафас маркази фаолиятининг пасайиши, жигар ва буйрак функциясининг бузилиши). 60 дан ошган кишиларга ҳар қандай дори воситаларини буюришда юқори миқдор эмас, балки катталарга бериладиган умумий миқдорнинг 3:4 — 1:2 қисмини қўллаш лозим. Бундай кишиларга наркотик воситаларини танлаш ҳам ҳолат қийин. Морфин нафас бузилишига сабаб бўлгани учун уни юбориш тавсия қилинмайди. Пантопон ва промедол қўллаган маъқул.

### **Ҳолсизланган беморни операцияга тайёрлаш хусусиятлари**

Ўпка, меъда-ичак йўллари сурункали яллиғланиши натижасида организмнинг ҳимоя кучи камайиб, сув-электролит баланси бузилади ва анемия оқибатида озиб кетади. Натижада операциядан сўнг шок пайдо бўлишига, жароҳатнинг яхши битмаслигига ва аъзоларда асоратлар авж олишига мойиллик тугдиради. Бундай беморларга такроран қон қуйилади. Витаминлардан В<sub>12</sub>, С, А, 40% ли глюкоза эритмаси юборилади, темир препаратлари камполон тайинланади. Организм сувсизланганда 1,2 — 3 литр физиологик эритма (Рингер-Локк) ёки 5 — 10%ли глюкоза эритмаларидан қуйиш буюрилади. Юрак иши сусайганда юрак гликозидлари, камфора, кордиамин қўлланилади.

Бемор жуда озиб кетганда ва одатдаги усулда овқатлантириб бўлмаганда **озиқлантирувчи ҳуқналардан** фойдаланилади. Аввал ичакларни тозалаш мақсадида оддий тозаловчи ҳуқна қилинади.

Йўғон ичак орқали сув, ош тузи, глюкоза ва спиртгина сўрилиши мумкинлигини эздан чиқармаслик керак, шунинг учун озиклан-тирувчи ҳуқна таркиби (0,85 % ли ош тузи эритмаси, тенг миқдорда олинган 5% ли глюкоза ва 4—5%ли спиртли эритма) 37—40° гача иситилиб, сутқасига 2 литргача юборилади. Тўғри ичак орқали адаки-каопептид гемодез, желатинол полидиз ва бошқа стандарт эрит-маларни юбориш мумкин.

Бироқ бундай ҳолларда парентерал овқатлантириш усулини қўллаган яхши. Шу мақсадда венага 300 — 500 мл дан албудакика, протеин, казеин гидролизати ва қон ўрнини босадиган бошқа суюқликлар, 40% ли глюкоза эритмаси инсулин билан венага ёки тери остига юборилади. Витаминлар комплексини қўллаш зарур. Ёғ препаратларидан интролипид ва липофундин қўлланилади.

### **Болаларни операцияга тайёрлаш хусусиятлари**

Тиббиёт ҳамширасининг касал болага ғамхўрлик қилиб, уни кунт билан парвариш қилиши боланинг тез соғайиб кетишига имкон беради.

Болаларда операция ўтказиш учун ота-онаси ёки қариндош-ларининг ёзма розилигини олиш шарт. Уларга операциянинг хусусияти, оғир-енгиллиги, хавфи, шунингдек қандай натижа билан тугаши мумкинлигини тушунтириш лозим. Ота-онаси йўқлигида ошиғич ёки кечиктириб бўлмайдиган операция қилишга зарурат туғилганда бу қоидага амал қилинмайди. Бундай ҳолатларда камида икки кишидан иборат шифокорлар консилиуми операция қилиш-қилмаслик масаласини ҳал қилиб, касаллик тарихига акт қилиб ёзиб қўйиши лозим. Касалхонанинг бўлим мудирини ва бош шифокорига қандай қарорга келингани тўғрисида хабар қилинади.

Операция қилиш муддати касалликнинг хусусиятига боғлиқ. Операцияни ҳар қандай ёшда, хатто чақалоқларда ҳам ўтказиш мумкин.

Операцияга тайёрлаш касалликнинг хусусиятига, беморнинг ёши ва умумий аҳволига боғлиқ. Мураккаб операциялардан олдин функционал диагностикадан фойдаланиб, батафсил текшириш ўтказиш лозим. Беморни операцияга тайёрлашда руҳий тушун-тиришнинг ўрни катта. Бу масалада ота-оналар ва тарбиячилар ёрдам бериши керак.

Кўкрак ёшидаги болалар операциядан бир кун олдин кеч соат 10 гача одатдагича овқатлантирилади. Каттароқ ёшдаги болаларга энгил кечки овқат ейишга рухсат етилади. Операциядан 3 соат олдин беморга ширин чой бериш мумкин. У икки соатдан сўнг сўрилиб кетади ва қусишга сабаб бўлмайди. Беморни операцияга тайёрлаш учун сурги дорилар тайинланади. Тозаловчи ҳуқна бир кун аввал кечқурун ва операция кунини эрталаб қилинади.

## Беморни шошилич операцияга тайёрлаш

Қисқа анамнез йиғилади, бемор умумий кўздан кечирилади, перкуссия, аускультация пальпация қилинади. Агар беморнинг аҳволи имкон берса, қон, сийдикнинг умумий таҳлиллари, рентгеноскопия ёки рентгенография, махсус кўрсатмалар бўлганда эса қўшимча текширишлар ўтказилади.

Қабулхона бўлимида бемор аҳволининг оғир-енгиллигига ва операцияларнинг нечоғли шошилич суратда ўтказилишига кўра тўлиқ ёки қисман санитария ишлови ўтказилади. Шошилич ҳолларда беморнинг кийимлари ечилади, танасининг ифлосланган соҳалари булут билан артилади, тук (жунлари) қириб ташланади. Беморнинг меъдаси тўлиб кетган тақдирда ундаги модда зонд билан чиқарилади. Ҳуқна қилинмайди. Сийдик ажратиш қийинлашган бўлса, катетер билан чиқарилади, одатдаги ҳолларда эса беморнинг мустақил сийиши кифоя қилади.



### Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тест

1. Операциядан олдинги давр қачон бошланади?
  - а) касаллик бошланиши билан;
  - б) бемор хирургия бўлимга ётган вақтидан;
  - в) таъхис қўйилгач;
  - г) операция бошланган вақтдан;
  - д) беморни операцияга тайёрлаш вақтидан.
2. Беморни операцияга тайёрлаш учун ҳуқна қилишда қандай ашёлар керак бўлади?
  - а) қайнатиб совитилган сув;
  - б) тувак;
  - в) Эсмарх кружкаси;
  - г) вазелин;
  - д) юқоридагиларнинг ҳаммаси тўғри.
3. Операцияга киришдан олдин беморга қуйидагилардан қайси бири мумкин эмас?
  - а) суюқлик ичиш;
  - б) овқатланиш;
  - в) руҳий зўриқиш;
  - г) жисмоний зўриқиш;
  - д) юқоридагиларнинг ҳаммаси.
4. Беморни чўмилтириш учун сувнинг ҳарорати қандай бўлиши керак?
  - а) 34—35°C;
  - б) 35—36°C;

- в) 37—38<sup>0</sup>С;
- г) 39—40<sup>0</sup>С;
- д) 40—41<sup>0</sup>С.

5. Беморни операцияга тайёрлашнинг маҳаллий турига қуйидагилар киради:

- а) операция майдони атрофидаги тукларни қириш ва юкум-сизлантириш;
- б) ҳуқна қилиш;
- в) меъдани зондлаш;
- г) умумий ванна қабул қилиш;
- д) премедикация қилиш.



*Эслатма: тўғри жавоблар тагига чизилган.*

### **Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар:**

1. Касалхонанинг хирургия бўлимига „Тез ёрдам“ машинасида шошилиш равишида олиб келинган беморга „ўткир аппендицит“ ташхиси қўйилди ва жарроҳ ҳамширага беморни шошилиш операцияга тайёрлашга кўрсатма берди.

**Савол.** Беморни операцияга тайёрлаш учун ҳамшира нималар қилиши керак?

2. Ҳамшира беморни режали операцияга тайёрлаётганда беморнинг терисини шикастлаб қўйди.

**Савол.** Беморни операция қилиш ёки шикастланган соҳага борлам қўйиш мумкинми?



## **VIII. ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВР**

Бу давр операция тамом бўлгандан то беморнинг меҳнат қобилияти тиклангунгача бўлган вақтни ўз ичига олади.

Операциядан кейинги давр уч босқичга бўлинади:

1) эрта босқич — операциядан кейинги дастлабки 3 — 5 суткани ўз ичига олади;

2) кечки босқич — операциядан кейинги 2 — 3 ҳафтадан иборат, кўпинча у бемор касалхонадан чиқиб кетгунча давом этади;

3) келажак босқич — иш қобилияти тиклангунгача (ёки бошқа натижа аниқлангунча) давом этади.

Бемор учун операция — ҳам жисмоний, ҳам руҳий травмадир. Операциядан кейинги даврда, агар у ўз саломатлигига эътиборсизлик қилса, жароҳатдаги регенератив ва репаратив жараёнларнинг бузилиши юзага келади.

Бундан ташқари, операциядан кейинги давр; а) силлиқ ёки нормал кечувчи ва б) асоратлар билан кечувчи даврларга бўлинади.

Биринчи ҳолатда организмнинг ўртача реакцияси, иккинчисида эса операциянинг травмага нисбатан кескин ўзгарган реакцияси (гиперергик ёки анергетик ҳолат) кузатилади, бундай реакция организмда функционал ўзгаришни келтириб чиқаради ва операциядан кейинги асоратларнинг ривожланишига имкон туғдиради. Иккала давр ўртасида бирор аниқ чегара ўтказишнинг иложи йўқ, чунки кўпинча ҳатто нормал кечаётган операциядан кейинги давр бемор томонидан қилинадиган муайян шикоятлар билан ўтиши мумкин.

**Беморни операция хонасидан транспортировка қилиш.** Операциядан кейинги эрта босқич дастлабки 3 — 5 суткани ўз ичига олиб, бу давр беморни операция хонасидан палатага анестезиолог-шифокор ва тиббий ҳамшира бошчилигида санитарка билан биргаликда ташишдан бошланади. Бунда беморга кўшимча жароҳат етказмаслик, унинг йиқилмаслиги, боғламнинг сурилиб кетмаслиги, гипс боғламнинг синиб қолмаслиги каби эҳтиёт чораларига катта эътибор бериш лозим бўлади. Бунинг учун бемор операция столдан олиниб, эҳтиёткорлик билан аравачага ётқизилади. Бунинг учун замбил қўйилган аравачанинг бош томони каравотнинг оёқ томонига тўғри бурчак остида қўйилади. Аксинча, беморни бошқа вазиятда олиб ётқизилса ҳам бўлади. Бунинг учун замбилнинг оёқ томони каравотнинг бош томонига қўйилади ва бемор каравотга олинади.

Ҳозирги вақтда умумий оғриқсизлантириш остида ўтказиладиган ўта мураккаб операциялардан кейин беморлар 2 — 4 кунгача реанимация бўлимига ётқизилади. Кейинчалик беморнинг умумий аҳволи яхшиланиши билан операциядан кейинги ёки умумий палатага ўтказилади. Операциядан кейинги палатада кислородни марказий узатиш системаси ва реанимация тадбирлари ўтказиш учун зарур асбоблар, аппаратлар ҳамда дори-дармонлар тўплами бўлиши лозим.

Одатда беморга қулай вазият яратиш имконини берадиган функционал каравотлар қўйилади. Каравотга тоза чойшаб ёзилади, чойшаб остига клеёнка солинади. Болаларни каравотга ётқизишда операция жароҳатига қўйилган боғлам ва дренажларни юлиб олмаслиги ҳамда тинч ётишини таъминлаш учун операциядан кейинги даврда қўл-оёғи боғлаб қўйилади (50- расм). Беморни каравотга ётқизишдан олдин иситкичлар билан иситилади. Лозим бўлганда аҳволи оғир беморнинг боши, оёғи ва оралиқ соҳаси ювиб турилади (51- расм).

Агар бемор умумий наркоз остида операция қилинган бўлса, уни бир жойдан иккинчи жойга кўчириб олиб бориб ётқизишда ва ўзига келган дастлабки соатларда қайт қилиши мумкин. Шунинг учун унинг ёнида махсус тоғора, қоғоз, рўмол ва оғиз бўшлигини тозалаш учун асбоблар бўлиши керак. Бемор қайт қилаётганда қусини чиқара олмай нафаси қайтиб, аспирация бўлиб ўлиб қолиши, тили осилиб, нафас олиши қийинлашиши ёки юрак фаолияти тўсатдан ёмонлашиши мумкин.





50- расм. Операциядан кейинги даврда болани каравотга фиксация қилиш.



51- расм. Операциядан кейинги даврда: а) сочни, б) оёқни, в) оралиқни ювиш ва парваришlash.



52- расм. Бемор чойшабини алмаштириш босқичлари.

Беморни операциядан сўнг ўзига келиш зали, интенсив терапия палатаси ёки реанимация бўлимига ётқизиш керак. Бу ерда беморни мунтазам равишда кузатиб туриш ва зарур шоялинич ёрдам кўрсатиш имконияти тўлиқ таъминланган бўлади. Бемор операциядан кейин

ўзига келган пайтида кўпинча асабийлашади, бақиради, ўриндан туриб кетмоқчи бўлади, боғловни юлиб олишга уринади. Беморни каравотга тўғри ўринга чалқанчасига, баъзан ярим ўтирган ҳолда (қалқонсимон без ва кўкрак қафаси аъзолари операцияларида) ёки ўзини пастга қараган ҳолда (умуртқа ва орқа мия операцияларида) ётқизиб кўйилади.

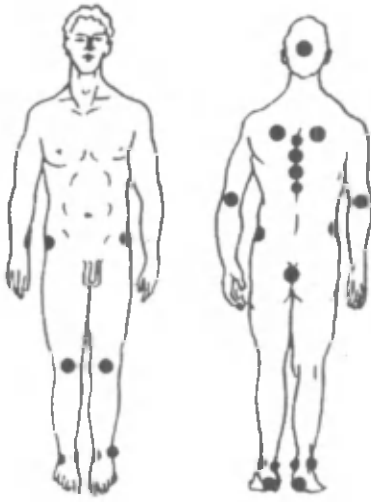
Реанимация ва интенсив терапия бўлимларида томир уриши, нафас олиш ритми, тана ҳарорати доимо кузатилади, веноз ва артериал босим аниқланади, қон ва сийдик таҳлиллари, субэлектролит баланси аниқланади, юрак фаолияти назорат қилинади, зарурият туғилиб қолса ЭКГ ёки мия ЭЭГ қилинади, қон оқими тезлиги ва юракнинг бир дақиқада қанча ураётганлиги текширилади. Беморнинг аҳволини баҳолаш учун кузатишни ва интенсив терапия бўлими ходимининг ишини енгиллаштирадиган мониторлар системасидан фойдаланилади.

Операциядан кейинги даврда беморлар кўп терлайди, шунга кўра ич кийимларини тез-тез алмаштиришга тўғри келади. Ички кийимларни ечиш муайян тартибда, яъни аввал кўйлакнинг орқа этаги эҳтиётлик билан тортилади ва бошни чиқариб кўкракка туширилади. Сўнгра ички кийим енгларини, олдин соғлом қўлдан, кейин касал қўлдан ечилади. Беморга кўйлак кийдириш тескари тартибда, яъни аввал касал қўлга, сўнгра соғлом қўлга, ундан кейин бошдан ўтказиб елкага тортилади ва бурмалари тўғриланади. Беморнинг чойшабини кир бўлганда алмаштириш керак (52- расм). Бунинг учун бемор каравотда ёнбошига бурилади ва озроқ четга сурилади. Чойшабнинг бўш турган қисми беморнинг елкасига қадар йиғиштирилади. Тўшакнинг бўшаб қолган қисмига эса тоза чойшаб рулон шаклида ёзилади ва беморни бирламчи ҳолатига айлантириб, тоза чойшабга чалқанчасига ётқизилади. Кир чойшаб йиғиштириб олинади ва ўрнига тоза чойшаб тўшалади.

Бемор танасида ётоқ яралар (53- расм) пайдо бўлишига йўл кўймаслик учун беморни чойшабга ўралган, ичига ҳаво дамланган резина чамбарга ётқизиш мумкин ёки вақти-вақти билан беморнинг каравотдаги ҳолати ўзгартириб турилади. Беморнинг устига адёл ёпиб кўйилади, аммо жуда ҳам иссиқ қилиб ўраб-чирмаш ярамайди.

Операциядан кейинги дастлабки даврда беморларни кузатиш ва парвариш қилишда тиббиёт ҳамширасининг тутган ўрни каттадир. Бунда ҳамшира асосий функционал кўрсаткичлар: пульс, нафас, артериал босим, ҳарорат, ичилган суюқлик ва ажратилган сийдик, плевра ёки қорин бўшлиғидаги суюқлик миқдорини ёзиб бориши керак.

Бундан ташқари беморнинг шикоятларини албатта инобатга олиши лозим. Беморларнинг юз қиёфасига (оқарган, тетик) терисининг рангига (оқарган, қизарган, кўкарган) ва ушлаб кўрилганда уларнинг ҳароратига аҳамият бериш зарур. Тана ҳароратини ўлчаб туриш (пасайган, нормал, ошган), беморни мунтазам равишда умумий кўздан



53- расм. Беморда ётоқ яра ҳосил бўлиши мумкин бўлган жойлар.

кечириб бориш лозим. Энг муҳими, бемор организми аззо ва системаларининг ҳолати устидан синчиклаб кузатиб туриш лозим бўлади. Беморларга ўз тўшагида судно бериш (54-расм), сифонли ҳуқна қилиш, сийдириш ёки қовуққа катетер қўйиш лозим.

Операциядан кейинги даврда беморлар назоратини тўғри ва аниқ уюштириш турли хил асоратларнинг олдини олишга қаратилган энг яхши чора-тадбир ҳисобланади.

### Юрак-томир системаси.

Юрак-томирлар системасининг иши тўғрисида пульс, артериал босим ва терининг тусига қараб хулоса чиқарилади.

**Пульснинг секинлашиши ва таранглигининг ошиши.** Бундай ҳолатларда мия шиши ва мияга

қон қуйилиши ёки менингит сабабли марказий нерв системаси фаолиятининг бузилганлиги натижасида юрак 1 дақиқада 40 — 50 марта уради. Артериал босимнинг пасайиб кетиши ва терининг оқариши билан бир қаторда **пульснинг тезлашиши ва заифлашиши** (дақиқасига 100 мартадан кўп) иккиламчи шокнинг ривожланганлиги ёки қон кетганда юз бериши билан юзгага чиқиши мумкин. Агар худди шундай ҳолат тўсатдан бўлса, бу ҳолда беморда ўпка артерияси тромбоемболияси борлиги тўғрисида фикр юритиш мумкин. Бу патологияда бемор бир неча секунд ичида вафот этиши мумкин. Шокка қарши тадбирлар ўтказиш (қон ва қон ўрнини босадиган суюқликлар қуйиш, юрак ва томирлар тонусини оширадиган воситалар) иккиламчи шок профилактикаси ва давосининг асоси ҳисобланади.

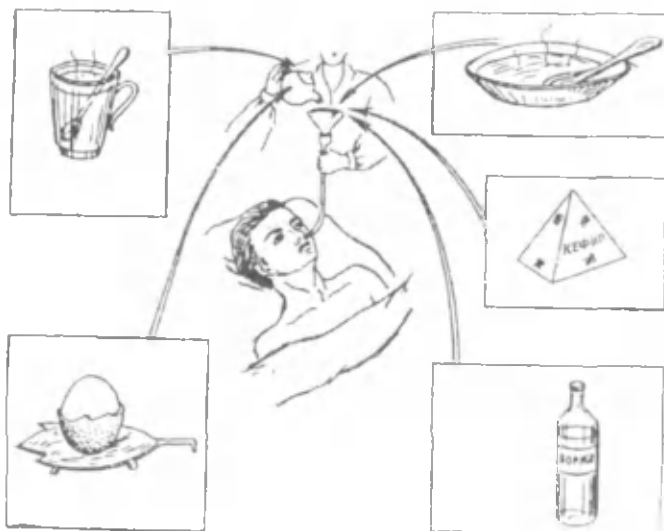
**Нафас аззолари.** Операциядан кейинги даврда беморларда операция соҳаси қаердалигидан қатъи назар оғриқ, беморнинг мажбурий ҳолатни эгаллаши ҳисобига нафас экскурсиясининг камайиши ва бронхлардаги шиллиқ моддаларнинг йиғилиб қолиши (балғамнинг етарлича ажралмаслиги) ҳисобига ўпка вентиляциясининг камайиши содир бўлади. Бу ҳолат ўпка яллиғланишига ва ўпка етишмовчилигига олиб келиши мумкин. Буларнинг олдини олиш учун тиббий ҳамшира ёрдамида беморлар эрта фаол ҳаракат қилиши, даво физкультураси, массаж, мунтазам равишда кислород ингаляциясини қилиш, антибиотиклар билан даволаш. вақт-вақтида



54- расм. Беморни суднага қўйиш.

балғам ажратиб туришга шароит яратиш, операциядан кейинги даврда келиб чиқиши мумкин булган зотилжам ва унинг етишмовчилигига қаратилган профилактика утказадилар.

**Ҳазм қилиш аъзолари.** Ҳар қандай операция, ҳатто у ҳазм аъзоларида ўтказилмаган бўлса ҳам унинг функциясига салбий таъсир қилади. Яъни марказий нерв системасининг тормозловчи таъсири, беморнинг кам ҳаракат қилиши асосида ҳазм аъзолари ҳаракатида муайян дисфункция ҳолатини вужудга келтиради. Ҳазм аъзолари фаолиятини бемор тилини кўриш ва уни характерлаш орқали билиб олиш мумкин. Бунда *тилнинг қуруқлиги* — организмнинг суюқлик йўқотганлигидан, сув алмашувининг бузилишидан, *тилнинг қуюқ,*



55- расм. Беморни бурун-меъда зонди орқали озиқлантириш.

**қўнғир караш** билан қопланиши — этиологияси турлича бўлган препарат ёки меъда-ичак йўллари парезидан ёки **тилнинг оқ караш** билан қопланиши—ҳазм жараёнининг бузилишидан далolat беради.

Оғиз қуриганда, оғиз бўшлиғида ёриқлар пайдо бўлганда эса сода эритмаси (бир стакан сувга 1 чой қошиқ); 2% ли борат кислота эритмаси; водород пероксид (1 стакан сувга 2 чой қошиқ) ва 1: 400 калий перманганат эритмаси билан чайиш ва артиш, глицерин суртиш тавсия қилинади. Оғизнинг қуруқ бўлиши — стоматит ёки паротитда (қулоқ олди безининг яллиғланиши) рўй бериши мумкин. Бунда сўлак ажралишини кучайтириш мақсадида сувга лимон қўшиб берилади. Оғир аҳволдаги беморларни операциядан кейинги даврда парентерал озиқлантириш жуда муҳим бўлиб, катталарда ва болаларда бурун-меъда зонди (55- расм) ва гастронорм зонди (56- расм) орқали амалга оширилади.

**Кўнгил айниши ва қусиш** наркоздан кейин ичакларнинг тутилиб қолиши, препарат оқибатида организмнинг заҳарланиши ҳисобига юз бериши мумкин. Кўнгил айниши ва қусиш сабабини аниқлаш зарур. Қусишда биринчи ёрдам бошни четга буриб энгаштириш, бурун орқали ингичка зонд киритиш ва меъдани ювишдан иборат. Дори воситаларидан атропин, новокаин, аминазин, церукал, аэрон, алмагел, пиполфен каби препаратларни қўллаш мумкин бўлади. Бундай ҳолларда қусуқ массаларидан аспирация юз бермаслигини назорат қилиб туриш зарур ҳисобланади.

**Ҳиқичоқ** диафрагма ёки адашган нерв таъсирланиши натижасида диафрагманинг тортишиб-қисқаришидан пайдо бўлади. Бундай



56- расм. Беморни гастронорм зонди билан озиқлантириш.

ҳолларда таъсирланиш рефлектор характерда бўлганлиги учун атропин, димедрол, аминазин, вагосимпатик блокада, меъдани ювиш яхши натижа беради.

**Метеоризм** (қориннинг дам бўлиши). Операциядан кейинги даврда ичакларнинг парези ёки фалажи натижасида келиб чиқади. Метеоризмни бартараф қилиш учун қуйидаги тадбирларни амалга ошириш тавсия қилинади: беморни вақти-вақти билан ўрнадан турғизиш, тўғри ичагига газ ҳайдайдиган найча қўйиш, тозаловчи ёки гипертоник ҳуқна (1 — 10% ли натрий хлорид эритмасидан болаларга 150 — 300 мл, катталарга 500 — 1000 мл) қилиш, венага 10% ли калий хлориддан 30 — 50 мл, тери остига 0,05% ли прозерин эритмасидан 1 — 2 мл юбориш керак. Парезнинг оғир даражаларида сифон ҳуқна буюрилади. Сигими 1— 2 л ли воронкага резина найча кийгизиб, унинг иккинчи учини тўғри ичакка киритилади, воронкага уй ҳароратидаги сув қўйилиб, воронка пастга туширилганда сув ахлат массалари ва газлар билан воронкага чиқади, кейин эса тўкилади. Чиққан суюқлик миқдорини ҳисобга олиб, яна шу жараён бир неча марта то ювинди сувнинг ранги тоза бўлгунга қадар такрорланади. Бунда ҳуқна учун 10 — 20 л сув талаб этилади (57- расм).

Қатор ҳолларда паранефрал новокаин блокадасидан фойдаланилади. Бунинг учун 100 мл 0,25% ли новокаин эритмаси паранефрал



57- расм. Сифонли ҳуқна ва унга керакли анжомлар.

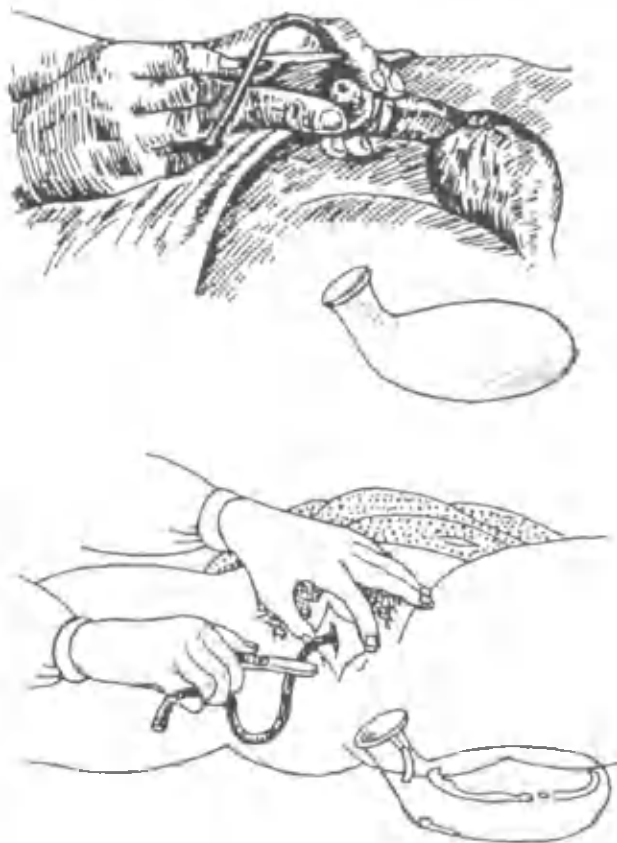
тўқимага юборилади, блокада икки томонлама қилиниши мумкин. Болаларда юбориладиган дори миқдори кг. масса ҳисобида белгиланади.

Бу тадбирлардан ташқари, қуёш чигалига УВЧ гальванизация ёки диатермия қилиш, венага прозериннинг 10% ли глюкозадаги эритмасида даво дозасини 2 — 4 қисмга бўлиб томчилаб юбориш мумкин. Огнев бўйича ҳуқна (30 мл глицерин, 3% ли водород пероксид, 10% ли натрий хлорид ва 150 мг сув) тавсия қилинади.

**Қабзият.** Операциядан кейинги даврда беморнинг кам овқатланиши ва кам ҳаракатланишидан келиб чиқадиган вақтинчалик ҳолатдир. Бунинг олдини олиш учун беморга фаол ҳаракатлар тавсия қилиш энг яхши чора ҳисобланади. Овқатнинг миқдори ва сифати, унинг таркибида кўп миқдорда сув ва кам миқдорда крахмал бўлиши (простокваша, кефир, мевалар) ични юмшатадиган таъсир кўрсатади. Бундан ташқари, қабзиятни бартараф қилишда ич юргизувчи дори-дармонлар, вазелин мойи беморга берилади ёки гипертоник, мойли ва баъзан сифонли ҳуқна қилиш мақсадга мувофиқ бўлади.

**Ич кетиши.** Бунинг сабаблари нерв-рефлектор, ахолик гастрорезитрит, колит, препарат, ичак дисбактериози ва бошқалар бўлиши мумкин. Ич кетишни даволаш асосий касалликни даволаш билан яқунланади.





58- расм. Қовуқни катетерлаш.

**Сийдик ажратиш системаси фаолиятининг бузилиши.** Нормада одам суткасига 1500 мл сийдик ажратади. Бироқ қатор ҳолларда буйрак функцияси бузилиб (нерв-рефлектор, интоксикация сабабли) сийдик ажратилиши ҳатто узил-кесил тўхтаб қолишигача (анурия) боради. Баъзан буйрак нормал ишлаб тургани ҳолда сийдик тутилиши — ишурия кузатилиб, бу аксарият нерв-рефлектор характерда бўлади.

Анурияда беморнинг ҳолатига қараб қуйидагича тадбирлар ўтказилиб, рефлектор ва физиологик ҳолатдан келиб чиқиш ҳам анча ёрдам беради. Бунинг учун беморни ўтқазиб ёки ҳатто тик турғизиб қўйиш, қориннинг пастига грелка қўйиш, беморни иситилган суднага ўтқазиб ёки ётқизиб қўйиш, тоғорага сувни томчилатиб тушириш (рефлекс йўли билан таъсир қилиш) мумкин. Шу тадбирлар яхши натижа бермаганда шифокор кўрсатмаси бўйича қовуқ катетерланади ёки бошқа даво турлари ўтказилади (58- расм).

**Нерв-психик системаси** фаолиятининг бузилиши. Операциядан кейинги даврда бемор руҳиятининг ҳолати катта аҳамиятга эга. Бемор инжиқ, безовта бўлади, у муолажалардан бош тортади, бу эса ўз навбатида бир неча асоратларга сабаб бўлиши мумкин. Айниқса бундай ҳолатлар болаларда нисбатан анча оғир кечади. Операциядан кейинги даврда нерв-психик зўриқишни бартараф этиш зарур, бунга меди-каментоз даво буюриш билангина эмас, балки яхши парвариш қилиш билан ҳам эришилади.

**Боғламга қараб туриш.** Наркоз таъсири ўтиб бўлгандан сўнг бемор безовталаниб турли ҳаракатлар қилса, у боғламни тасодифан ечиб ёки суриб юбориши, натижада қон оқиши ёки жароҳатга инфекция тушиб, йиринглаши мумкин.

Бемор тинч ҳолатда ётганида ҳам боғламга қон шимилиб қолиши мумкин. Бундай ҳолларнинг ҳаммасида ҳам ҳамшира зудлик билан шифокорга хабар бериши шарт. Одатда бундай боғламлар ўз вақтида алмаштирилиши лозим.

**Терини парвариш қилиш.** Бемор бир хил ноилож ҳолатда кўп ётиши туфайли баданининг тўшакка кўп тегиб турадиган жойларида, айниқса суяк дўнглари соҳасида ётоқ яралар пайдо бўлади. Бу асоратлар оғир ётган беморларда ташқи (экзоген) ва ички (эндоген) омилларнинг қўшилиб кетиши таъсирида пайдо бўлади. Бу омилларга биринчидан тўшак, чойшаб бурмаларининг думғаза, товон соҳасида, яъни суяк билан тери ўртасида тери ости тўқимаси суст ривожланган жой ва терига узоқ вақт механик босим таъсир этиши натижасида қон айланишининг бузилиши оқибатида терининг озикланиши бузилиши бўлса, иккинчидан метаболик ацидоз, гипопропротеинемия ва анемия ҳисобига келиб чиқадиган тўқиманинг ички озикланишининг бузилиши сабаб бўлади.

Клиник жиҳатдан бу терининг қизариши билан ифодаланади. Кейинчалик бу соҳа қонсизланади, териси кўчади, тўқималар йиринглаб эриб кетади. Бу асоратнинг олдини олиш учун аввало терини парвариш қилиш, беморларнинг тез-тез тана вазиятини ўзгартириб туриш, чойшабдаги бурмаларни текислаш, беморнинг остига чамбар қўйиш зарур. Айрим-айрим секциялардан ташкил топган ва компрессор ёрдамида ҳаво билан галма-гал тўлдириб туриладиган антидикубитал (ётоқ ярага қарши) тўшаклар ўзини яхши оқлайди. Бунда тўшакнинг бир жойининг ўзини босиб туришига йўл қўйилмайди. Бундан ташқари, вақт-вақти билан бемор терисини камфора спирти билан мунтазам артиб туриш, массаж қилиш ва бемор ҳолатини ўзгартириб туриш ётоқ яра пайдо бўлишининг олдини олади.

Ётоқ яралар пайдо бўлганда биринчи навбатда уларга инфекция тушишининг, ҳўл некрозга ўтишининг олдини олиш керак. Бунинг учун ётоқ яра ва унинг атрофидаги тери 5% ли калий перманганат

эритмаси билан артилади ва унга актовецин тигерол малҳами суртилади, бирмунча чуқур некрозларда эса Лассар пастаси ёки Вишневский малҳами суртилган боғламлар қўйилади. Некроз тўқималарни кесиш яхши натижа беради. Ич бўшалгандан сўнг беморни тагини ювиш зарур. Аёлларнинг эса ичи келмаган бўлса ҳам ҳар куни остини ювиш шарт.

### **Операциядан кейинги дастлабки кунларда беморни овқатлантириш**

Бунинг учун беморни овқатлантиришдан олдин ҳамма даво муолажалари ва физиологик эҳтиёжларни тугаллаш, палатани йиғиштириш ва шамоллатиш, оғир аҳволдаги беморларнинг қўлини юиб туриш керак. Агар бемор ўрnidан туриб ўтира олмайдиган бўлса, ёстиғини баланд кўтариш ёки бир нечта ёстиқ қўйиб, қаддини кўтариб ўтқазиб керак бўлади. Беморнинг бўйни ва кўкрагига клеёнка фартук тутилади. Ётадиган беморларга овқатланиш вақтида каравот олдига қўйиладиган столчалар ишлатилади. Оғир аҳволдаги, ҳолдан тойган ва ориқлаб кетган беморларни турли мосламалардан фойдаланиб улар учун қулай вазиятда овқатлантирилади. Тиббий ҳамшира чап қўли билан бемор бошини ёстиқ билан бирга кўтаради, ўнг қўлида эса беморга қошиқ билан овқат тутати. Бемор овқат ичишни истамаган тақдирда оғзига зўрлаб овқат қуйиш мумкин эмас, чунки овқатнинг нафас йўллариغا тушиши кўнгилсиз оқибатларга олиб келиши мумкин.

Оғир ётган беморларни парвариллашнинг қийин томони — унинг иштаҳаси йўқлигидир. Аммо шунга қарамасдан ўтказилган операциянинг турига, оғирлигига қараб шифокор тавсиясига биноан парҳез таом бериш мақсадга мувофиқдир. Бу ўринда операция қилинган беморларга бир неча аниқ парҳез таомлар тавсия қилинади.

#### **0- парҳез**

Операциядан кейин 2 — 3 кунга тайинланади. Бунга суюқ ва елимшак, тез ҳазм бўладиган, меъда-ичак йўллари қитқиламайдиган овқатлар киради. Бунга гўшт бульони, сузилган компот, наъматак қайнатмаси, мевалар елимшаги (желе) киради.

**0,5“ парҳез** — 0 парҳезга нисбатан бир оз кенгайтирилган — суюқ бўтқа, бунда пиширилган пудинг, оқсилли қуймоқ (омлет), чала пиширилган тухум киради. Парҳез 3 — 4 кунга тайинланади.

**0,в“ парҳез** — бунда олдинги парҳезга қўшимча буланган творог, ёғсиз балиқ ёки товўқни қайнатиб пишириб, буғлатиб берилади, мева пюрелари ёки суюқ овқат, лимонли чой.

Қўшимча равишда витаминлар берилади.

## 1- парҳез

Биринчи парҳезга — 1а, 1б, 1в, 1 ва бошқа парҳезлар киради. Бу парҳезда чегараланган овқатланишдан анча кенгайтирилган овқатланишга ўтиш аста-секинлик билан олиб борилади. Биринчи парҳез овқат ҳазм қилиш тизимини механик, кимёвий ва термик жиҳатдан авайлаш унинг ҳаракат ва секретор функцияларини эҳтиёт қилишни кўзда тутди. У 0- парҳездан кейин асосан қорин бўшлиғида бажариладиган урологик ва гинекологик операциялардан кейин, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликларида, сурункали гастритларда тайинланади.

**1 „а“ парҳез** — меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигида тайинладиган бошланғич парҳез бўлиб, операциядан кейинги даврда 10 — 14 кунга бемор тўшақда ётганда тайинланади. Бунинг таркибига қайнатилган ёрма (крупа), қайнатилган гўшт ёки балиқ суфлеси, сутда пиширилган суяқ бўтқа, чала пишиган тухум ёки унинг қуймоғи (омлет), творог, компот киради.

**1 „б“ парҳез** — таркибига 1 „а“ парҳездаги овқатлар кириб, унга 80 — 100 г. оқ нон, гўшт ва балиқ қиймаси кунига 2 марта берилади. Қирғичдан ўтказиб пиширилган бўтқа ҳам қўшилади. 1 „б“ парҳези 10 — 14 кун давомида берилади

**1 „в“ парҳез** — бу асосан 1- парҳезга ўтиш арафасида тайинланади. Бу парҳезнинг таркибига оқ нон, сабзавот ва мева пюрелари (картошка, сабзи, олма ва б.), буғда пиширилган гўшт ва балиқ котлетлари киради. Қарши даволаш парҳези қуйидагилардан иборат: 1 „а“ парҳези (2 ҳафта давомида), 1 „б“ парҳези (5—7 кун). Бу парҳезлардан кейин анча вақтга 1- парҳез асосий парҳез қилиб тайинланади. Бу парҳез яра касаллигини даволашда яқунловчи ҳисобланади.

## 1- парҳез

Бу парҳезда витаминлар озгина етишмаслиги мумкин. Витаминлар сабзавот ва мевалар ҳисобига тўлдирилади. 1-парҳезни амбулатория ва уй шароитида ҳам қўллаш мумкин. 1- парҳез камида 2 — 3 ой давомида тайинланади.

## 2- парҳез

Бу умумий овқатланишга ўтишдаги парҳез ҳисобланиб, 1-ва 5- парҳезлардан кейин тайинланади ва етарли даражада чегараланганлиги билан ажралиб туради. 2- парҳез сурункали гастрит, секретор функцияси етишмовчилигида тайинланади (гипоацид ҳолати бўлганда). Бу парҳезда пайли гўшт, ўсимлик тўқимасига бой қовурилган овқатлар, сомсалар тақиқланиб, гўшт қиймаси, шўрва гўшти, ёғсиз балиқ, чала пиширилган тухум, сут маҳсулотлари, шўрвага солинган сабзавот, оқ нон тавсия этилади.

### 3- парҳез

Ҳар хил сабабли ич кетишларда; алиментар сабабли ичак ҳаракатининг пасайиши, бавосил ёки парепроктит ёрилганда ва бошқа ҳолларда қўлланилади. Ўз таркиби бўйича 3-парҳез оддий, умумий овқатнинг ўртача аралаш рациони бўлиб, фақат иссиқ суюқликлар (қуюқ чой, кофе, какао) ҳамда оқ нон, тортлар чегараланган бўлади. Тўқималарга бой, ичак ҳаракатини яхшилайдиган озиқ-овқатлар, шолғом, сабзи, сабзавотлар, мевалар ва б. тавсия этилади.

### 5- парҳез

Бу парҳез жигар, ўт йўллари ва ичакнинг сурункали касалликларида тавсия этилади. 5- парҳез жигар функциясини нормага келтириш, ўт ажралишини яхшилайти ва липотроп хусусиятини кучайтириб, ёғлар ва холестерин алмашинувини енгиллаштиради. Бунда ёғлар, тухум сариғи иложи борича камайтирилиб, қовурилган таомлар, обдон пиширилган овқатлар тақиқланади. Углеводлар миқдори кўпайтирилади. Жигар ва ўт йўллари касалликлари хуруж қилганда 5 „а“ парҳези, 5- парҳезнинг таркибига кирадиган „п“ парҳези асосан панкреатитларда тайинланади. Бу асосан 4 та парҳездан ташкил топиб, яллиғланишнинг даврига қараб тайинланади.

### 6- парҳез

Буйрак касалликлари — нефролитиаз, оксалурия ва подаграда тайинланади. Бу парҳезнинг характери унинг калориясига қараб аниқланади; 1- куни кундалик рационда 5 „п“ парҳези тайинланади.

### 14- парҳез

Сийдикда фосфатурия бўлиб тош пайдо бўлиши шароити туғилганда, фосфор-кальций тузларининг организмдан чиқишини тезлаштириш учун қўлланилади. Бу парҳезни сийдикнинг ишқорий реакцияси нордонга ўтиши учун тайинланади. Шунинг учун 14- парҳез таркибига гўшт, балиқ, нон маҳсулотлари кириб, калорияли овқатлар кескин чегараланган бўлади (сут, сут маҳсулотлари ва сабзавотлар). Бундан ташқари, иштаҳани қитиқлайдиган овқатлар ҳам чегараланади (ўткир зираворлар — тузли, сиркали овқатлар ва ширинликлар). Бу парҳезнинг умумий калорияси, оқсиллар, ёғлар ва углеводлар миқдори организмнинг физиологик талабларига яқин бўлади.

### 15- парҳез

Умумий овқатланиш рациони бўлиб, соғлом одамга мўлжалланган. Парҳез овқатга эҳтиёжи бўлмаган операция қилинган беморларга тайинланади.

Беморларга овқат турини белгилаш операциянинг ҳажми ва характериға, касалликнинг турига ва кечишиға боғлиқ. Шунинг учун уларни умумлаштирилган ҳолда қуйида келтирамыз.

1. Меъда-ичак операцияларидан кейинги дастлабки кунлари бемор умумий энтерал овқатлантирилмаслиги мумкин, сўнгра унга балласт моддалари чекланган овқат (бульон, кисель, сухари ва бошқалар), стол 1- А ёки стол 1- Б берила бошлайди, кейинчалик бемор умумий столға (15) ўтқазилади. Сут бериш мумкин эмас, қоринни дам қилади (метеоризм).

2. Меъда-ичак йўллариининг юқори қисмидаги (қизилўнғач, меъда) операциялардан сўнг дастлабки 2 кун ичида беморға оғиз орқали ҳеч нарса берилмайди. Парентерал усулда овқатлантирилади: тери остига ва венаға қон ўрнини босадиган турли хил суюқликлар, глюкоза, қон юборилади, озиқлантирувчи ҳуқналар қилинади. 2 — 3- кундан бошлаб, стол № 0 (бульон, кисель), 4 — 5- кундан стол № 1-А (сухари қўшилади), 6 — 7- кундан стол № 1-Б ( бўтқасимон овқат), 10 — 12- кундан асоратлар бўлмаганда беморни умумий столға (№15) ўтқазилади.

3. Ҳазм йўллариининг, ковак аъзоларнинг бутунлиги бузилмай, қорин бўшлиғи аъзосида (ўт пуфағи, меъда ости беzi, талоқ) қилинадиган операциялардан сўнг стол №13 (бульон, эзилтириб пиширилган шўрвалар сухари билан, кисель, печда пиширилган олма ва бошқалар) буюрилади.

4. Йўғон ичакдаги операциялардан сўнг 4—5 суткағача беморнинг ичи келмайдиган шароитлар яратиш зарур. Беморға крахмали кам суюқ овқат ҳар куни берилади.

5. Оғиз бўшлиғидаги операциялардан сўнг бурун орқали зонд киритилади ва беморға зонд орқали суюқ овқат (бульон, қаймоқ, сут, кисель) берилади.

6. Меъда-ичак йўллариға алоқадор бўлмаган операцияларда беморға дастлабки 1—2 кун ичида стол №1-А ёки №1-Б, кейинчалик стол № 15 буюрилади.

7. Юқорида келтирилган парҳезлар билан операциядан кейинги даврда кўкрак ёшидаги ва ундан катта ёшдаги болаларни овқатлантириш мақсадға мувофиқдир. Аммо кўкрак ёшидаги болаларда эса юқорида кўрсатилган столлар ўрниға она сути, сунъий озиқлантирувчи аралашмалар, глюкоза эритмаси ва сув берилади.

Беморға парҳез таомларни чойнак, қошиқ, зонд ёрдамида бериш мумкин.

### **Болаларни операциядан кейин парвариш қилиш**

Кичикроқ, айниқса, маҳаллий анестезия орқали ўтқазиладиган операциялардан сўнг беморни умумий палатаға ётқизиш мумкин. Чақалоқ бола онасига берилади. Катта операциялардан сўнг болани

реанимация тадбирлар ўтказиш имконини берадиган аппаратлар билан жиҳозланган операциядан кейинги махсус палатага ётқизилади.

Болалар совуққа чидамсиз бўлади, шунга кўра операция хонасида ҳам, операциядан кейин ётиладиган палатада ҳам ҳаво ҳарорати 20—22°С бўлиши керак. Ой-кунига етмай туғилган чақалоқ болаларга махсус палаталар ажратиш зарур, уларда ҳарорат 22—26°С атрофида сақланиши керак. Ҳаво ҳарорати 34—37°С бўлган очиқ ёки ёпиқ кювезлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Наркоз бериб қилинган операциялардан сўнг дастлабки соатларда болани чалқанча ётқизиш тавсия этилади. Коллапс рўй бериши эҳтимоли борлигидан гавданинг бош қисмини бирданига кўтаришдан эҳтиёт бўлиш керак.

Бемор бола қусаётган пайтида бошини ён томонга буриш керак. Қусиш тўхтагандан сўнг оғизни пахта тампон билан артиш лозим. Операциядан кейин эртаси куни гавданинг юқори қисми 30°ли бурчакка кўтарилади.

Парвариш хусусиятлари операциянинг характери ва оғир-енгиллигига боғлиқ. Юрак, магистрал томирлар, ўпка, қизилўнғач операцияларидан сўнг болалар реанимация палатасида 1—2 кунлик шифокор пости ташкил қилинади.

Беморга қўйилган боғлам доимо текшириб борилиши зарур. Оралиқ ва қориннинг пастки соҳасидаги жароҳатда нам ўтказмайдиган материаллар, жумладан клеёнка, полихлорвинил парда ва бошқалардан кенг фойдаланиб, алоҳида эҳтиёт чораларини кўриш лозим. Болалар улардан тезроқ қутулишга уриниб, баъзан уни олиб ташлашлари мумкин. Шунинг учун дренаж найчалар ва доимий катетерларни айниқса диққат билан кузатиб туриш зарур.

Оғриқни йўқотиш учун барбитуратлар буюрилади, булар айни вақтда болаларни тинчлантиради ва уйқусини яхшилайти. Наркотик дори-дармонлар эса жуда зарур ҳолатларда қўлланилади.

Маҳаллий анестезия ўтказилган операциялардан кейин шифокор маслаҳати бўйича турига қараб оз миқдорда чой қошиқда сув ёки ширин чой ичиришга руҳсат берилади.

Умумий наркоздан сўнг ва бемор қусмаётган бўлса, 4—6 соатдан кейин сув ичириш мумкин.

Беморга операциядан 6—8 соат ўтгач овқат берила бошланади. Овқатнинг таркиби ва миқдори боланинг ёшига, касалликнинг характерига ва операциянинг турига боғлиқ. Сув-туз ва оқсил алмашинувини тиклаш, етарли миқдорда витаминлар билан таъминлашнинг аҳамияти жуда катта.

Нормал ел чиқиши учун бир неча кун сурункасига тўғри ичакка газ ҳайдовчи найча қўйиш тавсия этилади. Кўпинча бу кичик ёшдаги болаларда қўлланилади.

Ҳар қандай оғир операциялардан кейин, айниқса кўкракдаги операцияларда кислород қўллаш зарур бўлади.

**Гипертермия.** Болалар ёшининг хусусияти шундан иборатки, ёш болаларда ҳатто кичикроқ операциялардан кейин ҳарорат 40—41°C гача кўтарилиб кетиши мумкин. Гипертермиянинг бир неча тури фарқ қилинади. Буларга: конституционал жисмоний ҳаракатдан кейинги ташналик иситмаси, церебрал, даврий иситма (Рейманн бўйича), инфекция иситмаси ва бошқалар киради.

**Рагнар гипертермия синдроми** (Омбредан синдроми) айниқса хавфли. Операциядан, ҳатто кичик операциялардан сўнг бир неча соат ўтгач, оғриқсизлантиришнинг туридан қатъи назар, ҳарорат 40—41°C гача кўтарилиши мумкин. Бунда юз оқариб кетади, кескин коллапс юз бериб, болани ўлимга дучор қилади. Давоси бошга, жигар соҳасига, сон томирларига ва буйрақларга музли халтача қўйишдан иборат. Уй ҳароратидаги сув билан тўғри ичак аста-секин такрор ювилади, вентилятор ёрдамида совитилади. Венага 5% ли совитилган глюкоза эритмаси, мускуллар орасига беморнинг ҳар бир ёшига қараб, 0,1 мл ҳисобида 50% ли анальгин эритмаси, 1% ли шунча миқдордаги димедрол эритмаси билан бирга юборилади.

**Талваса тутиши.** Талваса тутишига мойиллик операция қилинган болалар учун хос белги ҳисобланади. Талваса тутишига гипоксия, новокаин дозасининг ошириб юборилиши, мия пўстлогининг гексенал ёки тиопенталдан таъсирланиши, ҳароратнинг юқорилиги, калла суяги ичига қон қуйилиши ва гипергидратация сабаб бўлиши мумкин.

**Ўткир нафас етишмовчилиги .** Кўпинча юқори нафас йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши баъзан эса марказий нерв системаси фаолиятининг бузилиши натижасида юзага келади.

**Симптомлари**— қаттиқ безовталаниш, лабнинг кўкимтир тусга кириши, терлаш, нафас олиш ёки нафас чиқаришда диафрагманинг кескин ҳаракати, нафас олишда бўйиннинг қўшимча мускуллари, оғиз бўшлиғи тубининг қатнашуви, қовурғалараро бўшлиқларнинг ичга тортилиши. Нафас олиш тўсатдан тўхтаб қолиши мумкин.

**Профилактикаси**— қусуқ массасидан аспирация рўй беришининг олдини олиш, бурун-ҳалқумдан шилимшиқни мунтазам тозалаш туриш, юбориладиган суюқлик миқдорини доимо кузатиб туриш, ҳар дақиқада 20—22 мартагача кислород бериб туриш ва оғиздан-оғизга усулида сунъий нафас беришдан иборат.

**Ўткир юрак-томир етишмовчилиги** операция қилинган бола аҳволининг тобора ёмонлашиб бориши билан характерланади. Лоқайдлик ва теварак-атрофдаги воқеаларга қизиқишнинг йўқолиши ўрнини оғриққа реакциянинг йўқлиги эгаллайди, бармоқ учлари кўкимтир тусга киради, пульс ипсимон ва юмшоқ бўлиб, артериал босим пасаяди, тери кулранг тусга киради, юрак тонлари тўмтоқлашади. Юрак-томирлар етишмовчилиги белгилари пайдо бўлиши биланоқ томирларга қўлланиладиган дори-дармонлар ёшга қараб кордиамин, эфедрин юборилади, кислород берилади, боланинг боши паст қилиб қўйилади.



Юрак тўхтаб қолганда ёки фаолияти бирданига сустлашганда ёпиқ массаж қилинади. Бу муолажада юракнинг, тўшнинг орқа ва умуртқа погонасининг олдинги сатҳи ўртасини босиб туришни таъкидлаш керак. Бунинг учун кичик ёшдаги болаларда ёпиқ массажни бажараётган шахс тўрттала бармоғининг кафт юзаси билан тўшнинг учдан бир пастки қисмини 1—2 см интервал билан ритмик равишда турткисимон босади. 8 ёшдан ошган болаларда, бири иккинчисининг устига қўйилган иккита қўл кафтлари билан босади. Одатда ёпиқ массаж сунъий нафас олдириши билан синхрон равишда олиб борилади.

**Қон кетиши** ташқи ва ички бўлиши ҳамда бевосита аломатлар билан ифодаланиши мумкин. Бевосита аломатлари — операция жароҳатидан қон кетиш, трахеобрехал „дарахт“дан қон оқиши, сийдик ва ахлатга қон аралашиб келишидир. Тери қопламлари ва кўриниб турадиган шиллиқ пардаларнинг оқариб қолганлиги, муздек тер чиқиши, тахикардия, артериал босимнинг пасайиб кетиши билвосита аломатлар жумласига киради. Ҳамма ҳолларда ҳам ҳамшира қон кетишининг ўзи пайқаган белгилари тўғрисида шифокорни хабардор қилиши керак.

**Олигурия, анурия** — сийдик чиқишининг камайиши ёки тўхтаб қолишидир. Сийдик миқдорининг кескин камайиб кетиши ё айланиб турган қон ҳажмининг сезиларли даражада камайиб кетганидан ёки бўйракнинг зарарланганидан дарак беради.

**Болаларда операциядан кейинги парваришнинг ўзига хос хусусиятлари.**

Юз ва бўйинда қилинган операциялардан кейин чокларнинг яхши турганига ва операция қилинган жойнинг тоза ҳолда сақланаётганига катта эътибор берилади.

Боланинг қўлларидаги жароҳат батамом битиб кетгунча у каравотга боғлаб қўйилади ёки тирсак бўғими соҳасига енгил гипс боғлам ё бўлмаса фанер шиналар қўйилади, шунга кўра, бола қўлларини тирсак бўғимидан бука олмайдиган ва чокларга зарар етказмайдиган бўлади.

Юқори лаб тиртиқлиги туфайли операция қилинганда бола соғиб олинган кўкрак сути ёки операциядан илгари унга бериб турилган сут аралашмаси билан қошиқдан овқатлантириб борилади. Овқатлантириб бўлингандан кейин ҳар сафар оғизда сут қолмаслиги учун 2—3 чой қошиқ қайнаган сув бериб, оғиз чайиб турилади. Жароҳат очиқ қолдирилган ҳолда боғлам қўймасдан даво қилинади.

Операциядан кейин 2 ҳафта ўтгач, болани кўкрак бериб эмизишга ёки сўргичдан овқатлантиришга ўтилади. Танглай очиқ қолганлиги туфайли қилинган операцияда болага бир ой давомида фақат суюқ овқат бериб турилади. Овқатдан кейин ҳар сафар оғзини чайиб

ташлаш таклиф этилади. Буни уддалай олмайдиган болаларга оғзида овқат қолдиқлари қолиб кетмаслиги учун қайнаган сув ичирилади.

**Кўкрак қафаси аъзоларида қилинган операциялардан** кейин нафас этишмаслигининг олдини олиш биринчи даражали вазифа бўлиб ҳисобланади. Айти вақтда беморнинг ўрнидаги вазияти катта роль ўйнайди. Бола наркоздан уйгонганидан кейин дарров қаддини қўтариб, ярим ўтирадиган ҳолатга келтирилади, лекин баъзида касал ёнбоши билан ҳам ётқизиб қўйилади. Ҳар бир аниқ ҳолда шифокор ҳамширага тегишли йўл-йўриқлар беради.

Нафас йўлларида тўпланиб қолган шилимшиқни болалар йўталиб яхши чиқариб ташлай олмайди, шу сабабли шилимшиқни махсус мосламалар ёрдамида сўриб олиб ташлаш зарур бўлади. Мана шу муолажани ҳамшира шифокор буюрганига қараб ҳар 20—30 дақиқада мунтазам бажариб туриши шарт. Бундан ташқари ингалициялар, кўкрак қафасини тебратадиган (вибрацион) массаж буюрилади. Вибрацион массаж кўкрак қафасининг ўпка жойлашган соҳаларига тўғри келадиган жойларини мўлжаллаб, чап қўл панжаси устидан ўнг қўл муштуми билан бир маромда тукиллатиб уришдан иборат. Горчичник, банка, балғам кўчирадиган микстуралардан фойдаланиш лозим.

Пневмоторакс ва гемоторакснинг олдини олиш учун плевра бўшлиғига одатда дренаж қўйилиб, унинг учи электр ёки сув оқими кучи билан сўриб оладиган (фаол дренаж) ёки клапанли резинка уклик кийгазилиб, антисептик суюқлиги бўлган мосламага уланади.

### **Ёши улғайган беморларни операциядан кейин парваришlash**

Бу гуруҳдаги беморлар ўпка асоратларига мойил бўладилар, шунинг учун операциянинг биринчи кунидан асоратларнинг олдини олиш учун қуйидаги профилактика чоралари кўрилади: ўринда қаддини баланд қилиб ётқизиш, у ёнбошидан бу ёнбошига айлантиришни эртароқ бошлаш, кўкракка галма-галдан банка ва горчичниклар қўйиш, трахеобронхеал шохларни яхши дренаж қиладиган нафас гимнастикаси ўтказишдир. Ёши улғайган кишилар организми кислород танқислигига ғоят сезувчан бўлади, шунга кўра уларга нам кислород билан нафас олишлари учун шароит яратиш зарур.

Тромблар ҳосил бўлишига мойиллик операциядан кейин ортиши қайд қилинади, бу қоннинг ивиш хусусияти устидан доимо кузатиб туришни талаб этади.

Кўп миқдордаги суюқликни тез киритиш эластиклиги кам томирлар ўзани ва юракнинг бўлимларига оғирлик қилади. Шу сабабли тузли эритмалар, қон, қон ўрнини босадиган суюқликлар венага аста-секин томчилаб қўйилади.

Тери остига суюқлик юборишни ҳам эҳтиётлик билан бажариш керак, чунки ёши улғайган беморларда суюқлик ёмон сўрилади ва

уни кўп миқдорда тез юбориш тўқималарнинг эзилишига, бу эса тери қисмларининг жонсизланишига олиб келиши мумкин. Шунга кўра, суюқликка аста-секин гиалуронидаза препаратларини қўшиб ва шу соҳага иситкич қўйиб, томчи юборилади.

Кекса кишиларда операция жароҳатининг субъектив сезгисиз ва симптомларсиз йиринглаши кўпроқ кузатилади. Шунинг учун боғламни тез-тез алмаштириб туриш тавсия этилади. Витаминлар буюрилади. Бадан терисини яхши парварини қилмаслик тез орада ётоқ яралар пайдо бўлишига сабаб бўлади ва улар кексаларда тез тuzалмайди.

### **Операциядан кейин юз берадиган асоратлар**

**Қон кетиши** натижасида операциядан кейин қон оқишини етарлича тўхтатилмаганлиги, қон томирдан лигатуранинг сурилиб тушиши ва қон ивишининг бузилиши рўй беради. Агар қон кетиши биринчи икки ҳолат туфайли келиб чиқса, бемор операция столига дарҳол қайтадан ётқизилади ва жароҳат очилиб, синчиклаб кўздан кечирилади ҳамда қон оқиши узил-кесил тўхтатилади. Қоннинг ивиш хусусияти бузилганда антикоагулянтлар— кальций хлорид, викасол, аминокaproн кислота, янги цитратли қон ва бошқаларни қўллаш лозим бўлади.

**Ҳиқилдоқ шиши** аксарият эндотратрахеал наркоздан кейин пайдо бўлади. Бунда товуш бўғиқ бўлиб чиқади ёки бутунлай йўқолади, нафас олиш ва чиқариш қийинлашади, безовталик ошиб боради, нафасда қўшимча мускуллар қатнаша бошлайди. Бу хатарли асоратнинг профилактикаси уни техник жиҳатдан тўғри ўтказиш ҳисобланади.

**Давоси** — бу асоратни даволашда антигистамин препаратлардан димедрол, пипольфен, супрастин; шишга қарши дорилардан кальций хлорид, гидрокортизон; ментол, содали эритма, нам кислород билан ингальяция қилиш, кўкракка горчичник, оёққа иситкичлар қўйиш тайинланади. Консерватив даво фойда бермаган тақдирда трахеостомия қўйилади.

**Ўпка шиши.** Ўткир юрак-томирлар етишмовчилиги ва ўпкада қон димланиб қолиши бўғилиш хуружи билан характерланади. Бўғилиш хуружида нафас олиш ҳам, нафас чиқариш ҳам қийинлашади, бу ҳолат беморда ўлим ваҳимаси билан кечади. Бунда бемор одатда мажбурий ҳолатни эгаллайди, оёқларини пастга тушириб ўтиради, терисининг ранги кўкимтир тусда бўлади, тер босади, нафас олиши ва пульс тезлашади. Хуруж қуруқ йўтал ёки кўпikli балғам ажралиши билан ўтади.

Биринчи ёрдам кўрсатишда ҳамшира беморни ўтқазиб, оёқларини ўрндан тушириб қўйиши, кислород ингальяциясини таъминлаши лозим бўлади. Венага 0,5 мл 0,05% ли строфантин эритмаси

ёки 1 мл, 0,06% ли коргликон эритмаси, 20 мл ош тузининг изотоник эритмаси ёки 5 % ли глюкоза эритмаси билан бирга юборилади. Шу вақтнинг ўзида 2 мл (40 мг) лазикс юборилади. Шулар билан бирга 10 мл 24% ли эуфиллин эритмасини қўллаш яхши натижа беради. Зарурат бўлганда қон олинади (500 мл гача) ёки оёқ-қўлга веноз жгутлар қўйилади.

**Паротит** — қулоқ олди безининг яллиғланиши аксарият операциядан кейинги даврда дармонсизланган ва ёши улғайган кишиларда ҳазм аъзолари онкологик операцияларидан кейин пайдо бўлади. Кўпинча оғиз орқали овқатланмайдиган ёки суюқ овқат ичадиган беморларда чайнов мушаклари функцияси йўқолиб, сўлак безлари секретцияси бузилади. Бу эса оғиз бўшлиғида микроблар кўпайишига ва уларнинг сўлак орқали безга ўтишига шароит яратади. Бунда безнинг иккаласи ёки биттаси яллиғланади, оғрийди, шишади, оғизни очин, чайнаш, гаплашиш қийин бўлиб қолади. Беморнинг умумий аҳволи ёмонлашиб, ҳарорати кўтарилади.

Паротит профилактикаси учун сўлак безлари функциясини қувватлаб туришга эътибор бериш; оғизни лимон бўлакчаси билан артиш, кучсиз антисептик эритма билан чайиб туриш, тил остига 1% ли пилокарпин эритмасидан 3—4 томчидан кунига 3 марта томизиш лозим бўлади.

Даволашда маҳаллий иситувчи компресслар, контрикални 20—30 минг ТБ дан венага томчилаб юбориш, физиотерапия муолажалари, касалликнинг бошланғич давларида антибактериал препаратлар тайинлаш лозим бўлади. Йиринглаб кетганда кесилади ва йирингдон бўшлиқ дренаж қилинади.

**Операциядан кейинги пневмония.** Аксарият кўкрак қафасидаги ва қорин бўшлиғининг юқори бўлими аъзоларидаги операциядан сўнг пайдо бўлади. Операциядан кейин беморлар операция жароҳатидаги оғриқ ҳисобига юзаки нафас оладилар ва йўталиб балғам ажратишдан қўрқадилар. Бу эса нафас йўлларида балғам тугилиб қолишига ва операциядан кейин организмнинг заифлашиб, ўпка яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин. Беморларда пневмония пайдо бўлганда ҳарорат кўтарилади, умумий аҳвол ва нафас олиш қийинлашади, йўтал пайдо бўлади, ўпкада нам хирилланлар эшитилади.

Бундай асоратларнинг олдини олиш мақсадида беморни фаоллаштириш — ўз вақтида балғамни ажратиб туриш, нафас гимнастикаси билан шуғуллантириш зарур бўлади. Бундан ташқари оғриқ қолдирадиган воситаларни ўз вақтида юбориш, тери остига 2 мл 20 % ли камфора эритмаси юбориш, кўкрак қафаси устига банка ва горчичник қўйиш, кислород ҳидлатиш ва нафас йўлларига сода билан ингаляция қилиш лозим бўлади.

Даволаш умумий даво усуллари қўллаш (сульфаниламидлар, антибиотиклар, камфора препаратлари, банкалар, балғам кўчирувчи воситалар ва б.)дан иборат бўлади.

**Операциядан кейинги перитонит.** Аксарият қорин бўшлиғидаги ичи ковак аъзоларда чокларнинг етишмовчилиги сабабли содир бўлади. Ҳамшира бу хатарли асоратни аниқлай билиши ва бу ҳақда шифокорга ўз вақтида хабар бериши лозим. Бу асорат беморларнинг қорнида тўсатдан ўткир оғриқ пайдо бўлиши, баъзан эса оғриқ соҳаси аниқ бўлиши, умумий аҳволи ёмонлашиши, ҳарорати кўтарилиши, пульси тезлашиши, кучли ташналик, кўнгил айниши, қусиш, қориннинг олдинги деворида мускуллар таранглашиши билан кечади. Кейинчалик заҳарланишнинг кучайиши жараёнида қориндаги оғриқ бир оз камайиши мумкин, аммо бемор қусади, ичи тўхтаб, ел чиқмай қўяди. Ичаклар дам бўлиб, диафрагма кўтарилади ва нафас олиш қийинлашади, юрак иши бузилади. Организм сувсизланади, юз қийёфаси ўткирлашади, кўз ичига ботади.

Заифланган беморларда клиник ҳолат бирмунча бошқача бўлиши мумкин. Перитонитнинг оғир кечиши жароҳатнинг йиринглашига ва ипларининг очилиб кетишига сабаб бўлади. Бундай ҳолат қорин бўшлиғида босимнинг ошиши натижасида кўпинча операциядан кейинги ичак эвентрациясига (ташқарига чиқишига) олиб келади. Ушбу ҳолат кузатилганда чиққан ичак дарҳол илиқ фурацилинга ҳўлланган стерил бинт ёки дока билан ёпилиб бемор дарҳол қайта операцияга тайёрланади.

**Давоси** — беморни дарҳол қайта операция қилиш. Операциядан кейин диққат билан парвариш қилишдан иборат.

**Операциядан кейинги психоз.** Заифлашган ва астеник беморлар операциядан кейин кўпинча психоз ҳолатида бўладилар. Уларнинг ҳаракати галлюцинация, алаҳлаш ва меъёрий ҳаракатнинг бузилиши тариқасида намоён бўлади. Баъзан касал каравотдан сакраб тушиши, бойламларни ечиб ташлаши, ўзига ва атрофидаги кишиларга тан жароҳати етказиши мумкин. Бундай ҳолатларда беморга тушунтириш, уни ётқизиш ва тинчлантириш ҳеч қандай фойда бермайди. Шунинг учун беморнинг териси остига аминазиннинг 1—2 мл 2,5% ли эритмаси юборилади ёки хлоролгидратнинг 4% ли, болаларга 20 мл гача, катталарга 50 мл гача эритмаси ҳўкна қилинади.

Психиатр маслаҳати ташкил этилади ва бемор назорат остига олинади. Баъзан психоз ҳолатлари операциядан кейинги заҳарланиш, операция чокларининг етишмаслиги асорати бўлиши мумкин. Бу асоратларни ўз вақтида бартараф қилиш бемордаги психоз ҳолатларни бартараф қилади.

**Тромбоэмболик асоратлар.** Операциядан кейинги тромбоз, яъни қоннинг қуюқлашиши ҳолатларига веналари варикоз кенгайган, қон ивиши бузилган, қон оқими секинлашган, қон касаллигига чалинган организм, сувсизланган ва қон томирлари шикастланган беморлар мойил бўлади. Вена тромбозга учраганда унинг яллиғланиши ҳисобига тромбофлебит келиб чиқади. Веналарнинг варикоз кенгайиши билан

касаланган шахслар, айниқса семиз, заифлашган, заҳарланган, онкологик беморлар ва кўп туққан аёллар бу касалликка мойил бўладилар.

Тромбофлебит юза ва чуқур веналарда (болдир ва чанок) юзага келиши мумкин. Юза веналар тромбофлебита учун кўпинча ўша соҳадаги мушакларнинг чарчаши характерли ҳисобланади. Бу соҳада тўқималарда яллиғланиш, инфильтрация, терининг ипсимон қизариши ва ҳароратнинг кўтарилиши кузатилади. Болдирнинг чуқур веналари тромбофлебита учун оёқдаги шиш, чуқур веналар соҳасида оғриқ ва ҳароратнинг кўтарилиши характерли клиник белгилардир.

**Бирламчи ёрдам.** Тромбоэмболия қон оқими билан ўпка артериясига етиб бориб тиқилиб қолиши, тўсатдан ўлим юз беришига олиб келиши мумкин. Шунинг учун бундай асоратларнинг олдини олиш учун беморларни ўринда тинч ётишини таъминлаш лозим бўлади. Агар шундай йўлни кичикроқ эмбол босиб ўтса, ўпка артерияси асосидан ўтиб ўпка инфарктини келтириб чиқариши мумкин. Бу кўкракдаги ўзига хос оғриқ, нафас сиқиши, қон туфлаш ва пневмония клиникаси тариқасида кечади.

Шунинг учун тромбозларнинг олдини олишда операциядан кейинги даврда тўқималарда қон димланишини камайтириш мақсадида касалнинг ҳаракатлари фаоллаштирилади, сувсизланиш бартараф қилинади. Оёқдаги варикоз кенгайган веналарга эластик бинт боғланади.

Тромбофлебитга маҳаллий даво қилиш мой-бальзамли боғламлар қўйиш (Вишневский малҳами), оёқни баланд қилиб қўйишдан иборат (Белер шинаси, болиш). Қон ивишини пасайтирадиган дори-дармонлар, антикоагулянтлар ёки фибринолизин, антибактериал препаратлар қўлланилади. Уларни қўллашда қон ивиши кўрсаткичларини таҳлиллар асосида динамик кўриш йўли билан белгиланади. Тромбофлебитни даволашда антибактериал препаратлар қўлланилади. Палатадаги режим беморларнинг стационарда даволанишида муҳим аҳамиятга эга. Чунки бемор касалхонага тушгандан, то тузалиб чиққунга қадар маълум бир режим бўйича даволанади. Агар палапартишликка йўл қўйилса, касалхонада ишлаб чиқилган қоида ва қонунларга амал қилинмаса, бу албатта беморнинг соғайиш жараёнига маълум бир даражада салбий таъсир кўрсатади.

Яхши тузилган режим беморларга бутун кун мобайнида етарли даражада ухлаши ва дам олиши, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, хоналарни тоза тутиш, ўз вақтида овқатланиш, мунтазам шифокор кузатуви, даво муолажаларини кечиктирмай бажарилишини таъминлайди. Кундалик режим ва тартиб-қоидалар касалхона ва бўлим профилига боғлиқ. Касалликнинг характери ва оғир-енгиллигига кўра беморларга қуйидаги режимлар тайинланади. Беморга ҳатто ўтиришга ҳам рухсат этилмайдиган қатъий ўринда ётиш режими; ўринда ётиш режимида ўринда ҳаракат қилиш мумкин, бироқ ундан туриб кетишга рухсат этилмайди. Ярим ўринда ётиш режимида бемор палатада юриши, ҳожатхонага бориши ва касалхона ичида бемалол юришига рухсат этилади.

Беморлар ички тартиб-қоидалар, шифокор кўрсатмалари, тиббий ҳамширанинг буюрганларини бажариши лозим. Ҳамшира беморларнинг палата ва коридорларда шовқин қилмасликлари, касалхонанинг бошқа бўлимларига бормасликлари, тунги уйқу, кундузги дам олиш вақтида осойишталикка риоя қилиб ўринларида ётишлари устидан кузатиб бориши керак. Соат 22—00 дан кейин ҳамма палаталарда чироқлар ва радио ўчириб қўйилади. Манипуляцияларни бажариш ва дори-дармонлар бериш беморларнинг овқат ейиши, ухлаши ва дам олиш соатларига тўғри келмаслиги керак. Шовқинни баргараф этиш учун ходимлар секин гаплашишлари зарур.

**Операциядан кейин беморнинг ўриндан туриши.** Беморнинг ўриндан туришига фақат шифокор рухсат беради. Ҳозирги вақтда операциянинг оғир-енгиллигига ва характериغا кўра беморни фаоллаштириш мақсадида эрта, 2—3- кунни тўшакдан туриш ва секин юриш тавсия қилинади. Болаларда эса иложи борича эрта фаоллаштириш яхши натижа беради.

**Чокларни қолдириш муддатлари ва олиш техникаси.** Кичикроқ операциялардан кейин (аппендэктомия, чуррани кесиш) чоклар 7—8 суткада олинади. Қоринни (меъда резекцияси, холецистэктомия), кўкрак қафасини (пульмонэктомия, лобэктомия) кесиб очиш билан боғлиқ бўлган операцияларда 9—10 суткада олинади. Хавfli ўсмалар сабабли қилинган операциялардан кейин чокларни олиш 12—14 суткаларгача қолдирилади, чунки бундай беморларда тўқималар регенерацияси секинлашган бўлади. Болаларда эса чок катталарга қараганда 1—2 кун эрта олинади.

Чоклар турли тиббий асбоблар ёрдамида олинади. Чок соҳасига йод эритмаси суртилади. Унинг бир учидан дастлаб пинцет билан тортилади ва тери остидан ипнинг тўқималарда турган қисмини, яъни чок материалининг оқ қисми олинади ва шу соҳадан чок қайчи ёки скальпель билан қирқиб олиб ташланади. Операция майдонига яна йод эритмаси суртилиб, асептик боғлам боғланади.

**Оғир аҳволдаги беморни ювиб-тараш.** Оғир аҳволда ётган беморларнинг қўл ва юз териси қайнаган сувга ҳўлланган пахта билан артилади. Кўз, қовоқ ва киприкларини 2% ли илиқ борат кислота эритмаси билан пипетка ёки пахта пилик ёрдамида ювилади, оғиз бўшлиғини тоза тутиш учун кунига 2—3 марта ювилади ёки дезинфекцияловчи эритма билан чайилади (калий перманганат, риванол, фурацилиннинг кучсиз эритмаси), сўнгра 10% глицерин қўшилган 1% ли борат кислота эритмасига ҳўлланган дока салфетка билан артилади. Оғир аҳволдаги беморларнинг тагини кунига бир неча марта (сийиш ва ҳожатдан кейин) ювиш зарур.

Беморлар ҳафтасига камида бир марта ётган жойида илиқ сув билан совунлаб ювинтирилади. Чўмилтиришдан кейин ич кийимлари, ўрни алмаштирилади ҳамда тирноқлари олинади. Зарурат бўлганда дезинфекция тадбирлари ўтказилади.



## Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар

1. Қачон операциядан кейинги давр тугалланади?
  - а) операциядан кейинги асоратлар тугаши билан;
  - б) операцион жароҳатдаги чоклар олингандан кейин;
  - в) бемор касалхонадан чиққандан кейин;
  - г) операцион жароҳат битганидан кейин;
  - д) беморни меҳнат қобилияти тиклангандан кейин.
  
2. Ётоқ яра қандай шароитда пайдо бўлади?
  - а) бемор қимирламай ётганда;
  - б) гипсли боғлам эзганида;
  - в) резина чамбар қўйилганда;
  - г) трофик яралар бўлганда;
  - д) соддалаштирилган физиотерапия қўлланилганда.
  
3. Операциядан кейин кузатиладиган пневмониянинг олдини олиш учун нима қилиш керак?
  - а) нафас гимнастикасини бажариш;
  - б) шар пуфлаш;
  - в) антибиотиклар юбориш;
  - г) горчичник – банклар қўйиш;
  - д) юқоридагиларнинг ҳаммасини қўллаш.
  
4. Меъда ва 12 бармоқли ичак ярасида операциядан кейинги даврда қайси парҳез тайинланади:
  - а) 5- парҳез;
  - б) 10- парҳез;
  - в) 1- парҳез;
  - г) I а- парҳез;
  - д) 7- парҳез.
  
5. Операциядан кейинги даврда беморнинг обиз бўшлигини чайиб туришда қуйидаги препаратлардан қайси бири ишлатилмайди?
  - а) сода эритмаси;
  - б) фурацилин эритмаси;
  - в) калий перманганат эритмаси;
  - г) борат кислотаси эритмаси;
  - д) водород пероксид эритмаси.



**Эслатма:** тўғри жавобларнинг тагига чизилган.



## *Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар*

1. Операциядан кейинги даврнинг учинчи куни беморнинг аҳволи оғирлашиб қолди, бемор йўталдан, йўтал билан бирга балғам ажралишидан, кўкрак қафасида пайдо бўлган оғриқдан шикоят қиляпти. Беморнинг тана ҳарорати  $38,5^{\circ}\text{C}$ , аускультация қилиб эшитиб кўрилганда нам хириллаш эшитиляпти.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.

2. Беморга қандай қилиб 1-ёрдам кўрсатасиз?

2. Операциядан кейинги даврнинг учинчи куни ошқозони операция қилинган беморнинг аҳволи оғирлашиб қолди, бемор кетма-кет қайт қиляпти, қорин соҳасидаги оғриқдан шикоят қиляпти, бемор кўздан кечирилганда тана ҳарорати  $38,5^{\circ}\text{C}$ , қорин мушаклари нафас олиш вақтида иштирок этмаяпти, таранглашган, „Тахтасимон“ Шчеткин — Блюмберг белгиси мусбат, беморнинг тили қараи бовлаган.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.

2. Қандай қилиб 1- ёрдам кўрсатасиз?



## ХУСУСИЙ ХИРУРГИЯ



### IX. ҚОН КЕТИШ СИНДРОМИ

Қон кетиши қон томирлари деворининг шикастланиши, бирор касаллик натижасида емирилиши ёки унинг ўтказувчанлиги ошиб кетиши сабабли келиб чиқади.

**Қон кетиш турлари.** Шикастланган томирнинг характери ва турига қараб артериал, веноз, капилляр ва паренхиматоз қон кетиши фарқ қилинади.

**Артериал қон кетиш.** Қон кетишнинг энг хавфли тури бўлиб, бу артериал қон томирлар шикастланганида юқори босим остида пульсимон қизил алвон рангли қон отилиб чиқиши билан характерланади. Бунда беморда қисқа муддат ичида кўп миқдорда қон йўқотганлиги учун ўткир камқонлик келиб чиқади ва баъзан ўлим юз бериши мумкин.

**Веноз қон кетиш.** Бу веноз қон томири жароҳатланганда юзага чиқади. Бунинг артериал қон кетишдан фарқи шуки, қон бир текисда, бирмунча секин оқади ва унинг ранги тўқ қизил бўлади. Бунда марказий қон томирининг жароҳатга яқин жойини босганда қон оқиши тўхтамайди. Йирик веноз томирлар, шу жумладан бўйин соҳасидаги томирлар шикастланганда ўлим ҳаво эмболияси натижасида содир бўлиши мумкин. Бунда ҳаво „тиқини“ юракнинг ўнг ёки ўпка артерияларини бекитиб қўйиб, гемодинамиканинг кескин бузилишига олиб келади. Ўлим юракнинг рефлектор тўхташи ва нафас марказининг фалажланишидан юз беради.

**Капилляр қон кетиши.** Бу капиллярларни жароҳатланишидан юзага келиб, жароҳатнинг юзаки қонаши билан характерланади. Қон кўриниши жиҳатидан артериал ва веноз қон орасидаги ўртача ўринни эгаллайди. Капилляр қон кетиши гемофилия ва сепсисда хавфли бўлиб, у қон ивишининг пасайиши билан намоён бўлади. Одатда капиллярлардан қон кетиши ўз-ўзидан тўхташга мойил бўлади.

**Паренхиматоз қон кетиши.** Бундай ички аъзолар — (жигар, талоқ, ўпка, буйрақларнинг ҳамма томирлари артериялар, веналар, капиллярлар) шикастланганда кузатилади ва бемор ҳаёти учун хавфли ҳисобланади. Бундай қон кетиши томирлар деворининг паренхиматоз аъзо стромаси томонидан тутиб турилиши, аъзода антикоагулянт моддалар туфайли тромб ҳосил бўлмаслигидан ўз-ўзидан тўхташига мойиллик бўлмайди.

Қон кетиши **бирламчи** (томир шикастланган заҳоти) ва **иккиламчи** (қон тўхтагандан бир оз ўтгач) операциядан сўнг лигатура сурилиб кетганда ёки жароҳатдаги йиринглиниш жараёни туфайли томир чириганда бўлади.

Қон кетиши, шунингдек **ташқи**—қоннинг жароҳатдан (тери, ичак) ташқарига оқини ва **ички** — бирор ёпиқ бўшлиққа (қорин, плевра, мия), тўқималарга қон оқишига бўлинади. Қон оқшининг кейинги тури кўпинча жигар, талоқ каби ички аъзолар шикастланганда кузатилади.

### **Ўткир қон кетиши клиникаси**

Ўткир қон йўқотишнинг (ўткир камқонлик) клиник белгиси тери ва шиллиқ пардаларнинг бирданига оқариб кетиши билан характерланади. Бунда беморнинг юзи сўлиб, кўзи киртаяди, артериал ва веноз босими пасаяди, пульси тезлашиб, тўлиқлиги суст ва ипсимон бўлади, нафас тезлашади, бош айланади, аъзойи бадани бўшанади, ташналик, кўз олдининг қоронғилашуви, кўнгил айниши ва баъзан қусиш кузатилади.

Ташқи артериал қон кетишда қирмизи қон пульсацияли оқим билан чиқа бошлайди ва тезда ўткир камқонликка олиб келади. Ўткир анемия учун қуйидаги симптомлар: ранг оқариши, тез ва кичик пульс, қон босимининг пасайиб кетиши, бош айланиши, кўз тиниши, кўнгил айниши, қусиш ва ҳушдан кетиш хосдир. Бу барча умумий симптомлар миянинг ўткир қонсизланиши ва унинг функцияси бузилганлигининг кўрсаткичи ҳисобланади. Артериал қон кетиши мия ва юрак-томир системаси функциясининг бузилиши натижасида беморни тезликда ўлимга олиб келиши мумкин.

Ташқи веноз қон кетиши учун тўқ қизил рангли қоннинг аста-секин оқиб чиқиши характерли. Агар юқори веноз босимга эга бўлган бирор йирик вена шикастланса, қон юқори босим билан чиқиши мумкин, лекин бу одатда артериал оқимдан ўзининг пульсацияланмаслиги билан фарқланади. Йирик веналар жароҳатланиши натижасида юрак ва мия томирларида ҳаво эмболияси ҳосил бўлиши мумкин, шунинг учун ҳам бу хавфли ҳисобланади.

Капилляр ва паренхиматоз қон кетишида бутун яра юзаси, ҳамма майда томирлар ва капиллярларнинг қонаши рўй беради, уни тўхтатиш жуда қийин ва бу кўпинча ўткир камқонликка олиб келади.

**Ички қон кетишининг** клиник кўриниши шикастланган аъзо ва қон тўпланган бўшлиққа қараб, турлича бўлади; умумий ва маҳаллий симптомлари фарқ қилинади.

**Умумий симптомлар** қон кетишининг барча турлари, шу жумладан турли бўшлиқларга ички қон кетиши учун ҳам бир хилдир. Улар кўп қон йўқотишда вужудга келиб, ўткир анемия белгилари пайдо бўлишидан иборат бўлади (ранг ўчиши, бош айланиши, ҳушдан кетиш, тез ва кичик пульс, қон босимининг тўхтовсиз пасайиши, гемоглобин фоизининг камайиб кетиши ва ҳ. к.).

**Маҳаллий симптомлар** турлича бўлади: қон калла суяги бўшлиғига қуйилганда, миянинг эзилиши (босилиши) симптомлари кўринади; кўкрак қафасига қон кетиши (гемоторакс) шикастланган томонда ўпканинг босилиши ва бунинг натижасида ҳансираш пайдо бўлади; шунингдек, кўкрак қафасида нафас экскурсиялари чегараланади, перкуссияда ўпка товуши поаниқ, ўтмас бўлиб қолади, кўкрак қафаси ҳаракати сустлашади, нафас шовқинлари қон тўпланган томонда суст эшитилади. Ташхис қўйиш мақсадида кўкрак қафаси пункция қилинса, плевра бўшлиғида қон борлиги аниқланади. Қоннинг қорин бўшлиғига тўпланиши (гемоперитонеум) паренхиматоз аъзоларнинг (талоқ, жигар ва ҳ.к.) тери остидан ёрилиши натижасида, найчалардаги ҳомиладорлик ёрилишидан, қорин бўшлиғи органларининг яраланишидан ва бошқаларидан ҳосил бўлади ва қорин пардасининг қитиқланиши симптомлари билан (огриқ, қорин мушакларининг таранглашиши, кўнгил айниши, қусиш ва ҳ.к.) ўтади. Бунда қорин бўшлиғининг пастки қисмларида перкутор товуш бир оз тўмтоқлашиб қолади. Товушнинг ўтмаслашиши тана ҳолатининг ўзгариши билан ўз жойини ўзгартиради.

Гемотораксда ҳам, гемоперитонеумда ҳам, маҳаллий симптомлардан ташқари йўқолган қон миқдори билан боғлиқ бўлган ўткир камқонлик белгилари кузатилади.

Перикард бўшлиғида қон кетиши (гемоперикардиум) одатда ўткир анемия белгилари билан ўтмайди, ички қон кетишининг бундай жойлашишида юракнинг ўтказувчанлиги анча кенгайди ва суюқлик перикардитдаги сингари учбурчак шаклини эгаллайди.

Умумий белгилардан юрак тампонадаси ҳоллари бўлади (юрак фаолиятининг пасайиши, цианоз, веноз босимнинг ошиши ва ҳоказо).

Бўғимларга қон кетиши анатомик шароитларга биноан унча катта бўлмайди, шунинг учун ҳам бу ҳолларда ўткир анемия учрамайди. Маҳаллий симптомлар; бўғим ҳажмининг катталаниши, ҳаракатда ва пальпацияда огриқ, ҳаракатчанликнинг чегараланиши, мушаклар билан бекилмаган бўғимларда флюктуация симптомининг ҳосил бўлишидан иборат. Тизза бўғимига қон қуйилганда, шунингдек тизза қопқоғининг баллотация симптоми ҳам бўлади. Ташхис бўғим бўшлиғини пункция қилиш ва у ердан қон олиш билан тасдиқланади.

Тўқималараро **гематоманинг** клиник кўриниши унинг жойлашиши, ҳажми, тўқимага қуйилган қоннинг ҳолати (суюқ ёки ивиған) ва жароҳатланган томир билан алоқасига боғлиқ бўлади. Ўткир камқонлик белгилари тўқималараро қон кетишда ва камдан-кам қорин орқаси бўшлиғига қон қуйилганда учрайди.

Маҳаллий симптомлардан одатда кўпайиб борувчи шиш, гематомадан пастдаги томирларда пульснинг йўқолиши, цианоз ёки ишемия белгилари—терининг оқариши ва совиб қолиши учрайди. Беморлар кучли огриқдан шикоят қиладилар. Ушлаб кўрилганда агар қон суюқ бўлса, қон жимирлаш симптоми, агар гематома бўшлиғига бирор йирик артерия очилса, пульсацияни аниқлаш мумкин. Кўпинча тўқималараро гематомалар оёқ-қўлларнинг магистрал қон томирлари

шикастланганда ҳосил бўлади. Ҳосил бўлган гематома веналарни ва шикастланмаган артерияларни қисиб қўяди ва бунга ўз вақтида хирургик ёрдам кўрсатилмаса, баъзан оёқ ёки қўлда ишемик гангрена ривожланиши мумкин.

Эрта ва кечки **иккиламчи қон кетиш** одатда тўсатдан бошланади. **Эрта иккиламчи қон кетиш** томирни ёпиб турган тромбнинг тушиб кетиши билан боғлиқ бўлади. Кўпинча бу бемор умумий ҳолатининг яхшиланиши натижасида юзага келади. Бунда қон босими ошиб илгариги ҳолига қайтади ёки қон кетиши натижасида ривожланган томирларнинг торайиши (спазм) йўқолади.

**Кечки иккиламчи қон кетиши** кўпинча яра инфекцияси ривожланишининг натижасида бўлиб, бунда инфекция томирни ёпиб турган тромбни ёки қон томир деворларини эритиб юборади (эрозия).

Қон йўқотишда ўлим оғир кислород етишмовчилиги заминида нафас марказининг фалажланиши ва юрак фаолиятининг тўхташидан юз беради. Заифлашган беморларда, шу жумладан оч қолиш, толиқиш, нерв-руҳий травмага учраш ва шок бўлган ҳолатларда, ҳатто оз миқдорда қон йўқотиш ҳам ўлимга олиб келиши мумкин.

Айниқса чақалоқларда, ёшига тўлмаган болаларда ва кексаларда оз миқдорда қон кетиши жуда оғир асоратларга, баъзан эса ўлимга олиб келади.

### Меъда-ичак тизимидан қон кетиш

Меъда-ичак тизимидан қон кетиши, қон қусиш ёки анусдан қон кетиши билан характерланади. Қон кетиши оз ёки жуда кўп бўлиши мумкин. Оз миқдорда қон кетиши фақат нажас ва қусуқ массасини таҳлил қилиш билан аниқланади. Катталар ва болаларда меъда-ичак тизимидан қон кетишига олиб келувчи асосий касалликлар қуйидаги жадвалда келтирилган.

Хирургик касалликлар	Оралиқ касалликлар	Соматик ва юқумли касалликлар
Портал гипертензия	Чақалоқлар	Дизентерия
Геморрагик гастрит	меленаси	Геморрагик илеит
Меллори—Вейс синдроми	Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси	Сальмонеллез
Қизилўнғач тешиги	Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси	Энтероколит
Диафрагма чурраси	касаллиги	
Меккел дивертикули	Шенлейн—Генох касаллиги	
Ичакнинг иккиланиши	Гематомали полипоз	
Ичак инвагинацияси	(Пейтц-Егер синдроми)	
Ичак дивертикули		
Йўғон ичак полипоз		
Анус ёриғи		
Ўсмалар		

Меъда-ичак тизимидан қон кетиши жойига қараб 3 турга бўлинади:

— **Юқориғи** — бунга қизилўнғач, меъда, ўн икки бармоқ ичак, ингичка ичакнинг бошланғич қисмидан қон кетади. Бунда бемор ахлати қора бўлади.

— **Ўрта** — ингичка ичакнинг ўрта қисми ва ёнбош ичак, кўр ичаккача бўлган соҳалардан қон кетади. Бунда бемор ахлати тўқ қўнғир ёки малина рангида бўлади.

— **Пастки** — йўғон ичак ва анал тешикдан қон кетади. Бунда ахлат ранги қизил қон аралаш бўлади.

Меъда-ичак тизимидан қон кетишига қуйидаги касалликлар сабаб бўлиши мумкин: портал гипертензияда қизилўнғачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши, геморрагик гастрит, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси ва яра касалликлари, янги туғилган чақалоқлар меленаси. Касалликлар учун хос бўлган асосий симптомлар: қон қусиш ва анусдан *қорамтир* рангли қон келиши (қора нажас).

### **Портал гипертензияда қизилўнғачнинг кенгайган веналаридан қон кетиши**

Бу ҳолга хос бўлган биринчи симптом — „буткул соғломлик“ жараёнида рўй берадиган ҳолсизлик, кўнгил айниши, иштаҳа йўқлиги, иситма кўтарилиши ва бирданига кўп миқдорда қон қусиш. Қон қусиш қисқа вақт мобайнида такрорланади, гоҳида оч рангли ректал қон келиш билан кечади.

Бу ҳолда беморнинг ранги оқаради, боши айланади ва оғрийди, ҳолсизланади, кўп ухлайди. Артериал босими 80/40-60/30 га тенг бўлади. Қон таҳлилида анемия кузатилади. 6—12 соатдан сўнг беморнинг аҳволи кескин оғирлашади. ФЭГДС да қизилўнғачнинг дистал қисмида кенгайган веналардан қон кетиши аниқланади. Жигар ва талоқ УТТда: талоқ ва жигарнинг катталашishi (ёки кичиклашиши) аниқланади. Бармоқ билан ректал текширувда геморроидал тугунлар катталашishi аниқланади.

### **Геморрагик гастрит**

Бу ҳолда қон кетиши кам ёки кўп даражадаги диапедез билан боғлиқ. Диапедез турли сабаблар: эндокрин, инфекцион, токсик, септик, маҳаллий (дори моддалар, жароҳатлар, қон томирлар фаолияти бузилиши), алиментар омиллар таъсирида келиб чиқади. Кўп маротабали қон қусиш ва тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Пальпацияда меъда соҳасида оғриқ кузатилади, қорин парданинг таъсирланиш симптоми бўлмайди.

Лаборатория текширувларида гемоглобин гемокрит, эритроцитлар камайishi. ФЭГДС да шиш, гиперемия, нуқтали ва йирик эрозия (қон оқиб турувчи ёки фибрин билан қопланган) ёки кўп

миқдордаги нуқтали петехия қон кетиши ва меъда шиллиқ қаватининг катта миқдорини эгалловчи бир-бирига туташган эрозиялар аниқланади.

### **Тўғри ичак полипи**

Тўғри ичак полипида турли хил қон кетишлар кузатилади: қон ахлатда, алоҳида ёки кўп миқдорли қон томчилари тариқасида бўлади. Полип яллиғланишида танезм кузатилади, тўғри ичак соҳасида оғриқ бўлади, анусдан полип чиқиб туриши мумкин. Қон кетиши томчи кўринишида бўлади. Ташхис учун бармоқли ректал текширув, ректоскопия, ректоромоноскопия ўтказилади ва тўғри ичак полипи аниқланади.

### **Ануснинг ёрилиши**

Ануснинг ёрилишида асосий симптом бу дефекация вақтидаги кучли оғриқ ва қон кетиш ҳисобланади. Бунда нажас юзасида ва дефекация охирида қон томчилари пайдо бўлади. Дефекация рефлектор тугилиши туфайли қабзият келиб чиқади. Аналоскопия ва бармоқли ректал текширувда анус орқа айланасида ёрилиш ва яллиғланиш аниқланади.

Меъда-ичак тизимининг пастки қисмидан қон кетишида консерватив даво умумий ва маҳаллий муолажалардан бўлиб, гемостатик терапия тўшак режими, парҳез, викасол, дицинон, кальций хлорид, витаминлар, қон ва аминаокапрон кислотасини қуйиш ҳамда беморни дарҳол хирургик стационарга ётқизиш лозим бўлади.

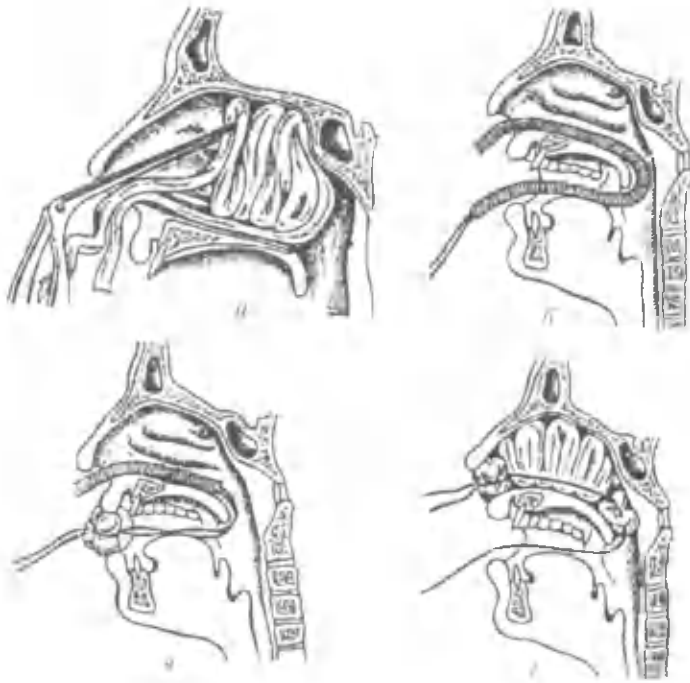
Меъда-ичак тизимининг пастки қисмидан қон кетишида орқа тешиги ёрилишидан ташқари барча ҳолларда дарҳол стационар шароитида даво ўтказилади.

### **Бурундан қон кетиши**

Бурундан қон кетиши — кўпинча бурун шиллиқ пардаси қон томирлари шикастланганда, юқори нафас йўллари яллиғланганда ёки хафқон ва жигар циррози каби касалликларнинг асорати сифатида кузатилади. Бурундан кўп қон кетганда қоннинг бир қисми оғиз бўшлиғига, ундан меъдага тушади. Натижада бемор қон қуседи ва ахлати қорайиб келади. Бурундан кўп миқдорда қон кетиши ўткир камқонлик белгилари, тери рангининг оқариши, бош айланиши, чанқоқлик, тахикардия ва бошқа белгиларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

**Бурундан қон кетганда биринчи ёрдам.** Бемор ярим ўтқазилган, боши озроқ олдинга энгаштирилган ҳолатда бўлади. Тинчлантирилади, иложи бўлса, гаплашмаслик, йўталмаслик, ортиқча ҳаракатлар қилмаслик сўралади.

1. Агар бемор беҳуш бўлса, горизонтал ҳолатда ётқизиilib, боши ёнбошга ўгирилади.



59- расм. Бурун бўшлигини тампонлаш.

2. Бурун соҳасига музли халта ёки совуқ сувга ҳўлланган сочиқ қўйилади.

3. Бурун қанотлари бурун деворига 3—5 дақиқа босиб турилади.

4. Агар қон оқиши тўхтамаса, бурун бўшлиғига вазелин суртилган ёки 3% ли водород пероксид, адреналин эритмасига ҳўлланган пахта-тампон киритилиб, касалхонага юборилади.

5. Шароитга қараб олдинги ёки орқа бурун тампонадаси қилинади. Бунда тампон корнцанг билан бурун бўшлиғига олдиндан киритилиб, тампонланади (59- расм, *а*) ва орқадан тампонланиб олдингиси билан боғланади (59- расм, *б*, *в*, *з*).

### Бачадондан қон кетиши

Бачадондан қон кетиши сабабларига организмнинг ёшига боғлиқ бўлган омиллари, оилада ва ишда бўладиган кўнгилсиз воқеалар, эндокрин безлари фаолиятининг бузилиши, ўткир ва сурункали кечадиган инфекцион касалликлар, жинсий аъзолардаги сурункали яллиғланиш жараёнлари киради. Этиологик омиллар ичида, айниқса, аёллар ва қизларнинг жинсий ривожланиши даврида бошдан кечирган юқумли касалликларини аниқлаш катта аҳамиятга эга.

Ановуляр қон кетиши:

1. Қисқа муддатда фолликулалар ёрилмай қолиб, майда бўлақларга айланганида.



2. Фолликулалар узоқ вақт мобайнида ёрилмай, майда бўлақларга айланганида.

3. Етилмаган фолликула атрезияси (ёрилмай қолиши) ёки бўлақчага айланиб қолиши нагижасида келиб чиқади.

Бачадондан дисфункционал қон кетишига гипофизнинг олдинги бўлаги фаолияти бузилиши сабаб бўлади.

Ановуляр дисфункционал қон кетиши, ҳайзнинг тўхтаб қолиши (7—8 ҳафта давомида) бачадондан қон кетиши билан характерланади. Бу қиз болаларда кўпинча менархедан бошланади. Баъзан нормал ҳайз кўриш бирмунча қисқаргани ҳолда, дисфункционал қон кетиши билан алмашилиб туради.

Ҳайз тўхтаб қолганидан кейинги қон кетиши турли миқдорда, тезликда ва турли муддатларда давом этаверади. Дисфункционал қон кетиши жинсий ривожланиш даврида юзага келиб, унда ҳам қон кетиб, қизларда ҳатто камқонлик касаллигини келтириб чиқаради. Бу ҳолат бачадоннинг шу даврдаги қисқариш фаолиятининг бузилиши, яъни сусайишидан деб ҳисобланади. Қон кетиши яна қон қуюлиши ва суюлиш системаси фаолиятининг бузилиши билан ҳам кечиши мумкин. Бу ҳол қон кўп кетганда билинади. Қизлардан дисфункционал қон кетганда кўпинча уларнинг соматик ҳолати ҳам бирмунча ўзгаради.

Бундан ташқари, аёлларда бачадондан қон кетишига бачадон раки, бачадон бўйни эрозияси каби бир неча касалликлар ҳам сабабчи бўлади.

**Давоси.** Огир қон кетишида беморнинг аллергик ва иммунологик ҳолатларини ҳисобга олган ҳолда қон қуйиш керак бўлади. Қўшимча равишда К ва В<sub>6</sub> витаминлари 1,0 дан буюрилади. 200—500 мкг В<sub>12</sub> дан мускул орасига кун ора 3—4 ҳафта давомида, фолий кислотасидан 0,01—0,03 г дан ичиш учун кунига 2—3 марта, 1% ли 3—5 мл викасол мускул орасига буюрилади. 10% ли кальций хлорид венага ёки прегнантолдан кунига 2—3 марта 0,02 г дан мускул орасига юборилади. Маммафизин, АТФ, кокарбоксилаза, мексалинлар ҳам қон тўхташда яхши фойда беради. Кейинги даво гинеколог маслаҳати остида кечади.

**Профилактикаси.** Бачадондан дисфункционал қон кетишини келтириб чиқарган сабабларни ва жинсий аъзолар касаллигига алоқаси бўлмаган хасталикларнинг олдини олиш ва уларни даволашдир. Яна гигиена қоидаларига амал қилиш, бадантарбия машғулоти билан шуғулланиш ҳам бу хилдаги жараёнларнинг олдини олишда катта аҳамиятга эга.

### **Бачадондан қон кетганда шошилиш ёрдам бериш**

Қон кетишининг айtilган хилларига даво қилишда, албатта, уларнинг сабабларини бартараф этиш керак, аммо шифокор кўргунча шошилиш ёрдам берганда консерватив характердаги бир қанча тадбирларни кўрса бўлади. Бундай тадбирларга қуйидагилар киради: 1) қон тўхтатувчи дорилар (эрготин, питуитрин, кальций хлорид)

бериш; 2) қинни тампонада қилиш, сўнгра мия ва юрак анемиясини бартараф этиш учун каравотнинг оёқ томонини кўтариб қўйиш.

Анемия кучлироқ бўлганда қон қуйиш операциянинг (шундай операция талаб қилинса) эсон-омон ўтишига умидни оширадиган ажойиб қон тўхтатувчи восита эканлигини эсда тутмоқ керак.

Қин қуйидагича тампонада қилинади: қўлни яхшилаб дезинфекция қилиб, беморнинг қовуғи бўшатилади, сўнгра ташқи жинсий органлари ва қини, умуман қиннинг ҳар қандай операциясидаги сингари синчиклаб тайёрланади.

Сўнгра қин кўзгулар билан очилади ва барча гумбазларига стерил тампонлар жойланади, сўнгра қиннинг ўзи ҳам бўшроқ тампонланади. Тампонадани узун пинцет билан бажарган маъқул. Тампонада қилиниб бўлгач, беморнинг оёқлари жуфтлаштирилиб, тиззасидан сочиқ билан боғланади. Қорин пастига юк (қумли халта) қўйилади.

Тампон кўп деганда 12 соат, узоғи билан 24 соат туради, сўнгра тампон алмаштирилиши лозим. Иложи бўлса, беморни эҳтиётлик билан шифохонага етказиб бориш керак.

Анемия кучли бўлганда ва қулай транспорт топилмаганда тампонададан кейин шифокор етиб келгунча бемор ўз жойида қолдириб турилади.

### **Қон кетишини тўхтатиш усуллари**

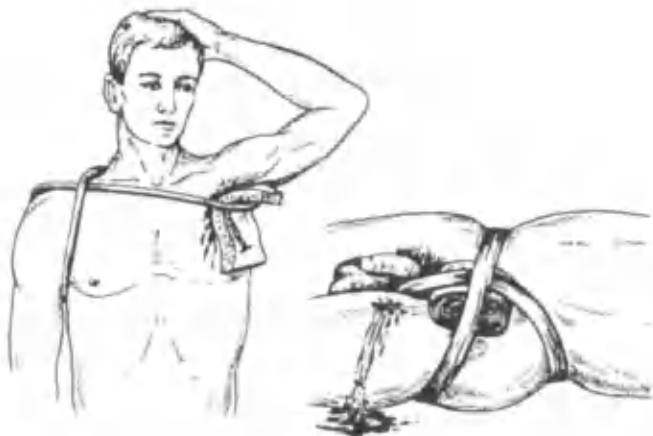
Ёрдам бериш шароитлари ва тиббиёт ходимининг малакасига кўра қон оқишини тўхтатиш **вақтинчалик** ёки **узил-кесил** бўлиши мумкин. Одатда ўрта тиббиёт ходими ҳодиса содир бўлган жойда беморни стационарга олиб келишдан олдин қон кетишини вақтинчалик тўхтатади. Қон оқишини узил-кесил тўхтатиш стационар шароитида ва қатор ҳолларда операция йўли билан бажарилади.

### **Қон оқишини вақтинча тўхтатиш усуллари**

Қон оқишини вақтинча тўхтатишнинг бир қанча усуллари мавжуд.

**Босиб турувчи боғлам.** Қўл-оёқни босиб турувчи боғлами, вена ва кичикроқ артериялардан қон оқишини вақтинча тўхтатишда самарали восита ҳисобланади. Бунда жароҳатга стерил дока бир неча қават қилиб қўйилади ва устига яна стерил дока қатлами қўйилиб, унинг устидан маҳкам ўраб бинтланади ёки жгут қўйилади (60-расм).

**Оёқ-қўлни бўғимидан букиш.** Тақим, чов, сон, елка артерияси, чов бўғимидаги сон артериялари жароҳатланганда юз берадиган қон оқишини баъзан оёқ-қўлни максимал букиш ёки боғлаб тортиб қўйиш йўли билан тўхтатиш мумкин (61-расм).



60- расм. Қул ва оёқни босиб турувчи боғлам.



61- расм. Қул ва оёқни букиш орқали қон тўхтатиш.

**Жароҳатда томирни босиб туриш.** Қулга стерил қулқоп кийилади ва у спирт, йод билан артилади. Кўрсаткич бармоқ жароҳатга киритилиб, сизиб чиқаётган қон томири босилиб қон кетиши тўхтатилади.

**Жароҳатни таранг тампонлаш.** Бунинг учун тампон олиниб, уни корнцанг билан жароҳатни бирин-кетин ва таранг қилиб тўлдириш орқали қон тўхтатилади. Одатда бу усул бурун шикастланганда қўлланилади (59- расмга қаранг).

**Қонаб турган томирга қисқич қўйиш.** Оёқ-қўл, чаноқ, қорин бўшлиғида чуқур жойлашган томирлардан оқаётган қонни тўхтатиш имкони бўлмаганда қўлланилади. Бунда жароҳат орқали қисқич ёки корнцанг киритилиб қонаётган қон томири қисилиб қон тўхтатилади.

**Томир бўйлаб босиб туриш.** Бу усулда айрим йирик артериялардан оқаётган қонни тўхтатишга томирни ўша томир яқинида жойланган нуқталар орқали суякка босиш йўли билан амалга оширилади (62- расм): а) ўмров ости артериясини ўмров суяги остида жойлашган



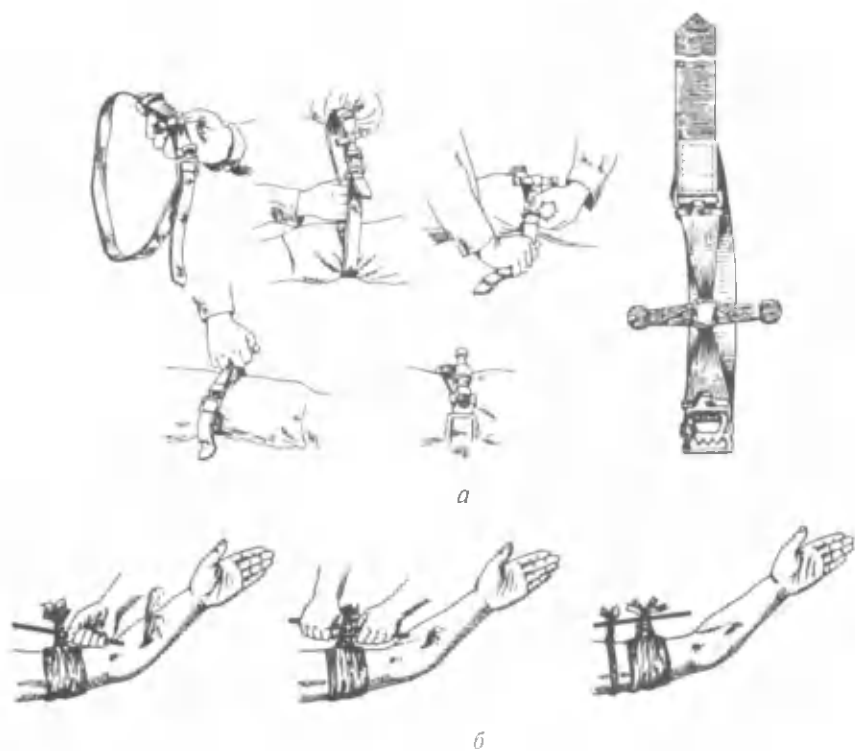
в

е

ж

62- расм. Томир буйлаб босиб туриш.

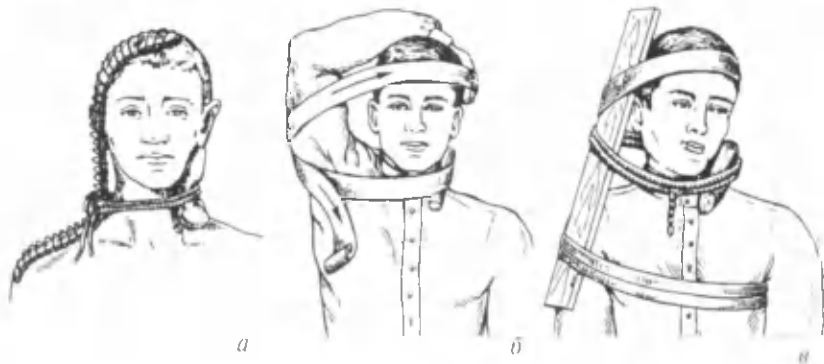
нуқтадаги биринчи қовурғага, имо-ишора мушаги туш суяги дастасига ёпишиш жойи ташқарисидан босилади; б) уйқу артериясини бармоқ билан 6-бўйин умуртқасининг кўндаланг ўсимтасига (бу имо-ишора мускули ички томони узунлигининг ўрта нуқтасига мос келади) босиш мумкин; в) сон артериясини пупарт бойламидан пастроқда қов суягининг горизонтал тармоғига босилади; г) тақим артерияси ярим букилган тизза бўғими чуқурчасидан босилади; д) пастки жағ артериясини жағ суягига; е) чакка артериясини чакка суягига; ё) билак артериясини елка суягига; ж) елка артериясини қултиқ остини босиб туриш билан қон кетиш вақтинчалик тўхтатилади.



63- расм. Жгут боғлаш.

**Жгут боғлаш.** Бу айниқса артериал қон кетишини тўхтатишда асосий усул ҳисобланади. Артериал қон кетишида жгутни жароҳатга нисбатан марказий томонга қўйилади. Жгут солишдан олдин жгут солинадиган терини қисиб қўймаслик учун оёқ ёки қўлга сочиқ ёки бинт ўралади. Жгутни чўзиб, оёқ ёки қўл атрофидан айлан-тирилади. Жгут ўрамларининг кесишмай, балки ёнма-ён жойланишига эътибор бериш зарур. Жгут учлари маҳкамланади ва унинг ўрамларидан бирининг тагига жгут солинган вақт ёзилган қоғоз қистириб қўйилади.

Артерияга қўйилган жгут тўғри солинганда оёқ ёки қўлнинг жгутдан четроқдаги қисми оқаради, жгутдан пастда пульс йўқолади, қон оқиши тўхтайтиди. Етарлича тортилмаганда оёқ ёки қўл кўкариб кетади, пульс йўқолмайди, қон оқиши кучаяди. Қаттиқ қисиб боғланганда нервнинг шикастланиши сабабли оёқ ёки қўл фалаж бўлиб қолиши мумкин. Артерияга қўйилган жгут оёқ ёки қўлда кўпи билан 1,5—2 соат қолдирилиши мумкин. Шу вақт ичида операцияни амалга ошириб бўлмаса, жгут ечилади, артерия қўлда босилади ва жгутни бир оз юқорироқдан ёки пастроқдан яна қайта солинади (63- расм, а,б).



**64- расм.** Бўйиндан артериал ёки веноз қон кетганда жгут солиш турлари.

Махсус жгут бўлмаганда тасма, тизимча, даструмол кабиларни ишлатиш мумкин. Ясама жгутнинг босиш кучини ошириш учун унга таёқча суқилади ва бураш йўли билан қон оқишини узил-кесил тўхтатилади.

Бўйин томирларидан артериал қон оққанда бўйиннинг қон оқаётган томони қаршисига эгилган Крамер шинаси, беморнинг қўли ёки тахтакач қўйилади ва ундан тиргак сифатида фойдаланиб, жгут солинади (64- расм, *а, б, в*).

Веноз қон оқишида веноз жгут деб аталадиган жгут ишлатилади. У шикастланган жойдан пастроққа чамаси 6 соат муддатга солинади ва қаттиқ тортилмайди.

Бунда оёқ ёки қўл кўкаради артерияда пульс сақланиб қолади, қон оқиши тўхтайд.

**Қон кетишини узил-кесил тўхтатиш.** Хирургик стационарда операцияга қўйиладиган ҳамма талабларни ҳисобга олган ҳолда қон оқиши узил-кесил тўхтатилади.

### Механик усуллар

**Жароҳатланган томирни боғлаш.** Қонаётган томир исталган чок материали (ипак, лавсан, кетгут) билан боғланади. Бу кенг тарқалган усуллардан ҳисобланади.

**Томир бўйлаб боғлаш.** Жароҳат қаттиқ инфекцияланганда ёки жароҳатланган томирни топиш қийинлигида ва техник ноқулайликлар вужудга келганда қўлланилади.

**Томирларга чок солиш.** У ён томонлама ва айланма (томирнинг гир атрофида) бўлиши мумкин. Махсус чок материали билан травматик игналар ёки тантал тайёр скобалар жойланган тикиш аппаратлари ёрдамида томирларга механик чок солинади.

### Физикавий усуллар.

**Совуқни маҳаллий қўллаш.** Бу мақсад учун аксарият муз солинган резина ёки полиэтилен халтачалар ишлатилади. Бу усулдан кўпинча кичикроқ капилляр қон кетиш ҳолларида фойдаланилади.

**Электрокоагуляция.** Махсус аппарат қўлланилади. Коагуляция операция вақтида майда томирлардан қон кетишида қўлланилади.

**Иссиқ физиологик эритмани қўллаш.** Изотоник эритма 60—80% гача қиздирилади. Эритмага ҳўлланган салфетка қонаётган соҳага бир неча минутга қўйилади. Бу усулни асосан бўшлиқлардаги (кўкрак ва қорин бўшлиғидаги) операцияларда ва нейрохирургияда қўлланилади.

**Кимёвий усуллар.**

**Томирларни торайтирадиган препаратлар.** Бундай препаратларга адреналин, супраренин препарати киради. Препарат турига кўра маҳаллий, парентерал ёки энтерал ҳолда қўлланилади.

**Қоннинг ивиш хусусиятини оширадиган препаратлар.** Бу мақсадда водород пероксид, кальций хлорид, аминокaproн кислота, викасол ишлатилади. Водород пероксид маҳаллий шароитда қўлланилади. Бошқа препаратлар қон оқиши ҳолларида (бачадондан қон кетишида, меъданинг қонаб турадиган ярасида) асосан венага юборилади.

### Биологик усуллар

**Гемостатик воситаларни маҳаллий қўллаш.** Бу мақсадда от зардоб, гемостатик булут, фибрин пардаси кабилардан фойдаланилади.

**Гемостатик воситаларни венага қўллаш.** Қон, плазма, гемофибрин, антигемафил глобулин (АГП) ва антигемофил плазма (АГП), фибриноген ва бошқа препаратларни кичик дозаларда бўлиб-бўлиб қуйиш яхши натижа беради.

### Қон кетишига олиб келувчи касалликлар

**Гемофилия** қон ивиш хусусиятларининг кескин пасайиб кетиши сабабли қон оқишига мойиллик билан характерланадиган туғма касаллик. Касаллик деярли фақат эркакларда учрайди. Қон оқиши салгина шикастланишлардан сўнг (лат ейиш, пичоқ кесиши, тиш олдириш ва ҳ.к.) пайдо бўлади. Қон оқиши қийинлик билан тўхтатилади. Қон ивишининг у ёки бу омиллари етишмаслигига кўра гемофилиянинг А, В ва С турлари фарқ қилинади. Гемофилиянинг А турида АГП, АГП, қуруқ ва натив плазма қуйиш яхши фойда беради. В ва С турларида янги цитрат қон қуйиш ёки тўғридан-тўғри қон, эритроцитар масса, фибриноген қуйиш, С ва В витаминлари, рутин, кальций хлорид юбориш яхши натижа беради.

### Қон кетишнинг асоратлари

**Ҳушдан кетиш.** Ҳушдан кетиш деганда бош мия томирларининг қисқа муддатли спазми натижасида юз берадиган ҳолат тушунилади. Кўп қон йўқотиш оғриқ, чарчаш, руҳий кечинмалар ва шу кабилар ҳушдан кетишга сабаб бўлади.

Беморнинг тўсатдан ҳушдан кетиши натижасида тери ва шиллик пардаларининг кескин оқариши, юзаки нафас олиш, томир уришининг сустлашуви кузатилади.

**Давоси.** Ҳушдан кетиш сабабини бартараф қилиш лозим. Шикастланган кишининг бошини паст қилиб, оёқларини эса баланд қўйиб ётқизилади, нашатир спирти ҳидлатилади. Оғир ҳолларда сунъий нафас олдирилади, 20% ли кофеин, 1,0 мл 1% ли лобелин эритмаси инъекция қилинади.

**Коллапс.** Коллапс деб артериал ва веноз босимнинг кескин тушиб кетиши ва айланиб юрадиган қон массасининг камайиши билан ифодаланадиган ўткир юрак-томирлар етишмовчилигига айтилади.

Коллапсга тўсатдан қон йўқотиш, шикастланиш, гавда вазиятини горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга тез буриш (ортостатик коллапс), плевра ва қорин бўшлиғидан суюқликни тез чиқариш, оғир интоксикация (овқатдан заҳарланиш, ўпка яллиғланиши, тиф ва ҳ.к.) сабаб бўлиши мумкин.

Коллапсда бемор аъзои-баданининг бўшашиши, цианоз, совуқ тер чиқиши, пульснинг ипсимон бўлиши, артериал босимнинг тушиб кетиши, тез-тез юзаки нафас олиш кузатилади. Ҳушдан кетишдан фарқли ўлароқ бемор ҳушини йўқотмайди.

**Давоси.** Коллапс сабабини бартараф қилиш, беморни иситиш, 0,5 — 0,1% ли адреналин, 1,5% ли эфедрин, 0,5 — 1% ли лобелин эритмаларидан бирини юбориш, кислород бериш зарур. Оғир ҳолларда қон қуйишга киришилади. Венага 1 мл, 1% ли мезатон эритмаси, 1 — 2 мл 0,2% ли норадреналин эритмаси қуйиш яхши натижа беради.

**Геморрагик шок.** Геморрагик шокнинг келиб чиқиши ўткир қон кетиши билан боғлиқ. Аммо қон ҳажмининг йўқолиши билан бирга, унинг қанча вақт давомида юзага келгани ҳам катта аҳамиятга эга. Агар катталарда 1000 — 1500 мл қон аста-секин йўқотилса, организмнинг ҳимоя кучлари таъсирида асорат рўй бермаслиги мумкин. Аммо шу миқдордаги қон қисқа вақт ичида айниқса кичик болаларда йўқотилса, бемор организми оғир асоратланади ва кейинчалик геморрагик шокка олиб келиши мумкин.

Геморрагик шокнинг клиникаси уч босқичда кечади: Компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация.

Шокнинг **компенсация босқичида** юрак-томирлар системасининг ҳимоя-компенсатор функциясининг яхши бажарилиши натижасида марказий гемодинамика узоқ вақт ўзгармасдан туради, қон кетиши бартараф этилганда организмда бутунлай ўзгариш сезилмайди.

**Субкомпенсация босқичи** анча оғир кечади ва керакли дори воситалари ёрдамида зудлик билан гемодинамикани тиклашнинг иложи бўлмаса, декомпенсация юзага келиши мумкин. Унда периферик қон томирларнинг қисқариши ҳам етарли фойда бермайди, беморда қон босими камайиб, артериал гипотония юзага келади.

**Декомпенсация босқичида** эса аъзоларда етишмовчилик юзага кела бошлайди. Ички аъзоларда томирлар қисқариши билан артериал гипотония кучаяди, тўқималар гипотонияси тез ривожланади. Организмда микроциркуляциянинг кучли бузилганлигидан беморда



акроцианоз пайдо бўлади. Олдинлари рефлектор характерга эга бўлган олигурия (сийдикнинг кам ажралиши) анурия (сийдикнинг бутунлай ажралмаслиги) га ўтади. Бу эса буйракда қон айланиши бузилганидан дарак беради.

Ўткир қон кетишни ташхислаш қийин эмас. Беморнинг ранги кескин оқариб кетади, тахикардия пайдо бўлади. Йўқотилган қон ҳажмини аниқлаш бирмунча қийин. Бунинг учун танада айланиб юрган қон ҳажмини ва унинг таркибий қисмларини аниқлаш керак бўлади. Шу мақсадда юқори ковак венага полиэтилен катетер юборилади. Нормада марказий вена босими 35—100 мм сув устуни (2—8 симоб устуни) га тенг. Унинг пасайиши қоннинг умумий ҳажми камайиши натижасида юракка қоннинг кам оқиб келаётганини билдиради, ошиши эса аввало гипертонемиядан ёки юрак декомпенсациясидан дарак беради.

«**Эмболия.** Қон томирига ҳаво кириб қолиши — **эмболиядир.** Аввал бу асорат йирик вена томирлари шикастланганда рўй беради ва беморни оғир аҳволга солиб қўяди. Кўпинча бўйинтуруқ венаси, ўмров ва қўлтиқ ости венаси, номсиз веналарда ҳаво эмболияси пайдо бўлади. Унинг юзага келишида айтиб ўтилган вена томирлари юракка яқинлиги, деворларининг қўшни аъзо тўқималарига бирикканлиги натижасида шикастланганда пучайиб қолмаслиги ва нисбий босим сабаб бўлади. Оз миқдордаги ҳаво қон томирлари орқали ўнг юрак бўлмачасидан ўпкага ўтади ва унга зарар етказмайди. Қон томирига ҳаво кўп тушадиган бўлса, унда ўнг юрак бўлмачаси катталашиб, уч тавақали клапанлар етишмовчилиги пайдо бўлади, бу юракнинг фалажланишига олиб келади.

Бемор рангсизланиб, кўкариб кетади, қон босими пасаяди, пульси секин уриб, нафас олиши тўхтайдди. Баъзида тиришиш белгиси пайдо бўлади. Агар ҳаво эмболияси белгилари аста-секин бошланса, бемор совуқ терга ботади, томир уриши секинлашиб, эс-ҳуши йўқолади, кўз қорачиқлари катталашади. Юракка яқин веналар шикастланганда томирга сўрилаётган ҳаво ҳуштаксимон товуш чиқаради. Бундай ҳолда нафас чиқарилаётган пайтда қон ҳаво аралаш чиқади.

Ҳаво эмболиясини даволаш мураккаб бўлиб, бундай ҳолларда томирга ҳаво келишини тўхтатиш керак. Бунда вена томирининг марказий периферик учлари боғланади, ўнг юрак бўлмачасига нина билан пункция қилинади.

Қон кетиши асоратларидан яна бири пульсацияловчи гематома ҳисобланади. Бу асорат йиғилиб қолган гематома бевосита шикастланган қон томири атрофида бўлса юзага келади. Вақт ўтиши билан гематома атрофи бириктирувчи тўқима билан қопланади ва сохта шикастланиш аневризмининг пайдо қилади. Шунингдек, операция пайтида қон томирлари яхши боғланмаса, қон тўпланиб қолиб, гематомани ҳосил қилади. У эса йиринглаб, кейинчалик оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

### **Қон кетганда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.**

Қон кетганда тиббий ёрдам кўрсатилмаса, у икки хил тугани мумкин: қоннинг ўз-ўзидан тўхташи ёки кўп қон йўқотиш натижасида мия қонсизланиб, юрак-томирлар иши бузилишидан бемор ўлиши мумкин.

### **Қон кетишини тўхтатувчи дори-дармонлар**

Ҳозирги кунда қон ивишини кучайтирувчи моддалардан: 10% ли кальций хлорид, 10% ли кальций глюконат, 1% ли гемофобин эритмаларидан фойдаланилади. Капиллярлардан қон кетганда уларнинг деворини мустақкамловчи моддалар — 12,5%ли этамзилат (дицинон), 0,025% ли адроксан ишлатилади. Қоннинг фибринолитик фаоллиги ошганлиги натижасида қон кетиши рўй берган бўлса, гипопластик анемия, операциялардан олдин, йўлдош тушганида, жигар касалликларида фибринолизни камайтирувчи Е—аминокапрон кислота (1 — 5% ли эритмаси) юборилади. Қон ивишини тезлаштирувчи моддалардан — лагохилус (қичитқи ўт) эритмаси ишлатилади.



### **Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар**

1. Қайси турдаги қон оқиши ҳаёт учун ўта хавфли?
  - а) артериал;
  - б) веноз;
  - в) капилляр;
  - г) ички қон оқиши;
  - д) яширин қон оқиши.
2. Қон оқишининг кимёвий усулини аниқланг.
  - а) музли халта қўйиш;
  - б) плазма қўйиш;
  - в) изотоник эритмага ҳўлланган тампонни қўллаш;
  - г) электрокоагуляциялаш;
  - д) 10% ли кальций хлор эритмасини юбориш.
3. Қишда жгут қўйиш муддатини аниқланг.
  - а) 30 минут;
  - б) 1 соат;
  - в) 1,5 соат;
  - г) 2 соат;
  - д) 2,5 соат.
4. Қонни вақтинчалик тўхтатиш усулига қайси усул кирмайди?
  - а) босиб турадиган боғлам қўйиш;
  - б) томирга чок қўйиш;

- в) томир бўйлаб босиб туриш;
- г) жгут қўйиш;
- д) томирга қисқич солиш.

5. Қонни тўхтатишда қайси соҳаларга жгут қўйиб бўлмайди?

- а) елқанинг ўрта қисмига;
- б) соннинг ўрта қисмига;
- в) болдирнинг ўрта қисмига;
- г) бўйин соҳасига;
- д) билакнинг ўрта қисмига.



*Эслатма : тўғри жавобнинг тагига чизилган.*



### *Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар*

1. Бемор 25 ёшда. Анамнезида 12 бармоқ ичагида яраси бор. Беморда аста-секин кам қувватлик, бош айланиши, қулоқ шангилаши, оғиз қуриши бошланган. Кофе қуйқаси рангида қайт қилган, ахлати қора рангда.

Объектив текширилганда, эпигастрал соҳа пальпация қилинганда мускуллар таранглиги ва оғриқ кучайганлиги аниқланди.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво режасини тузинг.

2. Пичоқдан жароҳатланиш натижасида тизза ости артериясидан кучли қон оқиши кузатилди. Беморнинг кийимидан бошқа ҳеч қандай боғлов материали ва асбоблар йўқ.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатинг.



## **Х. ШИКАСТЛАНИШ СИНДРОМИ**

Ташқи муҳитнинг киши организмга механик, электротермик, кимёвий ва нур таъсири натижасида тўқима ва аъзоларда анатомик ва функционал ўзгаришларнинг пайдо бўлиши шикастланиш дейилади. Шикастланишларда маҳаллий ўзгаришлар билан бир қаторда умумий ўзгариш ва оғир асоратлар келиб чиқиши мумкин. Шикастланишлар очиқ ва ёпиқ бўлиши мумкин.

Шикастланган беморларни текширишда худди хирургик беморларни текширишда қўлланиладиган усуллар ишлатилади. Оғир жароҳатлардан кейин беморда симптомлар тез ривожланиб, кўпинча шок вужудга келиши мумкин. Буларнинг ҳаммаси хирург ва ҳамширадан зудлик билан ташхис қўйишни ва керакли бирламчи тиббий ёрдам беришни ўша жойнинг ўзида ҳал қилишни тақозо этади. Шикастланган жойнинг ташқи кўриниши ҳамма вақт ҳам

беморнинг аҳволига мос келавермайди. Масалан, унча катта бўлмаган кўкрак қафаси ёки қорин бўшлиғига етказилган жароҳат ички аъзолар бутунлигининг бузилишига олиб келади. Бош миянинг ёпиқ, орқа миянинг оғир шикастлари ҳам аниқ ташқи белгиларга эга бўлмаслиги мумкин.

Симптомлари аниқ бўлган ҳар қандай жароҳат инсон ҳаёти учун хавfli бўлмаслиги ҳам мумкин. Айтилиқ, катта шикастланишларда оғир асоратлар организмнинг бошқа соҳаларидаги касалликлар билан бирга намоён бўлиши мумкин. Қўл-оёқ териси шилинган беморда жигар, талоқ ва бошқа аъзоларнинг бутунлиги бузилган бўлиши ҳам мумкин. Айниқса бемор ҳушсиз ётган, калла суяги шикастланган, унинг устига спиртли ичимликлар ичган, шок ҳолатига тушган бўлса, ташхис қўйиш анча қийин бўлади.

Беморнинг оғир жароҳат таъсирида аҳволи ёмонлашганда унга тез ёрдам бериш керак. Масалан, камқонликка олиб келадиган артериал қон кетаётган ёки нафас йўлларига ёт моддалар тиқилиб қолган бўлса, аввало шу асоратларнинг олдини олишга, даволашга интилиш керак, сўнгра анамнез йиғиш ва бошқа текширишларни бошлаш мумкин.

Бемор анамнезини тўплаш ва унинг шикоятлари билан танишиш вақтида бериладиган саволлар аниқ ва қисқа бўлиши керак. Зарарланган киши ёки уни олиб келган одамлар орқали шикастланиш вақти, сабаблари, қандай шароитда юз берганлиги, беморнинг жароҳат олишдан олдин ва кейинги ҳолати, қачон ва қерда биринчи ёрдам кўрсатилганлигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Шу билан бирга беморнинг бошқа система ва аъзоларида бўлган қўшимча касаллик белгиларини ҳам суриштирмоқ лозим бўлади.

Саволларга олинган жавоблар, зарарланган жойни чуқур кўриш ва текшириш, ташхис усуллари асоратларининг олдини олишга ёрдам бериши лозим. Масалан, суяклар синиши, нерв толалари ва магистрал қон томирларининг шикастланишига, кўкрак қафасидаги жароҳат натижасида плевра бўшлиғига қон қуйилиши ёки юрак тампонадасига сабаб бўлиши мумкин.

Жароҳатга тупроқ тушиши ёки ифлосланган кийим-кечак қоқшол, газли гангренага олиб келиши мумкин. Ёки мия чайқалиб лат ейини вақтида бошнинг шикастланиши билан бир қаторда киши ҳушидан кетади. Бундай беморларнинг 1,5 — 2 соатдан кейин ҳушдан кетиши мия ичига қон қуйилиб, унинг асосий марказлари оқаётган қон билан эзилишини билдиради.

Жароҳат таъсир қилган соҳани кўздан кечиришда шу соҳадаги терининг ранги, қўл-оёқнинг калта-узунлиги, соҳанинг конфигурацияси, шаклининг ўзгариши, жароҳатнинг катта-кичиклиги, чуқурлиги, хусусияти (кесилган, йиртилган, уриб олинган ва ҳ.к.) ва бошқа белгиларига аҳамият берилади.

**Шикастлар таснифи.** Шикастларнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади.

## **I. Шикастга сабаб бўлган шароитларга кўра:**

### **1. Ишлаб чиқаришга алоқадор бўлмаган:**

- а) транспортдан шикастланиш (темир йўл, автомобиль, трамвай);
- б) пиёда юришда юз берадиган;
- в) маиший;
- г) спорт;
- д) бошиқа шикастлар.

### **2. Ишлаб чиқариш шикастлари (саноат, қишлоқ хўжалиги).**

### **3. Атайлаб қилинган шикастлар (ҳарбий ва ҳ.к.).**

## **II. Шикастловчи омилнинг тури бўйича:**

- 1) механик;
- 2) термик;
- 3) кимёвий;
- 4) операцион;
- 5) нур ва бошқалар таъсирида.

## **III. Шикастланиш характери бўйича:**

- 1) ёпиқ (тери ва шиллиқ пардалар шикастланмаган);
- 2) очиқ (тери ва шиллиқ пардалар шикастланган);
- 3) бўшлиқларга тешиб кирувчи (қорин, плевра, синовиал пардалар шикастланган);
- 4) бўшлиқларга тешиб кирмайдиган (қорин, плевра, синовиал пардалар шикастланмайдиган);
- 5) онда-сонда;
- 6) кўп сонли;
- 7) оддий (тўқималарнинг бир қисми шикастланган);
- 8) комбинацияли шикастланиш (бир қанча аъзолар шикастланганда).

## **IV. Шикастлайдиган куч таъсирига кўра:**

- 1) бевосита (шикастланиш куч тушган соҳада юз берадиган);
- 2) билвосита (шикастланиш куч тушган соҳадан узоқда содир бўладиган).

## **V. Таъсир қилиш вақти бўйича:**

- 1) ўткир куч таъсир қилган заҳоти юз берганда;
- 2) сурункали (шикаст етказувчи омил кўп марта таъсир этганда пайдо бўлган) турларга бўлинади.

Шифокор келгунча биринчи ёрдам кўрсатиш ва даво муолажаларини бирмунча самарали ўтказиш учун тиббиёт ҳамшираси қуйидаги текшириш усулларини билиши лозим. Бунинг учун ҳамшира бўғимдаги ҳаракатлар ҳажмини махсус асбоб — угломер билан аниқлайди ва унинг патологик ҳолати даражасини қайд қилади. Бунинг учун угломер браншлари оёқ ёки қўл бўйлаб қўйилади,

угломернинг ўқи эса шу бўғимнинг айланиш ўқига мувофиқ жойлаштирилади. Ҳисоб оёқ ёки қўлнинг дастлабки вазиятига нисбатан олинади. Дастлабки вазият деганда тана ва оёқ-қўлларнинг эркин вертикал вазиятида бўғимнинг ҳолати (чаноқ-сон ва тизза бўғимлари учун 180°, болдир-товон бўғими учун 90° бурчак) тушунилади.

Сагиттал текисликдаги ҳаракат **букиш** ва **ёзиш** деб юритилади. Бунда оёқ ва қўл панжаси учун **оёқ-кафт**, **кафт орқаси** ва **кафтни букиш** деган сўзларни қўшиш лозим.

Фронтал текисликдаги ҳаракатлар **узоқлаштириш** ва **яқинлаштириш** деб аталади.

Билак-панжа бўғимидаги ҳаракат (букиш) **улнар** (билак суяги томонига) бўлиши мумкин. Бўйлама ўқ атрофидаги ҳаракатлар **ташқи** ва **ички** ротация номи билан юритилади.

Бўғимларда ҳаракатчанликнинг бузилиш даражаси қуйидаги тушунчалар билан ифодаланилади:

1) **анкилоз** — бўғимнинг бутунлай ҳаракатсиз бўлиб қолиши;

2) **ригидлик** — бўғимда силжиш ҳаракатларининг 5 градусдан ошмаслиги;

3) **контрактура** — бўғимда ҳаракатнинг чекланиши.

Чекланишлардан ташқари, бўғимларда **ортиқча ҳаракатчанлик** кузатилади. Бу кўпинча боғлам аппарати бузилганда ва чўзилганда рўй беради.

**Патологик** ҳаракатчанлик деб бўғим бўлмагандаги (синган, сохта бўғим) **ҳаракатчанликка** айтилади.

Оёқ-қўлларнинг узунлиги ва айланасини ўлчаш учун сантиметрли лента ишлатилади. Ўлчашда касал соҳа албатта соғлом симметрик соҳа билан таққосланади. Солиштирма ўлчашда суяк дўнглари таниш нуқталар бўлиб хизмат қилади.

Елка узунлигини куракнинг акромиал ўсиғидан то елканинг ташқи дўнги устидаги кўтарилган жойгача аниқланади. Билак узунлиги елканинг ташқи дўнги устидан то бигизсимон ўсиққача аниқланади. Қўлнинг бошдан-оёқ узунлиги акромиал ўсиқдан кафт юзаси бўйлаб учинчи бармоқ охиригача аниқланади.

Оёқ узунлиги ёнбош суякнинг олдинги устки ўсиғидан то ички тўпиққача, сон узунлиги катта кўст билан тизза бўғимининг бўғим ёриғигача, болдир узунлиги эса бўғим ёриғидан то ташқи тўпиққача аниқланади.

Қисқариш ёки узайишнинг қуйидаги турлари билан фарқ қилинади:

1. Чин (анатомик) қисқариш ёки узайиш. У оёқ ёки қўл узунлигининг анатомик ўзгаришларига боғлиқ. Қисқариш суяк синиқларининг узунасига силжиши, ўсишдан орқада қолиш ва бошқалар натижасида юз берган суяк синишида кузатилади. Оёқ ёки қўлнинг узайиши силдан зарарланишнинг бошланғич босқичларида (бўғимда суякларнинг сурилиши — бўғим ёриғининг катталашishi ҳисобига) юз бериши мумкин.

2. Проекцион қисқариш ёки узайиш оёқ-қўлнинг контрактура ёки анкилоз сабабли нотўғри жойлашиши натижасида келиб чиқади.

3. Нисбий (дислокацияли) қисқариш ёки узайиш суяк чиқиши ҳолларида, бирикадиган битта суяк бошқасига нисбатан силжиганда кузатилади.

4. Беморнинг вертикал вазиятидан оёқнинг функционал қисқариши ёки узайиши (суммар қисқариш ёки узайиш) — бу оёқнинг чин проекцион ва нисбий қисқариши йигиндисиدير. Оёқ (касал ва соғлом оёқ) айланаси симметрик жойларда (суякнинг таниш нуқталаридан маълум масофаларда) ўлчанади. Масалан, ўнг томондаги сон айланаси катта кўстандан 10 см қуйида аниқланса, чап сон ҳам шу масофадан ўлчанади. Одатда айлана оёқнинг юқори-ўрта ва пастки учдан бир қисмларидан ўлчанади.

Мушак кучини аниқлашнинг муҳим аҳамияти бор. Мушак кучига шартли равишда 5 балли система бўйича баҳо берилади: 1 — мушак кучи нормал, 2 — мушак кучи оз-моз пасайган, 3 — мушакларда рўйи-рост парези мавжуд, 4 — мушак кучи анчагина пасайган, 5 — мушак тўлиқ фалажланган.

Мушак кучи одатда гавданинг қарама-қарши томондаги куч билан таққосланадиган ва махсус асбоб — динамометр билан ўлчанади.

### **Травматизм ва унинг олдини олиш**

Травматизм деганда травма (шикастланишга) га олиб келган сабаблар тушунилади. Шикастланишлар юз берган шароити ва жойига кўра: 1) саноат; 2) қишлоқ хўжалиги; 3) транспорт; 4) спорт; 5) маиший; 6) ҳарбий турларга тафовут қилинади.

Шикастланиш оқибатида киши узоқ вақтгача иш қобилиятини йўқотади, баъзан у ногирон бўлиб қолади. Травматизм профилактикасида корхона раҳбарлари, техника хавфсизлиги ходимлари, йўл назорат хизмати, уй-жой, мактаб, болалар муассасаси ва бошқа ташкилотларнинг ходимлари тиббиёт муассасалари ходимлари билан бирга фаол қатнашадилар. Шикастланишлар кўпинча мастлик ҳолатида юз беришини ҳисобга олиб, ичкиликбозликка қарши жиддий курашиш лозим.

Саноат травматизмига саноат корхоналарида ишлаб чиқариш билан боғлиқ зарарланишлар киради. Бу ҳодисалар техника хавфсизлиги, меҳнатни муҳофаза қилиш ва соғлиқни сақлаш ходимларининг нотўғри ишлаши натижасида юзага келади. Уларга: ходимни ишга олишдан олдин, уни махсус ўқитиш, техника хавфсизлиги қоидалари билан батафсил таништириш, сўнгра турли хилдаги ҳимоя воситалари ҳамда кийим-кечақлар (кўзойнак, қўлқоп ва ҳ.к.) билан таъминлаш киради.

Маълумки, ишчининг малакаси қанча юқори бўлса, шикастланиш шунча кам бўлади. Шунинг учун ишчиларнинг техник малакасини оширишни тўғри уюштириш, меҳнат унумдорлигини ва маҳсулот сифатини яхшилаш билан бир қаторда травматизмни ҳам камайтиради.

Қишлоқ хўжалиги травматизмига қишлоқ хўжалик маҳсулотларини ишлаб чиқаришга бевосита алоқадор бўлган шикастлар киради. Ҳозирги кунда қишлоқ хўжалиги механизациялаштирилганлиги туфайли қишлоқ хўжалиги травмаси хусусиятига кўра саноат травмасидан кам фарқ қилади.

Транспорт хавфсизлигини таъминлаш учун чорраҳалар, пиёдалар ўтиш жойларини тартибга солиш, туннеллар қуриш, транспорт воситаларини доимо техник назорат қилиб туриш керак.

Болалар травматизмини профилактика қилиш тadbирларига мактабларда йўл ҳаракати қоидаларини узлуксиз ўргатиш, спорт лагерларини ташкил қилиш киради.

Турмушда (овқат пишириш, кир ювиш ва шунга ўхшаш) рўй берадиган зарарланишлар турмуш травмалари гуруҳига киради. Унинг профилактикаси аҳолининг моддий ва маиший даражасини юксалтириш йўли билан амалга оширилади.

Темир йўл травмаси кўпинча оғир шикастланишлардан иборат бўлганлиги учун, у махсус гуруҳга киради.

Мамлакатимизда спортнинг кенг кўлама ривожланиши, машғулотлар пайтида учрайдиган травмаларнинг олдини олиш тadbирларини белгилан зарурлиги сабабли, спорт травматизми ҳам махсус гуруҳга ажратилган.

Трамвайдан зарарланишлар умумий хирургик касалликларнинг 30 — 35% ини ташкил этади. Шикастланишда биринчи ва юқори малакали ихтисослашган ёрдамни тўғри йўлга қўйиш керак. Травматологик хизмат кўрсатиш уч асосий босқичдан иборат:

1. Шикастланиш рўй берган жойда биринчи тиббий ёрдамни ташкил қилиш.

2. Амбулатория-поликлиникада шикастланганларга ёрдам кўрсатиш.

3. Травматологик ёрдамни стационарда ташкил қилиш.

Травма юз берган жойда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш қўйидаги мақсадларни кўзда тутати:

а) шифокор келгунча бериладиган биринчи оддий ёрдам. Бу оддий кишилар (ўз-ўзига ва бир-бирига ёрдам) томонидан кўрсатилади. Улар — шикастланган кишининг ўртоғи, санитария ходими, қариндошлар, бегона кишилар, йўл ҳаракати ва милиция ходимлари, ўрта маълумотли тиббиёт ҳамширалари бўлиши мумкин.

б) юқори малакали ёрдамни махсус тайёргарликка эга бўлган шифокор бажариши керак.

Биринчи травматологик ёрдамни ташкил қилишда қўйидагиларга риоя қилиш лозим:

1. Шикастланган кишига иложи борича зудлик билан ёрдам бериш.

2. Тезроқ биринчи малакали ёрдам кўрсатилиши учун аввало оддий тиббий ёрдамдан сўнг беморни махсус даволаш муссасасига олиб бориш.



3. Кейинги босқичда ёрдам берувчи травматология ходимларига ҳар бир қилинган даволаш усуллари кенг ва батафсил баён қилиниши (бирламчи хирургик ишлов, қоқшолга қарши зардоб юбориш ва ҳ.к.).

4. Ҳар бир киши шикастланиш юз берганда қаерга, қачон мурожаат қилишни билиши керак.

Шаҳарларда тез тиббий ёрдам станцияларининг санитария мутахассислари бўлиб, уларнинг асосий вазифаси беморни тез ва эҳтиётлаб даволаш муассасасига етказишдан иборат.

Шикастланганларга махсус ёрдам касалхона ва поликлиникаларда очилган травматология пунктларида кўрсатилади. Стационар даво эса махсус травматологик касалхоналарда ёки бўлимларда олиб борилади. Уларнинг ишини кузатиб туриш травматология илмий-текшириш институти ва тиббиёт институтларининг травматология кафедралари ходимлари томонидан олиб борилади.

### Ёпиқ шикастлар

Юмшоқ тўқималарнинг ёпиқ зарарланиши қуйидаги турларга бўлинади: чайқалиш, лат ейиш, шикастланиш, узилиш, ёрилиш ва эзилиш.

**Чайқалиш.** Юмшоқ тўқималарнинг чайқалиши ўткир травмаларда кам учрайди ва кўпинча характерли белгилари бўлмаганлиги туфайли бемор учун билинмай ўтади.

Сурункали чайқалиш, яъни тез-тез қайталаниб турувчи чайқалиш — вибрация касаллигига мансуб бўлиб, пневматик асбоб ва болғалар, электр қирқувчи ва турли аппаратларда меҳнат қилувчи кишиларда учрайди. Сурункали чайқалишда беморнинг бўғимларида вақт ўтиши билан (тери, тери ости ёғ қавати, бўғими, нервида) склеротик ўзгаришлар пайдо бўлади, суякларда экзостоз ёки кисталар пайдо бўлади, беморларнинг асаблари таранглашган бўлади.

**Даволаш.** Вибрация касаллигига физиотерапевтик даво қилинади. Беморнинг касби ўзгартирилади.

**Лат ейиш.** Юмшоқ аъзо ва тўқималарнинг бевосита бирор тўмтоқ нарса билан урилиши натижасида тери бутунлигининг бузилмай зарарланиши лат ейиш дейилади. Баданга зарб текканда ёки бемор қаттиқ нарса устига йиқилиб тушганда унинг белгилари тананинг зарарланган соҳасига таъсир қилувчи буюмнинг тури, оғирлиги ҳамда таъсир қилиш тезлигига боғлиқ бўлади.

Юмшоқ аъзо ва тўқималар лат еганда шиш, қон қуйилиши, оғриқ ва аъзо функциясининг бузилиши қайд қилинади. Аввалига оғриқ ва функционал ўзгаришлар юзага келади, лекин кейинчалик у қайтади. Оғриқнинг кучи лат ейиш (нервга яқин бўлган суякда, бўғимда) жойи ва унинг зарбига боғлиқ. Шиш ва қон талашлар кўпи билан 2 — 3 кунда, шикастдан кейин пайдо бўлади. Оғир лат ейишдан сўнг ҳароратнинг кўтарилиши ва умумий ҳолатнинг бузилиши қайд қилинади.

Ташхис қўйишда тўқима ва аъзоларнинг зарарлангани ёки синган-чиққанлигини, тўқима, пайларнинг узилган-узилмаганлигини ҳисобга олиш зарур. Улар тўқима травмаси ва чидамлилигига боғлиқ. Кўпинча лат ейишда тери ости ёғ қатламида ўзгаришлар бўлиб, унда майда қон ва лимфа томирлари зарарланади. Бу ҳолатда қон томир деворларининг мустаҳкамлиги, қоннинг ивиши ва бошқа омиллар ҳам аҳамиятлидир. Ҳар хил катталиқдаги қонталашлар пайдо бўлади, атрофдаги тўқималарда асептик яллиғланиш (шиш, экссудат, лейкоцитларнинг сўрилиши) юзага келади. Қонталашларининг суяк қисми лимфа томири орқали сўрилади, қолган эритроцитлар эса парчаланиб гемоглобинни ташкил қилади, у атрофдаги тўқимага сўрилиб, гемосидерга айлангани учун ранги ўзгаради, мўматалоқ ҳосил бўлади. Унинг рангига қараб, лат ейиш вақтини аниқлаш қийин эмас. Узоқ вақтгача қонталаш соҳаси ўртасида суяк қон бўлади, атрофида эса қон лахталари пайдо бўлади. Кейинчалик бириктирувчи тўқима ўсиб, чандиққа айланади. Агар сўрилиш кечикса, қон кистасига олиб келади.

**Даволаш.** Шикастланган кишига аввало тинч шароит яратиш лозим. Травмадан сўнг биринчи соатлар шиш ва қонталашни совуқ компресслар, муз қўйиш камайтиради. Шиш камайгандан сўнг физиотерапевтик даво ва иссиқлик, кейин эса массаж ва ҳаракат машқлари тавсия қилинади. Қонталаш кенг ва бир жойни эгаллаганда, шунингдек қон кисталарида уларни пункция қилиб, қон олиб ташланади. Тўқималар кўчишини тўхтатиш учун лат еган қўл-оёқ сатҳига сиҳма боғлам қўйилади.

Лат ейишнинг баъзи бир турларида, масалан, катта куч таъсир этганда терининг катта бир қисми шилиниб кетиши, йирик нерв ўзани уриб олинганда шок ривожланиши ёки шикастланган нерв иннервация қиладиган соҳанинг зарарланиши, бўғим уриб олинганда унинг функцияси бузилиши, кўкрак қафаси ёки ўпка лат еганда тери ости эмфиземаси ва шунга ўхшашлар пайдо бўлиши мумкин.

**Шикастланиш ва узилиш.** Тўқималар тортилиш кучидан ортиқроқ куч ишлатилса, узилиш пайдо бўлади. Мушакларнинг кучли тортилиши натижасида ҳомиладор аёлларнинг қорин терисида йўл-йўл чизиқлар пайдо бўлади. Агар тўқима ташқи томондан анатомик бир бутунликка эга бўлса унда шикастланиш дейилади. Анатомик бутунлик йўқолиб, нофизиологик ҳолатда бўлса унда узилиш дейилади. Узилиш қисман ва бутунлай узилиш турларига эга. Бу ҳолдаги травмалар кутилмаган тасодифларда, югуришда, йиқилишда, юк қўтарганда юзага келиши мумкин. Одатда шикастланиш ва узилиш бўғим пайларига бўлиб, унда кўпинча болдир-панжа бўғими зарарланади.

Шикастланиш ва узилиш клиникаси лат ейиш белгиларига ўхшайди, травма соҳасида қаттиқ оғриқ сезилади, ҳаракат бузилади, юмшоқ тўқималарга ва баъзан бўғим бўшлиғига қон қуйилиши (гематома) бўғим шишиб кетиши билан ифодаланади. Бу белгилар

узилиш юз берганда кучлироқ бўлади. Шикастланиш ва узилиш нерв толаларининг эзилиши, суяклар ва бўғимлар синишида кўпроқ учрайди. Нерв толалари шикастланишининг белгилари ҳар хил бўлиб, баъзида унинг функцияси бутунлай йўқолиши мумкин. Қон томирлари зарарланиши ташқи таъсир кучли бўлмаганда ҳам бўлиши мумкин. Уларнинг интимаси травмага сезгир бўлиб, адвентицияси эса мустаҳкамроқдир. Шунинг учун томир уриши натижасида вақт ўтиши билан чин аневризма пайдо бўлиши ва у катта ҳажми эгаллаши мумкин, унда томир уриши яққол кўзга ташланиб туради.

**Даволаш.** Шикастланишни даволаш лат ейишни даволагандек бажарилади, фақатгина узоқроқ ва барқарор иммобилизация қилиш лозим. Бунинг учун гипс боғламини ишлатиш мумкин. Узилиш рўй берганда пайни, нерв толасини, қон томирларини ёки апоневрозни операция йўли билан тикилади. Агар нуқсон мавжуд бўлса, маҳаллий ёки аллопластик моддалардан олиб, уларнинг бутунлиги тикланади.

**Эзилиш.** Эзилишда шикастлантурувчи агент бемор танасига узоқ вақт таъсир қилиши мумкин. Енгил эзилишлар клиникаси лат ейилгандек кечади, аммо эзилишда қон қуйилишлар чуқур ва кенг бўлиб, оғир асоратларни олиб келади. Узоқ эзилишда, қон айланишининг бузилиши кичик қон томирларини сиқиб, тери, тери ости ёф қаватини, шу тузилмаларнинг некрозига ва яра бўлишига сабаб бўлади. Яра тананинг бўртиб турувчи суяк, бўғим соҳаларида, айниқса шу соҳалар ҳаракатсиз турган бўлса ёки тўқималар гипс боғлами, бемор танасининг оғирлиги билан босиб турилса вужудга келади.

Енгил эзилишлар маҳаллий зарарланишни вужудга келтиради. Бемор ҳаёти учун хавф тугдирмайди. Оғир эзилишлар, айниқса ер қимирлаганда, қурилиш ишларида ва ҳарбий шароитда оғир оқибатларга сабаб бўлади. Тўқималарнинг эзилиши катта қон томирларини (сон, тизза ости, елка артериялари) ҳам сиқиб қўяди ва мушакларни оғир шикастлантиради. Унинг натижасида қўл-оёқда шиш пайдо бўлади, нервларда парез ва фалажликлар келиб чиқиб, кейинчалик ўткир буйрак етишмовчилигига олиб келади. Қўл-оёқларнинг эзилиш синдроми (травматик токсикоз) рўёбга келади.

**Даволаш.** Таъсир қилувчи агентни тезда олиб ташлаш, иммобилизация қилиш ва шифокор тавсияси бўйича иш тутиш лозим.

**Бош миянинг лат ейиши.** Бош ва юзнинг юмшоқ тўқималарига тўмтоқ нарса билан урилганда лат ейиш содир бўлади. Бунда тери ва тери ости ҳужайраси ўзига хос тузилганлиги сабабли шикастланган томирлардан чиққан қон ҳар томонга тарқалмай, лат еган жойда тўпланиб қонталаш — гематомани ҳосил қилади.

Лат еган соҳада ўсмасимон ҳосила, болаларда эса „гурра“ — тугунча пайдо бўлади. Юзнинг юмшоқ тўқималари, айниқса кўз косаси лат еганда тери кўк-қўнғир тус олади ва у кўпинча бир томонлама бўлади, буни калла асоси синганда кузатиладиган „кўзойнак симптоми“дан ажрата билиш зарур. Қонталаш кейинчалик кўк-сарғиш, яшил-сарик ранга айланиб, аста-секин сўрилиб йўқолиб кетади.

**Клиникаси** бош миянинг оғир чайқалишини эслатади: бунда беморнинг эс-ҳушини йўқотиш даври узоқ вақтгача чўзилиб, бир неча кун, ҳатто ҳафтагача тормозланиш билан кечиши мумкин. Ретроград амнезия бирмунча рўйирост юзага чиққан бўлади. Беморнинг ҳарорати кўтарилади, қонда нейтрофил лейкоцитоз қайд қилинади, ликворда доим қон аралашмаси бўлади.

Бош мия лат еганда ўчоқли марказий симптомлар устунлик қилади. Бу асосан бош мия ва оёқ-қўл нервлари фалажи, парези, гематомаси ва патологик рефлекслар билан кечади.

**Давоси.** Даво консерватив усулда олиб борилади. Бунинг учун жароҳат олган жой ёки аъзога ҳаракатсиз ҳолат берилади. Кейин совуқ нарса қўйилади ва босиб турувчи боғлам боғланади. Агар гематома катта бўлса, у пункция қилиниб, тўпланган қон шприц билан сўриб олинади. Ҳолбуки, гематома соҳасида пульсация сезилиб ёки у катталаниб кета бошласа, операция қилиниб, қонаётган томир боғланади ва кесилган тери тикилади.

Бош миянинг лат ейиши юз ва бош юмшоқ тўқималарининг жароҳатланиши билан бирга келса, кўп қон оқади. Бошнинг сочи қисми (сочи узун кишиларда) биронта механизмнинг ҳаракатдаги қисмига тушиб қолганда сидирилган (скалпланган) жароҳатлар кузатилиши мумкин. Бунда бошнинг юмшоқ тўқималари сочлар билан бирга калладан бутунлай сидирилиб тушади.

**Биринчи ёрдам** кўрсатишдан асосий мақсад, ҳодиса рўй берган жойда зудлик билан қон оқишини тўхтатишдир. Бунинг учун кичик жароҳатларда босиб турувчи боғламнинг ўзи кифоя қилади, йирик артериал томирлар шикастланганда томирни унинг йўли бўйича босиш ва шикастланган кишини хирургик стационарга зудлик билан олиб бориш зарур. Ташқи чакка артерияси шикастланганда қулоқ супраси олди соҳаси босилади, ташқи жағ артерияси шикастланганда эса пастки жағнинг пастки чеккасидан 1—2 см юқоридан босилади. Кейинчалик хирургик стационарда жароҳатга бирламчи ишлов берилади.

Сидирилган жароҳатларда терининг сидирилган қисмини **сақлаб қолиш шарт**, бунда сочлар ва мажақланган тўқималар ўз вақтида олиб ташланади ва сидирилган терининг кўп жойидан тешилиб ўз жойига тикиб қўйилади.

**Бош миянинг чайқалиши.** Бу барча бош мия шикастлари орасида энг кўп учрайдиган патологиядир. Одатда бош мия чайқалганда калла суяклари шикастланмайди. Қисқа ва кучли зарб таъсири бош мия ҳамда унинг суяқ таркибий қисми (ликвор, қон) ни ҳаракатга келтиради. Бунда ўзгаришлар кам кузатилади: томирлар қисқа муддатга спазмга учраб, кейин кенгайди, веноз қон димланади, мия ва мия пардалари шишади, нуктали қон қуйилиш юз беради. Бу ўзгаришлар бир-икки ҳафта давом этади.

Бош мия чайқалганда беморнинг эс-ҳуши бир неча соатга йўқолиши ва **ретроград амнезия** (бемор қандай ҳодиса рўй берганини

эслай олмайди) асосий симптомлар ҳисобланади. Бунда бемор кўпинча қайт қилади, юз териси оқаради, камроқ гиперемия кузатилади ва бемор юзаки нафас олади. Бош мия чайқалишининг энгил даражасида томир уриши тезлашади (тахикардия), оғир даражасида эса аксинча, секинлашади (брадикардия). Кўз қорачиқлари бир текисда торайиши ёки кенгайиши, бурун-лаб бурмасининг озгина силлиқ тортганлиги кузатилиши мумкин. Кейинчалик бош оғрийди, айланади, қулоқ шанғиллайди, бош оғирлашади, кўз ачишади, бу сезги кўзни ҳаракатлантиради ва ёруғ чироқда кучаяди.

Орқа мия пункция қилинганда ликвор босими ошган бўлиши мумкин. Травмадан сўнг бир неча кун ўтгач, уйқусизлик, тажанглик, кўп терлаш, дармонсизлик, китоб ўқиғанда, ён томонга йўналганда гилайлик юзага келади.

**Давоси.** Даво асосини 1 — 2 ҳафта ўринда ётиш режими ташкил этади. Лозим бўлса нейроплегик, антигистамин ва витамин препаратлари кенг қўлланилади. Бош мия босими ошганда кўрсатма асосида венага 40 — 60 мл 40% ли глюкоза эритмаси, 10 — 20 мл 10% ли натрий хлорид эритмаси, 10 мл 40% ли уротропин эритмаси, мушак орасига 10 мл 20 % ли магнезий сульфат эритмаси ва сийдик ҳайдовчи дорилар юборилади. Суюқлик миқдори чегараланади ва тузсиз овқатлар бериш тавсия этилади.

Бош мияда шиш кузатилганда кўшимча равишда венага 5 — 10 мл 2% ли гексоний, 1 — 2 мл 2% ли димедрол, 50 — 100 мл кортизон ёки гидрокортизон эритмалари юборилади.

**Бош миянинг эзилиши.** Бунда касаллик бошқаларига қараганда бирмунча оғир кечади. Патологоанатомик ўзгаришлар мия шиши, ўсиб борувчи гематома (томир ёрилганда) ва суяк қисмлари босиши ҳисобига тобора кўпроқ эзилишдан иборат бўлади. Гематомалар жойлашишига кўра субдурал (қаттиқ мия пардаси ости), эпидурал (қаттиқ мия пардаси усти), субарахноидал (юмшоқ мия пардаси ости) ва интрацеребрал (мия моддасига) турларга бўлинади.

Бош мия эзилганда ёки гематома ҳисобига қисилганда бир неча минутдан бир неча соатгача тинч давр бўлиб, сўнгра бемор ҳушидан кетади. Пульси секинлашиб, минутига 40 — 50 мартагача уради. Кўз қорачиқлари аввалига торайган, кейин кенгайган бўлади. Бемор қусади, ютиниши бузилади. Тинч даврда бош оғрийди ва айланади. Гематома турларини таққослашда касалликнинг клиникаси ва орқа мия пункцияси кўрсаткичлари катта аҳамиятга эга.

*Эпидурал* гематомада бемор тез орада ҳушини йўқотади, ликвор босими ошади. *Субдурал* гематомада беморнинг ҳолати бирмунча давомли ва тинч, ликворда қон бўлади. *Субарахноидал* гематоманинг тинч даври беморда бир неча суткагача давом этади, бемор ҳушини йўқотмаслиги мумкин. Ликворда қон аралашмаси кўп бўлади.

Умумий мия симптомлари ошган сайин мия эзилиши ва дислокациясининг ўчоқли симптомлари қуйидагича бўлади: қон қуйилган томонда бош мия нервларининг парезлари ва фалажлари

(анизокория, устки қовоқ птози, қорачиқнинг торайиб, кейин кенгайиши, филайлик), қарама-қарши томонда оёқ-қўл мушаклари парези ва фалажлари (моноплегия патологик рефлекслар билан, эпилептик талваса) бирмунча аниқ юзага чиқади.

Давоси операция усулида олиб борилади. Операциянинг моҳияти калла суягини трепанация қилиш (очиш), гематомани бўшатиш ва қон оқишини тўхтатишдан иборат.

**Бош миянинг ёпиқ шикастланишларида беморга биринчи ёрдам кўрсатиш ва транспортировка қилиш.**

Очиқ шикастланишларда ҳодиса рўй берган жойда жароҳатга стерил боғлам қўйилади. Дарҳол оғриқсизлантириш чоралари кўрилиб, зудлик билан касалхонага ётқизилади. Транспортировка қилишда беморнинг боши замбилга баландроқ қилиб ётқизилиб, уни авайлаб ушлаб кетиш зарур. Бемор ҳушсиз ҳолатда бўлса, тилнинг ҳалқумга тикилиб қолиши олдини олиш мақсадида тилтутқич билан тортилади ёки ипак ип ўтказиб, иякка ёки бемор кийимига фиксация қилиб қўйилади.

### **Кўкрак қафасининг шикастлари**

**Қовурғаларнинг синиши.** Кўкрак қафасининг эзилиши ва босилиши оқибатида қовурғаларнинг ёрилиши, суяк усти пардаси остидан синиши ва битта ёки бир неча қовурғаларнинг тўлиқ синиши, синиқларнинг ўрнидан силжиши ёки силжимаслиги билан кечиши мумкин. Баъзан қовурғалар синиб, плевра ёки ўпканинг шикастланиши билан бирга кечиши мумкин.

Қовурғалар якка синганда ўткир, синиқ чегараси соҳасида оғриқ кузатилади, бу нафас олганда, йўталганда ва гавда вазиятини ўзгартирганда кучаяди. Пайпаслаш йўли билан оғриқ нуқтаси аниқланади, суяк синиқлари силжиган синишда қовурғаларнинг шакли погонасимон бўлиб ўзгаради.

Қовурғалар кўп жойидан синганда клиник белги ёмонлашиб, бемор шок ҳолатида бўлиши мумкин. Ўпка тўқимаси зарарланганда ҳаво тери ёғ қатламига чиқиб эмфиземани пайдо қилади, тери босилганда ғижирлаш сезилади, бемор қон туфлаб, нафас олиши қийинлашади, акроцианоз (лаб, бурун учи, қулоқ чиғаноғи, бармоқларнинг учи кўкаради) ва тахикардия бўлади. Плевра бўшлиғига қон қуйилганда гематома келиб чиқади. Бунда беморни ўтирган вазиятида перкуссия қилишиб горизонтал сатҳдаги суоқлик аниқланади. Агар ўпка тешилиб плевра бўшлиғига ҳаво тўпланса, ҳаво пневмоторакс келиб чиқади. Бунда ўпка сиқилиб, перкуссияда баланд перкутор товуш қайд қилинади, аускултацияда эса ўпканинг нафас олиши эшитилмайди.

Қовурғаларнинг синиши фақат клиник жиҳатдан аниқланса-да, ташхисни тасдиқлаш учун рентгенологик текширувнинг аҳамияти

катта, лекин қатор ҳолларда синиш фақат клиник текширувда аниқланади. Ташхис қўйишда касалликнинг клиник белгиси асос қилиб олинади.

**Давоси.** Синган соҳага 5 — 10 мл 2% ли новокаин эритмаси юборилиб блокада қилинади. Агар қовурга кўп жойидан синса, соҳага 0,5% ли новокаин эритмаси билан маҳаллий огриқсизлантирилади ёки шу томоннинг ўзига вагосимпатик блокада қилинади.

Огриқсизлантиришни чуқур ва давомли бўлиши учун синиш соҳасига 5 — 10 мл 2% ли новокаин эритмаси юборилади. 10 минут ўтгач игнани чиқармай туриб қўшимча равишда 5 мл дан 0,2 — 2% ли лидокаин эритмаси юбориш лозим бўлади.

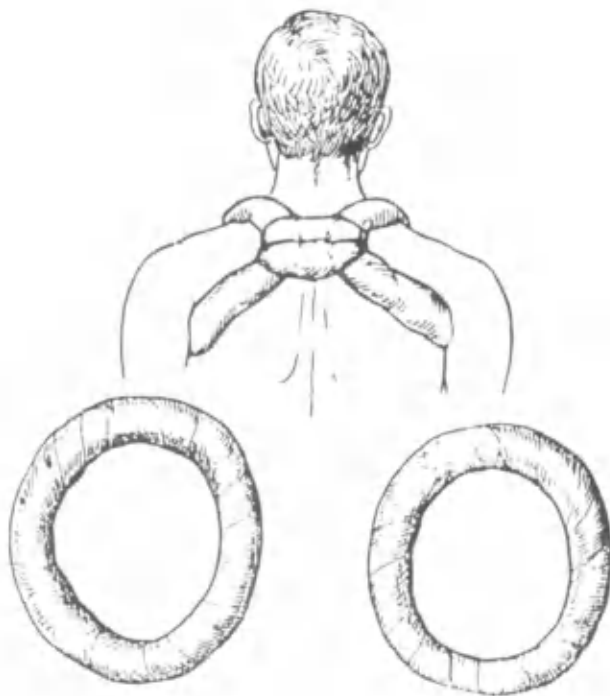
Беморда ўпка яллиғланишининг олдини олиш учун нафас гимнастикаси бажарилади, антибиотиклар ва сульфаниламидлар буюрилади. Қовургалар синганда пневмониянинг олдини олиш, беморнинг кўкрак қафасини бинтламаган маъқул.

**Ўмров суягининг чиқиши** аксарият елка билан йиқилганда содир бўлади. Ўмров суяги акромиал ва тўш учларининг чиқиши фарқ қилинади. Кўпинча ўмров суяги акромиал учининг чиқиши кузатилади. Бойлам аппаратининг йиртилиш даражасига кўра унинг тўла ва қисман чиқиши тавофут қилинади. Тўла чиқишда шу соҳадаги бойлам аппарати батамом йиртилади ёки қисман сақланиб қолади.

Ўмров суяги акромиал учидан чиққанда елка усти соҳасида акромиал учининг чиқиб қолиши сабабли поғонасимон детурция кўзга ташланади. Елка суяги узоқлаштирилганда ва ўмровнинг чиқиб турган учи босилганда ўмров жойига тушади, елка суяги пастга туширилганда унинг бу учи яна юқорига кўтарилади („клавиша симптоми“). Ташхис рентгенологик текширувда тасдиқланади. Елка суяги қисман чиққанда ўмровнинг акромиал учи рўйрост туртиб чиқмайди.

**Давоси.** Ўмров суягининг чиққан учи жойига солинади. Крамер шинаси ёки гипс боғлам билан фиксация қилинади. Қатор ҳолларда, айниқса ўмровнинг акромиал учи чиққанда бу усул гоаят яхши натижа бериши мумкин. Ўмровнинг чиққан учини тутиб туришнинг иложи бўлмаган ҳолларда операция йўли билан даволанади. Операциянинг моҳияти шундан иборатки, ўмров суягининг акромиал учи чиққанда уни куракнинг акромиал учига, ўмровнинг тўш учи чиққанда уни тўш суягига фиксация қилинади.

**Ўмров суягининг синиши.** Бевосита зарб тушганда ёки ёзилган қўлга, тирсакка, елканинг ён юзасига йиқилганда ўмров суяги синади. Болаларда аксари суяк устки пардасининг остидан синиб, суяк синиқларининг унчалик силжимаслиги кузатилади. Катта ёшдаги кишиларда кўндаланг, қийшиқ ва парчаланиб синиш қайд қилинади. Одатда ўмров синиши суяк синиқларининг силжиши билан ўтади. Марказий суякнинг синиши тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакнинг тортишиши ҳисобига юқорига ва олдинга, периферик синиқ ўмров



65- расм. Дельбе усулида боғлаш.

мушагининг тортишиши ҳисобига пастга ва ичкарига силжийди. Суяк синиқлари томир-нерв тутамини, плевра гумбази ёки терини шикастлаши ҳам мумкин.

Даволашда шикастланган соҳага новокаин юборилади ёки узок таъсир қиладиган блокада қилинади. Беморнинг елкалари иложи борича узоқлаштирилади ва иккала елка учи соҳасига иккита дока ҳалқа кийгизилиб, улар резина найча билан боғланади — Дельбе усули (65- расм). Керилган елкалар устига ҳалқалар ўрнига саккиз-симон боғлам қўйилса ҳам бўлади. Суяк синиқлари 3 — 4 ҳафта ичида битади.

Суяк синиқларини кўрсатилган усуллар билан жой-жойига солиб бўлмаса, хирургик йўл билан даволанади. Операция суяк синиқларини лавсан ип ёки сим билан, шунингдек, ўмров суягининг иккала учидан ўтказилган пўлат кегай билан бириктиришдан иборат бўлади.

#### **Кўкрак қафасига тешиб кирувчи шикастлар**

Кўкрак қафасини тешиб кирувчи шикастларга тери, тери ости клетчаткаси, мушак қавати билан бирга париетал плевра жароҳатланишлари киради. Бунда ўпка шикастланмаслиги ҳам мумкин. Кўкрак қафасини тешиб кирадиган жароҳатларга ўткир предметларнинг санчилиши ва совуқ қуролдан отилган ўқ содир қилиши мумкин.



Кўкрак қафасини тешиб кирувчи шикастланишларда кўпинча пневмоторакс (плевра бўшлиғига ҳаво йиғилиши), гемоторакс (плевра бўшлиғига қон йиғилиши) ва пневмогемоторакс (ҳаво ва қон йиғилиши) кузатилади.

**Пневмоторакс.** Плевра бўшлиғига кўкрак деворидаги жароҳат тешиги орқали (ташқаридан) ёки шикастланган ўпка орқали ҳаво кириши (ичқаридан) натижасида пневмоторакс ҳосил бўлади. Ҳаво плеврал бўшлиққа тушганда ўпка сиқилади ва бу ҳаво миқдорига боғлиқ бўлади.

Пневмоторакс: ёпиқ, очиқ ва клапанли турларга бўлинади.

— ёпиқ пневмотораксда плевра бўшлиғига кирган ҳаво ташқи муҳит билан туташмайди, бунда кўкрак қафаси ёки ўпкадаги жароҳат канали бекилиб қолади;

— очиқ пневмотораксда жароҳат канали очилиб туради ва плевра бўшлиғига тушган ҳаво ташқи атмосфера билан бемалол туташади;

— клапанли пневмотораксда жароҳат каналининг хусусиятларига кўра ҳаво плевра бўшлиғига бемалол кириб, қайтиб чиқа олмайди. Шунга кўра бемор нафас олган сайин плевра бўшлиғига тобора кўпроқ ҳаво йиғила бошлайди.

Бунда ўпканинг анчагина эзилиши ва кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом томонга силжиши кузатилади. Қатор ҳолларда (клапанли пневмотораксда) ҳаво тери ости клетчаткасига чиқиб тери ости эмфиземаси пайдо бўлишига олиб келади.

Кўкракда эзилиш сезгиси, нафас сиқилиши пайдо бўлади, бемор кўкариб кетади, кўкрак қафасининг шикастланган томонида нафас олиш йўқолади ва бирмунча сустлашади, товуш титраб чиқади. Очиқ ва клапанли пневмотораксга нисбатан беморларнинг аҳволи айниқса оғир бўлади.

**Гемоторакс.** Кўпинча қон плевра бўшлиғига жароҳатланган ўпка томирларидан, баъзан кўкрак деворининг шикастланган томирларидан оқиб тушади. Оқиб тушган қон миқдори 1,5—3 л га етиши мумкин. Инфекция қўшилган ҳолларда плевра йиринглаб эмфизема ривожланади. Беморда ички қон оқиш аломатлари пайдо бўлиб тери ва шиллиқ пардалар оқаради, совуқ тер чиқади, пульс тезлашади, артериал босим тушиб кетади. Бу симптомларга нафас сиқилиши ва нафаснинг қийинлашуви қўшилади. Перкуссияда қон оқиб тушган соҳада перкутор товушнинг бўғиқлиги қайд қилинади.

Пневмогемоторакс клиник жиҳатдан пневмоторакс ва гемоторакснинг бирга учраши билан характерланади. Перкуссияда плевра бўшлиғида суюқликнинг горизонтал сатҳи аниқланади.

**Биринчи ёрдам ва давоси.** Кўкрак қафасини тешиб кирувчи жароҳатларга учраган беморларга бериладиган биринчи ёрдам очиқ пневмотораксни бартараф қилишга қаратилиши керак. Бу мақсадда жароҳат соҳасига герметикликни таъминлайдиган асептик боғлам қўйилади, бунинг учун лейкопластир ёки индивидуал пакетдаги

резина аралаштириб тайёрланган қопчиқдан фойдаланилади, устидан пахта докали боғлам ёпилади. Беморларга оғриқ қолдирувчи ва юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар юборилади. Сўнгра кўкрак деворидаги жароҳат хирургик тозаланади, уни қаватма-қават жипс қилиб тикиш, плевра бўшлиғидан ҳаво ва қон тортиб олинад ва дарҳол транспортировка қилинади.

Қопқоқли пневмотораксда такрорий плеврал пункциялар қилиниб, ҳаво тортиб олинади. Трокар орқали очик пневмотораксга айлантирилади ёки Бюлау усулида дренаж қўйилади. Бироқ бундай ҳолларда клапан механизмини дарҳол операция йўли билан бартараф қилиш яхши бўлади. Гемотораксда қон оқиши оператив ёки консерватив йўл билан тўхтатилади ва плеврал бўшлиқдан қон олиб ташланади.

### **Юрак жароҳатлари**

Юрак жароҳатлари аксари совуқ ва ўқ отар қуролдан фойдаланиш натижасида келиб чиқади. Кўпроқ юрак қоринчалари, айниқса чап қоринча соҳаси жароҳатланади.

Юрак жароҳатланган ҳолларнинг учдан бир қисмида ўлим тўсатдан юз беради. Беморларнинг қолган қисми 1—3 кун ичида қон кетишидан ва юрак пардаси ичига тўпланган қон орқали юрак қисилишидан (тампонада) вафот этади. Баъзан эса ўлим унинг асоратлари перикардит, плеврит, пневмоторакс, эмболия сабабли ҳам келиб чиқиши мумкин.

**Клиникаси.** Перикардга қон тўпланиши ҳисобига юрак тампонадаси симптоми билан характерланади. Беморлар юрак соҳасидаги оғриқдан, бош айланиши, нафас сиқишидан нолийди ва ўлим ваҳимасига тушади. Бунда тери оқариб кетади, кўзи киртаяди, пульс сал тўлишади, тез-тез, минутига 120 — 160 марта уради. Артериал босими тушиб, веноз босими кўтарилади. Нафас тезлашиб, юзаки бўлади. Оғриқ чап курак, елка ва қоринга ўтиши мумкин. Юрак тонлари деярли эшитилмайди. Юрак чегаралари перикардда қон тўпланиши ҳисобига катталашади, бу рентгенологик текширувда яхши кўринади.

**Давоси.** Беморни бундай ҳолларда зудлик билан операция қилиш лозим. Операциядан мақсад — юракдаги жароҳатни тикишдир. Операциядан олдин ва транспортировка қилиш вақтида беморга максимал даражада тинчлик берилади, юрак соҳасига совуқ, муз қўйилади, оғриқсизлантирувчи дорилар юборилади.

### **Травматик шок**

Травматик шок деганда, беморнинг травма оқибатида марказий нерв системаси ва бошқа физиологик системаларининг қўзғалиши ёки функциясининг пасайиб кетиши билан намоён бўладиган умумий оғир ҳолат тушунилади.

Организмнинг олдинги ҳолати: шикастланган кишининг жисмоний толиққанлиги, узоқ вақт ухламаганлиги, ҳолсизланганлиги, камқонлиги, совуқ қотганлиги, қон йўқотганлиги, руҳан эзилганлиги ва шу кабилар травматик шокнинг пайдо бўлишида катта роль ўйнайди.

Операциядан сўнг юз берадиган хирургик (иккиламчи) шокка операциянинг узоқ давом этиши, наркознинг такомиллашганлиги ёки маҳаллий оғриқсизлантириш, кўп қон йўқотиш, операцияларни нерв тузилмалари кўп махсус шокланган соҳаларда ўтказиш сабаб бўлади. Шок пайдо бўлиш вақтига кўра бирламчи ва иккиламчи турларга бўлинади.

**Бирламчи шок** шикастланиш юз берган заҳоти, **иккиламчи шок** эса шикастланишдан озроқ кейин, баъзан эса бир неча соат ўтгач пайдо бўлади. Марказий нерв системасининг ҳолатига кўра шокнинг икки босқичи — эректил ва торпид босқичлари фарқ қилинади.

Шокнинг **эректил босқичи** бевосита шикастланишдан сўнг юз беради. Бунда беморнинг эс-ҳуши сақланиб қолиши, безовталаниши, терлаши, бақириши кузатилади. Кўз қорачиқлари кенгайган ва уларнинг ёруғликка реакцияси кучайган бўлади. Пульс тезлашган (баъзан, аксинча, секинлашган), артериал босим нормал ёки бир оз ошган бўлади. Бу босқич қисқа муддатли бўлиб, кейинги босқичга ўтиб кетади.

Шокнинг **торпид босқичида** организмнинг барча функциялари пасаяди ва тормозланади. Эс-ҳуш сақланиб қолади, бироқ бемор ланж, теварак-атрофга лоқайд бўлиб қолади. Артериал босими пасайиб кетади. Пульси тезлашган, тўлиқлиги суст, кўпинча ипсимон бўлади. Тери қизарган, совуқ тер чиқади. Беморнинг юзи сўлиган бўлиб, қорачиқлари кенгайди ва ёруғликни аранг сезади. Кўнгли айниши ва қайт қилиши мумкин.

Беморнинг артериал босими ва умумий ҳолатига кўра шокнинг 4 даражаси фарқ қилинади.

1- даражаси— беморнинг умумий аҳволи қониқарли, пульси минутига 90—100 марта уради, артериал босими 90—100 мм симоб устунига тенг бўлади.

2- даражаси— беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, ранги қизаради, совуқ тер босади, пульси минутига 120—140 марта уради, артериал босими симоб устунининг 70—90 мм га тенг бўлади.

3- даражаси— беморнинг умумий аҳволи оғир, пульси минутига 120—160 марта уради, артериал босими симоб устунининг 50—70 мм га тенг бўлади.

4- даражаси — беморнинг аҳволи жуда оғир, терминал (клиник ўлим) ҳолатга яқин, пульси ипсимон, санашнинг имкони бўлмайти, артериал босими симоб устунининг 50 мм дан паст бўлади.

### **Шикастланган беморларни транспортировка қилиш**

Таянч-ҳаракат аппаратининг зарарланиши билан касалхонага келган беморларга ўз вақтида ва тўғри биринчи ёрдам кўрсатиш турли хил асоратларнинг олдини олишга ва тез соғайиб кетишига имкон беради. Скелет суяқларининг синишида ва қон томирлар шикастланишида транспорт иммобилизацияси ва қонни тўхтатиш

асосий аҳамиятга эга. Суяклар синганда, чиққанда, юмшоқ тўқиманинг кенг зарарланишида, бўғимлар, пайлар, йирик нерв устунлари, магистрал қон томирлар шикастланганда ва узоқ вақт оёқ-қўлларнинг эзилиши синдромида транспорт иммобилизацияси қўлланилади.

Транспорт иммобилизациясининг мақсади синган суяк бўлак-лари кейинчалик силжиб кетмаслиги учун уни ушлаб туриш, нерв-томир тутами ва тери қопламлари суяк фрагментининг ўткир учлари билан зарарланиши олдини олиш, шунингдек, калла суяги синишида бош миянинг қўшимча жароҳатланиши, умуртқа погонаси синганда орқа мия ва чаноқ суяги синганда чаноқ аъзолари ( сийдик пуфаги, уретра, тўғри ичак) жароҳатланишининг олдини олади, огрикни камайтиради ва иккиламчи шок ривожланишига йўл қўймайди. Шикастланганларни транспортировка қилишни одатда тиббий ҳамшира уюштиради. Беморни транспортировка қилишда гавданинг шикастланган қисмини эҳтиёт қилиш ва қолган барча ишлар тез ҳамда аниқ бажарилиши лозим. Санитарлар ўрта тиббиёт ходимларининг кўрсатмаларини сўзсиз бажариши керак. Ҳар бир шикастланган беморда аввало шикаст тури аниқланиб, унга иммобилизацияловчи шина қўйилади ва кейин транспортировка қилишга тайёрланади.

#### **1. Транспорт шинасини қўйиш.**

Транспорт иммобилизацияси стандарт шиналар билан амалга оширилади.

Транспорт шиналарини қўйишнинг асосий қоидалари:

1. Иккита бўғимдан кам бўлмаган соҳа фиксация қилинади.
2. Суякнинг бўртиб чиққан жойига пахта доқали тампон қўйилади.
3. Зарарланган оёқ-қўлга иложи борича ўрта физиологик ҳолатни бериш керак (кейинчалик суяк бўлаклари силжиши олдини олиш учун мушак антогонистлари мувозанатга келтирилади).
4. Қон кетиши билан кечувчи очиқ синишларда стерил боғлам ва жгут қўйилади.

Транспорт иммобилизацияси зарарланиш ўчоғининг жойланишига кўра қуйидагича бажарилади.

**1. Ўмров суяги, курак синганда ва елка суяги чиққанда транспорт иммобилизацияси.** Бунда Дезо ёки Дельбе боғлами қўйилади.

**2. Елка суяги синганда иммобилизация.** Бу асосан нарвонсимон Крамер шинаси билан бажарилади. Шина қўйишдан олдин қўлтиқ остига пахта бинтли болишча қўйилади ва у кўкрак орқали соғлом елкага боғланади. Билак супинация ҳолатда ва тирсак бўғими 90° бурчак остида букилиб, бармоқлар асосидан зарарланган қўлга орқа юзаси бўйлаб Крамер шинаси қўйилади. Елкани 30° олдинга чиқариб, танадан узоқлаштирилади. Шинанинг юқориги учлари иккита доқали тасма билан соғлом томонга қўшиб боғланади. Шина оёқ ёки қўлга юмшоқ доқа бинтли боғлам билан фиксацияланади. Қўлни қўшимча рўмолга осиб танага мустақамланади (66- расм).



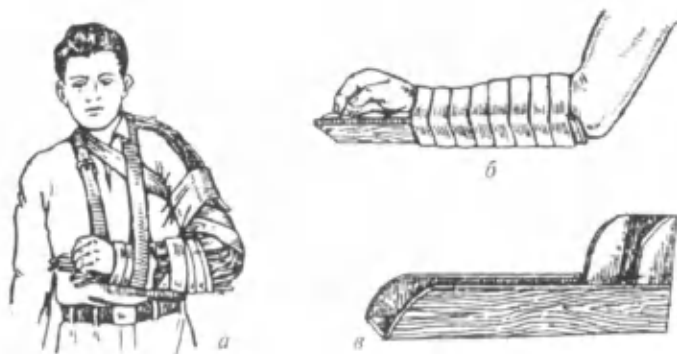
66- расм. Елка суяги синганда иммобилизация.



67- расм. Билак суяги синганда иммобилизация.

**3. Билак суяги синганда транспорт иммобилизациясини қўйиш.** Бунда нарвонсимон ёки тўрсимон шина бармоқлар асосидан то елканинг юқори 1/3 қисмигача орқа юзаси бўйлаб қўйилади. Билакка пролокация ва супинация ўртасидаги ҳолат берилади. Тирсак суягининг тожсимон ўсиғи синганда ёки билак суяги бўйинчаси синганда тирсак бўғимининг букилиш бурчаги ўткир бўлиши керак. Тирсак ўсиғи ажралганда  $110 - 120^\circ$ , диафизар синишда  $90^\circ$  бурчак остида бўлиши керак. Кейин шина бинт билан енгил боғлаб қўйилади (67- расм, а—д).

**4. Билак-кафт бўғими суяклари ва бармоқлар синганда иммобилизация.** Бу нарвонсимон ёки фанерли шиналар билан амалга оширилади. Кафт ўрта физиологик ҳолатда қолдирилади. Пахтали докадан тайёрланган болишча бутун шина бўйлаб қўйилади. Шинани кафтнинг орқа юзасига тирсак бўғимигача қўйилади ва бинт спираль қилиб ўралади (68- расма, а, б, в.)



68- расм. Билак, кафт бугим суяклари синганда иммобилизация.

**5. Сон суяги синганда ва чиққанда, чаноқ-сон ва тизза бугими шикастланишида транспорт иммобилизацияси.** Бу махсус Дитерихс транспорт шинаси орқали амалга оширилади:

а) ён тахталар оёқнинг зарарланган жойи ўлчамига қараб танланади ва таёқчанинг бири қўлтиқ ости чуқурчасига, иккинчиси оёқ кафтидан 10 — 15 см чиқиб туриши керак. Сўнг иккаласи қўшиб боғланади;

б) сиқилиб қолиш ва некрознинг олдини олиш учун суякнинг бўртиб чиққан ва оёқ кафтининг ташқи соҳаларига пахтали ёстиқча қўйилади;

в) тахтали “товон” оёқ кийимига, оёқ кафтига зич қилиб боғланади;

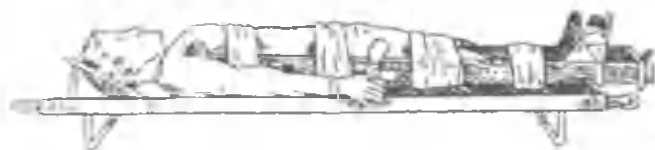
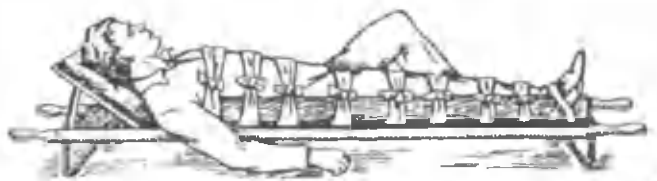
г) ён тахталар танага тасма билан боғланади, пастки ён тахталар қўндаланг тахталаларга мустақамланади. Оёққа шина алоҳида боғланмайди;

д) кейин тортмага ўтилади, бунда тахта „товон“га маҳкамланган ипни қўндаланг тахта тешигидан ўтказиб, бурама таёқча ёрдамида буралади. Бурамани қўндаланг тўсиқлар қўлтиқ ости чуқурчасида тенг, зич ёпишгунча ва жароҳатланган оёқ узунлиги соғ оёқ узунлигига тенг келгунча давом эттирилади;

е) сон ва болдирнинг орқа қисмидан оёқ осилиб қолмаслиги учун фанерли ёки Крамер шиналари қўйилади. Шиналар оёққа бинт билан зич қилиб айлана шаклда боғланади(69- расм, а,б,в,г).

**6. Болдир суяклари синганда иммобилизация.** Бунинг учун учта Крамер шинаси ёрдамида битта моделлаштирилган шина оёқ кафти тагидан, то болдирнинг 1/3 қисмигача қўйилади. Кейин иккита ён шина қўйилиб, айлана бинт билан мустақамланади. Бунда оёқ кафти тўғри бурчак остида бўлиши керак.

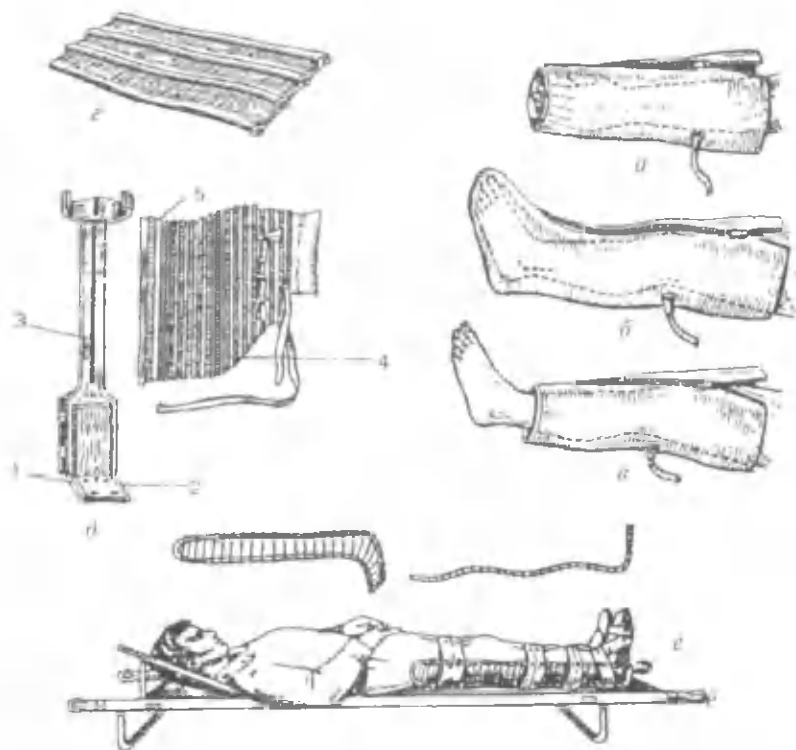
**7. Болдир, оёқ кафти ва бармоқлар синганда транспорт иммобилизацияси.** Оёқ кафти ва болдирга пахта қўйилиб, спиралсимон шаклда бинт билан боғланади. Суяк бўртмаларига пахтали ёстиқча қўйилади. Пневматик, нарвонсимон ёки тўрсимон ва махсус шинани



69- расм. Сон, чаноқ-сон, тизза бўғими ва суяклар шикастланганда транспорт шиналар.

болдирнинг орқа тизза бўғимидан то оёқ бармоқлари учигача қўйилиб, жароҳатланган оёққа юмшоқ бинт билан фиксацияланади. Бемор замбилда ташилади (70- расм, а, б, в, г, д, е.)

**8. Бош ва умуртқа погонаси синганда иммобилизация.** 1961 йилда А. Н. Герасимов универсал шинани таклиф этган. Шинани жароҳатланган беморга кийимини ечмасдан қўйиш мумкин. Шина — тахтадан ясалган рамка бўлиб, унда белбоғ, иккита қўлтиқ тасмаси, тахтали бошга қўйгич бўлади, яна айланма тўсиқ ва Глиссон илмоғи ҳам булиб, амортизация учун хизмат қилади. Бутун рамка бўйлаб ярим айлана жилоблар бўлиб, унинг чуқурлиги 1 — 1,5, кенлиги 2,5 см. Бу жилоблар рамка умуртқаларининг ўткир ўсиқларига қўйилади. Белбоғнинг олдинги қисмига иккита тасма тикилган бўлиб, сон бўртмаларидан ўтади. Иккита тасма тешиклардан ўтиб, қўлтиқ ости соҳасига боради ва у елка бўғимининг олд қисмига қадалади. 30x30 ўлчамли тахтача ёпиштирилган Глиссон қовузлоғида фақат



70- расм. Болдир, оёқ кафт ва бармоқлар шикастланганда транспорт шиналар.

олдинги тасма бўлиб, у илгакни қамраб олиб бошдаги тахтага мустаҳкам резинка билан маҳкамланади. Бошдаги тахтага айлана таглик қўйилади ва у шина қўйишдан олдин шиширилади.

### Шикастланган беморларни ташишни ташкил қилиш

Беморни стационарга олиб келишда транспорт иммобилизацияси вақтинчалик тадбир (бир неча соатдан бир неча кунгача) ҳисобланади ва у катта аҳамиятга эга. Беморнинг жароҳатланган соҳаси иммобилизация қилгандан сўнг у қуйидаги усуллар ёрдамида ташилади.

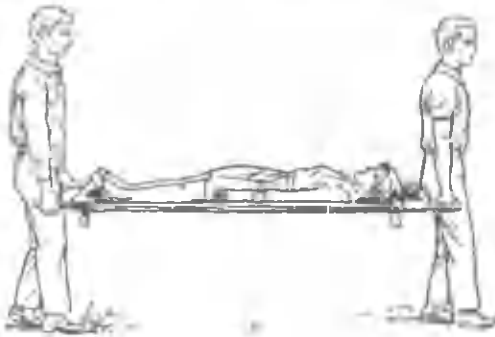
Бундан ташқари, беморларни пневматик, пластмассали, қўл остидаги буюмлар: фанер, картон, тахтадан фойдаланиб шина қўйилади ва ҳар қандай транспортда жумладан, махсус санитар автомашиналарида, самолётларда ва вертолётларда беморга иложи борича озор етказмай ташиш мумкин.

**Беморни суяб юргизиш.** Бунда шикастланган кишининг қўли ёрдамчининг бўйнидан ўтказилиб беморнинг шикастланмаган қўл панжасидан ушланади(71- расм, а).



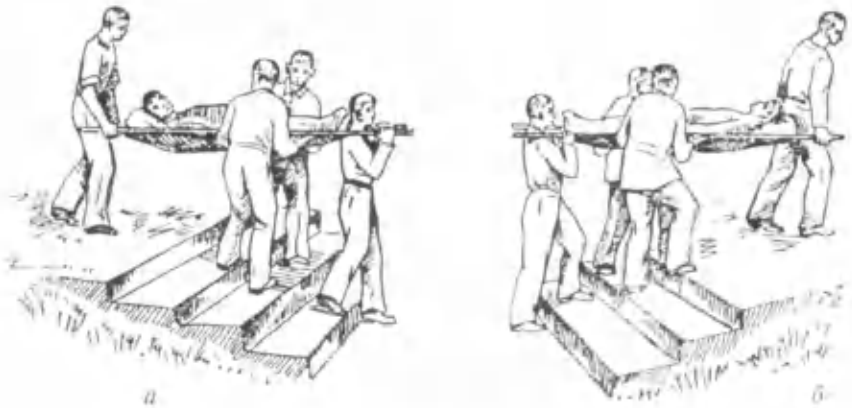


д



71- расм.  
Шикастланган беморни  
ташиш усуллари.

**Қўлда кўтариш.** Шикастланган кишини қўлда кўтаришда бир қўлни танадан, иккинчи қўлни тақимдан ўтказиб кўтарилади, бемор қулини ёрдамчининг бўйнидан ўтказилади (71- расм, б).



72- расм. Беморларни зинапоядан олиб юриш:  
 а) тушириш, б) кўтариш усуллари.

**Опичиб кўтариш.** Бунда бемор ёрдамчининг елкасига опичади ва қўлини унинг бўйнидан ўтказиб олади. Ёрдамчи эса беморнинг тақимидан ушлаб кўтаради (71- расм, в).

**Икки кишининг қўлини „қулф“ қилиб кўтариши.** Бунда тўртта қўл „қулф“ қилиб ушланади. Санитарлардан ҳар бири чап панжаси билан ўзининг ўнг қўли биллагидан, ўнг қўли билан эса иккинчи санитарнинг чап қўли биллагидан ушлайди. Бемор шу „ўриндиққа“ ўтиради ва қўлини санитарларнинг елкасига қўяди (71- расм, з).

**Беморни ярим ўтирган ҳолатда кўтариш.** Санитарлардан бири шикастланган кишининг орқа томонига ўтиб, қўлтиғидан, иккинчиси беморнинг оёқлари орасига ўтиб унинг тиззасидан ушлаб кўтаради (71- расм, д).

**Замбилда кўтариш.** Беморни ташишда замбил энг қулай восита ҳисобланади. У ҳамма касалхоналарнинг қабулхона бўлимида, тез тиббий ёрдам станцияларида ва тез ёрдам машиналарида бўлади. Замбилни турли нарсалардан, ҳатто қўлда ҳам ясаш мумкин.

Беморни замбилда кўтаришда битта санитар замбилнинг бош томонида, иккинчиси оёқ томонида туради. Санитарлар замбил белбоғини елкага тақиб, замбил дастасини қўлга тутишади ва айни вақтда бемор ётган замбилни силкитмасдан эҳтиётлик билан кўтариб боришлари керак. Зинага кўтариб чиқаётганда ва ундан олиб тушаётганда беморнинг горизонтал ҳолатини сақлаб қолиш зарур. Шу мақсадда санитарлардан бири замбилнинг орқа томонини баланд кўтарса, иккинчиси пастга туширади (72- расм, а, б).

Шикастланишнинг турига қараб, беморлар замбилга турли вазиятда ётқизилади.

— Беморнинг одатдаги вазияти чалқанча ётишдир, бунда у бошини баландроқ кўтариб, қўл-оёқларини узатиб ётади. Бемор ҳушсиз бўлганда бошини баланд кўтармаслик лозим.

— Боши яраланган бемор чалқанча ётқизилади, бироқ танасининг юқори қисми ва боши баледроқ қилиб қўйилади. Боши тагига тарновсимон қилиб букланган адел қўйилади.

— Бўйиннинг олдинги қисми ва юқори нафас йўллари яраланганда беморнинг қадди баланд кўтариб ўтқизилади, боши пастга энгаштирилади, ияги эса кўрагига теккизилади.

— Кўраги яраланганда беморнинг қадди баланд қилиб ўтқазилади ёки яраланган ёнбоши билан ётқизиб кўтарилади.

— Қорин яраланганда беморнинг оёқларини тиззадан букиб, чалқанча ётқишиш тавсия қилинади. Шу мақсадда беморнинг тақимига болишсимон букланган адел қўйилади.

— Умуртқа поғонаси ва чаноқ ёпиқ шикастланганда бемор чалқанча вазиятда ёки юзгубан ётиши лозим.

— Кўллари шикастланган бемор соғлом ёнбоши томонга озроқ бурилган ҳолда чалқанча ётиши керак. Бунда билак кўракка ёки қоринга қўйилади.

— Оёқлари ва боши шикастланганда шикастланган оёққа шина қўйилиб, бемор чалқанча ётқизилади.

— Оёқ суяги синганда Дитерикс шинаси қўйилиб, бемор замбилга чалқанча ётқизилади.

— Болдир суяги синганда дастлаб шина қўйилиб, кейин замбилга чалқанча ётқизилади.

### **Гипснинг хусусиятлари, сифатини текшириш усуллари ва гипсли боғлам турлари**

Гипс  $140^{\circ}\text{C}$  да қиздирилган кальций сульфатдир. Қиздирилгандан сўнг у осонгина майда оқ кукунга айланади ва сув билан аралашмаси тезда қотади. Гипс ҳаводаги намни ўзига тез тортади, шунга кўра унинг сифати тезда ёмонлашади. Бунга йўл қўймаслик учун у зич бекитиладиган рухланган қутиларда қуруқ жойда сақланади.

Гипс сифатини текшириш учун бир неча синамалар мавжуд: 1) гипс билан сув тенг миқдорда олиниб аралаштирилади, ҳосил бўлган масса 5 — 7 дақиқа ичида қотиши, босиб кўрилганда синиши, бироқ кукунга айланмаслиги керак; 2) гипс кукунга қисмлаб сиқилади, сифати яхши бўлса у сочилади, ёмон бўлса кумоқ-кумоқ бўлиб қолади.

Гипс кукунда кумоқлар бўлса, уни элаш ёки докадан ўтқишиш керак. Намиқиб қолган гипс  $140^{\circ}\text{C}$  даги махсус идишда қиздирилади. Гипснинг қотиш хусусиятини пасайтириш учун у совуқ сув билан суюлтирилади ёки унга крахмал клейстери қўшилади. Қотишини тезлаштириш учун илиқ сувда ( $30 - 35^{\circ}\text{C}$ ) қорилади ва унга аччиқтош (1л сувга 10 г) ёки суюқ оҳак қўшилади.

Гипс боғламнинг қуйидаги хоссалари бор: яхши иммобилизация қилади, очиқ синишларда жароҳатни бекитади, ва у жароҳатни

дренаж қилинса халақит бермайди, чунки жароҳат суюқлиги гипсга яхши шимилади.

Гипс боғламларнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади: 1) циркуляр (ёпик); 2) олиб қўйиладиган; 3) дарчали; 4) кўприксимон; 5) шинали; 6) лонгетаги; 7) лонгетаги-циркуляр; 8) торакобрахиал (қўл ва кўкрак қафасига қўйиладиган); 9) кокситли (оёққа, чаноқ, қорин билан кўкрак қафасига); 10) гонитли боғламлар (кокситли боғлам чегараси фақат юқори киндиккача етади); 11) корсетлар.

Гипсли боғламлар гипсли бинтлардан тайёрланади. Гипсли бинтлар учун фақат гипроскопик дока ёки тешиклари ўртача бинтлар ишлатилади. Рухланган туника қопланган ёки клеёнка қопланган столга бинт ёзилади, устига гипс сепилади ва гипс куч билан бинтга ийланади. Гипс сепилган бинт говак қилиб ўралади. Керакли узунлик ва қалинликдаги (5 — 8 қават) гипс лонгеталарни олдиндан тахт қилиб қўйиш мумкин. Фабрикада ишлаб чиқариладиган гипсли бинтлар ҳам бўлади.

Гипс боғламлар қўйишнинг қуйидаги қоидалари мавжуд: гавданинг тегишли қисмига ўртача физиологик ёки функционал жиҳатдан қулай вазият берилади. Гавданинг шикастланган қисмидан ташқари, иккита қўшни бўғим иммобилизация қилинади. гипсли боғлам таглик билан қўйиладиган бўлса, бу мақсад учун гипроскопик бўлмаган пахтадан фойдаланган ва уни суяк дўнгчаларига қўйган маъқул. Боғлам тўқималарни босмаслиги, бироқ ҳаддан ташқари бўш ҳам бўлмаслиги керак. Боғлам қўйилгандан сўнг унинг йирик томирларни босмаётганлигини (кўкариб кетиш, шиш, эт жунжикиши, баданда чумоли юргандек сезги пайдо бўлиши, увишиш, қуйида жойлашган бўғимларнинг шишуви) текшириб кўриш зарур.

Гипс боғламларни қўйиш ва олишда ишлатиладиган махсус мосламалар ва асбоблар бор: экстензион стол, тогора қўйиладиган таглик, корсетлар қўйиш учун аппарат, гипс учун аррача, қайчи, скальпеллар, Штилу омбури, электр арралар.

**Айланма боғлам қўйиш.** Гипсли бинт сув солинган тогорага туширилади. У сувни шимиб олгандан (газ пуфакчалари ажралиб чиқиши тўхтагандан) сўнг бир оз сиқилади. Бинтдан гипс бўтқаси оқиб чиқишига йўл қўймаслик учун бинт учларини маҳкам ушлаб, бинт қўл билан босиб турилади. Бинтни қаттиқ ва нотўғри босиб турилганда гипснинг бир қисми бинтдан оқиб чиқади. Бинтлашда маҳкамлайдиган ўрамдан сўнг кейинги ўрамлар олдинги ўрамнинг ярмини ёки бундан кўпрогини бекитиб турадиган ўрам ўралади. Бинтлаш перифериядан марказга томон бажарилади. Боғлам бир текисда, букламасдан ўралади. Зарур бўлганда бинт ўртасидан қирқилади. Боғламнинг бир текисда ёпишиб туриши учун (унинг пишиқлиги ана шунга боғлиқ бўлади) бинтни бир метёрда ва тез ўраш керак. Биринчи бинтни ўраш вақтида у текислаб турилади ва боғламни гавданинг шу қисмидаги анатомик тузилмаларига мослаш орқали пухталиқ билан қолипланади (73- расм, а, б).



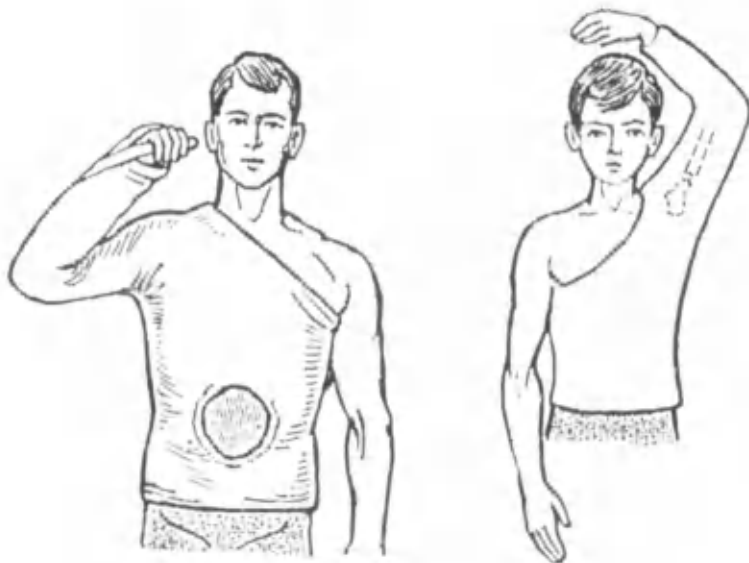
73- расм. Гипс боғлам турлари .

**Олиб қўйиладиган шина боғлам.** Боғламни янгилаш, массаж ва бошқа тиббий тадбирларни амалга ошириш зарур бўлган ҳолларда қўлланилади. Шу мақсадда одатдаги циркуляр гипс боғлам қўйилади ва қотиб қолмасдан олдин қарама-қарши икки томонидан қирқилади. Боғламни маҳкамлаш учун кейинчалик тавақалари бинт билан тортиб қўйилади (73- расм, в).

**Дарчали боғлам.** Боғлам қўйилгандан сўнг жароҳат соҳасидан дарча ўйилади. Боғламнинг бу турида гипс боғлам пишиқлигини сақлаб қолади ва зарурат бўлганда жароҳатни қайта боғлаш мумкин (73- расм, г, д).

**Кўприксимон боғлам.** Гавданинг бирор қисмини гир айлантириб очиқ қолдириш зарур бўлган ҳолларда қўлланилади. Шу мақсадда гипсли циркуляр боғламлар гавданинг тегишли қисми юқорисидан ва пастидан қўйилади. Гипсланган қисмлар бир-бирига тахта ёки металлдан ясалган кўприкчалар билан бирлаштирилиб, устидан гипсланган бинт билан бекитилади.

**Шарнирли боғламлар** картондан тайёрланади. Картонга керакли шакл берилгач, у гипсланган ҳўл бинтга ўралади (Волкович шинаси). Бундай боғлам гавданинг тегишли қисмига қўйилиб моделланади ва бинт билан фиксация қилинади (73- расм, е).



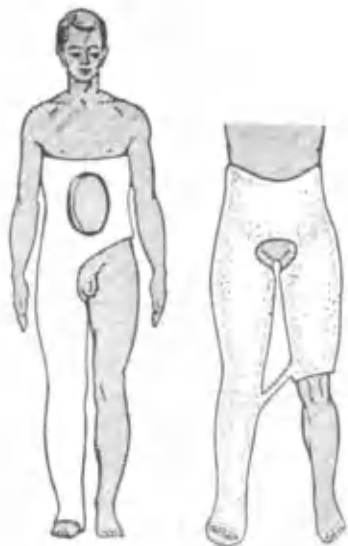
74- расм. Торакобрахиал боғлам.

**Лонгетали боғлам.** Имобилизация учун лонгетани фиксация қилиш кифоя қиладиган ҳолларда ёки циркуляр гипсли боғламни маҳкамлаш учун қўлланилади. Лонгеталар (тегишли узунликдаги бир неча қават гипсланган бинт) гипсли бинтларни тайёрлашда олдиндан тайёрлаб қўйилади ёки гипс учун ҳўлланган бинтлардан тайёрланади (73- расм. *е, ж*).

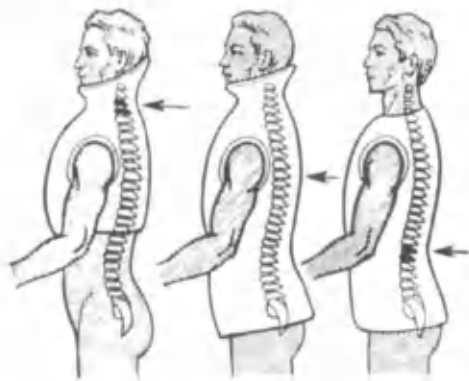
**Лонгетали циркуляр боғлам.** Аввал циркуляр гипсли боғлам билан фиксация қилинадиган лонгеталардан фойдаланилади. Одатда лонгеталар гипсининг сиғиши эҳтимоли бўлган гавданинг қисмларига, масалан, бўғимлар соҳасига қўйилади.

**Торакобрахиал боғлам.** Елка ва елка бўғими шикастланганда қўлланилади. Одатда уни лонгетали-циркуляр гипсли боғлам принципига биноан қўйилади. Бунда кўкрак қафаси ва қўлнинг тегишли қисми танадан узоқлаштирилган, олдинга яқинлаштирилган ва тирсак бўғимидан букилган вазиятда гипсланади. Қўлни ҳосил қилган вазиятда тутиб туриш ва боғламни мустаҳкамлаш учун биллакнинг учдан бир ўрта қисми билан кўкрак қафасидаги гипсли корсет орасига таёкча гипслаб қўйилиши мумкин (74- расм. *а, б*).

**Кокситли боғлам.** Сон суяги ва чаноқ-сон бўғими шикастланганда қўлланилади. Бу боғламни қўйиш учун экстензион столдан фойдаланган маъқул. Лонгета-циркуляр боғлам қўйилади. Чаноқ-сон бўғими ва соннинг орқа сатҳи лонгеталар билан маҳкамланади. Циркуляр бинтларни ўрашда оёқ панжаси, болдир, сон, чаноқ-сон бўғими, қорин ва кўкрак қафаси кўкрак учи сатҳига қамраб олинади (75- расм *а, б*).



75- расм. Кокситли боғлам.  
Катта чаноқ-сон гипсли  
боғлами.



76- расм. Гипсли корсет.

**Гонитли боғлам.** Тизза бўғими ва болдир шикастланганда қўлланилади. Боғламни қўйиш қондаси кокситли боғлам қўйиш кабидир, бироқ юқори сатҳи киндиккача етказилади, холос.

**Гипсли корсет.** Умуртқа поғонаси касалликларида ва шикастларида қўлланилади. Корсет циркуляр гипсли бинтлардан тайёрланади. Унинг қўйи чегараси ёнбош суяклар ҳисобланади, устки чегараси олдинги сатҳ бўйлаб туш суяги уйиғигача боради, орқа чегараси биринчи кўкрак умуртқасининг қиррали ўсиғидир. Умуртқани шикастланиш жойига қараб, корсетнинг баландлиги ўзгартирилиши мумкин (76- расм, а, б, в).

**Гипсли каравотча** умуртқа поғонаси силида ва деформациясида қўлланилади. Ундан умуртқа поғонаси шикастланишларида транспортировка қилиш учун фойдаланиш ҳам мумкин. Бемор қорни билан ётқизилади. Гипсли каравотча энлик бинтдан ёки олдиндан гипслаб қўйилган айрим дока қаватларидан тайёрланади. Тана бўйлаб синчиклаб моделланади. Қуригандан сўнг каравотча олинади ва четлари қирқилади. Каравотча 1—2 сутка мобайнида қуриydi, шундан сўнг унга бемор ётқизилади. Гипс ўз вазифасини бажариб бўлгандан сўнг олиш зарур, қотиб қолган гипс қийинчилик билан кўчади. Юмшатиш учун у иссиқ сув, натрий хлор эритмаси ёки кучсиз хлорид кислота эритмаси билан ҳўланади. Боғламни юмшатмасдан қирқиш ҳам мумкин, бунинг учун махсус аррача, қайчи ёки электр аррадан фойдаланилади.



77- расм. Шаде усули.

**Тери устидан ёки скелетдан тортиш.** Суяк синиқларини, айниқса у қийшиқ синганда ҳамма вақт ҳам гипсга боғлам билан ушлаб туриб бўлмайди. Бундай ҳолларда тери устидан ёки скелетдан тортиб қўйиш қўлланилади. Тери устидан тортишнинг моҳияти шундан иборатки, айниқса болаларда шикастланган қўл ёки оёқнинг дистал қисмига бўз, пахмоқ ёки бошқа енгил матодан (ёпишқоқ пластирдан фойдаланса ҳам бўлади) махсус боғичлар қўйилади (77- расм). Боғичлар терига махсус елимлар билан

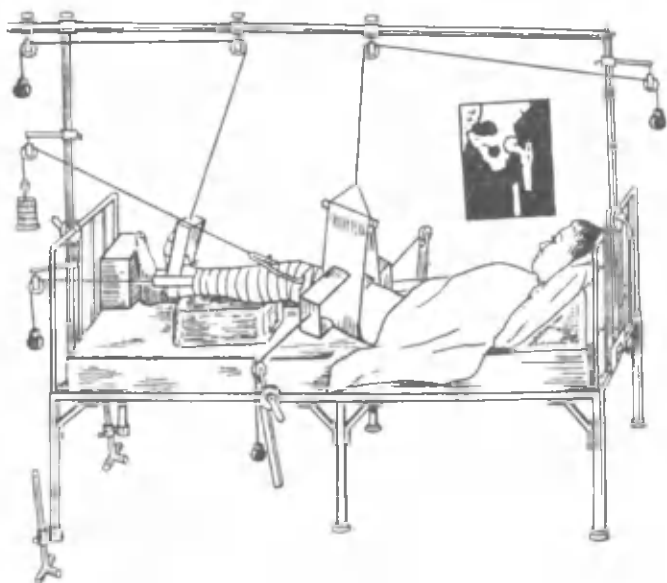
ёпиштирилади ва уларнинг орқасидан пўлатли сим тортигич (тросча) ёрдамида махсус танланган юк билан тортиб қўйилади. Оёқ унга физиологик вазият берадиган махсус шинага тортилади. Қўл суяқлари синганда абдукцион шинадан, оёқ суяқлари синганда Белер шинасидан фойдаланилади.

Белер шинасини қўлландан олдин устки параллел қисмлар орасига матодан қилинган тўр беланчак тортилиб, оёқлар ана шунга жойланади. Шинани керакли йўналишда тортиш учун махсус блоклари бўлади. Пастки блок болдирни тортиб туриш учун, усткиси сонни тортиб туриш учун, олдингиси оёқ панжаларини ушлаб туриш учун хизмат қилади.

Суяк синиқларини ушлаб туришга катта юк талаб этиладиган ҳолларда тери устидан тортиб қўйиш ўрнига скелетдан тортиш қўлланилади. Буни амалга ошириш учун маҳаллий огриксизлантириш остида суякдан махсус дрел ёрдамида металл кегай ўтказилади. Кегайга ёй маҳкамланади, бу кегайни таранг тортиб туришга хизмат қилади. Ёйга юк осилган тросча боғлаб қўйилади. Оёқ бундан олдинги ҳолатдаги каби шинага жойлаштирилади. Болдир суяқлари синганда кегай товон суягидан, сон суяги синганда эса катта болдир суягининг гадир-будуридан ёки сон суягининг метафизидан ўтказилади (78-расм).

**Даволашнинг хирургик усуллари.** Суяк синиқларини жой-жойига солиб бўлмаганда ва суяк синиқларини бундан олдин айтилган усуллар билан даволашнинг имконияти бўлмаганда хирургик усул қўлланилади. Суяк синиқлари орасига юмшоқ тўқималар қисилиб қолганда (интерпозиция) ва суякнинг очиқ синишларида кўпинча операция йўли билан даво қилишга киришилади. Операция қилиб даволашнинг моҳияти шундаки, суяк синиқлари очилади, тўғрила-





78- расм. Скелетдан тортиш. Сон суягининг пастки қисми синганда суякдан тортиш.

нади ва улар зангламайдиган пўлатдан ясалган махсус металл нитифтлар, пластинкалар, шуруплар, сим ва бошқалар ёрдамида фиксация қилинади. Суяк синиқлари битиб кетгандан сўнг (одатда 6 — 8 ой ўтгач) уни фиксация қилиб турган металл кегай олиб ташланади.

Суяк синиқларини операция йўли билан тўғрилашда махсус елим қўлланилади, у суяк синиқларини яхши фиксация қилиб туради ва кейинчалик уни олиб ташламаса ҳам бўлади.

**Очиқ суяк синишларини даволаш.** Биринчи ёрдам жароҳат четларига йод эритмаси суртиш, асептик боғлам қўйиш, беморни иммобилизация қилиш ва травматологик стационарга ётқизишдан иборат. Агар жароҳатдан суяк синиқлари кўриниб турган бўлса, биринчи ёрдам кўрсатишда уларни тўғрилашга мутлақо рухсат этилмайди, чунки чуқур жойлашган тўқималарга инфекция тушиб қолиши мумкин. Стационарда жароҳат бирламчи хирургик тозаланади, суяк синиқлари тўғриланади. Инфекция тушиш белгилари бўлмаса, жароҳат яхшилаб тикиб қўйилади.

Кўрсатма бўлганда ва беморнинг аҳволи имкон берганда очиқ суяк синиқларини бирламчи хирургик тозалаш вақтида юқорида кўрсатиб ўтилган хирургик усуллар билан фиксация қилиш мумкин. Беморнинг аҳволи оғир бўлганда ёки хирургик тозалангандан ва суяк синиқлари тўғрилангандан сўнг, гипс боғламда тортиб қўйишдан фойдаланилади.

Инфекция тушган очиқ суяк синиқларида некрозга учраган тўқималар олиб ташланади, йирингли чўнтаклар очилади, жароҳатга дренаж қўйилади, лекин тикилмайди. Имобилизация қилиш мақсадида скелет тортитб қўйилади ёки кўприксимон гипсли боғламдан фойдаланилади.

### Суяк синишларида юз берадиган асоратлар

Уларни эрта ва кеч турларга ажратиш мумкин.

**Эрта асоратларга** қуйидагилар киради:

1. **Травматик шок.** Профилактика учун яхшилаб оғриқсизлантириш, қўл ёки оёқни тўғри имобилизация қилиш ва беморни даволаш муассасасига ўз вақтида транспортда олиб бориш зарур.

2. **Ёғ эмболияси.** Профилактикаси — синган соҳани авайлаш, яхши имобилизация қилишдан иборатдир.

3. Суяк синишларида йирик томирларнинг шикастланиши ҳисобига иккиламчи қон кетиши.

4. Оёқ-қўл гангренаи бу йирик томирларни босиб турадиган гипсли айлана боғламларни қўйишда кўпроқ учрайди. Профилактикаси — гипсли боғламни тўғри қўйиш ва уни вақтида олиб танилаш керак.

Кечки асоратлари:

1. Суяк дўмбоқлари соҳасида **ётоқ яралар** пайдо бўлиши. Профилактикаси — беморни фаол парваришлаш, массаж қилишдан иборат.

2. Кегай ўтказилган соҳада ёки операция қилинган соҳанинг йиринглаши олдини олиш учун асептикага қатъий риоя қилиш ва профилактик антибактериал даво ўтказиш лозим. Кегайни суяк танасидан ўтишини таъминлаш, скелетдан тортитб қўйишни ўз вақтида ечиш ва унинг ўрнига бошқа усулларни қўллаш керак.

3. Секинлик билан битиши (консолидацияси) бу суяк синиқлари нобоп солинганда, юмшоқ тўқималар интерпозициясида, авитаминоз ва шу кабиларда кузатилади.

4. Узоқ вақт давом этган секинлашган консолидацияда сохта бўгим ҳосил бўлади. Бунда кўмик канали бекилиб қолиб, у тоғайни эслатадиган толасимон тўқима билан қопланади, унга операция йўли билан даво қилинади.

**Болаларда суяк синишининг хусусиятлари.** Суяк тўқимасининг бирмунча эластиклиги, суяк усти пардасининг етарлича пишиқлиги ва ўсиш зонаси борлиги туфайли болаларда суяк синишни ўзига хос хусусиятлар билан кечади. Аксарият болаларда суяк усти пардасининг остидан синиши учрайди. Бунда суяк усти пардаси шикастланмаган ҳолда суяк синади (кўк новда типиди). Бунда суяк синиқлари силжимаслиги мумкин. Эпифизар ўсиш соҳаси борлиги унинг йиртилиши — э п и ф и з е о л и з учун шароит яратади ва шунга кўра суяк синиқлари катталардаги кўндаланг суяк синиши каби

силжийди. Бундай суяк синишларида суяк фрагментларининг консолидацияси ўзгача кечади. Болаларда оёқ ёки қўл мажбурий ҳолда қўйилганда бўғим халтачалари ва бойлам аппаратининг бужмайиши ҳамда бўғимда бириктирувчи тўқиманинг ривожланиши унчалик тез содир бўлмайди. Шу сабабли уларда бўғимлар ҳаракатининг қийинлашиб қолиши катталарга нисбатан секинроқ ривожланади.

Болаларда суяк синишини даволаш ҳам ўзига хос бўлади. Скелетдан тортиб қўйиш одатда катта ёшдаги болаларда қўлланилади. Ёш болаларда теридан тортиб қўйиш — Шаде усули билан чекланади. Катта юк қўйиш талаб қилинмайди. Уларда оёқ ёки қўлнинг физиологик ҳолати бошқача: чунончи, оёқ учун чаноқ-сон бўғимида букиш бурчаги  $90^\circ$ , тизза бўғимида  $180^\circ$ га тенг. Шунга қўра, оёқ терисидан тортиб қўйилгандан сўнг пўлатли сим тортгич (трочка) ромга ўрнатилган блоклардан ошириб ўтказилади (бола гўё каравот ёки маҳсус шинага „осиб қўйилади“). Бола бундай вазиятга аста-секин кўникиб қолади ва кейинчалик кам безовта бўлади. Бадан териси бичилишини олдини олиш, боланинг ичи келганидан ва қовуғи бўшагандан сўнг, вақти-вақтида унинг остини ювиб туриш зарур.

### Жароҳатлар ҳақида тушунча

Жароҳат деганда тери ёки шиллиқ пардаларнинг механик шикасти тушунилиб, бунда ичкаридаги тўқималарга ҳам шикаст етган бўлиши мумкин.

**Жароҳат турлари.** Жароҳатлаган нарсанинг хусусиятига қўра қўйидаги жароҳатлар тавофут қилинади.

**Кесилган** жароҳатлар тўқималарга бирорта ўткир пичоқ, шиша, темир ва бошқа асбоблар таъсир қилганда пайдо бўлади. Жароҳатнинг атрофи текис, остидаги тўқималарга одатда камроқ шикаст етади, жароҳат очиқ бўлади, қонаб туради. Бошқа жароҳатларга қараганда бирмунча тез тузалади.

**Шилинган** жароҳатлар кесилган жароҳатнинг бир тури, бўлиб, бунда тери унинг остки қаватидаги тўқималардан ажралиб чиққан бўлади. Бундай жароҳатлар урунма чизиқ буйича ҳаракат қилаётган кесувчи нарсалардан шикастланиш ёки терининг тери ости тўқимасидан ажралиши оқибатида юз бериши мумкин.

**Чопилган** жароҳатлар ўткир ва оғир нарса — болта, қилич ва ҳоказолар билан урилганда ҳосил бўлади. Остидаги тўқималарнинг анчагина шикастланиши кузатилади. Бирмунча секин битади.

**Санчилган** жароҳатлар санчиладиган ўткир буюмлар: бигиз, мих, найза ва ҳоказолар санчилишидан ҳосил бўлади. Бу жароҳатлар терига озроқ шикаст етиши ва ичкаридаги аъзолар ҳамда тўқималар (йирик қон томирлар, ўпка, юрак, жигар ва ҳ.к.) нинг кўпроқ шикастланиши билан характерланади. Ташқарига қон кам чиқади, бироқ чуқур

жойлашган тўқималардан кўп миқдорда қон оқиши мумкин. Бундай жароҳатлар ғоятда хавфлидир. Даво қилишда ички аъзоларга шикаст етган-етмаганлигини аниқлаш мақсадида жароҳат каналини кенг кўламда тафтиш қилиш талаб этилади.

**Чопилган-кесилган** жароҳатлар чопилган ва кесилган жароҳатларнинг қўшма тури бўлиб, ҳам ташқи, ҳам ички томондан анчагина қон оқиши билан характерланади. Даволаш услуби чопилган жароҳатлардагига ўхшайди.

**Урилган** жароҳатлар бирорта тўмтоқ буюм — таёқ, тош ва ҳоказолар билан урилганда пайдо бўлади. Улар юмшоқ тўқималарнинг анчагина эзилиши ва озроқ қонаши билан характерланади. Тўқималарнинг оғир эзилиши сабабли жароҳат атрофининг жонсизланиши кузатилади ва инфекция осонликча тушиб, йиринглаш юз беради. Жароҳатни хирургик тозалашда яшаб кетмайдиган тўқималарни батамом олиб ташлаш талаб қилинади.

**Юлинган** жароҳатлар уриб олинган жароҳатларга яқин туради. Одатда машиналар ва механизмларнинг ҳаракатланадиган қисмларидан вужудга келади. Бунда жароҳатнинг ўлчамлари катта, четлари нотекис бўлади, осонликча инфекция тушади. Узоқ муддат мобайнида турли асоратлар билан кечиби битади.

**Тишланган** жароҳатлар одам ёки ҳайвонлар тишлашидан юзага келади. Бунда тери ва унинг остидаги тўқималарга анча шикаст етади. Жароҳат ҳамини инфекцияланган бўлади ва кеч асоратлар билан битади.

**Ўқ тегишидан юз берган** жароҳатлар ўқ отар қуролдан зарарланиш натижасида юз беради. Ўқ, сочма ўқ, снаряд парчаси кабилардан юз бериши мумкин. Жароҳатлайдиган снаряд масофасига ва ҳоказоларга кўра турли-туман характерда бўлади. Ўқ ёки снаряд парчасидан рўй берган жароҳатлар айниқса оғир кечади. Бу жароҳатлар тешиб ўтган бўлади, бунда жароҳатлар учун буюм танани қисмидан тешиб ўтади унинг кириш ва чиқиш тешиклари бўлади. Бунда кириш тешиги чиқиш тешигидан кичик ва берк бўлади ёки фақат кириш тешиги бўлиб, жароҳатловчи буюм тўқималарда қолади.

Ўқнинг бўшлиқ ичкарасига киришига кўра:

1. Тешиб кирмайдиган, бунда бўшлиқ (қорин, плевра, мия, бўғимнинг синовиал пардаси) тўсиғи шикастланмайди.

2. Тешиб кирувчи (бўшлиқ тўсиғини шикастлайдиган) жароҳатлар бўлиши мумкин.

**Ўқ тегишидан вужудга келган** жароҳатда қуйидагилар фарқ қилинади:

— жароҳат канал соҳасида некротик тўқималар, ўқ парчаси, кийим парчалари ва шу кабилар бўлади;

— шикастланган некроз соҳаси тўқималарнинг ҳарорат таъсирида шикастланиши натижасида ҳосил бўлади;

— молекуляр силкиниш соҳаси. Кўзга кўринадиган ўзгаришлар кузатилмайди, бироқ шу соҳада тўқималар қаршилигини камайтирадиган некробиотик ўзгаришлар учрайди.

**Тасодифан юз берган** жароҳатларга жароҳатларнинг юқорида санаб ўтилган ҳамма тури киради. Улар одатда бирламчи инфекцияланган ва атайлаб қилинган (операция) — асептик бўлади.

Тасодифан юз берадиган ҳамма жароҳатлар, жумладан ўқ теккан жароҳатлар ҳам бирламчи инфекцияланган ҳисобланади ва тўқималарга кўп шикаст етиши билан ўтади, бу эса уларнинг битишини қийинлаштиради.

**Заҳарланган жароҳатлар** — жароҳатнинг заҳарловчи модда (иприт, люизит ва б.) тушган ҳар қандай туридир. Заҳарловчи модда жароҳат тешиги орқали организмга тез сўрилиб, оғир оқибатларга олиб келади.

**Даволаш** — ювиш, антидотлар қўллаш, жароҳатни бирламчи хирургик тозалашдан иборат.

Инфекциянинг тушиш даражаси бўйича асептик ва септик жароҳатлар фарқ қилинади.

**Иккиламчи инфекцияланган жароҳатлар** — одатда операция жароҳатлари бўлиб, нотўғри парвариш қилинганда (тиббиёт ходимларнинг ёки беморларнинг айби билан) улар жароҳат пайдо бўлишидан бир неча соат ёки кун ўтгач инфекцияланиши мумкин. Жароҳатлар якка-якка ва кўп сонли бўлиши мумкин.

Жароҳатнинг клиник манзараси оғриқ, жароҳат четларининг очилиб туриши, қон оқиши ва гавданинг шу қисмларида юз берадиган функционал бузилишлар билан ҳарактерланади.

**Жароҳатларнинг битиши.** Жароҳатларнинг битиши мураккаб патофизиологик жараён бўлиб, у шартли равишда уч босқичга ажратилади.

**Гидратация босқичи.** Бевосита травмадан сўнг юз беради ва бир неча сутка давом этади. Яллиғланиш аломатлари билан ўтади. Жароҳат суюқлигининг оқиб чиқиши учун шароитлар (жароҳатни кесиш, дренажлаш, гипертоник эритмалар қўллаш) яратиш зарур.

**Дегидратация босқичи.** Жароҳатнинг тозаланиши, яллиғланишнинг камайиши, яшаб кетмайдиган тўқималар ва фибрин ивиндиларининг лизиси ва грануляциялар ҳосил бўлиши билан рўй беради. Грануляция тўқимаси ҳосил бўлиши учун шароитлар (антисептик эритмалар, малҳамли боғламлар, боғламлар, боғламни кам янгилаш) яратиш зарур.

**Эпителизация босқичи** жароҳат нуқсонини беркитадиган эпителиал тўқима ҳосил бўлиши билан ҳарактерланади. Айни вақтда грануляция тўқимасидан чандиқли тўқима ҳосил бўлади. Сабаблари — ҳаракатлар, иссиқ муолажалар, малҳамли боғламларни қўллашдир. Ҳар бир босқичнинг давом этиш муддати жароҳатнинг характериға, даволаш усуллариға, организмнинг умумий ҳолатиға ва инфекция борлигиға боғлиқ. Жароҳат битишининг қуйидаги турлари фарқ қилинади.

**Бирламчи тортилиб битиш** жароҳат чеккалари бир-бириға тегиб (чоклар босиб турадиган боғлам), жароҳатда инфекция ривожлан-

маганда ва яшашга лаёқатсиз тўқималар жуда кам бўлганда рўй беради. Жароҳат тахминан 6- кунда битиб, ингичка чизиқли чандиқ қолади.

**Иккиламчи тортилиб битиш** жароҳат очиқ, унда йиринглаш бўлганда рўй беради. Жароҳатнинг яшаб кетмайдиган тўқималардан тозаланиши, яллиғланишнинг йўқолиши, грануляциялар пайдо бўлиши, чандиқли тўқима ҳосил бўлиши ва эпителизация қайд қилинади.

Иккиламчи тортишиб битиш узоқ давом этадиган жараён дир. Бунда дағал чандиқ қолади. У бурушганда бўғим контрактураси юз бериши ва гавданинг шу соҳаси детурацияга учраши мумкин.

**Жароҳатнинг пўстлоқ остидан битиши.** Тери юза шикастланганда жароҳат соҳасига чиққан қон ва лимфа тўқ жигар ранг пўст ҳосил қилади. Пўст остида битиш жараёни жароҳат регенерациясининг қоидалари бўйича, бироқ бирмунча тезроқ боради, чунки пўст жароҳатни инфекциядан ва шикастланишдан сақлайдиган биологик боғлам вазифасини бажаради.

**Жароҳатнинг микробдан ифлосланиши.** Ҳар қандай тасодифий жароҳатланишда жароҳатга микроблар тушиб ифлосланади. Микробли флора жароҳатга жароҳатловчи қурол, кийим парчалари, тери атрофлари орқали тушади.

Жароҳатда инфекция ривожланишига микрофлоранинг вирулентлиги, жароҳат канали соҳасидаги тўқималар емирилиб, қон айланиши ва иннервация бузилиши, организмнинг ҳимоя кучлари пасайиши ҳолатлари сабаб бўлади.

**Жароҳатнинг йиринглаши.** Жароҳатдаги йирингли жараён муайян клиник манзара — жароҳат атрофининг қизариши, шишиши, қаттиқлашиши, маҳаллий ва умумий ҳароратнинг кўтарилиши, қаттиқ оғриқ, гавданинг шу қисми функциясининг бузилиши билан характерланади.

Жароҳатдаги яллиғланиш йирингли экссудат характерига эга бўлади (лейкоцитларнинг миқдори кўпайиб кетиши ҳисобига). Очиқ жароҳатда йирингли модда тўқималараро бўшлиқлар бўйича тарқалиб, катта йирингли халталар ҳосил қилади.

Йиринглаган жароҳатларни даволаш, йирингни оқиб чиқиши учун қулай шароит яратиш ва антибактериал даво ўтказишдан иборат.

Жароҳатланганда б и р и н ч и ё р д а м кўрсатишни асосан қон оқишини вақтинча тўхтатиш (боғлам, жгут) ва инфекция тушишининг олдини олиш (боғлам қўйиш олдиан жароҳат чеккаларига йод эритмаси суртиш) дан иборат бўлади.

Жароҳатга боғлам қўйишдан олдин гавданинг шу қисмидаги кийим ёки пойабзални эҳтиётлик билан ечиш лозим.

Вақтинчалик қон тўхтатишдан сўнг транспорт иммобилизацияси тегишли бўлимларда баён этилган қоидалар асосида бажарилади ва бемор даволаш муассасасига ётқизилади.

Шифокор келгунча жабрланганга бериладиган ёрдамни тиббиёт ҳамшираси жароҳат юз берган жойда тўғри кўрсата билиши керак. Кейин беморга қоқшолга қарши зардоб юбориш, уни ихтисослашган даволаш муассасасига жўнатиш лозим.

**Даволаш. Жароҳат юзасини тозалаш ва бирламчи чок солиш.** Муолажаларнинг бу тури кичикроқ юза жароҳатлари (лат ейиш, тери экскориацияси) бўлган беморларда ёки атрофлари текис, ифосланмаган ва ичкарида жойлашган тўқималар ҳамда анчагина шикастланган кесилган жароҳатларда бажарилади.

Жароҳат атрофидаги соч ёки туклар тозаланади, тери спирт билан артилади ва йод эритмаси суртилади. Беморда фақат тери экскориацияси бўлса, асептик боғлам қўйилади. Бундай ҳолларда бактерицид таъсирга эга бўлган махсус лейкопластирли боғлам қўйса ҳам бўлади.

**Жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш.** Жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш асосида жароҳат чеккалари, деворлари ва тубини соғлом тўқималаргача кесиш, уни асептик жароҳатга айлантириш принципи ётади.

Шикастланган соҳа ва унинг оғир-енгиллигига қараб бирламчи хирургик ишлов бериш маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Жароҳат тозаланади, қон оқиши узил-кесил тўхтатилади. Ички томондан кетгут чок солиш ва терини ипак билан чоклаш ёрдамида жароҳат чеккалари бир-бирига яқинлаштирилади. Жароҳат чеккаларига антибиотиклар қўйилади. Жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш жароҳатлангандан сўнг дастлабки соатларда бажарилиши керак. Антибиотикларни парентерал қўллаш хирургик тозалашни кечроқ муддатда (бир суткагача) ўтказиш имконини беради. Чуқур камгаklar ва инфекция ривожланиши хавфи бўлганда жароҳат дренажланади, ёрдамчи чоклар солинади ёки умумий чокланмасдан асептик боғлам билан бекитилади. Яллиғланиш жараёнлари бўлмаса 3 — 4 кундан кейин чок солинади (бирламчи тикилган чок). Жароҳат йиринглаганда яллиғланиш жараёнлари тугагандан кейингина уни тикиб қўйиш мумкин. Бу вақтга келиб жароҳатда грануляциялар пайдо бўлади. Улар кесилади ва чок солинади (иккиламчи тикилган чок).

Юз, тил, қўл панжаси жароҳатланганда, яъни қон таъминоти яхши соҳаларда жароҳат чеккалари минимал даражада кесилиб, унга чок солинади ва зарурат бўлганда имобилизация қилинади. Жароҳат бирламчи хирургик тозалангандан сўнг нормал битаётган чоклар 7 — 8 суткада олинади.

**Йирингли жароҳатларни даволаш.** Жароҳат ўз вақтида тозаланмаса шу жой йиринглай бошлайди. Клиник жиҳатдан у жароҳат атрофларининг қизариши ҳамда умумий ҳароратнинг кўтарилиши, беморнинг умумий ҳолсизланиши, жароҳат соҳасининг қаттиқ оғриши билан ифодаланади. Бундай ҳолларда жароҳатга дренаж қўйиш

лозим бўлади (**жароҳатга иккиламчи хирургик ишлов бериш**). Бу мақсадда илгари чоклар солинган бўлса, улар олинади ва йирингли халталар кесиб очилади. Йиринг чиқишини яхшилаш учун қўшимча кесмалар — контрапертуралар қилинади. Бу даврда (гидратация босқичи) катта-кичиклигига қараб резина ленталар, дренаж найчалар, натрий хлориднинг гипертоник эритмаларига ботирилган говак тампонлар билан жароҳат ичидаги йиринг сўриб олинади. Антибиотиклар, ферментлар, антисептик воситалар юборилади.

Заҳарланишга қарши курашиш ва организмнинг иммунибиологик реакцияларини фаоллаштириш учун катта миқдорда суюқликлар юборилади, витаминларга бой, юқори калорияли овқат тайинланади, бўлиб-бўлиб қон қуйилади. Ўткир ҳодисалар босилгандан кейин (дегидратация босқичи) малҳамли боғламлар қўлланилади, боғлам кам янгиланади, физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Жароҳатни даволашда иммобилизация қилиш зарур ва қоқшолга, газли гангрена ва қутуришга қарши тадбирларни дарҳол ўтказиш лозим бўлади (яллиғланиш синдромига қаранг).

### Куйиш

Куйиш деб, тўқималарнинг юқори ҳарорат (термик), кимёвий моддалар (кимёвий), электр токи (электрдан) ва нур энергияси (нурдан) таъсирида келиб чиққан жароҳатга айтилади.

Кучли куйишларда беморда жиддий умумий бузилишлар кузатилади ва куйиш касаллиги ривожланади.

Ўткир куйиш касаллигининг кечишида шок, токсемия, септикотоксемия ва реконвалесценция давлари фарқ қилинади.

**Шок даври** куйишда травматик шокни эслатади, бироқ организмнинг яққол заҳарланиши ва плазма йўқотилиши ҳисобига бирмунча оғир кечади. Травматик шокдаги сингари бемор эректил босқичда қўзғалган бўлади, артериал босими ошиб, пульси тезланади.

**Торпид** босқичда ҳаётий функциялар кескин пасайиб кетади: бемор ҳаракатсиз, тана ҳарорати ва артериал босими пасаяди, териси рангсизланади, юз қиёфаси жиддийлашиб, акроцианоз пайдо бўлади. Сийдик ажралиши камайиб, тўлиқ ануриягача боради.

**Токсемия даври** куйишдан кейин бир неча соат ўтгач бошланади. Куйган юзада кўп миқдорда плазма йўқотилиши билан бирга заҳарли моддаларнинг сўрилиши бошланади, бу моддалар организм тўқималари ва бактерияларнинг парчаланиши ҳисобига юзага келади. Бу даврда беморнинг аҳволи ниҳоятда оғир, ҳарорати жуда юқори, иштаҳаси ва уйқуси бўлмайти, қусади, ичи келмайти. Қон қуюқлашгани сабабли (плазма йўқотилишидан), гемоглобин ва эритроцитлар миқдори кўпаяди. Лейкоцитар формуланинг чапга силжиганлиги қайд қилинади. Сийдикда эритроцит ва оқсиллар пайдо бўлади.



**Септикотоксемия даври** куйган юзада инфекция ривожлангандан кейин кузатилади. Бу давр клиник жиҳатдан бундан олдинги даврдан кам фарқ қилади. Куйган юза кўп йирингли суюқлик билан қопланади. Ҳарорат септик характерга эга бўлади (сепсис). Грануляциялар оч рангли, суст. Ётоқ яралар, йирингли метастазлар ҳосил бўлади (тананинг бошқа соҳаларида йирингли ўчоқлар вужудга келади). Баъзан эса ареактив ҳолат ҳам кузатилиб, бу организмнинг ҳимоя кучлари пасайиб кетганидан далолат беради.

**Реконвалесцент (соғайиш) даври.** Тана ҳарорати, қон ва сийдик нормага келади, беморнинг иштаҳаси яхшиланади, тўқималарнинг некротик қисмлари кўчиб тушади, куйган юзада пушти ранг соғлом грануляциялар пайдо бўлади.

Куйган беморларда куйишнинг клиник ўтишини даврларга ажратиш жуда муҳим. Бемор аҳволининг оғир-енгиллиги асосан куйиш даражасига ва куйган юзага, шунингдек, организмнинг умумий ҳолатига боғлиқ (авитаминоз, гипотрофия, иммунодефицит ҳолат).

**Термик куйиш.** Тўқималарга юқори ҳарорат, иссиқ буғ, сув ва бошқалар таъсир этганда содир бўлади. Куйишда тўқималарнинг шикастланиш даражаси ҳароратнинг кўтарилганлиги ва термик омилнинг қанча вақт давомида таъсир қилишига боғлиқ. Ҳарорат нечоғли юқори бўлса ва термик омил қанча узоқ таъсир қилса, тўқималар шунча кўп шикастланади. Эриган металл таъсирида айниқса чуқур куйиш ҳоллари кузатилади.

Тўқималарнинг шикастланиш характери ва нечоғли чуқур шикастланишига кўра куйишнинг бир неча даражаси кузатилиши мумкин.

**Куйишнинг 1- даражаси** унча юқори бўлмаган термик омилнинг тез муддатли таъсирида кузатилиб, терининг қизариши ва пича шишиши билан характерланади (эритематоз). Куйишнинг бу даражасида тери капиллярлари кенгаяди ва уларнинг *порозлиги* ошиши ҳисобига қоннинг суюқ қисми (плазмаси) атрофдаги тўқималарга чиқади.

1- даражали куйишнинг ўтиш муддати 2 — 3 кун. Куйган жойда тери пигментацияси ва кейинроқ эпидермиснинг кўчиб тушиши кузатилади.

**Куйишнинг 2- даражаси** пуфаклар пайдо бўлиши билан характерланади (буллёз шакл). Куйишнинг бу даражасида яллиғланиш бирмунча яққол юзага чиқади. Талайгина суюқлик чиқади, шунга кўра у эпидермис остига йиғилади ва эпидермисни кўчириб пуфаклар ҳосил қилади. Пуфаклар куйишдан кейин бир неча минут ўтгач, баъзан эса эртасига пайдо бўлиши мумкин. Терининг юза қатлами (эпидермал қавати) жонсизланади. Пуфак ёрилганда терининг тиниқ-қизил сўрғичсимон қавати кўринади. Куйиш асоратсиз ўтганда 4 — 6-суткага келиб пуфакдаги суюқлик сўрилиб кетади. Янги, ёш эпидермис аввалига пушти рангли ва осон шикастланадиган бўлади.

Инфекция тушиб оғирлашганда пуфакдаги суюқлик йиринглайди. Кейинчалик грануляциялар ва чандиқли тўқима ҳосил бўлиши билан битади, бу тузалиш вақтини узайтиради ва бемор аҳволини оғирлаштиради.

Куйишнинг 3- даражаси терининг юза қатлами, шу жумладан ўсиш соҳаси (А гуруҳли) ёки барча ички қаватларнинг (Б гуруҳли) жонсизланиши билан характерланади. Куйган юзада тўқ рангли пўстлоқ пайдо бўлади. Пўстлоқ оқсиллар коагуляцияси (ивиши) ва айланишининг тўхтатиш ҳисобига вужудга келади.

Куйишнинг бу даражасида пўстлоқ кўчгандан кейин ўша жой иккиламчи чандиқли бўлиб битади. Эпителийланиш куйган жой атрофидан бошланади. Терининг юза қатлами куйганда шикастланган қисми тўла-тўқис эпителизацияланиши мумкин. Терининг ҳамма қавати жонсизланганда эпителиал тўқима аста-секин ривожланади ва куйган юзани умумий бекитмайди ва дағал келлоид чандиқ ҳосил бўлади.

**Куйишнинг 4- даражасида** теридан ташқари, бирмунча ичкарида жойлашган тўқималар (тери ости, мушак, суяклар) нинг жонсизланиши кузатилади. Бу жуда секинлик билан битиб, катта чандиқлар ҳосил қилади. Тўқималарнинг айрим жойлари кўчиб тушиб, ҳатто оёқ-қўллар ўз-ўзидан узилиб тушиши мумкин.

Куйишнинг клиникаси куйган юзанинг даражаси ва майдонига боғлиқ. Куйган юза нечоғли катта бўлса, беморнинг аҳволи шунчалик оғир бўлади. Тананинг 30 % и ва бундан кўпроқ қисми куйса, куйиш касаллиги келиб чиқиб, унда кўпинча бемор ўлиши мумкин.

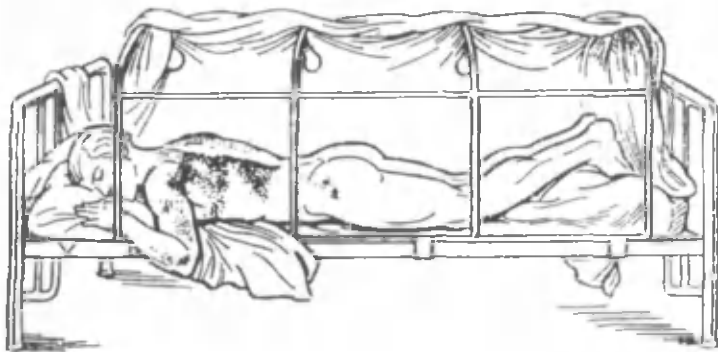
**Куйиш майдонини ўлчаш.** Кафтлаб ўлчаш — одамнинг қафти тери юзасининг тахминан 1 — 2 %ини ташкил қилади.

**Тўққизлик қондасига мувофиқ ўлчаш.** Бунда бош ва буйиннинг майдони жами юзанинг 9 %, қўл юзаси — 9 %, тананинг олдинги юзаси — 18 % (9+2), орқа юзаси ҳам 18 % (9+2) ва оёқ — 18 % (9+2) ни ташкил қилади. Буларнинг жами 99% (ўн битта тўққизлик) ни ташкил этади; 100% нинг 1% ини оралиқ соҳаси ташкил этади.

**Б. Н. Постников усули.** Куйган юзага стерил целлофан ёпилади. Куйиш соҳаси атрофига бриллиант яшил билан чизиб чиқилади. Ўрта бўйли одам танасининг умумий майдони тахминан 100 % — 16000 см<sup>2</sup> ни ташкил қилади.

Куйишда биринчи ёрдам беришдан асосий мақсад — термик омил таъсирини йўқотишдир: иссиқ сув ва буғ келишини тўхтатиш, кийим-кечак ёниб кетганда ўт-оловни ўчириш учун шикастланган кишини аёлга ёки қандай бўлмасин бирор матога ўраш керак.

Куйишда асептик боғлам қўйилади, оғриқсизлантирувчи дори ёки наркотиклар юборилади, тананинг шикастланган қисми иммобилизация қилинади ва шок профилактикаси ўтказилади. Агар ҳаво совуқ бўлса, бемор иссиқ қилиб ўраб қўйилади ва даволаш муассасасига олиб борилади.



79- расм. Куйишнинг очиқ даво усули.

**Даволаш** икки йўналишда — куйган жойни маҳаллий ва умумий даволаш билан олиб борилади. Умумий даволашга шок, плазма йўқотилиши ва қон қуюқлашиши, инфекциялар, токсемиянинг олдини олишга қаратилган тадбирлар кирази. Ҳозирги вақтда куйишни даволаш учун махсус ихтисослашган марказий шифохоналар барпо этилган.

**Куйган юзага ишлов бериш.** Куйган юзага ишлов беришдан олдин баданининг катта қисми куйган беморлар калий перманганат эритмаси солинган илиқ ваннага туширилади, кейин боғламлар ҳўллаб ечилади. Унча катта бўлмаган куйган жойга ишлов беришдан олдин беморга аналгетиклар юборилади. Катта куйган юзага ишлов беришда эса наркоз берилади.

Куйган жой атрофидаги терини тозалаш учун, эфир, спиртга ва ҳўлланган дока тампонлар ишлатилади, пуфаклар антисептик дори билан тозаланиб, кўчган эпидермис эҳтиётлик билан қайчида қирқилади. Жароҳат юзаси қуриштилади. Кейинги даво очиқ, ёпиқ ёки аралаш усулларда олиб борилади.

**Очиқ усулда** беморни стерил чойшаблар ёзилган ўринга, электр лампалар билан ёритилган каркас остига ётқизилади ва каркас устига стерил чойшаб ташилади (79- расм). Бу усулда куйган юза бир меъёрда қуриштилади ва унинг ўрнида пўстлоқ ҳосил бўлади, бу плазма йўқотишдан ва куйган юзани йирингланишдан сақлайди. Пўстлоқ остида эпителиал тўқима ҳосил бўлади. Пўстлоқ ҳосил бўлишини тезлаштириш учун баъзан ошловчи моддалар қулланилади. Бунинг учун 10% ли калий перманганат эритмаси, 5% ли танин эритмаси куйган юзага суртилади.

Куйган юзага инфекция тушиши хавфи борлиги очиқ усулнинг камчилиги ҳисобланади. Бундан ташқари, пўстлоқда ёриқлар пайдо бўлади ва битгунча узоқ муддатда ундан плазма оқиб туради.

**Ёпиқ усулда** турли-туман боғламлар қулланилади. Бу мақсад учун синтомицин ёки стрептомицин эмульсияси, Вишневский малҳами, балиқ мойи кабилар ишлатилади. Ҳар 1—2 кунда жароҳат қайта боғланади.

Некроз ўчоқлари аниқ кўриниб турадиган 3 — 4- даражали катта куйишларда улар кесилади, жароҳат нуқсони эса тананинг соғлом қисмидан дерматомда қирқиб олинган тери парчаси билан ёпилади (ауто трансплантация).

Терининг жуда катта нуқсонларида гомотрансплантация усулидан фойдаланилади. Кўп ҳолларда тери нуқсонини ёпишда ауто ва ауотрансплантация усуллари қўлланилади.

**Аралаш усулда куйиш жароҳатини** даволашда очиқ ва ёпиқ усуллардан бир вақтнинг ўзида фойдаланилади. Бўғимларнинг чандиқли контрактуралари олдини олиш мақсадида ва даволаш учун парафин ва озокерит аппликациялари, балчиқли ва водород сульфидли ванналар, гальванизация, массаж, жисмоний машғулотлар тадбиқ қилинади.

### **Куйишда қўлланиладиган умумий даво тадбирлари**

Куйишда бошқа очиқ шикастлардаги каби беморларга мажбурий тартибда қоқшолга қарши зардоб ва қоқшол анатоксини юборилади. Шок пайдо бўлиши олдини олиш учун анальгетиклар ва нейролептанальгетиклар (дроперидол, фентанил) ва новокаинли блокадаларнинг ҳар хил турлари, жумладан: оёқ-қўл соҳаси куйганда — филофли, кўкрак қафаси соҳаси куйганда — вагосимпатик ва қорин, бел соҳаси куйганда — паранефрал блокада қўлланилади.

Шок, токсемия ва плазма йўқотилишига қарши курашиш учун венага шокка қарши суюқлик, қон, физиологик эритма ва бошқа препаратлар қўйилади. Бир кеча-кундузда юбориладиган суюқликнинг умумий миқдори 500 — 3000 мл ни ташкил қилиши мумкин. Юрак-томирлар системаси ишини енгиллаштириш мақсадида юрак фаолиятини яхшиловчи ва сийдик ҳайдовчи препаратлар юборилади.

Токсемия натижасида буйраклар ишламай қолиши мумкин. Буйраклар ишини назорат қилиб туриш учун қовуққа доимий катетер қўйилади. Сийдик миқдорининг камайиши буйракнинг касалланиши ҳисобланади. Анурия билан асоратланганда суюқлик куйишдан ташқари, паранефрал новокаин блокада ўтказилади, буйраклар соҳасига диатермия қўлланилади, сийдик ҳайдовчи воситалар юборилади. Туз ишқорли аралашма (1 л сувга 1 чой қошиқ натрий хлор ва 1/2 чой қошиқ натрий бикарбонат) ичириш яхши натижа беради. Оғир ҳолларда “сунъий буйрак” аппаратини ишга солиш ва гемодиализдан фойдаланиш мумкин.

Инфекцияларга қарши курашиш учун куйган юзага микрофлорага сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда антибиотиклар қўлланилади.

Куйган беморларнинг овқати юқори каллорияли, оқсилли, витаминли ва минерал тузларга бой бўлиши керак.

### **Кимёвий куйиш**

Кимёвий куйиш тўқималарга кимёвий моддалар — кислоталар, ишқорлар, оғир металл тузлари, фосфор ва бошқалар таъсир этганда

рўй беради. Кимёвий моддалардан куйиш ишлаб чиқаришда ҳам, турмушда ҳам кимёвий моддаларни бетартиб ишлатиш оқибатида юз беради.

Кислоталар ва оғир металл тузларидан куйишда тўқима оқсилларининг ивиши ва уларнинг сувсизланиши рўй беради. Коагуляцион некроз юз берганлиги сабабли зичлашган пўстлоқ ҳосил бўлади. Хлорид кислотадан куйишда пўстлоқнинг ранги оқ, нитрат кислотадан куйишда сариқ, сульфат кислотадан куйишда қорамтир рангда бўлади.

Оғиз, қизилўнғач, меъда шиллиқ пардалари куйганда кимёвий моддалар таъсири маҳаллий куйиш реакцияси юз беришидан ташқари, улар организмга заҳарли резорбтив таъсир қилади.

**Биринчи ёрдам.** Кимёвий моддани сув оқими билан тез ювиб ташлаш, қолдиқларини эса нейтраллаш керак. Кислоталарни нейтраллаш учун 2% ли сода эритмаси қўлланилади. Қаттиқ куйишда бу соҳага бор порошogi куйдирилган магнезиядан сепилади. Ишқорлар 2% ли сирка кислота ёки лимон эритмаси билан нейтралланади.

Терига ёниб турган фосфор бўлакчалари тушганда тананинг шу қисмини сувга ботириб туриш, фосфор қолдиғини пинцет билан олиб ташлаш керак. Шикастланган соҳага 5% ли мис купороси эритмасига ҳўлланган боғлам қўйилади ёки тальк сепилади.

Кейинги даволаш босқичлари термик куйишни даволашдаги сингари олиб борилади. Малҳамли боғламлар қўйиш тавсия этилмайди, чунки ёғлар фосфорнинг сўрилишига ёрдам беради.

**Болалардаги куйиш.** Бирмунча кўп учрайди. Стационарда даволашни талаб этадиган бемор болаларда учрайдиган маиший травмаларнинг 20% и куйишга тўғри келади. Куйганлар орасида 3 ёшгача бўлган болалар кўпчиликни ташкил этади. Оз-моз куйганда гўдак оғриқни йиғлаш ва қичқириш билан ифодалайди. Аксинча, танасининг кўпроқ қисми куйганда боланинг аҳволи оғир бўлиши мумкин. Боланинг ранги ўчиб, атрофдаги ҳодисаларга бефарқ бўлади. Ҳуши жойида, цианоз, томирнинг тез-тез уриши ва сустлиги, оёқ-қўлларнинг музлаши ва ташналик — оғир куйиш белгилари бўлиб, шок борлигини кўрсатади. Айрим ҳолларда қусиш ҳам кузатилади, бу шикастланишнинг анча оғирлигидан далолат беради.

**Даволаш хусусиятлари.** Даволаш қонун-қоидалари катта ёшдаги беморлардаги каби. Беморлар очиқ ва ёпиқ усулда даволанади.

### Электр токидан шикастланиш

Электр токидан шикастланиш даражаси:

а) ток кучига, унинг кучланишига, таъсир қилиш давомийлигига, токнинг доимий ва ўзгарувчанлигига;

б) организмнинг физиологик ҳолатига, нерв системасига, юрак мушак ҳолатига, таъсир механизмига;

в) аъзо ва терининг чидамлилигига (заифлашган аъзо, нам тери шикастланиш кучини оширади);

г) ток таъсир қилган атроф-муҳитга боғлиқ.

Электротравмада тўқималарнинг маҳаллий ўзгаришлари аксарият 3 — 4- даражали куйиш билан ифодаланади. Некроз кенг юзада ичкарида жойлашган тўқималарда бўлади. Шунинг учун уни дастлабки кўздан кечирганда аниқлаш қийин бўлади. Кўпинча куйиш симметрик жойлашган метрик йўллар, яъни сочларнинг куйиши кўринишида кузатилади. Баъзан куйган соҳа оқ рангда бўлади. Электр токи кирган ва чиққан жойда терининг куйган соҳалари кўзга ташланади.

Электр токининг умумий таъсири мия чайқалишига ўхшаш клиник кўринишни беради. Баъзан фалажлик, кўриш қобилиятининг пасайиши, ютишнинг қийинлашуви кузатилади. Оғир ҳолларда нафас ва юрак марказлари фаолиятининг фалажи рўй беради, бу сохта ўлим ҳолатини юзага келтиради. Бундай ҳолларда зудлик билан реанимация тадбирларини тўлиқ ўтказиш лозим бўлади.

**Биринчи тиббий ёрдам.** Зудлик билан электр токи таъсирини тўхтатиш лозим. Шикастланган киши кўпинча усти очиқ симни ушлаб олиб, мускуллари қисқарганидан уни қўйиб юбора олмайди. Шунинг учун тезда электр токени ўчириш ёки унинг иложи бўлмаганда шикастланган кишини тортиб олиш лозим бўлади. Бунда электр токени ўтказмайдиган резина қўлқоп, калиш ёки этик, жун адёл, ипак газламалар, қуруқ ёғочдан фойдаланиш зарур.

Электрдан куйишни маҳаллий даволаш термик куйишни даволашдагидек. Умумий белгилар юз берганда симптоматик даво қўлланилади, сунъий нафас олдирилади, юрак дорилари бериледи. Токдан шикастланган беморлар қунт билан парвариш қилиш ва кузатиб туришга муҳтож бўладилар, чунки уларда нафас фалажланиши, юрак ишининг тўхташи оқибатида тўсатдан ўлим юз бериши мумкин.

Электротравманинг олдини олишда техника хавфсизлиги қоидаларини билиш ва уларга риоя қилиш муҳим аҳамиятга эга.

### Совуқ уриш

Совуқ уриши паст ҳарорат таъсир этганда келиб чиқади. Бунда бемор аъзоларини ноқулай шароитларда ҳўл, тор пойафзал кийиш, ҳолдан тойиш, 40°С да ва ҳатто бундан юқори ҳароратда ҳам совуқ уриши мумкин. Кўпинча қўл ва оёқларнинг бармоқлари, қулоқ, бурун учини совуқ уради. Совуқ уришининг тўртта даражаси фарқ қилинади.

**1- даражаси** терининг оқариши (томирлар спазми) ва сезувчанлигининг йўқолиши билан характерланади. Бемор иситилгандан кейин бадан терисининг шу қисми қизғиш-кўкимтир тусли бўлиб қолади (томирлар фалажи), озгина шишади ва қуриydi. Соғайишдан олдин одам совуққа сезгир бўлиб қолади. баъзан терининг кўкимтир ранги сақланиб қолади.

**2- даражасида** қон айланишининг бирмунча чуқур бузилиши кузатилиб, кейинроқ тиниқ суюқлик билан тўлган пуфаклар ҳосил

бўлади. Пуфаклар атрофидаги тери кўкимтир-қизил тусга кирази. Инфекция тупмаса, ўрта ҳисобда 2 ҳафта ичида битади.

**3- даражасида** тери ва унинг остидаги тўқималар ириб некрозланади. Жонсизланиш геморрагик суюқлик билан тўлган юмшоқ пуфаклар ҳосил бўлиши билан характерланади. Бу пуфаклар пўстлоқ пайдо бўлишига олиб келади. Кўпинча унга йиринглаш қўшилади. Ўлган тўқималар кўчиб тушгандан сўнг уларнинг ўрнида грануляциялар вужудга келиб, чандиқланиш ва эпителизация бошланади. Жароҳат I — 2 ой ичида битади.

**4- даражасида** некротизация чучук жойлашган тўқималар, шу жумладан суякларни ҳам қамраб олади. Тананинг шикастланган қисми тўқ кўкимтир рангга, қорамтир суюқликка тўла пуфаклар билан қопланади. Одатда пуфаклар совуқ олишидан 2 ҳафтадан кейин пайдо бўлади (иккиламчи пуфаклар). Деморкация чизиғи аста-секин кўринади ва унчалик яққол сезилмайди. Совуқ олган соҳаларда сезувчанликнинг ҳамма тури йўқолади. Кейинроқ шикастланган қисм куриб (мумификация) кўчиб тушади ва чандиқ ҳосил бўлади.

Совуқ уришда беморнинг умумий аҳволи унинг даражасига боғлиқ. Совуқ уришнинг дастлабки икки даражасида беморнинг умумий аҳволи унчалик ёмон бўлмаса, кейинги даражаларида токсемия ва инфекция қўшилишига боғлиқ ҳолда клиникаси намён бўлади (юқори ҳарорат, ҳолсизлик, иштаҳа йўқлиги, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши ва ҳ.к.).

**Биринчи ёрдам ва давоси.** Бемор иссиқ хонада ётқизилади. Унга иссиқ чой, алюгол, юрак фаолиятини яхшиловчи ва оғриқ қолдирувчи дорилар берилади, беморни ваннага тушириб, сув ҳароратини 18 — 20°C дан аста-секин 37°C гача кўтарилади. Ваннада қон таъминоти, сезувчанлик тиклангунга қадар эҳтиётлик билан массаж қилиш лозим. Оёқ ёки қўл териси спирт билан артилади ва унга қалин дока боғлам қўйилади.

Терининг совуқ олган соҳасини қор билан уқалаш тавсия этилмайди, чунки майда муз парчалари шикаст етказиши ва инфекция тушишига сабаб бўлиши мумкин.

Даволаш режасига қон айланишининг бузилишини бартараф қилиш, инфекциянинг олдини олиш тадбири киритилади. Совуқ уришининг 1- даражасида биринчи ёрдамнинг ўзи кифоя қилади, 2- даражасида эса пуфаклар олинади ва асептик ёки малҳамли боғлам қўйилади, 5—7 кун ўтгач, физиотерапевтик муолажалар қўлланилади (УВЧ, лазер ва ультрабинафша нурлар билан нурлантириш, маҳаллий дарсонвализация). Совуқ уришининг 3 — 4- даражасида шиш ва заҳарланишни камайтириш учун баъзан некрэктомия ўтказилиб, кейин термик қуйишдаги сингари очиқ усул билан даволашга киришилади. Грануляциялар пайдо бўлгандан сўнг малҳамли боғламлар қўйилади. Демаркация чизиғи ҳосил бўлганда некрэктомия ўтказилади: некротизланган тўқималар олиб ташланади, оёқ-қўллар эса ампутация қилинади.

Совуқ уришини умумий даволашда юқори калорияли оқсиллар ва витаминларга бой овқатлар буюриш зарур. Инфекцияга қарши курашиш учун антибиотиклар қўлланилади. Токсикозни камайтириш учун қон, қон ўрнини босадиган суюқликлар қуйиш, кўп суюқликлар ичиш тавсия этилади.

**Музлаш.** Организмга паст ҳарорат умумий таъсир қилиши натижасида содир бўлади. Бунда ҳаёт учун муҳим аъзолар (мия, юрак, ўпка, жигар, буйрак) да чуқур, қайтмас ўзгаришлар содир бўладики, булар ўлимга олиб келиши мумкин. Шикастланган киши бўшаши, эти увишади, чарчайди, уйқудан бошини кўтармайди. Пульс сусаяди, нафас юзаки бўлиб қолади.

**Қалтираш.** Паст ҳарорат узоқ муддат таъсир қилиши натижасида пайдо бўлади. Кўпинча оёқ-қўл учлари қалтирайди. Уруш даврида бундай ҳодисалар аскарларда кузатилган ва бу ҳолат „траншея оёқ панжаси“ деган ном олган.

Терида тўқ қизил ёки кўкимтир-қизил доғлар пайдо бўлади. Тери сал шишади, қичишади, ачишади ва оз-моз безиллаб оғрийди. Юқоридаги жароҳатлардан кейин қоқнол, газли гангрена ва қутуриш касалликларини олдини олиш мақсадида профилактик тадбирлар ўтказилади.



### Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар

1. Пайларнинг чўзилишида қандай симптом кузатилмайди?

- а) оғриқ;
- б) бўғим функциясининг бузилиши;
- в) шиш;
- г) қонталаш;
- д) крепитация.

2. Куйишнинг II даражасига хос бўлган симптомларни аниқланг:

- а) оғриқ, қизариш, шиш;
- б) оғриқ, қизариш, пуфаклар пайдо бўлиши;
- в) терининг чуқур қатламлари шикастланиши ва унинг некрози;
- г) тери ва ички тўқималар некрози;
- д) суякларнинг куйиши.

3. Лат ейишга қандай симптом хос эмас?

- а) оғриқ;
- б) шиш
- в) тери бутунлигининг бузилиши;
- г) қонталаш гематома;
- д) функциянинг бузилиши.



4. Куйишда шошилинч ёрдам кўрсатиш:

- а) жароҳатни хирургик йўл билан бирламчи тозалаш;
- б) малҳамли боғлам қўйиш;
- в) қоқшолга қарши зардоб юбориш;
- г) антибиотиклар юбориш;
- д) термик агент таъсирини тўхтатиш, оғриқни қолдириш, асептик боғлам қўйиб касалхонага юбориш.

5. Тишланган жароҳатга қандай шошилинч ёрдам кўрсатилади?

- а) 20% ли совун эритмаси билан жароҳат ювилади;
- б) антибиотик юборилади;
- в) 0,5% ли фурацилин эритмаси билан жароҳат ювилади;
- г) 0,006% ли хлоргексидин эритмаси билан жароҳат ювилади;
- д) 1% ли дегмин эритмаси билан жароҳат ювилади.



*Эслатма: тўғри жавоблар тагига чизилган.*

### *Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар*

1. Техника хавфсизлигига риоя қилинмаслиги натижасида буг қозони ёрилиб кетди. Бемор темир бўлакчасидан шикастланди. Кўкрагининг чап томонида қаттиқ оғриқ, бўғилиш кузатилди. Беморнинг аҳволи оғир, юзи кўкимтир, кўзлари киртайган, бўйин веналари шишган, овози бўғиқ. Кўкрак қафаси чап қисмида 4x11,5 см. қонаб турган жароҳат кузатилади. Бемор хириллаб нафас олади. Кўкрак қафаси аускультациясида фирчиллаш эшитилляпти.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво услубини танланг.

2. 12 ёшли бола дарахтдан йиқилган, икки дақиқага ҳушини йўқотган. Кейинчалик болада бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш ва пешона соҳасида гематома кузатилган.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво услубини танланг.



## **XI. ЯЛЛИҒЛАНИШ СИНДРОМИ**

Хирургик инфекция деганда даволаш асосан хирургик усуллар билан олиб бориладиган, носпецифик ва специфик микроблар келтириб чиқарадиган яллиғланиш касаллиги тушунилади. Клиник турига қараб, хирургик инфекция ўткир (стафилококк ва стрептококк, кўк йиринг таёқчаси, қоқшол, газли гангрена, сил ва б.) ва сурункали( специфик ва носпецифик) турларга бўлинади.

Механик ва бошқа омиллар таъсирида терининг устки қавати ва шиллиқ пардалари зарарланади, ана шу йўл билан инфекция

учун „кириш дарвозаси” очилади. Микроблар ҳатто теридаги арзимаган яралар туфайли тўқималар орасидаги бўшлиққа, кейин лимфа системасига, лимфа оқими билан эса янада ичкаридаги тўқима қаватларига — тери ости мушаклари, лимфа тугунлари ва бошқаларга ўтади.

Хирургик инфекциянинг навбатдаги авж олиши йирингли жараённинг ёйилиши, организмнинг иммунологик ҳолати ва микробларнинг вирулентлигига боғлиқ. Хирургик инфекция авж олишида тўқималарнинг анатомик-физиологик хусусияти қатта ўрин тутади. Қон тез оқадиган юз ва бошнинг сочли қисмида микробларнинг тарқалиши бирмунча чекланган; айти пайтда септик метастазлар худди мана шу жойлардан коллатерал веналар орқали бош суягининг ички веноз синусларига кириб бориши, тромбоз ва йирингли менингитни келтириб чиқариши мумкин. Шунингдек, тўқималар иммунобиологик хусусиятлари ҳам анча аҳамиятлидир. Микроблар кўпроқ учратиладиган жойларда (чот, сон) йирингли жараёнлар камдан-кам ҳолларда пайдо бўлади. Чунки юқорида айтилган жойларда тўқималарда микроблар ва уларнинг токсинларига қарши чидамлилиқ, яъни маҳаллий иммунитет юзага келган бўлади.

Ўткир йирингли инфекциянинг авж олишига қуйидаги омиллар имкон яратади:

1) кириш дарвозаси соҳасида тери трофикаси (тўқималарда нормал моддалар алмашинуви) нинг бузилиши (қон қуйилиши, некроз ўчоқлари);

2) полиинфекция (бир неча турдаги микроб флорасининг биргалиқда таъсир этиши);

3) суперинфекция (вирулентлиги билан фарқ қилувчи микробларнинг янги турлари кириши ёки тўпланиши).

Организмнинг йирингли инфекцияга реакцияси умумий, шунингдек, маҳаллий бўлади.

**Маҳаллий белгилар** ҳаммага маълум ҳодисалар; қизариш (*rubor*), ниш (*thmor*), оғриқ (*dolor*), ҳароратнинг кўтарилиши (*calor*), жароҳатланган аъзо ва тўқималар фаолиятининг бузилиши (*functio laesa*) билан ифодаланади. Ушбу симптомларнинг ифодаланиш даражаси организмнинг реактивлигига боғлиқ. Организмнинг яллиғланишга нисбатан реакциясининг *гипер* — норма, *гипо* — анергик хиллари тафовут қилинади.

**Гиперергик** реакция учун йирингли жараённинг тез авж олиши, лимфаденит билан ифодаланган шиш ўчоғини ўраб турган қон томирларининг тромбози ҳосдир. Ушбу жараёнлар кўпинча организм умумий ҳолатининг кескин ёмонлашуви билан кечади ва ўлим билан тугаши ҳам мумкин.

**Нормергик** реакция рўй берганда йирингли жараён секин ўтиб, ўртача тўқима реакцияси (ўртача шиш), нисбатан баланд бўлмаган ҳарорат ва озроқ лейкоцитоз билан кечади. Нормергик реакция даволаш агар у ўз вақтида бошланиб, тўғри олиб борилса, осонгина ён беради.

**Гипоанергик** реакция умумий ва маҳаллий симптоматиканинг камроқ ифодаланганлиги билан ажралиб туради — яллиғланиш деярли сезилмайдиган тўқима шиши орқали кечиб, маҳаллий характерга эга бўлади, ҳарорат меъёрида ёки субфебрил бўлади.

## Маҳаллий хирургик инфекция

### Чипқон (фурункул)

Чипқон — соч халтаси ва унинг атрофидаги тўқималарнинг йирингли яллиғланишидир. У кўпинча шахсий гигиена қоидаларига риоя қилинмаслиги ва терининг микрошикастланиши натижасида пайдо бўлади. Сурункали касалликлар, айниқса, диабет, анемия, инфекцион касалликлар ва нерв-психик чарчаш касалликнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Чипқоннинг кўзгатувчиси стафилококкдир.

Чипқон теридан озгина кўтарилиб, қизғиш рангли оғриқли инфилтратдан бошланади. Дастлаб бўртмача учида қорамтир ёки сарғиш нуқта пайдо бўлади. Кейинроқ нуқта ўрнида оқ рангли некроз қисми — чипқон ўзаги ҳосил бўлади. Чипқон ўзаги кўчиб тушганидан сўнг грануляция тўқимаси билан тўлган бўшлиқ ҳосил бўлади.

Юз соҳасига чипқон чиққанда клиник жараён оғир кечади. Юздаги лимфа ва қон томирларининг кенгайиши инфекциянинг тез тарқалишига ва веноз анастомоз бўйлаб миянинг синус веналарига ўтишига имкон яратади. Бў эса йирингли базал менингитни келтириб чиқариши мумкин. Бунда юз тез шишади, беморнинг ҳарорати жуда баланд бўлиб, кўзи хиралашади, энса мушаклари таранглашиб, аҳволи жуда оғирлашади.

**Давоси.** Юзга чипқон чиққанда бемор стационарда даволаниши лозим.

Даволаш жараёнида яллиғланиш соҳаси атрофидаги терини парвариш қилишнинг аҳамияти катта. Тери 70° ли спирт ёки 5% ли калий перманганат, 0,5 — 1% ли яшил бриллиант эритмаси ва бошқалар билан суртилади. Дастлабки босқичда физиотерапевтик муолажалар, жумладан, ультрабинафша ва лазер нурлари, УВЧ-терапия ва бошқалар яхши натижа беради. Антибиотиклар буюрилади.

Хирургик усул билан йиринглаган чипқон кесилиб, ўзаги ва йирингли суюқлик чиқариб ташланади. Шундан кейин йирингли жароҳатларни даволашдаги умумий усуллар қўлланилади.

### Фурункулёз

Фурункулёз тананинг бир неча жойига чиқади. У тананинг сочли соҳаларида, жумладан ҳолдан тойган, заифлашган ва айниқса қандли диабетли беморларда кўп учрайди. Клиник кўриниши чипқонга ўхшаганлиги учун оғирроқ кечади.

**Давоси.** Фурункулёзни даволашда маҳаллий даволашдан ташқари, организмнинг умумий ҳолатини яхшилашга қаратилган тадбирлар қўллаш зарур.

Оқсиллар ва витаминларга бой овқатлар, ачитқилар тайинланади, аутогемотерапия, ультрабинафша ва лазер нурлар қўлланилади, аутовакцина билан иммунизация қилинади, умумий антибиотик терапия ва бошқалардан фойдаланилади.

### Хўппоз (карбункул)

Хўппоз — соч халтачалари ва унинг атрофидаги ёғ тўқималарини қамраб олган ўткир маҳаллий йирингли-некротик яллиғланишдир. Хўппоз аксари кексаларда ёки озиб кетган, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмайдиган ва қандли диабет билан оғриган беморларда ва, жумладан, болаларда кўп кузатилади. Аксарият карбункул бўйиннинг орқа юзаси, елка, думба, сон соҳаларида пайдо бўлади.

Касаллик битта йирингли ярадан бошланиб, аста-секин ён-атрофидаги соч халтачаларини ва ёғ безларини эгаллайди. Касаллик авж олган даврида қизғиш-кўкимтир ва кўп йирингли нуқталари бўлган, чегараланган, яллиғланган ўсмасимон ҳосила пайдо бўлади. Яллиғланиш жараёни қаттиқ оғриқ, юқори ҳарорат, умумий ҳолсизлик билан ўтади.

Юз ва бўйиндаги чипқон ва хўппозлар айниқса хавфли. Бунда йирингли жараён юз ва бўйинда жойлашганда у веноз система бўйлаб мияга ва унинг пардаларига тарқалиши мумкин. Бу кўп ҳолларда ўлимга олиб келади. Шунинг учун бундай касаллар албатта стационар шароитида даволанишлари лозим.

**Давоси** комплекс усулда олиб борилади. Умумий антибиотик терапия ўтказилади: бунда суткасига 4 — 6 марта 500 минг ТБ дан пенициллин ва шунча дозадан 2 марта гентамицин мушак орасига юборилади. Антибиотикларни электрофорез йўли билан бемор баданига мунтазам равишда юбориб туриш йиринг ўчоғига яхши даволловчи таъсир қилади. Витаминлар, парҳез овқатлар ва маҳаллий физиотерапевтик даво буюрилади. Кўрсатиб ўтилган тадбирлар яхши наф бермаганда операция қилинади. Бунда яллиғланган ҳосила хочсимон кесилади ва некрозга учраган тўқималар соғлом тўқималар чегарасигача кесиб олиб ташланади. Ҳосил бўлган бўшлиқ Вишневский малҳами, синтомицин эмульсияли тампонлар билан тўлдирилади. Протеолитик ферментлар ва гипертоник эритмалар яхши тозаловчи таъсир кўрсатади.

### Гидраденит

Тер безлари, айниқса қўлтиқ ости тер безларининг ўткир йирингли яллиғланишидир. Қўлтиқда кўкимтир-қизғиш рангли, юзаси силлиқ, кичкина, зич яллиғланиш инфилтрати пайдо бўлади. Кейинчалик унинг ёнидан худди шунга ўхшаш тузилмалар кўпаяди. Улар бир-бирига қўшилиб, битта яллиғланиш ўчоғини ҳосил қилади. Инфилтратнинг бир неча жойи юмшаб, улардан озгина йирингли суюқлик чиқади. Касаллик узоқ вақт давом этиб, тез-тез хуруж қилиб туради.

**Давоси.** Умумий қувватга киргизувчи даво, қисқа ёки мунтазам равишда новокаин блокадаси қилиб турилади. Йиринг ҳосил бўлиш босқичида бу майдонлар кесилиб, кейин физиотерапевтик даво, ультрабинафша ва ярим ўтказгичли лазер нурлар, соллюкс, ва УВЧ-терапия қўлланилади.

### Абсцесс

Йирингли парда билан чегараланган йирингли бўшлиқ, тананинг ҳар қандай қисмида жойлашиши мумкин. Абсцесслар тўқималар ва аъзоларга стафилококк ва стрептококк тушиши натижасида пайдо бўлади, уни бошқа қўзғатувчилар келтириб чиқариши кам кузатилади. Тери ва шиллиқ пардаларнинг зарарланишлари, ёт жисмлар (зирапча, ўқ ва ҳоказолар), инъекция қилинган жойлар инфекция дарвозаси ҳисобланади. Инфекция тананинг бир жойидан иккинчи жойига лимфоген (лимфа томирларидан) ёки гематоген йўл билан (қон томирларидан) ўтганда аксарият метастатик абсцесслар кузатилади.

Абсцесс юза жойланганда инфильтрат иригандан сўнг флюктуация ўчоғи ҳосил бўлади. Кўпинча абсцесслар терини эритади, йирингли суюқлиги ташқарига чиқади ва ўз-ўзидан тузалиши мумкин. Ички аъзолар — жигар, талоқ, мия ва ҳоказоларда жойлашган абсцессларда умумий йирингли инфекциянинг клиник белгиси (юқори ҳарорат, эт увишиши, тез-тез терлаш, лейкоцитоз) яққол намоён бўлади.

**Давоси.** Яллиғланишнинг бошланғич даврида антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар қўлланилади. Йиринг ҳосил бўлганда у кесилади, кейин унга йирингли жароҳатларни даволаш қонидасига асосан даво қилинади.

### Флегмона

Бириктирувчи тўқима бўшлиқлари — тери ости, ёғ тўқимаси, мушаклараро, қорин пардаси орқаси ва бошқа тўқималарнинг ўткир йирингли яллиғланишидир. Абсцесдан фарқли равишда бу касалликда йирингли бўшлиқ пиоген пардасиз бўлиб, чегараланмаган тарқалишга мойил бўлади. Флегмоналарни абсцесслар каби келтириб чиқарадиган омиллар пайдо қилади. Стафилококк ва стрептококкдан ташқари, яллиғланиш жараёнини ичак таёқчаси, кўк йиринг таёқчаси, гонококк ва бошқалар келтириб чиқариши мумкин. Йирингнинг тарқалиши микроорганизмларнинг вирулентлигига, организм ҳимоя кучларининг пасайганлигига ва жойлашган соҳасининг анатомик хусусиятига боғлиқ.

Касаллик клиникаси инфекциянинг турига, яллиғланиш жараёнининг чуқурлигига ва жойига, шунингдек организмнинг инфекцияга бўлган реакциясига боғлиқ. Бунда умумий белгилар: юқори ҳарорат, эт увишиши, иштаҳа йўқолиши, бош оғриши кузатилади.

Флегмона юзада жойлашганда шу жой шишади, тери аниқ чегараларсиз қизаради, безиллаб оғрийди ва маҳаллий ҳарорат кўтарилади. Кейинчалик инфилтрат юмшайди ва билқиллаш кузатилади. Жараён тўқималар бўйлаб тез тарқалади.

**Давоси.** Касалликнинг биринчи босқичида (инфилтрат) маҳаллий новокаин блокада қилинади. Тўқималарнинг йирингли иришида йирингли бўшлиқ етарлича катталиқда кесиб очилади ва йиринг яхши чиқиши учун шароит яратилади. Жароҳат чўнтаклари очилади, бўшлиқлар йиринглардан тозаланади ва гипертоник эритма шимдирилган дока билан юмшоқ тампонланади. Зарурат бўлганда қўшимча кесмалар — контрапертуралар қилинади. Кейинги даволаш йирингли жароҳатларга даво қилиш қондасига биноан олиб борилади.

### Мастит

Кўкрак безининг яллиғланиши мастит дейилади. Уни қўзғатувчиси кўпинча стафилокок бўлиб, без учининг микрожароҳати ҳисобига яллиғланиш келиб чиқади. Жараён сероз, инфилтратив, абсцесс, флегмоноз, гангренали ва сурункали инфилтратив босқичларда кечади.

Маститнинг сероз босқичи беморда ҳарорат тўсатдан 38,5 — 39°C га кўтарилиши ва кўкрак безида оғриқ пайдо бўлиши билан кечади. Маҳаллий кўздан кечирилганда кўкрак бези катталашган, пайпаслаганда оғриқли, аммо териси ўзгармаган бўлади.

Кеч ташхислашда ёки нотўғри даволанганда жараён кучаяди ва ўткир инфилтратив босқичга ўтади. Бунда кўкрак бези катталашиб, устидаги тери қоплами қизаради. Пайпаслаб кўрилганда кўкрак бези оғриқли, инфилтрат чегараси аниқ билинади. Умумий аломатлардан бош оғриғи, уйқучанлик, эт увишиши, беҳоллик, ҳароратнинг 39 — 40°C гача кўтарилиши кузатилади. Лейкоцитоз 10 — 12 минггача, ЭЧТ соатига 30—45 мм гача ошади. Қўлтиқ ости лимфа тугунлари катталашади.

Маститнинг инфилтратив босқичида жараён тўхтамаса ва инфилтрат сўрилмаса, маститнинг абсцессланадиган босқичи бошланиб, бунда барча клиник аломатлар кучайиб боради.

Маститнинг флегмоноз босқичи умумий ҳолатнинг кескин ёмонлашиши, ҳароратнинг 38 — 40°C гача кўтарилиши ва эт увишиши билан ифодаланади, кўпинча септик белгилар билан кечади. Беморнинг тили ва лаби қуриб, боши оғрийди, иштаҳаси ва уйқуси бузилади. Кўкрак бези катталашиб таранглашади, териси қизариб, ялтироқ, баъзан кўкимтир тусга киради, тери ости веналари кенгайди ва кўкрак учи ичига ботади. Пайпаслаганда бир неча жойда флюктуация ўчоқлари аниқланади. Лейкоцитоз 17—20 минггача кўтарилади.

Маститнинг гангреноз босқичи беморда одатда, унинг врачга кечикиб бориши ёки кўкрак бези томирларидаги димланиш ва тромбоз натижасида юзага келади. Бу босқич юқорида келтирилган умумий ва маҳаллий клиник белгилар кучайиб, беморнинг аҳволи оғирлашади.

Сурункали инфилтратив босқич кўп учрамайди. У йирингли маститга пенициллин билан узоқ вақт маҳаллий даво қилинганда рўй беради. Маҳаллий пенициллин терапия туфайли жараён сурункали турига ўтиши мумкин. Беморнинг умумий ҳолати яхши, ҳарорати субфебрил  $37,5-37,8^{\circ}\text{C}$  ёки меъёрда бўлади. Кўкрак безида қаттиқ, тоғайсимон инфилтрат бўлиб, у териға ёпишмаган, пайпаслаганда унча оғримайди.

**Давоси.** Маститнинг сероз босқичидаги беморларни даволашда кўкракда сут димланишининг олдини олиш чорасини кўриш керак. Бунинг учун кўкракни кўпроқ эмизини ёки сутни сут сўргич билан соғиб олиш тавсия этилади. Веноз димланишнинг олдини олиш учун сутни соғиб олишдан ташқари, кўкракни унинг ўлчамига мос рўмол бойламга осиб қўйиш керак бўлади. Бу тадбирлар қўлланилганда сероз маститнинг клиник белгилари йўқолиб, бемор яхши бўлиб кетади. Агар беморнинг ҳарорати  $37,1-37,3^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилса ва кўкракда оғриқ бўлса, сульфаниламидлар (қунига 4—5 марта 1 г дан) берилади ва мушак орасига суткасиға 4 марта 500 минг ТБ дан инъекция қилинади. Пенициллин-новокаин блокадаси узун игна ёрдамида ретромаммар бўшлиққа қилинади 0,25 % — 0,5 % ли 150—200 мл новокаин эритмаси ва 2—3 млн ТБ пенициллин юборилади. Сероз маститға ўз вақтида даво қилинса, яллиғланиш жараёни тез тугаб, бемор соғайиб кетади.

Маститни ўткир инфилтратив босқичида, ўз вақтида тўғри даволаш билан жараёни тўхтатиш ва кўп ҳолларда беморларни тузатишға эришилади. Бунинг учун суткасиға 4 марта 500 минг ТБ дан пенициллин терапия қилинади, суткасиға 4 марта 1 г стрептоцид бериш физиотерапия (кварц, соллюкс, УВЧ ва ҳ.к.), маҳаллий пенициллин-новокаин блокадаси ва сут димланиб қолишиға йўл қўймаслик орқали беморнинг тўлиқ консерватив даволанишиға эришилади.

Маститнинг абсцессланган босқичида хирургик усул қўлланилади. Бемор стационарға ётқизилади ва маҳаллий анестезия ёки Рауш наркози ёрдамида жарроҳлик операцияси ўтказилади. Радиал йўналишда 7—10 см узунликда, сўргич доирасидан 2—3 см гача масофада кесилади. Йирингли бўшлиққа киритилган бармоқ билан ҳосил бўлган тортмалар ажратилади. Бўшлиқ йирингдан ҳоли қилиниб, унда дренаж қолдирилади.

Маститнинг флегмонали ва гангренали босқичларини даволаш аёл стационарға ётқизилиши билан тезликда операция қилишдан иборат.

## Паротит

Паротит — қулоқ олди безининг йирингли яллиғланишидир. Яллиғланиш стафилококк ёки стрептококкнинг кўпинча оғиз бўшлиғи орқали қулоқ олди сўлак безларига ўтишидан келиб чиқади.

Паротит дастлаб, чегараланган йиринглианиш босқичида бўлса, кейинчалик у флегмоноз ва гангреноз туриға ўтиши ҳам мумкин.

Паротитнинг клиник кўринишида қулоқ бези олдида оғриқ ва шиш пайдо бўлиши, иситманинг 39—40°С гача кўтарилиши кузатилади. Оғриқ ҳисобига беморнинг югиниши ва чайнаши қийинлашади. Тўқималар борган сари таранглашиб, тери юпқалашиб қизаради, остида ноаниқ флюктуация сезилади. Бу даврда қон таҳлилларида лейкоцитоз ва нейтрофилёз кузатилади. Беморнинг умумий ҳолати ёмонлашиб, тўқима шиши бўйин, юз ва жағ ости соҳасига тарқалади. Оғир аҳволдаги беморларда юмшоқ танглай ва ҳалқумнинг ён девори шишади. Шиш чайнов мушакларига ҳам тарқалиб, оғизни очиш қийинлашади. Айрим беморларда юз нерви парези кузатилади, бу ҳолат паротитнинг оғир деструктив турларида кузатилиши мумкин.

**Давоси** паротитни турига қараб, даволаш консерватив ва оператив усулда олиб борилади. Консерватив даволашда антибиотиклардан ташқари физиотерапевтик муолажалар (иситувчи компресс, УВЧ, лазер, соллюкс) буюрилади. Консерватив даво натижа бермаганда, операция усули қўлланилади.

## Сарамас

Тери ёки шиллиқ пардалар ва лимфа йўллариининг гемолитик стрептококк туфайли юзага келган ўткир яллиғланиши тушунилади.

Терини қичиш, ҳашаротлар чақиши ва микрожароҳатлар инфекция дарвозаси ҳисобланади. Беморнинг ҳолати сарамас яллиғланиши пайдо бўлишида асосий роль ўйнайди. Сарамас билан оғриган бемор у билан қайта касалланиши мумкин. Сарамас кўпроқ юз, бош, болдир терисини, камроқ бадан терисини шикастлайди. Инкубация даври 2 — 7 суткани ташкил қилади.

Касаллик эт увишиши ва ҳароратнинг 40 — 41°С гача кўтарилиши билан ўткир бошланади. Шу вақтнинг ўзида тери қизаради ва бир оз шишади. Тери тортилади, ачишиб оғриб туради, ушлаб кўрилганда иссиқ сезилади ва кескин чегара билан ажралиб турадиган қип-қизил тусга киради, унинг атрофларида терининг милк шаклида шишиши кузатилади. Баён қилинган манзара эритематоз шакл деб номланади. Баъзан тўқималарнинг қизарган қисмида тиниқ, сарғиш экссудатли пуфакчалар — буллёз шакл пайдо бўлади, у йиринглаганда пустикулалар шакл вужудга келади, геморрагик суюқлик бўлганда — геморрагик шакл, жараён йиринглаб, тери ости тўқимасига тарқалганда — флегмоноз шакл ва тери некрозида — некротик шакл пайдо бўлади.

Сарамаснинг адашган деб номланган шакли оғир ўтади, бунда жараён тананинг бир қисмидан иккинчи қисмига ўтиб туради.

Сарамасга зотилжам, флегмона, абсцесс ва сепсислар қўшилиши мумкин. Сарамаснинг бир одамдан иккинчисига ўтиши мумкин-



лигини унутмаслик, шунга кўра сарамасга учраган бемор алоҳида ажратиб қўйилиши лозим.

**Давоси.** Сарамасга учраган жой ультрабинафша нурлар билан субэритем дозада нурлантирилади, унга йод эритмаси ёки Вишневский малҳами билан камфара мойи, 5 % ли калий перманганат эритмаси суртилади. Антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари билан умумий даво олиб борилади. Флегмоноз ва некротик турида операция қилинади.

### Лимфангоит

Лимфа томирларининг яллиғланиши. Лимфангоит бошқа яллиғланиш жараёни (карбункул, флегмона ва ҳоказоларнинг) иккиламчи оқибати ҳисобланади. Ўткир лимфангоит м а й д а томир — ретикуляр ва й и р и к т о м и р — трабекуляр лимфангоитга, шунингдек юза ва чуқур лимфангоитларга бўлинади.

Лимфангоитда яллиғланиш майдонида терининг аниқ чегараларсиз, лимфанинг соғлом қисмларига ўтадиган катта қизариш ўчоғи пайдо бўлади. Лимфангоитда тугунларга борадиган йўл-йўл қизарган майдонлар аниқ кўринади. Бу майдонларда тўқималар зичлашган ва безиллайдиган бўлади. Чуқур лимфангоит одатда юмшоқ тўқималарнинг бўртиб чиқиши билан ўтади. Ҳароратнинг кўтарилиши, эт увишиши, бош оғриғи, лейкоцитоз кузатилади.

**Давоси.** Лимфангоитга олиб келадиган асосий бирламчи яллиғланиш ўчоғини тугатиш, осойишта шароит яратиш, касалланган оёқ ёки қўлни шина ёки гипс боғлам билан иммобилизация қилиш, яллиғланиш соҳасига Вишневский малҳами суртилган боғлам қўйиш, антибиотиклар ва сульфаниламидлар билан даво қилиш зарур.

### Лимфаденит

Лимфа тугунларининг яллиғланиши бирламчи яллиғланиш ўчоғидан фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона ва ҳоказолар, микроорганизмлар ҳамда уларнинг заҳарлари тушиши натижасида пайдо бўлади.

Бунда лимфа тугунининг катталашishi, уни пайпаслаганда оғриши, яллиғланиш жараёнининг лимфа тугунидан атрофидаги тўқимага ўтиши кузатилади. Қатор ҳолларда лимфа тугуни йиринглаб шу жойда флюктуация пайдо бўлади. Баъзан эса лимфаденит бирламчи ўчоқда яллиғланиш жараёни йўқолиб бораётганида пайдо бўлиб қолиши мумкин.

**Давоси.** Бирламчи яллиғланиш ўчоғига тўғри даво қилиш керак. Лимфаденитнинг бошланғич босқичида умумий ва маҳаллий консерватив даво қилинади. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар буюрилади.

## Хасмол (панариций)

Хасмол деганда бармоқ учи йиринглаши тушунилади. Зарарланган жойнинг чуқурлигига қараб тери, тери ости, тирноқ (паронихия), пай, суяк ва бўғим хасмоллари фарқланади. Стафилококк айрим пайтларда стрептококкли йиринглашни келтириб чиқарувчи омил ҳисобланади.

Яллиғланиш жараёни асосан қўл кафти юзасида, лекин шиш эса кўпроқ унинг орқа юзасида билинади. Бу терининг қаттиқлиги ва бириктирувчи тўқима деворларининг теридан ичкарига, чуқурга қараб кетиши билан ифодаланади. Шу хусусиятлар туфайли шиш суюқлиги кафт соҳасидан лимфа ёриқлари орқали бармоқлар орқасига қараб чуқурлашиб боради. Одатда шиш бармоқнинг анчагина қисмини эгаллайди. Яллиғланиш жараёни пай қини бўйлаб тарқалади.

Хасмолда бармоқда қаттиқ оғриқ ва анчагина шиш кузатилади. Кўпинча, йирингли жараён бошланганда пулсацияланувчи оғриқ пайдо бўлади. Бунда фақатгина бармоқ эмас, балки бутун панжа ҳамда биллак функцияси бузилади.

Яллиғланиш жараёни қанчалик юза жойлашса, у қўлга шунча яхши уннайди. Оғриқ эса суст бўлади. Шиш қанча катта бўлса, оғриқ нуқтасини топиш шунча қийин бўлади. Бундай пайтда бармоқ терисининг ҳар хил нуқталарига зонд учи теккизиб қўйилади.

**Давоси.** Бармоқда инфильтрация ва шиш аниқланганда ярим ўтказгичли лазер, УВЧ, новокаин блокадаси, спиртли компресс ва иссиқ ванна қилиб туриш тавсия қилинади. Йиринг пайдо бўлганда ўчоқ жарроҳ томонидан кесиб очилиб, дренаж қўйилади ва антибиотиклар берилади. Суяк хасмолига бармоқ остеомиелити деб қаралгани учун унинг хирургик давоси остеомиелитни даволашга ўхшаш бўлади.

## Чақалоқлар флегмонаси

Чақалоқлар ҳаётининг биринчи ҳафтасида тери ости ёғ қаватининг яллиғланиши, яъни „чақалоқ флегмонаси“ кўп учраб туради. Касаллик оғир кечиб, тез ривожланиши, тери ости ёғ қаватида тарқалган некроз ҳисобига терининг қатламланиши ва кўчишига олиб келади. Некроз жараёни чуқурроқ жойлашган тўқималарга (мушак, фасция, қовурга тоғайлари) ўтиши мумкин. Шунинг учун кўпинча касаллик „чақалоқларнинг некрозли флегмонаси“ деб ҳам юритилади. Касалликни асосан стафилококк чақиради. Инфекция кўпроқ тери орқали тушади.

Касаллик кўпинча ўткир бошланиб, кучли заҳарланиш билан кечади. Дастлаб чақалоқларнинг умумий аҳволи оғирлашади, тана ҳарорати 38 — 40°С га кўтарилади, чақалоқ эммайди, қайт қилади, бесаранжом бўлади. Кейин ҳолсиз бўлиб қолади. Териси қўл ранг тусга киради, баъзан лейкоцитлар кўпаяди, заҳарланиш белгилари

кучаяди, чақалоқнинг ичи кетиб, сувсизланиш юзага келади. Касалликнинг енгил турида умумий клиник белгилар кучли ривожланади, заҳарланиш аломатлари кам учрайди.

Флегмонанинг иккила тури ҳам бир хил ривожланади. Касалликнинг дастлабки соатларида терида 1,5 — 2 см ўлчамдаги чегараланган қизариш пайдо бўлади, 6 — 8 соат ўтгандан кейин ўзгарган терининг ўлчами катталашади, зарарланган жойда кўкимтир шиш пайдо бўлади. Биринчи куннинг охири ва иккинчи куннинг бошида қизарган жой каттагина юзани эгаллайди, чеккалари аниқ бўлиб, ўртасида флюктуация аниқланади. Баъзан некроз ҳисобига тери, тери ости ёғ қавати ажралиб тушади ва катта майдонда юмшоқ тўқималарнинг қаттиқлашиши пайдо бўлиши мумкин. Флегмона кесилганда хиралашган шиллиқ суюқлик ёки суюқ йиринг билан бирга кул ранг тусдаги тери ости ёғ тўқимаси ажралиб чиқади.

**Давоси.** Некротик флегмона билан оғриган бола шошилинич ҳолда болалар ёки чақалоқлар хирургик бўлимига ётқизилади. Комплекс даво хирургик аралашув, антибактериал, заҳарсизлантирувчи, умумий қувватловчи муолажалардан иборат. Иккинчи босқичда суғ иммунзация давом эттирилади ва фаол иммунзация бошланади. Бунда некротик тўқима кўчиб тушиши ва яранинг битишини яхшилаш кўзда тутилади.

### Омфалит

Омфалит — киндик чурраси ва унинг атрофидаги тўқималарнинг яллиғланишидир. Баъзи ҳолларда жараён киндик томирларига тарқалиши ва тромбоартерит пайдо бўлиб, атрофидаги юмшоқ тўқималарга кенг тарқалиши мумкин.

Омфалитнинг оддий, йирингли ва некрозли турлари бор.

**Оддий** омфалитда киндик жароҳати узоқ вақт давомида битмайди. Киндикдан шиллиқ ёки йирингли суюқлик ажралиб туради. Бунда боланинг умумий аҳволи ўзгармайди, иштаҳаси бузилмайди, тана вазни ёшига мос ҳолда қўшилиб боради.

**Йирингли** омфалитда киндик чуқурчасининг яллиғланиши унинг атрофидаги юмшоқ тўқималарга ҳам ўтади. Киндик атрофи териси қизариб туради. Инфилтрат пайдо бўлади. Киндик чуқурчаси яраланиб, фиброз қобиқ билан қопланади ва унинг атрофидаги тери қалинлашади. Киндик атрофи босиб кўрилганда киндик чуқурчасидан йиринг сизиб чиқади. Баъзи ҳолларда қорин олд девори флегмонаси кузатилади. Боланинг умумий аҳволи касаллик бошланишида ўртача бўлади. Тана ҳарорати субфебрилгача кўтарилади.

**Некрозли** омфалит йирингли яллиғланиш натижасида бошланиб, асосан нимжон болаларда кузатилади. Бунда яллиғланиш жараёни нафақат ён томонга, балки чуқурликка, яъни қорин бўшлиғи

тарафига тарқалади. Натижада тери некрози аниқланиб, юмшоқ тўқималардан ажралиб қолади. Бу жараён қорин олд деворининг ҳамма қаватларига тарқалиб, ичак эвентрациясига сабаб бўлиши мумкин.

Омфалитнинг охириги икки турида инфекция киндик томирлари-га ўтиб, сепсис ёки жигар абсцесси ривожланишига сабаб бўлади.

**Давоси.** Омфалитнинг маҳаллий турида киндик соҳаси водород пероксид билан ювилади, калий перманганат ёки 5% ли йод эритмаси билан куйдирилади. Киндик қолдиғи тушгандан кейин калий перманганат эритмаси билан ванна қилинади. Касалликнинг йирингли ва некротик турида шифокорга мурожаат қилинади ва бемор стационарда даволанади, комплекс даво ўтказилиб, антибиотиклар (ампициллин, оксациллин ва ҳ.к), витаминлар, дисенсибиловчи дорилар, глобулин, қон плазмаси тайинланади ва маҳаллий даво ўтказилади. Йиринг тўхтагандан кейин Вишневский малҳами фойда беради. УВЧ тайинланади.

### Остеомиелит

Суякнинг йирингли яллиғланиши бўлиб, стафилококк, стрептококк ва бошқа микроблар қўзғатади. Инфекция кўмикка бирор яллиғланиш ўчоғидан гематоген йўл билан ёки яраланишда бевосита йирингли жароҳат соҳасидан ўтиши мумкин.

Гематоген остеомиелит катта болдир суяги, сон суягининг пастки учдан бир қисми ва елка суягида кўпроқ жойлашади

Ўткир гематоген остеомиелитда бир-икки кун мобайнида умумий ҳолсизлик, оёқ-қўлларнинг қақшаб оғриши, мушакларда оғриқ, бош оғриғи қайд қилинади. Сўнгра қалтираш пайдо бўлиб, тана ҳарорати 39°C ва бундан ҳам юқорига кўтарилади, беморнинг дармони қурийди, эс-ҳушини йўқотиб, алаҳлаш пайдо бўлади. Кейинчалик мия пардаларининг таъсирланиш симптомлари пайдо бўлади. Бунда беморнинг юзи оқариб, кўзлари киртаяди, лаблари кўкимтир тусга, териси эса қуруқ, сарғиш рангга кириб, таранглиги пасаяди. Беморнинг артериал босими пасаяди. Нафаси тезлашади ва юзаки бўлади. Жигар ва талоқ катталашиб, оғрийди. Оёқ-қўлда қаттиқ оғриқ пайдо бўлиб, ҳаракат қилганда у кучаяди. 3 — 4 кунга келиб касалланиш майдонида юмшоқ тўқималарнинг оғриқли шиши, терининг ўртача қизил тусга кириши, ҳароратнинг маҳаллий кўтарилиши кўрилади, флюктация пайдо бўлади.

Сурункали остеомиелит ўткир остеомиелитнинг оқибати сифатида вужудга келади. У яллиғланиш жараёнининг вақти-вақтида хуружланиб туришида номоён бўлади. Бу — ҳароратнинг кўтарилиши, йиринглиниш ўчоғида оғриқнинг давом қилиши, тўқималарнинг шиши, терининг қизариши, оқмалар ҳосил бўлиб, улардан йиринг ва баъзан суяк парчалари чиқиб туриши билан ифодаланади.

**Давоси.** Ўткир остеомиелитга шифокор назоратида стационарда даво қилинади. Бунда антибиотиклар, баъзан суякнинг шикастланган соҳасига, суяк ичига юборилади, микробдан заҳарланишга қарши даво буюрилади. Йирингланиш ҳосил бўлганда у очилади.

## Умумий хирургик инфекция

### Сепсис

*Сепсис* — бу турли-туман микрофлора ва уларнинг токсинлари қўзғатадиган оғир умумий хирургик инфекцион касалликдир. Сепсис бирламчи ва иккиламчи бўлади. Агар микроблар тўғридан-тўғри организмга қон орқали тушиши билан касаллик пайдо бўлса, бирламчи сепсис, агар бирламчи яллиғланиш ўчоқлари (чипқон, карбункул, остеомиелит, флегмона ва абсцесслар) орқали ривожланадиган бўлса, иккиламчи сепсис дейилади. Сепсис бир неча соатдан (яшин тезлигида ўтадиган) узоқ йилларгача (сурункали тури) давом этади.

Сепсис турлари ва клиник белгиларининг турли-туманлиги уни таснифлашда бирмунча қийинчиликлар туғдиради. Сепсиснинг қуйидаги турлари бор.

1. *Қўзғатувчиси бўйича* — стафилококкли; стрептококкли; пневмаококкли; гонококкли; колибацилляр; аралаш ва бошқалар.

2. *Манбаи бўйича* — жароҳат сепсиси; ички аъзолар касаллиги (ангина, зотилжам ва бошқалар) дан кейинги, операциядан кейинги крептоген (манбаи аниқланмаган).

3. *Бирламчи ўчоқнинг жойлашиши бўйича* — гинекологик; урологик; аутоген ва ҳоказо.

4. *Клиник кечиши бўйича* — яшин тезлигида ўтадиган; ўткир; ярим ўткир; қайталанувчи; сурункали.

5. *Клиник-анатомик жиҳатдан* — септицемия — йирингсиз метастаз бермайдиган, септикопиемия — йирингли метастаз берадиган.

Сепсиснинг ўзига хос симптомлари йўқ. Йирингли заҳарланиш сепсисга яқин клиник манзарани юзага келтириб, ташхис қўйишни қийинлаштиради.

Сепсисда энг кўп учрайдиган клиник белгилар:

— марказий нерв системаси томонидан юз берадиган бузилишлар: бош оғриши, тажанглик, уйқусизлик, асаб системаси фаолиятининг пасайиши;

— организмнинг умумий реакцияси: ҳароратнинг 40°C гача кўтарилиб, эрталаб ва кечқурунлари анчагина ўзгариб туриши, йирингли метастазларда эт увишиши ва тез-тез терлаш, озиб кетиши;

— юрак-томирлар системаси томонидан пульснинг кескин тезлашуви, тўлишувининг камайиши, артериал ва веноз босимнинг пасайиши;

— анемия ривожланиши, ЭЧТ ва лейкоцитознинг ошиши, лимфоцитлар йўқлиги ёки оз миқдорда бўлгани ҳолда лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши. Қатор ҳолларда қон экилганда бактеремияни (бактериялар борлигини) аниқлаш мумкинлиги;

— паренхиматоз аъзолар томонидан сийдикнинг нисбий зичлигининг пасайиши ва унда оқсил ҳамда шаклли элементлар пайдо бўлиши билан бирга буйраклар ва жигар функциясининг ёмонлашиши, сариқлик ва гепатитга хос белгиларнинг пайдо бўлиши, талоқнинг катталашиши;

— иштаҳа йўқлиги, септик ич кетиши; кўнгил айнаши ва қушиш ҳисобланади. Септик жароҳат учун: грануляцияларнинг юмшоқлиги, лойқа тусли ва кўпинча ириган суюқликнинг жуда кам ажралиши, томирлар тромбози, лимфангоитлар, лимфаденитлар қайд қилинади. Айтиб ўтилган ҳамма симптомлар барқарорлиги билан ажралиб туради.

**Яшиш тезлигидаги** сепсис жадал ривожланиб, симптомларнинг тўлиқ комплекси бир неча соат ичидаёқ намоён бўлади.

**Ўткир** сепсисда тўлиқ клиник манзаранинг ривожланиши учун бир неча кун талаб этилади.

**Ярим ўткир** сепсисда симптомлар сепсис учун характерли бўлади, бироқ дастлабки икки шаклидаги каби аниқ бўлмайди. Жараён бир неча ҳафта давом этади ва ривожланади.

**Сурункали** сепсис суст кечади ва касаллик аломатлари билинар-билинимас бўлиб, бир неча ойгача чўзилади.

**Қайталанувчи** сепсисда зўрайиш даври ремиссия (сўниш) даври билан алмашинади.

**Метастазли сепсис (септикопиемия)** турли тўқималар ва аъзоларда кўп сонли йиринг боғлаган жойлар пайдо бўлиши билан, симптоматик зўрайган ҳолда ўтади.

**Метастазсиз сепсис (септицимия)** одатда бирмунча оғир ва доимий бўлади. Бунда ремиссиялар кузатилмайди ва симптоматика аниқ намоён бўлади.

**Давоси.** Стационар шароитида шифокор назоратида комплекс бўлиши ва қўзғатувчига қарши курашга, заҳарланишни камайтиришга, организмнинг иммунитетини оширишга, моддалар алмашинуви ва ички аъзолар функциялари, шунингдек қон таркибини яхшилашга қаратилиши лозим. Беморларга чой, витаминли ичимликлар, сутни кўп миқдорда ичириш, тери остига ёки венага физиологик эритма ва 5%ли глюкоза эритмаси, қон, плазма ва оқсил препаратлари юборилади. Беморнинг овқати витаминларга бой ва сифатли бўлиши керак. Шунинг учун гўшт экстракти, қайнатилган балиқ, тухум, творог берилади. Уларга янги сабзавотлар ва мевалар истеъмол қилиш тавсия этилади. Антибиотиклар уларнинг сепсис келтириб чиқарган микрофлорага сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда тайинланади.

**Профилактикаси.** Инфекция ўчоғини фаол даволаш, жумладан, йирингли ва метастатик ўчоқларни ўз вақтида очиш, ёт жисмларни олиб ташлаш алоҳида аҳамиятга эга.

Беморни парвариш қилишда қўрқув ва ҳис-ҳаяжонларни бартараф этишнинг аҳамияти катта. Бемор хонасининг ҳавоси тоза бўлиши лозим.

Беморда ётоқ яралар пайдо бўлмаслиги ва ичи яхши юришиб туришини кузатиб бориш керак.

### Газли гангрена

Газли гангренини шу гуруҳдаги микроблар келтириб чиқаради.

Унинг ривожланишида шикастланган ва некротик юмшоқ тўқималарнинг борлиги ҳамда қон айланишининг бузилиши катта аҳамиятга эга. Ушбу касаллик кўпинча мушакларга кўп шикаст етган, ифлосланган ва йиртилган, лат еган жароҳатларда пайдо бўлади. Инкубация даври 7 кунгача давом этади.

Анаэроб инфекция яллиғланиш реакцияси рўй бермасдан ўтади ва тўқималарнинг ириши, шиш пайдо бўлиши ва тўқималарда микроблар ажратадиган заҳарлар таъсирида газ ҳосил бўлиши билан таърифланади.

Патологоанатомик ўзгаришлар ва клиник кечиши бўйича газли гангренининг куйидаги турлари бор.

**шиш шакли** — тўқималарнинг қаттиқ шишиши ва заҳарланиш ҳодисалари билан ўтади;

**эмфизематоз шакли** — тўқималарда газ ҳосил бўлиши билан ўтади;

**аралаш шакли** — қаттиқ шиш билан бирга кўп миқдорда газлар ҳам ҳосил бўлади;

**некротик шаклида** — тўқималар некрози устунлик қилади;

**флегманоз шакли** — клиник жиҳатдан олдингиларидан енгилроқ кечади;

**гангреноз шакли** — тўқималарнинг кўпроқ ириши, кучли заҳарланиш билан ўтади ва хатарли кечади.

Умумий клиник манзараси марказий нерв системасининг кўзғалиши ёки тормозланиши билан таърифланади. Бемор-одатда эс-ҳушини йўқотмайди, ухламайди, ҳарорати 39°С гача кўтарилади, томири минутига 120—160 мартагача уради. Юрак фаолияти сусайиб кетади. Артериал босими 80—90 симоб устунигача пасаяди. Нафас кўпинча юзаки бўлади.

Жароҳатда кучли огриқ пайдо бўлади, юмшоқ тўқималар шишиб кетади. Тери аввалига рангсизланади, тери остидаги веналар яхши кўринади, кейин қўнғир, қип-қизил ва қўк доғлар билан қопланади, тўқималар пайпасланганда ғижирлайди ва қўлга совуқ ундайди. Тўқима бармоқ билан босилганда газ пуфакчалари ажралиб чиқади. Мушаклар қайнатилган ғўштга ўхшаб қолади, сўнгра кўкимтир тусга кириб кейинчалик қорамтир бўлиб қолади.

**Профилактикаси.** Қон юриши яхши бўлган тўқималарда анаэроб инфекция камдан-кам ривожланади, шунинг учун боғламлар қўйишда қон айланиши бузилмаслиги зарур. Жароҳатга ўз вақтида ва тўғри хирургик ишлов бериш катта, эзилган ва ифлосланган жароҳатларда антибиотиклар юбориш зарур бўлади.

Гангренага қарши зардобнинг профилактик дозаси 30 минг АЕ ни таъкил қилади (антиперфренгенс, антиадематикум ва антисептикум зардоблардан 10 минг АЕ дан). Дастлаб зардобга сезувчанликни аниқлаш учун 1:100 суюлтирилган тери ичи синамаси қўйилади.

**Давоси.** Ривожланиб бораётган газли гангренада стационар шароитида юмшоқ тўқималар ичига узунасига суякка қадар кесилади, унга водород пероксидли боғлам қўйилади (кислород ажралиб чиқиши учун), жароҳат юзаси аэрация қилинади. Венага томчилаб гангренага қарши зардоб қўйилади (150—200 минг АЕ дан бир неча кунгача).

Беморга суткада 3—4 литргача суюқлик вена орқали юборилади. Қон қўйилади, юракни қувватловчи дорилар, антибиотиклар берилди. Газли инфекция билан касалланган беморлар доимий кузатувга ва парваришга муҳтож бўлади.

Касалхонада инфекция юқишининг олдини олиш мақсадида беморлар алоҳида палатага ётқизилади, ишлатилган боғлов материаллари ёқилади, ишлатилган асбоблар бўлиб-бўлиб стерилланади.

### Қоқшол

Касалликни қоқшол таёқчаси ажратадиган заҳарлар келтириб чиқаради. Бундай таёқчалар табиатда кенг тарқалган, улар тупроқда, гўнгда кўп бўлади. Қоқшол споралари физик-кимёвий таъсирларга жуда чидамли ва узоқ муддатгача сақланиши мумкин. Қон айланишининг бузилиши, организмнинг ҳимоя кучлари сусайиши қоқшол ривожланиши учун қулай шароит ҳисобланади. Қоқшол заҳари нерв системасига таъсир қилади. Инкубация даври ўрта ҳисобда 7—10 кун, баъзан 1—1,5 ойгача чўзилиши мумкин.

Бунда беморнинг аввалига чайнов мускуллари тортишиб қисқаради, натижада бемор сув ича олмайди (тризм), юзнинг мимика мускуллари тортишиб қисқаради, бу юзга азоб чекаётган қиёфа (сардоник табассум)ни беради.

Кейинчалик тортишиб-қисқариш тана, қўл-оёқ мускулларини эгаллайди, натижада бемор ўзига хос ҳолатни олади: бемор бошини орқага ташлаб, ёй каби эгилган (опистотонус) ҳолатда ётади (80-расм). Ҳалқум мушаклари, қовурғалараро мушаклар ва диафрагманинг спазми қайд қилиниши мумкин (нафас қийинланади). Қаттиқ тортишиб-қисқаришда суяклар синиб кетиши, пайлар узилиши мумкин. Тортишиб-қисқаришлар қаттиқ оғриқ беради. Улар қандайдир ташқи таъсир — ёруғлик, шовқин, оғриқ ва ҳоказо сабабли юзага келади. Ҳарорат 40°C ва бундан юқори бўлади, томир уриши ва нафас тезлашган. Бемор бўғилини, юрак ва диафрагма мушаги фалажланишидан ўлиб қолади.





80- расм. Опиетатонус.

**Профилактикаси.** Специфик профилактика куйидаги ҳолларда ўтказилади:

- тери қоғламлари ва шиллиқ пардаларнинг бутунлиги бузилган ҳар қандай шикастланишларда;
- II ва III даражали куйиш ва совуқ уришларида;
- аёллар тиббий ёрдамсиз уйда туққанда;
- касалхонадан ташқарида қилинган абортларда;
- меъда-ичак йўлларидаги операцияларда;
- ҳайвон тишлаганда.

**А. Илгари эмланган болалар ва катта ёшдаги кишиларда қоқшолнинг шошилиш профилактикаси.**

Қоқшолга қарши илгари эмланган кишиларга шикастланишнинг оғир-енгиллигидан қатъи назар, фақат 0,5 мл тозаланган АС анатоксини юборилади. Қоқшолга қарши биринчи ревакцинациядан кейин олти ойдан, иккинчи ревакцинациядан кейин эса бир йилдан кўп вақт ўтмаган бўлса, шикастланишларда қоқшолга қарши анатоксин юбормаслик керак.

**Б. Эмланмаган болаларда ва катта ёшдаги одамларда қоқшолнинг шошилиш профилактикаси.**

Бундай ҳолларда 1 мл тозаланган АС қоқшолга қарши анатоксин юборилади ва тери ичи синамаси ўтказилгандан кейин бошқа шприц билан тананинг бошқа қисмига тозаланган қоқшолга қарши зардоб 3000 МЕ дозада юборилади. Қоқшолга қарши фаол ва суст профилактика ўтказилгандан 30—40 кун кейин иммунизацияни давом эттириш учун 0,5 мл АС анатоксини инъекция қилиш, кейинчалик эса барқарор иммунитет ҳосил қилиш учун препаратнинг худди шундай дозасини (0,5 мл) 9—12 ой ўтгач ревакцинация қилинади.

Зардоб юбориш турли реакциялар билан ўтиши мумкин. Бу реакциялар уч турда бўлади: а) зардоб юборилган заҳоти юз берадиган, б) эрта (4—6 кун), в) кечикиб юз берадиган реакция (2 ҳафта ва бундан кўпроқ вақт ўтгач). Реакция ҳарорат кўтарилиши, эт увишиши, мушакларнинг тортишиб-қисқариши, турли хил тошмалар тошиши ва юрак-томирлар фаолиятининг бузилишида

намоён бўлади. Бундай ҳолларда венага 1 мл адреналин (1:100) ёки 1 мл 5% ли эфедрин, 10 мл 0,5 % ли новокаин, 10 мл 10 % ли кальций хлорид, 20—25 мл 20—40 % ли глюкоза эритмасини қўшиб юбориш тавсия этилади. Бундан ташқари, гормонал препаратлар (преднизолон, кортизон, гидрокортизон), юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар ва бошқалар буюрилади.

**Давоси.** Ривожланаётган қоқшолга махсус даво чоралари йўқ, чунки нерв системаси билан боғланган заҳарларни нейтраллаб бўлмайди. Қонда айланиб юрган, ҳали боғланиб улгурмаган заҳарларни нейтраллаш учун қоқшолга қарши зардобларнинг даво дозалари қўлланилади (10 —150 минг МЕ).

Бундан ташқари, 2—3 кундан кейин 1—2 мл дозада қоқшол анатоксини буюрилади. Беморни тинчлантириш учун хлоралгидратли ҳуқналар (30 мл 3 % ли хлоралгидрат эритмаси) қилинади, ухлатувчи дорилар ва нейроплегиклар (1—2 мл 2,5 % ли аминазин эритмаси суткасига 4—5 марта) юборилади. Организм сувсизланишининг олдини олиш учун ректал йўл билан томчилатиб суюқлик юборилади. Суюқ ёки суюқроқ овқатлар тавсия қилинади. Бемор қоронғи илиқ хонага ётқизилади ва осойишталик сақланади. Оғир ҳолларда трахеостомия қилинади, миорелаксантлар буюрилади ва бошқариладиган сунъий нафас олишга ўтилади.

### Қутуриш

Қўзғатувчиси — қутуриш вируси. Бу касаллик беморнинг психикасига таъсир қилувчи, кўнгилга ваҳима солувчи ва қўзғалиш ҳолати билан намоён бўлади. Бемор бир қултум сув ичишга уринганида, кейинчалик эса сувга кўзи тушганда ҳам ютишида иштирок этувчи мускуллари тортишиб, тиришиб қолади (гидрофобия), сувдан қўрқиш ҳолати кузатилади. Касалликнинг 2—3 кундан бошлаб беморнинг эс-ҳуши айнийди, галлюцинациялар пайдо бўлиб, алаҳсирайди.

Бемор тинмай чанқайди ва оғзидан сўлак чиқиб туради, чунки сўлагини юта олмай қолади. Бемор тобора бесаранжом, эси кириб-чиқарли, тажовузкор бўлиб қолади, ўринда ўзини ҳар ёққа уриб, ерга тушиб эмаклайди, деразадан ўзини ташлашга уринади. Касалликнинг қўзғалиш даври фалажланиш билан алмашилиб касалликнинг 6—9, баъзан эса 1- кунларида беморнинг ўлими билан тугайди. Инкубация даври 10—90 кун.

**Давоси.** Касалликка қарши самарали даво қилишнинг йўллари йўқ. Бироқ беморнинг азобларини енгиллаштиришга қаратилган ва тиббиёт ходимларини касаллик юқиб қолишидан эҳтиёт қилиш учун зарур чораларни кўриш лозим бўлади.

Ҳайвоннинг тиши ботган жой, яъни жароҳат имкони борича қайнаган илиқ сув билан совунлаб ювилади ва унга йод суртилади, жароҳат ичкарасига ва юмшоқ тўқималарга стерил антирабик зардоб

ёки иммуноглобулин юборилади. Одамни қутурган ҳайвон тишлаб олган ёки унинг сўлаги тегиб қолган пайтдан бошлаб ҳисоблаганда кўп деганда 14 кундан кейин қутуришга қарши эмлаш наф беради. Эмлаш махсус Пастер пунктларида, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти кўрсатмаларига мувофиқ олиб борилади, антирабик вакцина курси эса олдин Безредко усулида антирабик гамма-глобулин юборилгандан кейин бошланади. Вакцинация даврида ва унга яқин даврларда спиртли ичимлик ичиш қатъиян ман қилинади.

Шубҳали ҳайвон 14 кун ичида касал бўлиб қолмаса, у ҳолда эмлаш тўхтатилади.

Беморни ташқи таъсир — ёруғлик, шовқин-сурон, гап-сўзлар, ҳаво ҳаракатидан ҳоли қилиш учун қоронгилатиб қўйилган алоҳида палатага ётқизилади.

Тиришишга қарши курашиш учун симптоматик воситалар: хлоралгидрат, наркотиклар, седуксен, ухлатадиган моддалар қўлланилади; беморни озиқлантириш учун парентерал йўл билан туз эритмалари, глюкоза юборилади. Бемор ўрнига боғлаб қўйилади, индивидуал тиббий ҳамшира пости ташкил этилади. Ходимлар қўлларига қўлқоп кийган ва ниқоб тутган ҳолда ишлашлари керак, чунки беморнинг сўлагига қутуриш вирусини бўлиб, у юқиши мумкин.

Беморга жуда эҳтиёт бўлиб бориш керак. Унга парвариш вақтида тутилган ўрин-бош жилдлари захирада туриши лозим. Парвариш вақтида тутилган буюмлар, идишлар, жилдлар 2% ли хлорамин эритмаси билан юқумсизлантирилади.

Қутуришга қарши антирабик тирик вакциналар билан эмлаш куйидаги ҳолларда буюрилади:

1) қутурганлиги аниқ кўриниб турган, шубҳали сўлак ҳамда номаълум ҳайвонлар тишлаганда, тирнаганда ва бадан терисига, шиллиқ пардаларга теккан пайтларда;

2) қутурган ёки қутурмаганлиги номаълум бўлган ҳайвонларнинг сўлаги ёки мияси билан ифлосланган нарсалардан бадан жароҳатланганда (ўлган ҳайвонларни ёриш, нимталаш вақтида);

3) ҳайвон одамнинг кийими устидан тишлаганда (кийимни тишлари тешган ёки йиртиб юборганда, юпқа ёки тўқилган кийим устидан тишлаб олганда; одамга дахл қилган ёки яқин юрган чоғида соғ бўлиб, 10 кунлик кузатув давомида касаллиги билинса, сўлаги теккан, тирнаган пайтларда);

4) қутуриш касаллиги учраб турадиган жойларда одамни ёввойи кемирувчилар тишлаб олганда;

5) қутуриш касаллигига учраган одам сўлаги киши баданига текканлиги аниқ бўлса ёки у баданга шикаст етказганда.

**Вакцинация.** Эмлаш курсининг қанча давом этиши ва вакцинация дозалари. Бунда махсус тайёргарлик олган врач — рабиолог томонидан белгиланади. Баданнинг қайси жойи ва қай тариқа тишланганига ҳамда ҳайвон саломатлигининг аҳволига эътибор бериледи.

Вакцинанинг катта ёшли одам ва 10 ёшдан катта болаларга

мўлжалланган дозаси йўриқномада кўрсатилган. 3 ёшгача бўлган болаларга катта ёшли киши дозасининг ярми, 3 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларга 75% и буюрилади. 5 мл дозадаги вакцина орадан камида 20—30 минут ўтказиб туриб, икки инъекция билан юборилиши шарт.

Антирабик вакцина қорин ўрта чизигидан 2—3 см четга ёки сал пастроққа ингичка игнали стерил шприц билан тери остига юборилади. Айрим ҳолларда кураклар соҳаси териси остига юборилиши мумкин. Вакцинациядан кейин бемор 5—10 минут ётиб туриши тавсия этилади.

Мустаҳкам иммунитет ҳосил бўлиши ва асоратларнинг олдини олиш учун эмланаётганларга бутун эмлаш курси ва ундан кейинги 6 ой давомида, сўнгра яна 1 ой давомида спиртли ичимликлар ичиш тақиқланади. Эмлаш курси давомида бемор ортиқча толиқмаслиги, совқотиш, иссиқлаб кетишдан ўзини эҳтиёт қилиши зарур. Улар эрта тонгда эмланмаслиги керак. Антирабик вакцина билан эмлангандан кейин 2 ой мобайнида беморга бошқа эмлашлар ўтказилмайди.

**Антирабик гамма-глобулин (иммуноглобулин).** Шифокор буюрган дозадаги антирабик гамма-глобулиннинг ҳаммаси бир кунда юборилади. Қутурган бўри ва гўштхўр ҳайвон юз ва бошнинг каттагина қисмини тишлаганда, баданни қаттиқ гажиганда антирабик иммуноглобулинни 2- кунни такрор юбориш мумкин. Гамма-глобулин дозасининг бир қисмини, агар жароҳатланган жой қалтис бўлмаса, унинг атрофидаги тери остига юбориш мумкин.

Бемор организмнинг зардобга сезgirlигини текшириб кўриш учун билакнинг ички юзаси соҳасига 0,1 мл 1% ли (1:100) антирабик гамма-глобулин юбориб кўрилади ва реакция натижаси 20—30 минутдан кейин ҳисобга олинади. Папула диаметри 1 см дан ошмаса ва қизарган жой чекланган бўлса, натижа манфий ҳисобланиб, бунда беморнинг билак териси остига 0,7 мл 1%ли антирабик гамма-глобулин юборилади: реакция бўлмаса даволаш профилактика мақсадида буюрилган дозала, яъни антирабик гамма-глобулиннинг ҳаммаси, 37°С гача илитилиб, думбанинг устки ташқи квадрантига 2—3 мартага бўлиб (ҳар сафар орадан 10—15 минут ўтказиб туриб) юборилади.

## Сурункали специфик инфекция

Сурункали специфик инфекцияга специфик кўзгатувчилар вужудга келтирадиган яллиғланиш жараёнлари — сил, актиномикоз, бруцеллёз киради.

### Актиномикоз

Актиномикоз тўқималарнинг нурсимон замбуруг — актиномицетдан зарарланишидир. Организмга актиномикоз нафас йўллари орқали ёки меъда-ичак йўлларида тушади. Актиномицет тушган майдонда специфик яллиғланиш реакцияси пайдо бўлади, унинг

асосини периферияга нур шаклида тарқаладиган ва тўғнағич бошидек йўғонлашиб тугайдиган (друзлар) ингичка толалар туридан иборат замбуруғлар колонияси ташкил қилади. Друз атрофида зич инфилтрат ҳосил бўлади. Унинг устидаги тери қизғиш-кўкимтир тусга киради. Айрим жойларида у юқалашади, оқмалар ҳосил қилади, улардан друзлар билан оч сариқ суюқлик ажралиб чиқади.

Ўпка актиномикозида клиник манзара ўткир ёки сурункали абсцесс, бронхопневмония кўринишида ўтади. Актиномикоз кўкрак деворини ҳам эгаллайди ва қон томирлар, шунингдек, лимфа йўллари бўйлаб метастаз беради.

**Давоси.** Антибиотиклар (пенициллин, стрептомицин, агромицин) нинг катта дозалари ва актиномикоз билан специфик даво (0, I дан 2 мл гача ҳар 2—3 кунда, жами 20 тагача инъекция), шунингдек рентгенотерапия буюрилади.

### Силнинг хирургик турлари

Сил хирургиясига сил микобактериялари қўзғатган, хирургик ва даволаш усуллари талаб этадиган, турли соҳаларда жойлашадиган қатор касалликлар киради.

Сил микобактериялари организмга қуйидаги йўллар билан тушади: нафас йўллари — чанг ва сил микобактериялари тутган ҳаводан нафас олганда; ҳазм йўллари — сил микобактериялари тутган овқат (сув, гўшт) истеъмол қилинган, тери ва шиллиқ пардалар орқали — улар шикастланганда ва ҳоказо.

Носпецифик инфекциядаги сингари специфик инфекция авж олиши аксари яхши овқатланмаслик, турар жой шароитининг оғирлиги, руҳан зўриқиши ва шу кабилар сабаб бўлади.

Сил микобактериялари таъсирида, у жойланган майдонда бирламчи сил ўчоғи ҳосил бўлади. Ўчоқ ичида казеоз некроз қайд қилинади. Казеоз массанинг ириб суюқланиши йиринг бўшлиғи ҳосил бўлишига олиб келади. Сил йиринг бўшлиғи носпецифик йиринг бўшлиғидан фарқли ўлароқ одатда жадал ва ўткир, яққол симптомлар билан ажралиб турмайди.

Хирургик силга: суяк-бўғимлар, лимфа тугунлари сероз пардалар (қорин пардаси, плевра, мия пардалари), меъда-ичаклар, буйрак, қовуқ, мойк ва ўпка силининг айрим турлари киради.

**Суяк-бўғим сили.** Касаллик ҳамаша иккиламчи бўлади, бирламчи ўчоқ эса ўпкада ёки қорин бўшлиғида жойлашади. Суяк ва бўғимлар сили асосан болаларда, баъзан катта ёшдаги кишиларда ҳам учрайди. Кўпинча умуртқа поғонаси зарарланади — сил спондилити, чаноқ-сон бўғими сили — коксити ва тизза бўғими сили — гонит учрайди.

Суяк шаклида касаллик суякнинг ғовак моддасида бошланади (эпифизар — метафизар соҳа) ва сил ўчоғи ҳосил бўлади, сўнгра суяк моддасининг ириб, майда секвестрлар ва суяк бўшлиқлари ҳосил бўлиши кузатилади. Тўпланган йиринг суяк бўшлиғидан чиқади ва тўқималараро бўшлиқлар (совуқ камгаклар) бўйлаб тарқалади.

Жараён бўгимга ҳам ўтиши мумкин. Бўгим силида синовиал парда шишади, гиперемияланиб қолади, ворсинка (тук)лари бўлади, бўшлиғида йирингга айланадиган сероз-фибриноз суюқлик ҳосил бўлади, бу йиринг ташқарига ёрилади ва оқма ҳосил қилади.

Бўгимлар зарарланганда қуйидаги шакллари фарқ қилинади: а) синовиал-эксудатив жараён синовиал пардада ривожланади, у гиперемияланади, шишади ва фибринга бой суюқлик ажратади; б) фунгоз шаклида (грануляция тўқимаси ҳосил бўлади, сил дўмбоқчаларида казеоз парчаланиши — ямоқланиш жараёни бўлади; в) жараён суюқ эпифизидан бошланади, майда секвестрлари бўлган казеоз парчаланиш маҳсулотлари билан тўлган бўшлиқ ҳосил бўлиб, кейинчалик синовиал пардага ўтади.

Сил спондилитида зарарланиш ўчоғи ҳамиша умуртқа танаси олдинги қисмининг ғовак моддасида бошланади, бу ғовак модда, сўнгра мағиз модданинг суюқланишига олиб келади. Ҳосил бўлган йиринг сизиб ўтиб, абсцессларга йўл очади. Емирилган умуртқанинг „шакли ўзгаради“, бу умуртқа поғонасининг букри кўринишида қийшайиб қолишига олиб келади.

Бўгимлар сили учун касалликнинг зимдан бошланиши, аста-секин ривожланиши ва сурункали кечини ҳос. Касаллик авж олган даврда қуйидаги характерли симптомлар пайдо бўлади:

а) оғриқнинг доимий бўлиши ёки жисмоний ҳаракатда пайдо бўлиши; кўпинча оғриқ бошқа соҳага тарқалади, масалан, сил кокситида оғриқ тизза бўғимида қайд қилиниши мумкин;

б) бўгим функциясининг бузилиши — оғриқни камайтириш мақсадида касал беморга атайин юкламани қўйиш оқибати ҳисобланади;

в) мушакларнинг атрофида учраши нейтротрофик ўзгаришларга ва қисман оёқ-қўлнинг ҳаракатсиз бўлишига боғлиқ;

г) тери бурмаси ва тери ости қатламининг қалинлашуви, бу тери ости ёғ қатламини касал оёқ-қўлнинг симметрик соҳаларида бурма кўринишида йиғиш йўли билан аниқланади — касал томонда бурма қалинроқ бўлади;

д) бўгим шиши бўгимга аввалига сероз, сўнгра эса йирингли суюқлик (бўгим эмпиемаси) шимилишига боғлиқ;

е) пролифератив шаклида фиброз тўқима йиғилини ҳисобига „оқ ўсма“ ҳосил бўлади;

ж) йиринг ташқарига ёрилганда юмшоқ, оқимтир грануляциялар билан қопланган оқмалар, аксари кўп сонли оқмалар ҳосил бўлади;

з) совуқ йиринг бўшлиғи юмшоқ тўқималарнинг йиринг тўпланишига фаол реакцияси натижаси ҳисобланади, тарқалганда улар „йирингли совуқ оқмалар“ ҳосил қилади;

и) детургия, қийшайиш, калта тортиш, паталогик снниш ва чиқишлар силнинг оғир шаклларида учрайдиган кечки симптомлар ҳисобланади.

Сил спондилити клиникаси асосан бўгим шакллари билан мос келади. Зарарланган умуртқа соҳасида мушакларнинг таранглашиши ва

„жилов симптоми”, букрилиқ кўринишидаги детурция ва баъзан орқа миянинг зарарланиши ажратиб турадиган белгилардан ҳисобланади.

**Давоси.** Сил билан оғриган одамлар махсус диспансер ва санаторий типигаги дам олиш масканларида даволанади. Беморларга умумий тадбирлар — яхши ва тўйимли овқатланиш, ультрабинафша нурлар билан нурлантириш дозасига амал қилинган ҳаво ва қуёш ванналари қўлланилади. Беморлар дори-дармонлардан стрептомицин, ПАСК, фитивазид, рефодин ва бошқаларни қабул қилади. Гавданинг касалланган қисми иммобилизация қилинади: сил спондалитида гипсли каравотча, чаноқ-сон бўғими зарарланганда гипсли коксит боғлам, тизза бўғими зарарланганда гонит боғлам ишлатилади.

Ҳозирги вақтда суяк-бўғим силини даволашнинг хирургик усулларида тобора кенг фойдаланилмоқда. Сил спондилитида зарарланган умуртқанинг некротик тўқималари олиниб, у суяк трансплантати билан фиксация қилинади. Бўғим силида зарарланган синовиал парда суяк деструкцияси ўчоғи билан бирга олинади, сўнгра оёқнинг функционал қулай вазиятида анкилоз вужудга келтирилади.

### **Хирургик инфекция билан касалланган беморларни парвариш қилиш хусусиятлари**

Хирургияда, умуман олганда тиббиётда кичик ва катта касаллик бўлмайди. Беморни нотўғри даволаш ва вақтни қўлдан бой берилганда юз соҳасидаги кичкина чипқон ҳам ўлимга олиб келиши мумкин. Шунинг учун хирургик инфекцияларни даволашда беморнинг ўз вақтида шифокорга мурожаат қилиши ва мумкин қадар асоратсиз даволаниши, уларни яхши парваришlash муҳим аҳамиятга эга. Умумий парвариш тадбирлари қуйидагилардан иборат.

### **Маҳаллий йирингли инфекцияси бўлган беморларни парвариш қилиш**

Чипқон (юзи соҳасидан ташқари), гидраденит, лимфаденит бўлган беморлар одатда амбулаторияда даволанади. Чипқон, карбункул, абсцесс ва флегмонаси бўлган катта ва кичик ёшдаги беморлар кўпинча шифохонада даволанади. Даволашда жароҳатнинг жойлашиши ва яллиғланиш жараёнининг босқичи ҳисобга олинади. Беморни парваришlashда аввало жароҳатларни ўз вақтида боғлаш лозим бўлади. Агар йирингли жараён оралиқ соҳасида ёки анус атрофида бўлса, даволончи антисептик дорилар билан ванна ҳар бир дефекациядан кейин қилинади. Касалнинг ичи яхши юришмаса, тозаловчи ҳуқна қилинади. Бундай вазиятда овқатланиш меъерий ҳолатга келтирилади. Организмнинг ҳимоя кучларини ошириш учун юқори калорияли, турли-туман ва витаминли овқатлар берилиши лозим бўлади. Агар бўлимда йирингли махсус боғлов хонаси бўлмаса, аввал нисбатан тоза боғловлар, кейин йирингли боғловлар ўтказилади.

## **Умумий йирингли инфекцияли беморларни парвариш қилиш**

Хонани мунтазам равишда шамоллатиб туриш ва тоза сақлаш керак. Ич кийим, чойшабларнинг тозалигига эътибор бериш зарур. Нам ич кийим, чойшаб ва уларнинг бурмалари ётоқ яралар пайдо бўлишига имкон беради, беморни кунига бир неча марта ётган ҳолатида ҳаракатлантириб туриш лозим ва ҳул сочиқ билан бадан артилади.

Ўпқадаги асоратларнинг олдини олиш учун беморни қадди баланд қилиб ётқизилади, нафас гимнастикаси қилдирилади, балғам тупуришга ўргатилади. Бемор болаларга шар пуфлаш тавсия қилинади.

Юқори ҳарорат ва организмнинг сувсизланиши меъда-ичак йўллари ишининг бузилишига олиб келади. Шунга кўра оғиз бўшлигини синчиклаб тозалаш (оғизни чайиш, нам тампон билан артиш) керак.

Ич яхши келиши учун икки суткада кам деганда бир марта тозаловчи ҳуқна қилинади ёки ичак перисталтикасини кучайтиришга қаратилган бошқа тадбирлар, яъни гипертоник ҳуқна, 10 % ли натрий хлорид эритмасини венага юбориш, прозеринни мушак орасига юборишдан иборат. Албатта суткалик диурез миқдорига қараб буйрақлар функцияси текшириб турилади.

Соғайиш даврида беморни тез-тез тўйимли овқатлантиришга, аста-секин ўрнидан туриб фаоллаштириш, даво гимнастикаси ва мушакларни массаж қилишга катта аҳамият берилади.

## **Газли инфекция билан касалланган беморларни парвариш қилиш**

Беморлар сепсис бўлган беморлар каби парваришга муҳтож бўладилар. Уйқусизликни даволаш учун ухлатадиган димедрол, люминал, ноксирон, тинчлантириш учун андаксин, бром, валериана, оғриқ қолдирувчи промедол, дроперидол, пантопон, фентанил дорилари буюрилади.

Анаэроб инфекция бошқа беморларга осон юқади, шунинг учун бемор алоҳида хонада ётиши керак. Хизматчи ходимлар бундай хонада махсус кийим — халат киядилар, уларнинг бу халатида бошқа беморлар ётган хонага кириши ман қилинади. Боғлов материали ишлатилгандан сўнг ёқиб ташланади. Беморнинг ич кийими ва чойшаблар махсус тозаланади.

## **Қоқшолга учраган беморларни парвариш қилиш**

Беморга осойишталик шароитини яратиш зарур. Беморлар организми анчагина сувсизланиб қолиши сабабли уларга парентерал озиқланиш учун томчили даволовчи ва озиқлантирувчи ҳуқналарда 3—4 л суюқлик берилиши лозим бўлади. Беморнинг қовуғи ўз-ўзидан бўшашиб турмаса, уретра олдин, анестезия (дикаин, совкаин) қилин-



гандан сўнг сийдикни кунига икки марта катетер орқали чиқариш керак. Талваса синдроми бор бемор бурнига киритилган доимий ингичка зонд орқали овқатлантирилади. У юқори калорияли ва сервитамин бўлиши керак. Сепсисдаги каби мунтазам ич келиши вақтида сийдик ажралиши, бадан териси тозалиги устидан кузатиб бориш, ётоқ яра кабиларнинг олдини олиш зарур.

### **Суяк-бўғим сили билан касалланган беморларни парвариш қилиш**

Кўпгина болаларда шу касаллик учрайди. Бола дори-дармонлар, айниқса аччиқ, тахир дорилар ичишдан бош тортади. Бундай беморларнинг узоқ вақтгача мажбурий ҳолатда гипсли боғламда бўлишини ҳам унутмаслик керак. Шунга кўра, ётоқ яралар, зотилжам, мушаклар атрофияси каби иккиламчи касалликларнинг олдини олишга жиддий эътибор бериш лозим. Берилаётган дори-дармонлар дозасига риоя қилиб муолажа қилиш лозим. Беморнинг овқати витаминларга, оқсилларга бой ва хилма-хил бўлиши керак.

Оқмалар бўлганда носпецифик йирингли инфекция киришига қарши барча тадбирларни ўтказиш зарур. Специфик ва носпецифик инфекциянинг биргаликда содир бўлиши асосий касалликни кескин оғирлаштиради ва махсус даво қилишни талаб этади. Операциядан чиққан беморлар худди суяк сили туфайли операция қилинган беморлар каби парвариш қилиб борилади, бироқ бунда касалликнинг узоққа чўзилганлиги ва сурункали заҳарланиш сабабли организм қувватининг пасайиб кетганлиги ҳисобга олинади.

### **Йиринг микрофлорасининг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш**

Олдиндан тайёрланган стерил пробиркадан фойдаланилади. Пробирка ичида стерил пахта бўлакчаси қўйилган сим ёки чўп бўлиб, улар пробирканинг тиқини орқали ўтказилган бўлади. Тампон пробиркадан олинади, унга текшириш учун олинган материал қўйилади, деворларига теккизмай яна пробиркага солинади ва пробирка тиқин билан маҳкам бекитилади. Пробирка зудлик билан (микробларнинг қуриш ва аутолизга учраш хавфи бор) бактериологик лабораторияга кичкина хат билан биргаликда жўнатилади, унда беморнинг фамилияси, исми ва отасининг исми, бўлимнинг номи, ташхиси, сурма олинган жой ва текширувнинг мақсади (микрофлоранинг характери, унинг антибиотикларнинг муайян турига сезувчанлиги ва ҳоказо) ёзилган бўлади.



## Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар

1. Флегмона деб нимага айтилади?
  - а) териosti безларининг йирингли яллиғланиши;
  - б) териosti ёғ клетчаткасининг чегараланган яллиғланиши;
  - в) териosti ёғ клетчаткасининг чегарасиз — тарқалган яллиғланиши;
  - г) ёғ безларининг йирингли яллиғланиши;
  - д) бўғимнинг йирингли яллиғланиши.
2. Гидраденитда нима яллиғланади?
  - а) лимфа томирлари;
  - б) тери безлари;
  - в) соч халтаси;
  - г) лимфа тугунлари;
  - д) тери.
3. Оёқ панжаси гангренаи қандай касалликдан кейин кузатилади?
  - а) лимфаденит;
  - б) лимфангоит;
  - в) облитерацияловчи атеросклероз;
  - г) артроз;
  - д) абсцесс.
4. Қоқшоқ касаллиги учун қайси симптом характерли эмас?
  - а) беҳушлик;
  - б) клоник тиришиш;
  - в) тахикардия;
  - г) тана ҳароратининг кўтарилиши;
  - д) жароҳатдаги оғриқ.
5. Чипқонни даволашга нима халақит беради?
  - а) 70% ли спирт билан терини артиш;
  - б) чипқонни сиқиш;
  - в) яллиғланиш ўчоғига новокаин-пенициллин эритмасини юбориш;
  - г) сульфаниламид препаратларини бериш;
  - д) ультрабинафша нур билан даволаш.

### *Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар*

1. Бемор ўнг кўкрак беги соҳасидаги шиш ва ундаги оғриқдан шикоят қилди. Обьектив текширилганда: кўкрак беги шишган, териси қизарган. Пайпаслаганда қаттиқ, шиш марказида флюктуация, маҳаллий гиперемия бор.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво услубини танланг.

2. Бемор болдир суягининг очиқ синиши билан даволанган. 3 ойдан кейин синган жойда яна оғриқ пайдо бўлиб, беморнинг умумий аҳволи оғирлашган, тана ҳарорати 40°C гача кўтарилган. Синган жойнинг териси қизарган ва оғриқли.

Рентген тасвирида суякда секвестр борлиги аниқланди.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво услубини танланг.



## ХИ. „ЎТКИР ҚОРИН“ ОҒРИҒИ СИНДРОМИ

Замонавий хирургияда „Ўткир қорин“ термини сақланиб қолмоқда. Қорин пардасининг яллиғланишидан юзага келган касалликлар симптоми комплекси шундай номланади. Бунга ички аъзолар: жигар, меъда ости бези, ўт қоғи, талоқ, меъда-ичаклар, чувалчангсимон ўсимта, қорин пардаси ва ҳоказоларнинг шикастлари ва ёрилиши, ковак аъзоларнинг тешилиши ва тутилиши, қорин бўшлиғига гемотоген ёки лимфоген йўллар билан патоген микроблар тушиши ва қорин пардасининг яллиғланиш жараёнлари сабаб бўлади. Шулардан энг кўп учрайдиган касалликлар тўғрисида тўхталиб ўтамиз.

**Қорин деворининг шикастлари.** Қорин деворининг шикастлари қориннинг бевосита травмасида, оғир юк кўтарганда кузатилади. Қорин деворининг шикастлари ёпиқ (қорин тўғри мушагининг йиртилиши) ва очиқ (жароҳатлар) турларга бўлинади.

Қорин деворининг ёпиқ шикастланиши учун маҳаллий оғриқ ва гематома характерлидир. Қориннинг тўғри мушаги йиртилганда қон қуйилиши қориннинг тўғри мушаги қин қисми билангина чегараланади. Пальпация қилинганда гематома ўсмасимон ҳосила кўринишида аниқланади. Қориннинг тўғри мушаги йиртилганда қорин мушакларини таранглаштирганда ҳам, бўшаштирганда ҳам ўсмасимон ҳосила аниқланади.

Баъзан қорин девори томирларининг йиртилиши кузатилади. Бунда гематома асосан қорин пардаси устида жойлашиб, анчагина майдонни эгаллайди. Клиник жиҳатдан қорин мушакларининг таранглашиши аниқланади. Бундай ҳолларда ички аъзоларнинг шикастланганини истисно қилиш лозим бўлади.

**Давоси.** Қорин девори ёпиқ шикастланганда беморга тинч шароит яратилади. Дастлабки кунлари совуқ, кейинчалик иссиқ муолажалар ўтказилади. Катта гематомалар бўшатилиши (пункция қилиб тортиб олиш, кесиш) керак.

Қорин очиқ жароҳатланганда жароҳатга бирламчи хирургик ишлов берилади. Бунда албатта қорин пардаси ва ички аъзолар шикастланганлигини текшириш зарур.

**Қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастлари.** Қориннинг ёпиқ жароҳатида кўпинча ички аъзоларининг *тери асти* шикастлари кузатилади.

*Паренхиматоз аъзолар* — жигар, талоқ шикастланганда симптомлар комплексига ички қон кетиш етакчи ўрин тутади. Бутун қорин бўйлаб диффуз оғриқ рўй беради, бемор ётган ҳолатда текширилганда қориннинг чекка жойларида перкутор товушнинг бўғиқлиги, артериал босимнинг пасайиб кетганлиги, гемоглабин ва эритроцитлар миқдорининг камайганлиги, ўртача лейкоцитоз қайд қилинади.

*Ковак аъзолар* — меъда-ичаклар шикастланганда ўткир препаратнинг клиникаси ривожланади, бутун қорин бўйлаб оғриқ бўлади, қорин мушаклари таранглашади, оғриқ симптоми мусбат бўлади, ҳарорат кўтарилади.

**Давоси.** Кўп қон оқмаганда беморнинг аҳволи қониқарли бўлади ва консерватив даво қўлланилади. Бемор қорнига муз қўйилади, гемостатик препаратлардан кальций хлорид, викасол, аминокапрон кислота ва ҳоказо ишлатилади. Натijasиз ҳолларда операция қилиниб жигар ёки талоқдаги жароҳат тикилади, қон узил-кесил тўхтатилади ёки иложи бўлмаса спленэктомия қилинади. Ковак аъзолар ёрилганда унга чок солинади ёки қаттиқ шикастланганда шу соҳа резекция қилиниб, кейин ичаклар учи бир-бирига улаб тикилади.

**Чурраларнинг ўткир асоратлари.** Буларга чурра қоғида ахлат туриб қолиши (копростаз) ва чурра ҳосилаларининг эзилиши киради.

Копростаз асосан катта ёшдаги одамларда, аксарият аёлларда учрайди. Бунда одатда чурранинг ўзида ҳам, бутун қорин бўйлаб ҳам оғриқ нисбатан кам бўлгани ҳолда чурра бўртмасининг ҳажми катталашади. Кейинчалик қоринда оғриқ, лоҳаслик, кекириш, кўнгил айниши, қусиш пайдо бўлади.

Чуррада ахлат туриб қолганда дастлабки биринчи тиббий ёрдамнинг асосий вазифаси ичак перистальтикасини кучайтиришга ёрдам бериш. Шу тариқа ахлатни сурилади, чуррақоғи ичидаги ҳосилани қорин бўшлиғига тўғриланади.

Чурра бўртмасига муз солинган халтача қўйилса, унинг таъсири остида ичакларнинг қонга тўлиқлиги камаяди, қисқа вақт спазм вужудга келади, ичакни тўғрилаш осон кечади. Аммо ичакни тўғрилаш енгил кечмаса, уни мажбурлаш мумкин эмас. Бундай усулни болаларда қўллаб бўлмайди.

**Чурранинг қисилиши.** Чурра қисилиши, чурра ҳосиласининг чурра дарвозаларида ёки чурра халтачаси бўйнида тўсатдан қисилиб қолишидан келиб чиқади. Бунда чурра ичидаги аъзо тўқималарида қон таъминоти, иннервацияси, бинобарин озиқланишнинг бузилиши рўй беради.

Ҳар қандай чурра қисилишининг белгилари асосан учта симптомдан иборат.

а) чурра бўртмаси бўлган жойда ёки қоринда тўсатдан оғриқ бошланиши;

- б) чурра бўртмасининг тез катталаниши;
- в) чуррани тўғрилаш имконияти бирданига йўқолиши.

Бу симптомларнинг юзага чиқиш даражаси ҳар хил бўлади. Қорин деворидаги чурралар қисилишни асосан ўткир ичак тутилиши клиник белгилари билан кечади.

**Даволаш.** Чурраси қисилган беморлар дарҳол операция қилиниши лозим. Қисилган чуррани операциясиз, қўлда тўғрилашга уриниш мумкин эмас, бироқ операция қилишга мутлоқ монелик ҳоллари бундан мустасно.

## Перитонитлар

Қорин пардасининг яллиғланиши *перитонит* дейилади.

**Жараёнинг тарқалишига кўра перитонитлар** — тарқалган (туташ, диффуз) ва маҳаллий (чегараланган ёки чегараланмаган) бўлади.

**Тарқалган перитонит.** Бу турдаги яллиғланиш жараёни эркин, қорин бўшлиғида муайян чегараларсиз тарқалади, жараёнга бутун қорин пардаси қўшилади.

Перитонит иккиламчи ривожланганлиги туфайли унинг клиникаси бирламчи касаллик симптомларига қўшилиб кетади. Бемор қориндаги оғриқ, камқувватлик, ташналик, кўнгил айнишидан шикоят қилади. Қориннинг ички бўш аъзолари перфорациясида аввалига „ханжарсимон“ оғриқ қайд қилинади, кейинчалик оғриқ бир оз пасаяди. Бемор чалқанча ёки оёқларини қорнига тортиб ётади, юз қиёфаси ўткирлашган, кўзлари киртайган „Гиппократ қиёфаси“ ва терисининг ранги кул ранг — заҳил бўлади.

Беморнинг ҳарорати аввалига 38—39 С гача кўтарилади, кейин нормага тушади ёки бундан ҳам пасайиши мумкин. Ҳароратнинг пульсдан орқада қолиши характерли бўлиб, бу „қайчи симптоми“ деб айтилади. Пульс минутига 120—140 мартагача уради, артериал босим пасаяди. Беморнинг тили қуриб, караш қоплайди ва кетмакет қусиш кузатилади.

**Давоси.** Бемор дарҳол стационарга ётқизиilib, перитонит келтириб чиқарган сабабни бартараф қилиш учун тезлик билан операция қилинади. Қорин бўшлиғи аъзолари тафтиш қилиниб, ювилиб, ўчоқ (перфоратив тешик тикилади, яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ёки ўт пуфаги олиб ташланади) бартараф қилинади. Йирингли суюқликни чиқариш учун қорин бўшлиғига дренаж қўйилади ва антибиотиклар юборилади.

**Маҳаллий перитонит.** Маҳаллий перитонит деганда қорин бўшлиғидаги маҳаллий яллиғланиш жараёни тушунилади. Чегараланган перитонитларга қорин бўшлиғининг жароҳатлари, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси, ўткир аппендицит, холецистит ва бошқа касалликлар сабаб бўлади. Яллиғланишнинг чегараланиб қолишига чарви, ингичка ичак қовузлоқлари ва шу локализациянинг анатомик хусусиятлари имкон беради.

Шу жойнинг оғриши қорин мушакларининг таранглашиши билан характерланади. Дуглас бўшлиғидаги абсцессда беморнинг ёзилиши (дефекация) оғриқли бўлади ва бармоқ билан текширишда тўғри ичак девори осилиб туради. Абсцесс қорин бўшлиғида ёрилганда перитонит чегараланган туридан тарқалган турга ўтиш мумкин.

**Давоси.** Қорин бўшлиғи очилиб, йирингли ўчоқ бартаф қилинади. Дуглас бўшлиғи абсцессларида тўғри ичак орқали ёки аёлларда қин орқали дастлаб пункция қилиниб жойи аниқланади, кесиб йиринг чиқарилади ва дренаж қўйилади. Умумий даволаш йирингли жароҳатлардаги каби олиб борилади.

### Аппендицит

Чувалчангсимон ўсимтанинг йирингли ялигланиши — *аппендицит* дейилади. Аппендицитга чувалчангсимон ўсимтага ичаклардан ёки қон ва лимфа томирлари орқали инфекция кириши сабаб бўлади. Чувалчангсимон ўсимта бўшлиғидаги нажас тошлари ёки ичак паразитлари (аскаридалар) ҳам бу касалликни келтириб чиқариши мумкин. Улар шиллиқ пардани шикастлаб, инфекция кириши учун йўл очади. Аппендицитнинг клиник жиҳатдан ўткир ва сурункали турлари фарқланади.

Патологоанатомик жиҳатдан аппендицитнинг ўткир тури қуйидагиларга бўлинади:

- *катарал* — ўсимта деворлари шишиб, нуқтасимон қон қуйилиши,
- *флегмоноз* — ўсимтанинг кескин қалинлашуви, юзасида фибриноз парда, бўшлиғида сероз-йирингли суюқлик бўлиши,
- *гангреноз* — ўсимта шалвираб қолган, бўшлиғида тўқ рангли, қорамтир, йирингли-некротик суюқлик бўлиши кузатилади.

Сурункали аппендицитда чувалчангсимон ўсимта бўшлиғи битиб, ўсимта чандиқли ўзгарган бўлади.

Ўткир аппендицитнинг клиник белгилари ўнг ёнбош соҳасида симилловчи оғриқ бўлиши билан характерланади. Баъзан оғриқ киндик соҳасида пайдо бўлади, сўнгра ўнг ёнбош соҳасига ўтиб, оғриқ, кўнгил айнаши ва қусиш билан кечади.

Бундан ташқари, қатор клиник симптомлар ташхис қўйишга ёрдам беради. Ситковский симптоми — бемор чап биқинини босиб ётганида ўнг ёнбоши соҳасида симиллаган оғриқ пайдо бўлади. Ровзинг симптоми — чап ёнбош соҳаси кафт ёни билан босилса ва юқорига пича силкитилса, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ бўлади. Бундан ташқари, ўткир аппендицитда ўнг ёнбош соҳаси қорин мушакларининг таранглашиши, Шёткин — Блюмберг симптоми мусбат, ҳароратнинг 38—39°С гача кўтарилиши, лейкоцитознинг 12—15 минггача кўтарилганлиги қайд қилинади. Чувалчангсимон ўсимта ёрилганда (перфоратив аппендицит) перитонитнинг клиник манзараси намоён бўлади.

**Давоси.** Ўткир аппендицитда бемор касалхонага ётқизиilib зудлик

билан операция қилинади ва чувалчангсимон ўсимта олиб ташланади (аппендэктомия). Қорин бўшлиғида йирингли суюқлик бўлганда дренаж қўйилади. Йиринг кам миқдорда бўлганда қорин бўшлиғига антибиотиклар юбориш учун микроирригатор қўйилади.

Сурункали аппендицитда бемор ўнг ёнбоши соҳасида вақти-вақти билан такрорланиб турадиган ўрта даражада оғриққа нолийди. Касаллик узоқ вақтга чўзилиши мумкин. Аппендицитнинг бу тури учун қуйидаги оғриқ нуқталари характерли:

1) Мак — Бурнеа нуқтаси — қорин деворига киндик билан ёнбош суяги юқори олдинги ўсиғи ўртасидаги учдан бир ўрта ва ташқи учдан бир масофа чегараси бармоқ билан босилганда;

2) Ланц нуқтаси — ёнбош суяги иккала юқори олдинги ўсиқлари орасида жойлашган ўрта ва ўнг томондаги ташқи учдан бир масофа ўртасидан ўтган чегара бармоқ билан босилганда.

Сурункали аппендицитда операция (аппендэктомия) режали тартибда ўтказилади.

Аппендицитнинг асоратланган тури — аппендикуляр инфилтратда ўнг ёнбош соҳаси пальпация қилинганда чувалчангсимон ўсимта, чарви ва ичак қовузлоғининг яллиғланиб ёпишиб қолиши натижасида ҳосил бўлган зич инфилтрат аниқланади. Бунга аввалига консерватив даво олиб борилади (музли халта, умумий антибиотик терапия). Инфилтрат сўрилиб бўлгандан кейин совуқ даврида аппендэктомия қилинади. Инфилтрат абсцесс ҳосил қилган тақдирдагина аппендэктомия ўтказилади ва йирингли суюқлик чиқарилади.

Болаларда ўткир аппендицит катталардагига қараганда бирмунча оғир ўтади; чувалчангсимон ўсимта перфорацияси кўпроқ кузатилади. Ёши улғайган кишиларда, аксинча, чувалчангсимон ўсимта ҳатто деструкцияга учраганда ҳам клиник манзара атипик ўзгарган бўлади. Ҳомиладор аёлларда, айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида оғриқлар бирмунча юқорироқ соҳада сезилади, кўнгил айниши ва қусини кўпроқ кузатилади.

### Холецистит

Ўт пуфагининг ўткир яллиғланиши *холецистит* деб юритилади. Бу жараённинг пайдо бўлишига пуфак бўшлиғида микрофлора бўлиши ва ўт суюқлиги оқиб кетишининг бузилиши сабаб бўлади. Ўткир холециститнинг *катарал, флегмонали, гангренали* (ўт пуфаги тешилган ва тешилмаган) турлари бор.

**Катарал ва флегмоноз холециститда** тана ҳарорати субфебрилгача (пульс минутига 100 мартагача) кўтарилади. Беморда тахикардия кузатилади. Қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурга остида, айниқса ўт пуфаги соҳасида кескин оғриқ пайдо бўлади. Қорин девори мушаклари таранглашган ёки унчалик юзага чиқмаган бўлади. Баъзан катталашган, ўрта даражада оғриқ турадиган ўт пуфагини пайпаслаб кўрса бўлади. Лейкоцитоз 10 — 12 минггача кўтарилади.

**Гангренали холецистит** жадал кечади. Заҳарланишнинг симптомлари билан маҳаллий ёки тарқалган йирингли перитонит ҳодисалари биринчи ўринни эгаллайди. Яллиғланишнинг гангренали тури тўқималарнинг регенератив хусусиятлари, организмнинг реактивлиги пасайган, ёши катта ва кекса ёшдаги одамларда кўпроқ кузатилади. Ўт пуфаги ёрилганда тарқалган перитонит симптомлари тез ривожланади. Беморнинг аҳволи дастлаб оғир, камҳаракат бўлади, тили қуриб, қорни ичак парези ҳисобига катталашади. Қориннинг ўнг томони нафас олишда қатнашмайди, ичак перисталтикаси кескин пасаяди. Қорин пайпасланганда тарангланган ва оғриқли, қорин пардасининг қўзғалиш симптомлари мусбат бўлади. Лейкоцитоз ва ЭЧТнинг ошиши аниқланади.

### **Ўт-тош касаллиги**

Ўт-тош касаллиги 70 ёшдан ошган кишиларда, аёлларда учрайди. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабабчиси моддалар алмашинувининг бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғли ўзгариш ва ўт димланишидир. Клиник жиҳатдан ўт-тош касаллиги кўпинча санчиқ кўринишида намоён бўлади. Оғриқ кўпинча парҳез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғриқ пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида, пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғриқ ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка беради. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айланиши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бундан бемор енгил тортмайди.

Кўздан кечиришда қориннинг бир оз дамланиши, пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурға остида кескин оғриқ пайдо бўлиши кузатилади. Мушаклар таранглашмайди. Қориннинг юқори ўнг соҳасида кучли маҳаллий оғриқ бўлади. Қонда лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошади.

### **Ўткир панкреатит**

Меъда ости бези тўқималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чиқадиغان ўткир яллиғланиши *ўткир панкреатит* дейилади. Бу касаллик кўп учрайди ва қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейинги ўринни эгаллайди. Ўткир панкреатит 30—60 ёшдагилар орасида кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан кўпроқ оғрийди.

Ўткир панкреатитнинг қуйидаги турлари бор:

- 1) меъда ости безининг ўткир шишиши (77—78%);
- 2) меъда ости безининг геморрагик некрози (10—12%);
- 3) йирингли панкреатит (10—12%).

Касаллик кўпинча тўш ости соҳасида ва чап қовурғалар остида оғирлик сезиш ва оз-моз оғриқ, кекириш, қориннинг ўрта даражада



дам бўлиши каби диспептик бузилишлар билан бошланади. Оғриқ ўткир панкреатитнинг асосий ва доимий симптоми бўлиб, тўсатдан камарсимон кўринишда намоён бўлади. Оғриқ жуда кучли, симиллаган, доимий бўлади. Оғриқ шу қадар кучли бўладики, бемор баъзан ҳушидан кетади.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тезда тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг оғир турлари учун тез ипсимон пульс хос. Артериал босим кўпинча пасайган бўлади.

Лаборатория текширувларида амилаза, трипсин, липаза, трансaminaза ферментлар кўрсаткичининг ошиши кузатилади.

### Ўткир ичак тутилиши

Ўткир ичак тутилишида тўлиқ ичак суюқликлари нормал ҳаракатининг бузилиши ёки тўлиқ тўхташи натижасида унинг қайта сўрилиши туфайли, организмда чуқур захарланиш рўй беради. Ичак тутилишининг *динамик* ва *механик* турлари фарқ қилинади.

*Динамик ичак* тутилишида ичакларнинг ҳаракат функцияси бузилади, бунда перистальтиканинг тўлиқ тўхташгача сустлашиши (паралитик) ёки ичак спазмининг кескин кучайиши (спастик) кузатилади.

*Механик ичак* тутилиши: странгуляцион, обтурацион ва инвагинация турлари мавжуд.

Ичакнинг странгуляцион тутилиши унинг энг хавфли туридир. Ичак бўшлиғининг тиқилиб қолиши ичактутқич томирлари ва нервларининг сиқилиши билан ўтади. Бу қон айланишининг бузилишига ва ичак бўлагининг тез жонсизланишига олиб келади. Ичакнинг странгуляцион тутилиши чурралар қисилиб қолганда, ичак буралганда, ичакда тугунлар ҳосил бўлганда келиб чиқади.

Ичакнинг обтурацион тутилиши энг енгил тури ҳисобланади, чунки ичак бўшлиғининг тиқилиб қолишида ичактутқичининг сиқилиши содир бўлмайди. Ичакнинг ёт нарса — ўсма ва қапростаз кабилар тиқилиб қолиши ичак тутилишининг шу турига киради.

Ичаклар инвагинацияси ичак тутилишининг странгуляцион ва обтурацион турлари ўртасидаги оралиқ тур ҳисобланади. Ичакнинг бир бўлаги унинг давоми бўлмиш иккинчи бўлагининг ичига киради. Кўпинча ингичка ичак кўричак соҳасида йўғон ичакнинг ичига кириб қолади. Инвагинацияга нотўғри перистальтика, ичак касалликлари сабаб бўлади. Инвагинацияда ичак тиқилибгина қолмай, балки ичактутқич томирлари ҳам босилиб қолади (странгуляция), натижада қон айланиши бузилади ва кейинчалик инвагинацияланган бўлган ичак бўлаги некрозга учрайди.

Ичак тутилишининг ҳамма тури учун бир қатор умумий симптомлар хос: қоринда хуржсимон кучли оғриқ, ич келиши ва ел чиқишининг тўхташи, метеоризм (қорин дам бўлиши), қайт қилиш, захарланиш ва бошқалар. Ичак тутилишининг айрим турларида айтиб

ўтилган симптомлардан ташқари специфик клиник манзара кузатилади. Ичак тутилишининг фалаж турида қорин анчагина дам бўлади ва перистальтика бутунлай бўлмайди.

**Спастик тури** учун ичак перистальтикасининг кучайиши билан бирга хуружсимон оғриқлар характерли. Ичак тутилишининг спастик тури паралитик турга ўтиши мумкин.

**Странгуляция** ичак тутилишида қоринда кучли санчиқсимон оғриқ пайдо бўлади: баъзан шок юз бериши мумкин. Бемор оғриқ билан бирга бетиним қусади. Ичак тутилиши қанча юқорида бўлса, қусиш шунчалик кўп бўлади. Бироқ ичакнинг қуйи бўлимларидан нажас келиши мумкин. Ичакнинг айрим бўлимлари дам бўлиши сабабли қорин асимметрияси пайдо бўлади, артериал босим пасаяди, пульси ипсимон бўлиб қолади, совуқ тер чиқади, лаблар ва бармоқларнинг учи кўкимтир тус олади, кўз киртаяди, товушнинг жарангдорлиги йўқолади, оёқ-қўл музлайди, бироқ эс-хуш йўқолмайди. Тана ҳарорати одатда норма атрофида бўлади. Ичакнинг жонсизланиши тарқалган перитонитга олиб келади.

**Обтурацион** ичак тутилишида агар ичак бўшлиғининг қисман тикилиб қолиши кузатилса, клиник манзара аста-секин намоён бўлади. Ичакнинг олиб келувчи қовузлоғида нажас тутилиб қолади, бу—хамирсимон консистенциядаги ўсмага ўхшаш тузилма кўринишида бўлади.

**Инвагинация**да клиник манзара одатда тез рўй беради, қусиш, қоринда оғриқ бўлади, пальпация қилинганда эластик консистенциядаги цилиндрсимон ҳосила аниқланади, ўнг ёнбош соҳаси ичига тортиб кетади, нажасда қон пайдо бўлиши мумкин. Инвагинация кўпинча болаларда кузатилади. Қуйи инвагинацияда инвагинат анал тешикдан ташқарига чиқиши мумкин.

Ичак тутилиши мезентериал томирлар тромбозига ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Бунда қоринда муттасил оғриқ бўлади, қорин бирмунча шишиб чиқади, ич тўхташи қайд қилинади. Тромбозга шикастлар, қон ивиш хусусиятининг ошганлиги, ичакнинг яллиғланиш касалликлари сабаб бўлиши мумкин. Мезентериал томирлар тромбозиди ичак тегишли бўлимининг қон билан таъминланиши бузилади, кейинчалик эса жонсизланиш ва гангрена юзага келади.

**Давоси.** Беморни стационар шароитида даволаганда биринчи навбатда у келтириб чиқарган сабабини бартараф этиш зарур. Ичак силлиқ мушакларининг ишини нормага соладиган омил паранефрал новокаин блокадаси ҳисобланади. Паралитик ичак тутилишида у ичак силлиқ мушакларининг тонусини оширади, спастик турида эса тонусни пасайтиради. Ичак тутилишининг паралитик турида блокада қилишдан ташқари, венага 10—20 мл 10% ли натрий хлор эритмаси, тери остига 1 мл прозерин юбориш тавсия этилади. Гипертоник ҳуқна (20—30 мл 10% ли натрий хлор эритмаси) ёки Огнев ҳуқнаси (20 мл натрий хлориднинг гипертоник эритмаси, глицерин ва

водород пероксид) қилинади. Обтурацион ичак тутилишида, айниқса бу копростаз сабабли келиб чиққанда, тозаловчи сифонли ҳуқна қилинади.

Консерватив тадбирлар наф бермаганда оператив даво қилинади — ичак тутилиши сабаби бартараф этилади. Ичак тутилишига сабаб бўлган битишмаларда улар кесилади. Инвагинацияда инвагинат тўғриланади. Инвагинат соҳасида ичак анчагина ўзгарган бўлса, уни резекция қилиб, ичак бутунлиги тикланади.

Странгуляцияли турида уни келтириб чиқарган сабабни бартараф қилиш зарур. Ичак бўлаги яшаб кетмайдиган бўлса у соғлом тўқималар чегарасигача резекция қилинади.

### **Аппендикуляр генитал синдром**

Қиз болаларда ички жинсий аъзоларнинг яллиғланиши кам учрайди. Аппендицит билан оғриган қизларда иккинчи навбатда ички жинсий аъзолар зарарланади. Аппендэктомиядан кейин 25—30% ли аднексит ва периаднекситлар учрайди.

Қиз болада, аппендикс ёрилиб кетганда, бачадон соҳасида яллиғланиш кузатилади. Буни аппендицит туфайли бачадонни қўшимча яллиғланиши деб ҳисоблаш мумкин. Албатта, аппендицитни ва аднекситни аниқ ажратиш ташхис қўйиш жуда қийин. Чунки бу соҳадаги нервлар бир-бири билан боғланиб кетганлиги туфайли оғриқ белгилари ҳам ўхшаш бўлади.

Бачадоннинг ўнг томондаги найлари ва тухумдон чувалчангсимон ўсимтага яқин жойлашганлиги сабабли шу найчалар кўпроқ зарарланади. Бунда ташқи инфекция лимфа ва қон томирлари орқали ҳам тарқалади. Натижада аппендиксдан узоқроқ жойлашган чап томондаги найча ҳам зарарланиши мумкин. Кўпинча қиз болалардаги бачадон қўшимчаларининг яллиғланиши аппендиксга ўтиб кетади.

Аппендикуляр — генитал синдромли касалликнинг клиник кечиши ҳар хил бўлиши мумкин. Баъзан аппендицитга, баъзан эса аднекситга хос бўлган белгилар кузатилади. Бундай патологик ҳолатни консерватив усулда даволаш кўпинча қийинроқ кечади. Чунки патологик жараён оғирлашиб, аднекситда найча кўпинча йиринг ёки сероз экссудат билан тўлган бўлади (пиосалпинкс, сактосалпикс).

Баъзан Дуглас бўшлиғи соҳасида абсцессларни ҳам кузатиш мумкин. Бу ҳолда албатта аппендикс билан найчани олиб ташлаш керак бўлади. Улар олиб ташланмаса, бачадон найчаларида яллиғланиш бошланади. Унда фаол равишда консерватив даволаш усуллари қўллаш керак бўлади. Антибиотиклардан, жинсий аъзолардаги яллиғланиш жараёнларини даволашда қўлланиладиган чоралардан фойдаланилади.

Жинсий аъзолардаги яллиғланиш жараёни сийдикдаги инфекция туфайли давом этади ва авж олади. Аммо баъзи пайтларда ҳар иккала патологик жараён айрим-айрим кечиши ҳам мумкин.

## Проктологик касалликлар

**Проктологияда асосий текширув усуллари.** Тўғри ичак бармоқ орқали текширилади. Бемор оёқларини қорнига тортиб, орқа билан ётади. Хирург қўлқоп кийиб, кўрсаткич бармоғига вазелин суриб, аста-секин тўғри ичакка киритади. Бармоқ билан текшириш тўғри ичак ва тўғри ичак ёнидаги тўқиманинг патологик инфилтрациясини, тромб ҳосил қилган ички геморроидал тугунларни, тўғри ичак ўсмаларини ва шу каби бошқа касалликларни аниқлаш имконини беради.

Асбоб ёрдамида текшириш ўтказишдан олдин беморнинг йўғон ичаги ҳўқна қилиб тозаланади.

Ректоскопияда ректал кўзгуга вазелин суртилади ва эҳтиётлик билан 8—10 см ичкарига киритилади ва патология аниқланади.

Ректороманоскопияда кўпгина диагностик маълумотлар аниқ олинади. Бунинг учун ректороманоскоп тубусига вазелин суртилади ва секин- аста 25—30 см ичкарига киритилиб текширилади.

Тўғри ва йўғон ичак шиллиқ пардасини текшириш учун колонофиброскоп қўлланилади. Бунда йўғон ичак сифонли ҳўқна билан кечқурун ва эрталаб тозаланади. Бемор дори билан (юзак) ухлатилади, сўнгра оптик тубусга вазелин суртилиб анусга киритилади ва босқичма-босқич йўғон ичакнинг барча бўлимлари кўрилади. Йўғон ичакдаги патология объектив баҳоланади. Бу усул ташхислашда энг юқори аниқликни беради.

### Орқа чиқарув йўлининг ёриги

Бунда тўғри ичак шиллиқ пардасининг анал тешик соҳасида зич нажас массалари, ёт жисмлар тўпланиши натижасида маҳаллий микро-шикастланиш кузатилиб қон кетишига сабаб бўлади.

Дефекация вақтида кучли оғриқ бўлади, озроқ қон ёки сероз-қон аралаш суюқлик пайдо бўлади. Ёриқ кўпинча оғриқ ҳисобига сфинктер тонуси ошиб, рефлектор ич қотиши билан ўтади, ёриқ атрофлари ва унинг ичи зичлашганлиги қайд қилинади.

**Давоси.** Ёриқ янги бўлганда консерватив даво қилинади. Биринчи навбатда қабзиятнинг олдини олиш, бунинг учун парҳез овқатлар танлаш керак. Бу ичнинг мунтазам юмшоқ келишини таъминлайди. Беморга канакунжут қайнатмаси ёки вазелин мойи ичирилади. Тўғри ичакка 50—100 мл дан илиқ зайтун мойи юборилади, новокаибли ва белладоннали шамчалар буюрилади, калий перманганат ёки ичимлик сода солинган ваннага ўтириш, микроҳўқналар тайинланади.

Консерватив даво фойда қилмайдиган сурункали ёриқларда операция қилинади.

### Парапроктит

Тўғри ичак атроф тўқимасининг йирингли яллигланиши *парапроктит* деб номланади. Касалликни стафилококк, стрептококк, энтерококк, ичак таёқчаси ва бошқалар келтириб чиқаради. Инфек-

циянинг кириш йўлларига ёриқлар, лат ейиш, жароҳатлар, қаб-зиятлар ва бичилиш киради.

Парапроктит ўткир ва сурункали турларга бўлинади. Ўткир парапроктитнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади: 1) тери ости; 2) шиллиқ парда ости; 3) қуймич-ректал; 4) чаноқ-тўғри ичак; 5) ретроректал.

Ўткир парапроктитнинг клиникаси унинг турига боғлиқ бўлади. Тери ости шаклида яллиғланиш чегарасида тери соҳасининг қизариши, шишиши, кучли оғриқ, дефекация вақтида оғриқнинг кучайиши кузатилади. Бу соҳани пальпация қилганда унчалик қаттиқ бўлмаган оғриқли инфильтрат аниқланади. Организмнинг умумий реакцияси парапроктитнинг бу турида унчалик кучли ўзгармайди.

**Шиллиқ ости** ш а к л и д а дефекация вақтида оғриқ қайд қилинади. Ректал текширувда тўғри ичак шиллиқ пардасида инфильтрация соҳаси аниқланади.

**Қуймич-ректал** ш а к л и д а яллиғланиш жараёни тўғри ичак атрофидаги чаноқ клетчаткасини эгаллайди. Бу шакли лўқилловчи оғриқ, юқори ҳарорат, эт увишиши билан ўтади; ректал текширишда тўғри ичак атрофида рўй-рост инфильтрация аниқланади ва думбанинг пастки соҳасида сезиларли асимметрия кузатилади.

**Чаноқ-тўғри ичак** ш а к л и д а жараён чаноқ тубидан юқорига тарқалади ва орқа чиқарув йўли яллиғланишининг ташқи белгилари бўлмаган ҳолда оғир септик ҳолат билан кечади.

**Ретро-ректал** ш а к л и д а жараён лимфаденитдан бошланиб, тўғри ичакнинг орқа томонида жойлашади, кейин теварак-атрофидаги тўқима йиринглаб ирийди. Касаллик оралик соҳасининг оғриши, ҳароратнинг кўтарилиши, эт увишиши, лейкоцитоз ва шу кабилар билан кечади.

Ўткир парапроктитнинг ҳамма турларида тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, ташхис қўйишда муҳим ўрин тутади.

**Давоси.** Касаллик бошланишида, ҳали тўқималар йиринглаб ирий бошламаганда умумий антибиотик даво, УВЧ, маҳаллий ярим ўтказгичли лазерлар ва калий перманганат солинган илиқ ванначаларда ўтириш буюрилади. Консерватив даво наф бермаган ҳолларда парапроктитнинг ҳамма турларида йиринг бўшлиғи кесилиб, криптоэктомия қилинади ва йирингли бўшлиқ дренажланади. Беморга операциядан кейин 3—4 суткагача дефекацияни тўхтатиб туриш учун шлакисиз парҳез овқатлар берилади. Умумий антибактериал ва дезинтоксикацион даво олиб борилади. Ўтириладиган ванначалар тайинланади. Ҳар бир дефекациядан кейин албатта яра боғланади.

Сурункали парапроктит ўткир парапроктитнинг асорати бўлиб, унда оқма орқали доим йиринг ёки суюқлик ажралиб туради. Давоси — режали равишда оқмани бартараф қилиш операциясини ўтказишдир.

## Бавосил

Бавосил деганда тўғри ичак веноз чигалларининг муайян варикоз кенгайиши тушунилади. Жойлашишига кўра **ички** ва **ташқи** бавосил фарқ қилинади.

**Ички** бавосилни кўриб бўлмайди, уни бармоқ ёки ректоскоп усулда текшириш мумкин.

**Ташқи** бавосил тугунлари анал тешик яқинида кўринади. Қатор ҳолларда бу тугунларнинг яллиғланиши кузатилади. Ич қотиши, ҳомиладорлик, узок вақт ўтириш натижасида кичик чаноқдаги қон димланиши бавосилга сабаб бўлади.

Бавосил тугунларининг шунчаки катталашуви оғриққа сабаб бўлмаслиги ва беморни безовта қилмаслиги мумкин. Бироқ қатор ҳолларда ички бавосил тугунлари катта бўлганда ва сфинктерни бекитиш функцияси етарли бўлмаганда ташқарига чиқиб қолади, бу — сфинктер функциясини янада пасайтиб, нажаснинг ташқарига чиқишига олиб келади, бу эса ўз навбатида анал тешик соҳасини қичштиради, тери бичилади ва оғрийди. Қатор ҳолларда дефекация пайтида оз-моз қон кетади. Тез-тез қон кетиши камқонликка олиб келиши мумкин.

Бавосил тугунлари тромбoфлeбитида орқа чиқарув йўли соҳасида оғриқ пайдо бўлади, бу оғриқ дефекация пайтида кучаяди. Бавосил тугунлари кўкимтир тусга киради, таранглашади, устини фиброз парда қоплайди, шиллиқ парданинг айрим жойларида яралар пайдо бўлади.

**Давоси.** Асоратланмаган бавосилда ич қотишининг олдини олиш учун парҳез тартибга солинади. Ич қотганда канакунжут мойи ёки вазелин мойи буюрилади. Тери бичилганда калий перманганат солинган ваннага ўтирилади. Қон кетиши камроқ бўлганда гемостатик воситалар — викасол, кальций хлорид, гемофобин ва бошқалар қўлланилади. Тўғри ичакка доривор шамчалар; битиол, синтомицилин, новокаинли шамчалар буюрилади. Бавосил тугунлари тромбозида 5%ли калий перманганат эритмаси солинган илиқ ваннага ўтирилади. Антикоагулянтлар ва маҳаллий, анузол, неоанузол, целаринли шамчалар қўлланилади. Пресакрал новокаин блокадаси яхши натижа беради.

Агар бавосилда қонашга ва яллиғланишга мойиллик бўлса, операция қилиб даволанади. Яллиғланишнинг ўткир даврида операция қилиш мумкин эмас. Агар ўткир яллиғланиш белгилари бўлмаса, дарҳол операция қилинади. Операциядан кейинги даврда ич келишини бир неча кунга тўхтатиб қўйилади. Бунинг учун беморга клетчаткаси кам овқатлар берилади. Дефекациядан кейин калий перманганат (пушти ранг эритма) ёки сода эритмаси солинган 30—40°ли ваннага ўтирилади.

## Тўғри ичак полиплари

Булар хавфсиз ўсмалардир. Улар якка ва кўп сонли, тарик донидан то ёнғоқ катталигигача бўлади. Ингичка оёқчада турган паст жойлашган полиплар орқа чиқарув йўли орқали чиқиб қолиши мумкин. Тенезма,

баъзан қон кетиши кузатилади. Ташхис бармоқ билан текшириш, ректоскопия ва ректороманоскопия асосида қўйилади, юқори жойлашган полипларда ташхис колоноскопияда аниқланади.

**Давоси.** Паст жойлашган якка полипларда ичакнинг тегишли бўлаги кесиб олиб ташланади.

### **Тўғри ичак раки**

Анчагина кўп учрайди ва беморлар ўртасида эркаклар билан аёлларнинг нисбати 3:2 ни ташкил қилади. Орқа чиқарув йўли раки камроқ учрайди, бироқ хатарли ўтади. Тўғри ичак ампуласи ва проксимал бўлимнинг раки аденокаринома ёки скирр кўринишида бўлиб, баъзан тўғри ичакнинг циркуляр торайишига олиб келади. Метастазланиш лимфоген йўл билан ҳам, гематоген йўл билан ҳам рўй бериши мумкин. Бу касалликнинг босқичига боғлиқ. Аввалига касаллик симптомларсиз ўтиши мумкин. Кейинчалик ич кетиши билан алмашилиб турадиган қабзият, тенезма, тўғри ичакдан шилимшиқ, қон ва йиринг ажралиши кўрилади. Ўсма ўсиб, қалинлашганда тўғри ичак бўшлиғи тикилиб қолиши, бу — қуйи ичак тутилишига сабаб бўлиши мумкин. Ўсма тўғри ичак ёнидан тўқимага ўсиб кирганда оралиқ соҳасида оғриқ пайдо бўлади. қовуққа ўсиб кирганда сийдик ажралиши бузилади.

Бармоқ билан текшириш — ректоскопия ва ректороманоскопиянинг катта аҳамияти бор. Текширишнинг бу турида ўсмани топиш, унинг ўлчами, тарқалганлиги, жойлашиши ва яралар ҳосил қилгани аниқланади. Гистологик текшириш учун ўсма тўқимасидан биопсия олинади.

**Давоси.** Касалликнинг дастлабки босқичларида радикал операция қилинади. Бунда тўғри ичак ўсма билан бирга соғлом тўқималар чегарасигача олиб ташланади. Ичакнинг қолган қисми оралиқ орқали ўтказилади ёки қорин деворига чиқарилади. Касалликка радикал хирургик даво қилишнинг иложи бўлмаган ва зўрайган ҳолларда сигмасимон ичак бўлагини чап ёнбош соҳасидан ташқарига чиқариб қўйиш йўли билан сигмостома қўйилади. Рентгенотерапия, кимётерапия ва радиологик даво бирмунча қониқарли натижа беради. Улар даволашга тўлиқ имкон бермаса-да, хавfli ўсма ўсишини беморда секинлаштиради.

### **Қорин бўшлиғи аъзолари шикастланган беморларни парвариш қилиш**

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастларида (йиртилишида) ва тешиб ўтадиган жароҳатларида операциядан олдинги тайёргарлик иложи борича қисқа бўлиши керак. Гигиеник ванна, тозаловчи ҳуқна, меъдани ювиш сингари тадбирларни қўллаш ярамайди. Умумий тайёргарликка келганда фақат қориндаги туклар

қирилади ва тери илиқ сув билан артилади. Беморнинг қовуғи бўшатилади. Операциядан олдинги тайёргарликнинг қолган қисми шокка, юрак-томирлар ишини яхшилашга ва анемияга қарши қаратилиши лозим. Беморга юрак дорилари, наркотиклар берилади, операция вақтида қон, физиологик эритма қуйилади.

Операциядан кейин бемор каравотининг бош томони баландроқ қилиб чалқанча ётқизиб қўйилади ва парвариш қайси аъзонинг шикастланганлигига қараб олиб борилади. Меъда ва ичаклар шикастланганда операциядан кейин 3 сутка давомида 1—2 литргача 5%ли глюкоза эритмаси, шунча миқдорда физиологик эритма парентерал юборилади, 250—500 мл плазма, ёғ эмульсияси (интралипид, липофундин) қуйилади. Бундан ташқари, юрак фаолиятини яхшиловчи дорилари, наркотиклар, антибиотиклар тайинланади. Беморлар меъда ва ичак резекциясидаги каби овқатлантирилади.

Биринчи кунлари меъдада суюқлик йиғилиб қолиши мумкин. Суюқликни бурун орқали чиқариш учун меъдага ингичка зонд киритилиб, шприц ёрдамида меъда суюқлиги тортиб олинади. Ичак перистальтикасини қўзғатиш учун 3- кундан бошлаб тозалаш ҳуқнаси қилинади, тери остига прозерин, венага натрий хлориднинг гипертоник эритмаси юборилади. Операциядан кейин эртасига бемор суяб ўтқазилади, 4- кунга эса юришга рухсат берилади. Чоклар 8—10- кунга олинади.

Паренхиматоз аъзолар жароҳатланганда беморни операция қилишда парвариш қилиш қоидаси сақланиб қолади. Фарқи шундаки, парҳезни бирмунча эрта муддатларда кенгайтириш мумкин, бироқ беморни эҳтиётлик билан овқатлантириш лозим бўлади. Вақти-вақти билан кўрсатмага биноан қон ва қон ўрнини босадиган суюқликлар қуйилади.

### **Перитонитда беморларни парвариш қилиш**

Операциядан кейинги даврда дезинтоксикация давоси: кўп миқдорда суюқлик ичириш, глюкозани парентерал юбориш, қон, плазма, гидролизатларни трансфузия қилиш, антибиотиклар ва новокаиинни қорин бўшлиғига дренаж орқали ва мушак ичига юбориш тавсия этилади. Ўпкадаги асоратлар, юрак-томир бузилишларига қарши кураш олиб борилади (банка, иситгичлар, нафас машгулоти, камфора, кофеин, кордиамин ва бошқалар).

Бемор ўринга бош томонини баланд қилиб ётқизилади (Фовлер вазияти). Ич дам бўлишига қарши чоралар кўрилади. Бемор меъда-ичак операцияларидаги каби овқатлантирилади.

### **Чуррани кесидан кейин беморларни парвариш қилиш**

Ички аъзолари анчагина чиқиб қолган катта чурралар сабабли операция қилинган беморларни парвариш қилишга алоҳида аҳамият берилади. Бундай беморларда операциядан кейин қорин ичидаги босим бирмунча кўтарилади, натижада диафрагма юқорида туриб қолиб, юрак иши ўпканинг нафас олишдаги ҳаракати қийинлашади.



Бу ҳолатнинг олдини олиш учун операциядан 2—3 ҳафта олдин беморга Тренделенбург вазияти берилади (каравотнинг оёқ томони баландроқ кўтариб қўйилади) ва чурра ичидаги аъзо тўла-тўқис тўғриланади. Операциядан кейин нафас машғулотига муҳим роль ўйнайди.

Чуррани бартараф қилишда ичакларни тайёрлашга катта аҳамият берилади. Бунинг учун операциядан 3—4 кун олдин сурги дорилар буюрилади. Операциядан бир кун олдин ичакни тозалаш учун ҳуқна қилинади.

Операциядан кейинги даврда ёрғоқ шиши, орхит ва эпидидимитнинг олдини олиш учун суспензорий тақиш керак. Суспензорийни ёрғоқни юқорига кўтариб тақилади. 3—4 кундан сўнг ўриндан туришга рухсат этилади.

### **Меъда операцияларида беморларни парвариш қилиш**

Операцияга умумий тайёргарлик беморнинг аҳволига ундаги йўлдош касалликлар, касалликнинг шакли ва асоратларига қараб белгиланади. Операциядан бир кун олдин кечкурун меъда ювилади. Яраси қонайдиган, меъда раки бор беморларни операцияга тайёрлашда эритроцитар масса қуйиш йўли билан камқонликка қарши кураш олиб борилади.

Меъданинг чиқиш бўлими торайганда меъда чўзилган бўлади, бемор кўп қусади, сув, ферментлар, тузлар кўп йўқотилади. Меъда тонусини ошириш ва заҳарланишни камайтириш учун операциядан бир неча кун илгари беморнинг меъдаси 0,25 % ли хлорид кислота эритмаси билан ювилади. Сув-туз балансини тиклаш мақсадида оқсилли, қон ўрнини босадиган суюқликлар, туз, сув, витаминлар парентерал йўл билан берилади.

Меъдаси операция қилинган беморнинг парҳезга риоя қилишини қатъий кузатиб бориш шарт. Операциядан кейин биринчи куни бемор оғиз орқали ҳеч нарса қабул қилмайди. Сув-туз балансини, оқсил ва витаминни қувватлаб туриш учун сув, тузлар, оқсиллар ва витаминлар парентерал йўл билан юборилади. Кейинчалик парҳезни кенгайтириб одатдаги столга (№ 1 б, 1) ўтказилади. Меъда ширасининг кислоталилиги пасайиши сабабли қилинган меъда резекциясидан сўнг ҳазми яхшилаш учун беморга суюлтирилган хлорид кислота, пепсин ва меъда шираси буюрилади. Шу боисдан беморга ҳар 2—3 соатда оз-оздан овқат берилади.

### **Жигар ва ўт йўллари операцияларида беморларни парвариш қилиш**

Жигар функцияси бузилганда операцияга тайёргарлик ўринда ётиш режими ва парҳезга риоя қилиш (ёғларни чегаралаш, витаминларни катта миқдорда юбориш — стол №5), глюкозани инсулин билан бирга юборишдан иборат бўлади.

Жигар функциясининг чуқур бузилишлари билан ўтадиган обтурация сариқ касаллиги бор беморларни, айниқса синчиклаб

тайёрлаш талаб этилади. Витамин К нинг ичаклардан етарлича тушмаслиги прогормбин ишланиши бузилишига ва қон ивиш жараёнларининг издан чиқишига олиб келади. Бу асоратларнинг олдини олиш учун беморга витамин К ёки унинг ўрнини босадиган викасол, дицинон кальций хлорид юборилади, қон ва плазма қуйилади.

Умумий ўт йўли дренаж қилинадиган операцияларда ҳамшира операциядан кейинги даврда дренаж найчанинг жароҳатга тушиб қолмаганлиги, дренаж системаси бузилмаганлиги устидан кузатув олиб бориши керак. Беморнинг аҳволи ёмонлашмаса ва сариқлик кўпаймаса, дренаж олиб қўйилади (одатда, операциядан кейин 10—12- кун).

Ўт фистулалари узоқ вақтгача турганда нормал ҳазм қилиш бузилади, чунки ўтнинг кўп қисми ташқарига чиқарилади. Йўқотилган ўт ўрнини тўлдириш учун уни тоза идишга йиғилади ва овқатдан 15—20 минут кейин беморга ичирилади.

### **Ичаклардаги операцияларда беморларни парвариш қилиш**

Жароҳатга инфекция тушиши, чоклар ситилиб кетишининг олдини олиш учун ичакни нажас массаларидан тозалаш керак. Бемор операцияга 3—5 кун тайёрланади. Парҳезга алоҳида аҳамият берилади. Операциядан 2—3 кун олдин сурги дорилар буюрилади (15—30 %ли магний сульфат эритмасини кунига 6—8 марта 1 ош қошиқдан), эрталаб ва кечқурун тозаловчи ҳуқна қилинади.

Операциядан бир кун аввал тўғри ичакдаги ичаклар сифонли ва тозаловчи ҳуқна билан тозаланади.

Операциялардан кейин тўғри овқатланиш режимининг аҳамияти катта. Операциядан кейинги кундан бошлаб суюқлик ичишга рухсат этилади. 2- кун беморга клетчаткаси кам суюқ ёки суюқроқ овқатлар берилади. Сут маҳсулотлари, нон, мевалар бермай турилади сўнгра ичишга вазелин мойи тайинланади ва лозим бўлса, 7—8- кунга келиб тозаловчи ҳуқна қилинади.

Операциядан кейин беморларни парвариш қилиш йўғон ичак операциясидагидек бўлади, бироқ кўшимча равишда тўғри ичакка Вишневский малҳами суртилган тампонга ўралган резина найча киритилади. Тампонлар 3- кун алмаштирилади.

### **Колостомали беморларни парвариш қилиш**

Оқма атрофидаги терини парвариш қилиш, унинг атрофидаги терининг магцерациясига йўл қўймаслик учун бундай беморларда жароҳатни тез-тез боғлаб туриш керак. Ичак бўшатиладиган сўнг ҳар доим ичак шиллиқ пардасининг чиқиб қолган қисмига вазелин мойига ботирилган салфетка суртилади, устига салфетка ёпиб, кейин бинт ёки махсус бандажлар билан ёпиш лозим бўлади. Оқма атрофидаги терига Лассар пастаси ёки бошқа индифферент мазь

суртиш лозим бўлади. Оқма шаклланиб, жароҳат битгандан кейин терининг таъсирланишини камайтириш учун ҳар куни ванна қилиб туриш лозим бўлади.

**Меъдани ювиш** даво ва ташхислаш мақсадларида бажарилади. Меъданинг сурункали яралари, унинг пилорик қисми торайиши ҳисобига овқатни сифатсиз маҳсулотларнинг тутилиши ва кучли таъсир қилувчи заҳарли моддалардан заҳарланиши меъдани ювишга кўрсатма ҳисобланади.

Қизилўнғач ва меъдадан қон оқиши (яра, рак, веналарнинг варикоз кенгайиши), юрак-томир касалликлари (аорта аневризмаси, тож-томирлар етишмовчилиги, миокард инфаркти) монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади. Меъдани ювиш учун йўғон меъда зонди, сифими 0,5—1 литрли воронка ва уларни туташтирадиган резина найча ишлатилади. Бунинг учун бемор стулга ўтқазилади ва ундан оғзини очиш, бурун орқали чуқур нафас олиш сўралади. Сувга ҳўлланган меъда зонди оғиз орқали қизилўнғачга киритилади. Агар зондланишнинг иложи бўлмаса, кўрсаткич бармоқ ҳалқумга киритилиб, тил босилади ва бармоқ ёнидан зонд киритилади.

Баъзан бурун-ҳалқум ўта сезувчан бўлганда зондланшдан 2—3 минут олдин томоқ ва ҳалқумга 10 % ли новокаин, 2% дикаин эритмаси суртилади ёки 2% лидокаин аэрозоли ҳалқумга сепилади. Воронкани беморнинг тиззалари сатҳида тутиб турган ҳолда сувга тўлдирилади ва бемор оғзи соҳасидан аста-секин 25 см юқорига кўтарилади. Воронкадаги сув сатҳи найчага етиши билан воронкани пастга тушириб, аввалги ҳолатда тутиб туриш лозим. Меъдадаги сув билан суюлган меъда суюқлиги воронкага туша бошлайди. Воронкадаги меъда суюқлиги тўкиб ташланади. Бу муолажа меъда суюқлиги тўлиқ ҳайдалгунча бир неча марта қайтарилади.



### **Талабаларнинг мавзуга доир билимини аниқлаш учун тестлар**

1. Меъда ярасидан қон кетишига хос симптомни кўрсатинг:
  - а) сийдик ажралишининг бузилиши;
  - б) тери рангининг қизариши;
  - в) тана ҳароратининг кўтарилиши;
  - г) қоринда кучли оғриқ ва қаҳва қуйқаси кўринишида қайт қилиш;
  - д) артериал босимнинг кўтарилиши.
2. Жигар санчиғида биринчи ёрдам:
  - а) ўнг қовурға остига музли халта қўйиш;
  - б) сульфаниламид препаратларини бериш;
  - в) антибиотиклар юбориш;
  - г) ўнг қовурға остига иситгич қўйиш ва анальгетиклар юбориш;
  - д) меъдани ювиш.

3. „Ўткир қорин оғриғи“га қуйидагилар сабаб бўлади:
- а) қорин бўшлиғи аъзолари шикастлари;
  - б) ўткир аппендицит;
  - в) перитонит;
  - г) меъда ва 12 бармоқ ичак яраси перфорацияси;
  - д) ҳаммаси.
4. Ўткир холецистит учун қуйидаги клиник белгилар хос:
- а) ўнг қовурға остидаги оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши;
  - б) кўнгил айниши, қусиш;
  - в) „Ортнер“ симптоми мусбат;
  - г) муқкулларнинг таранглашуви;
  - д) ҳаммаси.
5. Ўткир панкреатитга хос бўлган оғриқ характерини аниқланг:
- а) ўраб турувчи белбоғ сингари сиқувчи оғриқ;
  - б) доимий симилловчи оғриқ;
  - в) лўқилловчи оғриқ;
  - г) тўхтаб-тўхтаб оғриш;
  - д) „Ханжарсимон“ оғриқ.



**Эслатма:** тўғри жавобнинг тагига чизилган.



### ***Мавзуга оид муаммоли масалалар***

1. 35 ёшли аёл шифохонага келтирилди. Шикоят: ўнг қовурға остида оғриқ, кўнгил айниши, қайт қилиш, лоҳаслик. Қовурға остидаги оғриқлар 5 йилдан буён безовта қилади.

Текширилганда умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери қопламлари рангсиз. Кўз оқи сарғайган, тили қуруқ, қараш билан қопланган, ўнг томондаги қовурғалари остида қорин мушаклари нафас олишда иштирок этмайди. Шеткин-Блумберг, Ортнер симптомлари мусбат.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.

2. Даво услубини танланг.

2. Бемор 20 ёшда. Тез ёрдам машинасида қабул бўлимига келтирилган. Анамнезида: зинапоядан югуриб тушаётган пайтида қорин билан йиқилиб тушган.

Шикоятлари: қорнида кучли оғриқ, кўнгил айниши, текширилганда тери қопламлари, шиллик қаватлари оқарган. Муздек тер билан қопланган. Нафас олиши, пульси тез, юзаки. Бемор оёқларини қорнига йиғиб олган ҳолатда ётибди. Нафас олиш вақтида қорин мушаклари қатнашмайди. Пайпаслаганда қорин мушаклари таранглашган (тахтасимон қорин) ва оғриқли.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво услубини танланг.



### ХIII. ОЁҚДА ҚОН АЙЛАНИШИНИНГ БУЗИЛИШИ СИНДРОМИ

#### Облитерацияловчи эндартериит ва атеросклероз

Облитерацияловчи эндартериит — артерия томирларининг аста-секин битишиши билан ўтадиган касалликдир. Оёқ томирлари кўпроқ зарарланади. Аксарият ёш эркак кишилар касалланади. Оёқларнинг совқотиши, нерв-асаб травмаси, тамаки чекиш, сурункали заҳарланиш унга мойиллик чақирадиган омиллардан ҳисобланади. Аввалига томирлар спазми, кейин томир деворида бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалин тортиши кўринишидаги морфологик ўзгаришлар рўй беради. Облитерацияловчи атеросклероз ёши улғайган кишиларда умумий атеросклероз заминида вужудга келади ва оёқ томирларининг бириктирувчи тўқимасининг ўсиб, қалин тортиши ва уларнинг атеросклеротик зарарланиши ҳисобига морфологик ўзгаришлари билан характерланади.

Облитерацияловчи эндартериит билан облитерацияловчи атеросклерознинг клиник манзараси бир-бирига кўп жиҳатдан ўхшайди. Бемор аввалига зарарланган оёқнинг совқотаётганидан, чумоли ўрмалаётгандек сезги пайдо бўлганидан нолийди. Сўнгра бунга болдир мушакларининг оғриғи қўшилади. Дастлаб бу оғриқлар юрганда пайдо бўлади, тўхтаганда эса йўқолади, бу „галма-гал оқсоқланиш“ симптоми дейилади.

Касалликнинг илк даври кўздан кечирилганда терининг рангсизланганлиги қайд қилинади. Тери пўст ташлайди, тирноқлар мўрт бўлиб қолади, оёқ пайпасланганда совуқ бўлади, оёқ панжаси дорзал артерияси ва катта болдирнинг орқа артериясида пульс йўқолади. Касалликнинг ривожланган даврида қўшимча ранишда сон артериясида пульсация йўқлиги қон алмашилиши бузилишидан дарак беради. Кейинчалик оёқ панжасининг бош бармоғида кичкина ярача пайдо бўлади, у катталашади ва бармоқ гангренашига, сўнгра оёқ панжаси гангренашига айланади.

**Давоси.** Қон таъминотини яхшилашга қаратилган. Беморга кўп ҳаракат қилмаслик тавсия этилади. Дорилардан спазмолитиклар ва томир кенгайтирувчи воситалар: дипрофен, пахикарпин, падутин ёки ангиотрофин, витаминлардан В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> ва аскорбинат кислота буюрилади. Буйрак атрофи тўқимасига новокаинли блокада қилиш ва барокамерада даволаш яхши самара беради. Консерватив даво етарлича натижа бермаганда даволашнинг операция усуллари татбиқ қилинади. Томирнинг чегараланган жойида морфологик ўзгаришлар юз берганда тромб томирнинг интим қавати билан бирга олиб ташланади (интим-тромбэктомия), трансплантат ёрдамида айланма анастамоз қўйилади ёки томирнинг шу қисми резекция қилиниб, томир трансплантатни кўчириб ўтказиш йўли билан қон таъминоти тикланади.

## Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши

Веналарнинг варикоз кенгайиши асосан оёқларда пайдо бўлади ва одатда катта тери ости веноз системасини зарарлайди. Касалликнинг асосий сабаблари эндокрин регуляцияси ва томирлар иннервацияси бузилишлари, вена девори эластик ва мушак элементларининг нобоплиги (иссиқ цехларда, кирхоналарда, новвойхоналарда) мойиллик туғдирадиган омиллардан ҳисобланади.

Беморларда варикоз кенгайган оёқнинг тез чарчаши, оғирлик сезгиси безовта қилади. Тик турганда болдир ва оёқ панжаси шишади, шунингдек болдирнинг орқа соҳасида тери ости веналари эгрибугри тусда кенгайиб, кўқарган ҳолда аниқ-равшан кўриниб туради. Оғир турларида тери юқалашади, пўст ташлайди, экзема ва тузалмайдиган яралар пайдо бўлади.

**Давоси.** Консерватив ва операция усулларида олиб борилади. Консерватив даво қилишда эластик бинтлар тақиш, эластик бинтлар қўйиш таклиф этилади.

Кичкина варикоз кенгайишларда венага склерозлайдиган молдалар юборилади. Вена склерозланади ва унинг бўшлиғи облитерацияланиб битади.

Катта варикоз кенгайган веналарга операция йўли билан даво қилинади. Бунда кенгайган вена зонд ёрдамида олинади (Бэбок операцияси) очик усулда қирқилади (Маделунг операцияси), катта тери ости венаси қўйилиш соҳасидан боғлаб қўйилади (Троянов-Тренделенбург операцияси) ва ичкарига кирадиган веналар гуруҳи болдир тўпиғи устидан боғланиб кесилади (Линтон операцияси).

## Флебит ва тромбофлебит

Флебит деганда, венанинг яллиғланиш жараёни тушунилади, жараён венанинг ташқи деворидан ҳам, ички деворидан ҳам бошланиши мумкин. Флебитга вена атрофидаги тўқималарнинг яллиғланиши, шунингдек венага таъсирлантирадиган моддалар (гипертоник эритмалар, антибиотиклар ва ҳ.к.) юборини сабаб бўлади. Венанинг яллиғланиш жараёнида қон ивийди (тромб), бу тромбофлебитга олиб келади. Флебит ва тромбофлебит қайси вена шикастланганига қараб юза ва чуқур бўлиши мумкин.

Юза веналар яллиғланганда уларнинг устидаги тери қизаради, юмшоқ тўқималар инфильтрацияга учрайди, маҳаллий оғриқ реакцияси кўрилади. Тромбофлебитда томирнинг айрим қисмлари зичлашган бўлади. Чуқур веналар шикастланганда беморнинг оёғи шишади. Маҳаллий клиник аломатлар билан бирга ҳароратнинг юқорилиғи, эт увишиши қайд қилинади.

**Давоси.** Бемор ўринда қимирламасдан ётиши ва шифокор назоратида бўлиши зарур. Бунда оёқлар баланд қилиб қўйилади. Антибиотик, антикоагулянтлардан гепарин, неодикумарин, пелентан

ва бошқалар буюриб, ҳар куни протромбин индекси албатта назорат қилиб турилади. Оёққа Вишневский малҳами суртилган компресс ёки гепарин малҳами суртилган боғлам қўйилади.

Касалликнинг ўткир даврида массаж қилиш ярамайди, чунки тромб узилиб ўпка томирларига тиқилиб қолиши мумкин.

### Тромбоз ва эмболия

Қоннинг ивиш системаси бузилганда ёки томир девори шикастланганда қонда унинг қатор таркибий қисмлари, фибрин ва эритроцитлар чўкади, улар ўзаро ёпишиб, томир йўлини бекитиб қўядиган компакт масса ҳосил қилади. Бу масса тромб, томирнинг тиқилиб қолиши эса *тромбоз* деб аталади. Одатда тромб ҳосил бўлиши аста-секин рўй беради, бу янгидан кенгайган, коллатераллар деган ном олган майда томирлар орқали айланма қон айланиш пайдо бўлиши учун шароитларни вужудга келтиради.

Тромбнинг бир қисми асосий массадан узилиб чиқиб, эмболга айланади. Кейинчалик эмбол томир бўшлиғини қон оқими орқали бекитиб қўйиши туфайли эмболияни келтириб чиқаради. Бундан ташқари, эмболияни ёғ бўлакчалари, ҳаво пуфакчалари, жароҳатда ёки инфекцияларда томир бўшлиғига тушган микроб тўпламлари ҳам келтириб чиқариши мумкин. Эмболияда қон айланиши тўсатдан бузилади, коллатераллар ривожланишга улгура олмайди, натижада тўқималар ёки аъзонинг тегишли қисми тез орада некрозга учрайди. Бош мия, юрак ва ўпка томирларининг эмболиялари айниқса хавfli бўлиб, кишининг тўсатдан ўлиб қолишига сабаб бўлиши мумкин.

Касалликнинг клиник белгиси тромб ҳосил бўлиши тезлигига, томирнинг катта-кичиклиги ва коллатераллар миқдорига боғлиқ. Веналар тромбозда қон айланишининг бузилиши, қон димланиши ҳодисалари (зарарланган вена соҳасида цианоз, шиш, оғриқ) билан таърифланади. Артериялар тромбозда қон томир йўли батамом бекилиб, қон айланишининг бузилиши аста-секин рўй беради ва кейинчалик гангренага олиб келиши мумкин. Артериялар эмболиясида тўсатдан кескин оғриқ туради, оёқлар совқотади, томир урмай қолади ва гангрена пайдо бўлади. Бош мия, ўпка, юрак эмболиясида уларнинг функцияси тўсатдан тўхтаб қолади. Эмболия қисман юз берганда аъзоларнинг иши батамом тўхтамайди ва даво тўғри олиб борилса, бемор ҳаётини сақлаб қолиш мумкин.

**Давоси.** Консерватив тадбирлар томир спазмини йўқотишга қаратилган папаверин, новокаин ва антикоагулянтлардан гепарин, палентан, некоикумарин, фибринолизин ва бошқаларни юборишга қаратилган. Оёқ томирлари тромбозда оёқни баланд кўтариб, мутлақ тинч ҳолатда қўйилади. Йирик артериал томирлар эмболиясида зудлик билан эмболэктомия операцияси ўтказилади.

## Некрозлар

Некроз ички ва ташқи омиллар таъсирида тўқималарда қон таъминоти ва озиқланишнинг бузилиши натижасида ҳосил бўлади. Некрозга сабаб бўладиган *ташқи омилларга*:

тўқима (мушаклар, нервлар, томирлар)ни чуқур шикаст-лантирувчи ўткир жароҳатлар;

тўқималарнинг жгүт ёки гипсли боғлам остида узоқ вақт босилиб ётиши;

ичакларнинг чурра дарвозасида эзилиши;

термик ва кимёвий омилларнинг таъсири (совуқ уриши, куйиш) киради.

*Ички омилларга*: қон томири эмболи, тромби, томирларни облитерацияловчи эндартериит ёки атеросклероздан торайиб бекилиб қолиши, микробларнинг заҳарлари (газли гангрена) таъсирида келиб чиқадиган некрозлар, периферик ва марказий нерв системасининг касаллиги ёки шикастланиши сабабли тўқималар иннервациясининг бузилиши киради.

**Некроз турлари.** Гангрена қўл ёки оёқдаги йирик қон томирлар ўтказувчанлигининг бузилиши натижасида юз беради. Гангренанинг *қуруқ* ва *ҳўл* турлари фарқ қилинади.

*Қуруқ гангрена* некротик тўқималарнинг аста-секин зичлашуви ва кўриши (мумификация) билан таърифланади. Соғлом тўқималар билан некрозга учраган тўқималар чегарасида грануляциян тўқимадан иборат демаркация чизиғи ҳосил бўлади. Тўқиманинг некрозланган қисми ўз-ўзидан кўчиши мумкин.

*Ҳўл гангрена* веноз қон айланиши бузилганда ва йирингли ёки ириган инфекция қўшилганда артериал томир бўшлиғи тез бекилиб қолганда (эмболия) кузатилади. Клиник жиҳатдан у тўқималарнинг шишганлиги, терида қорамтир қўнғир-қизил ёки кулранг доғлар ва бадбўй суюқлик билан тўлган пуфаклар пайдо бўлади. Касаллик оғир заҳарланиш билан кечади.

**Давоси.** Ўз вақтида даволанмаса бемор ўлади. Некроз турларини даволашда уни келтириб чиқарган омилларни ҳам бартараф этиш керак. Қон томир шикастланганда тромб тиқилади. Томир тромб ёки эмболдан бекилиб қолганда улар олиб ташланади.

Некрозда ҳўл гангрена ривожланишининг олдини олиш зарур. Шу мақсадда некроз майдонида тўқималарни қуритишни кўзда тутадиган очиқ усул билан даво қилинади.

Ҳўл гангрена қуруқ гангренага айлантиришга ҳаракат қилиш зарур. Бунинг учун спиртли боғламлар қўйилади, нобуд бўлган тўқималарга йод эритмаси суртилади. Демаркацион чизиқ пайдо бўлганда некрэтомия қилинади (жонсизланган майдон олиб ташланади).



## Яралар

Яра деб, тери ёки шиллиқ парданинг баъзан ичкарида жойлашган тўқималарга ўтадиган, битишга мойиллиги кам нуқсонига айтилади. Яранинг сурункали кечиши унинг характерли хусусияти ҳисобланади.

Яраларнинг ҳосил бўлиш сабаблари турли-туман. Бироқ уларнинг асосида тўқималар озиқланишининг бузилиши ётади, бу дистрофик жараёнга ва некрозга олиб келади. Яралар кўпроқ оёқ веналарининг варикоз кенгайиши, облитерацияловчи эндартериит ва атеросклероз заминида пайдо бўлади. Баъзан трофик яралар нерв устунлари шикастланганда, масалан, қўймич нерви шикастланганда товон ёки оёқ кафти соҳасида ҳосил бўлади. Заҳм ва сил яралари учрайди.

**Давоси.** Ярани ҳосил қилган сабабни аниқлаш зарур. Яралар одатда консерватив йўл билан даволанади ёки оператив йўл билан яра кесилади ва ҳосил бўлган тери нуқсони тери трансплантати билан бекитилади. Нерв устунлари шикастланиши натижасида пайдо бўлган яраларда улар чандиқли тўқималардан халос қилинади. Кейинчалик яра ўз-ўзидан битиб кетиши мумкин.

## Оқмалар

Оқма (фистула) деганда чуқур жойлашган тўқималар, аъзолар ва бўшлиқлардан гавданинг ташқи юзаси (ташқи) ёки бошқа аъзога (ички) келадиган патологик йўл тушунилади.

Келиб чиқишига кўра эмбрионал даврда ёриқлар ва унинг йўллариининг ўсиб етилмаслигидан ҳосил бўладиган т ў қ и м а (бўйин, киндик, қовуқ, ичак ва оралиқ) ва йирингли яллиғланиш жараёнлари (флегмона, абсцесс, остеомиелит ёки турли хил сабаблар) натижасида юз берган ор т т и р и л г а н оқмаларга бўлинади. Муайян кўрсатмаларга биноан хирург томонидан ҳосил қилинган с у н ь и й оқмалар (қизилўнғач, меъда, қовуқ, йўғон ичак) алоҳида гуруҳни ташкил этади.

Ташқи оқмаларни ташхислаш қийинчилик туғдирмайди. Бундай ҳолларда фистула каналини зондлаш ва унга контраст модда (йодолипол, сергозин, кардиотраст) юбориш, кейин эса рентгенография — фистулография қилиш буюрилади.

**Давоси.** Оқманинг давоси уни ҳосил қилган сабабни бартараф этишга қаратилади. Туғма, орттирилган ва сунъий оқмаларда кўпинча уларни хирургик йўл билан бекитишга ҳаракат қилинади.



### Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар

1. „Ўтиб кетувчи чўлоқлик“ симптоми қайси касалликда кузатилади?
  - а) оёқ веналари тромбозиди;
  - б) облитерацияловчи эндартериитда;
  - в) тромбофлебитда;
  - г) остеомиелитда;
  - д) артритда.

2. Веналарнинг варикоз кенгайиши учун қайси белги хос эмас?

- а) вена бўйлаб оғриқ;
- б) оёқ панжаларининг шишиши;
- в) тана ҳароратининг кўтарилиши;
- г) тери ости веналарининг бўртиб чиқиши;
- д) терининг юпқалашиб пўст ташлаши.

3. Облитерацияловчи атеросклерознинг асорати:

- а) гангрена;
- б) сарамас;
- в) веналарнинг варикоз кенгайиши;
- г) артроз;
- д) тромбофлебит.

4. Оёқ венаси тромбозининг асорати:

- а) гангрена;
- б) флегмона;
- в) трофик яра;
- г) остеомиелит
- д) артрит.

5. Ҳўл гангрена учун хос эмас:

- а) шиш;
- б) пульснинг йўқлиги;
- в) қорамтир, кулранг, қўнғир рангли доғлар;
- г) терида бадбўй ҳидли пуфаклар ҳосил бўлиши;
- д) демаркация чизиғи.



*Эслатма: тўғри жавоблар тагига чизилган.*

### ***Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар***

1. 28 ёшли аёл чап оёғининг юрганда чарчаши, увишиши, болдир мушакларининг тортишиб оғриши ва кечга бориб панжа соҳасида шиш пайдо бўлишидан шикоят қилиб қабул бўлимига мурожаат қилди. Обьектив текшириб кўрилганда, чап оёқнинг болдир соҳасида турли шаклдаги, чувалчангсимон, тери ости веналарининг бўртиб чиққанлиги, пайпаслаганда оғриши ва нисбатан совуқлиги аниқланди.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво услубини танланг.

2. Бемор юрганда ўнг болдир соҳасининг оғриши, оёғининг музлаши ва увишишидан шикоят қилади.

Анамнезидан: бемор 40 ёшда, сантехник бўлиб ишлайди. 3 йилдан буён уни оёқ оғриғи безовта қилади. Беморда олдинлари 300 метр, кейинчалик 150 метр, ҳозир эса 20—30 метр юрганда болдир соҳасида

кучли оғриқ пайдо бўлиб, 3—4 дақиқа дам олгандан сўнг оғриқ йўқолади. 22 йил мобайнида кунига 1 пачкадан сигарет чеккан, спиртли ичимлик ичиб туради.

Текширилганда оёқ териси оқарган, мушаклари қуриган. Тирноқлари нотўғри ўсган ва мўрт, тизза бўғими артериясида пульс жуда суст.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво услубини танланг.



## XIV. СИЙДИК АЖРАЛИШ ФАОЛИЯТИ-НИНГ БУЗИЛИШИ СИНДРОМИ

Урология хирургиянинг сийдик-таносил аъзолари (буйрак, сийдик йўллари, қовуқ, сийдик чиқариш канали, простата бези, мойқлар, жинсий олат)да касалликлари бор беморларни даволаш билан шуғулланадиган қисмидир.

**Беморни урологик текшириш усуллари ва терминологиялар.**

**Цистоскопия** — Бунда қовуқ махсус гистоскоп асбоби ёрдамида визуал текширилади. Қовуқ шиллиқ пардасидан ташқари сийдик йўли тешиклари кўздан кечирилади, уларнинг функцияси аниқланади ва сийдик йўллари катетерлаш ёрдамида кўтарилувчи пиелография қилинади.

**Хромо цистоскопия.** Бу усул буйрақлар функциясини аниқлаш имконини беради. Шу мақсадда венага 4 мл 0,4% ли индигокармин эритмаси юборилади. Қовуққа цистоскоп киритилади. Нормада 3—5 минут ўтгач, сийдик йўлларида кўк рангга бўялган сийдик ажралади. Индигокармин ажралиб чиқиши ушланиб қолганда буйрак ёки сийдик йўллари функциясининг бузилганлиги тўғрисида фикр юритиш мумкин.

**Сийдик йўллари катетеризация қилиш.** Текшириш учун махсус катетеризацион гистоскоп қўлланилади. Унинг ёрдамида сийдик йўлига махсус катетер киритилади. Сийдик йўли чандиқли торайганда ёки унга тош тиқилиб қолганда катетер тўсиқ олдида тўхтаб қолади. Сийдик йўли катетери орқали сийдикни бевосита буйрак жомидан олиш мумкин.

**Кўтарилувчи пиелография.** Сийдик йўли катетери орқали буйрак жомига контраст модда — 20%ли сергозин, верографин, кардиотраст, уротраст ёки кислород киритилиб рентген сурати олинади. Контраст модда фонида тошлар ва ўсма яхши кўринади.

**Венага контраст модда юбориб урография қилиш.** Венага 40% ли сергозин эритмасидан 50 мл юборилади ва 10, 20, 30 минутдан кейин сийдик йўлларида рентген сурати олинади. Бу усул буйрақларнинг ажратиш функцияси ва тўсиқлар борлигини аниқлаш имконини беради.

**Цистография.** 10—20 % ли сергозин, верографин ёки кардиотраст эритмасидан 150—100 мл қуйиб тўлдирилган қовуқни рентгенография қилишдир. Бу усул қовуқдаги ўсмалар ва шикастларни ташхислаш учун қўлланилади.

**Уретрография.** Бунда уретрага 10—20 % ли сергозин, верографин ёки кардиограф эритмасидан 10—20 мл юборилгандан кейин рентгенография қилинади. Бу текшириш усули уретра шикастлари ва ўсмаларини ташхислаш учун амалиётда кўп қўлланилади

### Урологик терминологиялар

**Нормал суткалик диурез** (бир суткада ажраладиган сийдик миқдори) ўрта ҳисобда 1,5 л (700 дан 3000 мл гача) га тенг.

**Полиурия** диурезнинг кўпайишидир. У ҳаддан ташқари кўп суюқлик ичганда қонда қанд миқдори ошганлиги натижасида қоннинг осмотик босими кўтарилганда (қандли диабет), гипофиз антидиуретик гормонининг фаоллиги етарлича бўлмағлиги натижасида каналчаларда сув реабсорбцияси бузилганда (қандсиз диабет), сурункали нефритларда буйрақларнинг концентрацион хусусияти пасайганда кузатилади.

**Олигурия** — диурезнинг барқарор пасайиши.

**Анурия** — сийдикнинг бутунлай ажралмай ёки чиқмай қолиши. У буйрак касалликлари оқибатида организм суетлашганда, сийдик йўлига тош, шиллиқ тиқилиб қолганда ёки уни ўсма босиб қўйганда, шунингдек қон айланиши бузилганда ёки рефлексор тарзда содир бўлиши мумкин. Нормала қовуқнинг сигими меъёрида бўлганда (200—300 мл) қовуқ суткасига 5—6 марта бўшатиб турилади.

**Поллакиурия** — сийдик чиқариш ритмининг тезлашуви, у аксари полиурия билан бирга учрайди. Бундай ҳолларда тез-тез сийдик қисташи қовуқнинг тўлишига боғлиқ. Поллакиуриянинг оғриқли ва қийналиб сийиш — **дизурия** билан бирга кечиши қовуқ яллиғланганда ёки унда тошлар бўлганда шиллиқ пардасининг таъсирланишида кузатилади.

**Протеинурия** (альбуминурия) — сийдикда оқсил пайдо бўлиши соғлом кишиларда ҳам жисмоний чарчагандан, кўп овқат ейишдан, совқотишдан кейин кузатилиши мумкин. Баъзи кишиларда протеинурия тана вертикал ҳолатда бўлганда рўй беради ва горизонтал ҳолатда йўқолади (**ортостатик протеинурия**).

Протеинурия аксарият нефрит, пиелонефрит (3—6%) ва нефрозда (10—50%) кузатилади.

**Гемоглобинурия** — сийдикда эркин гемоглобин пайдо бўлиши эритроцитларнинг жадал емирилиши (гемолиз)дан далолат беради. Бунда сийдик ундаги гемоглобин миқдорига кўра пушти рангдан қора ранггача бўялади. Сийдикда қон пайдо бўлиши гемчатурия дейилади.

### Буйрак касалликлари

#### Буйрақларнинг ёпиқ шикастлари

Буйракнинг ёпиқ шикастлари бел соҳасининг тўмтоқ нарсадан шикастланиши, баланддан йиқилиш, иккита нарса ўртасида қисилиб қолиш натижасида содир бўлади. Бунда кичикроқ **субкапсуляр ши-**

**кастлар, шунингдек буйракнинг тўла-тўкис ёрилиши ва унинг сийдик йўлидан узилишига бўлган оғир шикастларда** кузатилиши мумкин.

Бемор бел соҳасининг шикастланган ярмида оғриқ, шиш пайдо бўлишидан нолийди. Сийдикка қон араланиб келади. Касалликни аниқлашда цистоскопиянинг аҳамияти катта, бунда тегишли сийдик йўлида қон ёки қон лахтаси сийдик йўлининг нусхаси кўринишида ажралиб чиқади. Сийдик йўли узилганда ундан сийдик ажралмайди. Қовуқ ва уретра шикастлари ҳақида чаноқ суякларининг асоратланган синишлари бўлимига қаралсин.

**Давоси.** Кичикроқ шикастларда консерватив даво қилинади: тинч шароит яратилади, бел соҳасига музли халтача қўйилади; инфекциянинг олдини олиш учун антибиотиклар қўлланилади. Гемостатик даво: кальций хлорид, викасол, эпсилон-аминокапрон кислота ва шу кабилар тавсия этилади. Буйракнинг катта шикастларида операция қилиб даволашга киришилади — буйрак ёки сийдик йўлининг йиртилган қисми тикилади. Травма катта бўлса, иккинчи буйрак ишлаб турганига ишонч ҳосил қилгач буйрак олиб ташланади (нефрэктомия).

## **Буйракнинг яллиғланиш касалликлари**

### **Пиелонефрит**

Буйрак жоми, косачалари ҳамда паренхимасининг яллиғланиши пиелонефрит деб аталади. Ҳозирги вақтда антибиотиклар ва бошқа уросептиклар кенг қўлланилишига қарамасдан, пиелонефрит болалар орасида кенг тарқалган касалликлар жумласига киради. Бу касалликнинг келиб чиқиши сабаблари ангина, пневмония, фурункулёз, сепсис каби юқумли касалликлар, организмда сурункали йирингли ўчоқларнинг мавжудлигидир.

Боланинг функционал ва иммунобиологик ҳолати ҳамда илк давраларининг ўзига хослиги билан чамбарчас боғлиқ. Кичик ёшдаги болада пиелонефритнинг умумий белгилари яққол кўзга ташланади, маҳаллий белгилар ноаниқ бўлиб, ўзига хослиги кузатилмайди. Сийдик синдроми элас-элас билиниб, ташхис қўйишда тез-тез хатоликларга йўл қўйилади.

Чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда сийиш жараёни бузилиб, тана ҳарорати кўтарилади. Боланинг иштаҳаси йўқолиб ранги оқаради, қайд қилиб, ичи кетиши мумкин. Юқорида кўрсатилган белгилар асосида оғир токсикоз ва дегидратация ривожланади, сийдикда лейкоцитурия, макрогематурия (микрогематурия), протеинурия, цилиндрурия қайд этилади. Қонда анемия, ЭҚТнинг кучайиши, лейкоцитоз рўй беради. Катта ёшдаги болаларда ҳам токсикоз симптомлари пайдо бўлади. Улар бел соҳасидаги оғриқдан шикоят қилади. Бироқ, бу оғриқ қорин соҳасида бўлиши ҳам мумкин. Айрим ҳолларда бемор тизза ва сон бўғимларини буккан ҳолатда ушлаб ётишга мажбур бўлади. Одатда бу белгилар буйрак ўлчамлари анча катталашиб, йирингли жараён буйрак атрофига ўтганда кузатилади.

## Сурункали пиелонефрит

Сурункали пиелонефрит ўзининг тўлқинсимон кечиши билан таърифланади. Айрим беморларда бу хасталик латент бўлиб, у жуда хавфли. Латент пиелонефритнинг симптоми аниқ эмас. Талайгина беморларда бу хасталик диспансер кўригидан ўтаётганда тасодифан аниқланади. Айрим беморларда иштаҳа йўқлиги, беҳоллик, тана ҳароратининг субфебрил бўлиши, вақти-вақти билан кўтарилиб туриши, қорин соҳасида сим-сим оғриқ аниқланади. Болаларда сийиш жараёнида қисқа муддатли оғриқ бўлиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, белдаги увишган оғриқ ота-оналарнинг диққатини ўзига жалб қилиши мумкин. Аммо бу симптомлар тез ўтиб кетади. Шу сабабли ота-оналар бу шикоятлар билан камдан-кам мурожаат қиладилар.

**Давоси.** Пиелонефритни даволаш унинг босқичига боғлиқ. Бирламчи пиелонефритда беморга парҳез, антибактериал ва стимулловчи даво буюрилади. Пиелонефритни даволашда нефротоксик таъсири бўлмаган, пиелонефритда энг кўп учрайдиган микробларга таъсири кучли, концентрация етарли даражада юқори бўлган дорилар қўлланилади.

Пиелонефритни даволаш учун энг кам нефротоксик таъсирга эга пенициллин гуруҳи, гепарин, эритромицин ва левомецетин кабиларни қўллаш мақсадга мувофиқ. Нитрофуранлар (фурадонин, фуразолидон, фурагин) ва нолидаксин кислота ҳосилалари (неграм, невигармон) яхши натижа беради. Пиелонефритни даволашда грамм - мусбат ва грамм- манфий микробларга нисбатан антибактериал дори 5—Нок қўлланади. Пиелонефритни комплекс даволашда доривор гиёҳлар (далачой, мойчечак, марварак, наъматак, оқ қайин куртаги, буйрак чойи ва ҳ.к) ҳам яхши натижа беради. Касалликни даволаш узоқ муддатни талаб қилади.

## Буйрак-тош касаллиги

Буйрак-тош касаллиги нисбатан кўп учраб, бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Тошларнинг буйракдаги сонига нисбатан ягона буйрак тоши ёки бир неча буйрак тоши фарқланади. Тожсимон — коралл тош ёки тошлар буйрак косачаларига ўсиб кириб, даволашда анча қийинчиликларни тугдиради. Буйракдаги тошлар ҳар хил ўлчам ва шаклларга эга бўлиши мумкин. Бу сифатларни аниқлаш амалий жиҳатдан катта аҳамиятга эга. Бундан ташқари, потрама ҳам фарқ қилинадими, бунда тош ёки тошлар ҳам битта ёки иккита буйракда, сийдик йўлларида ҳамда қовуқда бирданга пайдо бўлиши мумкин.

Буйрак-тош касаллиги (нефролитиаз)нинг асосий клиник белгилари қуйидагилардир: белда оғриқ бўлиши, гематурия, лейкоцитурия, пиурия, дизурия ва майда тошларнинг сийдик билан чиқиши. Юқорида кўрсатилган белгиларнинг бўлиши тош ёки тошчаларнинг ўлчами, шакли, жойлашган ўрни ҳамда яллиғланиш жараёни бор ёки йўқлиги, шунингдек унинг фаоллиги билан чамбарчас боғланган.

Кичкина тош буйрак косачаларида жойлашган бўлса, уродина-

мика камдан-кам издан чиқади, демак, оғриқ симиллаган тусда бўлади. Ҳаракатчан тошда эса буйрак косачаси бўйни ёки буйрак жомчаси тешигига тош тикилиб қолишидан буйрак ички босими ошади ва бунда буйрак санчиғи кузатилади. Нефролитиазда буйрак санчиғи кўпинча тўсатдан бошланади, беморнинг бел соҳасида тўсатдан қаттиқ оғриқ туриб, соннинг олд юзасига, чов ва қовға, ўғил болаларда олат ва уруғдонларга, қизларда дилоққа беради. Буйрак санчиғи хуружи даврида кўнгил айниши ёки қайт қилиш кузатилади.

**Давоси.** Нефролитиазни даволаш ҳозирги кунда энг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолди. Тошнинг жойлашган ўрни, шакли, катта-кичиклиги, асоратланган ёки асоратланмаганлигига қараб кўпгина даво усуллари мавжуд. Беморларни дорилар билан даволаш консерватив усул ҳисобланади.

— оператив даволанишга вақтинча монеликлар бўлса.

Консерватив даво операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги даврларда ҳам қўлланилади. Ушбу вазиятда консерватив даво орқали тош ёки тошларни операция қилмасдан тушириш, операциядан олдин ва кейин ҳар хил асоратларнинг олдини олиш тушунилишини унутмаслик керак.

## Қовуқ касалликлари

### Цистит

Қовуқнинг яллиғланиши *цистит* дейилади. Одатда сийдик стерил бўлади. Қовуққа инфекция жомлардан, улар яллиғланганда (пиелит), сийдик чиқариш каналидан (инфекциянинг ретроград тарқалиши ва қовуқни катетерлашда) киради.

Ўткир ва сурункали цистит фарқ қилинади. Ўткир цистит бўлган бемор қовуқ соҳасидаги оғриқдан ва тез-тез сийиндан шикоят қилади. Сийдик лойқа, унда йиринг, баъзан қон бўлади, ишқорий реакцияга эга. Сурункали циститда бу ҳодисалар ўзгарган бўлади. Инфекция буйракка тарқалганда беморнинг аҳволи бирданига оғирлашиб қолади.

**Давоси.** Ўткир циститда ўринда ётиш режими, қовуқнинг таъсирланишини камайтириш учун сут-ўсимликли парҳез овқатлар буюрилади. Антибиотиклар, уросептиклар ва сульфаниламидлар билан даво қилинади. Кўп сууюқлик ичирилади. Ўткир оғриқлар босилгандан сўнг қовуқ кумуш нитрат (1:5000), симоб оксиганид (1:5000)нинг кучсиз эритмаси билан ювилади.

### Қовуқ тошлари

Қовуққа кичикроқ тошлар сийдик жомларидан тушиши мумкин, бироқ кўпинча улар ўз-ўзидан ҳосил бўлади. Эпителий, шилимшиқ, ёт жисм ва бошқалар тош учун ўзак бўлиши мумкин. Сийдик чиқариш каналининг чандиқли торайишида ва простата бези аденомасида қовуқдаги димланиш ҳодисалари ва цистит тошлар ҳосил бўлишига шароит яратади. Тошлар битта, кўп, майда (бир неча миллиметр

келадиган) ёки қовуқ бўшлиғини тўлиқ бекитиб турадиган даражада катта бўлиши мумкин. Кимёвий таркибига кўра фосфат, урат ва оксалатлар фарқ қилинади.

Қовуқ соҳасида оғриқ, тез-тез сийдик қисташи ва сийиб бўлиш биланоқ оғриқ пайдо бўлиб, унинг жинсий олат бошчасига тарқалиши, сийдик чиқариш канали тешигининг тош, қон лахтаси ва шиллик билан бекилиб қолиши натижасида сийдик чиқишининг тўсатдан тўхтаб қолиши қайд қилинади. Қовуқни металл катетер билан катетерлашда, металлни тошга урилишида чиқадиган ўзига хос товуш сезгиси пайдо бўлади. Узил-кесил ташхис цистоскопия, цистография ва умумий рентгенографиядан кейин қўйилади.

**Давоси.** Қовуқдаги тошлар махсус асбоблар: литотриптор ёки УРАТ—1 аппарати ёрдамида майдаланиб, сўнгра ювиб турилади. Давонинг бошқа усулида қовуқ операция йўли билан очилгандан кейин тошлар олиб ташланади.

### **Простата беzi касалликлари**

**Простата беzi аденомасида** безсимон тўқима ва бириктирувчи тўқиманинг простата беzi катталашади ва ўсиб қалинлашади. Простата беzi катталашганда сийдик чиқариш тўсилиб қолади, натижада қовуқ, сийдик йўллари ва ҳатто жомларида сийдик доим димланиб туради. Димланган сийдикка инфекция қўшилса, цистит ва пиелонефрит пайдо бўлади. Простата аденомаси ракка айланиши мумкин. Касаллик асосан ёши улғайган кишиларда учрайди.

Касалликнинг дастлабки босқичида сийдик чиқариш қийинлашади ва тез-тез сийдик қистайди, бу ҳолат тунда кучаяди. Кейинчалик сийдик бутунлай ушланиб қолади. Қовуқ чўзилиб кетади. Сийдик чиқариш каналидан сийдик тўхтовсиз томчилаб чиқиб туради. Палпацияда простата безининг катталашганлиги аниқланади. Ракка айланган простата беzi эгри-бугри, жуда берч консистенцияга эга бўлади. Цистоскопияда катталашган простата беzi қовуқ бўшлиғига чиқиб туради.

**Давоси.** Сийдик бирдан тугилиб қолганда катетеризация қилинади. Аввалига юмшоқ катетер киритилади, уни киритишнинг иложи бўлмаса, металл катетер киритилади. Иссиқ муолажалар тавсия этилмайди. Синэстрол, сустанон, эндокрин препаратлари қўлланилади. Одатда консерватив даво қисқа муддат таъсир этади. Радикал даво простата безини олиб ташлаш (аденомэктомия) дан иборат. Беморнинг аҳволи оғир бўлганда, қов усти фистуласи қўйиш билан кифояланилади.

### **Мояк касалликлари**

#### **Мояк истисқоси**

Истисқо — моякнинг асл пардаси бўшлиғида суюқлик йиғилишидир. У туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Орттирилган турларида унинг қўшни тўқималаридаги жароҳат ёки сурункали яллиғланиш жараёни этиологик омил ҳисобланади. Суюқлик тиниқ сарғимтир тусли бўлади. Унинг миқдори 1—2 л гача етиши мумкин.



Ёрғоқнинг тегишли ярми катталашади. Мояк пардалари истисқосида бутун ёрғоқ катталашади. Пальпация қилишда оғримайдиган эластик тузилма аниқланади. Флюктуация қайд қилинади. Перкуссияда бўғиқ товуш аниқланади. Мояк орқали ёруғлик дастаси ўтганда бу соҳа кўринади (*диафаноскопия*). Болаларда мояк ва уруғ тизими истисқолари жуда кўп учрайди.

**Давоси.** Радикал операция тузалишга имкон беради. Винкелман усули пардаларни қирқиб ва уларнинг ички юзасини ташқарига ағдаришдан иборат. Пардалар Бергман усулида кесилади. Болаларда эса аксарият Росс усулида операция бажарилади.

**Орхит.** Тухумнинг яллиғланиши *орхит* дейилади. Бу касаллик сил ёки бошқа микобактериялар томонидан вужудга келиши мумкин.

Эпидидимит — мояк ортиқларининг яллиғланиши. Этиологияси орхитдаги каби. Касаллик кўзгатувчи турига қараб даволанади.

## Сийдик чиқарув йўлига алоқадор касалликлар

### Эписпадия

Эписпадияда сийдик чиқариш каналининг дорсал девори йирилиб, олат говак таналари ҳам бир-бири билан зич ёпишмаган бўлади. Асосан эписпадия шаклига боғлиқ. Олат боши эписпадиясида олат боши яссиланган бўлади. Сийиш жараёни ҳам бузилмаган, лекин сийдик турли томонга сачрайди. Эрекцияда олат танаси оз ёки кўпроқ қорин тарафга эгилган бўлади. Тана эписпадиясида уретра тешиги олат танасида жойлашади. Қов суяклари симфиздан узоқлашган, қориннинг тўғри мушаги йўқ ёки кам ривожланган. Олат эрекцияланганида қорин томонга анча эгилади. Айрим ҳолларда бола кулганда, кучанганда сийдик томчилайди. Сийиш пайтида бола тиззасига суянади (сийдик сачрамаслиги учун).

*Тотал эписпадияда* уретранинг дорсал девори бўлмайдди, олат ҳаддан ташқари эгилган бўлади. Қов суяклари бирлашадиган симфиз соҳасида даҳансимон тешик бўлиб, ундан тўхтовсиз сийдик чиқиб туради. Айрим ҳолларда қовуқ шиллиқ қавати ҳам шу тешикдан кўринади. Қов суяклари орасидаги диастаза 8—12 см гача боради. Бемор „ўрдак юриш“ қилиб юради. Ёрғоқ ривожланмаган, унинг атрофи ва сон терилари чақаланган. Эписпадияга учраган беморларнинг 30 % ида крипторхизм, юқори сийдик йўллари нуқсонлари кузатилади.

**Давоси.** Эписпадиянинг олат боши ва клитор турларида даво тадбирлари кўрилмайди. Тана ва тотал шаклдаги эписпадияларни операция қилиш зарур. Агар сийдик тута олмаслик аниқланса, энг аввало шу нуқсонни бартараф этиш лозим.

### Гипоспадия

Гипоспадияда уретра олд деворининг бўлмаслиги, сийдик чиқариш канали ташқи тешигининг қисман ёки олат воляер юзасининг турли жойларида бўлиши кузатилади.

Сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги олат боши чўққисида бўлмай, олат тож эгати ёки танасининг турли жойларида ҳамда ёргоқ ва ораликда бўлса, буни гипоспадия деб тушунмоқ керак. Бунда уретра тешиги қаерда жойлашганлигига кўра унинг шакли аниқланади.

Шуниси муҳимки, гипоспадия тешигидан то олат бошигача хорда тортқиси ва фиброз чандиқлар мавжуд бўлиб, улар олатнинг воляр юза томонга эгилишини таъминлайди. Шунинг учун ҳам гипоспадияга учраган олат худди вергулга ёки ўроққа ўхшаб эгилади. Йиллар ўтиши билан говак таналар ўсаверади, бироқ хорда тортқиси ва фиброз чандиқлар узунлиги ўзгармасдан қолаверади. Шу сабабли олатнинг эгиклиги тобора орта боради. Шу эгиклик туфайли гипоспадиянинг ёргоқ, тана-ёргоқ ва оралиқ турларида болалар ўтириб сийишга мажбур бўладилар.

**Давоси.** Гипоспадияни даволаш асосан 3 босқичда олиб борилади. 1. Олат эгрилиги тўғриланади. 2. Уретропластика ўтказилади. 3. Неоуретра билан уретра уланади.

Гипоспадия тешиги стенозини баргараф қилиш бужлаш ёки операция йўли билан ҳам бажарилиши мумкин. Олатни тўғрилаш — биринчи босқич операцияси бўлиб, бунда олат воляр юзасидаги хорда тармоқлари ва фиброз чандиқлар олиб ташланади ва олат эгрилигига барҳам берилади. Бу операция бола 1—2 яшарлигида бажарилгани маъқул. Иккинчи босқич операцияси — уретропластика деб аталди. Одатда бу операция 2—3 ёшларда амалга оширилади. Уретропластика қуйидаги талабларга жавоб бериши керак: а) олат эрекция бўлганида у эгик бўлмаслиги шарт; б) уретранинг ташқи тешиги олат бошида бўлиши зарур; в) уретранинг ташқи тешиги етарли даражада кенг бўлиб, сийишда сийдик оқимининг эркин чиқишини таъминлаши керак.

### Баланопостит

Бу олат боши ва кертмак варақларининг яллиғланишидир. Хасталик асосан туғма ва орттирилган фимоз натижасида кертмак халтачалари ичида яллиғланиш бошланиб, олат бошига ҳам ўтиши сабабли келиб чиқади.

Белгилари: яллиғланиш ҳамда фимоз туфайли сийдик тутилиши кузатилади. Баъзан кертмак тешигининг торайишидан (яллиғланиш туфайли) сийдик ингичка оқим билан чиқади. Яллиғланган жойлар сийдик таъсирида безиллаб, ачишиб оғрийди ва бундан болалар қийналади. Шу сабабли улар сийишдан кўрқиб, сийдикни сунъий равишда тутиб туришга ҳаракат қилади. Аммо уддасидан чиқа олмасдан сийишга мажбур бўлади ва бунда улар қаттиқ чинқириб йиғлайди.

**Давоси.** Яллиғланиш жараёнига қарши дорилар қўлланади. Олат илиқ антисептик (фурациллин ёки калий перманганат эритмалари билан) ванна қилинади. 5—10 % ли синтомицин эмульсиясини қўллаш яхши натижа беради. Баланопоститнинг тез-тез қайталаниши циркумцизиядан далолат беради.

## Фимоз

Кертмак тешигининг тўқима ўсиши ёки чандиқ ҳисобига торайиши оқибатида сийишнинг қийинлашиши фимоз дейилади. Бу жинсий олат бошчасининг очилишига тўсқинлик қилади. Фимоз болаларда кўп учрайди ва туғма характерда бўлади. Катталарда фимоз кертмак жароҳатидан ёки яллиғланишдан (кўпинча сўзақли яллиғланишдан) кейин юзага келади. Кертмак тешиги торайганда сийиш қийинлашади (сийдик ингичка оқим билан чиқади). Сийдик тутилишига яллиғланиш кўшилиши мумкин, бу оғриқли сийишни келтириб чиқаради.

**Давоси.** Фимозда антисептикли маҳаллий ванначалар буюрилади ёки кертмак айлантириб кесилади.

## Парафимоз

Касаллик фимознинг асорати ҳисобланади. Жинсий олат бошчаси торайган чекка кертмакдан сирғалиб чиқади ва қисилиб қолади, бу ўз навбатида қон айланишининг бузилишига олиб келади. Олат бошчаси шишади ва кўкариб кетади. Ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатилмаса, олат бошчаси некрозланиши (ириши) мумкин.

**Давоси.** Олат бошчасига вазелин суртилади, уни 2- ва 3- бармоқлар билан ушлаб туриб, бош бармоқ билан унинг бошчаси босиб тўғриланади ёки кертмак орқа (дорсал) юзаси бўйича кесиб тўғриланади.

## Урологик беморларни парвариш қилиш

Урологик беморларни парвариш қилишнинг асосий усуллари умумий ихтисосликдаги хирургик беморларни парвариш қилишдаги каби бўлади. Бироқ унинг ўзига хос томонлари ҳам бор. Операциядан олдин буйрақлар функциясини яхшилашга алоҳида аҳамият берилади. Шу мақсадда оқсиллар ва тузи кам парҳез таомлар (стол №7) тайинланади, диурезни кўпайтирадиган воситалар (40 %ли глюкоза эритмаси) юборилади. Сийдик инфекция билан зарарланганда микробларнинг дори моддаларига сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда антибактериал даво тавсия этилади.

Урологик касалликлари бор беморларнинг кўпчилигини ёши улғайган ва кекса кишилар ташкил қилади, шу сабабли улар организмнинг айниқса операцион жароҳатга компенсатор имкониятлари пасайиб кетишини назарда тутиш зарур. Ёши катта одамларнинг нерв системаси тез чарчайди. Тиббиёт ходимининг вазифаси бемордаги операциянинг қандай натижа билан тугашидан қўрқиш ҳиссини йўқотиш мақсадида унинг руҳини кўтаришдан иборат.

Кекса ёшдаги кишиларнинг кўпчилигида юрак-томир системаси фаолияти ўзгариб, қон айланиши етишмовчилиги, жигар ва бошқа аъзолар ишининг бузилиши аломатлари кузатилади. Буларнинг ҳаммаси касаллик ўтишини анча оғирлаштиради ва операциядан олдинги тайёргарликни узайтиради.

Операциядан кейинги даврда қон оқаётгани, шунингдек дренажнинг бекилиб қолгани ёки сурилганини ўз вақтида аниқлаш учун боғлам ва дренажларни назорат қилиб бориш зарур. Одатда урологик операциялардан, жумладан гистотомиядан кейин сийдик оқиб чиқиши учун дренаж қолдирилади ва катетерлар киритилади. Каравотга шиша боғлаб қўйилади, унга дренаждан чиқадиган суюқлик йиғилади.

Ичидаги суюқликни кузатиб туриш учун шишалар тиниқ ва инфекция тушишининг олдини олиш учун стерил бўлиши шарт. Сийдик ҳидини йўқотиш мақсадида одатда шишага оз миқдорда дезодорация қиладиган моддалар (калий перманганат ва бошқалар) қўйилади. Узайтиргич сифатида ҳар ер-ҳар ерида шиша найчалари бўлган резина найчалар ишлатилади.

Диурезнинг аниқ ҳисобини олиб бориш — табиий йўл ва дренаж орқали чиқадиган сийдик миқдорини ҳамда найча ёнидан сизиб чиққан сийдик миқдорини алоҳида-алоҳида аниқлаш зарур. Одатда дренажлар дока боғичлар билан маҳкамланади, бунда тана айлантириб боғланади ёки унга пластр ёпиштириб қўйилади. Мацерацияни профилактика қилиш учун дренажлар атрофидаги териға индифферент маз суртилади.

Ёрғоқдаги операциялардан кейин докадан тайёрланган стерил суспензорий ишлатилади. Катетер ва дренажларни шифокор алмаштиради. Ҳамшираға қовуқни дренаж ёки катетер орқали ювиш вазифаси топширилади. **Қовуқни ювиш** учун Эсмарх кружкаси ёки Жане шприцидан фойдаланилади. Одатда бирор антисептикнинг кучсиз эритмаси қўлланилади: қовуққа 50—100 мл эритма юборилади, сўнгра чиқарилади. Бундай муолажалар бир неча марта, то соф суюқлик пайдо бўлгунча қилинади. Суткасига кам деганда 3 марта ювилади. Чоклар олингандан кейин ванналар тавсия этилади. Дренаж етарлича бўлмаганида сийдик чўнтаклари ҳосил бўлади. Ажралмаларнинг дренаж орқали чиқмай қолиши ва ҳароратнинг кўтарилиши сийдик чўнтаклари пайдо бўлганидан далолат беради.

**Қовуқни катетерлаш усули.** Юмшоқ (резина) ва қаттиқ (металл) катетерлар бўлади. Катетерлар 30 хил бўлиб, улар бир-биридан ўлчами бўйича (диаметри 1/3 мм) дан фарқ қилади. Одатда ўртача рақамлари (14—18) ишлатилади. Аввалига юмшоқ катетер билан катетерланади, бу натижа бермаганда металл катетер қўлланилади.

**Эркаларға катетер қўйиш:** бемор оёқларини кериб чалқанча ётади. Оёқлари орасига тоза тувак қўйилади. Чап қўл билан жинсий олат ушланиб, унинг бошчасига дезинфекция қиладиган эритма (0,1% ли сулема, калий перманганат эритмаси) суртилади. Стерил катетер учига стерил глицерин ёки вазелин мойи қўйилади. Юмшоқ катетер пинцет билан қўйилади, металл катетер қарама-қарши учидан ушланади ва аввалига деярли пастга туширилиб, катетер учи қовуққа киритилади ва сийдик йиғилади.

**Аёлларға катетер қўйиш.** Бунинг учун чап қўл билан жинсий лаблар керилади, вульва дастлаб фурациллин эритмаси билан яхшилаб артилади ва катетер сийдик чиқариш каналиға киритилади.



## Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар

1. Сийдик тутилиши қандай номланади?

- а) полиурия;
- б) гематурия;
- в) пиурия;
- г) диурез;
- д) анурия.

2. Операция йўли билан буйракни олиб ташлаш қандай номланади?

- а) аппендэктомия;
- б) спленэктомия;
- в) лапаратомия;
- г) нефрэктомия;
- д) резекция.

3. Сийдикда қон пайдо бўлиши қандай номланади?

- а) полиурия;
- б) анурия;
- в) олигурия;
- г) протеинурия;
- д) гематурия.

4. Фимознинг асоратини кўрсатинг:

- а) баланопостит;
- б) цистит;
- в) орхит;
- г) эпидидимит;
- д) простатит.

5. Ўткир сийдик тутилишида биринчи ёрдам:

- а) қовуқ соҳасига иситгич қўйиш ва қовуқни катетерлаш;
- б) қовуқ соҳасига музли халта қўйиш;
- в) тозаловчи ҳуқна қилиш;
- г) антибиотиклар юбориш;
- д) УВЧ.



*Эслатма: тўғри жавоблар тагига чизилган.*



### *Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар*

1. Бемор 70 ёшда. Шикоят: сийдик тутилиши, сийишнинг бузилиши ва қориннинг пастки соҳасидаги кучли оғриқ. Анамнезидан: спиртли ичимлик ичган, 2—3 кун олдин қийналиб сийиш ва тунда сийдик тутилиши кузатилган.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий таъхисингиз?

2. Даво режасини тузинг?

2. Бемор 18 ёшда. Оғир аҳволда касалхонанинг хирургия бўлимига келтирилган. Олиб келган одамнинг гапига қараганда беморни машина уриб кетган. Бемор ҳушини йўқотмаган, бош айланиши, кўнгил айланиши, чап бел соҳасидаги кучли оғриқдан, бел соҳасининг чап томони ва қориннинг пастки қисми шишидан ва қон сийишдан шикоят қилади. Кўздан кечирилганда тили қуруқ, тоза, қорни асимметрик, нафас олишда суст қатнашади. Пайпаслаганда қориннинг чап ярми ва чап ёнбош соҳасида оғриқ ва таранглашиш белгилари аниқланди. Буйрак қўлга билинмайди. Чап бел соҳасида қизариш ва аниқ кўришиб турадиган гематома бор. Беморнинг аҳволи оғирлашиб бормоқда. Териси ва шиллиқ қаватлари оқарган, совуқ тер босган. АҚБ 80/60 мм симоб устунига тенг.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво режасини тузинг.



## XV. ЎСМАЛАР СИНДРОМИ

Ўсма деганда тўқималарнинг патологик ўсиши тушунилади, у бир неча сабабларига кўра ҳосил бўлади ва у соғлом тўқималардан тузилиши, ривожланиши, ўсиши, озиқланиши ва моддалар алмашинуви жараёнлари билан кескин фарқ қилади.

**Ўсмаларнинг таснифи.** Ўсмалар уларни ташкил этган тўқималарнинг тузилишига кўра қуйидаги гуруҳларга бўлинади.

1. Эпителиал ўсмалар: хавфсиз (папилломалар — сургичсимон, аденомалар — безсимон, кисталар — бўшлиқли ўсмалар); хавфли ўсмалар (карцинома ёки рак).

2. Бириктирувчи тўқима ўсмалари: хавфсиз (фибромалар); хавфли (саркомалар).

3. Томир ўсмалари: а) хавфсиз; (гемангиома, лимфангиома); хавфли (гемангиосаркомалар).

4. Ёгли ўсмалар (липوما) хавфсиз: хавфли (липосаркома).

5. Нерв тўқимаси ўсмалари: а) хавфсиз (невринома); б) хавфли (хавфли невринома).

6. Пай қинлари ва бўғим халталари ўсмалари: а) хавфсиз (синовиома); б) хавфли (хавфли синовиома)

7. Аралаш ўсмалар: хавфсиз ва хавфли тузилишга эга бўлган турли хил тўқималардан иборат ўсмалар.

**Хавфли ўсмалар** деганда етилмаган тўқимадан ривожланган ўсмалар тушунилади. Улар тез ўсиши, қўшни тўқималарга ўсиб кириши ва ўсма ҳужайраларининг лимфа йўллари ёки қон томирлари системаси орқали бошқа аъзолар ва тўқималарга тарқалишига (метастазланиш) мойиллиги билан ажралиб туради.

Ўсма олиб ташлангандан кейин у яна шу соҳада пайдо бўлиши мумкин. Ўсмаларнинг қўшни тўқималарга ўсиб кириши ўсма

хужайраларининг тўқималараро ёриқларга кириши, қўшни тўқималарни емириши ўрин алмашинуви йўли билан содир бўлади. Бундай ўсиш инфилтратив ўсиш дейилади. Метастатик ўсма оналик ўсма тузилишига эга ва тез суръатда ўсиши билан фарқ қилади. Хавфли ўсмаларда организмнинг ҳолдан тойиши — кахексия кузатилади.

Хавфли ўсманинг ривожланишида тўрт давр фарқ қилинади:

- 1) ўсманинг маҳаллий ўсиши;
- 2) унинг лимфа йўллари бўйлаб яқиндаги лимфа тугунларигача тарқалиши;
- 3) метастазларнинг гематоген тарқалиши;
- 4) ўсманинг бутун организм бўйлаб тарқалиши.

**Хавфсиз ўсмалар** етилган тўқимадан ташкил топган, қўшни тўқималарни суриб ўсадиган, аммо уларга ўсиб кирмайдиган, метастазлар бермайдиган, умумий ҳолсизликка сабаб бўлмайдиган ва емирмайдиган ўсмалар киради.

**Ўсмаларнинг пайдо бўлиши ва ўсиш сабаблари.** Ҳозирги вақтда ўсмалар пайдо бўлишини тушунтирадиган асосий назария поли-этиологик назария ҳисобланади. Бу ўсма назариясига биноан тирик организмнинг ҳар бир хужайрасида ўсма қўзғата оладиган махсус вирус бўлади, бироқ бу вирус фаолсиз ҳолатда туради (анабиоз). Унинг фаол ҳолатга ўтиши учун қатор ташқи омиллар (канцерогенлар) нинг қўшимча таъсири бўлиши зарур. Улар ўз навбатида кимёвий (чиқинди газ, тутун, кимё корхоналарида бўладиган бензпиренлар, ароматик аминлар ва ҳоказо), физикавий (қуёшнинг ультрабинафша нурлари, рентген ва гамма нурлари, атомнинг элементар заррачалари ва ҳоказолар) ва биологик (турли паразитар) омилларга бўлинади.

Вирус фаолланади ва хужайранинг ген структурасига, хусусан ДНК ва РНК га таъсир қилиб, ирсиятни ўзгартиради, бу тўқиманинг янги тури, яъни ўсма ҳосил бўлишига олиб келади. Бироқ бунда юқорида айтиб ўтилган омиллар мавжудлиги кўпинча ўсма ривожланиши учун кифоя қилмаслигини унутмаслик зарур. Организм иммунобиологик ҳимоя кучларининг пасайиши ўсма ривожланишига сабаб бўлади.

### **Ўсмаларнинг айрим турлари**

**Папилломалар** — эпителий билан қопланган бириктирувчи тўқима асосидан иборат сургич қаватининг хавфсиз ўсмаларидир. Улар терида ёки шиллиқ пардаларда (аксарият меъда, ичаклар ва сийдик ажратиш системаси шиллиқ пардаларида) кузатилиши мумкин. Папилломалар гоҳо хавфли ўсмага айланиб кетади.

**Аденомалар** — без тўқималарида ҳосил бўлади. Баъзан у безсимон ракка айланиши мумкин. Улар тананинг без тўқималари бўлган ҳамма аъзоларида, жумладан сўлак, лимфа, сут, қалқонсимон, тухумдон безларида учрайди.

**Дермоид кисталар** — халтасимон тузилмалар бўлиб, эмбрионал ривожланиш даврида тери кичикроқ бўлакчаларининг ичкарига кириши натижасида вужудга келади. Уларнинг зич пардаси бўлиб,

бу парда тери ёғи билан кўчган эпителий таначалари аралашмаси, тук (соч) дан иборат бўтқасимон массани ўраб туради. Кўпроқ чанок ва олдинги кўкс оралиғи соҳасида жойлашади.

**Рак** — эпителий ҳужайраларидан ривожланиб, энг кўп учрайдиган хавфли ўсма ҳисобланади. Рак эпителий ҳужайралари бўлган ҳамма аъзоларни зарарлайди. Эпителийнинг ўзгариб, атипик тузилишига эга бўлиши рак ўсмасининг аломати ҳисобланади.

Рак ўсмасининг тез ўсиши ва қон билан етарлича таъминланмаслиги ўсма қисмларининг некрозга учрашига, кейин парчаланиб, бўшлиққа ва яралар ҳосил қилинишига олиб келади. Рак яраси ўзига хос белгилар билан ажралиб туради: четлари ва туби зич, ёғли парда билан қопланган. Рак ўсмасининг лимфа ва қон томирлар бўйлаб метастаз бериши характерлидир. Рак жараёни кўпинча кахексия билан ўтади. Меъда раки билан зарарланганда кахексия айниқса кузатилади.

**Фиброма** — бириктирувчи тўқимадан тузилган хавфсиз ўсма бўлиб, организмнинг деярли барча тўқималарида учрайди. Кўпроқ бачадон, тери, тери ости тўқимасида жойлашади. Ўсиб, жуда ҳам катталашиб кетиши мумкин.

**Липома** — ёғ тўқимасидан ҳосил бўладиган хавфсиз ўсма. Бўлаксимон тузилишга эга, юпқа деворли капсула билан ўралган, секин ўсади. Ҳар қандай аъзода, ёғ тўқимаси бўлган ерда жойланади.

**Хондрома** — тоғай тўқималаридан тузилган хавфсиз ўсма. Секин ўсиши билан ажралиб туради.

**Остеома** — суяк тўқимасидан иборат ўсма. Секин ўсади. Айниб, хавфли турга ўтиб кетиши мумкин.

**Саркома** — бириктирувчи тўқимадан ривожланадиган хавфли ўсма. У тоғай тўқимасидан пайдо бўлса — хондросаркома, суякдан ҳосил бўлса, остеосаркома, фасциялардан ташкил топса, фибросаркома, лимфа тугунларидан — лимфосаркома, қон томирларидан — ангиосаркома дейилади. Саркома ўзининг кечиш хусусиятига кўра хавфли ўсмаларнинг барча аломатларига эга

**Ангиома** — томирлардан ўсиб чиқадиган хавфсиз ўсма бўлиб, лимфангиома ва гемангиомаларга бўлинади. Гемангиомалар ўз навбатида: 1) оддий ёки капилляр гемангиомалар; 2) каверноз ёки горсимон гемангиомалар; 3) шохланадиган гемангиомаларга бўлинади.

Катта гемангиомаларда ўсма соҳасида кўпинча томир шовқинини эшитиш мумкин.

**Миома** — мушак тўқимасидан ҳосил бўладиган ўсма. Силлиқ мускул ўсмаси — лейомиома, кўндаланг-таргил мускул ўсмаси — рабдомиома дейилади. Улар секин ўсади.

**Невринома** — нерв устунининг Шванн пардаларидан ҳосил бўлган ўсма (Шваннома) кам учрайди. Кўпинча қуймич, ўрталик ва тирсак нервларида жойлашади. Ўтказувчи тур бўйича оғриққа сабаб бўладиган кичикроқ ўсмасимон тузилмадан иборат.

**Глиома** — бош ва орқа мия ўсмаси хавфсиз ўсма бўлишига қарамай, инфилтратланиб тез ўсиши, теварак-атрофдаги тўқималарга



ўсиб кириши билан характерланади. Глиома олиб ташлангандан сўнг рецидив юз бериши мумкин.

Хавфли ўсмаларни ташхислаш бошқа касалликлар ташхисидаги каби анамнестик маълумотларга эга. Бемор шикоятларини кўздан кечириш натижаларига ва аниқ ташхис қўйиш имконини берадиган текширишнинг қўшимча усулларига гистологик ташхис киради. Бунда аъзодан пунктат ёки суртма олиниб, ўсма тузилиши аниқланади. Бундан ташқари, хавфли ўсмаларни ташхислашда аъзоларни умумий рентгенография, томография, радиоизотоп сканирлаш ва УТТ текширишларини олиб бориш ўз вақтида ташхислашга ёрдам беради.

Хавфли ўсмаларни эрта аниқлаш учун тиббиёт ходимлари онкологик жиҳатдан ҳушёр бўлишлари керак. 40 ёшдан ошган ва турли сурункали касалликлари бўлган шахслар „касаллик хавфи ошган“, яъни хавфли ўсма ривожланишига мойил гуруҳга киритилади ва йилига камида бир марта профилактик махсус текширувдан ўтишлари лозим бўлади.

Толали оптикеси бор замонавий асбоблар ёрдамида ўтказиладиган эндоскопик текширувлар (фибробронхоскоп, фиброэзофагоскоп, фиброгастроскопия, фиброколоноскопия ва бошқалар ташхис қўйиш имкониятини анча кенгайтиради.

**Хавфли ўсмаларнинг ривожланиш босқичлари.** Хавфли ўсмага ташхис қўйиш билан бирга касалликнинг қандай босқичда эканлигини аниқлаш лозим. Даво унинг қуйидаги босқичига қараб буюрилади:

*1- босқичда* регионар лимфа безларини эгалламаган ва ичкарида жойлашган тўқималарга ўсиб кирмаган кичкина ўсма борлиги билан характерланади.

*2- босқичда* ўсма тўлиқ аниқланади, бироқ, зарарланган аъзодан ташқарига чиқмаган бўлади. Регионар лимфа тугунларига якка метастазлар бериши мумкин.

*3- босқичда* ўсма зарарланган аъзодан ташқарига чиқади ва яқин жойлашган тўқимага ўсиб киради. Регионар лимфа тугунларига кўп сонли метастазлар беради.

*4- босқичда* ўсма жуда катталашади, у парчаланишга учрайди ва кўп сонли кечиккан метастазлар беради. Ракдан заҳарланиш ҳисобига қахексия ривожланади.

**Хавфли ўсмаларни даволаш.** Ҳозирги вақтда хавфли ўсмаларни даволашда хирургик, нур билан даволаш, кимётерапия ва гормон даво усуллари қўлланилади.

Даволашнинг жарроҳлик усуллари кўпинча радикал ҳисобланади ва аксарият ички аъзолар қизилўнгач, меъда, ўпка, бачадон ва ҳоказолар зарарланганда қўлланилади. Даволашнинг бу турида касал аъзо соғлом тўқималар чегарасидан регионар лимфа тугунлари ва атрофдаги тўқималар билан бирга қўшиб олиб ташланади.

Нур билан даволаш мустақил даво сифатида ёки хирургик, гормонал ва кимётерапевтик даво билан бирга қўлланилади.

Ионланувчи нурланиш спектри хилма-хил бўлган ҳозирги вақтда нур билан даволашнинг ҳамма усулларини нурни қўллаш усулига кўра шартли равишда 3 гуруҳга бўлинади:

1) тери орқали ташқи томондан;

2) нурланиш манбаини табиий бўшлиқларга оғиз, бачадон бўшлиғи, қизилўнғач, қовуқ ва ҳоказо ёки сунъий ҳосил қилинган бўшлиқларга юбориш;

3) тўқима ичи (ўсма)ни нурлантириш.

Ҳозирда хавfli ҳужайраларга танлаб таъсир қиладиган махсус кимёвий препаратлар Тио ТЭФ, эмбихин, ДОФА, сарколизин, лопенал, кохамин ва бошқалар амалиётда кенг қўлланилмоқда.

Айрим хавfli ўсмаларни гормонлар билан даволаш яхши натижа беради. Чунончи, сут беzi ракида эркак жинсий гормонлари — андрогенлар, простата беzi ракида — аёл жинсий гормонлари (эстрогенлар) қўлланилади.

Барча усуллар бирга қўшиб олиб борилганда гормонотерапия яхши натижа беради. Нечоғли эрта бошланса, натижа шунча яхши бўлади.

Хавфсиз ўсмаларни даволаш ҳеч қандай қийинчилик тугдирмайди. Хавфсиз ўсма хавfli ўсмага айланиб кетиши мумкинлигини ҳисобга олиб уни олиб ташлаш ўсманинг хавfli ўсма профилактикаси эканлигини унутмаслик зарур.

### **Рак олди касаллиги тўғрисида тушунча**

Хавfli ўсмдан олдин юзага келадиган ва кўпинча хавfli ўсмага айланадиган турли хил жараёнлар ёки ҳолатлар рак олди касаллиги деб аталади. Бундай ҳолатлар жумласига ривожланишдаги нуқсонлар, жумладан адашган эмбрионал пушт, сурункали яллиғланиш жараёнлари, тўқима регенерациясининг бузилиши, гиперпластик бузилишлар киради. Шунинг учун бундай касалликни хирургик йўл билан эрта бартараф қилиш оғир асоратларнинг олдини олади.

### **Онкологик ёрдамни ташкил этиш**

Онкологик хизматнинг асосий бўғими онкологик диспансерлар ҳисобланади. Онкологик диспансерлар замонавий ташхис ва даволаш аппаратлари билан жиҳозланган бўлиб, унда малакали мутахассислар хизмат қилади.

Онкологик бўлимларнинг вазифаси онкологик беморларни ҳисобга олиш, улар устидан диспансер кузатуви олиб бориш, тегишлича даво қилиш ва ўзи ишлаб турган ҳудудда раkning олдини олиш ҳамда унга эрта ташхис қўйиш бўйича турли хил тадбирларни амалга ошириш ҳисобланади.

Барча онкологик беморларни тўлиқ ҳисобга олиш ва диспансер кузатуви билан таъминлаш учун қуйидаги клиник гуруҳлар жорий этилган:

- 1- а гуруҳ — хавfli ўсмаларга шубҳа қилинган беморлар;
- 1- б гуруҳ — ўсма олди касалликлари бўлган беморлар;
- 2- гуруҳ — махсус даво қилиниши зарур бўлган беморлар;
- 2- а гуруҳ — радикал даво қилиниши зарур бўлган беморлар;
- 3- гуруҳ — амалда соғлом, рақдан соғайиб кетган кишилар;
- 4- гуруҳ — симптоматик даво қилиниши зарур бўлган, касалликнинг ўтиб кетган босқичидаги беморлар.

Хавfli ўсмаларни аниқлашда профилактик текширувларнинг аҳамияти катта бўлиб, унинг уч тури мавжуд:

— комплекс текширувлар — бунда фақат рақ касаллиги эмас, балки бошқа касалликлар ҳам аниқланади;

— мақсадли текширувлар, бунда рақ олди касалликлар ва хавfli ўсмалар махсус аниқланади;

— рақни аниқлаш учун олдиндан профилактик текширув ўтказилади. Бунда бемор бошқа касаллик билан шифохона ёки касалхонага муружаат қилганда уни шифокор текширувдан ўтказилади.

### **Онкологик беморларни парваришлаш хусусиятлари**

Онкологик касалликлари бор беморларни парвариш қилишнинг ўзига хос томонлари мавжуд. Бемордан ҳақиқий ташхисни яшириш, яъни бемор психикасини авайлаш зарур. „Рақ“, „саркома“ терминлари ўрнига „яра“, „торайиш“, „қаттиқланиш“ каби сўзлар ишлатилиши лозим. Беморнинг аҳволи ёмонлашган тақдирда ҳам унинг соғайиб кетишига ишонтириш ва буни вақтинчалик ҳолат деб тушунтириш керак. Кўпчилик онкологик беморларнинг асаби нозик бўлади, улар таъсирчан бўлиб қоладилар, шунинг учун ўсма касаллиги оғирлашган беморларни даволашнинг бошидаёқ уларни бошқа касаллардан ажратиб қўйиш зарур.

Беморга тегишли ҳужжатларнинг тасодифан унинг қўлига тушиб қолишидан эҳтиёт бўлиш керак. Беморга турли-туман юқори калорияли овқатлар берилиши лозим. Рақдан заҳарланиш ҳисобига уларда иштаҳа йўқолишини назарда тутиб, иштаҳани яхшилаш мақсадида уларга хлорид кислота, пепсин ва мусаллас буюрилади. Одатда беморларда қабзият кузатилади. Бундай ҳолларда ҳафтасига 2—3 марта тозаловчи ҳуқна қилиниши лозим бўлади.

Ўсма тўқимаси ириб, парчаланганда қон кетиши эҳтимоли кўпроқ бўлади (бундай ҳолларда беморга гемостатик воситалар берилиши лозим). Сиртда жойлашган ўсма парчаланиб, инфекция юзага келганда дезодорация қиладиган воситалар (5% ли калий перманганат, скипидар ва б.) тавсия қилинади. Балғам оғзи бураб бекитиладиган махсус банкага ёки туфдонга йиғилади ва идишлар тозаланиб ҳар куни иссиқ сув ва 10% ли хлорли оҳақ эритмаси билан ювилади.

Суткасига 2—5 марта 1 ош қошиқдан чага настойкаси, кунига 3 марта 3000—9000 ТБ дан круцин инъекцияси, овқатдан олдин 5—10 мг дан нелегит яхши фойда қиладди. Қусишда аминазин буюрилади.

Оғриқни қолдириш учун дарҳол наркотик моддаларга ўтиш ярамайди, улар беморни ҳолдан тойдиради ва ўрганиб қолишига олиб келади. Шунинг учун дастлаб оғриқсизлантиришни анальгетиклардан бошлаган маъқул. Ўсма суякларга метастаз берганда 10 мл 1% ли гексенал эритмасини инъекция қилиш тавсия этилади. Перфокал яллиғланиш реакциясидан оғриқ бўлганда антибиотик ва сульфаниламидлар қўлланилади.



### Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар

1. Рак қандай тўқимадан келиб чиқади?
  - а) бириктирувчи;
  - б) нерв;
  - в) мускул;
  - г) эпителий;
  - д) етилмаган тўқимадан.
2. Хавфсиз ўсма учун қайси белги хос?
  - а) тез ўсиши, капсула билан ўралмаганлиги, метастаз бериши;
  - б) секин ўсиши, капсула билан ўралганлиги, метастаз бермаслиги;
  - в) беморнинг озиб кетиши;
  - г) тез чарчаш;
  - д) иштаҳанинг йўқолиши.
3. Бириктирувчи тўқимадан ташкил топган ўсма:
  - а) липома;
  - б) фиброма;
  - в) аденома;
  - г) остеома;
  - д) хондрома.
4. Куйидаги ўсмалардан қайси бири метастаз беради?
  - а) липома;
  - б) атерома;
  - в) ангиома;
  - г) миома;
  - д) саркома.



*Эслатма: тўғри жавоблар тагига чизилган.*

### Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар

1. 70 ёшли бемор касалхонага келтирилди. Шикоятлари: тўш ости соҳасида оғриқ, кўнгил айнаши, қайт қилиш, иштаҳа йўқлиги, дармонсизлик.

Объектив текширишда: бемор жуда озиб кетган, дармонсиз, тери қопламлари оқарган. Пальпацияда қўлтиқ ва чов соҳасидаги

лимфа тугунлар катталашган, тўш ости соҳасида оғриқ бор. Қоннинг умумий таҳлилида эритроцитлар 3,10 г.л. Гемоглобин 85 г. л. Сийдик таҳлили ўзгаришсиз.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво услубини танланг.

2. Бемор 43 ёшда. Касалхонага ўнг кўкрак безида ўсмасимон ҳосила борлигидан шикоят қилиб келган. Бу ҳосиланинг ярим йил ичида катталашганлигини сезган.

Объектив кўришда ўнг кўкрак безининг юқоридаги ташқи соҳасида 6x4 см катталиқдаги қаттиқ, оғриқсиз ҳосила борлиги аниқланади. Ўсма устидаги тери „лимон пўстлоғига“ ўхшаб бурмаланади, ўнг қўлтиқ остида нўхат катталигидек келадиган тугунча аниқланган.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Даво усулини танланг.



## XVI. ТУҒМА НУҚСОНЛАР

Туғма нуқсон деганда, анатомик тузилишнинг қўпол бузилиши ва бунинг натижасида аъзо ва системалар фаолиятининг издан чиқиши тушунилади. Сўнгги йилларда болалар орасидаги туғма нуқсонлар тўғри ташхис қўйиш, муолажалар сифатининг яхшила-ниши ҳисобига камайиб бормоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига қараганда туғма нуқсонлар туғилган чақалоқлар умумий сонининг 11,3%ини ташкил қилади, бундан 1,5 — 3%и хирургик тўғрилашга муҳтож болалардир. Болаларда кўп сонли нуқсонлар 30—35% ни ташкил қилади.

Анатомик белгисига кўра нуқсонлар қуйидагиларга бўлинади.

1. Иккиланиш нуқсонлари.

2. Нерв системаси ва таянч скелетининг йирик аномалиялари.

3. Тана бош томонининг дағал аномалиялари.

4. Тана орқа томонининг қўпол аномалиялари.

5. Тана вентрал деворининг йирик нуқсонлари.

6. Алоҳида аъзо ёки унинг бирор қисми аномалияси.

7. Скелет ривожланишининг тарқалган (генерализациялашган) аномалияси.

8. Рудиментлар ва ирсий белгилар ривожланишидаги чек-ланишлар.

9. Аъзо ва тўқималар (гетеротопияси) топографик силжиши.

10. Гамартомалар ва гамартом системали бузилишлар.

11. Эмбрионал ўсмалар ва тератомалар.

12. Фетопатия, моддалар алмашинуви ва анатомик тузилишнинг бузилишсиз кечадиган нуқсонлар.

Туғма нуқсонларни илк ташхис қилишда янги туғилган чақалоқларни туғруқхонада ва поликлиникада мукамал текшириш катта аҳамиятга эга. Туғма нуқсони аниқланган болалар то хирургик коррекция ўтказилгунча диспансер кузатувида бўлади. Зарурат бўлганда операциядан олдин махсус мутахассис бошчилигида даво муолажалари ўтказилади. Бемор диспансер кузатувидан тўлиқ тузалганидан сўнг, ётқизилади ва лозим бўлса, қўшимча қайта муолажалар ўтказилади. Логопед, психоневролог текширув ва давоси ташкиллаштирилади.

Амалиётда энг кўп учрайдиган туғма нуқсонлар қуйидагилар:

**Пробанд** — ўрганилаётган касаллик билан оилада учраган биринчи бемор.

**Юқори лаб ва танглай тиртиқлиги.** Ўртача 1:1000 ни ташкил қилади. Агар пробанд болаларда касалланиш учраса, кейинги авлодда касаллар сони ортиб боради. Бунда болалар онадан лаб ва танглай кемтиги билан туғилади. Уларда ютиниш жараёни кўпинча оғиздаги суюқликлар нафас йўлига кетиб аспирация кузатилади. Бундай касаллар тез-тез зотилжам билан оғрийди. Кўп ҳолатларда боланинг ўлими билан тугайди. Шунинг учун бундай болаларни яхшилаб парваришlash ва эрта операция қилиш лозим бўлади.

**Пилоростеноз.** Болаларда 5 баробар 1:200, қизларда 1:1000, шундан 4,4%и сибсларда (сибс — беморнинг туғишган ака-сингиллари), 6,8% болаларда, 4% пробанднинг ўғил ва қиз жиянларида учрайди. Касалланган қизнинг яқин қариндошлари учун касалланиш эҳтимоли хавфи акалари ва ўғиллари учун 15—20%, сингиллари учун 10% ташкил қилади. Касалланган болаларнинг қариндошлари учун касалланиш эҳтимоли 2 мартаба кам. Пилоростенозда меъданинг пилорик қисми туғма ва орттирилган (яра) касалликлар натижасида торайиб, меъдадаги овқат маҳсулотлари ўн икки бармоқли ичакка кам ўтади ёки ўтмай қолади. Бу ҳолат болаларда қисман ёки тўлиқ юқори ичак тугилишига сабаб бўлади. Бемор тез-тез фавворасимон қусиб, озади. Давоси операция йўли билан торайиш бартараф қилинади.

**Гишпрунг касаллиги.** Бу йўғон ичакнинг маълум бир қисмида нерв тугунларини бўлмаслиги оқибатида ичак фаолиятининг бузилишидир. Кўпроқ ўғил болаларда учрайди. Пробанднинг ака-укаларида касалликнинг учраши аганглионар соҳанинг узунлигига боғлиқ бўлиб 5—15% гача кузатилади. Касаллик болаларда қабзият, қориннинг катталаниши, ўсишдан қолиш каби клиник белгилар билан кечади (81- расм).

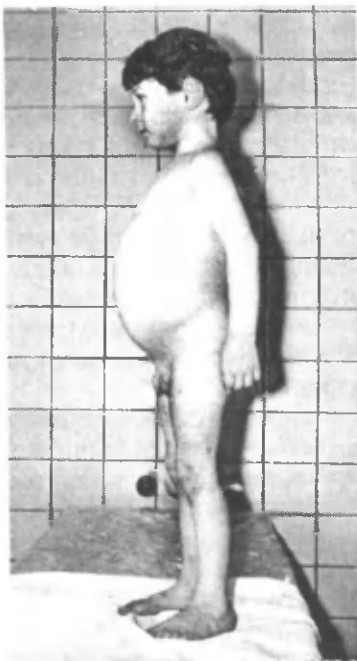
**Давоси** операция йўли билан туғма торайган йўғон ичакни кесиб олиб ташлаш ва анастомоз қўйишдан иборат.

**Аноректал туғма нуқсонлар.** Чақалоқлар кўпинча аноректал (анус ва тўғри ичак) туғма нуқсони билан туғилади. Касалликнинг келиб чиқишига, ҳомиланинг биринчи 3 ойлигида турли ташқи ва ички омилларнинг таъсири сабаб бўлади. Аноректал туғма нуқсонларнинг 20 га яқин тури мавжуддир. Бу турдаги аномалияли чақалоқларда анус ёки тўғри ичакнинг туғма бутунлай бўлмаслиги, торлиги туфайли унинг оқма тариқасида қовуққа, қинга, бачадонга ва уретрага

очилиши билан кечади. Натижада чақалоқ ҳаётининг биринчи куни туғма пастки ичак тутилиши ёки меконий билан сийдик ва жинсий аъзоларнинг иккиламчи яллиғланиши ва организмнинг заҳарланиши билан кечади. Бундай ҳолларда чақалоқ ўз вақтида шошилиш операция усулида даволанмаса, нобуд бўлиши мумкин. Бу туғма нуқсонлар турига ва кечишига кўра шошилиш ёки режали операция қилишни талаб қилади.

**Буйрак поликистози.** Бу касалликнинг янги туғилган чақалоқларда учраши отонанинг рецессив мутант гени соғлом гетерозигот ташувчиси эканлиги билан тушунтирилади. Бундай болалар ўсишда орқада қолади. Ранги оқаради, иштаҳаси пасаяди, камқон, нимжон бўлади. Оператив йўл билан даволанади.

**Таянч-ҳаракат аппаратининг туғма нуқсонлари.** Ирсий мойиллик ҳомиланнинг ривожланиш шароитига боғлиқ. Биринчи фарзанд кўп ҳолларда туғма сон суяги чиқиши билан касалланади. Сибсларда ва пробанднинг болаларида касалликнинг учраши тахминан 4%, хола ва амакиларда, қиз ва ўғил жиёнларда 0,4%, маймоқоёқликнинг учраш эҳтимоли ота-онасида ва сибсларда 2%, демак, ўртачадан деярли 20 баробар кўп учрайди. Касалланиш хавфи қариндошлар қизларида янада юқорироқ. Бу турдаги касалликларга туғма сон чиқиши, оёқ ва қўл панжаларининг нуқсонлари, бўйин қийшиқлиги киради.



81- расм. Гирпшрунг касаллигига учраган бола.

### Сон суягининг туғма чиқиши

Ушбу касалликни келиб чиқиш сабабларига витаминлар етишмовчилиги, гормонал ўзгаришлар, боланинг она қорнида ривожланиш пайтида чаноқ-сон бўғимининг ўсмаганлиги, касалликнинг наслдан-наслга ўтиши киради. Чаноқ-сон бўғими туғма чиқишининг сабаби — дисплазиядир. Бола туғилганда чаноқ-сон бўғими дисплазияси билан туғилади.

Касалликнинг клиник белгилари:

— чақалоқнинг иккала сони ташқи томонга яхши очилмаслиги. Бу белгини чақалоқни йўрғаклаётган ва чўмилтираётган вақтда тиббиёт ҳамшираси кўриши мумкин;

— сон бурмаларининг ҳар хил бўлиши. Сон суяги чиққан томондаги тери бурмалари бир нечта асимметрик ва чуқурроқ бўлади.

Бу белгини чақалоқни чалқанча ва қорин билан ётқизиб қўйганда ҳам аниқлаш мумкин.

Касалликнинг яна бир белгиси — бўғим шиқиллашидир. Бунда оёқни чаноқ-сон ва тизза бўғимидан 90° букиб ташқарига кенгайтирилганда чиққан сон суяги ўз ўрнига шилқ этиб тушади, агар оёқлар яна бирлаштирилса, яна товуш чиқариб, шилқ этиб чиқиб кетади.

— оёқнинг калта бўлиб қолиши. Сон суяги, чаноқ-сон бўғимидан чиққан томондаги оёқ калта бўлиб қолганлигини болани орқаси билан столга ётқизиб, иккала оёғини тўғри, ёнма-ён қўйиб текширилганда яққол билинади.

— оёқнинг ташқи томонга қараб бурилиши. Бунда касал томондаги оёқ панжаси, тўпиғи, болдир ва сон ҳам ташқи томонга қараган бўлади.

Сон суягини чаноқ-сон бўғимидан туғма чиқишининг илк белгилари бир ёшгача бўлган болаларда учраса, бир ёшдан кейин бола бемалол юриб кетиши натижасида бу белгилар ҳам кеч пайдо бўлади. Касалликнинг кечки белгиларига:

— кеч оқсоқланиб юриш киради. Касаллик қайси томонда бўлса, бола шу томонга оқсоқланиб юради, агар иккала томонда бўлса, ўрдакка ўхшаб юради. Боланинг ёши ошиб борган сари оқсоқланиб юриши кучайиб боради. Икки томонлама сон суяги чиққан қизларнинг бўйи паст, қорни олдинга туртиб чиққан, пастга осилган, бели эса олдинга силжиган бўлади. Кўпинча бундай қизларнинг оналари „боламнинг бўйи ўсмаяпти“, деб шифокорга мурожаат қиладилар. Болани соғ оёғида турганда касал оёғининг товони ерга тегмайди. Касал оёқ ерга босиб тик турилса, таянч бўлмаганлиги учун беморнинг гавдаси ва думбаси соғ томонга оғиб қийшаяди.

**Даволаш.** Янги туғилган чақалоқларни йўрдаклаганда оёқларини икки томонга керган ҳолда, улар орасига 5—6 қаватли таглик ёки памперс қўйилади, бу сон суяги чиқишини олдини олади. Ҳиндистон ва Вьетнамда бола йўрдакланмайди, аксинча оналари уларни белларида оёқларни керган ҳолда олиб юришади, шу туфайли у ерда сон суягининг туғма чиқиши кам учрайди. Сон суяги туғма чиққан чақалоқларни даволашни уларнинг оёғига керувчи мослама кийгизишдан бошланади. Ҳозирги кунда оёқни керувчи мослама — шина қўлланилмоқда. Шинадан ташқари, 6 ойдан 3 ёшгача бўлган болаларда гипсди боғламалар қўлланилади. Агар сон суяги жойига тушмаган бўлса, уч ёшдан ошган болалар фақат операция йўли билан даволанади.

### **Оёқ панжасининг туғма нуқсонлари**

Маймоқ оёқлик кўпинча болаларда кузатилади ва барча туғма касалликлар ичида 35,8%—65% ни ташкил қилади.

Ўғил болаларда икки томонлама маймоқ оёқлик қиз болаларга нисбатан 2 мартаба, кўп учрайди.

Янги туғилган чақалоқларда туғма маймоқликнинг қуйидаги белгилари аниқланмоқда:



— оёқ панжаси олдинги қисмининг пастга эгилиши;  
— оёқ панжаси ўрта ва олдинги қисмларининг ичкарига қайрилганлиги;

— оёқ панжасининг ўз ўқи атрофида ташқарига бурилиши.

Беморнинг ёши ортган сари бу белгилар янада ривожлана беради, тери, мушак, пай ва суяклардаги ўзгаришлар яққол кўзга ташланади, оёқ панжасини асл ҳолатига келтириш қийинлашаверади. Оёқ панжаси ўсишдан орқада қолади, унинг ҳаракати чекланади.

2—3 ойлик болаларда маймоқлик тўғриланиб гипсли боғлам қўйилади, 1—3 ёшгача бўлган болаларни даволашда эса лонгетасимон гипсли боғлам қўлланилади. Катта ёшдаги болаларни хирургик йўл билан даволаш мақсадга мувофиқ.

### **Қўл бармоқларининг туғма нуқсонлари.**

Бу нуқсонларга қўл бармоқлари сонининг ортиқлиги — полидактилия, бармоқларнинг ўзаро бирикиши — синдактилия, қўл кафтининг иккига бўлиниши — эктродактилия киради.

**Полидактилия.** Бунда кўпинча бола 6 ва ундан ортиқ бармоқ билан туғилади.

Агар бармоқ терида осилган ҳолатда бўлса, унда ҳаракат бўлмайди, баъзан эса бошқа бармоқлар билан бирга тўла ҳаракатланади.

**Даволаш.** Оператив йўл билан ортиқча бармоқ олиб ташланади.

**Синдактилия** — бу бармоқларнинг ҳомилалик вақтида ривожланиши тўхтаб, уларнинг тўла ёки қисман бирикиб кетишидир.

Ҳомиллада қўл 3 ҳафта ичида шаклланиб, бўйин ва бўйин бўғимларидан ажралмаган ҳолда бўлади. 5—6- ҳафта охирида бармоқлар кўринади, 8- ҳафтада бармоқлар тез ўса бориб, бармоқ ораси тери қоплами билан бармоқ учидан асосигача йўқолиб боради. Бу жараён ўзгарса, бола турли хилдаги ўзгаришлар билан туғилади. Пардасимон синдактилияда бармоқлар бармоқ охирида кўприксимон ҳолда бириккан бўлиб, икки қаватдан иборат бўлади, бармоқлар ҳаракати сақланади.

Суяклар билан бирикканда эса бармоқлар бир ерида ёки бутунлай бириккан бўлади. Бунда суяклар, ҳам тери бириккан ҳолда бўлиб, тирноқ бўғими тўла ўсмаган бўлади.

**Даволаш.** Операция йўли билан бармоқ ораси кесилади, „У“ симон тери парчаси олиниб кафт томонга тикилади, очиқ қолган жой маҳаллий тери билан ёпиб тикилади

**Эктродактилия.** Асосан оддий ва бошқа турдаги эктродактилия кузатилади. Оддий турдаги эктродактилияда қўл ҳолати тирсак бўғимидан, ҳатто панжагача бориб ўзгаради ва қисқичбақа қўлларига ўхшаб кетади. Атипик ҳолатдаги эктродактилияда билак ўртасидан бўлинмайди. Бунда кафт ва бармоқ суяклари бўлмай, бармоқлар букилмайди.

**Даволашда** консерватив ва хирургик усул қўлланилади. Консерватив йўл билан бемор 4—5 ёшлигида гипс боғламлар ёрдамида бармоқлар ҳолати тикланади, уқалаш, ЛФК буюрилади. Хирургик усул билан бемор 12—14 ёшида даволанади.

## Тугма бўйин қийшиқлиги

Тугма бўйин қийшиқлигида умуртқа поғонаси бўйин қисмидан чап ёки ўнг томонга эгилган бўлади, энгак эса қарама-қарши томонга бурилади. Бу касаллик кўпроқ қиз болаларда учрайди. Касаллик келиб чиқишига кўра тугма ва ҳаётда орттирилган бўлиши мумкин.

Қийшиқ бўйин касаллигининг мушак (миоген), тери (дерматоген), тери ва тери ости (дермадесмоген), нерв (невроген), бўғим (артроген), суяк (остеоген) ва бошқа бир неча турлари қайд этилади. Мазкур касалликнинг миоген тури кўп учрайди. Бу бўйин, хусусан тўш-ўмров — сўргичсимон мушакнинг аномал ҳолатидан келиб чиқади.

Янги тугилган чақалоқда касалликни аниқлаш қийинроқ бўлиб, у 2—3 ҳафталикда яққол сезила бошлайди. Касалликнинг илк белгиси — чақалоқ бошининг у ёки бу томонга эгилишидир. Боланинг бўйни ушлаб кўрилганда, тўш-ўмров-сўргичсимон мушакда шиш борлиги ёки бу мушакнинг катталашгани, таранглашгани аниқланади. Бошнинг бир томонга эгилган, энгакнинг қарама-қарши тарафга бурилган ҳолати эса таянч-ҳаракат аппаратида иккиламчи ўзгаришларни келтириб чиқаради. Касал томондаги қулоқ супраси елкага яқинроқ туради, юз қисми соғ томондагига нисбатан яссироқ, кичикроқ бўлади, кўз косалари ҳам ҳар хил жойлашган бўлади. Бу белгилар вақт ўтиши билан зўраяди ва бемор жисмоний жиҳатдан мажруҳланади, яъни бўйин ва юз шаклининг ўзгариши (асимметрияси) йилдан-йилга мураккаблаша бориб, бемор чакка ва бош суякларининг ҳам ўзгаришига олиб келади.

**Даволаш.** Ҳар қандай касалликни даволашдан кўра олдини олиш осонроқ. Тугма қийшиқ бўйин касаллигини камайтириш ва унинг олдини олиш учун ҳомиладор аёллар турмуш тарзини тўғри ташкил қилишлари зарур. Бунинг учун ҳомиладор аёллар витаминли, оқсил моддаларга бой овқатлар ҳамда янги сабзавот ва меваларни еб туриши лозим. Жисмоний тарбия машғулотлари билан мунтазам шуғулланиш ва маълум тартибга риоя қилиб, дам олишлари тавсия қилинади.

Ҳозирги вақтда касаллик икки хил — консерватив ва хирургик усулда даволанади. Тугма қийшиқ бўйин касаллиги аниқланган кундан бошлаб ёки 2 ҳафтадан сўнг консерватив усул билан даволанади.



### Талабаларнинг мавзуга доир билим даражасини аниқлаш учун тестлар

1. Пилоростеноз касаллиги учун хос қусиш турини аниқланг:
  - а) оз-оз қусиш;
  - б) „фаввора“ симон қусиш;
  - в) кўп миқдорда қусиш;
  - г) эмган сут миқдоридан кам қусиш;
  - д) тўхтовсиз қусиш.

2. Аноректал туғма нуқсонларнинг атрезия тури қайси ичак тутилиши тариқасида кечади?

- а) юқори ичак тутилиши;
- б) пастки ичак тутилиши;**
- в) инвагинация;
- г) странгуляция ичак тутилиши;
- д) паралитик ичак тутилиши.

3. Гиршпругн касаллигига ташхис қўйишдаги асосий текшириш усули:

- а) колоноскопия;
- б) ректороманоскопия;
- в) ирригография;**
- г) қорин бўшлиғи аъзоларининг умумий рентген тасвири;
- д) электромиография.

4. Тўғри ичак атрезиясида чақалоқни оғирлашишга олиб келувчи ҳолат:

- а) сувсизланиш;
- б) заҳарланиш;**
- в) нафас етишмовчилиги;
- г) юрак-қон томир етишмовчилиги;
- д) бош мия етишмовчилиги.

5. Туғма сон чиқишини тасдиқловчи симптомларни аниқланг:

- а) оёқни ён томонга оча олмаслик;
- б) оёқнинг бир томонлама қисқалиги;
- в) оёқни кERGанда шиқиллаш;
- г) болани оқсоқланиб юриши;
- д) ҳаммаси тўғри.**



**Эслатма:** тўғри жавоблар тагига чизилган

### ***Мавзуга оид муаммоли масалалардан намуналар***

1. Ҳамширанинг гапига қараганда бир кунлик чақалоқ эмгандан сўнг қусган, безовталанади. Бундан олдин икки марта чақалоқ қайт қилган. Орқа чиқарув тешиги йўқ. Қорин димланган, катталашган.

**Савол.** 1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Танлаган даво услубингиз?

2. 1 ойлик чақалоқда патронаж ҳамшира кўрик пайтида оёқ бурмаларининг асимметрик ҳолатини кўриб қолди. Аммо чақалоқнинг умумий аҳволи қониқарли. Шикоятга йўқ, безовталанмайди, интаҳаси яхши. Иккала оёқнинг ҳам ҳаракати чекланмаган.

**Савол.** 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Тутган даво услубингиз?

## XVII. Фанга оид амалий кўникмалар

### 1. Биксга ётоқ жилдларини жойлаш усуллари

Универсал жойлаш — бир турдаги операция учун ўртача сарфланадиган ҳар хил материалларнинг ҳаммаси комплект қилиб жойланади.

Мақсадга қараб жойлаш — бир бикс ичига аниқ бир операция қилиш учун зарур бўлган жилдлар ва боғлов материаллари жойланади.

Хиллаб жойлаш — биксга фақат операция жилдлари ёки боғлов материаллари жойланади.

### 2. Резус-омилни тезкор усулда аниқлаш

Белгилаб қўйилган оқ ликопча юзасига антирезус зардобидан бир томчи ва контрол зардобдан бир томчи томизилади. Уларга 1:10 нисбатда бемор эритроцитлари қўшилади. 3—4 дақиқадан кейин иккала томчига бир томчидан физиологик (натрий хлор) эритма томизилади, ликопча 5 дақиқа чайқатиб турилганда текшириладиган қон резус- мусбат бўлса, анти резус зардобда агглютинация бўлади, контрол зардобда бўлмайди. Агар қон резус-манфий бўлса иккала зардобда ҳам агглютинация бўлмайди.

### 3. Қон йўқотган беморнинг аҳволини баҳолаш

Қон йўқотган беморнинг аҳволи бемор терисининг ранги, пульс, А/Б, нафас ҳаракатларига ҳамда қондаги гемоглобин ва гематокрит кўрсаткичларига қараб баҳоланади.

Енгил даражадаги қон йўқотишда — пульс 1 дақиқада 90 ни, А/Б 110/70 мм, Нв — 100 г/л, гематокрит 38 г/л ни ташкил қилади.

Ўртача оғирликдаги қон йўқотишда пульс 1 дақиқада 100 ни, А/Б 100/70 мм ни,

оғир даражадаги қон йўқотиш пульс 1 дақиқада 130 ни, А/Б 80/60 мм, Нв — 60 г/л, гематокрит 0,23 л/л ни ташкил этади.

### 4. Маҳаллий анестезия учун жиҳозлар

Спирт, пахта шарча, 2 ёки 10 г ли шприц, бир турдаги мандренли игна (орқа мия анестезияси ёки перидурал анестезия учун) ва анестезияловчи эритма.

### 5. Интубацияли ингаляцион наркоз учун жиҳозлар

Ҳаво ўтказгич, тиш кергичлари, оғиз кенгайтиргич, тил тутқич, вакуум сўргич, пульверизатор, ларингоскоп, эндотрахеал найча, игналар, томир катетерлари ва сунъий нафас бериш аппарати.

### 6. Меъда ва 12 бармоқ ичакни зондлаш учун ашёлар

Меъда учун — диаметри 3—5, 75 см ли зонд; 12 бармоқ ичак учун — диаметри 3,5 мм, 1,5 метрли оливали зонд; пробиркалар; пробиркалар учун штатив ва 20 г ли шприц.

### 7. Меъдани ювиш учун ашёлар

Резина най — диаметри 8—12, 75 см ли воронка; 8—10 л қайнатиб, совитилган илиқ сув, клеёнка, фартук, тоғора ва сочик.

Бажарилиш тартиби қуйидагича:

Бемор ёнбошига ёки чалқанча ҳолда клеёнка устига ётқизилади ёки бошини олдинга энгаштириб, олдиға фартук боғланади.

Танглай тишлар бўлса олиб қўйилади. Бемор оёқлари орасига тоғора қўйилади. Зонд оҳисталик билан меъдага йўналтирилиб, бемордан ютиниш талаб қилинади. Зонднинг эркин учига воронка кийдирилиб, ҳаво кирмаслиги учун воронкани бемор оғзидан пастроқ ушлаган ҳолда сув тўлдирилади ва воронка юқори йўналтирилади. Сув сатҳи воронканинг бўғзига тушгач, воронка паст туширилиб, тоғорага бўшатилади. Воронкадан тушадиган сув топ-тоза бўлгунча уни шу тариқа тўлдириб-бўшатиб турилади. Бунда меъдага юборилган ва қайтиб чиққан сув миқдори тенг бўлиши лозим.

#### *8. Ўткир қорин синдромида биринчи ёрдам*

Сув ичиш, овқатланиш, меъдани ювиш, қорин соҳасига иситкич қўйиш, оғриқ қолдирувчи дорилар, спазмолитиклар юбориш, тозаловчи ҳуқна қилиш қатъиян ман этилади.

Биринчи ёрдам: қорин соҳасига музли халта қўйиб, юракни қувватловчи воситалардан инъекция қилиб, шошилиш равишда хирургик стационарга юборилади.

#### *9. Варикоз кенгайганда томирлардан қон кетганда кўрсатиладиган биринчи ёрдам*

Биринчи ёрдам босқичлари:

1. Жароҳат атрофига йод суртилади.
2. Жароҳат юзасига босиб турувчи асептик боғлам қўйилади.
3. Оёқ иммобилизация қилинади.
4. Касалхонага юборилади.

#### *10. Веналарнинг варикоз кенгайишида эластик бинт ва пайпоқ кийдириш*

Ҳар куни бемор эрталаб ўрнидан турмасдан ётган ҳолда эса касал оёғига эластик пайпоқни кийиб, уни ётишдан олдин ечиб қўяди. Ёки оёқ панжасидан то тизза бўғимигача эластик бинт билан бинтланади; бинтланганда бинтнинг кейинги ҳар бир ўрами олдингисининг ярмини қоплаб бориши керак (спиралсимон). Бинтнинг тугалланган учи маҳкамлаб қўйилади. Эластик бинт ҳам худди шундай бемор ётган ҳолатда боғлаб ечилади.

#### *11. Қовуқни катетерлаш учун ашёлар*

Буларга юмшоқ ёки қаттиқ — металл катетер, пинцет, вазелин, судно, клеёнка, зарарсизлантирувчи эритмалар киради.

Катетерлашнинг бажариш босқичлари:

Ҳамширанинг қўли юқумсизлантирилади.

Беморнинг ташқи жинсий аъзолари ювилади.

Чап қўл билан жинсий лаблар керилиб ўнг қўл билан пинцет ёрдамида вазелин суртилган катетер учи бурама ҳаракат билан қовуққа киритилади. Катетернинг иккинчи учи тувакка туширилади.

Сийдик ажралиб бўлгач, катетер қовуқдан чиқариб олинади.

## *12. Тозаловчи ҳуқна*

Тозаловчи ҳуқна учун Эсмарх кружкаси, штатив, сув термометри, уй ҳароратидаги сув, клеёнка, тоғора, судна керак бўлади.

Ҳуқна қуйидаги босқичларда олиб борилади.

Бемор оёқлари букилган ва қорнига тортилган ҳолатда чап ёнбоши билан ётқизилади.

Эсмарх кружкасига 1,5 л сув солиниб, кружка юқори кўтарилади ва найдаги ҳаво чиқариб юборилади, най жўмрагини бекитиб, кружка штативга илинади.

Учликка вазелин суртилади. Чап қўл билан бемор думбаларини кериб, орқа чиқарув йўли тешигига киритилади.

Найдаги жўмрак очилиб, сув тўғри ичакка юборилади.

Кружка тубида озроқ сув қолгач, жўмрак бекитилиб, учлик айланма ҳаракатлар билан чиқариб олинади.

Бемор 10 дақиқа чалқанча ётади, сўнгра суднага ўтиради.

## *13. Йирингли жароҳатга ишлов бериш*

Жароҳатда чоклар бўлса олиб ташланади.

Жароҳат деворлари кенг очилади.

Жароҳат ичи антисептик эритмалар билан йввилади.

Жароҳат тубига дренаж киритилади.

Жароҳатга гипертоник натрий хлорид эритмасига ҳўлланган ёки мазли боғламлар боғланади.

## *14. Суяқларнинг очиқ синишида шошилинч ёрдам*

Қон оқишини вақтинчалик тўхтатиш.

Оғриқсизлантириш.

Жароҳатга асептик боғлам қўйиш.

Крамер шинаси билан иммобилизациялаш.

Беморни замбилда касалхонага юбориш.

## *15. Суяқларнинг ёпиқ синишида шошилинч ёрдам*

Оғриқсизлантириш.

Шиналар ёрдамида иммобилизациялаш.

Травматология бўлимига юбориш.

## *16. Бош мия чайқалишида шошилинч ёрдам*

Мутлақ тинч ҳолат яратиш.

Бош соҳасига музли халта қўйиш.

Стационарга ётқизиш.

## *17. Электр токи урганда шошилинч ёрдам*

Электр токи таъсирини йўқотиш.

Сунъий нафас олдириш.

Юракни бевосита массаж қилиш.

Маҳаллий қуйишда асептик боғлам қўйиш.

Касалхонага жўнатиш.

*18. Кимёвий куйишда шошилич ёрдам*

Оғриқсизлантириш.

Сув билан жароҳатни ювиш.

Асептик боғлам қўйиш.

Беморни стационарга жўнатиш.

*19. Совуқ уришида шошилич ёрдам*

Беморни иссиқ хонага олиб кириш.

Илиқ сувли ванна қўллаш.

Оёқ-қўлларига иситкич қўйиб, жун аделга ўраш.

Иссиқ чой, қаҳва ёки спиртли ичимлик ичириш.

Оёқ-қўлларни уқалаш.

Стационарга жўнатиш.

*20. Қўл-оёқ, бармоқлар узилиб кетганда шошилич ёрдам*

Қон кетишини тўхтатиш.

Асептик боғлам қўйиш.

Тананинг узилган қисмини (стерил ) полиэтилен халтага солиб қўйиш.

Оғриқсизлантириш.

Иммобилизация қилиш.

Стационарга жўнатиш.

*21. Жароҳатда биринчи ёрдам*

Қон кетишини тўхтатиш.

Оғриқсизлантириш.

Жароҳат четига йод суртиш.

Асептик боғлам қўйиш.

Шокнинг олдини олиш.

Стационарга жўнатиш.

*22. Ункадан қон кетишида шошилич ёрдам кўрсатиш*

Беморни ярим эгилган ҳолатда ўтқизиш.

Нафасни сиқиб турувчи кийимларни ечиш.

Очиқ ҳаво келишини таъминлаш.

Қон тўхтатувчи дори воситаларини ишлатиш.

Кўкрак қафасига музли халта қўйиш.

Беморни касалхонага қулай вазиятда зудлик билан жўнатиш.

*23. Меъдадан қон кетганда шошилич ёрдам*

Беморни тинчлантириш.

Бошини кўтарган ҳолатда горизонтал ётқизиш.

Қон тўхтатувчи дори воситаларини ишлатиш.

Овқатлантириш ва сув ичишни қатъиян ман қилиш.

Қорин соҳасига музли халта қўйиш.

Беморни касалхонага қулай вазиятда зудлик билан жўнатиш.

*24. Утқир сийдик тутилишида кўрсатиладиган биринчи ёрдам*

Водопрвод жўмрагидан ёки чўйнакдан шилдиратиб сув оқизилади.

Қовуқ соҳасига иситкич қўйилади, жинсий аъзолар илиқ сувда ванна қилинади.

Қовуқ усти соат стрелкаси бўйича уқаланади.

Сийдик ҳайдовчи воситалар юборилади.

Қовуқ катетерланади.

Қовуқ пункция қилинади.

*25. Анаэроб инфекцияга қарши ишлатиладиган асбобларни стериллашга тайёрлаш ва стериллаш*

Асбоблар 1 соат 6% ли водород пероксид ва 0,5 %ли ювувчи эритмага солинади.

2%ли натрий гидрокарбонат эритмасида 2 марта 45 дақиқадан қайнатилади.

Ювувчи эритмага яна 20 дақиқа солиб қўйилади.

Ювувчи эритмада чўтка билан ювилади.

Оқар сувда 5—10 дақиқа ювилади.

Дистилланган сувда чайилади.

85°С ли қуруқ ҳаво стерилизаторида 20 дақиқа қуритилади.

Асбоблар бир жуфтдан салфеткаларга ўралиб, бинтлар устига тахланади.

Автоклавда 1,5 атмосфера босим остида 45 дақиқа стерилланади.

*26. Қўл-оёққа жгут қўйиш тартиби*

Жгут бурмалари бўлмаган текис мато устидан қўйилади.

Жгут жароҳат тепасидан гир айлантириб қон тўхтагунча сиқиб боғланади.

Жгут қўйилган вақтни кўрсатувчи белги қўйилади.

Иммобилизация қилинади.

Бемор касалхонага қулай вазиятда зудлик билан жўнатилади.



---

## ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

*Муратов С. Н.* Хирургик касалликлар ва беморларни парвариш қилиш. Медицина, 1985 й.

*Орипов Ў. О., Каримов Ш. И.* Умумий хирургия. Ибн Сино, 1994 й.

*Дронов А. Ф., Ленюшкин А. И., Кондратьева Л. М.* Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Медицина. 1998 г.

*Кузнецова В.* Сестринское дело в хирургии. Феникс. Ростов-на Дону, 2000 й.

*Турсунов Б. С.* ва б. Хирургик касалликларни парваришлаш. Т., Ибн Сино. 2001 й.

*Каримов Ш. И.* Хирургик касалликлар. Т., Ибн Сино. 1991 й.

*Брукмен М. С.* ва б. Руководство для операционных сестёр. Москва, 1988 г.

## МУНДАРИЖА

Сўз боши .....	3
----------------	---

### I. УМУМИЙ ХИРУРГИЯ (ҲАМРАЕВ А. Ж.)

I. Кириш .....	4
II. Хирургия ишини ташкил қилиш .....	32
III. Хирургияда инфекция тушишининг олдини олиш .....	63
IV. Десмургия .....	96
V. Инфузия ва трансфузия .....	113
VI. Огриқсизлантириш .....	129
VII. Операциядан олдинги давр .....	153
VIII. Операциядан кейинги давр .....	163

### II. ХУСУСИЙ ХИРУРГИЯ

IX. Қон кетиш синдроми .....	190
X. Шикастланиш синдроми .....	207
XI. Яллиғланиш синдроми .....	253
XII. Ўткир қорин огриги синдроми .....	279
XIII. Оёқда қон айланишининг бузилиши синдроми .....	297
XIV. Сийдик ажралиш фаолиятининг бузилиши синдроми .....	303
XV. Ўсмалар синдроми .....	314
XVI. Тугма нуқсонлар .....	321
XVII. Фанга оид амалий кўникмалар. (Ҳамедова М.А.) .....	328
Фойдаланилган адабиётлар .....	333

**Абдурашид Жўрақулович Ҳамраев**  
**Муҳаббат Азизовна Ҳамедова**

## **ХИРУРГИЯ**

*Тиббиёт коллежлари учун дарслик*

*Тошкент „Ўқитувчи“—2002*

Махсус муҳаррир *М. Қодирова*  
Таҳририят мудир *Б.Х. Акбаров*  
Муҳаррирлар *Ф. Муҳитдинов, Б.Х. Акбаров*  
Бадий муҳаррир *Ф. Никадамбоев*  
Техн. муҳаррир *С. Турсунова*  
Мусахҳиҳлар *М. Минаҳмедова, Д. Умарова*  
Компьютерда терувчи ва саҳифаловчи  
*К. Ҳамидуллаева*  
Кичик муҳаррир *М. Иброҳимова*

ИБ №8135

Оригинал-макетдан босишга рухсат этилди 25.12.2002. Бичими 60x90/16. Кегли 10 шпонли. Таймс гарн. Офсет босма усулида босилди. Босма т. 21.0. Шартли кр.-отг. 21,5. Нашр. т. 19,5. 7000 нусхада босилди. Буюртма №206.

„Ўқитувчи“ нашриёти. Тошкент, Навоий кўчаси 30. Шартнома 07—113—2002.

Ўзбекистон Матбуот ва ахборот агентлигининг Тошкент китоб-журнал фабрикасида чоп этилди. Тошкент, Юнусобод даҳаси, Муродов кўчаси, 1- уй. 2002.

51.1. (5У)  
Х23

**Ҳамраев А. Ж., Ҳамедова М. А.**

Хирургия: Тиббиёт коллежлари учун дарслик.  
-Т.: „Ўқитувчи“  
2002.-336 б.

1. Муаллифдош.

51.1 (5У)я722

